



Sociedad Española
de Reumatología
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



PÓSTERS EXHIBIDOS

XLIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Bilbao, 23-26 de mayo de 2017

1.ª sesión

Miércoles, 24 de mayo

1. CAPSAICINA AL 8% EN PARCHES: UNA OPCIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO

G. Díaz-Cordovés Rego, E. Núñez-Cuadros y R. Galindo-Zavala

Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Materno Infantil. Málaga.
UCG de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: El SDRC (síndrome de dolor regional complejo) constituye una forma especial de dolor neuropático, cuyo diagnóstico es eminentemente clínico. Se caracteriza por la presencia de: dolor, cambios tróficos, disfunción autónoma y funcional. El dolor es el principal problema y la instauración inmediata del tratamiento es el principal factor pronóstico, siendo fundamental la rehabilitación, aunque en ocasiones la persistencia de hiperalgesia y/o alodinia, incluso a pesar de múltiples medicamentos, impiden su realización y recuperación.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en niños, con escasa respuesta al dolor tras uso de numerosas combinaciones farmacológicas, que tras ser remitidos a la Unidad del Dolor y ser tratados con parches de capsaicina a altas dosis, quedaron asintomáticos, resolviéndose la patología.

Resultados: Son 3 pacientes, 2 niños y una niña con una edad media de 9 años, con afectación de MMII tras antecedente traumático (un esguince y dos contusiones) con afectación de tobillo, dorso y planta de pie, que presentaban evidentes trastornos vasomotores (palidez, cianosis, frialdad), dolor neuropático con alodinia y sensación de quemazón, tumefacción, así como atrofia muscular posterior por

desuso. Los dos primeros casos tratados con ibuprofeno, esteroides, calcio y vitamina D, alendronato, gabapentina, tramadol, sin mejoría. Al primero además con bomba de infusión de opioides y al segundo se le añadió amitriplina y clonazepam, por espasmos asociados, el tercero sólo recibió tratamiento con ibuprofeno, calcio y vitamina D por intolerancia farmacológica. Tras el parche quedaron asintomáticos, suspendiendo el resto de medicación (EVA de 9/10 a 0/10) y sin recaídas tras 36 meses de seguimiento.

Conclusiones: Capsaicina al 8% constituye una opción eficaz, segura y duradera en niños con SDRC.

2. MODIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON LES MEDIANTE USO DE ECOGRAFÍA CAROTÍDEA

H. Sánchez-Pérez, B. Tejera-Segura e I. Ferraz-Amaro

Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

Introducción: El LES se asocia a un aumento del riesgo cardiovascular de al menos el doble respecto a la población sana, así como a una mayor prevalencia de ateromatosis, presentándose esta de forma prematura e independiente de la presencia o no de factores de riesgo cardiovascular (RCV) clásicos. La presencia de placa de ateroma objetivada mediante ecografía implica un cambio a RCV muy elevado según la "Guía Europea de Prevención de RCV en la práctica clínica" de 2012. Las guías de uso habitual no tienen en cuenta el RCV añadido presente en pacientes con enfermedades autoinmunes.

Objetivos: Analizar si el uso de ecografía carotídea ayuda a clasificar de forma más precisa en estratos de RCV a los pacientes con LES.

Métodos: Estudio transversal que incluyó 102 pacientes con LES en seguimiento en consultas de nuestro hospital. Se analizaron variables demográficas, la presencia de factores de RCV y eventos car-

Tabla Póster 1

Casos	Edad	Sexo	Signos y síntomas	Tratamientos previos	Escala analógica visual del dolor previo al parche	Escala analógica visual del dolor posterior al parche a la semana y tras 36 meses de seguimiento	Tratamientos requeridos tras el parche
1	8 años y 8 meses	Niña	Tumefacción, palidez, frialdad, alodinia	AINES, esteroides, gabapentina, tramadol, bomba de infusión de opioides, calcio y vitamina D, alendronato	90/100	0/100	0
2	10 años y 5 meses	Niño	Cianosis, edema, alodinia, hipoatrofia muscular, espasmos	AINES, prednisona, pregabalina, amitriplina, clonazepam, calcio y vitamina D, alendronato	95/100	0/100	0
3	9 años y 8 meses	Niño	Tumefacción, palidez/cianosis, alodinia	AINES, calcio y vitamina D	87/100	0/100	0

diovasculares, la evolución de la enfermedad, el uso de fármacos, parámetros antropométricos mediante exploración física, el perfil lipídico mediante análisis sanguíneo y el grosor de íntima-media carotídea (cIMT) y la presencia de placas carotídeas mediante ecografía. Se calculó el SCORE de RCV en todos los pacientes.

Resultados: El 95% de los pacientes fueron mujeres, la edad media fue de 51,6 años \pm 10, la mediana de duración de la enfermedad de 16 años (IQR 9-28). El 35,29% presentaba algún factor de RCV antes del diagnóstico, y el 61,76% en el momento del estudio (19,60% tabaquismo, 39,21% HTA, 33,33% dislipidemia, 7,84% DM tipo II). El 11,76% presentó algún evento cardiovascular durante la evolución de la enfermedad. Según la clasificación SCORE, 55 presentan RCV bajo (53,92%), 26 moderado (25,49%), 6 alto (5,88%) y 15 muy alto (14,70%). Presentaron placa de ateroma carotídea 28 pacientes (27,45% del total). De estos, 23 no tienen antecedente de evento CV (22,54% del total), un 21,42% son fumadores, 64,28% presentan HTA, 53,57% dislipidemia y 17,86% DM tipo II. Tras ajustar el SCORE por presencia de placa, pasarían a la categoría de RCV muy alto el 16,36% de los de la categoría de RCV bajo, 30,76% de los de RCV moderado y el 50% de los de RCV elevado (8 pacientes con RCV muy alto presentaron además placa). De los pacientes con placa de ateroma, 13 no usan estatinas de forma habitual, siendo necesario en 2 de ellos para conseguir el objetivo de LDL < 70 mg/dl. De los 15 que sí usan estatinas, en 2 no se cumple el objetivo terapéutico. El 60,71% de los pacientes con placas de ateroma usan hidroxicloroquina, y el 17,64% prednisona de forma habitual (el 33,33% de estos a dosis medias).

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes con LES presenta algún factor de RCV. En torno al 15% de los pacientes presenta RCV muy elevado según la clasificación SCORE. Un 22,54% de los pacientes presentó placa de ateroma sin contar con evento CV previo. El uso de ecografía carotídea permitió reclasificar a 20 nuevos pacientes (19,60% del total) en la categoría de RCV muy alto. Se demostró la necesidad de cambio de actitud terapéutica en 4 de esos pacientes.

3. ASPECTOS DE SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS CON RITUXIMAB

M.L. Velloso Feijoo, N. Plaza Aulestia, S. Rodríguez Montero y J.L. Marengo de la Fuente

UGC Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: Las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) clásicamente han sido tratadas con esteroides e inmunosupresores, pero un porcentaje no despreciable de pacientes no responde a estas medidas. Rituximab (RTX) se ha empleado en diversas EAS con resultados favorables de eficacia y seguridad, no existiendo estudios controlados; únicamente existen comunicaciones de experiencias clínicas aisladas, con pocos pacientes. La descripción de los datos de seguridad de este fármaco en condiciones de práctica clínica diaria, puede ser relevante.

Objetivos: Describir los efectos adversos observados así como los ingresos hospitalarios durante el tratamiento con RTX de una serie de pacientes con EAS.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en pacientes con EAS refractarias en seguimiento por la UGC de Reumatología del H.U. de Valme. Se incluyeron variables demográficas, relacionadas con la enfermedad y el tratamiento, variables de respuesta y de seguridad. Como medida de respuesta, dada la heterogeneidad de las EAS y sus variadas manifestaciones, se emplearon las definiciones EULAR de respuesta parcial (mejoría de al menos un 50% de las manifestaciones principales de la enfermedad) y respuesta completa (desaparición de las manifestaciones de la enfermedad).

Resultados: Se incluyeron 53 pacientes con una edad media actual de 41,85 \pm 13,81 años, un 90,6% eran mujeres; la edad media al diagnóstico fue de 31,42 \pm 14,33 años; y la mediana de duración de la

enfermedad al inicio de RTX 1,99 (0-7,5) años. Los pacientes recibieron una mediana de 2 ciclos (1-3; mín 1; máx 12); y la mediana del intervalo entre ciclos fue de 14,81 meses (6-15,75; mín 6; máx 120). Las EAS incluidas fueron LES con 23 (43,4%) casos, esclerosis sistémica con 7 (13,2%) casos, síndrome de Sjögren con 6 (11,3%) casos, vasculitis con 5 (9,4%) casos, enfermedad de Still con 3 (5,7%) casos, citopenias AI con 3 (5,7%) casos, dermatomiositis con 2 (3,8%) casos, enfermedad de Behçet con 2 (3,8%) casos, enfermedad por IgG4 con 1 (1,9%) caso y sarcoidosis con 1 caso (1,9%). La respuesta terapéutica fue evaluada en los 53 pacientes; se observó una respuesta parcial en 27 pacientes (50,9%) y completa en 20 pacientes (37,7%). No hubo respuesta en 6 de los 53 pacientes (11,3%). Se detectaron eventos adversos en 15 de los 53 pacientes (28,3%) y 20 estuvieron hospitalizados (37,7%) en algún momento tras el inicio de tratamiento con RTX por alguna causa relacionada o no con su enfermedad basal o la administración del RTX (tabla). Tres pacientes desarrollaron hipogammaglobulinemia, sólo uno de ellos se asoció a infecciones respiratorias de repetición e incluso precisó ingresar en una ocasión. Se detectó neutropenia febril en 2 pacientes, y uno de ellos requirió ingreso. Tres pacientes fueron diagnosticados de neumonía e ingresaron para tratamiento de soporte y antibiótico. Otros tres pacientes sufrieron gastroenteritis requiriendo ingreso en un solo caso. En dos casos las infecciones respiratorias bajas fueron repetidas requiriendo ingreso en 7 ocasiones. También hubo una otitis de repetición que se resolvió de forma ambulatoria y una reacción de hipersensibilidad grave que obligó a la detener la infusión de RTX.

Infecciones (9)	Actividad de la enfermedad (8)	Otros motivos (3)
Respiratorias: 7	LES: 8	Síndrome coronario agudo: 1
Pielonefritis: 1		Fractura vertebral: 1
Gastroenteritis: 1		Metrorragia: 1

Conclusiones: El evento adverso más frecuente fue la infección, principalmente de las vías respiratorias seguido de una reacción infusional, como también se observa en otros estudios. Ningún paciente desarrolló enfermedades oportunistas, lo que destacan también otros estudios sobre pacientes con EAS tratadas con RTX. Las reacciones infusionales son cada vez menos frecuentes, debido en parte a la premedicación. Estamos ante una serie de un número considerable de pacientes con EAS refractarias tratados con RTX, por lo que los datos obtenidos de este estudio reflejan un perfil de seguridad aceptable.

4. CANAL FORMATIVO MEDIANTE TICS: 4 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA

M.T. Silva-Díaz, C. Ventín, B. Acasuso, B. Aspe de la Iglesia, A. Atanes Sandoval, M.C. Bejerano Herrería, F. Blanco García, M. Freire González, J. Graña Gil, C. López Fernández, A. Lois Iglesias, N. Oreiro Villar, J.A. Pinto Tasende, R. Varela Míguez y F.J. de Toro Santos

Servicio de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). Sergas. Universidade da Coruña (UDC). A Coruña.

Introducción: Los médicos debemos aprovechar las nuevas tecnologías para interactuar con los pacientes, alumnos y profesionales sanitarios en su formación.

Objetivos: Realizar un canal de docencia y formación de reumatología para médicos, alumnos de profesiones sanitarias y pacientes con los siguientes objetivos: 1. Facilitar en el conocimiento de las enfermedades reumáticas. 2. Capacitar a los profesionales de ciencias de la salud en el aprendizaje de la exploración en reumatología y conocimientos básicos de las enfermedades musculoesqueléticas. 3. Desarrollar un canal de información fiable.

Métodos: Hemos creado un canal: “reumatología chuc” en la web youtube, para subir y alojar material pedagógico. Elaboramos vídeos demostrativos de corta duración mediante una tableta electrónica o con videocámara. Fueron editados con un sencillo programa. Creamos 4 listas de reproducción: la 1ª con una colección completa de vídeos de exploración, la 2ª con lecciones básicas de reumatología, 3ª sobre infiltraciones y la 4ª para pacientes que incluye información de que son las enfermedades reumáticas y sobre la técnica correcta para realizar el tratamiento con agujas subcutáneo.

Resultados: El canal fue creado el 14 de enero de 2013. Hay 39 vídeos alojados. Hemos tenido 348.475 visitas con un total de 16.366 horas de visualización y con una retención media de la audiencia de 2.53 minutos en cada visita. La fuente fundamental de búsqueda es la web youtube (96%). El material fue visto fundamentalmente desde España (32%) y México (24%). Tenemos 2.001 suscriptores y hemos recibido 1.579 mensajes de satisfacción (“me gusta”) y 110 comentarios de satisfacción. Si analizamos la ubicación de los 5 principales lugares de visualización, vemos que el material es visto principalmente por estudiantes y profesionales sanitarios entre 18 y 34 años (78%). Los vídeos más visitados son: la exploración del hombro (21%) y rodilla (20%), y por los pacientes el video sobre aprendizaje de la técnica correcta de autoinyección de la terapia subcutánea, como refuerzo a las instrucciones señaladas en las consultas médicas y de enfermería.

Conclusiones: Internet representa una ayuda importante para apoyar las necesidades de docencia y formación. Es importante mejorar las competencias digitales de los médicos para renovar actividades docentes y formativas. En nuestra opinión, esta experiencia es útil para facilitar el aprendizaje de los médicos, alumnos y reforzar la información a los pacientes, además de mejorar la visibilidad de nuestro hospital.

5. DETERMINACIÓN DE UN PUNTO DE CORTE BAJO/ALTO DE TÍTULOS DE ANTICUERPOS ANTIRIBONUCLEOPROTEÍNA (ANTI-RNP) EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO

D. Botello-Corzo¹, C. Bouroncle Alaluna¹, C. de la Puente Bujidos¹, A. Botaneu¹ y G. Roy Ariño²

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

Introducción: La enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) fue descrita por Sharp en 1972. Se caracteriza por la aparición de fenómeno de Raynaud, edema de manos, sinovitis, acroesclerosis y miositis con anticuerpos anti-ribonucleoproteína (RNP) positivos. Los criterios de clasificación de la EMTC salvo los criterios de Kasukawa, exigen la presencia de títulos elevados de anti-RNP (por hemaglutinación). Por lo cual, el punto de corte entre títulos bajos y altos de RNP debe estar bien definido. Dicho punto de corte, no se ha delimitado en nuestro conocimiento, para las técnicas de laboratorio actuales.

Objetivos: Determinar un punto de corte entre títulos bajos/altos de RNP por ELISA, para el diagnóstico de enfermedad mixta del tejido conectivo. Describir las características clínicas e inmunológicas de los pacientes con U1RNP positivo.

Métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes con RNP positivo por ELISA (> 10). Utilizando la plataforma virtual del laboratorio, se identificaron los pacientes con RNP positivo en los últimos 5 años. Se revisaron las historias clínicas obteniendo datos clínicos y paraclínicos. Mediante el Software STATA 14.0 se realizó análisis descriptivo y las curvas ROC para pruebas diagnósticas.

Resultados: Se detectaron 75 enfermos con RNP positivo, de estos se obtuvo las historias clínicas de 65. El 89,23% (58) de los pacientes eran mujeres y el 10,77% (7) varones. La edad media al diagnóstico

fue de 45,01 años (DE 16,71 ± años), la mediana de seguimiento fue de 7 años (P25 de 4 años/P75 de 14 años). El título inicial de RNP fue de 239,22, con una mediana de 144 (P25 58/P75 400). Los diagnósticos iniciales fueron: enfermedad mixta del tejido conectivo 6,25% (4), enfermedad indiferenciada del tejido conectivo 31,25% (20), Lupus eritematoso sistémico 45,31% (29) y otros 14,06% (9). Al final de seguimiento el 29,69% (19) tuvo diagnóstico de enfermedad mixta del tejido conectivo. Los pacientes con diagnóstico final de EMTC en su primera visita presentaron F. de Raynaud 73,68% (14), edema de manos 31,58% (5), acroesclerosis 10,56% (2), artralgias 68,42% (13), artritis 57,89% (11), miositis 21,05% (4), HAP 5,26% (1) y EPID 10,53% (2). El área bajo la curva ROC del RNP inicial evaluado por el número de veces sobre el punto de corte del laboratorio, fue de 0,70. Buscando la mayor especificidad posible, acompañada de una adecuada sensibilidad. Seleccionamos el punto de corte con el mayor LR+ (2,60). Correspondiendo este punto a $\geq 24,4$ veces el punto de corte del laboratorio y presentando una sensibilidad de 57,89 y una especificidad de 77,78.

Conclusiones: El punto de corte para valores altos de RNP por ELISA para EMTC en nuestra muestra fue $\geq 24,4$ veces el punto de corte del laboratorio. Los pacientes con EMTC mostraron heterogeneidad clínica e inmunológica durante su seguimiento, incluyendo manifestaciones potencialmente mortales.

6. LA ARTROSIS AVANZADA PRESENTA MAYORES NIVELES SÉRICOS DE IL17 Y BMP2 Y MENORES DE DKK1

J.A Pinto Tasende¹, M. Fernández-Puente¹, M.E. Vázquez Mosquera¹, J.C. Fernández López¹, N. Oreiro Villar¹, C. Bejerano¹, B. Acasuso¹, M. Acasuso², F.J. Toro¹, M. Freire¹ y F.J. Blanco García¹

¹INIBIC-CHU A Coruña. ²CAP San José. A Coruña.

Introducción: Inflamación y formación ósea pueden desarrollarse como procesos independientes. En las artritis parece que DKK-1 está relacionado con el daño óseo e induce la posterior reparación con tejido fibroso y a medida que la inflamación disminuye también lo haría DKK-1 y permitiría la actuación de la vía WNT y de otros factores de crecimiento como las BMPs, que osificarían ese tejido fibroso de reparación.

Objetivos: Analizar y comparar los niveles séricos de biomarcadores relacionados con la inflamación articular y la destrucción o neoformación ósea en pacientes con inflamación de rodilla.

Métodos: Se reclutó a 34 pacientes consecutivos con artritis crónica de rodilla (10 OAR y 20 oligoartritis seronegativas- 14 APs y 10 artritis indeterminadas). Se determinaron los niveles séricos (medidos por ELISA) de citoquinas que pueden estar asociados con la inflamación articular (TGF-beta 1, IL6, IL17 e IL22) y con destrucción o neoformación ósea (DKK1, esclerostina, BMP2, BMP4, Wnt1 y Wnt5a) y se estudio la relación de estos datos con las características demográficas, clínicas, analíticas y radiológicas de los pacientes (clasificación radiológica Kellgren-Lawrence para artrosis: grados KL 0, I, II, III y IV). Los datos se analizaron mediante el SPSS. Resultados como mediana (mínimo-máximo) y porcentajes (prueba de chi-cuadrado-test exacto de Fisher si preciso- y test no paramétrico U de Mann Whitney o Kruskal-Wallis). p significativa < 0.05.

Resultados: De los 34 pacientes la relación mujeres/hombres fue 1:1. La edad fue 54,5 (21-78); uricemia 5,0 (2,4-11,5); VSG 19 (2-60); proteína C-reactiva 0,42 (0,16-7,98). La distribución por grados KL fue la que se muestra en la tabla. Ninguna de las citoquinas tuvo diferencias significativas en los niveles séricos entre el grupo de artrosis y de artritis seronegativas. En cuanto a su relación con el grado de artrosis, los niveles séricos de IL-17 fueron mayores en pacientes con KL III-IV (p = 0,024). DKK-1 fue menor en gonartrosis KL III-IV (p = 0,028) y BMP-2 fue mayor en gonartrosis KL grado IV (p = 0,029).

Grado KL	0	I	II	III	IV
n (%)	7 (20,6)	11 (32,4)	8 (23,5)	6 (17,6)	2 (5,9)

Conclusiones: Los niveles séricos de las distintas citoquinas no diferían entre los pacientes con un diagnóstico de artritis o artrosis. Los niveles séricos de IL-17 y BMP-2 fueron mayores en artrosis avanzadas y los de DKK-1, en cambio, eran menores.

Agradecimientos: este trabajo ha contado con el apoyo de la beca PI11/00390 del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2008-2011 y cofinanciado por el ISCIII-Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación-Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

7. EMPLEO DE LOS CRITERIOS DE LA ACR 1990 PARA CLASIFICAR LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

M.T. Silva Díaz, S.A. González Porto, A. González Rodríguez, B. Aspe, A. Atanes, F.J. Blanco, C. Fernández-López, M. Freire, J. Graña, N. Oreiro, J.A. Pinto-Tasende y F.J. de Toro

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Introducción: La arteritis de células gigantes es una vasculitis que afecta a arterias de mediano y gran calibre, siendo la arteria temporal el vaso afectado con mayor frecuencia. Se trata de una patología cuatro veces más frecuente en mujeres. Es casi exclusiva de mayores de 50 años y la prevalencia varía mucho geográficamente siendo en Europa 24 por cada 100.000 habitantes.

Objetivos: Analizar el empleo de los criterios de la ACR para clasificar la Arteritis Células Gigantes.

Métodos: Estudio prospectivo de los pacientes enviados de forma consecutiva al servicio de cirugía plástica para realizar biopsia de la arteria temporal desde febrero de 2015 hasta julio de 2016. Se recogieron datos demográficos, antecedentes personales, manifestaciones clínicas y los criterios de clasificación de la ACR 1990 (edad mayor o igual de 50 años, cefalea de nueva instauración o de características diferentes, sensibilidad de la arteria temporal a la palpación o pulso disminuido, VSG = 50 mm/hora y biopsia positiva). El diagnóstico es compatible si los pacientes cumplen al menos 3 de estos 5. Antes de realizar la biopsia se realizó una ecografía de ambas arterias temporales con una sonda lineal 7L4P de ecógrafo Mindray Z6, explorando ambas ramas parietales y frontales. Se estudió la asociación entre variables cualitativas por medio del test chi-cuadrado o test de Fisher según proceda. La comparación de medias se realiza mediante

Tablas Póster 7

Tabla 1

	Total (n = 56)	Medicina Interna (n = 25)	Reumatología (n = 26)	Neurología (n = 4)	Medicina de Familia (n = 1)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Criterios ACR					
Clínicos					
Edad ≥ 50 años	56 (100)	25 (100)	26 (100)	4 (100)	1 (100)
Cefalea	34 (60,7)	7 (28)	25 (96,2)	1 (25)	1 (100)
Alteración sensibilidad de arteria temporal o disminución de pulso	21 (37,5)	7 (28)	13 (50)	1 (25)	0
Analíticos					
VSG ≥ 50 mm/h	45 (80,4)	24 (96)	18 (69,2)	2 (50)	1 (100)
Cumplen al menos 3 de 5 criterios ACR	38 (67,9)	13 (52)	22 (84,6)	2 (50)	1 (100)

Tabla 2

	Total (n = 56)	Medicina Interna (n = 25)	Reumatología (n = 26)	Neurología (n = 4)	Medicina de Familia (n = 1)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Diagnóstico clínico					
Positivo	20 (35,7)	8 (32)	9 (34,6)	3 (75)	0
Negativo	36 (64,3)	17 (68)	17 (65,4)	1 (25)	1 (100)

la prueba t de Student o test de Mann-Whitney según proceda tras comprobación de la normalidad con el test de Kolgomorov-Smirnov. La comparación múltiple de medias se realiza con el test ANOVA o test de Kruskal-Wallis, según proceda. Todos los test se realizan bilateralmente, considerando valores significativos $p < 0,05$.

Resultados: Se solicitaron 56 biopsias de la arteria temporal, 60,7% mujeres y edad media de 75 años (52-90). Según el servicio que solicita la biopsia, 25 son de Medicina Interna, 26 de Reumatología, 4 de Neurología y 1 de Medicina de Familia. Todos eran mayores de 50 años, 34 (60,7%) presentaban cefalea, 21 (37,5%) presentaban alteración a la exploración en la arteria temporal y 45 (80,4%) presentaban VSG = 50 mm/h. En la tabla 1 se puede ver la distribución según servicios. Se les realizó la biopsia a 55 de los 56 pacientes, resultando positiva en 14 (25,5) y negativa en 41 (74,5%) pacientes. En cuanto a los criterios ACR, 38 (67,9%) cumplían al menos 3 de los 5 criterios ACR, sin embargo, fueron diagnosticados de arteritis de células gigantes por sus respectivos médicos 20 (35,7%) pacientes, distribuidos por especialidades pueden verse en la tabla 2. A 55 de los 56 pacientes se les realizó la ecografía de arteria temporal, que fue positiva en 22 (39,3%). No se observan diferencias significativas entre los resultados de la biopsia y de la ecografía.

Conclusiones: El seguimiento de los criterios de la ACR para el diagnóstico de la ACG es bajo. Los pacientes a los que se les solicitó la biopsia todos cumplían el criterio ACR de edad mayor o igual a 50 años y la mayoría presentaban una elevación de parámetros de inflamación (VSG = 50 mm/h). También más de la mitad presentaban cefalea. Para el diagnóstico de la arteritis de células gigantes se continúa teniendo como prueba gold standard la biopsia. En nuestra serie, sólo 6 pacientes se diagnosticaron con biopsia negativa. La ecografía doppler de arterias temporales en nuestro estudio no muestra resultados significativos para el diagnóstico.

8. INCIDENCIA DE FRACTURAS CLÍNICAS EN UNA COHORTE DE ARTRITIS DE INICIO

G. González¹, S. García¹, P. Aguado¹, L. Nuño¹, D. Peiteado¹, A. Villalva¹, R. Madero² y A. Balsa¹

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

²Sección de Bioestadística. Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide establecida (AR) tienen un mayor riesgo de fractura y hay una clara relación

entre la edad y la incidencia de fractura. Existen pocos datos en pacientes con Artritis de Inicio. Un apropiado control de la actividad inflamatoria podría influir de manera beneficiosa en el status óseo.

Objetivos: Estudiar la incidencia de fracturas clínicas vertebrales y no vertebrales en una cohorte de pacientes con Artritis de Inicio en un periodo de 5 años de seguimiento y determinar si existe asociación con factores clínicos y del metabolismo óseo.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo mediante revisión de historia clínica electrónica y pruebas de imagen de los pacientes derivados de manera consecutiva y en la visita basal, desde la Consulta de Artritis de Inicio a nuestra consulta de Osteoporosis Inflamatoria entre los años 2009 y 2010. Se recogen mediante protocolo clínico datos sociodemográficos, antropométricos, factores de riesgo clínicos para fractura ósea así como datos bioquímicos, densitométricos y de actividad inflamatoria de la enfermedad. El evento principal en el estudio fue la incidencia de nueva fractura. De los pacientes inicialmente valorados, se incluyeron sólo aquellos con diagnóstico definitivo de artritis reumatoide (AR) durante el seguimiento.

Resultados: De 119 pacientes derivados 85 fueron AR de Inicio. El 88,6% eran mujeres con una edad media de $48,2 \pm 14$ años. Un 17,3% presentaba diagnóstico de Osteoporosis (OP) frente a 49,9% de osteopenia y un 33,3% tenía estudio densitométrico dentro de la normalidad. El 24,7% eran fumadores, 66% había recibido tratamiento con corticoides a dosis ≥ 5 mg durante un tiempo mayor a 3 meses y el 95,2% tenían déficit moderado de vitamina D que había precisado suplementación. 3 pacientes no completaron el seguimiento (1 fallecimiento y 2 pérdidas de seguimiento). Se observó incidencia fractuaria en 3 pacientes (3,5%) (IC95% 0,7-10%). El 100% de las nuevas fracturas fueron vertebrales, con un tiempo medio de aparición respecto a la visita basal de 7 ± 3 meses. En el análisis por subgrupos, se objetivó una población de edad avanzada (edad media de 78 ± 3 años) en el grupo de pacientes que presentaron fractura durante la evolución, con un valor medio de FRAX para cadera de 4,8%. En este grupo, el 100% tenía diagnóstico de osteoporosis, y todos ellos habían iniciado tratamiento antirresortivo. El análisis estadístico no mostró asociación significativa entre la aparición de nueva fractura y las variables basales clínicas y de riesgo de fractura.

Conclusiones: En nuestra cohorte de AR de Inicio se observa una incidencia de fractura clínica de 3,5%. La corrección precoz de las alteraciones metabólicas detectadas (como la hipovitaminosis D) así como el diagnóstico precoz y el control estrecho de la actividad inflamatoria pueden haber influido en el número bajo de fracturas clínicas observadas. La aparición de nuevas fracturas tiene lugar en pacientes de edad avanzada.

9. USO DE SECUKINUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

A. Ruiz Román, M. Lisbona Muñoz, C. Aguilera Cros, E. Rubio Romero, M. León Luque, M. Arcila Durán y J.B. Povedano Gómez

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Secukinumab es un anticuerpo monoclonal íntegramente humano que actúa bloqueando la vía de IL-17, estando indicado su uso para el tratamiento tanto de artritis psoriásica (APs), espondilitis anquilosante (EA) como de psoriasis.

Objetivos: Describir las características clínicas y analíticas, así como índice de actividad (DAS 28) en una cohorte de pacientes diagnosticados de artritis psoriásica pertenecientes al área sanitaria del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla en tratamiento con secukinumab 150 mg sc/mensual.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. Se incluyeron a pacientes diagnosticados de artritis psoriásica (APs) en tratamiento con secukinumab 150 mg sc/mes procedentes de consultas de Reuma-

tología del área sanitaria del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla. La inclusión de pacientes se hizo desde la aprobación del fármaco para su uso en artritis psoriásica hasta octubre de 2016. Las variables clínicas que se incluyeron fueron edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, tipo de afectación axial o axial y periférica, tratamiento previo (FAMES sintéticos y número de biológicos previos), recuento de articulaciones tumefactas (RAD) previa y posterior al fármaco, recuento de articulaciones dolorosas (RAD) previa y posterior al fármaco. Criterios analíticos que se estudiaron VSG y PCR previa y posterior al tratamiento con secukinumab así como índice de actividad (DAS 28) posterior al tratamiento en la visita a las doce semanas tras inicio del fármaco.

Resultados: Se incluyeron 11 pacientes en el estudio. El 54,5% (6/11) de los pacientes analizados fueron mujeres. Con una edad media $46,81 \pm 13,16$ años. El tiempo medio de enfermedad fue $9,90$ años $\pm 8,78$ (rango 2-30). El 63,6% (7/11) de pacientes presentaron afectación axial y periférica. En cuanto a los tratamientos previos utilizados, con respecto a los FAMES, el metotrexato fue el fármaco más utilizado en el 100% de los pacientes seguido de leflunomida (45,4%) (5/11), sulfasalacina (36,3%) (4/11), ciclosporina (18,1%) (2/11) e hidroxicloroquina (9,1%) (1/11). El 72,7% (8/11) de pacientes precisaron un biológico previo. El más utilizado fue etanercept (54,5%) (6/11), seguido de adalimumab (45,4%) (5/11), golimumab (18,1%) (2/11), certolizumab (18,1%) (2/11), infliximab, abatacept y ustekinumab (9,1%) (1/11). El 27,3% (3/11) fueron naïve a uso de terapia anti-TNF previa. Con respecto a los criterios analíticos e índices de actividad, los valores de PCR previo medio al inicio del tratamiento de $11,80$ mg/L $\pm 9,50$ y de $6,41$ mg/L $\pm 12,27$ tras el inicio del tratamiento a las 12 semanas. Los valores de VSG tuvieron un valor de $18,72$ mm/h $\pm 12,37$ al inicio de la nueva terapia y de $10,00$ mm/h $\pm 8,60$ tras inicio de secukinumab. El RAD previo al inicio del tratamiento fue de $4,54 \pm 4,39$ y el RAD posterior de $2,63 \pm 3,10$. El RAT previo fue de $3,81 \pm 4,51$. El RAT posterior fue de $1,36 \pm 1,36$ en la visita. En cuanto al índice de actividad (DAS 28) medido en la semana 12 tras el inicio del tratamiento fue de $3,56 \pm 1,78$. En 18,1% (2/11) pacientes precisó aumento de dosis a 300 mg sc/mensual por afectación cutánea y articular. Ningún paciente presentó ningún efecto adverso debido al fármaco.

Conclusiones: Secukinumab es una nueva molécula que constituye una alternativa a los tratamientos biológicos anti-TNF. Se debe realizar un mayor número de estudios y con mayor tiempo de seguimiento para valorar eficacia y seguridad.

10. PROTOCOLIZANDO LOS ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANA) POSITIVOS PARA DESCARTAR ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA (EAS): EL PATRÓN MOTEADO FINO DENSO Y ANTI-DFS70

J.M. López Ortega¹, Á. Sánchez Herrero¹, N. Estañ Capell¹, D. Ybáñez García², E. Valls Pascual², C. Vergara Dangond², M. Aguilar Zamora², L. Montolio Chiva², À. Martínez Ferrer² y J.J. Alegre-Sancho²

¹Servicio de Análisis Clínicos; ²Sección de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción: La positividad en el screening de anticuerpos antinucleares (ANA) por inmunofluorescencia indirecta (IFI) con un patrón moteado fino denso (DFS), tal como se ha definido por el International Consensus on ANA Patterns (ICAP), es frecuente y está ligada a la presencia de anticuerpos anti-DFS70. Estos anticuerpos tienen un importante valor como marcador de exclusión de enfermedad autoinmune sistémica (EAS) cuando aparecen aisladamente, en ausencia de otros autoanticuerpos.

Objetivos: Evaluar la correlación entre la identificación del patrón característico en IFI y la confirmación de anti-DFS70 por dos métodos distintos para protocolizar su búsqueda.

Métodos: A lo largo de tres meses, se recogieron de forma consecutiva muestras de pacientes con presencia de ANA positivos y se dividieron en tres grupos de acuerdo a su patrón IFI: un primer grupo (D) con el patrón DFS de acuerdo a ICAP; un segundo (M) con otros patrones moteados con mitosis positivas, y un tercero (C), como control, con patrones característicos y bien definidos, homogéneos y moteados finos/gruesos. Se seleccionaron para un análisis preliminar y de forma aleatoria un total de 10 muestras de cada grupo. En estas muestras, se realizó un screening de ANA por IFI en células Hep-2000 (Fluorescent IgG ANA-Ro Test System-Immunoconcepts) utilizando un sistema AP-16 Elite/Zenit-Up/GSight de Menarini, y la detección de anti-DFS70 se realizó por dos métodos: IFI en células Hep-2 (Hep-2/DFS70 Knock-out-Immuno Diagnostics) e inmunoblot (ANA+DFS70 Dot Blot-AlphaDia). Complementariamente se determinaron anticuerpos frente a antígenos extraíbles del núcleo (ENAS), nucleosomas (NUS) e histonas (HIS), para descartar la coexistencia de otros autoanticuerpos.

Resultados: En el grupo D se confirmó la positividad para anti-DFS70 en 7 de los 10 casos, así como la negatividad para otros ANA en todos los casos. En el grupo M dos muestras fueron positivas para DFS-70 y otros dos casos fueron NUS positivos, mientras que todos fueron negativos para ENAS. En el grupo C ninguno fue positivo para anti-DFS70, encontrándose en todos ellos positividades para ENAS y/o NUS y/o HIS. Se comprobó que la detección de anti-DFS70 fue concordante por los dos métodos en 8 de los 9 casos positivos, siendo negativo por ambos en los demás. En ningún caso la presencia de anti-DFS70 se asoció a un diagnóstico de EAS.

Conclusiones: Tanto IFI como inmunoblot son métodos adecuados para detectar anticuerpos anti-DFS70. Proponemos determinar anti-DFS70 y un screening de ENAS en los patrones DFS de ANA por IFI, e investigar anti-DFS70 en otros patrones moteados con mitosis positivas cuando previamente no se encuentren otras especificidades.

11. IMPACTO DE LA QUIMIOTERAPIA SOBRE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA AROMATASA

J. Loarce-Martos¹, W.A. Sifuentes Giraldo¹, L.V. Maldonado Romero¹, M. Ahijón Lana¹, C. Velázquez Arce¹, N. Martínez Jañez² y M. Vázquez Díaz¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Valorar el impacto de la quimioterapia previa al inicio de fármacos inhibidores de la aromatasa (IA) sobre la densidad mineral ósea (DMO) en pacientes post-menopáusicas con cáncer de mama (CM) atendidas en un hospital español terciario.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio longitudinal en pacientes postmenopáusicas que recibieron con IA como tratamiento subsecuente tras quimioterapia inicial (grupo QT) o como terapia adyuvante sin QT previa (grupo no-QT) seguidas durante un período de 12 meses. Se evaluó la DMO por absorciometría de rayos X de doble energía (DXA) en columna lumbar (CL) y cuello femoral (CF) al inicio y tras 12 meses de tratamiento con IA en ambos grupos, siguiendo el protocolo habitual de nuestro hospital, con un coeficiente de variación in vitro del 1% en ambas localizaciones y estimándose como cambio mínimo significativo (CMS) 0,0223 g/cm² en CL y 0,0288 g/cm² en CF. Se recogieron además datos demográficos, de la enfermedad neoplásica y factores de riesgo clásicos para osteoporosis.

Resultados: Se incluyó un total de 69 pacientes postmenopáusicas diagnosticadas de cáncer de mama atendidas en nuestro centro entre agosto de 2011 y diciembre de 2014. La media de edad al diagnóstico fue 59,9 ± 7,7 años, la mayoría de ellas con estadios I y II del CM (84%), perteneciendo 39 pacientes al grupo QT y 30 al no-QT. Se indicó radioterapia asociada en 50 casos con una media de 23 sesiones. El IA más frecuentemente en ambos grupos fue letrozol (95%).

Las características demográficas basales de ambos grupos fueron similares, excepto la edad de diagnóstico que fue significativamente mayor en el grupo de pacientes no-QT, estos datos se presentan en la tabla adjunta. La media de DMO al inicio del tratamiento con IA fue significativamente menor en CL en el grupo QT (0,7793 g/cm²) respecto al no-QT (0,8483 g/cm²) (p = 0,018), pero sin diferencia en CF (QT 0,6764 g/cm² y no-QT 0,7077 g/cm², p = 0,123). En la comparación de las medias de DMO entre ambos grupos a los 12 meses se encontró una diferencia significativa en CL (QT 0,7685 g/cm², no-QT 0,8397 g/cm², p = 0,003) pero no en CF (QT 0,6598 g/cm², no-QT 0,6689 g/cm², p = 0,369). A los 12 meses de tratamiento con IA, la media de cambio de la DMO en el grupo QT en CL fue de -0,0107 g/cm² (IC95%: -0,0269, +0,0055, p = 0,189) y en CF -0,0165 g/cm² (IC95%: -0,0339, +0,0009, p = 0,063), mientras que en el grupo no-QT las medias de cambio fueron en CL -0,0085 g/cm² (IC95%: -0,0416, +0,0244, p = 0,599) y en CF -0,0388 g/cm² (IC95%: -0,0707, -0,0068, p = 0,019). Durante el período de estudio hubo una fractura en cada grupo (QT 2,6%, no-QT 3,3%).

	Grupo QT (n = 39)	Grupo no-QT (n = 30)	p-valor
Edad al diagnóstico en años (media ± DE)	58,2 ± 7,3	62 ± 7,9	0,042*
Edad de menarquía (media ± DE)	12,5 ± 1,2	12,5 ± 1,1	0,980
Edad de menopausia (media ± DE)	48 ± 4,2	48,9 ± 4,1	0,394
Edad > 65 años (n, %)	13 (33%)	9 (30%)	0,284
Índice de masa corporal (media ± DE)	25,8 ± 6	27,6 ± 4,3	0,184
Osteopenia/osteoporosis al inicio del IA (n, %)	35 (89%)	26 (86%)	0,692
Tabaquismo (n, %)	5 (13%)	2 (6%)	0,401
Fractura previa (n, %)	2 (5%)	2 (7%)	0,786
Antecedente familiar de fractura (n, %)	2 (5%)	2 (7%)	0,786
Suplementos de calcio + vitamina D (n, %)	26 (67%)	14 (47%)	0,095
Radioterapia (n, %)	27 (69%)	23 (77%)	0,493
Tratamiento previo con tamoxifeno (n, %)	5 (13%)	3 (10%)	0,717
Tratamiento con bifosfonatos (n, %)	2 (5%)	1 (3%)	0,717
Tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (n, %)	14 (36%)	7 (23%)	0,261
Tratamiento con estatinas (n, %)	8 (21%)	11 (37%)	0,136

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio no demuestran que la QT previa al tratamiento con IA en pacientes posmenopáusicas con CM disminuya de forma significativa la DMO durante el primer año, lo que se evidencia en que la media de cambio durante este período tanto en CL y CF en el grupo QT no es superior al CMS ni a la pérdida del grupo no-QT, aunque tuvieron una media de DMO basal en CL significativamente menor que este último grupo y dicha diferencia se mantuvo al final del período de estudio.

12. FACTORES CLÍNICOS, BIOLÓGICOS Y GENÉTICOS ASOCIADOS CON LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS INHIBIDORES DEL TNF-A (ITNF-A) EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA) Y ARTRITIS PSORIÁSICA (APS)

J. Polo y la Borda^{1,2}, J. Sanz², J. Mulero² y A. Sánchez²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles.

Introducción: Los fármacos iTNF-a, han demostrado ser efectivos en el control de la actividad de las espondiloartritis. Pero existe una proporción de pacientes, en los que se tiene que suspender el tratamiento, debido a su ineficacia, al no sostenimiento de las respuestas iniciales o a la aparición de eventos adversos. Por esto, surge la necesidad de identificar características en estos pacientes, que sean capaces de predecir una respuesta óptima al tratamiento.

Objetivos: Determinar predictores clínicos biológicos y genéticos, de respuesta al tratamiento con fármacos iTNF-a en pacientes con EA y APs.

Métodos: Se analizó 118 pacientes: 49 (41,53%) con EA y 69 (58,47%) con APs (24 con afectación axial y periférica y 45 con afectación exclusivamente periférica), que estaban en tratamiento o fueran a iniciar tratamiento con iTNF-a, pertenecientes al servicio de Reumatología del Hospital Puerta de Hierro. Los datos fueron recogidos previo al inicio del iTNF-a y en la última visita de consulta al servicio, durante el período entre el 28/11/2013 al 12/11/2014. La población constaba de 73 hombres y 45 mujeres, la edad media fue 53 años (DE \pm 11,2), con una mediana de duración de la enfermedad de 15 años (RIC 10-23). Los pacientes tuvieron una mediana de VSG y PCR basales de 10 mm/h (RIC 5,0-27,0) y 2 mg/l (RIC 0,0-9,0), respectivamente. Los índices de actividad, tuvieron una media y DE (6,0 \pm 1,9; 3,0 \pm 0,6 y 5,4 \pm 2,5), para el BASDAI, DAS28 PCR y BASFI respectivamente. Se realizó un análisis univariable, con un modelo de Cox para que variables podrían tener una asociación con la tasa de no respuesta: dolor axial, artritis periférica, sacroileítis, EII, uveítis, psoriasis, HLA B27, VSG, PCR, BASDAI, BASFI, VGP y el nº de iTNF-a, así como con los alelos y genotipos de los 45 SNPs estudiados. Las variables que dieron un valor de $p < 0,1$ se incluyeron en un análisis multivariable. Se evaluó la capacidad de discriminación del modelo, mediante el índice C de Harrell.

Resultados: Se evaluaron los resultados tras una mediana de duración del tratamiento de 62,9 meses (RIC 40,7-96,5), y la respuesta al iTNF-a fue de un 79,7% de los pacientes, con un BASDAI medio de 2,7 (DE \pm 2,2), un BASFI de 4,2 (DE \pm 2,8), y un DAS28 PCR de 1,5 (DE \pm 0,6). Los factores obtenidos que incrementan de forma significativa la tasa de no respuesta, son: el grupo de APs periférica frente a EA (HR 2,94 IC95% 1,16-7,46; $p = 0,023$), VGP (HR 1,47 IC95% 1,20-1,80; $p < 0,001$), BASDAI (HR 1,80 IC95% 1,29-2,52; $p = 0,001$), BASFI (HR 1,52 IC95% 1,20-1,93; $p = 0,001$), y el nº de fármacos utilizados ($p < 0,001$). En cuanto a las variables que muestran una tendencia a la significación ($p < 0,10$), se halló el ser mujer con 2,13 veces menor tasa de respuesta que el hombre ($p = 0,065$). Los SNPs asociados a tasa de no respuesta fueron: el SNP rs4240847 del gen MAPKAPK2 (alelo A, HR 1,63; $p = 0,019$); el rs11096957 del gen TLR-10 (alelo T, HR 1,49; $p = 0,011$), el rs11541076 del gen IRAK-3 (alelo T, HR 1,47; $p = 0,050$), el rs916344 del gen MAPK14, en forma recesiva, dado que los alelos CC frente a CG o GG incrementan 10,12 veces la tasa de no respuesta (HR 10,12 $p = 0,027$) y el rs11591741 del gen CHUK (GG+GC/CC; HR 8,3; $p = 0,035$). Y el SNP que muestra una tendencia a la significación es el rs4925648 del gen NLRP3 (alelo C, HR 1,62; $p = 0,075$). Se ajustó un modelo multivariable y los factores independientemente asociados a la tasa de no respuesta fueron: el sexo, la mujer tuvo una tasa de no respuesta 4,46 veces mayor que el hombre, el BASFI, el incremento en un punto, aumenta la tasa de no respuesta un 75% y el SNP rs11591741 del gen CHUK (GG/CG o CC; HR 3,83; $p = 0,022$) aumentan la tasa de no respuesta. La capacidad de discriminación de este modelo fue de 0,92 con el índice C de Harrell.

Conclusiones: El sexo femenino, el BASFI basal elevado y el SNP del GEN CHUK rs11591741 (GG), se identificaron como factores predictores de no respuesta al tratamiento con iTNF-a en estos pacientes.

13. UTILIDAD DEL FRAX PARA PREDECIR EL RIESGO DE DEFORMIDAD MORFOMÉTRICA VERTEBRAL EN 121 PACIENTES ASINTOMÁTICOS MAYORES DE 50 AÑOS CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

M. Llop Vilaltella¹, W.A. Sifuentes Giraldo¹, M. Vázquez Díaz¹, F. López Gutiérrez¹, C. Medina Quiñones¹, C.C. Macía Villa¹, S. Bañón-Escandell² y J.L. Casado Osorio²

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) presentan con frecuencia una baja den-

sidad mineral ósea (DMO) de origen multifactorial. En la población general, existen instrumentos para estimar el riesgo de fractura osteoporótica basados en factores de riesgo, tales como la ecuación de riesgo FRAX. Se ha considerado que un riesgo elevado de fractura a los 10 años para población española podría situarse en $> 10\%$ para fractura mayor osteoporótica y $> 3\%$ en fractura de cadera. No existen recomendaciones claras en la utilidad del FRAX a nivel nacional en pacientes VIH mayores de 50 años.

Objetivos: Evaluar la utilidad de la ecuación el FRAX en la predicción del riesgo de deformidad morfométrica (DM) vertebral en pacientes con infección por VIH mayores de 50 años atendidos en un centro español de tercer nivel.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal en pacientes con infección por VIH mayores de 50 años en seguimiento en nuestro centro durante el período 2014-2016. Los datos demográficos y factores de riesgo en la ecuación de FRAX se recolectaron a través de una encuesta específica. El FRAX fue calculado añadiendo VIH como causa de osteoporosis secundaria, en todos los pacientes con y sin DXA. La sensibilidad y especificidad de la prueba se midió con una curva ROC. La DM vertebral se clasificó según los criterios semicuantitativos de Genant et al.

Resultados: Se incluyó un total de 121 pacientes, 34 de ellos mujeres (28%), con una media de edad de 54,1 años (rango: 50-75). Se detectó DM vertebral en 25 casos (21%). Los pacientes presentaban un IMC medio de 23,7 Kg/m², el 33% de los pacientes eran fumadores, un 7% con consumo = 3 dosis de alcohol, un 9% presentaba antecedentes familiares de fractura de cadera, pero no se detectó ningún paciente con antecedente previo de fractura, con tratamiento corticoideo previo o con artritis reumatoide. La media del FRAX en fractura mayor osteoporótica sin DXA previa fue de 2,92 (1,1-8,5), hubo 2 pacientes por encima de 7 y ninguno por encima de 10; la media del FRAX en fractura de cadera sin DXA fue de 0,64 (0,1-3,9), hubo 2 pacientes por encima de 3. En la DXA, se detectó osteoporosis de cuello femoral en el 8% y en columna lumbar en el 30% mientras que osteopenia en cuello femoral en el 64% y en columna lumbar en el 45%. Incluyendo los datos de DXA, la media del FRAX de fractura mayor osteoporótica fue de 2,52 (0,2-8,2), hubo 2 pacientes por encima de 7, y en fractura de cadera con DXA fue de 0,67 (0,01-4,4), hubo 2 pacientes por encima de 3. Los valores del FRAX con DXA o sin DXA fueron muy similares, con una variación del -0,4 para el valor medio en fractura mayor osteoporótica y de +0,03 para el valor medio de fractura de cadera. En la curva ROC, un valor mayor de 1 en el FRAX para fractura de cadera con DXA, detectó 9 DM de 29 pacientes (S, 38%, E 80%), un valor mayor de 2 detectó 4 DM de 10 pacientes (S 17%, E 93%) y un valor de 3 detectó 1 DM de 2 pacientes (S 4%, E 99%).

Conclusiones: La ecuación de riesgo FRAX, con los actuales puntos de corte, no identifica correctamente a los pacientes VIH mayores de 50 años con riesgo de DM vertebral como tampoco aquellos que precisarían DXA, por lo que deberían desarrollarse estrategias alternativas de prevención y diagnóstico precoz, como radiografías de columna dorsal y lumbar en pacientes infectados por VIH con factores de riesgo.

14. ESTUDIO CASO-CONTROL ANIDADO A UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON METOTREXATO EN MONOTERAPIA

E. Chamizo Carmona¹, C. Carrasco Cubero², P.J. Cossío Jiménez¹, J.J. Aznar Sánchez¹ y R. Veroz Rodríguez¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital de Mérida. ²Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción: Metotrexato (MTX) es el fármaco modificador de enfermedad (FAME) de primera elección en el tratamiento de la

artritis reumatoide (AR). La respuesta clínica es muy variable (30-60% de pacientes) y puede estar relacionada con numerosos factores demográficos, clínicos, inmunológicos y genéticos.

Objetivos: Determinar la supervivencia y la respuesta clínica de MTX en monoterapia y los factores relacionados con ellas.

Métodos: Estudio caso-control anidado a una cohorte de pacientes > 18 años, con AR (ACR 1987) tratados con MTX en monoterapia entre 1990 y 2015. Definimos como caso a pacientes que alcanzaron baja actividad (DASPCR < 3,2) o remisión (DASPCR < 2,6) (respondedores) y controles a los que no lo alcanzaron (no respondedores). Todos los pacientes han tenido seguimiento protocolizado en una consulta monográfica de AR (actividad, función física, comorbilidad, riesgo cardiovascular, farmacovigilancia), han contestado a un cuestionario (demografía, hábitos, efectos secundarios) y han firmado consentimiento informado. Realizamos estudio descriptivo, comparación de medias, correlaciones uni y multivariante, regresión logística y análisis de supervivencia con SPSS 21.

Resultados: Obtuvimos 301 pacientes (67,1% mujeres, 80,1% FR positivo y 60,1% ACPA positivo) con medias de edad de 49,56 (DE 13,23 años y seguimiento de 11,27 (DE 7,76) años que habían recibido dosis semanal media de 16,5 (DE 3,7) mg de MTX. Alcanzaron baja actividad 149 (49,5%), remisión 100 (33,2%) y precisaron biológicos 109 (36,2%) pacientes. La supervivencia de MTX fue 151,01 (73,1, 203,5) meses y en monoterapia 86,9 (23,9, 182,0) meses. En la tabla se muestran las características. La respuesta a MTX se asoció a mayor media de edad (53,3 años (DE 12,9)), menor dosis de MTX (15,58 mg/semana (DE 3,56)) y de prednisona (6,7 mg/día (DE 5,3)), menor DAS28 basal (3,92 (DE 0,56)) (p < 0,01) y negativamente al tabaco (32,6%), uso de FAMEs previos (32,1%), erosiones en el primer año (35%) y eventos adversos relacionados con MTX (38,2%) (p < 0,01 para todas). La remisión además se asoció negativamente a inicio poliarticular (27,1%) y afectación extrarticular (16,9%). En el análisis multivariante (Exp(β) encontramos asociación negativa entre DAS28 basal (9,07), tabaquismo activo (3,16), presencia de acontecimientos adversos (AA) (2,55) (p < 0,01 para todas) y erosiones al primer año (2,38; p < 0,05) y baja actividad DAS28PCR. Remisión clínica se asoció negativamente además con afectación extrarticular de AR (3,17; p < 0,05). No encontramos asociación con el sexo, comorbilidades y riesgo cardiovascular.

Características pacientes	Pacientes n = 301	DAS < 3,2	DAS > 3,2
Edad al diagnóstico (años (DE))	49,56 (13,23)	53,3 (12,9)**	53,25 (13,35)**
Mujeres (n (%))	202 (67,1)	95 (47)	62 (30,7)
Tiempo hasta el diagnóstico (semanas (DE))	75,45 (117,92)	77,5 (113,5)	76,7 (106,5)
Intervalo diagnóstico- metotrexato (semanas (DE))	88,91 (192,94)	67,25 (200,9)	50,79 (180,6)
Seguimiento (meses (DE))	135,79 (93,53)	90,9 (59,2)	87,39 (58,26)**
Duración monoterapia (meses (DE))	68,31 (58,05)	90,9 (59,2)**	87,39 (58,26)
Dosis metotrexato (mg/semana (DE))	16,5 (3,7)	15,58 (3,56)**	14,95 (3,3)**
DAS28(PCR) basal (media (DE))	4,46 (0,83)	3,92 (0,56)**	3,87 (0,53)**
Fumador activo (n (%))	86 (28,6)	28 (32,6)**	17 (19,8)**
Inicio poliarticular (n (%))	181 (60,1)	84 (46,4)	49 (27,1)**
Enfermedad extraarticular (n (DE))	71 (23,6)	28 (39,4)	12 (16,9)**
FR (UI (DE))	241 (80,1)	113 (46,9)	79 (32,8)
ACPA (UI (DE))	193 (64,1)	92 (47,7)	60 (31,1)
Erosiones en el primer año (n (%))	163 (54,2)	57 (35,0)**	28 (17,2)**
FAMEs previos a metotrexato (n (%))	81 (26,9)	26 (32,1)**	16 (19,8)**
Acontecimientos adversos (n (%))	152 (50,5)	58 (38,2)**	33 (21,7)**

*p < 0,01.

Conclusiones: La tasa de respuesta a MTX en nuestra población fue elevada. Los factores relacionados con la respuesta fueron actividad inflamatoria basal, la presencia de erosiones durante el primer año, manifestaciones extraarticulares de AR, la aparición de eventos adversos relacionados con MTX y el hábito de fumar.

15. GESTIÓN DE CALIDAD EN OSTEOPOROSIS: UTILIDAD DE LA INTERCONSULTA ELECTRÓNICA COMO HERRAMIENTA INTEGRADA EN UN PROCESO DE OSTEOPOROSIS

S. García-Carazo, P. Aguado Acín, C. Tornero, A. Pieren, Ch. Plasencia, M.E. Miranda, G. Bonilla y A. Balsa

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: La osteoporosis (OP) es un proceso de elevada prevalencia en las Consultas Externas de Reumatología, con una alta preocupación sanitaria y poblacional, que conlleva un importante uso de recursos sanitarios. La atención del paciente con OP posmenopáusica suele iniciarse en Atención Primaria (AP), pero incluye también su derivación a Reumatología cuando se estima necesario por el médico de familia. Existe una importante variabilidad en el manejo de OP, siendo un proceso clínico susceptible de mejoras.

Objetivos: Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales mediante la elaboración de un circuito de comunicación y derivación de pacientes con OP entre Atención Primaria y Servicio de Reumatología, que incluye una herramienta de interconsulta electrónica (IE) específica para dicho proceso.

Métodos: Se ha diseñado un circuito de derivación de pacientes consensuado interniveles que apoya la toma de decisiones basándose en la valoración individual del riesgo de fractura. Se integra en dicho circuito un modelo de interconsulta electrónica (IE) implantado en la plataforma tecnológica asistencial y específica de OP que recoge información sobre datos clínicos de riesgo de fractura, de laboratorio, de metabolismo óseo y densitométricos. El tiempo establecido de contestación a la IE es de 48-72 horas. Se analizan las IE solicitadas en el periodo comprendido entre el 15/09/2015 y el 15/01/2017, clasificando los motivos de IE en: Actitud terapéutica (AT) inicio tratamiento; AT mantenimiento tratamiento; AT tras descanso terapéutico; aplastamiento vertebral; intolerancia/contraindicación tratamiento; otras fracturas no vertebrales; alteraciones analíticas del metabolismo óseo; otros motivos. Asimismo, se analizan las derivaciones presenciales por OP a Consulta de Reumatología en dos periodos de tiempo: un primer periodo comprendido entre el 15/09/2014 y el 15/01/2015, cuando la IC aún no estaba implantada, y un segundo periodo de igual duración, comprendido entre 15/09/2016 y 15/01/2017, cuando la IC llevaba más de un año de funcionamiento, clasificándolos como relacionados o no con patología metabólica ósea.

Resultados: Entre el 15/09/2015 y el 15/01/2017 se recibieron un total de 137 IE procedentes de Atención Primaria: 65 (47,4%) específicas de OP. Los motivos más frecuentes de consulta fueron: dudas relacionadas con el mantenimiento de tratamiento (30,7%) y con el inicio del mismo (29,3%). El número de pacientes derivados a consulta presencial de Reumatología en el primer periodo de tiempo, cuando la IE no estaba implantada, fue de 1253 derivaciones, vs 1140 en el periodo en el que se disponía de IE. El 27,2% de las derivaciones (342/1253) estaban relacionadas con OP en el primer periodo vs el 22,7% (259/1140) en el segundo.

Conclusiones: La instauración de una IE específica de Osteoporosis integrada en un proceso asistencial de OP se muestra como una herramienta útil, disminuyendo el número de derivaciones presenciales por ese motivo, y fomentando la autonomía del médico de Atención Primaria en el manejo clínico de la osteoporosis.

16. COMPARACIÓN DE LA FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD DE CASTLEMAN MULTICÉNTRICA CON LA ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO

A. González García¹, W.A. Sifuentes Giraldo², J.L. Morell Hita² y J.L. Patier de la Peña¹

¹Servicio de Medicina Interna; ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La enfermedad de Castleman multicéntrica (ECM) es un trastorno caracterizado por una proliferación policlonal de linfocitos B que se asocia frecuentemente con manifestaciones autoinmunes y conectivopatías. Cursa con niveles altos de IL-6 y síntomas sistémicos como fiebre, artralgias, hepatoesplenomegalia y serositis, por lo que se recomienda incluirla en el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Still del adulto (ESA). Sin embargo, no se dispone de estudios que comparen ambos grupos de pacientes.

Objetivos: Comparar el perfil de manifestaciones clínicas iniciales de pacientes con ECM con las de la ESA atendidos en un hospital terciario madrileño.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico de ambas entidades atendidos nuestro centro entre enero 1989 y diciembre 2015. Las variables evaluadas incluyeron demografía, manifestaciones clínicas, alteraciones analíticas y criterios de Yamaguchi. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 21.0.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes, 17 con ECM y 17 controles con ESA. La comparación de las características de ambos grupos se presenta en la tabla adjunta. No hubo diferencias respecto a la edad, duración de la enfermedad, retraso diagnóstico, presencia de artritis, mialgias, pleuritis y síndrome de activación macrofágica, pero la fiebre persistente, rash, artralgias, faringitis y pericarditis fueron significativamente más frecuentes en la ESA mientras que el sexo masculino, la infección por HIV y/o HHV8, hepatoesplenomegalia y linfadenopatías lo fueron en la ECM. Dentro de las variables analíticas la leucocitosis y la hipertransaminasemia fueron significativamente mayores en la ESA. 52,9% de los pacientes con ECM cumplían 5 o más criterios de Yamaguchi para ESA.

	Enfermedad de Castleman multicéntrica (n = 17)	Enfermedad de Still del adulto (n = 17)	p-valor
Relación hombre:mujer	2,4:1	0,4:1	0,0163
Edad al diagnóstico (media ± DE)	46,4 ± 13,1	37,5 ± 13,5	0,0598
Infección por VIH	35,2%	0%	0,0154
Infección por HHV8	35,2%	0%	0,0154
Duración de síntomas (días)	158,6	250,5	0,3919
Retraso diagnóstico (días)	18,4	52,2	0,2711
Fiebre persistente	47,1%	94,1%	0,0078
Rash	29,4%	64,7%	0,0392
Artralgias	35,3%	88,2%	0,0014
Artritis	0%	17,6%	0,0696
Mialgias	23,5%	5,9%	0,1463
Faringitis	0%	41,2%	0,0029
Hepatoesplenomegalia	47,1%	5,9%	0,0065
Pericarditis	0%	23,5%	0,0332
Pleuritis	17,6%	11,7%	0,6217
Linfadenopatías	100%	17,6%	0,0001
Síndrome de activación macrofágica	11,7%	17,6%	0,6282
Leucocitos > 10.000/mm ³	35,2%	76,5%	0,0156
Aumento de transaminasas	0%	58,8%	0,0002
VSG (mm/Hg)	52	77,5	0,1104
PCR (md/dl)	75,1	109,5	0,3699
Ferritina (ng/ml)	240	1926	0,1234
Hiper gammaglobulinemia policlonal	41,2%	41,2%	1,000
Factor reumatoide	5,9%	0%	0,3101
Anticuerpos antinucleares	11,7%	0%	0,1449
Cumple criterios de Yamaguchi	52,9%	100%	-

Conclusiones: Los pacientes con ECM pueden presentar manifestaciones comunes con la ESA y hasta la mitad de ellos casos cumplen

criterios de Yamaguchi para esta enfermedad, por lo que debería tenerse en cuenta en su diagnóstico diferencial.

17. DEPLECIÓN DE LINFOCITOS B COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

M.L. Velloso Feijoo, S. Rodríguez Montero, N. Plaza Aulestia y J.L. Marenco de la Fuente

UGC de Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: Las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) clásicamente han sido tratadas con esteroides e inmunosupresores, pero un porcentaje no despreciable de pacientes no responde a estas medidas. Rituximab (RTX) se ha empleado en diversas EAS con resultados favorables, no existiendo estudios controlados dada la baja incidencia de estas enfermedades y el hecho de no tener la aprobación actualmente. Únicamente existen comunicaciones de experiencias clínicas aisladas, con un número no muy elevado de pacientes. La descripción de los resultados de uso de este fármaco en condiciones de práctica clínica diaria, puede ser relevante.

Objetivos: Describir las características de los pacientes con EAS que son candidatos a tratamiento con RTX. Evaluar la respuesta a este fármaco en las distintas EAS.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en pacientes con EAS refractarias en seguimiento por la UGC de Reumatología del H.U. de Valme. Se incluyeron variables demográficas, relacionadas con la enfermedad y el tratamiento y variables de respuesta. Como medida de respuesta, dada la heterogeneidad de las EAS y sus variadas manifestaciones, se emplearon las definiciones EULAR de respuesta parcial (mejoría de al menos un 50% de las manifestaciones principales de la enfermedad) y respuesta completa (desaparición de las manifestaciones de la enfermedad).

Resultados: Se incluyeron 53 pacientes con una edad media actual de 41,85 ± 13,81 años, un 90,6% eran mujeres; la edad media al diagnóstico fue de 31,42 ± 14,33 años; y la mediana de duración de la enfermedad al inicio de RTX 1,99 (0-7,5) años. Los pacientes recibieron una mediana de 2 ciclos (1-3; mín 1; máx 12); y la mediana del intervalo entre ciclos fue de 14,81 meses (6-15,75; mín 6; máx 120). Las EAS incluidas fueron LES con 23 (43,4%) casos, esclerosis sistémica con 7 (13,2%) casos, síndrome de Sjögren con 6 (11,3%) casos, vasculitis con 5 (9,4%) casos, enfermedad de Still con 3 (5,7%) casos, citopenias AI con 3 (5,7%) casos, dermatomiositis con 2 (3,8%) casos, enfermedad de Behçet con 2 (3,8%) casos, enfermedad por IgG4 con 1 (1,9%) caso y sarcoidosis con 1 caso (1,9%). La respuesta terapéutica fue evaluada en los 53 pacientes; se observó una respuesta parcial en 27 pacientes (50,9%) y completa en 20 pacientes (37,7%). No hubo respuesta en 6 de los 53 pacientes (11,3%). La respuesta por grupos de enfermedad se detalla en la tabla.

EAS	Respuesta parcial	Respuesta completa	No respuesta
LES (n = 23)	9 (39,1%)	12 (52,2%)	2 (8,7%)
ES (n = 7)	5 (71,4%)	2 (28,6%)	0
Vasculitis (n = 5)	5 (100%)	0	0
Sjögren (n = 6)	3 (50%)	3 (50%)	0
Citopenias autoinmunes (n = 3)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)
Dermatomiositis (n = 2)	1 (50%)	1 (50%)	0
Enfermedad de Behçet (n = 2)	0	0	2 (100%)
Enfermedad por IgG4 (n = 1)	0	1 (100%)	0
Sarcoidosis (n = 1)	1 (100%)	0	0

Conclusiones: De forma global en nuestro estudio, el tratamiento con RTX consiguió alcanzar una respuesta de un 88,7% en diferentes EAS. Estos resultados se pueden equiparar a algunas experiencias de su uso off-label de RTX (Ramos-Casals et al. Clinical and Experimental Rheumatology. 2010;28:468-76), donde se obtuvo una respuesta global del 77%. Más del 90% de los pacientes con EAS refractaria se

benefician del tratamiento con RTX (el 50% incluso entra en remisión). Los mejores resultados se observan en el LES, sobre todo en la nefritis lúpica, y en el SS. Los resultados en ES son esperanzadores dada la escasez de recursos terapéuticos en esta entidad.

18. ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN PACIENTES CON ANTICUERPOS ASOCIADOS A MIOSITIS

C. Carrasco Cubero¹, P.J. Cossío Jiménez², S.M. Rojas Herrera² y E. Chamizo Carmona²

¹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. ²Servicio de Reumatología. Hospital de Mérida. Badajoz.

Introducción: Los anticuerpos asociados a miositis (AAM) son aquellos que habitualmente se asocian a características clínicas de solapamiento, como es el caso del anti-Ku y anti PM/Scl (escleromiositis), anti U1RNP (marcador de enfermedad mixta del tejido conectivo, que presenta en muchas ocasiones afectación muscular) o anti Ro.

Objetivos: Describir las características clínicas e inmunológicas de pacientes con AAM en nuestro medio.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de los pacientes con AAM, atendidos en nuestros centros, durante el período del 2009 al 2016. La positividad para AAM (anti-Ku, antiPM/Scl, anti U1RNP y anti Ro) fue detectada a través de inmunoensayo lineal y confirmada por inmunofluorescencia indirecta. Los datos correspondientes a demografía, manifestaciones clínicas y diagnósticos fueron obtenidos a través de la revisión de historias clínicas.

Resultados: Durante el período estudiado se encontraron 14 pacientes (13,6%) con positividad para anticuerpos anti-Ku, 10 de ellos mujeres (71,4%), un 42,9% presentó alguna enfermedad reumática asociada: 1 caso de artritis reumatoide, 1 caso de LES y 4 casos de síndrome de solapamiento. Las manifestaciones clínicas fueron: 21,4% artritis, 35,7% fenómeno de Raynaud, 7,1% miositis, 21,4% EPID. De los 19 pacientes con anti PM-Scl (18,4%), tuvieron artritis 62,2%, fenómeno de Raynaud 62,2%, miositis 36,8% y EPID un 21,1%. 12 presentaron alguna enfermedad autoinmune, como fueron: 1 caso de AR, 3 de dermatomiositis, 1 caso de enfermedad indiferenciada del tejido conectivo, 2 LES, 4 overlap y 2 síndrome antisintetasa. De los 19 pacientes anti Ro 52 positivos, la mayoría mujeres (68,4%), presentaron un 21,1% artritis, 26,3% fenómeno de Raynaud, 42,1% miositis, 8 EPID. Un 68,4% acompañó alguna enfermedad autoinmune: 4 dermatomiositis, 1 enfermedad indiferenciada del tejido conectivo, 3 overlap, 3 S. antisintetasa y 2 S. Sjogren. Encontramos un paciente con anti U1RNP positivo, que acompañó un S. solapamiento (LES+ esclerodermia + SAF).

Conclusiones: Estos anticuerpos no son marcadores específicos de ninguna enfermedad autoinmune, pero son más frecuentes en los síndromes de superposición, por lo que deberían ser considerados en estos cuadros, especialmente cuando hay miositis asociada.

19. INFLUENCIA DE LA INMUNOGENICIDAD AL PRIMER ANTI-TNF EN LA RESPUESTA AL SEGUNDO BIOLÓGICO

P. Bogas¹, C. Plasencia¹, D. Pascual-Salcedo², G. Bonilla¹, E. Mora¹, C. Tornero¹, L. Nuño¹, A. Villalba¹, D. Peiteado¹, A. Martínez², B. Hernández², M. González² y A Balsa¹

¹Departamento de Reumatología; ²Departamento de Inmunología. Hospital La Paz. Madrid.

Introducción: Actualmente no existe consenso en la elección de una diana terapéutica en los pacientes (pts) con AR no respondedores a un 1er biológico. El desarrollo de anticuerpos antifármaco (ADA) es una causa frecuente de ineficacia 2ª en nuestros pts con

antiTNF (AT) y existe evidencia de que los pts que desarrollan ADA a un 1er AT consiguen mayor respuesta al 2º en comparación con los pts ADA -. De este modo la medición de ADA puede ayudar en la elección de la diana terapéutica en pts con ineficacia a su 1er AT.

Objetivos: Analizar si el desarrollo de ADA al 1er AT condiciona una mejor respuesta a un 2º AT frente a un no antiTNF (noAT). Como objetivo secundario comparar la eficacia del 2º AT en función de la presencia o no de ADA al primer AT.

Métodos: De los 144 pts que cambiaron de infliximab o adalimumab a un 2º biológico (etanercept, rituximab, tocilizumab, adalimumab, abatacept, certolizumab e infliximab), se incluyeron sólo los pts que tenían determinados los niveles de fármaco (NF)/ADA en el momento de suspensión del 1er AT (n = 60). La respuesta clínica se evaluó con el DAS28, Delta-DAS28 (D-DAS28) y la respuesta EULAR (resp-E) a los 6 (v-6) y 12 (v-12) meses de iniciar el 2º biológico y en la última visita previa a la interrupción del fármaco o a la finalización del estudio para los que no suspendiesen el tratamiento (v-final). Los niveles de fármaco y/o ADA se midieron mediante ELISA. El análisis estadístico se realizó con el sistema SPSS versión 20.0.

Resultados: Dentro de los 60 pts con NF/ADA medidos al suspender el 1er AT, 26 (43%) eran ADA- (es decir NF+). En esta subpoblación ADA -, el 50% cambió a un 2º AT. En V-6 no hubo diferencias entre los que cambiaban a AT y los que lo hacían a noAT ni en el DAS28 ($3,7 \pm 2,1$ en AT; $4,2 \pm 1,1$ en noAT, $p = 0,286$), ni en el D.DAS28 ($1,4 \pm 2$ en AT, $1 \pm 1,2$ en noAT, $p = 0,374$) ni en la resp-E (75% buena/moderada resp en AT, 40-5 en noAT, $p = 0,064$). En v-12 los pts con un 2º AT consiguieron un DAS28 menor ($2,5 \pm 0,6$ AT, $3,9 \pm 0,9$ noAT, $p = 0,009$). Así mismo el porcentaje de buena resp-E fue superior en el grupo con AT con una diferencia marginalmente significativa (80% en AT, 22% en no AT, $p = 0,071$). Sin embargo, en v-final, los pts con un 2º noAT tenían mejor respuesta (DAS28 de alta actividad en 50% de pts con 2º AT, 0% con noAT, $p = 0,044$). Así mismo el D-DAS28 en la v-final fue superior en los noAT con tendencia a la significación ($0,7 \pm 1,7$ en AT, $1,7 \pm 0,8$ en noAT, $p = 0,06$). En el mismo sentido, el porcentaje de pts sin resp-E fue significativamente mayor en los pts con un 2º AT (70% en AT, 8,3% en los noAT, $p = 0,006$). En la subpoblación con ADA+ (n = 34), no se encontraron diferencias en la respuesta clínica en la v-final, tanto en el DAS28 ($3,7 \pm 1,2$ en AT, $3,9 \pm 1,1$ en no AT, $p = 0,64$), como D-DAS28 ($0,63 \pm 1,6$ en AT, $1,4 \pm 1,4$ en noAT, $p = 0,35$) y porcentaje de resp-E buena/moderada (65% en AT, 75% en noAT, $p = 0,703$). En los pts que cambiaron a un 2º AT, aquellos con ADA frente al 1er AT presentaron un porcentaje de resp-E buena/moderada mayor que los pacientes con NF al suspender el 1er AT (65% en ADA+, 30% en ADA-, $p = 0,07$).

Características demográficas	Pacientes con ADA al suspender 1er biológico	Fármaco con ADA al suspender 1er biológico	p
Edad (años)	62,3 ± 14,6	65,7 ± 14,9	0,203
Sexo (mujer)	28 (82%)	23 (88%)	0,719
Tabaco	7 (20,6%)	4 (26%)	0,537
IMC	26,9 ± 8,9	23,9 ± 4,2	0,39
Duración enfermedad (años)	19,3 ± 8,05	24,1 ± 8,2	0,844
FR +	32 (94%)	20 (77%)	0,067
ACPA +	32 (94%)	22 (88%)	0,641
PCR basal	15,1 ± 18,2	20,4 ± 21,7	0,46
VSG basal	41 ± 27,9	38 ± 20	0,28
DAS basal	5,31 ± 1,4	5,51 ± 1,3	0,18

Conclusiones: El desarrollo de ADA al 1er AT conlleva una mejor respuesta al cambiar a un 2º AT, igualándose la eficacia con respecto a los pacientes que cambiaron a un noAT. En aquellos pacientes que no desarrollaron inmunogenicidad al 1er AT existe una mejor respuesta al cambiar de diana terapéutica. La medición de ADA puede contribuir a seleccionar los pacientes que se pueden beneficiar de un 2º AT.

20. LIPOFILLING PERIORAL, UNA ALTERNATIVA PROMETEDORA EN LA TERAPIA FACIAL DE LA ESCLEROSIS SISTÉMICA

L. Santacruz Orué¹, F. Romero Bueno¹, O. Sánchez Pernaute¹, G. Herrero-Beaumont¹ y M. Romeo²

¹Servicio de Reumatología. Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas; ²Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Introducción: En pacientes con esclerosis sistémica (ES), la fibrosis perioral y labial produce un impacto negativo en la calidad de vida al limitar actividades como masticar, comer, hablar y mantener una adecuada higiene bucal. Basado en las propiedades regenerativas del tejido adiposo, la inyección subcutánea de grasa autóloga a nivel perioral se está empleando en algunos pacientes para ayudar a combatir el deterioro facial funcional y estético con resultados prometedores.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio fue describir la experiencia con injerto autólogo de grasa perioral en nuestra cohorte de pacientes con ES, tanto en la tolerabilidad como en los cambios objetivables a corto plazo.

Métodos: Estudio retrospectivo en pacientes con ES y deterioro de la funcionalidad facial que recibieron injerto autólogo de grasa perioral en 2015 y 2016 en nuestro centro. La técnica de relleno graso o lipofilling se realizó bajo sedación y anestesia local. Se aspiró la grasa con cánulas de 3 y 4 mm Cytori y jeringas de 50 ml Tomey y se procesó mediante decantación o sistema cerrado de filtración PureGraft 250 ml para obtener un concentrado de grasa pura, que se infiltró directamente con cánulas de 1 mm según la técnica de micro y nanotúneles. Se recogieron las características demográficas, perfil inmunológico y tratamiento en el momento de la cirugía. Se registró el volumen de grasa infiltrada y el plano de distribución de la misma. Se midieron las distancias interlabial (DIL) e intercomisural (DIC) antes y a los 3 meses de la cirugía y se calcularon los incrementos respectivos. Se valoró el grado de satisfacción de los pacientes. Los datos se expresan en frecuencia (%) o mediana (rango). Los estudios de asociación se realizaron con métodos no paramétricos.

Resultados: Se estudiaron 8 mujeres (5 con afectación cutánea limitada y 3 con forma difusa) con una edad de 56 años (50-74) y una duración de la enfermedad de 9 años (2-21). Seis de ellas presentaban anticuerpos específicos y 4 seguían tratamiento inmunosupresor. Cinco pacientes tenían historia previa de úlceras digitales, 2 de calcinosis y 6 de afectación orgánica, sobre todo pulmonar (5 de 6 pacientes). A los 3 meses del injerto, se observó un aumento de DIL en 67% de los casos y de DIC en 20%; no hubo cambios de DIL en el 33% ni de DIC en el 80%. No se observó asociación entre las medidas iniciales y su incremento a los 3 meses de la cirugía así como tampoco con las medidas de Rodnan mSS total y facial. El volumen medio de grasa implantado fue de $8,16 \pm 1,48$ ml y se evidenció una asociación negativa con el aumento de DIL ($p < 0,05$). La mejoría fue independiente del tiempo de evolución, gravedad de la enfermedad y los tratamientos. El grado de satisfacción tras la cirugía fue alto, con 3 pacientes satisfechas y 4 muy satisfechas; el 50% notaron mayor funcionalidad oral, incluso aquellas en las que la mejoría objetiva fue escasa o nula. Dos pacientes desarrollaron eventos adversos (en ambos casos no graves).

Conclusiones: En concordancia con otras series, el lipofilling perioral constituye un método seguro y bien tolerado por nuestras pacientes, que perciben alivio de sus síntomas faciales, lo que tiene un impacto positivo en su calidad de vida. Subrayamos que los casos de ES más agresiva o evolucionada también pueden beneficiarse de este procedimiento. Estos datos se limitan a un corto plazo y se necesitaría ampliar la muestra para conocer mejor qué resultados tiene esta intervención.

21. ASOCIACIÓN DE TIMOMA CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN UNA SERIE DE 83 CASOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO MADRILEÑO

A. González García¹, W.A. Sifuentes Giraldo², J.L. Morell Hita² y J.L. Patier de la Peña¹

¹Servicio de Medicina Interna; ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Estudiar la frecuencia de enfermedades autoinmunes (AI) en pacientes con timoma y describir sus características clínicas y desenlace.

Métodos: Estudio longitudinal observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes diagnosticados de timoma entre enero de 1985 y septiembre de 2016. Las variables evaluadas incluyeron demografía, características del timoma, manifestaciones clínicas y analíticas de autoinmunidad, tratamiento y desenlace. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 21.0.

Resultados: Se incluyeron 83 pacientes, 56,6% de ellos mujeres, con una media de edad al diagnóstico del timoma de $58,4 \pm 15,8$ años (rango: 16-94), correspondiendo 31,3% al tipo I de la clasificación de Masaoka, 39,1% al II, 17,2% al III y 10,9% al IV. Hubo una o más EA asociadas en 41 casos (49,4%), siendo los diagnósticos más importantes encontrados miastenia gravis (19), lupus eritematoso sistémico (LES) (4), lupus cutáneo subagudo (1), síndrome de Sjögren (2), esclerosis sistémica cutánea limitada (1), urticaria-vasculitis (1), artritis reumatoide (1), espondiloartritis (1), sarcoidosis (1), anemia hemolítica (2), anemia perniciosa (1), anemia aplásica (1), eritroblastopenia (1), pericarditis recurrente (1), enfermedad autoinmune tiroidea (2) y liquen plano (1). El diagnóstico de EA precedió al del timoma en 38,2% de los casos y fue posterior en los restantes. En 4 casos existía además una inmunodeficiencia primaria concomitante (3 inmunodeficiencia común variable, 1 inmunodeficiencia CD4). Los autoanticuerpos identificados con mayor frecuencia fueron los anti-receptor de acetilcolina (14/41, 34,1%), anti-músculo estriado (3/41, 7,3%), ANA (11/41, 26,8%), anti-DNA (3/41, 7,3%), factor reumatoide (3/41, 7,3%), anti-tiroideos (3/41, 7,3%), antifosfolípidos (2/41, 4,9%) y anticentrómero (1/41, 2,4%). En la comparación de los pacientes con y sin EA asociada no se encontraron diferencias significativas respecto a la edad, sexo o clasificación de Masaoka. Hubo 6 fallecimientos, 4 en grupo con EA asociada y 2 en el grupo sin EA, pero sin diferencia significativa ($p = 0,3797$).

Conclusiones: En la población analizada de pacientes con timoma de nuestro centro, casi la mitad de ellos desarrollaron EA, que en un grupo importante precedió el diagnóstico de la neoplasia. El espectro de autoinmunidad asociada con timoma fue bastante amplio, incluyendo EA órgano-específicas como la miastenia gravis (que es la más frecuentemente descrita en la literatura) y las citopenias autoinmunes, pero también a las EA sistémicas, siendo la más común entre ellas el LES. El estudio de autoinmunidad debería ser incluido en la valoración del paciente con timoma ya que podría contribuir al diagnóstico precoz de EA asociadas.

22. COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON Y SIN ARTROPATÍA DE JACCOUD ASOCIADA

W.A. Sifuentes Giraldo, M.J. García Villanueva, A. Zea Mendoza y M. Vázquez Díaz

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

Objetivos: Comparar el perfil de manifestaciones clínicas y serológicas de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) con artropatía de Jaccoud (AJ) asociada respecto al de pacientes lúpicos sin esta alteración seguidos en un hospital terciario madrileño.

Métodos: Estudio longitudinal observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes diagnosticados de LES (4 o más criterios ACR) entre junio de 1977 y diciembre de 2015. Las variables evaluadas incluyeron demografía, manifestaciones clínicas, analíticas y radiológicas. La definición de AJ se basó en la presencia de criterios clínicos (deformidades articulares reversibles) y ausencia de erosiones radiográficas típicas de artritis reumatoide. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 21.0.

Resultados: Se incluyeron 108 pacientes que representan una muestra del 24% del total de pacientes con LES atendidos en nuestro centro durante ese período. La mayoría de pacientes era mujeres (89,8%), con una media de edad al diagnóstico era $30 \pm 12,29$ años (rango: 7-75) y de duración de la enfermedad de 127 meses (rango: 2-411). Trece pacientes (12,03%) tenían hallazgos compatibles con AJ. No se encontraron diferencias significativas respecto a la edad, sexo o raza, pero sí en la duración de la enfermedad que era mayor en los pacientes con AJ (190 vs 118,2 meses, $p = 0,0299$). En la comparación de las manifestaciones clínicas se encontró diferencias significativas en cuanto a la presencia de rash malar ($p = 0,0009$), fotosensibilidad ($p = 0,0050$), aftas orales ($p = 0,0032$) y pericarditis ($p = 0,000001$), las cuales fueron más frecuentes en pacientes sin AJ, pero la artritis, nefritis, pleuritis, convulsiones, psicosis, fenómeno de Raynaud y síndrome antifosfolípido tuvieron una distribución similar en ambos grupos. Dentro de las variables analíticas no se encontró diferencia significativa en relación con anemia hemolítica, linfopenia, trombocitopenia, positividad para ANA, ENA, anti-DNA, anticardiolipina, anti- β_2 glicoproteína I y anticoagulante lúpico, pero la leucopenia fue igualmente más frecuente en pacientes sin AJ ($p = 0,0041$).

Conclusiones: En la muestra analizada de pacientes de nuestro centro la AJ fue un hallazgo relativamente frecuente y se asoció con una mayor duración de la enfermedad. No se pudo corroborar otras asociaciones de la AJ sugeridas en estudios previos tales como una menor frecuencia de nefritis lúpica o mayor de síndrome antifosfolípido secundario, probablemente debido al tamaño muestral limitado, pero también hay otros trabajos que no demuestran diferencias significativas en relación con las manifestaciones clínicas y serológicas en pacientes con LES con AJ respecto a quienes no la presentan. Se requieren de estudios que involucren a un número mayor de pacientes con AJ asociada con LES para poder identificar mejor estas diferencias, por lo que una iniciativa multicéntrica podría ser de gran ayuda.

23. GO TRANS: RESULTADO DE UN PROGRAMA DE APRENDIZAJE PARA ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

M.Á. Blázquez Cañamero¹, A.L. Boteanu¹, L. León Mateos², S. Lerma Lara³ y M. Vázquez Díaz¹

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. ³Hospital Niño Jesús. Madrid.

Introducción: La transición es el proceso por el cual un paciente joven con patología crónica desarrolla habilidades y accede a recursos para asegurar las necesidades físicas, psicológicas, educativas y vocacionales necesarias durante el paso a la edad adulta. Según las recomendaciones de la SERPE y de EULAR/PReS el objetivo de los programas de transición es mejorar la asistencia de los pacientes durante este proceso siendo necesaria la implantación de modelos multidisciplinares. Nuestro objetivo fue realizar talleres de autocuidado, conocimiento de su enfermedad, manejo del estrés y emociones negativas, siendo el objetivo final mejorar su calidad de vida.

Métodos: Los talleres son impartidos por una psicóloga, un fisioterapeuta pediátrico, dos reumatólogos y un enfermero de reumatología de nuestro centro. Consta de un total de siete talleres, los seis primeros dirigidos a los pacientes y el último a los padres. Cinco

de los talleres basan su contenido en el sistema HEADSS (hogar y vida cotidiana, educación y empleo, actividades de ocio y grupales, drogas, alcohol y tabaco, sexualidades y emociones) y los dos restantes sobre conocimiento de la enfermedad y tratamiento. Los padres firmaron un consentimiento informado. Los talleres duraban 90 minutos en sesiones quincenales fuera del horario de consulta. Basalmente se realizaron una serie de cuestionarios epidemiológicos, EVA dolor (padres y pacientes), EVA general (padres y pacientes), JAMAR (padres y pacientes), PedsQL 4.0, que son reevaluados junto con una encuesta de satisfacción a los 3 meses.

Resultados: Se incluyeron un total de 12 pacientes (6 niñas y 4 niños) con edades comprendidas entre los 11 y los 16 años, con una media de 14 años. Finalizaron el 100% del programa un total de 10 pacientes. 6 pacientes tenían AIJ (oligoarticular, artritis entesitis, artritis psoriasis), 3 LES y 1 Behçet. Todos los pacientes estaban en tratamiento inmunosupresor y el 60% recibían tratamiento biológico. El 20% tenía datos de actividad clínica. La media de EVA global fue de 12 (0-100) y la media de EVA dolor 0,9 (0-100). La media del PedsQL 4.0 basal fue de 80,7 (0-100) y del PedsQL 4.0 a los 3 meses de 74,4. Al finalizar los talleres el 100% de los padres y los pacientes recomendarían su realización a otros pacientes, más del 50% de los pacientes creen que serían capaces de acudir sin sus padres a las visitas médicas y el 90% de responsabilizarse de sus tratamientos. El 90% considera que le ha ayudado a mejorar la relación con sus médicos y el 60% ha mejorado el conocimiento sobre su enfermedad. Respecto al nivel de actividad física, un 30% de los pacientes han incrementado la misma respecto a los niveles basales. Más del 50% de los padres han advertido un cambio de actitud positiva hacia la enfermedad tras el programa.

Conclusiones: Los programas de transición son importantes para que la transferencia sea eficaz implicando al adolescente a responsabilizarse de su enfermedad, y cubriendo sus necesidades psicosociales. Los reumatólogos deben estar preparados para abordar estas necesidades con la ayuda de otros especialistas. Nuestra experiencia con el programa fue muy positiva ya que la mayoría mejoró su conocimiento sobre la enfermedad y su autonomía respecto a sus consultas médicas y tratamientos, con un alto grado de satisfacción con los contenidos de los talleres.

24. ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN PACIENTES CON REUMATISMO CRÓNICO POS-CHIKUNGUNYA

I. Monjo-Henry¹, F. de la Calle², E. Trigo², E. Fernández¹, D. Benavent¹, R. Madero³, E. de Miguel¹ y A. Balsa¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Enfermedades Tropicales. Hospital Carlos III. Madrid. ³Servicio de Bioestadística. Hospital La Paz-Idipaz. Madrid.

Introducción: Desde 2013, la fiebre de Chikungunya (CHIK) se ha convertido en una enfermedad emergente, llegando a nuestro medio un número significativo de casos, procedentes principalmente de Sudamérica. En su fase crónica puede dar lugar a un reumatismo crónico, en algunos casos indistinguible de la artritis reumatoide (AR) o espondiloartritis (EspA), que precisa fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs) o incluso tratamientos biológicos.

Objetivos: Investigar la afectación articular mediante ecografía musculoesquelética en pacientes con artralgias o artritis crónica post-CHIK en nuestro medio, en un centro de referencia de enfermedades tropicales en la Comunidad de Madrid (Hospital Carlos III-La Paz).

Métodos: Estudio observacional de una cohorte de pacientes con artralgias en la fase crónica de fiebre de CHIK (después de 3 meses de la infección). Se estableció un protocolo de derivación, desde la Unidad de Tropicales al Servicio de Reumatología, en el que se incluían pacientes con artritis persistente después de 6 semanas, que no responden a esteroides, presencia de erosión ósea o ante

Tabla Póster 24

Paciente	Nº articulaciones dolorosas	Nº articulaciones tumefactas	Nº tendinitis	Nº entesitis	Señal PD articular (nº)	Señal PD en tendón (nº)	Señal PD en entesis (nº)	RM sacroilíacas
1	33	3	1	0	1	2	0	Positiva
2	6	2	0	1	4	0	1	
3	5	0	0	0	0	0	0	
4	6	3	0	0	2	0	0	
5	11	1	1	1	2	2	0	
6	6	8	0	0	8	0	0	

duda diagnóstica. En la primera visita se realizó además de la historia clínica y exploración física, una ecografía musculoesquelética de alta resolución articular (manos, pies y otras articulaciones dolorosas si las hubiera) y de entesis. Se utilizó un equipo MyLabTwice (Esaote) con una sonda de 5-12,4 MHz para imágenes en escala de grises y Power Doppler (PD). Se definió dos formas de reumatismo crónico post-CHIK: 1) artritis crónica post-CHIK (si cumple criterios de clasificación de AR o EspA). 2) poliartritis indiferenciada post-CHIK (poliartritis sin cumplir los criterios anteriores). Se definió afectación musculoesquelética post-CHIK como poliartralgias crónicas sin artritis ni tendinitis objetivada.

Resultados: De 59 pacientes con diagnóstico serológico confirmado de fiebre de CHIK se enviaron a Reumatología 6 pacientes (10,2%). Cinco mujeres y un varón. En 1 de ellos se detectó factor reumatoide y anticuerpos antipéptido citrulinado positivo. El HLA B27 y los anticuerpos antinucleares fueron negativos en todos los pacientes. Los datos de la exploración física y la ecográfica de los 6 pacientes se recogen en la tabla. Dos pacientes fueron diagnosticados de artritis crónica post-CHIK (1 cumple criterios de AR y 1 de EspA axial no radiográfica con afectación axial, periférica y entesítica), 3 de artritis indiferenciadas post-CHIK y 1 de afectación musculoesquelética crónica post-CHIK. Todos los pacientes recibieron AINES y esteroides, 2 recibieron metotrexato y 1 sulfasalazina, todos ellos mejoraron con el tratamiento.

Conclusiones: Las artralgias son una manifestación muy frecuente incluso en la fase crónica, en ocasiones se demuestra artritis franca y en otras aumento de partes blandas periarticular, por lo que la ecografía resulta de gran utilidad en casos dudosos. Que nosotros sepamos, este es el primer estudio ecográfico en pacientes con reumatismo crónico post-CHIK.

25. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE PACIENTES CON GRANULOMATOSIS CON POLIANGÉITIS EN EL HOSPITAL DE VALME EN SEVILLA

M.L. Velloso Feijoo, N. Plaza Aulestia, S. Rodríguez Montero y J.L. Marenco de la Fuente

UGC Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: La granulomatosis con poliangeítis (GPA) es una vasculitis necrotizante sistémica que afecta a vasos pequeños y se relaciona con la presencia de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos. Es una entidad poco frecuente, de la que existen pocas series en la literatura de un número de pacientes no muy elevado. Sus manifestaciones son diversas y se ha avanzado en el tratamiento recientemente.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas y relacionadas con el tratamiento de nuestros pacientes así como el estado actual de su enfermedad, efectos adversos o ingresos hospitalarios.

Métodos: Se revisaron las historias de los pacientes diagnosticados de GPA en nuestro hospital y se recogieron datos demográficos, clínicos, relacionados con tratamiento y actividad actual de la enfermedad; así como datos de seguridad e ingresos hospitalarios.

Resultados: Se trata de una serie de 12 pacientes con GPA, con una edad media actual de 62,75 ± 16,03; una edad media al diagnóstico de 54,66 ± 17,06; y un tiempo de evolución de la enfermedad de 8,66 ± 5,61 años. El 61,53% de la serie eran mujeres. Al diagnóstico

de la enfermedad, 9 de los 12 pacientes (75%) presentaron fiebre; un 50% presentó artritis; el 58,3% (7) tenía afectación de vías respiratorias superiores (la mayoría sinusitis maxilar); 8 de los 12 pacientes (66,6%) tuvo afectación cutánea en forma de vasculitis, uno de ellos con úlceras. La afectación pulmonar estaba presente en 9 de los 12 pacientes (75%), en 5 pacientes en forma de nódulos cavitados, en 2 pacientes en forma de hemorragia alveolar y en otros 2 pacientes como neumopatía intersticial. A nivel renal, presentaron manifestaciones el 41,66%, 3 debutaron con insuficiencia renal y 2 con proteinuria. Dos de los 12 pacientes (16,66%) presentaron afectación de nervio periférico. El 50% de los pacientes eran c-ANCA positivos; y el 16,66% (2) eran p-ANCA positivos. En 4 de los 12 pacientes no se detectó la presencia de ANCA. Con respecto al tratamiento, todos los pacientes fueron tratados con esteroides. El 83,3% recibió ciclofosfamida iv, el 58,3% azatioprina y el 25% rituximab. Actualmente 3 de los pacientes con afectación pulmonar mantienen actividad a dicho nivel; los pacientes que debutaron con afectación renal mantienen una insuficiencia renal leve residual sin actividad de la enfermedad; y en los que tenían afectación de nervio periférico, ésta se resolvió con el tratamiento. Del total de los pacientes, 8 (66,66%) se encuentran en remisión y 4 (33,33%) presentan actividad. Se detectaron efectos adversos en 5 de los 12 pacientes: dos neutropenias severas relacionadas con rituximab, dos miopatías esteroideas y un herpes zoster por ciclofosfamida. Se produjo un exitus no relacionado con la enfermedad ni el tratamiento. Se registraron 11 ingresos hospitalarios en 8 de los 12 pacientes. Los motivos de ingreso fueron: actividad de la enfermedad (4); infecciones (6) y otras causas (1, motivado por hemorragia digestiva baja).

Conclusiones: La GPA es una vasculitis sistémica con frecuente afectación de las vías respiratorias altas y bajas. En los últimos años se ha progresado en el tratamiento de la GPA, disminuyendo considerablemente la mortalidad. En nuestra serie la supervivencia es del 91,66%. El número de pacientes en remisión de nuestra serie es similar al observado en otros estudios. No obstante, en algunos pacientes la enfermedad recidiva y es preciso un tratamiento de mantenimiento.

26. TOMA DE DECISIONES EN UN CONTEXTO MULTIDISCIPLINAR. ANÁLISIS DE LOS CASOS PRESENTADOS EN EL COMITÉ DE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA DE UNA UNIDAD FUNCIONAL MULTIDISCIPLINAR DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y SISTÉMICAS

X. Michelena¹, X. Juanola¹, J. Lluch¹, H. Borrell¹, F. Mitjavila², X. Fulladosa³, J. Narváez¹ y J.M. Nolla¹

¹Unidad Funcional de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas; Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Interna; ³Servicio de Nefrología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: Uno de los elementos nucleares de las Unidades Funcionales Multidisciplinarias (UFM) es la toma de decisiones conjuntas en los casos revestidos de especial complejidad. Para lograr este objetivo, una de las fórmulas organizativas que se han propuesto es la creación de un Comité de Diagnóstico y Terapéutica, en cuyo seno miembros de los distintos servicios que conforman las UFM analizan pormenorizadamente los casos que se presentan y consensuan una decisión.

Objetivos: Analizar las decisiones tomadas en el Comité de Diagnóstico y de Terapéutica de una Unidad Funcional Multidisciplinar de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas.

Métodos: Estudio descriptivo realizado a partir de las actas generadas por el Comité de Diagnóstico y Terapéutica de una Unidad Funcional Multidisciplinar de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de un hospital universitario de ámbito terciario. Se revisaron todos los casos presentados durante tres años (2014-2016). Se diseñó un protocolo de recogida de datos que incluía: a) edad del paciente, b) sexo, c) servicio que presentaba el caso, d) enfermedad, e) manifestación clínica que generaba la presentación, f) motivo de la presentación (complejidad diagnóstica o terapéutica) y g) tratamiento instaurado con mención de si la indicación era fuera de ficha técnica. No se consideraron los pacientes que se incluyeron en ensayo clínico.

Resultados: Se identificaron 91 casos, correspondientes a 85 pacientes con una edad media de $45,1 \pm 15,9$ años de los cuales un 74,7% eran mujeres. El Servicio de Reumatología (REU) presentó 43 casos (48,3%), Medicina Interna (MIR) 29 (32,6%), Nefrología (NEF) 10 (11,2%), Dermatología (DER) 4 (4,6%) y Neurología (NRL) 3 (3,4%). El lupus eritematoso sistémico (LES) fue la enfermedad más representada (38,5%), seguida de las miopatías inflamatorias (9,9%), el síndrome de Sjögren (7,7%), la enfermedad de Behçet (6,6%), la conectivopatía indiferenciada (5,5%), la esclerosis sistémica (4,4%) y la polimialgia reumática/arteritis de células gigantes (4,4%). En cuanto a las manifestaciones clínicas que generaron la presentación, las más frecuentes fueron las renales (36,3%) seguidas de las articulares (15,4%), las pulmonares (15,4%), las muco-cutáneas (12,1%) y las neurológicas (8,8%). La complejidad de la decisión terapéutica fue el motivo más habitual de presentación (85,7%). En el 57,9% de los casos, se adoptó una decisión que comportaba el uso de terapia biológica fuera de ficha técnica (tabla). Estos fueron presentados mayoritariamente por REU (58,1%), seguido de MIR (25,6%) y NEF (9,3%).

Terapia biológica	Enfermedad
Rituximab (n = 26)	LES (11), miopatías inflamatorias (4), s. Sjögren (4), EMTC (3), crioglobulinemia (2), esclerosis sistémica (1), hepatitis autoinmune (1)
Anakinra (n = 6)	Dermatomiositis (2), e. Behçet (1), S. TRAPS (1), e. Schnitzer (1), e. Still (1)
Tocilizumab (n = 5)	PMR/ACG (4), arteritis Takayasu (1)
Adalimumab (n = 3)	E. Behçet (3)
Canakinumab (n = 2)	E. Still (1), s. Sweet (1)
Ustekinumab (n = 1)	Pioderma gangrenoso en LES (1)
Infliximab (n = 1)	E. Behçet

LES: lupus eritematoso sistémico; PMR/ACG: polimialgia reumática/arteritis de células gigantes; EMTC: enfermedad mixta del tejido conectivo.

Conclusiones: En el Comité de Diagnóstico y Tratamiento de la Unidad Funcional Multidisciplinar de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas analizado, el lupus eritematoso sistémico es la enfermedad que suscita mayor número de presentaciones. La indicación de terapia biológica fuera de ficha técnica es una circunstancia habitual. Rituximab es el fármaco prescrito con mayor frecuencia.

27. COMPARACIÓN DEL RIESGO DE FRACTURA POR FRAX EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH SEGUIDOS EN UN HOSPITAL MADRILEÑO TERCIARIO CON RESPECTO A LA COHORTE ESOSVAL

F. López Gutiérrez¹, W.A. Sifuentes Giraldo¹, J.L. Casado Osorio² y M. Vázquez Díaz¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Evaluar los valores de densidad mineral ósea (DMO) y riesgo de fractura a 10 años según el Fracture Risk Assessment Tool (FRAX) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en pacien-

tes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) seguidos en un hospital madrileño terciario y compararlos con los de la cohorte valenciana ESOSVAL, la cual incluyó 11035 pacientes y es representativa de la población atendida en centros españoles terciarios.

Métodos: Se trata de una determinación corte-transversal del FRAX en una cohorte prospectiva en la que se incluyeron pacientes con infección por VIH atendidos en el Servicio de Enfermedades Infecciosas de nuestro centro en el período de 2010 a 2015. Se recogieron datos correspondientes a demografía, comorbilidades, tratamiento, factores de riesgo incluidos en el cálculo del FRAX y variables densitométricas.

Resultados: Se identificaron 311 pacientes, de los cuales 97 tenían recogidos datos de densitometría ósea (DXA) y se les había realizado la estimación del FRAX. La edad media de los pacientes era de 55,4 años (rango: 50-80), 75 de ellos varones (77%). El 89% de los pacientes eran caucásicos, con una media de índice de masa corporal 24,2 (rango: 15-32,7), la mediana del tiempo de infección por VIH fue de 194 meses (rango intercuartílico [IC]: 155,2-259), mediana de nadir de linfocitos CD4+ de 168 (rango IC: 81-308) y coinfección por virus de hepatitis C en 40%. Dentro de los factores de riesgo recogidos en el FRAX, 44% referían tabaquismo, 10% consumo inadecuado de alcohol y 3% hipertiroidismo; no había antecedente de corticoterapia, ni fracturas previas en ningún caso y sólo uno tenía antecedente familiar de fractura de cadera. La media de DMO lumbar fue de 0,9 g/cm² (rango: 0,83-0,99) y en cuello femoral (CF) 0,74 (rango: 0,65-0,82). Para la comparación con la cohorte ESOSVAL se escogió el peor valor de T-score lumbar o en CF y se clasificó a los pacientes según las definiciones de la OMS (osteoporosis = -2,5, osteopenia -1 a -2,5); los resultados son presentados en la tabla adjunta. Sólo se compararon los datos para el grupo de 50 a 64 años debido a un número reducido de pacientes con VIH en rangos de edad mayores en nuestro centro. No se encontraron diferencias significativas entre las categorías de osteopenia y osteoporosis entre ambas cohortes en función del sexo, pero hubo diferencia significativa respecto al riesgo de fractura tanto mayor como de CF en los varones, siendo mayor en pacientes con infección por VIH respecto a la población de ESOSVAL.

Conclusiones: Los pacientes con infección por HIV seguidos en nuestro centro no presentan diferencias significativas respecto a la prevalencia de osteopenia y osteoporosis en comparación con población española no VIH representada por la cohorte ESOSVAL. Sin embargo, el riesgo de fractura estimado por FRAX es significativamente mayor en los varones con infección VIH de nuestro centro probablemente debido a una mayor frecuencia de factores riesgo asociados.

28. INFLAMACIÓN ECOGRÁFICA DE LAS ENTESIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL SIN DIAGNÓSTICO DE ESPONDILOARTRITIS

S. Rodríguez Montero, R. Hernández Sánchez, J. Uceda Montañés, R. Martínez Pérez y E. Rejón Gieb

Unidad de Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: Existen numerosas evidencias acerca de la asociación existente entre la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y las espondiloartritis (EspA). La entesitis es una manifestación extra-intestinal reconocida en la EII, pero es difícil de detectar clínicamente, y los estudios de prevalencia de entesitis en esta población de pacientes son escasos, ofreciendo resultados muy dispares.

Objetivos: Investigar la presencia de anomalías ecográficas en las entesis de pacientes afectos de EII, y compararlas con las de un grupo control de sujetos sanos.

Métodos: Se realiza un estudio transversal de prevalencia de entesitis en pacientes diagnosticados de EII sin evidencia de EspA, y se compara con un grupo de controles sanos. Se evalúan ecográfica-

Tabla Póster 27

Variable	Varones 50-64a VIH+ (n = 68)	Varones 50-64a ESOSVAL (n = 2.983)	p-valor	Mujeres 50-64a VIH+ (n = 21)	Mujeres 50-64a ESOSVAL (n = 3.043)	p-valor
T-score = -2,5	5%	12,6%	0,043	14%	21%	0,451
T-score -1 a -2,5	51%	48,9%	0,676	57%	50,1%	0,515
FRAX fractura mayor = 10	1,8% (0,4-5,1)	0,1% (0,0-0,2)	0,002*	2,36% (1,3-4,1)	0,6% (0-1)	0,015
FRAX fractura de cadera = 3	0,47% (0-3,5)	0,1% (0-0,3)	0,002*	0,57% (0-2)	0,7 (0,4-1,1)	0,702

mente doce entesis en cada paciente y control sano, por un ecografista ciego con respecto al diagnóstico. Utilizamos el índice MASEI (Madrid Sonographic Enthesis Index) en el que el diagnóstico de EspA se determina mediante un punto de corte de 18 puntos.

Resultados: Se incluyen 60 pacientes con EII y 20 controles sanos. Ambos grupos resultan comparables en edad y sexo. La puntuación media del índice MASEI es 19,5 ± 9,48 en el grupo EII, frente a 11,8 ± 7,13 en el grupo control. El valor de este índice ecográfico es patológico en el 56,7% de los pacientes del grupo de EII frente a un 20% de los pacientes del grupo control, alcanzando esta diferencia significación estadística (p = 0,009).

Conclusiones: Nuestros resultados indican que un alto porcentaje de pacientes con EII sin diagnóstico de EspA, tiene lesiones ecográficas en las entesis comparables a las de los pacientes con EspA. Estos datos sugieren que los pacientes con EII, pueden mostrar una forma abortiva o incompleta de EspA. El índice ecográfico MASEI podría ser útil para mejorar la precisión diagnóstica de espondiloartritis precoz en pacientes con EII.

29. LA UTILIDAD DE LA BIOPSIA LABIAL EN PACIENTES CON IPAF (INTERSTITIAL PNEUMONIA WITH AUTOIMMUNE FEATURES)

H.S. Park¹, P. Millán², D. Castillo², M. Millán¹, P. Moya¹, B. Magallares¹, C. Díaz-Torné¹, A. Laiz¹, J.M. de Lobet¹ e I. Castellví¹

¹Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina Interna; ²Servicio de Neumología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: La European Respiratory Society/American Thoracic Society define la IPAF como un cuadro de afección intersticial pulmonar asociado a enfermedad autoinmunes sistémica. El criterio de IPAF se basa en datos clínicos, serológicos y radiológicos. El criterio clínico no incluye el síndrome seco mientras que el criterio serológico incluye los anticuerpos anti-Ro y La. Actualmente existe un grupo de pacientes con síndrome seco sin perfil inmunológico diagnóstico, la biopsia labial puede ser de mucha utilidad para poder diagnosticar el síndrome de Sjögren (SS). La confirmación diagnóstica es importante para el tratamiento y pronóstico de esta entidad.

Objetivos: Determinar la utilidad de la biopsia labial en pacientes con neumopatía intersticial con síntomas sugestivos de patología autoinmune asociada.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado entre junio de 2010 y junio de 2016 en un Hospital Universitario de nivel Terciario. Se recogió a aquellos pacientes con diagnóstico previo de IPAF que fueron derivados desde el Servicio de Neumología a Reumatología para descartar conectivopatía subyacente y se les realizó biopsia de glándula salival para descartar/confirmar la presencia de SS. De todos los pacientes se recogió el resultado de biopsia de glándula salival, el patrón histológico o radiológico de IPAF, pruebas de función pulmonar y analítica con estudio inmunológico completo. Posteriormente se comparó los datos de la biopsia de glándula salival con las diferentes variables. Para la comparación entre grupos de variables se utilizó el test exacto de Fisher o la prueba de t Student cuando fue necesario. El nivel de significación estadística se estableció para valores de p inferiores a 0,05.

Resultados: Se analizaron 23 pacientes diagnosticados de IPAF previamente. 12 de ellos eran mujeres (52,2%) con una edad mediana de 77 ± 8,83 años. Las características de la muestra se resume en

la tabla. Nueve de las biopsias fueron diagnósticas (39,1%) y en 7 pacientes se cambió el tratamiento según el resultado de biopsia (30,4%). No se ha observado influencia del sexo, tabaquismo, enfermedad pulmonar previa, presencia de síndrome seco y Schirmer test con los resultados positivos de la biopsia. Tampoco se ha observado significación estadística con los títulos de anticuerpos antinucleares o los reactantes de fase aguda. El tratamiento previo con corticoides mostró una tendencia a no influir en el resultado de la biopsia labial, aunque el resultado no fue estadísticamente significativo (p 0,059). De los diferentes patrones de neumopatía intersticial, el patrón de NIU la biopsia salival mostró ser útil para el diagnóstico de SS.

Variable	Número absoluto (%)
Sexo	Mujer 12 (52,2) Hombre 11 (47,8%)
Exposición a tóxicos	3 (13%)
Síndrome seco	19 (82,6%)
Schirmer patológico	11 (55%)
ANA (> 1/160)	12 (52,2%)
Anti La/Ro específicos	0 (0)
Factor reumatoide	6 (26,1%)
Corticoterapia previa a biopsia	7 (30,4%)
Biopsia labial diagnóstica	9 (39,1%)
Criterios de IPAF	16 (69,6%)
Patrón neumopatía	NIU 4 (17,4%) NINE 13 (56,5%) NIL 1 (4,3%)

Conclusiones: La biopsia labial es una prueba complementaria a tener en cuenta en las neumopatías intersticiales, en nuestro grupo de pacientes se ha visto significación para el patrón NIU. La corticoterapia no parece influir en el resultado de la biopsia aunque no fue estadísticamente significativo. En el 39,1% se pudo diagnosticar SS y en el 30,4% se decidió cambio de tratamiento según el resultado de la biopsia.

30. DISMINUCIÓN DEL PERIODO DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDADES MUSCULOESQUELÉTICAS: UTILIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PRECOZ EN EL ÁREA DE SALUD VALENCIA-LA FE

J.E. Oller Rodríguez¹, M.T. Fuente Goig², F.M. Ortiz-Sanjuán¹, J. Ivorra Cortés¹, E. Grau García¹, E. Vicens Bernabéu¹, E. Labrador Sánchez¹, K. Arévalo Ruales¹, J.J. Frago Gil¹, R. González Mazarío¹, C. Alcañiz Escandell¹, I. Cánovas Olmos¹, I. Chalmeta Verdejo¹, C.M. Feced Olmos¹, L. González Puig¹, I. Martínez Cordellat¹, C. Nájera Herranz¹, R. Negueroles Albuixech¹, J. Andani Cervera² y J.A. Román Ivorra¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Universitario Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción: Actualmente las enfermedades musculoesqueléticas constituyen una causa frecuente de incapacidad laboral temporal (ILT). La puesta en marcha de programas específicos para la atención de estos pacientes puede ser un pilar fundamental en la resolución de dichos procesos de ILT.

Objetivos: Analizar la utilidad de la implantación de un programa de Intervención Precoz (IP) en pacientes con ILT de origen musculoesquelético.

Métodos: Estudio de casos y controles, donde se incluyeron pacientes del área del HUP La Fe, remitidos desde Atención Primaria entre abril de 2012 y abril de 2016 a nuestro programa de intervención precoz (IP) dirigido a pacientes en situación de ILT de origen músculo-esquelético. Los pacientes fueron valorados en consulta en un plazo máximo de 15 días tras inicio de la ILT. La intervención consistió en la valoración, realización de pruebas complementarias necesarias, diagnóstico y tratamiento por el reumatólogo en consulta. El paciente fue seguido en consulta de forma continuada hasta el alta médica. Se excluyeron aquellos pacientes cuyas incapacidades eran de origen traumático o quirúrgico. Se realizó estudio comparativo frente a un grupo control de pacientes en situación de ILT de origen músculo-esquelético.

Resultados: Se incluyó un total de 666 pacientes, de los cuales 508 (76,3%) pertenecían al grupo de IP (46,1% hombres; 53,9% mujeres) y 158 (23,7%) al grupo control (44,3% hombres; 55,7% mujeres). La edad media de los pacientes fue de $47,6 \pm 10,5$ años para los incluidos en el programa de IP y de $46,7 \pm 10$ años en el grupo control. Los diagnósticos más frecuentes fueron lumbalgia (23,3%), cervicalgia (18%) y lumbociatalgia (12,3%). En el grupo de IP, el 100% de los pacientes recibió tratamiento médico, al 54,5% se le recomendó ejercicios de fisioterapia a realizar en domicilio, a un 26,4% se le realizó ecografía de aparato musculoesquelético y al 19,9% de los mismos se le practicó al menos una infiltración local. Las patologías que presentaban un mayor promedio de días en situación de ILT fueron: meniscopatía de rodilla (203 días), síndrome de hombro doloroso (173 días) y lumbociatalgia (170,5 días). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la duración de la baja laboral en cuanto a sexos, grupos de edad, tipo de actividad laboral ni diagnósticos. Sí se observó asociación significativa entre el tiempo en situación de ILT y el tiempo de demora en la derivación al programa de IP, especialmente cuando la derivación se realizó en los primeros 10 días ($p = 0,04$). El tiempo medio en situación de ILT fue significativamente menor en los pacientes del grupo de IP con respecto al grupo control ($137,4 \pm 132,3$ días vs $194,7 \pm 143,1$ días; $p < 0,001$). Se observó un mayor tiempo libre de recaídas en el grupo de IP, aunque la diferencia no llegó a ser significativa. Asimismo, se observó una relación inversa entre la edad y el tiempo hasta la recaída ($p = 0,01$).

Conclusiones: La implantación de un programa de IP específicamente dirigido a pacientes en situación de ILT de origen musculoesquelético disminuye el tiempo en situación de ILT, pudiendo incorporarse antes a su actividad laboral con el consecuente ahorro en costes de incapacidad temporal.

31. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE UNA SERIE DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA. PROGRESIÓN A ESPONDILITIS ANQUILOSANTE A LOS 5 AÑOS

S. Rodríguez Montero, N. Plaza Aulestia, M.L. Velloso Feijoo, C. Gómez-Cano y J.L. Marengo

Unidad de Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: El término espondiloartritis axial no radiográfica (EspA nr) se acuñó para los pacientes con clínica de espondilitis anquilosante (EA) que no presentan el grado de sacroileítis radiográfica exigido para reunir criterios de Nueva York. Se estima un ratio de progresión a EA del 10% a los 2 años, y de hasta un 20% a los 2 años en el caso de pacientes con PCR elevada o inflamación activa en RM (Arthritis Rheum. 2009;60:717-27).

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de una serie de pacientes procedentes de una consulta de reumatología, clasificados como EspA nr durante el año 2011, investigando si existe progresión radiográfica a EA durante su evolución en los 5 años siguientes. Se recogen las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, edad

al diagnóstico, HLA-B27, manifestaciones extraarticulares, tratamiento biológico si procede, y progresión radiográfica.

Resultados: Tras descartar un paciente que ya cumplía criterios diagnósticos de Nueva York, se obtiene un total de 10 pacientes, varones 100%, edad media $39 \pm 7,3$ años, edad al reunir criterios ASAS 34 años, 80% brazo de imagen de criterios ASAS (independientemente del estatus HLA-B27), 60% HLA-B27 positivo. En cuanto a las manifestaciones extraarticulares: 10% diagnóstico de enfermedad de Crohn, 30% afectos de psoriasis, 10% con uveítis anterior aguda. Con respecto al tratamiento 60% inician anti-TNF durante el seguimiento (50% de ellos reciben actualmente dosis optimizadas de biológico). Finalmente, 40% progresan radiográficamente hasta reunir criterios de Nueva York durante los 5 años siguientes.

Conclusiones: En la historia natural de los pacientes con EspA nr podemos encontrar diferentes patrones evolutivos, pero se estima que aproximadamente el 60% de los pacientes clasificados como EspA nr requieren 10 o más años para presentar sacroileítis radiográfica (Arthritis Rheum. 2000;43:1356-65). En nuestra serie de pacientes este mismo porcentaje reúne criterios de Nueva York en la mitad de tiempo, a los 5 años de seguimiento. Es posible que este porcentaje esté en relación con la elevada presencia de inflamación activa en RM (80% casos), hallazgo que está en concordancia con un reciente estudio de progresión radiográfica en 83 pacientes con EspA nr, en el que se comprobó que la evolución a EA fue más frecuente y más rápida en los pacientes que presentaban edema óseo en RM de sacroilíacas que en aquellos que entraban por el brazo clínico de los criterios ASAS (Arthritis Rheumatol. 2016;68:1415-21).

32. ¿ES LA PROPORCIÓN FRACTURA MAYOR/FRACTURA DE CADERA LA RAZÓN DE LA INFRAESTIMACIÓN DEL RIESGO DE FRACTURA MAYOR POR LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL FRAX?

C. Gómez Vaquero, L. Valencia, M. Santana, P. Juárez, J. Lluch, X. Michelena, I. Morales y A. Zacarías

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: Mientras que la estimación de la probabilidad esperada de presentar una fractura de cadera (FC) en los siguientes 10 años que proporciona la versión española del FRAX se ajusta a la frecuencia observada de fracturas, la estimación del riesgo de fracturas mayores osteoporóticas (FM) (cadera, húmero proximal, antebrazo y fractura vertebral clínica) es inferior a la frecuencia observada. En España, y en otros muchos países, se dispone de suficientes datos epidemiológicos de incidencia de fractura de cadera pero no del resto de fracturas mayores. Dada esta circunstancia, en la construcción del algoritmo del FRAX, para calcular el riesgo de fractura mayor, se aplicó como factor multiplicador la proporción FM/FC extraída de los estudios epidemiológicos suecos, realizados en Malmö. Autores españoles (González-Macías et al. Bone. 2012;50:373-7), basándose en la proporción FM/FC resultante de sus estudios, han sugerido que una de las razones que podrían explicar la infraestimación del riesgo de FM por la versión española del FRAX sería que la proporción fuera diferente en España y en Suecia.

Objetivos: Calcular la proporción FM/FC en pacientes españoles y compararla con la sueca.

Métodos: La Unidad de fracturas del Hospital Universitario de Bellvitge (HUB) realiza la identificación, evaluación, tratamiento y seguimiento de todos los tipos de fracturas por fragilidad desde el 1 de mayo de 2015 en pacientes de edad igual o superior a 50 años. Todos los pacientes son registrados en www.rhufo.es. Con motivo de este estudio, se han incluido las facturas identificadas desde el 1 de diciembre de 2015 al 30 de noviembre de 2016. Para el cálculo de la proporción FM/FC sueca, se han utilizado datos publicados (Kanis et al. Osteoporos Int. 2000;11:669-74).

Resultados: En el período descrito, se identificaron 605 fracturas (471 en mujeres y 134 en hombres). Ciento setenta y seis fracturas fueron de cadera, 118 vertebrales, 99 de antebrazo distal y 76 de húmero. Ciento treinta y seis fracturas por fragilidad de otras localizaciones (23%) no se contabilizan para el cálculo del riesgo de fractura ni están incluidas en la predicción resultante. La proporción FM/FC por sexo, décadas y procedencia se muestra en la tabla. No se calculó la proporción en mujeres españolas de 50-59 años porque en esa franja de edad no se identificó ninguna fractura de cadera y la proporción tendía a infinito.

	50-59	60-69	70-79	80-89	50-89
Mujeres Malmö	13,44	5,91	3,60	2,21	2,90
Mujeres HUB	-	5,91	4	1,96	3,08
Hombres Malmö	4,85	4,82	2,91	2,07	2,51
Hombres HUB	3,33	3,17	3,56	2,00	2,71

Conclusiones: Las proporciones fractura mayor/fractura cadera detalladas por décadas son similares en las poblaciones española y sueca. Si el factor multiplicador de FRAX se aplicó por décadas, no parece que pueda atribuírsele la infraestimación del riesgo de fractura mayor de la versión española del FRAX. Sin embargo, si se aplicó la proporción media, teniendo en cuenta que las cohortes españolas en las que se ha demostrado dicha infraestimación tienen una población con una edad media inferior a 60 años, la diferencia de proporciones justificaría la infraestimación y sería fácilmente corregible. Estos datos deberían confirmarse con una muestra mayor y de origen multicéntrico.

33. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS CON FRACTURAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

P. González Moreno, G. López Antequera, M.I. González Agudo, J. Povedano Gómez y B. Hernández Cruz

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: Las mujeres con cáncer de mama presentan un riesgo mayor de fracturas osteoporóticas que el resto de la población del mismo sexo y edad. Este problema se debe a múltiples factores entre los que se encuentran los tratamientos a los que se someten. Entre ellos, la castración química, quimio y/o radioterapia, corticoides, cirugía, anticuerpos monoclonales frente a HER-2 e inhibidores de aromatasa se relacionan con aumento de la resorción ósea.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de y factores asociados con fracturas por fragilidad en mujeres con adenocarcinoma de mama.

Métodos: Estudio transversal prospectivo en marcha. En una consulta multidisciplinar de OP y Oncología de dos centros de tercer nivel de Sevilla se atienden a mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. Se analizaron los factores asociados con la presencia de fracturas vertebrales y periféricas por fragilidad en dichas pacientes en el momento de la primera evaluación.

Resultados: Se incluyeron en este análisis 333 mujeres, evaluadas entre septiembre de 2014 y diciembre de 2016. La edad mediana (Q1-Q3) fue de 62 (55-68) años. Se observaron 36 (10,8%) fracturas por fragilidad, 22 (6,6%) vertebrales y 17 (5,1%) periféricas. Tres pacientes presentaron fracturas periféricas y vertebrales. Ninguno de los factores típicamente asociados con fracturas por fragilidad (tabaquismo, antecedentes familiares, edad de menopausia, IMC) mostró una asociación independiente en el análisis multivariante. La presencia de OP determinada por medio de t-score en cuello femoral o columna tampoco se asoció con las fracturas por fragilidad. Únicamente el índice FRAX en el momento de la consulta se relacionó independientemente con las fracturas por fragilidad [por incremento en una unidad, OR ajustada 1,19 (1,08-1,31), p = 0,001]. El mejor modelo de regresión logística explicó un 26% de las fracturas por fragilidad.

Conclusiones: En mujeres con cáncer de mama, el FRAX es la única variable clínica asociada independientemente con la presencia de fracturas por fragilidad.

34. OMALGIA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA: SÍNDROME DE PARSONAGE-TURNER. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE CASOS DIAGNOSTICADOS EN VARIOS CENTROS HOSPITALARIOS DE CARÁCTER NACIONAL

F. Gallo Puelles¹, A. Muñoz Jiménez², S. Rodríguez Montero³, M. Moreno Ramos¹ y M. Castaño Sánchez¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ntra. Señora de Valme. Sevilla.

Introducción: La neuralgia amiotrófica de hombro (NAO) o síndrome de Parsonage-Turner, es una inusual patología a menudo infradiagnosticada, que cursa con omalgia intensa y posterior atrofia escapular o “escápula alada”. Se presenta una serie de 5 casos diagnosticados en varios hospitales nacionales.

Objetivos: Describir una serie de casos que cursaron con Neuralgia amiotrófica de hombro: etiología, forma de presentación, tratamiento y evolución.

Tabla Póster 34

Paciente/Centro	Etiología	Clínica	Estudios realizados	Tratamiento	Evolución
Varón 26 años/Hospital San Pau i Santa Creu	Idiopática. Post-infección gripal	Omalgia derecha muy intensa. Atrofia posterior importante de deltoides, Infra/supraespinoso. Marcada “escápula alada”	Radiológico. Clínico	AINES. Calor, analgésicos. Relajantes musculares. Rehabilitación intensa 5 meses	Favorable. Recuperación completa 7 meses
Varón 34 años/Hospital Virgen de la Arrixaca	Idiopática. Post- cirugía (herniorrafia)	Recidiva cuadro, hombro contralateral. Omalgia izquierda intensa. Atrofia posterior moderada deltoides, supra/ infraescapular. “Escápula alada”	RMN cervical y hombro	Analgésicos. Calor, esteroides (prednisona 30 mg pauta descendente). Rehabilitación. TENS	Favorable. Recuperación completa 4 meses
Mujer 43 años/Hospital Ntra. Sra. de Valme	Idiopática. fumadora	Omalgia derecha. Atrofia posterior deltoides, serrato, supra/infraespinoso. Marcada “escápula alada”	Radiológico. RMN cervical y hombro. Analítico. EMG compatible	Analgésicos. Esteroides (prednisona 30 mg pauta descendente), Complejo vitamínico grupo B. Neuromoduladores. Rehabilitación	Favorable. Recuperación completa 6 meses
Varón 48 años/Hospital Virgen de la Arrixaca	Idiopática. Post- vacunación VHB. Fumador	Omalgia izquierda intensa, atrofia posterior importante deltoides, Infra/supraespinoso. Marcada “escápula alada”	Radiológico, analítico, TAC tórax, RMN cervical y hombro. EMG compatible	Analgésicos. Esteroides (prednisona 30 mg pauta descendente), neuromoduladores. Complejo vitamínico grupo B. Rehabilitación iniciada reciente	En evolución (actualmente)
Varón 53 años/Hospital Virgen del Rocío	Idiopática	Omalgia intensa derecha, atrofia posterior de deltoides, trapecio. “Escápula alada”	Radiológico, ecografía. EMG compatible	Analgésicos. Esteroides (prednisona 30 mg pauta descendente), Complejo vitamínico grupo B. Rehabilitación iniciada reciente (fisioterapia, TENS, potenciación)	En evolución (actualmente)

Métodos: Estudio multicéntrico, descriptivo y retrospectivo. Se seleccionaron pacientes diagnosticados de síndrome de Parsonage-Turner en diferentes centros hospitalarios nacionales (Hospital San Pau, H. Ntra Sra. de Valme, H. Virgen Universitario del Rocío y Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca), durante el período 2000-2016. Se recogieron datos referentes a: edad, sexo, etiología, estudios realizados, presentación, tratamiento y evolución clínica.

Resultados: Se obtuvieron un total de 5 casos en 4 pacientes con diagnóstico de NAO. 4/5 con afectación unilateral. 1/5 (25%) pacientes presentó recidiva del cuadro (afectación bilateral final). No encontramos asociaciones con origen paraneoplásico (2/5 grandes fumadores). La etiología fue idiopática. 3 de los casos ocurrieron tras un proceso infeccioso vírico, vacunación y cirugía recientes. 4/5 (75%) pacientes recibieron tratamiento corticoides de forma precoz. Tras finalización de Rehabilitación, la evolución fue favorable (3/3) (tabla).

Conclusiones: La neuralgia amiotrófica del hombro o síndrome de Parsonage-Turner, constituye una rara entidad de etiología desconocida. Su aparición parece tener una predisposición autoinmune frente a determinados precipitantes (posvirales, poscirugía, vacunaciones...), afectando predominantemente a varones como ocurrió en nuestro estudio. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico, con apoyo electromiográfico (EMG). En nuestra cohorte de pacientes, los primeros casos se diagnosticaron bajo sospecha clínica, mientras los últimos contaron también con estudio EMG compatible. Este hallazgo observado, ha podido estar vinculado al escaso conocimiento hace unos años de esta entidad. Respecto a la evolución clínica, todos los casos expuestos presentaron una recuperación total (tanto de "escápula alada" como funcionalidad) tras un periodo variable de Rehabilitación y de tratamiento precoz con corticoides, si bien dos pacientes, al tener un diagnóstico más reciente, quedan pendientes de valorar en su evolución clínica final.

35. FASCITIS EOSINOFÍLICA: SERIE DE 19 CASOS

E. Trujillo, J.C. Quevedo, R. López, M. García-Bustinduy, C. Rodríguez-Lozano, B. Rodríguez-Lozano y S. Bustabad

Servicios de Reumatología y Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La fascitis eosinofílica (FE) es un síndrome esclerodermiforme poco frecuente, de etiología desconocida y del que se conoce mal su patogenia y su evolución natural. Las series publicadas son cortas, con un total de 280 casos descritos en la literatura desde 1974. No hay ensayos clínicos ni consenso sobre su tratamiento.

Métodos: Estudio de serie de casos, multicéntrico, retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de 19 pacientes diagnosticados de FE (induración cutánea + biopsia en cuña compatible) entre enero de 1998 a enero de 2015.

Resultados: Se recogieron 12 varones y 7 mujeres. La edad media en el diagnóstico fue de 41 años (rango de 28 a 66). En 7 pacientes se sospechó factor desencadenante (en 6, ejercicio intenso). El resto fueron idiopáticas. Las zonas de afectación cutánea fueron fundamentalmente las extremidades superiores e inferiores. La eosinofilia estuvo presente en el 100% de los pacientes. La media del % más alto de eosinofilia fue de 21,2% (rango 4-45,4%). 11 pacientes presentaron artralgias y hubo presencia de artritis en 5 pacientes (4 poliarticular/1 oligoarticular). Se usó la RMN para diagnóstico y/o seguimiento en 8 pacientes, sobre todo en los diagnosticados en los últimos 5 años. La dosis media inicial del tratamiento esteroideo fue de 40 mg/día, la dosis media máxima de corticoides fue de 40 mg/día y la duración media del tratamiento con esteroides fue de 22 meses (rango 9-47 meses). Otros tratamientos adyuvantes utilizados fueron: metotrexato 11, hidroxilcloroquina 2, Imurel 2 y D

penicilamina 1. La evolución a los 5 años fue la resolución completa en 13 pacientes y la mejoría parcial en 6.

Otras manifestaciones clínico-analíticas. N = 19 pacientes

	Sí n (%)	No n (%)
Hipergammaglobulinemia	12 (63)	7 (37)
Elevación de VSG	3 (16)	16 (84)
Elevación de PCR	7 (37)	12 (63)
Elevación de CPK	0	19 (100)
Síntomas sistémicos	6 (32)	13 (68)
Afectación visceral	2 (11)	17 (89)
Tiroides autoinmune	1 (5)	18 (95)
Neuropatía periférica	3 (16)	16 (84)

Conclusiones: La FE en nuestra serie predomina en varones, en la década de los 40 y en la mayoría no se encontró factor desencadenante. Para un reumatólogo es importante destacar que hubo presencia de artritis en un porcentaje significativo de pacientes. En los últimos años se ha añadido al diagnóstico y al seguimiento el uso de la RMN. Aunque no hay ensayos clínicos que lo avalen se ha generalizado el uso del metotrexato como tratamiento adyuvante a los corticoides.

36. VALORACIÓN DE FIBROMIALGIA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS Y SU CORRELACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

M.J. Moreno Martínez¹, D. Beteta², M.J. Moreno Ramos² y L.F. Linares Ferrando²

¹Reumatología. Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca.

²Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: La fibromialgia comparte algunos síntomas con las espondiloartritis (EspA), como es el dolor en determinados puntos, la rigidez, entre otros.

Objetivos: Determinar la frecuencia de fibromialgia en nuestros pacientes con EspA y su influencia en los parámetros de control de la enfermedad.

Métodos: Los pacientes proceden de una consulta monográfica de EspA del servicio de Reumatología del HCU Virgen de la Arrixaca. Los pacientes son valorados y cumplimentan los cuestionarios de actividad (BASDAI), función física (BASFI), calidad de vida (ASQOL), cuestionarios diagnósticos para fibromialgia según los criterios ACR 2010, así como cuestionarios de clasificación para ansiedad y depresión (Cuestionario HAD). Se calcula también el ASDAS-PCR. También se recogen datos analíticos que incluyen reactantes de fase aguda y datos de exploración. Se realiza un análisis descriptivo de los datos y estudio de diferencias de medias de los parámetros en función de la positividad o no a fibromialgia, así como un estudio de regresión para valorar la influencia sobre BASDAI y ASDAS-PCR.

Resultados: Se incluyeron 99 pacientes (75% varones y 25% mujeres), con una edad media de 47,5 (\pm 11) años y una duración de la enfermedad de 11,8 (\pm 9,7) años. El 66,3% estaba diagnosticado de espondilitis anquilosante, el 26,3% de EspA axial no radiográfica, 3,8% de EspA periférica y el 3,8% de artritis psoriásica. El 8,4% cumplía criterios de fibromialgia. La media de BASDAI, ASDAS-PCR, BASFI, ASQOL (y los cuestionarios de ansiedad y depresión) fue mayor para los pacientes con fibromialgia, de forma estadísticamente significativa. Encontramos correlación entre la dos secciones implicadas en el diagnóstico de fibromialgia, tanto severidad como extensión de los síntomas, con las variables de actividad, función física, calidad de vida y metrología (tabla): no encontramos diferencias por sexos, edad ni por diagnósticos ($p > 0,05$). Se observó una mayor proporción de pacientes con fibromialgia en aquellos pacientes con cuestionarios alterados para depresión (29% vs 6,25%, $p = 0,03$) y

ansiedad (27,5% vs 1,5%, $p = 0,002$). En el análisis de regresión vemos como tanto la presencia de fibromialgia ($p = 0,0001$) como la ansiedad ($p = 0,001$) influyen en la puntuación final del BASDAI y solo la ansiedad en el ASDAS-PCR ($p = 0,01$).

	Índice de correlación de Pearson	Significación (p)
Extensión de los síntomas		
BASDAI	0,63	0,0001
ASDAS-PCR	0,41	0,002
BASFI	0,55	0,0001
ASQOL	0,57	0,0001
Gravedad de los síntomas		
BASDAI	0,63	0,0001
ASDAS-PCR	0,48	0,0001
BASFI	0,53	0,0001
ASQOL	0,67	0,0001
BASMI10	0,31	0,02

Conclusiones: Un porcentaje no despreciable de pacientes con espondiloartritis cumplen criterios de fibromialgia, independientemente de la edad y el sexo. Los pacientes que cumplen criterios de fibromialgia presentan puntuaciones mayores de actividad, función física y calidad de vida. Según nuestros resultados, la presencia de fibromialgia podría sobreestimar la puntuación final del BASDAI, no así con el ASDAS-PCR, el cual se puede ver influenciado por la existencia de ansiedad.

37. SUSPENSIÓN DE PRIMER BIOLÓGICO EN LA ARTRITIS REUMATOIDE: PRINCIPALES CAUSAS Y CORRELACIÓN ENTRE INEFICACIA SECUNDARIA Y DESARROLLO DE INMUNOGENICIDAD

P. Bogas¹, C. Plasencia¹, D. Pascual-Salcedo², G. Bonilla¹, E. Moral¹, C. Tornero¹, L. Nuño¹, A. Villalba¹, D. Peiteado¹, A. Martínez², A. Mezcua², A. Jochems² y A. Balsa¹

¹Departamento de Reumatología; ²Departamento de Inmunología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: La terapia biológica ha supuesto un gran cambio en el pronóstico de la artritis reumatoide (AR), pero aproximadamente el 40% de los pacientes (pts) presentan ineficacia. El desarrollo de anticuerpos anti-fármaco (ADA) se asocia con pérdida de respuesta, pero actualmente no está claro la proporción de ineficacias 2ª asociadas a ADA.

Objetivos: Analizar en nuestra cohorte de pts con AR tratados con adalimumab (Ada), infliximab (Ifx), etanercept (Etn), certolizumab (Czp), tocilizumab (Tcz) y abatacept (Abt) como 1er biológico, la frecuencia de suspensión del fármaco, así como las principales causas de interrupción y el porcentaje de ineficacia 2ª asociado al desarrollo de inmunogenicidad.

Métodos: De la cohorte de pacientes con AR que iniciaron por 1ª vez terapia biológica en el Hospital La Paz entre 2005-2016, se incluyeron sólo los que habían suspendido dichos fármacos y se recogieron las causas de suspensión. Se midió la actividad clínica mediante DAS28 y Delta-DAS28 a los 6 meses de tratamiento para clasificar a los pacientes que suspendieron por ineficacia 1ª o 2ª. También se midieron los niveles de fármaco (NF) y/o ADA mediante ELISA a los 6 meses en 43 pts y al suspender en 59 pts. Se definió ineficacia 1ª como DAS28 > 3,2 y delta-DAS28 < 1,2 a los 6 meses con niveles de fármaco presentes, e ineficacia 2ª como DAS > 3,2 con delta-DAS28 < 1,2 a los 6 meses con ADA+, así como aquellos con Delta-DAS28 > 1,2 o DAS28 < 3,2 a los 6 meses que posteriormente pierden eficacia. El análisis estadístico se realizó mediante el sistema SPSS versión 20.0

Resultados: De los de 246 pts que iniciaron por 1ª vez terapia biológica, se incluyeron 144 (58%) pts que la había suspendido definitivamente [Ifx (n 35, 24%), Ada (n 40, 28%), Etn (n 30, 21%), Czp (n 23, 16%), Tcz (n 10, 7%) y Abt (n 6, 4%)]. 116 (80,6%) fueron mujeres. La

media de edad fue 56,3 ± 14,7 años. El tiempo medio de 1er biológico fue 2,23 ± 1,96 años. Del total de pacientes, 18 (12,5%) suspendieron por ineficacia 1ª, 41 (28,5%) por ineficacia 2ª, 57 (39,6%) por efecto adverso (EA), 11 (7,6%) por remisión y 17 (11,8%) por otras causas (cirugía, embarazo, etc.). El 12,5% de los pacientes que suspendieron por EA u otras causas presentaban ineficacia 1ª o 2ª al interrumpir el fármaco; al incluir dichos pacientes en estas causas de suspensión, un total de 20 pts (14%) tenían ineficacia 1ª y 57 pts (39,6%) ineficacia 2ª. Los EAs más frecuentes fueron: infecciones (35%), EAs cutáneos (psoriasis, exantema, etc. (10,5%), reacciones infusionales (9%) y neoplasias (9%). En los 59 pts en los que se midieron NF/ADA al suspender, el 42,4% eran ADA+. Dentro del grupo con ineficacia 2ª y NF y/o ADA determinados, el 50% eran ADA+, siendo este porcentaje minoritario en las otras causas de suspensión. Así mismo en los pacientes con ADA+, el 73% suspendía por ineficacia 2ª.

Características demográficas

Edad (años)	64 ± 15,4
Sexo (mujer)	116 (80,6%)
Tabaco	25 (17,6%)
IMC	27,79 ± 8,87
Duración enfermedad (años)	16,7 ± 8,04
FR +	117 (81,3%)
ACPA +	119 (85,6%)
Tiempo biológico (años)	2,23 ± 1,96
FAMEs basal	127 (89%)
Metotrexato basal	82 (57,3%)
Leflunomida basal	57 (39,6%)
Salazopirina basal	13 (9,1%)
PCR basal	15,1 ± 19,4
VSG basal	34,2 ± 23,4
DAS basal	5,24 ± 1,32

Conclusiones: En nuestra cohorte de AR, los efectos adversos fueron la principal causa de suspensión, siendo el más frecuente las infecciones. La 2ª causa que condicionaba el abandono fue la ineficacia 2ª, donde el 50% de nuestros pacientes eran ADA+ al suspender. Estos datos sugieren que el desarrollo de ADA es una causa frecuente de ineficacia 2ª en nuestros pacientes con AR.

38. ESTUDIO DESCRIPTIVO ACERCA DE LA INMUNOGENICIDAD DE INFLIXIMAB EN UNA SERIE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ESPONDILOARTRITIS AXIAL

S. Rodríguez Montero¹, M.L. Velloso Feijoo¹, N. Plaza Aulestia¹, M.J. Fobelo Lozano² y J.L. Marengo¹

¹Unidad de Reumatología; ²Unidad de Farmacia. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: El bloqueo del factor de necrosis tumoral (TNF) sigue siendo en la actualidad un pilar fundamental en el tratamiento de las artropatías inflamatorias crónicas, como la artritis reumatoide (AR) o la espondiloartritis axial (EspA axial). Sin embargo, existe un porcentaje de pacientes en los que la terapia anti-TNF no consigue controlar la actividad inflamatoria. Estos problemas de eficacia se han puesto en relación, entre otros factores, con la inmunogenicidad asociada a estos fármacos (Joint Bone Spine. 2010;77:313-8), en especial a los anti-TNF quiméricos, como infliximab (IFX). En la actualidad, la monitorización farmacocinética de las terapias biológicas constituye una práctica novedosa como apoyo a las decisiones clínicas.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo transversal sobre una serie de pacientes en tratamiento con IFX (remsima) diagnosticados de AR y EspA axial, con el fin de poner de manifiesto el perfil de inmunogenicidad de IFX y analizar, si es posible, una relación con la actividad de la enfermedad. Se incluyen los pacientes mayores de 18 años diagnosticados de AR y EspA axial, en tratamiento actual con IFX, de los que se dispone de información sobre el nivel sérico del fármaco y la existencia de anticuerpos (Ac) frente a IFX. Se recogen

las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, edad al diagnóstico, índice de actividad (DAS28/BASDAI), fecha de inicio de IFX, nivel sérico de IFX y presencia/ausencia de Ac anti-IFX. De acuerdo a las indicaciones del kit para detección de Ac se asume un punto de corte de 2 U/mL para discriminar presencia y ausencia de Ac anti-IFX.

Resultados: Artritis reumatoide: n = 18, edad media 57,33 años, edad media al diagnóstico 44,27 años, 55% mujeres. Diecisiete pacientes sin Ac anti-IFX, nivel sérico medio IFX $1,66 \pm 1,7$ µg/mL, DAS28 medio $3,26 \pm 1,28$. Un paciente con Ac anti-IFX, nivel sérico medio IFX $0,01$ µg/mL, DAS28 $5,09$. Al analizar el nivel sérico de IFX en función de la respuesta clínica (punto de corte DAS28 = 3,2) se obtiene un valor medio de $1,75 \pm 1,6$ µg/mL en los respondedores (n = 9) frente a $1,4 \pm 1,9$ µg/mL en los no respondedores. Espondiloartritis axial: n = 22, edad media 46,04 años, edad media al diagnóstico 36,26 años, 23% mujeres. Dieciocho pacientes sin Ac anti-IFX, nivel sérico medio IFX $2,57 \pm 1,6$ µg/mL, BASDAI medio $3,48 \pm 2,6$. Cuatro pacientes con Ac anti-IFX, nivel sérico medio IFX $0,01$ µg/mL, BASDAI medio $4,42 \pm 3,02$. En los 11 pacientes respondedores (BASDAI < 4) se obtiene un nivel sérico medio de IFX de $1,64 \pm 1,3$ µg/mL, frente a $2,58 \pm 2,1$ µg/mL en los no respondedores.

Conclusiones: La presencia de Ac anti-IFX varía en las diferentes indicaciones aprobadas para su uso. En AR se estima entre 12-44% (Clinic Rev Allerg Immunol. 2010;38:82-9). Los títulos de Ac parecen ser inversamente proporcionales a los niveles séricos de IFX y a la respuesta terapéutica. En nuestro estudio obtenemos que el valor medio de los índices de actividad (DAS28 y BASDAI) es inferior en los pacientes que no presentan Ac anti-IFX con respecto a aquellos con presencia de Ac, del mismo modo que en los pacientes sin Ac el nivel sérico de IFX es claramente superior, en concordancia con lo publicado en la literatura. Al analizar el nivel sérico de IFX en función de la respuesta clínica, en AR comprobamos como los respondedores tienen niveles séricos más altos de IFX, mientras que en EspA axial, sorprendentemente, obtenemos el resultado contrario. Puede que este último dato esté relacionado con el limitado número de pacientes de nuestro estudio. Para aclarar cuestiones como esta sería interesante desarrollar estudios multicéntricos que nos permitan estimar, de forma estandarizada entre los diferentes hospitales, los parámetros farmacocinéticos de los anti-TNF en las distintas patologías en que se utilizan, avanzando en la terapia individualizada de estos pacientes.

39. OSTEOPOROSIS EN MUJERES CON ADENOCARCINOMA DE MAMA. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE UNA SERIE DE CASOS

P. León Rubio¹, P. González Moreno², M.I. González Agudo¹, G. López Antequera¹, C. Prieto Candau¹, M. Lisbona¹, J. Povedano Gómez^{1,2} y B. Hernández Cruz¹

¹Unidad de Gestión Clínica de COT y Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La osteoporosis es la segunda patología ósea más frecuente tras la artrosis y el adenocarcinoma de mama es el tumor maligno más común en las mujeres. Ambas enfermedades coexisten y su frecuencia se incrementa en las mujeres españolas. Dado que el tratamiento del cáncer de mama conlleva castración precoz, baja exposición al sol, disminución del ejercicio y fármacos osteopenizantes, las pacientes que lo padecen pueden cursar con una OP de características peculiares.

Objetivos: Conocer las características clínicas de la osteoporosis de pacientes con cáncer de mama atendidos en consultas especializadas.

Métodos: Serie de casos prospectiva. Se recabaron los datos sociodemográficos, clínicos y de la OP de pacientes consecutivas atendidas en una consulta multidisciplinar de OP y Oncología en los hospitales HUVR y HUVVM desde septiembre de 2014 hasta noviembre de 2016, en una hoja de cálculo diseñada expresamente con 140 variables previa-

mente definidas y consensuadas. Se realizó estadística descriptiva con cálculo de medidas de tendencia central y dispersión. El estudio fue puesto a consideración por el comité de ética e investigación en humanos del Área Virgen del Rocío.

Resultados: Se presentan datos de 333 mujeres atendidas, con edad media (p25-p75) de 62,6 años (54,4-69,1) y duración de la OP de 3,3 (0,19-9,8) años. La edad de la menopausia fue a los 49 (43-53) años y en 23% antes de los 45 años; 12% eran fumadoras con un índice de tabaquismo de 8 (0,5-19,5) paquetes/año. Once casos (4%) con consumo de ≥ 3 copas de alcohol diarias. El 4% presentó giba dorsal a la exploración. Informaron patología reumática 26% (artritis y fibromialgia las más comunes). Se diagnosticó OP en 149 (65% de 228 casos con datos clínicos completos). El diagnóstico se realizó con base en FF en 37 casos. Se registraron FF vertebrales en 22 casos (22%), FF periféricas en 18 (7%); tres de ellos con FF vertebrales y periféricas. Las FF vertebrales fueron dorsales (18, 73%), lumbares (3, 13%) y dorsales y lumbares (2, 8%) y el número de vertebras fracturadas fue de 1 (1-3). Las FF periféricas fueron de un sitio en 16 casos y de dos localizaciones en 2 casos. Tres fracturas de antebrazo distal, tres de húmero, dos casos de FF de cadera, dos de codo, dos de MCF, un caso de FF de peroné y otro más de MTF y de costilla. Los casos con FF de dos diferentes localizaciones periféricas fueron uno con FF de antebrazo distal y cadera; y el otro de antebrazo distal y tobillo. El FRAX basal fue de 4,7 (2,4-8,9) para FF mayor y de 1,1 (0,4-3,0) para FF de cadera. Se diagnosticó OP según DMO de CF en 61 (25%) casos, de CLT en 115(49%), y en las dos localizaciones en 35 (25%) mujeres. Como tratamiento del cáncer de mama todas las pacientes recibieron cirugía, 83% radioterapia, 65% quimioterapia, 11% castración química, 6% castración quirúrgica, 30% tamoxifeno y 80% inhibidores de aromatasa, predominantemente letrozol. Dentro de los hallazgos de la analítica destacaron las cifras de 25-OHVitD en 50 (22-70) ng/ml con déficit grave (≤ 10 ng/dl) en 3%. La DMO mostró t-score de CF de -1,8 (-1,0- -2,3) y t-score de CLT de -2,3 (-1,3 - -2,9). Las pacientes recibieron como tratamiento suplementos de calcio más vitamina D (79%), bifosfonatos orales (47%), vitamina D (37%), denosumab (19%), bifosfonato IV (10%) y teriparatide en un caso (0,5%).

Conclusiones: La OP asociada al cáncer de mama reviste características especiales. Destacó la edad de diagnóstico, su asociación con menopausia natural o inducida y tratamiento con inhibidores de aromatasa. Predominaron las fracturas vertebrales dorsales y la OP por DMO de vertebras lumbares. Los hallazgos obligan a incrementar la vigilancia y las medidas de prevención primaria y secundaria en éstas pacientes.

40. SIGNIFICADO CLÍNICO DEL AUMENTO DEL FGF-23 EN LA DISPLASIA FIBROSA

H. Flórez¹, S. Mandelikova¹, X. Filella², A. Monegal¹, N. Guañabens¹ y P. Peris¹

¹Unidad de Patología Metabólica Ósea. Servicio de Reumatología; ²Servicio de Bioquímica Clínica. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: La displasia fibrosa (DF) es una enfermedad ósea seudotumoral benigna, debida a una mutación activadora del gen GNAS1, en la que existe una alteración de la maduración del mesénquima que conduce a la formación de tejido conectivo osteofibroso que sustituye a la médula ósea normal. La DF presenta un amplio espectro de manifestaciones clínicas, entre las que se ha descrito el desarrollo osteomalacia hipofosfatémica debido a la producción de factor de crecimiento de los fibroblastos 23 (FGF-23) por el tejido óseo displásico.

Objetivos: Analizar los valores de FGF-23 en los pacientes con DF y su relación con la extensión y la actividad de la enfermedad y con los valores de fosfato (P) sérico.

Métodos: Se incluyeron 12 pacientes (7M:5H) con DF, con una edad media de $50,67 \pm 16,4$ (24-79). Se revisó la historia clínica y

las características clínicas de los pacientes, la extensión y actividad de la enfermedad, huesos afectados, complicaciones y tratamientos realizados. Asimismo, se analizaron los valores de FGF-23 (Immunotopics [determina FGF-23 C-terminal], CA, USA; valor normal < 130 RU/mL), de P y Ca séricos, los marcadores de recambio óseo, y su evolución con el tratamiento.

Resultados: 6/12 pacientes (50%) tenían un aumento de los valores de FGF-23. Los pacientes con valores altos de FGF-23 tenían un número similar de huesos afectados ($2,2 \pm 2$ vs $1,9 \pm 1$), con similares localizaciones. La edad fue similar en ambos grupos ($48,2 \pm 14$ años vs $53,2 \pm 19$ años), así como la extensión y actividad de la enfermedad, con unos valores de FAO, PINP y CTx similar en ambos grupos de pacientes. Llamativamente, no se observaron diferencias entre los valores de P sérico entre ambos grupos (FGF-23 > 130: $3,9 \pm 0,9$ mg/dL vs FGF-23 < 130: $3,5 \pm 0,6$ mg/dL). De hecho, ninguno de los pacientes con aumento del FGF-23 elevado tenía unos valores de P sérico bajos. Cuando se analizó la respuesta del FGF-23 al tratamiento, no se observaron cambios significativos en los valores de FGF-23 tras tratamiento con bisfosfonatos (zoledronato) y, sin embargo, el único paciente que siguió tratamiento con denosumab, presentó un aumento del FGF-23 del 123% tras esta terapia, aunque sin observarse una disminución significativa de los valores de P sérico en este caso.

Conclusiones: Los pacientes con DF presentan con frecuencia un aumento de los valores de FGF-23 sin repercusión en los niveles séricos de fosfato, lo que sugiere una alteración en el procesamiento de esta proteína en el tejido óseo displásico en esta patología. Son necesarios estudios que analicen el efecto de denosumab en esta enfermedad y en los valores del FGF-23.

41. TASAS DE INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES CON ARTROPATÍA INFLAMATORIA EN TRATAMIENTO CON BIOLÓGICO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

E.C. Cervantes Pérez¹, J.R. Maneiro¹, A. Souto Vilas³, J.A. Mera Varela³ y J.J. Gómez-Reino^{2,3}

¹Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ²Fundación Ramón Domínguez. Santiago de Compostela. ³Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Objetivos: Describir y comparar las tasas de ingreso hospitalario en pacientes diagnosticados de artropatía inflamatoria (artritis reumatoide, artritis psoriásica y espondilitis anquilosante) en tratamiento

con medicamentos biológicos modificadores de la enfermedad (b-DMAR).

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los pacientes diagnosticados de artropatía inflamatoria seguidos en el servicio de Reumatología del Hospital Clínico de Santiago de Compostela y que tuvieron algún ingreso entre 2008 y 2015. Se calcularon las "Incidence rate ratio" (IRR) para el total de ingresos y causas de ingresos (infecciones, enfermedades cardiovasculares, enfermedades cerebrovasculares y cirugía protésica) comparando las artropatías inflamatorias y la exposición al b-DMAR.

Resultados: Se identificaron un total de 1.322 episodios de ingreso hospitalario: 1.249 de pacientes con artritis reumatoide (AR), 59 con artritis psoriásica (AP) y 14 con espondilitis anquilosante (EA). 180 episodios de ingreso ocurrieron en pacientes que estaban tratados con b-DMAR (14,41%), 572 pacientes/año. Las infecciones y la enfermedad cardiovascular fueron las causas más frecuentes de ingreso en AR expuestos a b-DMAR (tabla 1). La IRR comparando antagonistas de TNF con otros biológicos demuestra una diferencia numérica por causas de infección que no es significativa. No se identificaron eventos cerebrovasculares en pacientes con AR en tratamiento con b-DMAR (tabla 2).

Conclusiones: Los pacientes con AR tratados o no tratados con b-DMAR tienen mayor número de ingresos hospitalarios de forma global que los pacientes con AP y EA, generalmente por causas infecciosas.

42. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS E INMUNOSUPRESORES DE LOS PACIENTES CON ENFERMEADES REUMÁTICAS CRÓNICAS

P. Vela^{1,2}, J. López-Nieto², J. Diéguez² y R. Caño¹

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

²Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Elche.

Introducción: La adherencia es el grado de cumplimiento que realiza el paciente con la toma de su medicación. Se conocen diversos factores responsables, como el nivel económico y social, nivel de estudios, tipo de enfermedad y tipo de fármacos. El incumplimiento terapéutico es notable en HTA, diabetes mellitus y algunas enfermedades reumáticas como osteoporosis o gota. En la actualidad la investigación acerca de la adherencia en enfermedades reumáticas tratadas con fármacos biológicos e inmunosupresores es escasa.

Tablas Póster 41

Tabla 1. IRR de causas de ingreso en artropatías inflamatorias comparado con b-DMAR

Causa de ingreso	AR	EA	AP	Total
Ingresos totales	1,91 (1,59-2,28)	1,43 (0,15-6,43)	0,73 (0,19-2,01)	Cruda 1,26 (0,24-4,24) Ajustada 1,83 (1,54-2,17)
Infecciones	2,34 (1,67-3,23)	-	-	Cruda 2,20 (1,65-3,18) Ajustada 2,28 (1,66-3,13)
Enfermedad cardiovascular	3,11 (1,11-8,10)	-	2,21 (0,04-22,4)	Cruda 2,74 (1,07-2,51) Ajustada 2,97 (1,31-6,71)
Enfermedad cerebrovascular	0,56 (0,01-4,05)	-	-	Cruda 0,51 (0,01-3,64) Ajustada 0,52 (0,06-4,14)
Cirugía protésica	3,37 (0,69-14,21)	-	-	Cruda 3,45 (0,71-14,58) Ajustada 3,37 (0,95-11,94)

Tabla 2. IRR de causas de ingreso comparando antagonistas de TNF con otros biológicos

Causa ingreso	ABT	RTX	TCZ	Total
Ingresos totales	0,48 (0,28-0,86)	0,56(0,33-0,98)	0,68 (0,38-1,26)	Cruda 0,57 (0,42-0,78) Ajustada 0,57 (0,42-0,77)
Infecciones	0,37 (0,19-0,77)	0,58 (0,28-1,34)	0,35 (0,19-0,69)	Cruda 0,42 (0,28-0,62) Ajustada 0,42 (0,29-0,61)
Enfermedad cardiovascular	-	1,10 (0,13-50,85)	1,07 (0,13-49,36)	Cruda 1,54 (0,36-13,72) Ajustada 1,55 (0,35-6,76)
Cirugía protésica	-	-	0,71 (0,07-35,23)	Cruda 2,05 (0,30-88,04) Ajustada 2,07 (0,26-15,05)

Objetivos: Evaluar la adherencia al tratamiento con fármacos biológicos e inmunosupresores en pacientes con enfermedades reumáticas crónicas. Secundarios: valorar la relación entre la adherencia y el tipo de enfermedad, los fármacos recibidos, y el nivel de estudios del paciente.

Métodos: Estudio transversal. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, con diagnóstico de artritis reumatoide (AR), espondiloartritis (EA), artritis psoriásica (APs), y conectivopatías, en tratamiento con fármacos biológicos y/o inmunosupresores en el momento del estudio. Se encuestó a los pacientes que cumplirían con los criterios de inclusión en el momento en que acudían a consultas externas de Reumatología del HGUA. Se registró: sexo, edad, diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad, fármaco biológico o inmunosupresor en el momento del estudio, duración del tratamiento y nivel de estudios. Para evaluar la adherencia se utilizaron los test de Morisky-Green y Batalla. Análisis estadístico: descriptivo sobre las características de los pacientes y de sus tratamientos (frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y estadísticos descriptivos para las variables continuas). Las variables continuas se expresan como medida de tendencia central (media y/o mediana) y medida de dispersión (desviación típica y rango, según si la distribución era normal o no). Las variables de tipo cualitativo se expresan como porcentaje. Para la relación entre variables cualitativas se ha empleado el test chi cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 121 pacientes, 87 mujeres (71,9%), 34 varones (28,1%), edad media $59,7 \pm 15$ años (rango 20-84); el tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de $12,9 \pm 10,38$ años (rango < 1-55); duración media del tratamiento de $65,67 \pm 55,09$ meses (rango: 1-264 meses). Un 63,6% de los pacientes estaban diagnosticados de AR, 13,2% de EA, 9,1% de APs y el 14% restante eran conectivopatías. El 10,9% de los pacientes ($n = 13$) no tenía estudios, posee estudios primarios el 31,9% ($n = 38$), título de bachiller el 17,6% ($n = 21$), el 12,6% ($n = 15$) posee título de grado medio y el 26,9% ($n = 32$) posee estudios universitarios. Un 59,5% estaba en tratamiento con fármaco biológico y un 40,5% con inmunosupresores no biológicos. Según el test de Morisky-Green, el 71,9% de los pacientes son cumplidores. Respecto al test de Batalla o test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad; el 74,4% de los pacientes se consideran cumplidores. En el estudio de correlación entre variables, solo se encontró correlación entre el nivel de estudios y el test de Batalla.

Conclusiones: Los pacientes con enfermedades reumáticas crónicas tratados con fármacos biológicos e inmunosupresores presentan un elevado grado de adherencia. El nivel de estudios muestra correlación con el grado de conocimiento de la enfermedad, siendo inferior en aquellos con menor nivel de estudios.

43. ANTICUERPOS ANTIINFLIXIMAB EN PACIENTES CON REUMATISMOS INFLAMATORIOS EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO

G. Manzano Canabal, J.G. Sánchez Hernández, A. Quesada Moreno, L. Pérez Garrido, L. Gómez Lechón, C. Hidalgo Calleja, A. Turrión Nieves, O. Martínez González, C.A. Montilla Morales, M.D. Sánchez González y J. del Pino-Montes

Servicio de Reumatología; Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Salamanca.

Tabla Póster 43

Sexo	Edad	Enfermedad	Años de tratamiento	Nivel de fármaco	Anticuerpos	FAME asociado	OPT
Mujer	32	EA	5	IND	+	SSZ	No
Mujer	39	EA	6	IND	+	NO	Sí
Mujer	40	EA	11	IND	+	MTX, SSZ	Sí
Mujer	52	EA	7	0.8	+	NO	No
Hombre	73	APs	9	IND	+	LFN	No
Hombre	54	EA	7	1	+	SSZ	No
Mujer	34	EA	7	IND	+	SSZ	No
Mujer	40	EA	7	IND	+	LFN	No

Introducción: La terapia con fármacos biológicos, dentro de los que se engloban los anticuerpos monoclonales anti-Factor de Necrosis tumoral, ha supuesto un gran avance en el tratamiento de las enfermedades reumáticas inflamatorias. La inmunogenicidad asociada a algunos de estos fármacos, principalmente con los anticuerpos monoclonales quiméricos, puede interferir en la falta o pérdida de respuesta clínica en algunos casos. Existe controversia sobre la relevancia clínica de su determinación.

Objetivos: Estudiar la relación entre niveles infliximab (IFX) y la presencia de anticuerpos antiinfliximab en la práctica clínica habitual. Valorar la posible relación con FAME asociado, con la actividad de la enfermedad, y optimización de tratamiento tanto en nuestros pacientes con artritis reumatoide (AR) como con espondiloartritis (EAs).

Métodos: Estudio transversal sobre una muestra de 77 pacientes en seguimiento en el Hospital de Día de nuestro centro, en tratamiento activo con IFX (20 artritis reumatoide (AR) y 47 espondiloartritis (EpA): 14 artropatía psoriásica (APs) y 32 espondilitis anquilosante (EA)). Todos los pacientes llevaban más de 12 meses de tratamiento. Se analizaron en sangre niveles serológicos de fármaco mediante técnica ELISA de Promonitor, clasificando a los pacientes según se encontraran en rango terapéutico o por debajo del mismo. En los pacientes por debajo de rango terapéutico se realizó la medición de anticuerpos anti-IFX mediante ELISA de Promonitor. Como índices de actividad clínica se utilizó DAS 28 para aquellos pacientes con artritis reumatoide y artritis psoriásica con afectación periférica y ASDAS-PCR para los pacientes con EA o afectación axial de APs por la artritis psoriásica, se analizó la presencia de FAME asociado y la optimización o no de tratamiento. Se analizó la distribución de frecuencias con chi-cuadrado de Pearson, utilizando el paquete estadístico SPSS 20.

Resultados: De los 77 pacientes de nuestra muestra, 5 fueron excluidos por no cumplir criterios de inclusión, obteniéndolos en un total de 19 AR, 13 APs y 32 EA. De estos pacientes, 26 (36%, 8 AR y 18 EpA) presentaban niveles de fármaco con rango inferior al terapéutico, y de éstos, sólo 8 (11%, 7 EA Y 1 APs) tenían títulos positivos para anticuerpos anti-IFX, con una concentración media de anticuerpos de 16,50 U/ml. 40 (60,60%) pacientes tenían FAME asociados (20 metotrexato (MTX), 8 sulfasalazina (SZP) y 12 leflunomida (LFN)). En cuanto a la actividad clínica, la mayor parte de los pacientes tenían una actividad baja o moderada (100% APs, 90% AR y 58% EA). Respecto a los 8 pacientes con anticuerpos anti-IFX (tabla), 6 tomaban algún FAME sintético. No encontramos relación entre niveles de fármaco y actividad de la enfermedad. Entre los 15 pacientes con actividad alta (1 APs y 14 EA) solo 4 tenían anticuerpos anti-IFX. No hubo diferencias significativas entre presencia de anticuerpos y actividad de la enfermedad.

Conclusiones: La presencia de anticuerpos anti-IFX es poco frecuente en nuestra muestra, incluso en situación de niveles infraterapéuticos de IFX. La presencia de anticuerpos es más frecuente en la EA. La mitad de los pacientes con anticuerpos tiene elevada actividad de la enfermedad pero no encontramos relación estadística entre ambas variables. Una de las limitaciones de nuestro estudio es el tamaño muestral pero tiene la ventaja de ser un estudio en la vida real. Debe ampliarse el estudio para responder a cuestiones como el por qué de su mayor frecuencia en EA y si ello se debe a

características de la propia enfermedad o las dosis empleadas en su tratamiento.

44. IDONEIDAD DEL TRATAMIENTO CON CÉLULAS PROGENITORAS ADULTAS EN LA ESPONDILOARTRITIS AXIAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA

M. Llop Vilaltella¹, V. Ríos Rodríguez² y W.A. Sifuentes Giraldo¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Charité Campus Benjamin Franklin. Berlín. Alemania.

Introducción: En torno a un 30-40% de los pacientes con espondiloartritis axial son resistentes a los tratamientos actuales, ello indica la relevancia de la búsqueda de nuevas dianas terapéuticas. En los últimos años, son muchos los estudios que han descrito el trasplante de células progenitoras adultas, células hematopoyéticas y células mesenquimales, para el tratamiento de enfermedades autoinmunes. Ambas son células multipotentes con capacidad de diferenciarse en diversos tejidos; las células mesenquimales tienen la capacidad de diferenciarse en osteoblastos, adipocitos y condroblastos. Debido a la descrita alta tasa de mortalidad relacionada con el tratamiento en el trasplante de células hematopoyéticas, en los últimos años ha cobrado más interés el trasplante de células mesenquimales para tratar aquellas enfermedades autoinmunes con menor riesgo de mortalidad, como es la espondiloartritis axial.

Objetivos: Describir el tratamiento con trasplante de células progenitoras adultas en la espondiloartritis axial, así como realizar una comparativa entre el trasplante de células hematopoyéticas y mesenquimales en la espondiloartritis axial.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de la literatura utilizando la base de datos MEDLINE. Se incluyeron estudios relevantes que utilizaron el trasplante de células hematopoyéticas y mesenquimales para tratar la espondiloartritis axial y enfermedades asociadas, como son la artropatía psoriásica y la enfermedad inflamatoria intestinal.

Resultados: Se incluyeron 5 estudios donde utilizaron el trasplante de células hematopoyéticas para tratar la espondiloartritis axial (en la mayoría de estudios como ítem secundario sólo 1 como condición primaria), 3 ensayos clínicos controlados con el uso de células mesenquimales en enfermedades asociadas (enfermedad de Crohn) y 9 ensayos clínicos no controlados con células mesenquimales en espondiloartritis axial y enfermedades asociadas (únicamente 1 estudio en espondilitis anquilosante). En el trasplante de células mesenquimales, la incidencia de mortalidad relacionada con el tratamiento es del 0%, respecto al 10% descrita previamente en el trasplante de células hematopoyéticas. No hay suficientes datos para esclarecer la eficacia del tratamiento con células progenitoras en la espondiloartritis axial. Aun así, las características inmunomoduladoras de las células mesenquimales y la tecnología desarrollada para manipular tanto células mesenquimales de los propios pacientes con espondiloartritis axial así como de individuos sanos, abre un nuevo abanico de opción terapéutica. Dado el reciente desarrollo de esta posible vía terapéutica, persisten muchas incógnitas por resolver en el trasplante de células mesenquimales para el tratamiento de la espondiloartritis axial: dosis e intervalos de infusión, fuente de células mesenquimales (cordón umbilical, médula ósea, tejido graso adiposo) o uso de trasplante autólogo o alogénico.

Conclusiones: El trasplante de células mesenquimales parece tener más ventajas sobre el trasplante de células hematopoyéticas en pacientes con espondiloartritis axial, en lo que se refiere a seguridad y eficacia. Son necesarios más estudios controlados y con un seguimiento a largo plazo para confirmar la utilidad del tratamiento con trasplante de células mesenquimales en pacientes con espondiloartritis axial.

45. EFECTIVIDAD A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO CON ÁCIDO ZOLEDRÓNICO EN LA ENFERMEDAD DE PAGET

A. Alía Jiménez, L. Villalobos Sánchez y J. Bachiller Corral

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

Introducción: En la última década el ácido zoledrónico (AZ) se ha posicionado como el tratamiento de elección en la enfermedad de Paget (EP) tanto por su eficacia, como por su adherencia, duración y coste. En los ensayos clínicos el AZ ha demostrado conseguir un control prolongado de la actividad metabólica en la EP, pero en la práctica clínica habitual no hay estudios de seguimiento a largo plazo.

Objetivos: Estudiar la duración de la respuesta terapéutica en pacientes con EP tratados con una infusión de AZ y seguidos en una consulta hospitalaria. Analizar las variables asociadas a dicha respuesta.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes con EP que presentaban fosfatasa alcalina (FA) elevada (FA > 128 UI/L) y que fueron tratados con AZ en los últimos 12 años (de 2003 a 2015). A todos los pacientes se les administró una infusión única intravenosa de 5 mg de ácido zoledrónico y fueron seguidos de forma periódica en una consulta monográfica. Se excluyeron los pacientes que habían recibido bifosfonatos en el último año y aquellos con menos de un año de seguimiento posterior al tratamiento con AZ. En todos los pacientes se recogió la FA basal, a los 6, 12 y 18 meses y posteriormente de forma anual. Se consideró que el paciente mantenía la respuesta cuando la FA se encontraba dentro del rango normal en nuestro laboratorio (40-128 UI/L). Se recogieron además variables sociodemográficas, clínicas y analíticas. Se realizó un estudio de supervivencia de Kaplan-Meier para el tiempo de respuesta y un análisis univariable según regresión de Cox para estudiar las variables clínicas y epidemiológicas relacionadas.

Resultados: Se incluyeron 70 pacientes tratados, un 62,9% eran varones, y la media de edad fue de 73,44 ± 8,60 años. La FA basal fue de 328,91 ± 140,18 UI/L y la mediana de tiempo de seguimiento de 57 meses, casi 5 años (rango 2-13 años). A los 6 meses tras el tratamiento la FA se había normalizado en 68/70 pacientes (respuesta 97%) y a los 12 meses la respuesta fue del 100%. Durante el seguimiento hubo 11 recaídas de FA, 5 fallecimientos y 11 pérdidas de seguimiento. En el seguimiento a largo plazo, un 77,6% de los pacientes mantenían FA normal a los 6 años, un 73,5% a los 8 años, y un 63% a los 9 años, tras la infusión única de AZ. No se encontró relación estadísticamente significativa entre pérdida de respuesta y ninguno de los factores epidemiológicos ni clínicos analizados.

Conclusiones: En nuestro estudio de práctica clínica habitual, el AZ tiene una efectividad cercana al 100% para conseguir normalización de la FA a los 6 meses, similar a los resultados de otras series y ensayos clínicos. A largo plazo nuestros resultados indican una mayor duración de la respuesta hasta ahora descrita, alcanzando una supervivencia de un 63% a los 9 años. Estos datos confirman que el AZ permite conseguir el objetivo de remisión prolongada de la enfermedad para así evitar las complicaciones a largo plazo.

46. NIVELES DE FOSFATASA ALCALINA BAJOS: ¿PODRÍA SER HIPOFOSFATASIA?

C. Tornero¹, P. Aguado¹, S. García¹, J. Tenorio², P.D. Lapunzina², A. Buño³, J.M. Iturzaeta³, Ch. Plasencia¹, I. Monjo¹ y A. Balsa¹

¹Servicio de Reumatología; ²Instituto de Genética Médica y Molecular (INGEMM); ³Servicio de Análisis Clínicos. Hospital La Paz. Madrid.

Introducción: La hipofosfatasa (HPP) es una enfermedad metabólica producida por mutaciones en el gen que codifica la isoenzima no específica de tejido de la fosfatasa alcalina (FANET). La presentación clínica es variable y la forma del adulto puede cursar con sintomatología menos expresiva, pudiendo pasar desapercibida o llevar a errores diagnósticos y abordajes terapéuticos equivocados.

Objetivos: Realizar un despistaje de pacientes adultos con niveles bajos persistentes de FA sérica que pudieran ser portadores de mutaciones del gen que codifica la FANET, analizar las características clínicas y funcionales con las que ha cursado la enfermedad en los pacientes con HPP y compararlas con los pacientes en los que la mutación está ausente.

Métodos: Estudio transversal en el que se revisaron 1.536.711 determinaciones de FA del Laboratorio de Bioquímica pertenecientes a 386.356 pacientes en un periodo de 6 años (2009-2015). Los pacientes con al menos dos determinaciones de FA cuyos valores fueron inferiores a 35 UI/l en dicho periodo y ninguna superior a 45 UI/L, constituyeron la población de estudio. Se identificaron 427 pacientes, de los cuales, mediante revisión de historias clínicas, se excluyó a 31 por presentar HPP secundaria y a 13 por pérdida de seguimiento. Se contactó vía telefónica con 108, para realización de cuestionarios sobre sintomatología potencialmente relacionada con HPP y calidad de vida (HAQ) así como para la obtención de una muestra biológica para proceder al estudio genético.

Resultados: En la tabla se adjuntan las características de los dos subgrupos de pacientes. De los 108 pacientes evaluados, se dispone de 39 resultados genéticos (resto pendiente de realización), de los cuales un 59% (23/39) han sido positivos. Al comparar los datos clínicos, todavía con estudio genético parcial, se observó con una mayor relevancia, aunque sin alcanzar significación estadística, que un 48,7% de los pacientes con HPP presentó dolor osteomuscular, con respecto a un 25,6% en el grupo control ($p = 0,157$) así como mayor debilidad muscular (15,4%), frente a un 2,6% del segundo grupo ($p = 0,112$) y una mayor necesidad de medicación para el dolor óseo ($p = 0,107$). Asimismo, se observó un mayor número de pacientes con fracturas de estrés (7,69%) en el grupo de HPP y ninguna en el segundo grupo, así como una tendencia a una mayor pérdida dentaria prematura y anomalías dentarias (7,6%), manifestaciones ausentes en el grupo control ($p = 0,123$). El 23% de pacientes del grupo de HPP precisó de cirugías ortopédicas (12,8%) y ninguno en el grupo control ($p = 0,04$). No hubo diferencias en características demográficas, antecedentes de fractura vertebral, periartrosis calcificante, condrocalcinosis, patología renal ni en el índice FRAX. En relación con los datos analíticos, únicamente se observaron niveles de fosfato sérico más elevados en el grupo de HPP (4,18 mg/dl) frente

al grupo control (3,52 mg/dl), $p = 0,05$. No se observaron diferencias en la escala visual analógica del dolor (EVA) ni en el análisis de calidad de vida, evaluado mediante HAQ-DI.

Conclusiones: La prevalencia de HPP entre los pacientes con FA baja es elevada y aunque en el adulto tiene un curso clínico más leve que en la infancia, parece que tiende a cursar con más dolor y debilidad osteomuscular, fracturas por estrés y anomalías dentarias. Estos datos deben fomentar una actitud proactiva en el diagnóstico de la HPP por parte del reumatólogo.

47. IMPACTO ASISTENCIAL Y ECONÓMICO DE LOS ACUERDOS DE RIESGO COMPARTIDO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS

M. Sáez Belló¹, M. Climente Martí², P. Llopis Salvia², J.J. Alegre Sancho³ y J.M. Paredes Arquiola³

¹Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana. ²Servicio de Farmacia; ³Sección de Reumatología; ⁴Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Objetivos: Evaluar el impacto asistencial y económico de los acuerdos de riesgo compartido (ARC) en pacientes con patologías inflamatorias.

Métodos: Diseño: prospectivo descriptivo desarrollado durante el periodo de vigencia de los ARC. Ámbito: hospital general universitario terciario. Criterios de inclusión: pacientes adultos diagnosticados de enfermedades inflamatorias, en tratamiento con certolizumab o golimumab en 1ª o 2ª línea, y que cumplieran los criterios para su inclusión en los respectivos ARC de UCB Pharma y Merck. Criterios de exclusión: pacientes en tratamiento con certolizumab o golimumab en 3ª o sucesivas líneas. Variables de estudio: antropométricas (sexo y edad), diagnóstico, tratamiento (concomitancia con FAMES, línea de tratamiento con fármacos biológicos y pauta posológica al inicio del tratamiento) y propios del ARC (número de pacientes incluidos en los ARC respecto al total de pacientes candidatos a su inclusión, entendidos como inicios o cambios de tratamiento en 1ª o 2ª línea (%) en reumatología y digestivo; y número de pacientes con

Tabla Póster 46

Características de los sujetos	Grupo HPP (N = 23)	Grupo control (N = 16)	P valor
Características demográficas			
Edad ± DE	52,78 ± 13,28	49,13 ± 10,70	p = 0,366
Sexo			
Varón	10/39 (25,6%)	4/39 (10,2%)	p = 0,236
Mujer	13/39 (33,3%)	12/39 (30,7%)	
Raza			
Caucásica	22/39 (56,4%)	16/39 (41%)	p = 0,398
Negra	1/39 (2,56%)	0/39 (0%)	
Características clínicas			
Dolor osteomuscular, n/N (%)	19/39 (48,7%)	10/39 (25,6%)	p = 0,157
Debilidad muscular, n/N(%)	6/39 (15,4%)	1/39 (2,6%)	p = 0,112
Periartritis calcificante, n/N(%)	4/39 (10,25%)	1/39 (2,56%)	p = 0,282
Condrocalcinosis n/N (%)	2/39 (5,12%)	0/39 (0%)	p = 0,215
Nº fracturas periféricas de estrés, n/N (%)	3/39 (7,69%)	0/39 (0%)	
Fractura vertebral (n/N) (%)	2/39 (5,12%)	0/39 (0%)	p = 0,193
Anormalidades dentarias y pérdida dentaria prematura n/N (%)	3/39 (7,69%)	0/39 (0%)	p = 0,123
Antecedentes de cirugía ortopédica	5/39 (12,8%)	0/39 (0%)	p = 0,048
Uso de medicación para el dolor óseo, n/N (%)	16/39 (41,03%)	7/39 (17,9%)	p = 0,107
Antecedentes de patología renal	5/39 (12,8%)	2/39 (5,12%)	p = 0,384
Datos analíticos			
Fosfatasa alcalina ± DE	21,6 ± 6,76	29,69 ± 3,44	p = 0,0001
Calcemia ± DE	9,34 ± 0,4	9,34 ± 0,4	p = 0,994
Calciuria ± DE	61,47 ± 51,3		
Fosfatemia ± DE	4,18 ± 9,91	3,52 ± 0,48	p = 0,05
Fosfaturia ± DE	341 ± 433		
Evaluación calidad de vida			
EVA ± DE	3,86 ± 2,5	2,71 ± 3,1	p = 0,221
HAQ-DI ± DE	0,23 ± 0,36	0,2 ± 0,43	p = 0,764

fallos de tratamiento y/o efectos adversos que justifiquen la suspensión del mismo). Se calculó el porcentaje de retorno frente al importe total del tratamiento de los pacientes incluidos, con precios actualizados a 12/2016.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes (25 mujeres), uno de ellos en ambos ARC, con una mediana de edad de 51,5 (RIQ 17,5) años; 15 presentaban artritis reumatoide, 10 artritis psoriásica, 11 espondilitis anquilosante y 4 colitis ulcerosa, 22 de ellos en tratamiento concomitante con FAMES (18 metotrexato, 3 leflunomida y 1 metotrexato + leflunomida). 31 pacientes eran naïve a biológicos y 9 fueron segundas líneas de tratamiento. Todos ellos iniciaron según la pauta posológica indicada en ficha técnica. Se incluyeron 18 pacientes en el ARC de certolizumab (12,7% de pacientes candidatos en reumatología), de entre los cuales se retiraron durante las 12 primeras semanas, 6 pacientes por fallo primario y un paciente por acontecimientos adversos (hepatitis colestásica con ictericia), lo que supuso un retorno del 38,9% (25.427,5 €) del coste de estos tratamientos. Del mismo modo, se incluyeron 22 pacientes en el ARC de golimumab (23,4% de pacientes candidatos: 17,4% en digestivo y 25,4% en reumatología), de entre los cuales se retiraron durante los 8 primeros meses de tratamiento, 4 pacientes por fallo primario y un paciente por acontecimientos adversos (psoriasis inducida por antiTNF), lo que supuso un retorno del 9,4% (14.339,3 €) del coste de estos tratamientos.

Conclusiones: En nuestro centro, la inclusión en el ARC del 12,7% y del 23,4% de los pacientes candidatos a inicios o cambios de tratamiento en 1ª o 2ª línea con certolizumab y/o golimumab, ha supuesto un retorno del 38,9% y del 9,4% respectivamente, del coste de estos tratamientos.

48. FACTORES DE RIESGO DE UVEÍTIS EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL Y ANA+. ESTUDIO OBSERVACIONAL PRELIMINAR

M. Llop Vilaltella, M.A. Terán Tinedo, A. Boteanu, M.Á. Blázquez Cañamero, W.A. Sifuentes Giraldo, M.L. Gamir Gamir y M. Vázquez Díaz

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

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es una de las enfermedades reumáticas más frecuente en la infancia. La manifestación extra articular más frecuente es la uveítis anterior crónica. Usualmente tiene un comienzo insidioso, asintomático, con un curso recidivante y crónico, siendo la ceguera la principal complicación. Entre los factores de riesgo se han descrito: edad temprana al inicio de la artritis (antes de los 6 años), corta duración de la enfermedad y algunos subtipos de AIJ (oligoarticular persistente y extendida, psoriática, indiferenciada). La presencia de anticuerpos antinucleares (ANA) positivos es uno de los factores de riesgo más importantes. En algunas ocasiones los ANA son presentes al debut de la enfermedad, negativizándose posteriormente.

Objetivos: Determinar si la presencia de ANA de forma mantenida (> 2 determinaciones) a lo largo de evolución de la enfermedad se asocia con un aumento de riesgo desarrollar uveítis.

Métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo incluyendo 53 pacientes con AIJ de alto riesgo para desarrollar uveítis y al menos una determinación de ANA positivo en seguimiento en la Unidad de Reumatología Pediátrica de nuestro hospital. Se consideró un punto de corte de 1/80 para positividad de los ANA. Se realiza el test de chi cuadrado con ajuste de Fisher. El nivel de significación se fija por el intervalo de confianza (IC) y $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 5 pacientes niños y 48 niñas, con una mediana de edad al diagnóstico de 3 años. Un total de 16 pacientes tuvieron uveítis (31,25% niñas y 20% niños), sin encontrar diferencia

estadística entre el porcentaje de pacientes que desarrollaron uveítis entre los sexos ni en la edad. En la repartición por grupos, 52% de las niñas tuvieron una o dos determinaciones de ANA positivo y 48% tres o más determinaciones; en los niños 40% tuvieron una o dos determinaciones positivas y 60% tres o más determinaciones positivas. Analizando por grupos, en el grupo con 3 o más determinaciones vs el grupo con una o dos determinaciones presentan una OR: 4,93; IC95%: 1,32-18,31.

Conclusiones: Nuestros hallazgos confirman lo descrito previamente en la literatura en cuanto a la ausencia de asociación de la uveítis con el sexo femenino, basándose la diferencia de frecuencia en el mayor número de niñas con AIJ que debuta en edad temprana. Tradicionalmente, se considera que dos determinaciones de ANA positivos se relacionan con un alto riesgo de uveítis. Además, los resultados de nuestro estudio sugieren que la persistencia de ANA se asocia a un riesgo todavía más alto de desarrollar uveítis. Limitaciones del estudio: escaso número de pacientes. Se necesitan más estudios con cohorte más larga para confirmar estos hallazgos.

49. SINOVORTESIS RADIOISOTÓPICA: EXPERIENCIA DE 17 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

C. Bouroncle Alaluna¹, C. Pijoan Moratalla¹, C. de la Puente Bujidos¹ y M Rioja Martín²

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La sinoviortesis radioisotópica (SR) es una técnica consistente en la inyección intraarticular de una suspensión coloidal de partículas marcadas con un radioisótopo. Su principal objetivo, es la destrucción, mediante dichas sustancias de la membrana sinovial afectada, por lo que es usada desde hace años en el tratamiento de la artritis crónica de diversas etiologías.

Objetivos: Describir nuestra experiencia terapéutica sobre sinoviortesis radioisotópicas realizadas en un centro de tercer nivel en los últimos 17 años.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo de las sinoviortesis radioisotópicas realizadas en nuestro hospital desde 1999 a 2016. Posteriormente, se recogió información de la historia clínica de cada intervención realizada, incluyendo datos epidemiológicos como la edad del paciente, sexo, diagnóstico, articulación tratada, número de tratamientos realizados, complicaciones posteriores y recurrencia.

Resultados: En el periodo de tiempo establecido, se realizaron 182 sinoviortesis, de las cuales revisamos 112 procedimientos, realizados en 96 pacientes. De ellos, 105 (93,75%) correspondieron a rodillas, 3 a tobillos, 2 a articulación astrágalo-escafoidea, 1 codo, 1 articulación gleno-humeral. Veintiocho fueron hombres (29,2%) y 68 mujeres (70,8%). La edad media de nuestra población tratada fue de 52,14 años. En cuanto a los diagnósticos, 47 (41,96%) fueron artritis reumatoide, 25 (22,32%) espondiloartropatías, 8 (7,14%), sinovitis vellonodular pigmentada, 5 (4,46%) artritis idiopática juvenil y 28 pacientes (24,11%) tenían otros diagnósticos. La mayoría de los pacientes analizados, presentaban un tiempo de enfermedad de entre 1 y 5 años (28,3%). Con respecto a los pacientes artropatías inflamatorias, solo el 17,65% se encontraban con tratamiento biológico antes del procedimiento, mientras que el 68,15% se encontraban en tratamiento con FAMES (55,8% en monoterapia con metotrexato). Diecinueve (16,96%) de las sinoviortesis realizadas presentaban en el momento de la técnica quiste de Baker. El 60,3% de nuestros pacientes analizados se sometió a un solo procedimiento. Entre 1999-2007 se efectuaron 74 sinoviortesis y entre 2008-2016, 38. Finalmente, en nuestro estudio evidenciamos una

tasa de recurrencia del 55,3% (62 de 112) aunque en ningún caso hubo complicaciones.

Conclusiones: La sinoviortesis radioisotópica, a pesar de ser una opción terapéutica segura para pacientes afectados por artritis crónica, se realiza cada vez con menos frecuencia en pacientes afectados por artropatías inflamatorias. Este hecho puede estar en relación con que la inflamación sinovial persistente desde el inicio de la era de los tratamientos biológicos es cada vez menos frecuente. El procedimiento se realiza de forma casi exclusiva en la rodilla probablemente por su accesibilidad aunque dada su seguridad debería considerarse una opción en otras localizaciones cuando la terapia convencional sea ineficaz.

50. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIADORAS DE LOS PACIENTES QUE SUSPENDEN VARIAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

C. Tornero, C. Plasencia¹, D. Pascual-Salcedo², B. Hernández Breijo², M.Á. González Gómez², G. Bonilla¹, L. Nuño¹, A. Villalba¹, D. Peiteado¹, E. Moral¹, P. Bogas², E. Martín Mola¹, A. Balsa¹ y J. Díez³

¹Departamento de Reumatología; ²Unidad de Inmunología;

³Departamento de Estadística del Hospital la Paz-Idipaz. Madrid.

Introducción: Los fármacos biológicos han mostrado una amplia eficacia en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR). No obstante, en práctica clínica, una proporción significativa de pacientes presenta ineficacia primaria o secundaria, precisando de varios cambios de terapia biológica a lo largo de su evolución. Existe escasa evidencia sobre las características de los pacientes que fracasan a varios tratamientos biológicos comparados con los que tienen una adecuada respuesta persistente al primer biológico.

Objetivos: Comparar las diferencias sociodemográficas, clínicas y analíticas entre una cohorte de AR que ha fracasado al menos a 2 biológicos ("multi-no-respondedores", MNR) frente a otra cohorte de AR que ha tenido buen control de la enfermedad con el primer biológico ("respondedores", R). Como objetivo secundario, se evaluaron las causas de suspensión a los diferentes biológicos.

Métodos: De la cohorte RA-PAZ, se incluyeron 186 pacientes con AR tratados con terapia biológica: 63 pacientes del grupo MNR (> 2 biológicos previos) y 123 pacientes del grupo R. Se evaluaron las características demográficas basales, datos de actividad clínica (mediante el índice DAS-28 y delta-DAS28) y analítica (PCR y VSG) en el momento basal y a los 6 meses del inicio del primer tratamiento biológico. La presencia de anticuerpos anti-fármaco (ADA) se midió por ELISA puente en la última visita disponible al primer biológico. En el grupo MNR se correlacionó la causa de suspensión del primer biológico con el número de biológicos recibidos posteriormente.

Resultados: En la tabla se adjuntan las características analizadas de los dos subgrupos de pacientes. Previo al inicio del primer biológico, se observó que la edad ($49,96 \pm 10,82$ vs $53,77 \pm 12,91$, $p = 0,046$) y la duración de la enfermedad ($6,79 \pm 6,19$ vs $9,97 \pm 8,56$, $p = 0,001$) fueron menores en el grupo MNR. Asimismo, una mayor proporción de pacientes MNR mostraron manifestaciones extraarticulares en comparación con el grupo R (18/63 (28,6%) vs 16/121 (13,2%), $p = 0,016$). La actividad de la enfermedad en el momento basal (DAS28: $5,74 \pm 1,26$ vs $5,01 \pm 1,14$, $p = 0,01$) y a los 6 meses (DAS28: $4,45 \pm 1,6$ vs $3,22 \pm 1,1$, $p = 0,001$) del 1^{er} biológico fue mayor en el grupo MNR. Al final del primer biológico, fue más frecuente detectar pacientes ADA+ en el grupo MNR (6/25 (24%) vs 1/73 (1,4%), $p = 0,01$). Por otra parte, se objetivó que el tiempo en tratamiento biológico fue mayor en los pacientes MNR. En relación con las causas de suspensión al primer biológico, un 22,2% suspendió por ineficacia primaria, 38,1% por ineficacia secundaria, un

Tabla Póster 50

Características demográficas	Grupo Respondedor (R) (n = 63)	Grupo Multi-no-respondedor" (MNR) (n = 123)	P valor
Características basales al inicio del 1^{er} biológico			
Sexo femenino, n/N (%)	49/63 (77,8%)	102/122 (83,6%)	NS
IMC (kg/m ²) ± DE	27,31 ± 5,37	26,23 ± 4,96	NS
Hábito tabáquico			NS
No fumador	38/61 (62,3%)	69/115 (60%)	
Fumador	11/61 (18%)	19/115 (16,5%)	
Exfumador	12/61 (19,7%)	27/115 (23,5%)	
Edad al inicio primer biológico ± DE	49,96 ± 10,82	53,77 ± 12,91	p = 0,046
Duración enfermedad previa inicio biológico ± DE (años)	6,79 ± 6,19	9,97 ± 8,56	p = 0,001
Nº FAMES previos ± DE	27,31 ± 5,37	26,22 ± 4,96	NS
Auto-anticuerpos (UI/ml)			
FR positivo, n/N (%)	50/63 (79,4%)	93/121 (76,9%)	NS
ACPA positivo, n/N (%)	97/118 (82,2%)	53/62 (85,5%)	NS
Erosiones, n/N (%)	36/52 (69,2%)	67/101 (66,3%)	NS
Manifestaciones extraarticulares, n/N (%)	18/63 (28,6%)	16/121 (13,2%)	p = 0,011
Monoterapia al inicio de biológico, n/N (%)	3/63 (4,8%)	6/122 (4,9%)	NS
Actividad al inicio de biológico ± DE			
DAS basal ± DE	5,74 ± 1,26	5,01 ± 1,14	p = 0,001
PCR basal ± DE	13,82 ± 20,8	10,26 ± 13,6	NS
VSG basal ± DE	33,63 ± 22,03	29,4 ± 18,36	NS
A los 6 meses del inicio del 1^{er} biológico			
Actividad a los 6 meses ± DE			
DAS-28 ± DE	4,44 ± 1,61	3,22 ± 1,10	p = 0,001
Delta-DAS 28 ± DE	1,40 ± 1,6	1,77 ± 1,2	NS
Al final del 1^{er} biológico			
ADA+ última visita disponible, n/N (%)	6/25 (24%)	1/73 (1,4%)	p = 0,01
Al final del estudio			
Edad, media ± DE	61,23 ± 11,8	61,05 ± 12,8	NS
Tiempo medio de seguimiento hasta última visita disponible ± DE, (años)	16,48 ± 7,5	16,71 ± 9,9	NS
Tiempo medio en biológico ± DE, (años)	9,48 ± 4,3	6,72 ± 4,6	p = 0,001

33,3% por efecto adverso, un 4,8% por otras causas y un 1,6% por remisión. En el grupo MNR, no se observó asociación significativa entre el número de biológicos recibidos y la causa de suspensión del primer tratamiento por ineficacia primera, secundaria o efecto adverso ($3,4 \pm 0,9$ vs $3,75 \pm 1,11$ vs $3,86 \pm 1,3$, $p = 0,6$).

Conclusiones: En nuestra cohorte de biológicos RA-PAZ se encontró que el subgrupo de pacientes más jóvenes con un fenotipo de enfermedad más sistémica y con mayor actividad clínica, precisan un inicio de biológico más precoz y son más susceptibles de fracasar a varios biológicos. El desarrollo de ADA frente a un primer biológico parece asociarse también a pacientes con necesidad de usar un mayor número de biológicos.

51. UTILIDAD DE UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR REUMATOLOGÍA-GASTROENTEROLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

E. Pérez-Pampín¹, R. Ferreiro², A. Mera¹, E. Domínguez-Muñoz² y M. Barreiro de Acosta²

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Gastroenterología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Introducción: Más de un tercio de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) presentan manifestaciones extraintestinales (MEI), siendo las manifestaciones articulares las más frecuentes e incapacitantes, con un importante impacto en la calidad de vida de los pacientes con EII. Estos pacientes podrían beneficiarse de un enfoque multidisciplinar permitiendo un diagnóstico precoz y un enfoque conjunto de la patología.

Objetivos: El objetivo del estudio fue evaluar el impacto de un enfoque multidisciplinar realizado tanto por un reumatólogo como por un gastroenterólogo en el manejo de estos pacientes. También se evaluaron los cambios terapéuticos después de la evaluación combinada.

Métodos: Se registraron todos los pacientes con IBD que refirieron al gastroenterólogo dolor articular sugestivo de MEI desde abril de 2015 a octubre de 2016. El día de la consulta un comité multidisciplinario formado por un reumatólogo de referencia y un gastroenterólogo especialista en EII evaluaron y discutieron todos los casos tanto en relación al diagnóstico, como al tratamiento (de inicio o cambios de terapia). La evaluación se realizó de acuerdo con las directrices actuales y los datos registrados en una base de datos común sobre las razones por las que los pacientes fueron remitidos desde la consulta de EII, su diagnóstico reumatológico y todos los cambios implementados en sus tratamientos. Los resultados se muestran en porcentajes.

Resultados: Se evaluaron 82 pacientes consecutivos con EII remitidos a la Unidad y analizados por el comité. La edad media fue de 38 años (rango de 18 a 73). La mayoría de los pacientes eran mujeres (73%), 19% eran fumadores y 23% exfumadores. El 49% de los pacientes analizados presentaban enfermedad de Crohn (EC) y 51% colitis ulcerosa (CU). Las principales causas de derivación de la EII fueron la sospecha de artropatía inflamatoria en el 43% y de artromialgias en el 40%. El diagnóstico más frecuente tras la consulta de reumatología y la reunión del comité fue artropatía inflamatoria asociada a EII en el 41% (51,5% presentaron artropatías axiales y 48,5% afectación periférica) y fibromialgia en el 15%. En cuanto a los cambios en el tratamiento, después del comité multidisciplinario se realizaron cambios en 18 pacientes (22%). En 7 pacientes se introdujo tratamiento con metotrexato (iniciando terapia combinada o reemplazando las tiopurinas). En 6 pacientes se introdujo sulfasalazina en lugar de mesalamina. En otros casos se planteó un cambio en las dosis de anti-TNF en función de la manifestación principal del paciente.

Conclusiones: Una consulta multidisciplinar de EII, formada por un gastroenterólogo especialista en EII y un reumatólogo de referencia permite el diagnóstico precoz de las MEI. El tratamiento debe iniciarse de forma precoz y consensuada entre reumatólogo y gastroenterólogo, de esta forma conseguiremos una mayor optimización de los recursos disponibles para pacientes con enfermedad inflamatoria crónica grave. La fibromialgia es común entre los pacientes con IBD, por lo que es importante que se detecte y la sintomatología sea interpretada como una manifestación articular inflamatoria.

52. ARTRITIS PSORIÁSICA DE RECIENTE COMIENZO: DATOS BASEALES DEL ESTUDIO REAPSER

R. Queiro, A. Laiz Alonso, H. Sang Park, C. Montilla Morales, E. Galíndez Agirregoikoa, J.J. Bethencourt Baute, S. Bustabad Reyes, P. Tejón Menéndez, M.Á. Belmonte, J.A. Pinto Tasende, E. Alonso Blanco Morales, J. Ramírez García, J. Cañete Crespillo, B. Joven Ibáñez, I. de la Morena Barrio. P. Trenor Larraz, L. Puchades Lanza, C. Ordás Calvo, S. Alonso Castro, S. González Suárez, M.E. García Fernández, J. Babío Herraiz, M.T. Navío Marco, L. Lojo Oliveira, L. Cebrián Méndez, F.J. Maceiras Pan, C. Barbazán Álvarez, C. Mouriño Rodríguez, R. Benito Melero González, E. Toniolo, M.J. Moreno Ramos, M.D. Beteta Fernández, J. Rodríguez Moreno, M. Steiner, S. Muñoz Fernández, M. León Luque, E. Rubio Romero, F.J. Nóvoa Medina, A. Rosas Romero, J. Medina Luezas, J.M. Senabre Gallego, J.C. Rosas Gómez de Salazar, M.D. Ruiz Montesino, F. Navarro Sarabia, M. Arévalo Salaet, J. Gratacós Masmijtjà, J.C. Nieto González, J.G. Ovalles Bonilla, C. González Fernández., A. López Robles, C. Álvarez Castro, T. Pérez Sandoval, M. Novella Navarro, M.M. Muñoz Gómez, I. Notario Ferreira, E. Raya Álvarez, A. Urruticochea Arana, V. Torrente Segarra, R. Almodóvar González, C. Fernández Carballido, M.P. Martínez Vidal, M.D. Toledo Coello, Y. Cabello Fernández., J.J. Pérez Venegas, V. Jovaní Casano, R. Caño Alameda, S. Gómez Sabater, M.D. López Montilla, D. Ruiz Vílchez, C. Carmona, C. Delgado Beltrán, P. del Río Martínez y D. Seoane

Hospital Universitario Central de Asturias (Centro Coordinador). Oviedo.

Introducción: La historia natural de la artritis psoriásica (APs) es muy poco conocida y la información relativa a cohortes prospectivas es muy escasa en ese sentido en nuestro país. REAPSER (Registro Español de Artritis Psoriásica de la SER) es el primer registro de pacientes españoles con APs de reciente comienzo.

Objetivos: Describir las características basales de los pacientes incluidos en la cohorte REAPSER.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico (34 centros), de inclusión consecutiva. Se incluyeron adultos de ambos sexos de 18 años o más con APs que cumplía criterios CASPAR, y duración de menos de dos años desde la aparición de síntomas atribuidos a APs. Se realizarán visitas de seguimiento anuales durante 5 años. Mediciones: Datos sociodemográficos; situación laboral e impacto de la enfermedad; historia familiar de APs y otras enfermedades inflamatorias; comorbilidades y tratamiento; estilo de vida; uso de los servicios de salud; estado clínico en el momento del diagnóstico de APs; datos antropométricos; evaluación clínica de las manifestaciones de APs; evaluación radiográfica; determinaciones analíticas; tratamiento de la APs. El estudio ha sido aprobado por los CEICs de los centros participantes.

Resultados: Se han incluido 215 pacientes, edad media $49,8 \pm 13,9$ años.

Características basales de la cohorte

Parámetros	N: 215
Varones	67,4%
Mujeres	32,6%
Trabajador activo	59,5%
En paro	12,1%
Jubilado/pensionista	17,7%
Cambio trabajo último año	4,7%
Estudios superiores	20%
Fumadores	30,2%
IMC	27,7 ± 5,2
Consumo alcohol semanal	0 UBE (RI: 0-4)
Historia familiar de psoriasis	41,4%
Historia familiar de APs	9,3%
Historia familiar otras artritis	6,5%
Índice de comorbilidad de Charlson	0: 46,5%, 1-2: 35,3%, 3-4: 14,4%, > 4: 3,8%
Psoriasis en visita basal	88%
PASI	1,5 (RI: 0,6-4,3)
Patrón articular	Periférico: 81,5%, Axial: 5,2%, Mixto: 13,3%
NAD68	4 (RI: 2-8)
NAT66	2 (RI: 1-4)
BASDAI	3,9 (RI: 3-4,4)
Dactilitis	41,9%
Entesitis	25%
Uveítis	0,5%
Dolor	5 (RI: 3-7)
Actividad paciente	5 (RI: 3-7)
PsAID	3,8 (RI: 1,8-6)
Índice de Steinbrocker (0-168)	0 (RI: 0-4)
Eventos cardiovasculares	5,7%
HLA-B27	12,3%
VSG	13 (RI: 6-25)
AINE	75%
GC	28,3%
FAME sintéticos	53,2%
Biológicos	1,5%

Los valores están expresados en porcentajes, medias con desviación estándar y medianas con sus RI (rango intercuartílico). UBE: Unidades de Bebida Estandar. PsAID: Psoriatic Arthritis Impact of Disease.

Conclusiones: La situación basal de los pacientes españoles con APs de reciente comienzo corresponde a la de una enfermedad con poca afectación cutánea y predominio de la artritis oligoarticular. Como era de esperar el daño estructural es escaso pero no nulo. El impacto de la enfermedad es aún bajo en estas primeras fases, sin embargo un 18% de los pacientes tienen un índice de comorbilidad de Charlson alto (> 3) y casi un 5% de pacientes ha tenido que cambiar su situación laboral en el último año debido a su APs.

53. NUEVOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN ACR/EULAR 2016 PARA EL SÍNDROME DE SJÖGREN: UTILIDAD Y APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

M. Retuerto Guerrero¹, L. Sierra Herranz², C. Moriano Morales¹, C. Íñiguez Ubiaga¹, M. Garijo Bufort¹, A. Crespo Golmar¹, C. Álvarez Castro¹, E. Díez Álvarez¹, A. López Robles¹, M. Martín Martínez¹ y T. Pérez Sandoval¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Neumología. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la afectación de glándulas exocrinas mediante mecanismos celulares y humorales. En 2016 se establecieron nuevos criterios clasificatorios validados por ACR y EULAR.

Objetivos: Comparar los nuevos criterios con los utilizados hasta el momento en nuestro hospital, así como, valorar la necesidad de cambiar la estrategia diagnóstica actual.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron de forma aleatoria 65 pacientes diagnosticados de SS en el Hospital de León. Se revisaron las pruebas diagnósticas realizadas y la cumplimentación de distintos criterios de clasificación desarrollados desde 1993. Otras variables independientes estudiadas fueron: sexo; edad al diagnóstico; meses desde el inicio de los síntomas al diagnóstico;

xerostomía y xeroftalmia; afectación extraglandular, ESSDAI; inmunosupresión; Raynaud; desarrollo de linfoma; y alteraciones analíticas y biológicas. Los datos se analizaron mediante SPSS 22.0.

Resultados: La edad media al diagnóstico fue de 54,9 años ± 14 [23-82], con una media de meses desde la aparición de los síntomas hasta el diagnóstico de 10,2 ± 9,5 [0-36]. El 90,8% fueron mujeres. Presentaron xerostomía el 87,7%; y xeroftalmia el 91%, siendo grave en el 43,1%. El 64,6% tuvo manifestaciones extraglandulares; siendo las más prevalentes la articular (60%) y la cutánea (18,4%). En el último año el 37% desarrolló alteraciones hematológicas en forma de citopenias, y el 73% alteraciones biológicas. En el momento del estudio presentaba baja actividad el 32,8%, moderada el 38,5% y alta el 9,2%, medida por ESSDAI; siendo mayor en pacientes anti-Ro positivo (p = 0,011). No se demostró asociación entre ESSDAI y otros anticuerpos, Raynaud o afectación ocular severa. El 10,8% precisó inmunosupresión sistémica (rituximab 5, azatioprina 2) y el 18,5% inmunosupresión ocular (ciclosporina tópica). Sólo un paciente desarrolló linfoma. Se realizó test de Schirmer (TS) en el 92,3%, siendo positivo en el 89,2%, reservándose el examen de Van Bijsterveld para pacientes con severa afectación ocular. No se realizó el Índice de tinción ocular (OSS) en ningún paciente. La gammagrafía salival fue positiva en el 70,8% de los pacientes y no se efectuó en el 21,5%. La xialografía parotídea solo se realizó en dos pacientes y el estudio del flujo salival no estimulado en ninguno. En cuanto a la autoinmunidad el 80% presentó anti-Ro positivo; el 61,5% anti-La; el 89,2% ANA; el 61,5% FR; y el 43,1% cuádruple positividad. La biopsia labial únicamente se practicó en el 18,4%, con resultado positivo en el 75%. Todos los pacientes cumplían Criterios Europeos de 1993; el 86,2% criterios europeoamericanos de 2002; y sólo el 10,8% criterios SICCA-ACR. Los nuevos criterios validados por ACR y EULAR se verificaban en el 80%. Cuatro pacientes que cumplían los criterios europeoamericanos no cumplían los nuevos criterios, coincidiendo con aquellos pacientes con TS negativo pero gammagrafía positiva.

Conclusiones: En nuestro hospital el método de elección del estudio de la xerostomía fue la gammagrafía salival por lo que no podemos establecer comparaciones directas con los nuevos criterios. Es necesaria la incorporación del flujo salival no estimulado en nuestra estrategia diagnóstica. Deberíamos plantearnos la realización de biopsia labial de forma más sistemática para la confirmación histológica al no existir criterios diagnósticos validados.

54. EVALUACIÓN DE LA VALORACIÓN GENERAL DEL PACIENTE DEL ESTADO DE SU ENFERMEDAD Y LOS ÍNDICES COMPUESTOS DE ACTIVIDAD EN LOS QUE PARTICIPA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE, Y SU CORRESPONDENCIA CON LAS ALTERACIONES ECOGRÁFICAS

R. Martínez Pérez¹, R. Menor Almagro¹, M.A. Fernández Alba¹, E. Rubio Romero¹, B. Hernández Cruz² y J. Povedano²

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: Los índices compuestos de actividad de la artritis reumatoide (AR) aportan información de distintos parámetros en un solo valor, y es de gran utilidad en la evaluación de la actividad de la enfermedad y su progresión. El componente subjetivo de estos índices modifica de forma, a veces determinante, el valor final.

Objetivos: Valorar la evaluación general autopercibida por el paciente en relación a los parámetros objetivos de la enfermedad, medidos por pruebas biológicas, exploración clínica y la ecografía, y su influencia en la modificación de los índices de actividad.

Métodos: Se seleccionaron 85 pacientes con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR que aceptaron participar en el estudio. Se realizó en la visita la anamnesis en relación al estado actual de su enfermedad con HAQ, EVA del dolor percibido, VGP y VGM, con

posterior recuento articular del número de articulaciones dolorosas (NAD) e inflamadas (NAI) según DAS28. A continuación, un reumatólogo ciego a la entrevista y exploración previa, realizó la ecografía en carpos, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales y 5ª metatarsofalángicas de forma bilateral. En posterior análisis de los datos los pacientes se dividieron en dos grupos según la valoración general de su enfermedad (VGP): un grupo con valor en la escala de 0 a 49 (grupo 1), y un segundo grupo con valores de 50-100 (grupo 2).

Resultados: Un total de 48 pacientes presentaron una VGP < 50 y 37 VGP mayor o igual a 50. La media de edad fue de 53,22 +/- 11,7 para el grupo 1 y 56,57 +/- 10,2 para el grupo 2, mujeres 64,6% y 83,8% respectivamente. El factor reumatoide positivo resultó en 72,9% grupo 1 y 73% grupo 2. La evolución de la enfermedad en meses presentó una mediana de 96 (47,25-132,75) vs 108 (48-138), p = 0,564. El índice de masa corporal en los grupos fue de 26,60 (23,50-29,76) y 26,05 (22,82-30,02), p = 0,647, y el consumo de tabaco de 11 pacientes grupo 1 y 12 en el grupo 2 (p = 0,397). Tampoco se encontró diferencia significativa en el tratamiento en el momento de la evaluación con metotrexate, con mediana de 10 (0-15) y 7,5 (0-15), p = 0,350, ni en la terapia con corticoides 1,43 (0-2,31) y 2,5 (0-4,5), p = 0,05. Se encontraban en terapia biológica 23 pacientes del grupo con VGP < 50 y 19 pacientes del grupo VSG > / = 50. Los resultados referentes a la valoración del paciente de su enfermedad, reactantes de fase aguda, resultados de la exploración clínica y por ultrasonido y los índices de actividad se presentan en la tabla.

	Grupo 1: VGP < 50	Grupo 2: VGP ≥ 50	p
EVA Dolor mediana (p25-p75)	20 (0-40)	70 (50-80)	0,000
HAQ: media/DT	0,8 ± 0,149	2,27 ± 2,18	0,000
VSG: mediana (p25-p75)	9 (4,25-17)	8 (4,50-16)	0,578
PCR: mediana (p25-p75)	2,4 (1,02-4,75)	2,34 (1,00-5,77)	0,996
DAS 28(VSG): media/DT	2,16 ± 0,97	3,37 ± 1,19	0,000
DAS 28 (PCR): media/DT	2,06 ± 0,72	3,25 ± 0,92	0,000
NAD: mediana (p25-p75)	0 (0-2)	2 (0-3)	0,001
NAI: mediana (p25-p75)	0 (0-1)	1 (0-3)	0,09
CDAl: mediana (p25-p75)	5,00 (1-8,87)	13 (9,45-17,45)	0,000
SDAl: media/DT	8,69 +/-5,82	17,67 ± 6,49	0,000
Articulaciones activas en ECO escala de grises: mediana (p25-p75)	1 (0-3)	2 (0-4)	0,159
Articulaciones activas en ECO escala de grises: mediana (p25-p75)	0 (0-1)	1 (0-2,75)	0,231

Conclusiones: El uso de índices que combinan variables para obtener un resultado único se ha postulado como una medida de gran utilidad, tanto en la homogenización de los resultados obtenidos en la investigación como en la clínica diaria, con un mayor control de la enfermedad. En nuestro estudio observamos como en todos los valores de influencia, en mayor o menor medida, de la VGP puede modificar los índices de actividad comunes, incluso aquellos en los que su contribución es menos determinante que otros parámetros, como sucede con el DAS 28. Aquellas variables independientes en su cálculo a la VGP (NAI, VSG, PCR y exploración ecográfica) no han mostrado significación estadística entre los grupos. La mayor o menor valoración del paciente de su enfermedad, y con ello la modificación de los índices compuestos en la que ésta participa, no resulta en nuestra muestra concordante con las alteraciones ecográficas halladas en escala de grises y eco doppler.

55. VALOR PREDICTIVO DE LA ECOGRAFÍA EN ARTRALGIAS INFLAMATORIAS SIN ARTRITIS

D. Peiteado, L. Nuño, I. Monjo, Á. Villalba, M.E. Miranda, E. de Miguel y A. Balsa

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: Las artritis inflamatorias tienen un periodo de enfermedad subclínica antes del desarrollo de sinovitis objetivable. Fac-

tores de riesgo genéticos y serológicos han sido estudiados pero queda caracterizar adecuadamente este periodo e identificar hallazgos serológicos o de imagen que identifiquen aquellos pacientes en riesgo de desarrollar una artritis crónica inflamatoria.

Objetivos: Describir las características clínicas y los hallazgos ecográficos en fases de "pre-artritis". Buscar la asociación de los parámetros ecográficos con parámetros clínicos, de laboratorio.

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo de una cohorte de pacientes con artralgiyas sospechosas. Se incluyeron adultos con artralgiyas inflamatorias (predominio en noches o mañanas, mejoran en el día o con el movimiento o con rigidez matutina > 30 min) de menos de 1 año de evolución (oligo-poliarticular) y afectación de al menos una articulación pequeña de manos o pies. Se excluyeron pacientes con artritis evidente, tratados previamente con FAMES o esteroides, o aquellos con diagnóstico de fibromialgia o artrosis. Se evaluaron el nº de articulaciones dolorosas y tumefactas; parámetros de laboratorio; y cuestionarios de actividad (VGP, VGM) y discapacidad (HAQ). De forma ciega a los datos clínicos se realizó una extensa exploración ecográfica con un equipo MyLabTwice (Esaote) con una sonda de 5-13 MHz para imágenes en escala de grises (EG) y Power Doppler (PD), evaluando 36 articulaciones (radio-carpiana, 1ª-5ª MCF e IFP, 2ª-5ª MTF, codo, hombro y rodilla de forma bilateral) 14 compartimentos tendinosos (2, 4, 6 compartimento extensor de la muñeca, 3 y 4 flexor de la mano, tibial posterior y peroneos, bilateral), valorando la presencia de sinovitis en EG, PD (0-3) y erosiones. Se analizaron los datos mediante: media ± DE/mediana (RIC), y se realizó comparación medias: t de Student (cuantitativas); y pruebas no paramétricas (cualitativas) (p < 0,05).

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes, 100% mujeres (8% fumadoras y 33% exfumadoras). La duración de los síntomas fue de 7,33 ± 2,77 meses. En el 100% había empeoramiento en la mañana. 11 pacientes (91,7%) presentaban mejoría diurna, predominio de pequeñas articulaciones y simetría. La mediana de articulaciones dolorosas fue 3,5 (RIC 1-16,7), sin articulaciones tumefactas en ningún caso. ACCP y/o FR fueron positivos en 3 pacientes (25%), y 5 (42%) tuvieron reactantes elevados (VSG y/o PCR). La mediana de RM fue 17 min (0-105). En los siguientes 12 meses 5 pacientes (42%) evolucionaron Artritis reumatoide (AR). En relación a la exploración ecográfica podemos ver algunos resultados destacables en la tabla. Al buscar asociación entre los parámetros clínicos y ecográficos se encontró que la media de puntuación global de PD fue significativamente mayor en los pacientes que evolucionaría a AR (9,6 ± 1,1 vs 2,6 ± 1,9, p < 0,05) y en aquellos que tenían erosiones ecográficas (10 ± 1,4 vs 3,6 ± 3, p < 0,05). No se encontraron diferencias significativas entre aquellos que tenían o no elevación de reactantes/FR/ACPA.

	EG = 1 (n;% pacientes)	PD = 1 (n;% pacientes)	Erosión ECO (n;% pacientes)
Carpo	10 (83,3%)	9 (75%)	0
MCF	7 (58,3%)	4 (33,3)	0
IFP	6 (50%)	3 (25%)	0
Codo	0	0	0
Hombro	0	0	0
MTF	9 (75%)	4 (33,3%)	2 (16,6%)
Rodilla	2 (16,6)	2 (16,6)	0
T extensores carpo	6 (50%)	3 (25%)	-
3-4 flexor mano	1 (8,3%)	3 (25%)	-
Tibial post	4 (33,3%)	1 (8,3%)	-
Peroneos	0	0	0
Puntuación total (media ± DE)	8,75 ± 5	4,67 ± 3,7	0,16 ± 0,38
Porcentaje de pacientes afectados	12 (100%)	11 (91,6%)	2 (16,6%)

Conclusiones: En pacientes con artralgiyas inflamatorias sin artritis la puntuación de Doppler resultó significativamente mayor entre aquellos pacientes que tenían erosiones y en los que evolucionarían a AR en los siguientes meses, demostrando la utilidad de la ecografía para predecir el desarrollo de una artritis clínica en pacientes con artralgiyas inflamatorias.

56. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIADORAS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS QUE RECIBEN VARIAS TERAPIAS ANTI-TNF

E. Moral Coro¹, C. Plasencia¹, D. Pascual-Salcedo², C. Tornero¹, P. Bogas¹, I. Monjo¹, L. Nuño¹, A. Villalba¹, D. Peiteado¹, V. Navarro¹, G. Bonilla¹, A. Martínez², A. Jochems² y A. Balsa¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: El concepto de espondiloartritis (EsP-ax) engloba un grupo de enfermedades crónicas inflamatorias de afectación predominantemente axial. La terapia anti-TNF ha revolucionado el manejo terapéutico de estas enfermedades. Sin embargo, de acuerdo a los registros de supervivencia de esta terapia en varios países, la proporción de pacientes que no responden es considerable. En la actualidad no existen datos suficientes que evalúen las diferencias entre aquellos pacientes que no responden a la terapia anti-TNF (AT) precisando varios cambios de biológicos frente a los respondedores.

Objetivos: En nuestra cohorte de pacientes (pts) con EsP-ax comparar las principales características sociodemográficas basales, clínicas y analíticas en el momento basal, 6 meses y al finalizar el primer biológico entre pacientes respondedores a un 1º AT frente a los no respondedores a varios AT. También se analizó la asociación entre los niveles de fármaco (NF) y/o anticuerpos (ADA) en la subpoblación de pacientes con fracasos a varios AT frente a los respondedores.

Métodos: Se incluyeron 181 pacientes, de los cuales 155 (85%) continuaban su primer AT (resp-AT) y los otros 26 (15%) habían interrumpido al menos 2 AT (noresp-AT). Se evaluaron las principales características demográficas, actividad clínica y analítica mediante el BASDAI, ASDAS, PCR y VSG en el momento basal, a los 6 meses (v-6) y al suspender el primer fármaco. Se determinaron los NF y/o ADA en la visita final en los resp-AT o en el momento de suspensión del fármaco en los noresp-AT.

Características demográficas

En el momento basal del primer biológico			
Población total n = 181	Controles (n = 155)	Casos (n = 26)	p
Edad	55,3 ± 15	50 ± 10,8	0,009
Sexo (hombre)	104 (67%)	16 (62%)	0,6
B27+	93 (74%)	15 (62%)	0,3
IMC	25,5 ± 5,3	28,7 ± 5	0,013
Tabaco	26	8	0,056
Duración enfermedad al inicio del 1º AT	9,5 ± 12	7,6 ± 9,3	0,4
RX (133): sacroileítis	65	14	0,6
RNM (37): sacroileítis	16	2	1
Uveítis	27	6	0,5
Entesitis	53	16	0,015
Dactilitis	8	0	0,6
Periférico	88	11	0,2
Psoriasis	16	5	
PCR basal	16,7 ± 23,7	12,3 ± 21,3	0,4
VSG basal	25,6 ± 23,5	22 ± 16	0,5
BASDAI basal	5,6 ± 2	6,1 ± 1,9	0,2
ASDAS basal	3,3 ± 1,1	3,3 ± 1,1	0,8
FAMES basal	91	9	0,03
A los 6 meses del primer biológico			
BASDAI 6 meses	3,2 ± 2,3	4,7 ± 2,4	0,004
ASDAS 6 meses	1,7 ± 0,9	2,7 ± 1,2	0,000
Delta BASDAI 6 meses	2,3 ± 2,3	1,5 ± 1,6	0,1
Delta ASDAS 6 meses	1,5 ± 1,2	0,7 ± 0,9	0,004
Al final del primer biológico			
Monoterapia última visita/suspender	51	16	0,08
NF última visita/suspender	138	13	0,02
ADA última visita/suspender	1	4	0,000

Resultados: La media de edad fue 55,3 ± 15 y 50 ± 10,8 en el grupo resp-AT y noresp-AT respectivamente. Las características demo-

gráficas y clínicas de ambos grupos se muestran en la tabla. En el momento basal se observó un IMC menor en el grupo resp-AT (25,6 ± 5 resp-AT, 28,7 ± 5 noresp-AT, p = 0,013); El 59% y el 35% asociaban FAMES en el momento basal en los grupos resp-AT y noresp-AT respectivamente (p = 0,032); el 33% de los resp-AT estaban en monoterapia en última visita frente al 62% de los noresp-AT al suspender el 1º AT (p = 0,008). No se observaron diferencias en BASDAI (5,6 ± 2 resp-AT, 6,1 ± 1,9 noresp-AT, p = 0,2) ni ASDAS (3,3 ± 1,1 resp-AT, 3,4 ± 1,1 noresp-AT, p = 0,8) en el momento basal. En v-6, el grupo resp-AT presentó una mejor respuesta clínica tanto en términos de BASDAI (3,2 ± 2,3 en resp-AT, 4,7 ± 2,4 en noresp-AT, p = 0,004) y ASDAS (1,7 ± 0,9 en resp-AT, 2,7 ± 1,2 en noresp-AT, p = 0,00), así como en el delta-ASDAS (D-ASDAS) (1,56 ± 1,2 resp-AT, 0,7 ± 0,9 noresp-AT, p = 0,04). Sin embargo, el delta-BASDAI (D-BASDAI) no mostró diferencias entre ambos grupos (2,3 ± 2,3 resp-AT, 1,5 ± 1,6 noresp-AT, p = 0,1). En la visita final se objetivó que el 24% de los noresp-AT fue ADA + al suspender el primer AT mientras que solo un 0,7% de los resp-AT eran ADA + (p = 0,00).

Conclusiones: En nuestra cohorte de EsP-ax la mejoría significativa en el BASDAI, ASDAS y D-ASDAS a los 6 meses se asocia a menor frecuencia de suspensión del primer AT. Asimismo un menor IMC, la asociación de FAMES en el momento basal y la ausencia de ADA condicionan una mejor respuesta a la terapia biológica con AT.

57. INFECCIÓN POR MICOBACTERIAS EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: SIGNIFICADO CLÍNICO Y FACTORES ASOCIADOS. DATOS DEL REGISTRO DE PACIENTES CON LES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA (RELESSER)

J.M. Pego Reigosa^{1,2}, V. del Campo^{2,3}, C. Mouriño^{1,2}, F.J. López Longo⁴, M. Galindo⁵, J. Calvo-Alén⁶, J. Ibáñez Ruán⁷, A. Olivé⁸, R. Melero⁹, A. Fernández Nebro¹⁰, J.A. Bernal Vidal¹¹, C. Erausquin¹², E. Tomero¹³, L. Horcada Rubio¹⁴, E. Uriarte Isacelaya¹⁵, M. Freire¹⁶, C. Montilla¹⁷, A.I. Sánchez-Atrio¹⁸, J. Rosas¹⁹, A.L. Boteanu²⁰, E. Díez²¹, J. Narváez²², V.M. Martínez Taboada²³, L. Silva-Fernández²⁴, M.E. Ruiz-Lucea²⁵, J.L. Andréu-Sánchez²⁶, J.Á. Hernández-Beriáin²⁷, M. Gantes-Mora²⁸, B. Hernández-Cruz²⁹, J. Pérez-Venegas³⁰, Á. Pecondón-Español³¹, N. Lozano Rivas³², M. Ibáñez-Barceló³³, G. Bonilla³⁴, V. Torrente-Segarra³⁵, I. Castellví³⁶, J.J. Alegre³⁷, M. Moreno³⁸, J.L. Marengo de la Fuente³⁹, C. Magro Checa⁴⁰, T.R. Vázquez-Rodríguez⁴¹, V. Quevedo-Vila⁴², P. Richi Alberti⁴³, T. Otón⁴⁴ e Í. Rúa-Figueroa¹²

¹Departamento de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ²Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IISGS). IRIDIS Group. Vigo. ³Departamento de Medicina Preventiva. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ⁴Hospital Gregorio Marañón Madrid. ⁵Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁶Hospital de Sierrallana. Cantabria. ⁷Hospital Povisa. Vigo. ⁸Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁹Complejo Hospitalario Ourense. ¹⁰Hospital Carlos Haya. Málaga. ¹¹Hospital de Alicante. ¹²Hospital Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ¹³Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. ¹⁴Hospital de Navarra. Pamplona. ¹⁵Hospital Donostia. San Sebastián. ¹⁶Hospital Juan Canalejo. A Coruña. ¹⁷Hospital Clínico. Salamanca. ¹⁸Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. ¹⁹Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ²⁰Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²¹Complejo Asistencial Universitario de León. ²²Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ²³Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²⁴Hospital Universitario de Guadalajara. ²⁵Hospital de Basurto. Bilbao. ²⁶Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid. ²⁷Hospital Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. ²⁸Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ²⁹Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ³⁰Hospital de Jerez de la Frontera. ³¹Hospital Miguel Servet. Zaragoza. ³²Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ³³Hospital Son Llätzer. Palma de Mallorca. ³⁴Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³⁵Hospital Moisés

Broggi-Hospital de L'Hospitalet. Sant Joan Despí. ³⁶Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³⁷Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. ³⁸Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. ³⁹Hospital Universitario de Valme. Sevilla. ⁴⁰Hospital Clínico San Cecilio. Granada. ⁴¹Hospital Lucus Augusti. Lugo. ⁴²Hospital de Monforte. Lugo. ⁴³Hospital Infanta Sofía. Madrid. ⁴⁴Hospital Torrejón de Ardoz.

Objetivos: Describir la prevalencia de infección por micobacterias, investigar los factores asociados y su significado clínico en los pacientes incluidos en el Registro de pacientes con LES de la SER (RELESSER).

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes de RELESSER con historia de infección por micobacterias y análisis de los factores asociados a la infección de dicha etiología.

Resultados: En RELESSER se incluyeron 3.658 pacientes que cumplían al menos 4 criterios ACR 1997 de LES. El 90% son mujeres, con una edad media de 32,9 años. El 93% de los pacientes son de raza caucásica y el 5% son hispánicos. El tiempo medio (\pm DE) de seguimiento fue de 120,2 (\pm 87,6) meses. Un total de 705 (19,3%) pacientes sufrieron al menos una infección grave (que precisó ingreso hospitalario), ocurriendo en total 1.227 infecciones graves. En este contexto, 42 pacientes fueron diagnosticados de infección por micobacterias: 36 (85,7%) mujeres. Esto supone un 1,15% del total de pacientes de RELESSER y un 3,4% del total de infecciones graves. La tasa de incidencia de infección por micobacterias fue de 1 por 1.000 pacientes/año (IC95%: 0,7-1,4). En cuanto a su localización, sólo 18 (42,9%) pacientes presentaron formas respiratorias de infección micobacteriana mientras que las formas extrapulmonares ocurrieron en 24 (57,1%) pacientes. De éstas, las localizaciones más frecuentes fueron: articular en 8 (19,0%) pacientes, partes blandas en 6 (14,3%) y otras localizaciones en 10 (23,8%). Existió una asociación de la presentación extrapulmonar de la infección con el uso de inmunosupresores: 11 (84,6%) de los 13 pacientes tratados con inmunosupresores vs 12 (44,4%) de los 27 pacientes sin dicha terapia ($p = 0,01$). No observamos dicha asociación con el uso de corticoides. Para estudiar los factores asociados a infección por micobacterias, llevamos a cabo un análisis bivariable en el que se incluyeron aquellas variables asociadas a infección grave identificadas en RELESSER (edad, sexo, etnia, uso de corticoides, uso de inmunosupresores, antipalúdicos, ingreso previo por actividad del LES, uso de rituximab, uso de anti-TNF, índice de gravedad de Katz, índice de daño SDI, índice de actividad SLEDAI e índice de comorbilidad de Charlson). De todos ellos, muestran una asociación significativa el ingreso previo por actividad del LES (RR: 2,9; IC95%: 1,3-6,2, $p = 0,007$), la afectación renal (RR: 2,0; IC95%: 1,1-3,7, $p = 0,04$), la puntuación del índice de Katz (RR: 2,1; IC95%: 1,1-4,0, $p = 0,04$) y la del índice de Charlson (RR: 2,5; IC95%: 1,3-4,8, $p = 0,009$). El daño acumulado (SDI > 0) se asoció de manera cercana a la significación: RR: 2,0; IC95%: 1,0-4,0, $p = 0,07$. El uso de inmunosupresores se asoció con un importante aumento del riesgo de infección por micobacterias: RR: 4,3; IC95%: 2,2-8,3, $p = 0,31$. En cuanto a la mortalidad, 2 (4,8%) pacientes fallecieron (una forma respiratoria y otra extrapulmonar). La media de supervivencia tras el diagnóstico, en estos casos, fue de 21 días.

Conclusiones: La infección por micobacterias en RELESSER afecta al 1,15% de los pacientes. Su tasa de incidencia es de 1 por 1.000 pacientes/año (IC95%: 0,7-1,4). La localización extrapulmonar afecta a más de la mitad de los pacientes y se asocia con el uso de inmunosupresores. Ingreso previo por actividad del LES, la afectación renal, la gravedad del LES y mayor número de comorbilidades asociadas son factores asociados a la existencia de infección micobacteriana.

Este estudio ha sido apoyado por el FIS (ISCIII)-Fondo Europeo de Desarrollo regional (FEDER), beca PI11/02857. También ha sido financiado parcialmente por: GSK, UCB, Roche y Novartis.

58. INCIDENCIA DE BROTES Y FACTORES PREDICTIVOS DE BROTE EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE OPTIMIZADOS EN TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB E INFLIXIMAB

A. Pieren, C. Plasencia, D. Pascual, P. Aguado, G. Bonilla, E. de Miguel, I. Monjo, L. Nuño, D. Peiteado, A. Villalba, M. Paredes, E. Moral, C. Tornero, P. Bogas, A. Martínez Feito, S. Ramiro, E. Olariaga y A. Balsa

Servicio de Reumatología; Servicio de inmunología. Hospital La Paz. Madrid.

Introducción: El uso cada vez más frecuente de AntiTNF en la artritis reumatoide (AR) ha cambiado drásticamente el pronóstico de la enfermedad, conllevando un gasto sanitario más que importante. Por ello, la optimización parece una estrategia acertada que no debe asociarse a una peor evolución clínica de nuestros pacientes.

Objetivos: Describir una población de pacientes con AR en tratamiento optimizado con adalimumab (Ada) e infliximab (Ifx). Estudiar la incidencia de brotes y determinar los factores predictores de brote en el momento basal y preoptimización.

Métodos: Estudio observacional de la cohorte prospectiva RA-Paz. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de AR en tratamiento con Ifx y Ada de la Unidad de biológicos del Hospital La Paz entre enero 2000 y diciembre 2016. Se recogieron datos demográficos y datos de actividad clínica y analítica en el momento basal, preoptimización (pre-op) y a los 3, 6, 9, 12, 18 y 24 meses. Se midieron los niveles fármaco mediante ELISA en los puntos de tiempo descritos. En nuestro Hospital se definió un rango óptimo para Ifx de 1.000-4.000 ng/ml y para Ada de 1.500-5.000 ng/ml. Se definió optimización como uso del fármaco por debajo de la dosis estándar. Se recogieron los brotes a partir de la visita pre-op. El brote se definió como un empeoramiento clínico que conlleva un cambio terapéutico así como un DAS28 > 3,2 con DeltaDAS28 > 0,6. Se analizaron factores predictivos basales y pre-op de brote mediante un análisis uni y multivariante. El estudio estadístico se realizó mediante el programa estadístico SPSS.

Resultados: De 271 pacientes diagnosticados de AR en tratamiento con Ada e Ifx, 74 pacientes estaban en tratamiento optimizado (44 con Ada y 30 con Ifx). La edad media fue de 64 años (\pm 12,6) y la edad media al diagnóstico de 42 años (\pm 14,0). La mayoría son mujeres (84%), FR y ACPA positivos (76% y 73% respectivamente). El tiempo medio hasta el inicio del tratamiento con FAMEb fue 10,7 años (\pm 7,5). El DAS basal fue 5,03 (\pm 1,35) (tabla). Durante los 24 meses tras la visita pre-op, 55,4% (41) de los pacientes presentan al menos un brote, con una media de 1,38 brotes [1-5]. La mayoría de los pacientes (53,7%, 22/41) se controlan nuevamente con ajuste de tratamiento no biológico, requiriendo sólo el 39,0% (16) volver a la dosis previa optimizada y el 7,3% (3) a dosis estándar. El 88% (39/41) de los pacientes con brote se controlan tras el ajuste de dosis. De los 104 brotes totales, el 33% (34) se observa a los 3 meses y el 20% (21) a los 24 meses. En la población que brota, se observa un DAS persistentemente más elevado (DAS pre-op $3,20 \pm 1,16$ vs $2,26 \pm 0,59$; DAS 24 meses $3,61 \pm 1,13$ vs $2,10 \pm 0,65$; $p = 0,007$). Una menor proporción de pacientes con brote se encuentran en rango supraóptimo (13,3% brotan vs 26% no brotan, $p = 0,007$). A nivel basal no se encontraron factores clínicos y analíticos predictivos de brote. En el análisis univariante de los factores clínicos y analíticos en la visita pre-op, una mayor actividad clínica medida por DAS pre-op ($p = 0,004$), una peor respuesta EULAR ($p = 0,027$) y no estar en rango supraóptimo ($p = 0,032$), se asociaron de manera significativa con el desarrollo de brotes. El tiempo hasta la optimización presentó una tendencia a la significación ($p = 0,08$). En el análisis multivariante, las dos variables independientemente asociadas fueron una mayor actividad DAS pre-op (OR: 2,00, 1,08-3,73), estar en rango óptimo (OR: 5,90, 1,38-25,2) y subóptimo OR = 6,05 [1,28-28,7]).

	N total = 74
Sexo	Mujeres 83,8% (62) Hombres 16,2% (12)
Edad	64,1 (± 12,6)
Edad al diagnóstico	41,6 (± 14,0)
Biológico	Ada 59,5% (44) IFX 40,5% (30)
Tiempo hasta inicio FAMEb (años)	10,7 (± 7,50)
Tiempo hasta optimización (años)	4,70 (± 3,12)
Duración tratamiento (años)	8,80 (± 4,00)
FR +	75,7% (56)
ACPA +	73,0% (54)
Tabaco	No fumadores 68,9% (51) Fumadores 17,6% (13) Exfumadores 12,2% (9)
IMC	25,6 (± 4,61)
Metotrexato (MTX)	74,3% (55)
Dosis media MTX (mg/sem)	12,3 (± 8,60)
Otros FAMEs	54,1% (40)
Tipo FAMEs	Leflunomida 62,5% (25) Salazopyrina 15% (6) Hidroxicloquina 10% (4) Leflunomida+SZP 5% (2) Leflunomida+HCQ 5% (2) SZP+HCQ 2,5% (1)
Prednisona	37,8% (28)
Dosis prednisona (mg/día)	1,89 (± 2,62)
DAS basal	5,03 (± 1,35)
VSG basal	34,7 (± 18,9)
PCR basal	10,2 (± 12,5)

Conclusiones: En nuestra población de pacientes optimizados, objetivamos una alta proporción de brotes, que se controla no obstante, con reajuste de dosis sin requerir cambio de tratamiento. Los factores predictivos asociados de manera independiente al brote fueron una mayor actividad medida por DAS y no estar en rango terapéutico en la visita pre-optimización.

59. COMPARACIÓN DE ESPESOR DE LA ÍNTIMA-MEDIA CAROTÍDEO ENTRE PACIENTES CON PSORIASIS CUTÁNEA MODERADA-GRAVE Y POBLACIÓN CONTROL

N. Vegas-Revenga¹, J.L. Martín-Varillas¹, S. Armesto², M. Drake², V. Portilla¹, P. Fuentevilla¹, E. Pons¹, J. Rueda-Gotor¹, C. Fernández-Díaz¹, L.C. Domínguez-Casas¹, R. Blanco¹, M.Á. González-Gay y A. Corrales¹

¹Servicio de Reumatología. IDIVAL; ²Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: En general, la presencia de psoriasis cutánea severa se asocia a un aumento del riesgo de eventos cardiovasculares (CV). Para la detección precoz de pacientes con alto-muy alto riesgo CV se han utilizado marcadores subrogados de aterosclerosis subclínica y de mortalidad CV, como el espesor íntima-media carotídeo (C-EIM). Cuanto más elevada es la C-EIM mayor es el riesgo CV. En psoriasis cutánea crónica, en general, se ha demostrado un aumento del espesor íntima-media carotídeo (C-EIM), incluso sin factores de riesgo CV (FRCV) clásicos, pero no de forma universal.

Objetivos: Determinar si los pacientes con psoriasis cutánea moderada-severa presentan un aumento de los valores de C-EIM respecto a la población general.

Métodos: Estudio transversal que incluyó a) 40 pacientes consecutivos con psoriasis cutánea moderada-grave (PASI > 10, BAS > 10%), que cumplían criterios para inicio de tratamiento biológico según las guías de Práctica Clínica (12 de los cuales también diagnosticados de artritis psoriásica por criterios CASPAR) y b) 40 controles pareados por edad, sexo y FRCV clásicos. Ninguno de los pacientes incluidos presentaba antecedentes de eventos CV, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica ni índice de masa corporal (IMC) > 35. Se determinó el grosor íntima-media carotídeo (C-EIM), en la arteria carótida común, mediante ecografía carotídea (ESAOTE MyLab 70,

mediante radiofrecuencia con el programa de Q-IMT), siguiendo las recomendaciones de consenso de Mannheim. Análisis estadístico: los resultados se expresaron como media ± DE para variables de distribución normal, mediana [IQR] para variables de distribución no normal y porcentaje para variables cualitativas. Las variables cuantitativas se compraron mediante t de Student o test U de Mann-Whitney.

Resultados: Los datos generales de los 40 pacientes con psoriasis y los 40 controles figuran en la tabla. Destaca ser una población joven (edad media < 40 años en ambos grupos) sin diferencias significativas en cuanto a los FRCV clásicos y resto de parámetros estudiados, salvo PCR ultrasensible y VSG. Los pacientes con psoriasis presentaban una enfermedad de larga evolución (17,05 ± 11,63 años) y el 30% presentaba historia de artritis psoriásica, aunque la principal afectación clínica dependía de las manifestaciones cutáneas (PASI y BSA elevados). En nuestro estudio, los pacientes con psoriasis cutánea presentaban un valor de C-EIM 0,579 mm respecto al grupo control de 0,549 mm, pero sin diferencias significativas (p = 0,19), que podría explicarse por la edad de la población estudiada y el tamaño muestral de los grupos estudiados.

Variable	Psoriasis cutánea (n = 40)	Controles (n = 40)	p
Edad media (DE)	37,68 (11,83)	38,63 (11,83)	0,72
Sexo (varón; n (%))	18 (45)	18 (45)	ND
Duración psoriasis (años); media (DE)	17,05 (11,63)	ND	ND
Artritis psoriásica; n (%)	12 (30)	ND	ND
HLA-B27 positivo; n (%)	5 (13)	ND	ND
BSA; media (DE)	38,99 (17,08)	ND	ND
PASI; media (DE)	19,33 (8,89)	ND	ND
PCR-US (mg/L); media (DE)	3,26 (3,31)	1,69 (2,62)	0,02
VSG (mm/h); media (DE)	13,79 (13,23)	8,53 (7,01)	0,03
TAS(mmHg); media (DE)	121,33 (13,91)	120,08 (11,73)	0,67
Colesterol (mg/dl); media (DE)	196,08 (34,31)	193 (36,42)	0,70
HDL-C (mg/dl); media (DE)	55,58 (17,05)	63,88 (20,7)	0,05
Fumador actual; n (%)	13 (33)	9 (22,5)	0,32
Dislipemia; n (%)	21 (53)	17 (42,5)	0,38
HTA; n (%)	2 (5)	3 (7,5)	0,65
Obesidad (IMC > 30); n (%)	7 (18)	3 (7,5)	0,18
SCORE (%): media (DE)	0,2 (0,46)	0,15 (0,43)	0,62
Espesor íntima-media carotídea (C-EIM): media (DE)	0,579 (0,107)	0,549 (0,099)	0,19

Conclusiones: En nuestro estudio no hubo diferencias en el valor del C-EIM entre el grupo control y los pacientes con psoriasis cutánea moderada-grave.

60. UVEÍTIS SECUNDARIA A ESPONDILOARTRITIS EN UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE INFLAMACIÓN OCULAR

D. Peiteado, A. Pieren, C. Millán, E. de Miguel y A. Balsa

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es describir las características de la afectación ocular en las espondiloartritis en una consulta multidisciplinar de inflamación ocular.

Métodos: Estudio descriptivo que incluye los pacientes con uveítis secundaria a espondiloartritis o enfermedad inflamatoria intestinal (EII) atendidos por el reumatólogo en una consulta multidisciplinar de inflamación ocular desde enero de 2012 hasta diciembre de 2016. Se analizan datos demográficos, etiología, datos de afectación ocular y tratamientos sistémicos recibidos.

Resultados: En total se recogen datos de 276 pacientes, de los cuales 111 (40,2%) son uveítis secundarias a enfermedades inflamatorias sistémicas. Dentro de este grupo, las uveítis asociadas a espondiloartritis (incluyendo también EII) son las más numerosas (68 pacientes, 61%). Centrándonos en este grupo un 57,4% eran varones con media de edad de 49 ± 15,8 años. El 73,5% eran HLAB27 positivo y un 76% tenían sacroileítis radiológica. En 24 pacientes (35,3%)

el diagnóstico de la espondiloartritis se hizo en la propia consulta de uveítis, en el resto de los casos el diagnóstico ya era conocido. El tipo de espondiloartritis se describe en la tabla. Según la distribución anatómica, fueron anteriores (UA) en la mayoría de los casos (95,6%), seguidas de las intermedias y posteriores (1,5% ambas); unilateral (UA) en un 85,3% y bilateral en el 10,3%. El patrón de UA aguda recidivante fue el más frecuente (73,5%), seguido de UA aguda no recidivante (16,2%) y crónica (7,4%). 24 pacientes (35,3%) requirieron tratamiento con FAME para conseguir el control de la uveítis. Los fármacos más utilizados fueron salazopirina (7 pacientes), metotrexato (6 pacientes), micofenolato (1) y en otros 6 se instauró tratamiento con anti-TNF o se cambió o se ajustó la dosis previa del biológico. La agudeza visual (AV) no fue perfecta (1 en ambos ojos) en el 35% en la primera visita recogida. Un 28% (19 pacientes) tenía catarata, y un 19% (13) tenía elevada la presión intraocular. Únicamente 1 paciente tenía EMQ de forma bilateral. Se tienen datos de seguimiento en 43 pacientes y se observa que la AV se mantuvo estable en un 47%, empeoró en 23% y mejoró en 30% (mediana de tiempo de seguimiento 23 meses, RIC: 6-41).

Tipo de espondiloartritis	n (%)
Espondilitis anquilosante	33 (48,5)
Espondiloartritis axial no radiológica	13 (19,1)
Artritis psoriásica	5 (7,4)
Espondiloartritis y EII	5 (7,4)
Espondiloartritis periférica	4 (5,9)
AIJ	4 (5,9)
EII (sin afectación articular)	3 (4,4)
Artritis reactiva	1 (1,5)
Total	68 (100)

Conclusiones: Nuestro trabajo confirma que el patrón más frecuente de afectación ocular secundario a espondiloartritis es la UAA recidivante. Destaca que en más de un tercio de los casos el diagnóstico se realizó tras la anamnesis dirigida en la consulta de uveítis. Aproximadamente un tercio de los pacientes precisaron tratamiento de fondo por la afectación ocular. Un 35% de los pacientes tenían una AV reducida aunque se mantiene estable o mejora en la mayoría a lo largo del seguimiento.

61. DISMINUCIÓN DE LA EXPRESIÓN DEL GEN PTPN22 EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE PORTADORES DEL ALELO MUTANTE DEL POLIMORFISMO PTPN22 RS2488457

S. Remuzgo-Martínez¹, S. Castañeda², A. Corrales¹, F. Genre¹, R. López-Mejías¹, P. Moreno-Fresneda², B. Ubilla¹, V. Mijares¹, V. Portilla¹, J. González-Vela¹, T. Pina¹, G. Ocejo-Vinyals³, J. Irure-Ventura³, R. Blanco¹, J. Martín⁴, J. Llorca⁵ y M.A. González-Gay^{1,6}

¹Epidemiología Genética y Arterioesclerosis en Enfermedades Inflamatorias Sistémicas. IDIVAL. Santander. ²Departamento de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. IIS-IP. Madrid. ³Departamento de Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁴Instituto de Parasitología y Biomedicina López-Neyra. CSIC. PTS Granada. ⁵Departamento de Epidemiología y Biología Computacional. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria y CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). IDIVAL. Santander. ⁶Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander.

Introducción: El gen proteína tirosina fosfatasa no receptora tipo 22 (PTPN22) juega un papel importante en la modulación del sistema inmune y ha sido reconocido como un factor de riesgo genético implicado en la susceptibilidad a la artritis reumatoide (AR). En este sentido, varios polimorfismos de un solo nucleótido (SNP) han sido asociados significativamente con la AR. Además, se ha sugerido que la modulación de PTPN22 a nivel transcripcional podría influir en los procesos inflamatorios asociados con la AR.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue determinar si los polimorfismos PTPN22 rs2476601, PTPN22 rs33996649 y PTPN22 rs2488457, previamente asociados con AR, podrían influir en la expresión del gen PTPN22 en pacientes con AR comparado con su expresión en individuos sanos. Además, se evaluó la posible asociación entre la expresión del gen PTPN22 en los pacientes con AR y sus características clínicas.

Métodos: La expresión relativa del gen PTPN22 se cuantificó por PCR a tiempo real en muestras de sangre periférica de 42 pacientes con AR, quienes reunían los criterios de 1987 y 2010 para el diagnóstico de AR, y 24 controles sanos pareados por sexo y edad con los pacientes (método comparativo de Ct (ciclo umbral)). Además, se genotiparon 3 polimorfismos del gen PTPN22 (rs2476601 (G > A), rs33996649 (C > T) y rs2488457 (C > G)) con la metodología de sondas TaqMan. Los valores de p se obtuvieron por el test t de Student comparando la expresión de PTPN22 entre pacientes y controles, según su genotipo. Por otra parte, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre la expresión de PTPN22 de los pacientes con AR y sus características clínicas. En ambos casos, los resultados se ajustaron por sexo, edad al estudio y factores tradicionales de riesgo cardiovascular. Los análisis se llevaron a cabo con el programa estadístico STATA 12/SE.

Resultados: Se observó una disminución significativa de la expresión del gen PTPN22 en los pacientes con AR portadores del alelo mutante (G) del polimorfismo PTPN22 rs2488457 en comparación al grupo control (media de los niveles relativos de expresión del gen \pm desviación estándar: 2,93 \pm 0,76 vs 4,33 \pm 0,63, p = 0,0004). Además, se observó que la disminución de la expresión de PTPN22 estaba inversamente relacionada con la duración de la enfermedad (r = -0,38, p = 0,03).

Conclusiones: Nuestro estudio muestra por primera vez que el alelo riesgo del polimorfismo PTPN22 rs2488457 influye en la disminución del gen de PTPN22 en pacientes con AR. Este resultado sugiere una supresión transcripcional del gen PTPN22 en AR, jugando un importante papel en la progresión y clínica de la enfermedad.

Este estudio está financiado mediante ayudas del Fondo de Investigaciones Sanitarias (PI12/00060 y PI15/00525) del 'Instituto de Salud Carlos III' (ISCIII) y cofinanciado con fondos FEDER (Fondo Europeo de Desarrollo Regional). Además, el trabajo está parcialmente financiado por fondos de la RETICS (RD12/0009) y (RD16/0012) (RIER) del Instituto de Salud Carlos III. SRM está financiada mediante fondos del Programa RETICS (RIER) (RD16/0012/0009). FG es beneficiaria de un contrato posdoctoral 'Sara Borrell' financiado por el Instituto de Salud Carlos III (CD15/00095). RLM es beneficiaria de un contrato posdoctoral "Miguel Servet Tipo I" financiado por el Instituto de Salud Carlos III (CP16/00033). BU está financiada mediante fondos del Programa RETICS (RIER) (RD12/0009/0013) del Instituto de Salud Carlos III.

62. NUEVAS ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

E. Pérez-Pampín¹, J.R. Maneiro², A. Mera¹, J. Blanco¹, M. Caamaño¹, J. Díaz Garell¹, S. Insua¹ y J. Gómez-Reino^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ²Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. ³Fundación Ramón Domínguez. Santiago de Compostela.

Introducción: El desarrollo de las terapias biológicas (TB) ha supuesto un cambio relevante en la evolución de la artritis reumatoide (AR) en los últimos años. Un alto porcentaje de pacientes con respuesta insuficiente a las terapias clásicas han logrado una remisión clínica o una baja actividad de la enfermedad con ellas, pero un porcentaje de pacientes no obtienen una respuesta adecuada a la primera TB, por lo que precisan un cambio de TB, aumentando así

los potenciales acontecimientos adversos y conllevando un aumento de costos. Con el fin de minimizar los eventos adversos y los costos, proponemos un protocolo de estrategia de tratamiento basado en la reducción de la dosis o el aumento del intervalo de tratamiento diferente con las TB actualmente disponibles en la práctica rutinaria. Hipótesis: una pauta de optimización de las terapias biológicas en artritis reumatoide basada en una reducción de dosis o aumento del intervalo de administración es eficaz en cuanto al mantenimiento de la remisión evaluada mediante criterios EULAR para DAS28.

Objetivos: Principal: analizar la eficacia a largo plazo de una pauta de optimización evaluada por DAS28 en el Hospital de Día del CHUS. Secundarios: evaluar diferencias según el tipo de biológico, monoterapia o terapia combinada con FAMEs, recidivas en función del tipo de AR, diferencias en la capacidad funcional medida por HAQ tras la pauta de optimización. Medir el tiempo de recidiva tras el inicio de la pauta de optimización e identificar potenciales predictores de recidiva a largo plazo. Operativos: Establecer una cohorte de pacientes en la que se haya optimizado el tratamiento con terapias biológicas y probar las hipótesis. Variable principal: recidiva medida mediante cambio en el DAS28 > 20%.

Resultados: Se incluyeron un total de 117 pacientes con AR que cumplían los criterios de selección. Dos pacientes fueron eliminados del análisis debido a que el tiempo de optimización era insuficiente. La mediana (rango intercuartílico) de la edad al momento de la optimización fue de 59 (50-69) años y el porcentaje de mujeres fue del 77,7%. La mediana (RIQ) de la duración de la enfermedad al momento de la optimización fue de 9,8 (5,8-13,0) años y el tiempo de remisión fue de 15,0 (7,0-36,0) meses. En cuanto al uso de TB: 41 (35,0%) recibieron ETN, 20 (17,0%) TCZ, 19 (16,2%) ADA, 16 (13,6%) IFX, 14 (11,9%) ABT, 6 (5,1%) CTZ y 1 (0,85%) GOL. La mediana de la edad al inicio de la TB fue de 55,4 (45,8-65,1) y la duración de la enfermedad fue de 4,7 (2,1-9-4) años. Durante el tiempo de seguimiento se objetivaron un total de 21 recidivas. En función del tipo de biológico se identificaron 6 recidivas en el grupo de ETN, 5 en el grupo de ADA, 4 en el grupo de TCZ, 3 en el grupo de IFX y 3 en el grupo de ABT. Tras restaurar la dosis estándar de tratamiento, 18 pacientes volvieron a alcanzar la remisión o baja actividad (85,7%) y 3 pacientes precisaron un cambio de terapia biológica (14,3%).

Conclusiones: Los pacientes con AR que reciben TB y alcanzan la remisión prolongada (al menos 12 meses) de la enfermedad, son susceptibles de ser tratados bajo esta nueva estrategia de tratamiento, presentando un bajo porcentaje de recaídas. En cuanto a la identificación de potenciales predictores de recidiva, la única variable que se ha identificado como significativa ha sido el número de biológicos previos. Los posibles beneficios de esta estrategia incluyen la reducción de los costes y la reducción potencial de los efectos secundarios dependientes de la dosis, lo que contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario. No se han encontrado diferencias entre los distintos fármacos analizados en cuanto a la modificación de dosis o intervalo de las mismas y la respuesta.

63. IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO INICIAL EN PACIENTES QUE INGRESAN POR DISCOPATÍA EN RELACIÓN CON LA ESTANCIA MEDIA

M.J. Díaz Navarro¹, A. Paños Iniesta², M.J. Moreno Martínez³, M.J. Moreno Ramos², M. Castaño Sánchez², L.F. Linares Ferrando², C. Marras Fernández-Cid², F.A. Martínez Angosto², J.J. Martínez Ferrín² y A. Bermúdez Torrente²

¹Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ³Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca.

Introducción: El dolor lumbar es una de las patologías más comunes de nuestras consultas y un importante motivo de ingreso hos-

pitalario. La prevalencia del dolor lumbar en España se estima en torno al 14%, lo que supone un alto coste económico en consumo de recursos sanitarios y tiempo de bajas laborales. Con frecuencia, el origen del dolor lumbar es múltiple. En cuanto a las hernia discales, la gran mayoría que son clínicamente importantes se producen a nivel L4-5 y L5-S1, aunque pueden ocurrir también a nivel cervical y dorsal. El tratamiento se basa en el control del dolor con analgesia, llegando a opioides si es preciso, ortesis durante cortos periodos de tiempo, posibles infiltraciones epidurales o cirugía en caso de no mejorar con tratamiento conservador. En ocasiones, variables psicosociales son fuertes predictores de discapacidad a largo plazo más que los hallazgos anatómicos que se encuentran en los estudios de imagen, por lo que la historia psicosocial puede ayudar a estimar el pronóstico y plan de tratamiento.

Objetivos: Determinar la localización más frecuente de patología discal en pacientes que requieren ingreso hospitalario, así como la necesidad de cirugía durante el mismo, el tratamiento más común y la estancia media de dicha patología.

Métodos: Se realiza un estudio observacional retrospectivo donde se describen los pacientes que ingresan en un hospital de tercer nivel durante un año. Analizamos datos demográficos, antecedentes de traumatismo, la alteración anatómica objetivada y el tratamiento aplicado, tanto farmacológico como quirúrgico si precisase. Se estudió la estancia media de los pacientes y su relación con el resto de parámetros.

Resultados: En total 64 pacientes fueron incluidos, 38 mujeres (62,3%) y 23 hombres (37,7%), con una edad media de 54,56 años (\pm 17,84). La estancia hospitalaria media general fue de 6,16 días (\pm 4,64). Tenían un traumatismo previo 3 pacientes (4,9%). Encontramos que el 44,2% de los pacientes tenían afectación discal a varios niveles; el 23% a nivel L5-S1, el 18% a nivel L4-L5, el 6,6% a nivel cervical, y el 6,6% a nivel dorsal. No hubo ningún paciente ingresado con discopatía única superior a L4. Precisaron cirugía durante el ingreso 3 pacientes (4,9%). Necesitaron tratamiento con opioides mayores 20 pacientes (32,8%). Encontramos asociación estadísticamente significativa ($p = 0,02$) entre la estancia hospitalaria y la existencia de traumatismo previo así como con la necesidad de fármacos opioides ($p = 0,01$). La estancia hospitalaria aparecía independiente de otros parámetros como la edad y el nivel de discopatía, entre otros. Tampoco encontramos relación entre la realización de cirugía y la edad.

Conclusiones: Según nuestro estudio, el espacio discal más frecuentemente afectado en pacientes que precisan ingreso es a nivel L5-S1, en consonancia con otros trabajos. Evidentemente, cuando la causa no es degenerativa si no traumática, objetivamos un aumento de la estancia hospitalaria. Los pacientes que precisan opioides para su control presentan una mayor estancia media. Quizás, en aquellos pacientes con una mayor valoración del dolor al ingreso habría que intensificar el tratamiento analgésico desde el inicio para disminuir así la estancia media.

64. TASA DE RETENCIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, ESPONDILOARTRITIS AXIAL Y ARTRITIS PSORIÁSICA, NAÏVE Y PRIMER SWITCHING, TRATADOS CON GOLIMUMAB DURANTE 52 SEMANAS: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

V. Aldasoro Cáceres¹, M. Varela García¹, M. Sarobe Carricas², R. Ibáñez Bosch¹, L. Horcada Rubio¹, L. Garrido Courel¹, I. Paniagua Zudaire¹, C. Fito Manteca¹, N. del Val del Amo¹, R. Gutiérrez Polo¹ y E. Loza Cortina¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivo: Evaluar la tasa de retención de golimumab durante 52 semanas en pacientes con artritis reumatoide (AR),

espondiloartritis axial (SpA) y artritis psoriásica (APs), naïve y primer switching.

Métodos: Se pidieron datos a Farmacia Hospitalaria sobre el número de pacientes tratados con golimumab naïve y primer switching en las siguientes patologías durante el año 2016: AR, SpA y AP. Se revisaron sus historias clínicas.

Resultados: Durante el año 2016 comenzaron tratamiento con golimumab 35 pacientes. 24 pacientes fueron naïve (68,6%) y 11 primer switching (31,4%). Entre los 24 pacientes naïve, 8 pertenecieron al grupo AR, 11 al grupo SpA y 5 al grupo APs. De los 11 pacientes que entraron como primer switching 4 pacientes pertenecieron al grupo AR, 3 al grupo SpA y 4 al grupo APs. Del total de pacientes que comenzaron tratamiento con golimumab hubo 5 pacientes que abandonaron el tratamiento. 3 pacientes naïve en el grupo SpA abandonaron el tratamiento por ineficacia primaria a los 3 meses del inicio. 1 paciente en switching en el grupo AR también abandonó el tratamiento por ineficacia primaria a los 3 meses. Hubo un paciente naïve en el grupo APs que cambió de comunidad y se contabilizó como finalización del tratamiento. Pacientes naïve: 24. AR inicio/fallo: 8/0. SpA inicio/fallo: 11/3. APs inicio/fallo: 5/1. Pacientes switching: 11. AR inicio/fallo: 4/1. SpA inicio/fallo: 3/0. APs inicio/fallo: 4/0. Ningún paciente abandonó el tratamiento por efectos adversos derivados del fármaco. Al finalizar el año 2016, el 85,71% de los pacientes mantuvieron el tratamiento con golimumab (30 de 35).

Conclusiones: Golimumab es un tratamiento seguro, eficaz y con una alta tasa de retención en pacientes naïve y primer switching tratados con AR, SpA y APs, al menos, durante 52 semanas.

65. FACTORES PREDICTORES DE LA APARICIÓN DE ANTICUERPOS ANTIFÁRMACO EN PACIENTES TRATADOS CON INFILIXIMAB

A. Paños Iniesta, J.E. Ruiz Sará, P. Castillo Dayer, J.J. Martínez Ferrín, M.J. Moreno Ramos, F. Gallo Puelles, M. Castaño Sánchez, L.F. Linares Ferrando, N. Lozano-Rivas, C. Marras Fernández-Cid, F.A. Martínez Angosto, P. Mesa del Castillo Bermejo y A. Bermúdez Torrente

Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Objetivos: Valorar en una cohorte de pacientes pertenecientes a nuestra Área Sanitaria, con patología articular inflamatoria y en tratamiento con infliximab, los factores que favorecen la aparición de anticuerpos anti-fármaco.

Métodos: En el periodo comprendido entre junio y diciembre de 2016 se recogieron muestras de suero de pacientes en tratamiento con infliximab en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, midiendo los niveles de infliximab y de anticuerpos en aquellos pacientes con un nivel menor de 2 µg/ml mediante ELISA (usando kit Promonitor). Se recogen los siguientes datos de los pacientes: Sexo, edad, diagnóstico, FAME, duración del tratamiento, dosis e intervalo entre dosis del tratamiento con infliximab, niveles de infliximab y niveles de anticuerpos anti-fármaco. Se realiza un análisis de correlación entre los datos de diagnóstico, uso de metotrexato, dosis de infliximab, duración de tratamiento e intervalo de tratamiento, y la presencia de anticuerpos anti-infliximab.

Resultados: Se recogieron un total de 62 pacientes (51,6% mujeres) con edad media de 50,7 (± 12,5). En cuanto al diagnóstico un 35,5% presentaban una espondilitis anquilosante, 27,4% artritis reumatoide, 16,1% artritis psoriásica, 9,7% síndrome de Behçet, 6,5% otras espondiloartritis y hubo un caso de cada una de las siguientes enfermedades: psoriasis, síndrome de SAPHO, uveítis anterior. El 53,2% no recibían tratamiento con ningún FAME, el 32,3% recibían tratamiento con metotrexato y el 14,5% recibían tratamiento con otros FAME. En cuanto al tratamiento con infliximab el 53,3% estaban con dosis de 5 mg/Kg, el resto con 3 mg/Kg; El 58% cada 8 sema-

nas, 19,3% cada 6 semanas, 9,7% cada 10 semanas y el 6,5% cada 12. La duración media del tratamiento era de 8 años (± 4,1). En cuanto a niveles de fármaco presentaban cifras indetectables (< 0,01 µg/ml) el 14,5%, y niveles por debajo de 2 µg/ml el 27,4%, niveles por encima de 14,4 µg/ml el 17,7% de los pacientes y los pacientes con niveles entre 2 µg/ml y 14,4 mg/ml representaban el 40,4%. De los 17 pacientes en los que se midió el nivel de anticuerpos en el 64,7% era inferior a 2 UA/ml, por lo que se considera negativa la presencia de anticuerpos, con lo que solo se considera positiva la determinación en 6 pacientes (9,7% del total de pacientes). No se alcanzó significación para ninguna de las variables analizadas.

Conclusiones: En nuestra cohorte se encuentra una proporción baja de pacientes con positividad para anticuerpos con una media de duración de tratamiento alta. No hemos podido demostrar la relación de las variables de estudio con la aparición de anticuerpos antifármaco, probablemente debido al pequeño tamaño muestral y a tratarse de una muestra seleccionada en la que la mayoría de pacientes llevan ya mucho tiempo en tratamiento.

66. SUPERVIVENCIA DEL ABATACEPT SUBCUTÁNEO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

I. Añón Oñate, I. Notario Ferreira, M.A. Ferrer González, P. Morales Garrido, C. Caro Hernández, L. Pérez Albaladejo, M.J. Soto Pino, A. González Utrilla, E. Raya Álvarez y R. Cáliz Cáliz

Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Introducción: Abatacept (ABA) es un fármaco que inhibe la coestimulación de los linfocitos T aprobado para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) activa por vía intravenosa en 2010 y por vía subcutánea en 2013. La supervivencia de un fármaco es una medida útil para valorar eficacia, debido a que combina respuesta clínica y tolerabilidad.

Objetivos: Determinar la tasa de supervivencia a los 12 y 24 meses de ABA SC prescrito en una cohorte de pacientes con AR. Investigar la relación de las distintas variables clínicas en la supervivencia del fármaco.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal y abierto en el que se incluyeron 54 pacientes diagnosticados de AR y atendidos en el Complejo Hospitalario Universitario de Granada. A todos los pacientes se les administró ABA SC a dosis de 125 mg semanal y se realizó un seguimiento a los 12 y 24 meses. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, tratamiento previo con FAMES y/o terapia biológica (TB). Para valorar si existía alguna variable clínica que condicionara una mayor supervivencia del fármaco, se comparó la supervivencia de ABA en 3 subgrupos de pacientes: pacientes positivos para FR y/o ACPA respecto a pacientes negativos para las 2 variables, pacientes en tratamiento con ABA en monoterapia respecto a pacientes en tratamiento con un FAME concomitante y los pacientes que habían recibido algún tratamiento biológico frente a pacientes que no habían recibido terapia biológica previamente. Se recogieron los acontecimientos adversos (AA) que motivaron la suspensión del fármaco en pacientes que habían recibido al menos una dosis de ABA. Para el análisis de supervivencia se utilizó el método de Kaplan-Meier y para comparar diferencias entre los subgrupos se utilizó el test de Log-Rank.

Resultados: De los 54 pacientes de nuestra cohorte 46 (83,6%) eran mujeres y 4 (7,3%) hombres con una edad media de 57,24 ± 11,72. Basalmente nuestros pacientes tenían una duración media de la enfermedad de 10,70 ± 7,81 años y habían recibido una media de 1,72 ± 1,05 TB previa. El 54,5% recibían ABA en terapia combinada con FAME (en su mayoría metotrexato) y el 43,6% en monoterapia. El 80% de los pacientes eran FR positivo y el 82,4% eran ACPA positivo.

Las tasas de supervivencia de ABA en el total de pacientes a los 12 y 24 meses fueron del 65,8% y 54,6% respectivamente. Comparando por grupos, se objetivó una mayor tasa de supervivencia a los 12 meses en los pacientes tanto FR (+) como ACPA (+): (68,1% y 66,3% respectivamente), manteniéndose esta tendencia en ambos grupos de pacientes a los 24 meses (59,6% y 56,8% sin alcanzar la significación estadística). Aquellos pacientes que no habían recibido TB previa tuvieron una tasa de supervivencia del 80% a los 12 meses y del 40% a los 24; y en los pacientes en terapia combinada con FAMES fue del 71,8% a los 12 meses y del 54,7% a los 24 meses, siendo estas diferencias no estadísticamente significativas. Los motivos de suspensión más frecuentes fueron los AA y la pérdida de eficacia en igual porcentaje (16,4%). **Conclusiones:** Nuestros datos sugieren que la supervivencia global de ABA en la AR es elevada y que existe una tendencia entre los pacientes con ACPA y FR positivos hacia una mayor retención de ABA. La tasa de supervivencia a los 12 meses es mayor en los pacientes sin terapia biológica previa y terapia combinada con FAME.

67. ADHERENCIA Y PERSISTENCIA “REAL” EN ANTIOSTEOPORÓTICOS. DATOS DE LA COHORTE POBLACIONAL ESOSVAL

TRABAJO RETIRADO

I. Hurtado^{1,2}, J. Sanfélix-Genovés^{1,2,3}, A. García¹, C. Rodríguez-Bernal^{1,2}, S. Peiró^{1,2} y G. Sanfélix-Gimeno^{1,2}

¹CSISP-FISABIO. Valencia. ²Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas. ³INCLIVA. Valencia.

Introducción: El tratamiento antiosteoporótico ha demostrado ser eficaz en la reducción de las fracturas por fragilidad. Sin embargo, una adherencia subóptima podría limitar su efectividad en práctica clínica habitual. Las bases de datos electrónicas han permitido realizar estudios para su estimación y su potencial mejora, sin embargo, éstos tienen diversas limitaciones que podrían ser minimizadas con datos más ricos y de mayor calidad.

Objetivos: Estimar la adherencia “real” al tratamiento antiosteoporótico a los 24 meses en práctica clínica habitual, comparándola con la adherencia calculada con métodos convencionales y analizar los factores asociados a la interrupción del tratamiento por parte del médico.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo de sujetos = 50 años (cohorte ESOSVAL) que iniciaron tratamiento antiosteoporótico entre 2009-2011. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica de la Comunidad Valenciana, que permite obtener información tanto de las prescripciones realizadas por el clínico como de las dispensaciones (lo que el paciente recoge de la farmacia). Los pacientes que no habían recibido tratamiento antiosteoporótico en los 6 meses previos se consideraron naïve. Se calculó el % de pacientes adherentes (proporción de días cubiertos con medicación [PDC] = 80%) y persistentes (no superar un periodo de 3 meses sin tratamiento) usando dos métodos diferentes: teniendo en cuenta únicamente la dispensación (convencional) y teniendo en cuenta la interrupción del tratamiento por parte del médico (cuando deja de prescribir). Se analizaron los factores asociados con la interrupción del tratamiento por el médico en pacientes naïve mediante regresión logística multivariante. Comité de Ética y Ensayos Clínicos. El protocolo de este estudio fue aprobado por el Comité de Ética y Ensayos Clínicos del Centro de Investigación en Salud Pública y la Administración de Salud Pública CSISP-DGSP de la Comunidad Valenciana en su sesión de 30/07/2010.

Resultados: De los 11.053 pacientes de la cohorte ESOSVAL, 2.260 pacientes estuvieron tratados durante 2009-2011, y de éstos el 31,5% eran naïve. El porcentaje de pacientes adherentes según el método convencional fue 33,7% y 54,7%, para naïve y no naïve, respectivamente, mientras que considerando la interrupción del médico fue del 61,9 y 68,0%. Respecto a la discontinuación del tra-

tamiento a los 2 años, mediante el método convencional el 33,0% y el 54,8% serían persistentes, frente al 61,7% y 67,3% al considerar la interrupción del médico. Los factores asociados con la interrupción del tratamiento por el médico en pacientes naïve fueron tener estudios primarios (OR: 0,58; IC95%: 0,42-0,79), tratamiento concomitante con Ca/Vit D (OR: 0,51; IC95%: 0,36-0,74), tener osteoporosis densitométrica (OR: 0,22; IC95%: 0,09-0,57), fractura previa (OR: 0,68; IC95%: 0,47-0,99) y tener copago farmacéutico (OR: 1,54; IC95%: 1,07-2,22).

Conclusiones: Los métodos convencionales para evaluar la adherencia con bases de datos electrónicas sobreestiman la no adherencia, aún así, su prevalencia es alta. Las diferencias en adherencia entre pacientes naïve y no naïve se deben fundamentalmente a una mayor interrupción por parte del médico en pacientes naïve. La interrupción por parte del médico se asoció a un menor riesgo de fractura y tener copago farmacéutico.

68. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES CLASIFICADOS COMO ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA O COMO ESPONDILOARTRITIS INDIFFERENCIADA: RESULTADOS DE LA COHORTE ESPERANZA

A. Juan Mas¹, X. Juanola Roura², E. de Miguel Mendieta³, E. Collantes Estévez⁴, J.C. Quevedo Abeledo⁵, E Alonso Blanco-Morales⁶ y V. Navarro-Compán³

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Introducción: Tradicionalmente se ha clasificado a los pacientes con EspA en 5 grupos: artritis psoriásica, espondilitis anquilosante (EA), artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, artritis reactiva y espondiloartritis indiferenciada (EspA-ind). Sin embargo, en la actualidad se clasifican en dos grupos en base a los criterios de clasificación ASAS: espondiloartritis axial no radiográfica (EspAax-nr) y espondilitis anquilosante (EA). Es probable que los pacientes con EspAax-nr representen el grupo de pacientes tradicionalmente clasificados como EspA-ind pero el grado de solapamiento entre estos dos grupos se desconoce. El objetivo de este estudio es evaluar las similitudes y diferencias entre los pacientes clasificados como EspAax-nr (criterios ASAS) y aquellos con EspA-ind (criterios ESSG/Amor).

Métodos: Se analizaron los datos de la visita basal del programa Esperanza, el cual incluyó 665 pacientes con sospecha de EspA de predominio axial de reciente comienzo entre 2008 y 2011 (edad < 45 años y duración de dolor lumbar > 3 meses y < 2 años). Para este estudio, se compararon las características (demográficas, clínicas, de laboratorio y de imagen) de dos grupos con síntomas de predominio axial: i) pacientes que cumplían criterios ASAS de EspAax-nr (brazo de imagen (RMN positiva y 1 característica de EspA sin sacroileítis en Rx simple) o brazo clínico (HLA B27 positivo y 2 características de EspA) y ii) pacientes que con EspA-ind según criterios ESSG o de Amor excluyendo aquellos con sacroileítis en Rx simple (criterios mNY), psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal, antecedentes de diarrea, cervicitis o uretritis relacionados con la clínica o uveítis anterior. Se empleó el t de Student para las variables continuas y el Pearson chi-cuadrado para las categóricas.

Resultados: En total, se analizaron los datos de 254 pacientes (182 cumplían criterios de EspAax-nr y 166 de EspA-ind). De éstos, 94 (37%) pacientes cumplían criterios de ambas entidades mientras que 88 (35%) solo de EspAax-nr y 72 (28%) de EspA-ind. Las características de cada grupo se presentan en la tabla. Comparado con los

pacientes clasificados únicamente como EspAax-nr, los pacientes clasificados únicamente como EspA-ind eran mayores, tenían historia familiar de EspA más frecuentemente y valores más elevados de BASDAI, BASFI y ASQoL más elevados. Sin embargo, tenían menor frecuencia de HLA-B27+ y valores más bajos de PCR. La descripción de las variables de los pacientes clasificados como EspAax-nr o como EspA-ind, independientemente de si se clasifican en ambos grupos, son similares a las presentadas en la tabla, con alguna diferencia: por ejemplo la frecuencia del HLA-B27+ es del 52.4% en el grupo de las EspA-ind, aunque únicamente del 8.3% si se descartan las de EspAax-nr.

Los resultados se presentan como medias y desviaciones estándar para las variables continuas y n (%) para las variables categóricas

	Ambas EspAax-nr y EspA-ind n (%) = 94	Ambas EspAax-nr y EspA-ind n (%) = 94	Únicamente EspA-ind n (%) = 72	p-valor*
Edad (años)	30,9 ± 7,3	32,2 ± 6,9	35,2 ± 6,9	< 0,01
Sexo masculino	61 (64,9)	50 (56,8)	34 (47,2)	0,2
Incapacidad	10 (10,6)	13 (14,8)	11 (14,3)	0,9
Duración de los síntomas (meses)	12,9 ± 7,1	11,7 ± 6,6	12,7 ± 7,1	0,3
Historia familiar	48 (51,1)	21 (23,9)	30 (41,7)	< 0,05
HLA-B27	81 (86,2)	65 (73,9)	6 (8,3)	< 0,001
Dactilitis	6 (6,4)	5 (5,7)	6 (8,3)	0,6
Entesitis	29 (30,9)	18 (20,5)	22 (30,6)	0,1
VAS (0-10) médico	2,6 ± 2,2	2,6 ± 2,0	2,8 ± 2,7	0,6
VAS (0-10) paciente	4,1 ± 2,9	4,3 ± 2,6	5,2 ± 2,7	0,07
BASDAI	3,7 ± 2,3	3,8 ± 2,1	4,7 ± 2,3	0,01
NAD	0,5 ± 1,4	0,6 ± 1,3	0,7 ± 1,4	0,6
NAT	0,3 ± 1,1	0,2 ± 0,7	0,2 ± 1,2	0,9
BASFI	2,2 ± 2,2	2,1 ± 2,1	2,9 ± 2,5	< 0,05
BASMI	1,0 ± 1,2	1,4 ± 0,9	1,6 ± 1,1	0,2
ASQoL	5,9 ± 4,7	5,2 ± 4,5	7,4 ± 5,2	0,01
PCR elevada	37 (39,4)	29 (32,9)	15 (20,8)	0,09
BASRI (columna)	1,1 ± 1,2	0,6 ± 0,8	0,6 ± 1,1	0,7

*p-valor para diferencias entre EspAax-nr y EspA-ind (prueba t-Student para variables continuas y chi cuadrado de Pearson para variables categóricas).

Conclusiones: Comparado con los pacientes actualmente clasificados como EspAax-nr, los pacientes tradicionalmente clasificados como EspA-ind presentan una edad mayor, reportan más actividad de la enfermedad y tienen una función física y calidad de vida más limitadas. Por otro lado los pacientes clasificados como EspAax-nr presentan parámetros objetivos de actividad de la enfermedad más elevados y una mayor frecuencia de HLA B27 positivo.

69. TRATAMIENTO AL ALTA, ADHERENCIA Y RESULTADOS CLÍNICOS TRAS FRACTURA DE CADERA. COHORTE POBLACIONAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (ESTUDIO PREV2FO)

TRABAJO RETIRADO

G. Sanfélix-Gimeno^{1,2}, I. Hurtado^{1,2}, A. García¹, C. Rodríguez-Bernal^{1,2}, R. Gil-Orozco¹, S. Peiró^{1,2} y J. Sanfélix-Genovés^{1,2,3}

¹CSISP-FISABIO. Valencia. ²Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas. ³INCLIVA. Valencia.

Introducción: Las guías de osteoporosis recomiendan tratamiento farmacológico para la prevención secundaria de la fractura de la cadera. Aunque la evidencia es escasa en nuestro país, a nivel internacional se ha demostrado que la prevención secundaria de la fractura de cadera y la adherencia (para los tratados) es subóptima, incrementándose así las fracturas osteoporóticas recurrentes. Sin embargo, la mayoría de los estudios no han tenido en cuenta el riesgo competitivo de muerte, crucial en los ancianos.

Objetivos: Estimar el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento antiosteoporótico tras una fractura de cadera, y la adherencia y los factores asociados a ésta en los pacientes tratados. Así como

la asociación entre el tratamiento antiosteoporótico y adherencia con el riesgo de refractura y muerte.

Métodos: Cohorte poblacional de todos los pacientes = 65 años dados de alta tras fractura de cadera en la Comunidad Valenciana (CV) en el período 2008-2012. Se estimó el tratamiento antiosteoporótico tras la fractura (en los 6 meses siguientes), la no adherencia primaria (% de pacientes que no recogen la primera receta) y la no adherencia secundaria (% de pacientes con proporción de días cubiertos con medicación [PDC] < 80%; y la no persistencia, discontinuar el tratamiento durante al menos 3 meses) a los 12 meses tras el alta. Se analizaron los factores asociados con la no adherencia secundaria, tanto para pacientes naïve como con tratamiento antiosteoporótico previo. Se utilizaron análisis de supervivencia con y sin ajuste de riesgos competitivos de muerte para estimar el riesgo de fractura de cadera recurrente, ajustados por propensity scores y características basales. Se realizó un análisis de variables instrumentales para confirmar la robustez de los resultados. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y Ensayos Clínicos del Centro de Investigación en Salud Pública y la Administración de Salud Pública CSISP-DGSP de la CV el 26/10/2012.

Resultados: De 19.405 pacientes dados de alta vivos tras fractura de cadera, se prescribió tratamiento al 28% (N = 5.489) en los seis meses siguientes. El porcentaje de no adherentes primarios fue del 2,8%. El % de pacientes no adherentes (PDC < 80%) fue 57,4% y 50,7% en naïve y no naïve, respectivamente, y de no persistentes en el primer año de tratamiento fue 54,5% y 45,0%, respectivamente. Una mayor edad, ser hombre, tener demencia, la no adherencia primaria y ser tratado con ansiolíticos o hipnóticos se asoció a una menor adherencia secundaria. No se encontraron diferencias en el riesgo ajustado de fractura de cadera recurrente entre los no tratados y no adherentes (HR: 0,91; IC95%: 0,73-1,14), mientras que fue menor para los adherentes (HR: 0,69; IC95%: 0,50-0,97), en comparación con los no tratados. Considerando el riesgo competitivo de muerte, el HR ajustado de fractura de cadera recurrente fue de 0,95 (IC95%: 0,76-1,19) para los no adherentes y de 0,75 (IC95%: 0,54-1,03) para los adherentes, vs no tratados. El análisis de variables instrumentales confirmó este resultado, asociándose los pacientes adherentes a una reducción del riesgo de fractura del 28,1% (IC95%: 13,7-43,5).

Conclusiones: El porcentaje de pacientes tratados tras fractura de cadera y su adherencia fueron muy bajos. La adherencia al tratamiento antiosteoporótico tras fractura de cadera parece estar asociada con un menor riesgo de fractura de cadera recurrente en una población anciana.

70. SEIS AÑOS DE EXPERIENCIA CLÍNICA CON TOCILIZUMAB

S. Gamarra Calvo¹, M. Gimeno-Gracia¹, E. Fernández Alonso¹, G. Verdejo Muñoz², P. del Río-Martínez³, C. Peralta-Ginés³, C. Delgado-Beltrán³ y T. Salvador Gómez¹

¹Servicio de Farmacia; ²Servicio de Medicina Interna; ³Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción: Tocilizumab es el primer anticuerpo monoclonal que bloquea IL-6. Indicado para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) en adultos no tratados previamente con metotrexato, o en adultos con respuesta inadecuada o intolerancia a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FAME) o a un antagonista del factor de necrosis tumoral (TNF), en monoterapia.

Objetivos: Conocer el uso en la práctica clínica de tocilizumab en AR en un hospital de tercer nivel durante 6 años.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional del uso de tocilizumab intravenoso y subcutáneo en el hospital desde el inicio de su adquisición (2010) hasta junio de 2016. Fuentes de información: historia clínica electrónica, historia farmacoterapéutica del Servi-

cio de Farmacia (programa informático FarmaTools®), prescripción electrónica de atención primaria y sistema de información de consumo farmacéutico de Aragón. Las variables recogidas fueron: sexo y edad, número de terapias biológicas previas a tocilizumab, duración del tratamiento con tocilizumab, motivo de suspensión de tocilizumab y uso de FAMEs tanto al inicio como al final del tratamiento con tocilizumab.

Resultados: En el periodo de estudio han iniciado tratamiento con tocilizumab 65 pacientes con una edad media de 56,1 años \pm 12,7, 82% mujeres (53). Recibieron tocilizumab en primera línea el 15,4% (10) de los pacientes, en segunda línea 36,9%, en tercera línea o posteriores el 47,7%. Iniciaron tratamiento con tocilizumab sin FAME (monoterapia) el 50,8% (33) de los pacientes, de estos, únicamente 4 iniciaron tocilizumab en primera línea. Finalizaron el tratamiento con tocilizumab sin FAME el 49,2% (32). La duración del tratamiento con tocilizumab ha sido inferior a 24 semanas en el 30,8% de los pacientes, entre 24 y 48 semanas en el 13,8% y superior a 48 semanas en el 55,4%. El porcentaje de pacientes que estuvieron en tratamiento con tocilizumab en monoterapia durante más de 24 semanas fue similar a aquellos en terapia combinada (65,4% vs 71,8%, $p = 0,596$). Al finalizar el estudio continuaron en tratamiento con tocilizumab el 56,9% (37). El porcentaje de pacientes que suspendieron el tratamiento con tocilizumab en monoterapia y terapia combinada fue similar (57,7% vs 56,4%), al igual que los motivos de suspensión. Los motivos de suspensión de tocilizumab fueron: reacciones adversas (35,7%), fracaso terapéutico (32,1%), pérdida de seguimiento (14,3%) y otras causas (17,9%).

Conclusiones: En este estudio tocilizumab ha demostrado una durabilidad al tratamiento similar tanto en monoterapia como en terapia combinada. Se puede considerar una alternativa eficaz y segura para pacientes con AR en los cuales el uso de un FAME no esté indicado.

71. VALORES DE VITAMINA D EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y LA MASA ÓSEA

Y. García-Mira, S. Heredia, M. Martínez-Morillo, L. Gifré, A. Prior, J. Camins, J. Cañellas, S. Holgado, L. Mateo y A. Olivé

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: La vitamina D (vit D) es una hormona inmunorreguladora capaz de mediar la tolerancia inmune. Varios estudios han sugerido que el déficit de vit D puede relacionarse con una mayor actividad de la enfermedad en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Objetivos: Analizar los valores de 25-hidroxivitamina D (25-OHD) en una cohorte de pacientes con LES e investigar su relación con parámetros clínicos, analíticos, inmunológicos y densitométricos.

Métodos: Se incluyeron 152 pacientes con LES (138 mujeres [46 posmenopáusicas]/14 varones) con una media de edad de 46 \pm 12 años (rango: 20-75) atendidos entre 2013 y 2016 en un hospital universitario de tercer nivel. Todos los pacientes cumplían criterios de clasificación SLICC del 2013. A todos ellos se les realizó una densitometría ósea y se analizaron los parámetros de metabolismo fosfocálcico: incluyendo los valores de 25-OHD y la parathormona (PTH). Se recogieron parámetros clínicos (presencia de fracturas esqueléticas, factores de riesgo de osteoporosis, tratamiento con glucocorticoides (GCC), afectación renal, neurológica y cutánea), inmunológicos (ANA, DNA y complemento) y los índices de actividad (SLEDAI y SLICC). Se definió déficit de 25-OHD, como unos valores de 25-OHD inferiores a 20 ng/mL. Se consideró una baja masa ósea una escala T o Z < -1 DE; y osteoporosis una escala T < 2,5 DE [edad > 50 años] o Z < -2 DE [edad < 50 años]. El estudio fue apro-

bado por el Comité Ético de Investigación Clínica de nuestro centro, y todos los pacientes firmaron un consentimiento informado para participar. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS20.

Resultados: La media de los valores de 25-OHD fue de 19,8 \pm 11,4 (rango, 4,2-66,6). El 87,5% de los pacientes presentaba valores de 25-OHD inferiores a 30 ng/mL, 61,2% inferiores a 20 ng/mL y 15,1% inferiores a 10 ng/mL siendo los valores más bajos en invierno (80%) y primavera (64,3%). El 42,8% recibían suplementos de vit D, sin observar diferencias en los valores de 25-OHD en función del si recibían o no suplementos de vit D. A nivel densitométrico, más de la mitad de los pacientes (56,5%) presentaban una baja masa ósea (escala T o Z inferior a -1 DE), y el 15,8% presentaba una osteoporosis. No observamos ninguna correlación significativa entre los valores de 25-OHD y los parámetros de actividad del LES (complemento, Ac antiDNAs, SLICC/SLEDAI) ni con la masa ósea. Sin embargo, los pacientes con baja masa ósea (escala T o Z < -1DE) presentaban mayor edad (tanto al diagnóstico del LES como en el momento del análisis), mayor SLICC e hipocomplementemia, sin observar diferencias en el SLEDAI ni en los valores de 25-OHD. 37,5% de los pacientes recibían tratamiento con GCC. Los pacientes sin tratamiento con GCC presentaban mayor prevalencia de déficit de vitamina D (73,9% vs 55,6%, $p = 0,034$).

Conclusiones: El 61,2% de los pacientes con LES presenta déficit de 25-OHD, siendo estos más frecuentes en invierno/primavera, y en aquellos pacientes sin tratamiento con GCC. Los valores de 25-OHD no se correlacionaron con la actividad de la enfermedad, sin embargo los pacientes con baja masa ósea presentaban mayor SLICC e hipocomplementemia. Consideramos que es preciso establecer protocolos que evalúen la salud ósea en esta población. Recomendamos cuantificar los valores de vit D en invierno/primavera y prestar mayor atención al metabolismo fosfocálcico de pacientes que no reciban tratamiento con GCC.

72. INCIDENCIA DE REEMPLAZO ARTICULAR COMPLETO DE CADERA Y RODILLA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: UN ESTUDIO DE SUPERVIVENCIA

L. León, D. Freitas, J. Font, B. Fernández, L. Abásolo y L. Rodríguez-Rodríguez

UGC de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Analizar la evolución temporal de la tasa de incidencia (TI) de reemplazo completo de cadera y/o rodilla en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide (AR).

Métodos: Estudio longitudinal retrospectivo que incluyó pacientes diagnosticados de AR (criterios ACR 1986) entre 1994 y 2009, seguidos en consultas externas de nuestro centro hasta diciembre de 2013. Variable principal: Primer reemplazo articular total (RAT) de cadera y/o rodilla. Variables secundarias: características clínicas y demográficas. El seguimiento se prolongó hasta RAT de ambas rodillas y caderas, pérdida de seguimiento o transcurso de 5 años (para garantizar un tiempo de seguimiento similar en todos los pacientes). La TI de RAT se expresó por 1.000 pacientes-año con intervalo de confianza (IC) del 95%. Se emplearon curvas de supervivencia de Kaplan-Meier así como modelos de regresión de Cox. Se consideraron tres intervalos de tiempo, definido por el año de diagnóstico de la AR: 1994-1999, 2000 a 2004 y 2005-2009. Los análisis estadísticos se realizaron con STATA v12.

Resultados: Se incluyeron 1.812 pacientes, 74% mujeres, con una edad mediana (rango intercuartílico) al diagnóstico de la AR de 60 (48-72) años. 85% de los pacientes eran españoles, el 65% factor reumatoide (FR) positivo, y el 48% anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (APCC) positivos. En cuanto al periodo de diagnóstico: 526 pacientes habían sido diagnosticados entre 1994-1999,

551 entre 2000-2004 y 735 entre 2005-2009. Se realizaron 69 RAT (25 caderas y 44 rodillas) durante un seguimiento de 7.522,0 pacientes-año, lo que resultó en una TI de 9,2 [IC: 7,2 a 11,6]. Para los periodos de tiempo 1994-99, 2000-04 y 2005-09, la TI fue de 10,8 [IC: 7,3 a 16,2], 10,5 [IC: 7,4 a 15,7] y 6,9 [IC: 4,5 a 10,6], respectivamente. En el análisis bivariado sólo la edad al momento del diagnóstico de la AR mostró una asociación estadísticamente significativa con un mayor riesgo de RAT ($p = 1.0 \times 10^{-4}$). En el análisis multivariado (ajustado por sexo, edad al diagnóstico de la AR, país de nacimiento, presencia de la APCC y FR), el año de diagnóstico de la AR no se asoció con la tasa de RAT (2000-2004 vs 1994-1999: HR 0,97 [IC: 0,55 a 1,71], $p = 0,91$; 2005-2009 vs 1994-1999: HR 0,67 [IC: 0,37 a 1,21], $p = 0,18$).

Conclusiones: La TI de colocación de prótesis total en nuestra cohorte de AR fue de 9,2 por cada 1.000 pacientes-año. A pesar de que la TI fuera menor en pacientes diagnosticados más recientemente, las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

73. DAÑO VASCULAR SUBCLÍNICO Y SU ASOCIACIÓN CON ACPA Y FR EN PACIENTES CON AR

M. Aguilar-Zamora, M. Robustillo-Villarino, C. Vergara-Dangond, L. Montolio-Chiva, E. Valls-Pascual, À. Martínez-Ferrer, D. Ybáñez-García, V. Núñez-Monje y J.J. Alegre-Sancho

Sección de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

Introducción: La aterosclerosis (AE) acelerada y el incremento de la rigidez arterial son comorbilidades de la artritis reumatoide (AR) y se relacionan con la carga inflamatoria de la enfermedad, así como con ciertas características clínicas y genéticas de la enfermedad. Hasta el momento existe controversia acerca del papel de los ACPA en el desarrollo de la AE en estos pacientes.

Objetivos: Explorar la relación entre los títulos de ACPA y de FR y el daño vascular subclínico en pacientes con AR.

Métodos: Estudio transversal descriptivo con componentes analíticos. Se reclutaron de forma consecutiva 244 pacientes con AR durante un periodo de 18 meses (2013-2014) en la Sección de Reumatología de un hospital terciario. Se excluyeron aquellos pacientes con elevado riesgo vascular (eventos vasculares isquémicos, insuficiencia renal y/o diabetes mellitus). Se recogieron datos demográficos (edad, género, tabaquismo), clínicos (títulos de ACPA y FR, duración de la enfermedad, hipertensión y dislipemia) y de daño vascular (placa de ateroma, grosor de íntima-media carotídeo [GIM] y velocidad de onda de pulso [VOP]). La detección de placa de ateroma y medición del GIM se realizó mediante ecografía del árbol carotídeo extracráneo con un ecógrafo Esaote® MyLab70XVG equipado con una sonda lineal (7-12 mHz) y un sistema automatizado para la medición del GIM mediante radiofrecuencia (Quality Intima media Thickness in real-time, QIMT). La VOP se obtuvo mediante el análisis de las ondas de pulso braquial con un sistema automatizado y validado (Mobil O Graph®). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 17.0.

Resultados: Se incluyeron 181 pacientes, 141 (77,9%) mujeres y 40 (22,1%) varones, con una edad media de 60,4 años (DE 13,2) y una duración de la enfermedad media de 13,1 años (DE 10,5); 107 pacientes (59,1%) eran fumadores o exfumadores, 56 (30,9%) hipertensos y 77 (42,5%) dislipémicos. 118 pacientes (65,2%) tenían ACPA positivos, con un valor medio de 330 (DE 621,5), y 107 (59,1%) tenían un FR positivo con un valor medio de 114 (DE 164,5). No evidenciamos asociación alguna de la positividad de los ACPA y del FR con la presencia de placas ni con los valores de GIM y/o VOP. En aquellos pacientes con ACPA positivo, se observó una correlación positiva entre los títulos de ACPA y los valores de la VOP ($p < 0,05$). En concreto, valores de ACPA superiores a 1600 fueron los que mejor discriminaron valores aumentados de la VOP en nuestra población

($p < 0,009$). Los valores de ACPA y de FR, en cambio, no se relacionaron con la presencia de placas ni con el GIM.

Conclusiones: No se encontró relación entre la positividad y los títulos de FR y ACPA, y la presencia de ecografía carotídea patológica en nuestra población de pacientes con AR. En cambio, se observó mayor rigidez arterial en pacientes con títulos elevados de ACPA.

74. HALLAZGOS CAPILAROSCÓPICOS EN PACIENTES CON MIOPATÍA INFLAMATORIA Y/O ANTICUERPOS ESPECÍFICOS O ASOCIADOS

M. Millán¹, A. Baucells¹, M.A. Martínez², C. Juárez², B. Magallares¹, A. Laiz¹, C. Díaz-Torné¹, H.S. Park¹, P. Moya¹, J.M. Llobet¹ e I. Castellví¹

¹Unidad de Reumatología; ²Servicio de Inmunología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: La videocapilaroscopia (VCP) es una técnica sencilla, rápida y no agresiva, de gran utilidad en el estudio de las conectivopatías, pero en la miopatía inflamatoria (MI) sus características no están claramente establecidas.

Objetivos: 1. Evaluar los hallazgos capilaroscópicos en pacientes con miopatía inflamatoria y/o con presencia de anticuerpos específicos o asociados a dicha patología. 2. Estudiar posibles relaciones con las características clínicas de los pacientes.

Métodos: Revisión retrospectiva de una cohorte de pacientes con diagnóstico de miopatía inflamatoria y/o con la presencia de anticuerpos específicos o asociados a la misma, visitados en la unidad de Reumatología de un hospital universitario. A todos los pacientes se les realizó una VCP a 200x, evaluándose la presencia de: densidad capilar disminuida, áreas de pérdida capilar, diámetro capilar alterado, ramificaciones, hemorragias, trombosis, tortuosidades, organización del lecho periungueal y plexo venoso subpapilar. También se recogieron las siguientes variables epidemiológicas: sexo, edad, tabaquismo activo, clínica de debilidad muscular, elevación de CK al diagnóstico, EMG y biopsia muscular compatibles, afección cutánea, afección cardíaca, disfagia, afección pulmonar, fenómeno de Raynaud, historia de neoplasia y síndromes de superposición. Para la comparación de variables cualitativas y/o cuantitativas se realizó el test exacto de Fisher o la prueba de T cuando fue necesario.

Resultados: Se evaluaron 20 pacientes con al menos una VCP (45% con 2), 65% mujeres, con una edad media de 58 años \pm 11,6. Las características de los pacientes se detallan en la tabla. El 65% de los pacientes evaluados presentan alguna alteración capilaroscópica. Los hallazgos en la VCP1 y VCP2 fueron: densidad capilar disminuida 30% y 33%, presencia de tortuosidades 90% y 89%, diámetro capilar alterado 65% y 66,7% (gigantes 30% y 33%), ramificaciones 40% y 55,6%, desorganización 10% y 33%, hemorragias 25% y 44%, trombosis 20% y 0%, áreas de pérdida capilar 25% y 22%, plexo venoso visible 40% y 55%. La presencia de disfagia se asoció con la presencia de densidad capilar disminuida ($p < 0,02$) y hemorragias ($p < 0,01$) en la VCP inicial, así como con la presencia de ramificaciones en la VCP control ($p < 0,05$). Se observó que pacientes con organización capilar normal presentaron mejor valor de FVC ($p < 0,01$), TLC ($p < 0,01$), y relación FEV1/FVC más baja ($p < 0,02$), este último hallazgo también encontrado en la VCP control ($p < 0,03$). Como dato adicional, encontramos que pacientes con anti-Ku+ presentaron mejores valores de FVC ($p < 0,04$) y TLC ($p < 0,05$), pero aunque todos ellos tenían organización capilar normal, la asociación de dicho anticuerpo con la VCP no fue estadísticamente significativa. Tampoco encontramos relación estadísticamente significativa entre las alteraciones en la VCP y la presencia de fenómeno de Raynaud, las demás variables clínicas, la historia de cáncer ni la presencia de síndromes de superposición.

	Total pacientes
N	20
Edad al diagnóstico (años)	55 ± 11,7
Años de evolución	2,9 ± 1,8
Tabaquismo activo	5 (25%)
Clínica de debilidad muscular	7 (35%)
CK elevada al diagnóstico	8 (40%)
EMG compatible con MI	5/8 (62,5%)
Biopsia muscular compatible con MI	7/8 (87,5%)
Afección cutánea	6 (30%)
Afección cardíaca	1 (5%)
Presencia de disfgia	5 (25%)
Afección pulmonar	7 (35%)
Neoplasia concomitante	1 (5%)
Fenómeno de Raynaud presente	11 (55%)
Superposición:	5 (25%)
Con esclerosis sistémica	4/5 (80%)
Con síndrome de Sjögren	1/5 (20%)
Anti-Mi2	4 (20%)
Anti-Ku	5 (25%)
Anti-Jo1	2 (10%)
Anti-PL7	2 (10%)
Anti-Ro52	5 (25%)
Otros Ac (SRP, PL12, PM/SCL, OJ, MDA5, TIF1-G)	6 (30%)

Conclusiones: Los pacientes con desorganización capilar presentan peores valores de FVC, TLC y FEV1/FVC. Encontramos asociación estadísticamente significativa entre la afección esofágica y la presencia de hemorragias, pérdida de densidad capilar y ramificaciones. Se requieren estudios prospectivos y con mayor tamaño de muestra, para definir la utilidad de la VCP en el diagnóstico, pronóstico y seguimiento de estos pacientes.

75. USO DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE BEHÇET

M.T. Silva Díaz, C. Ventín Rodríguez, B. Aspe, J. Graña, A. Atanes, F.J. Blanco, C. Fernández-López, M. Freire, N. Oreiro, J.A. Pinto-Tasende y F.J. de Toro

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Introducción: La enfermedad de Behçet (EB) es un proceso inflamatorio crónico recidivante multisistémico de origen desconocido, que se caracteriza por la presencia simultánea o secuencial de aftas orales y genitales, alteraciones oculares y lesiones cutáneas. Se clasifica dentro de los "síndromes vasculíticos de vaso variable" según el consenso de Chapel Hill 2012. Las recomendaciones EULAR (Ann Rheum Dis 2008) para el tratamiento de la EB muestran las terapias biológicas (TB), sobre todo los antagonistas del TNF, como alternativa para pacientes con manifestaciones graves y refractarias, especialmente oculares, vasculares y neurológicas.

Objetivos: Revisar las indicaciones de administración de las terapias biológicas en nuestra cohorte de pacientes con enfermedad de Behçet.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados desde el año 1980, y con seguimiento actual en un ser-

vicio de Reumatología de un hospital terciario con un área sanitaria de 500.000 habitantes. Se recogieron las siguientes variables: edad, género, antecedentes personales, manifestaciones clínicas, VSG, PCR, ANA, FR, ANCA, HLA-B51, HLA-B27, tratamientos recibidos previamente a la terapia biológica y estado actual de los pacientes según el Behçet's Syndrome Activity Scale (BSAS).

Resultados: Se incluyeron en el estudio 100 pacientes con diagnóstico de EB (ISGBD Lancet 1990), de los cuales 68 tienen seguimiento activo en nuestras consultas. 16 pacientes recibieron terapia biológica, 7 varones (43,75%) edad media es de 45 años (29-73) y 12 años de seguimiento de media (3-34). Seis son B51 positivo, 6 negativo y 4 sin determinar. Apremilast no es exactamente una terapia biológica, es una molécula de síntesis química que bloquea la acción de una enzima que se encuentra en el interior de las células, denominada fosfodiesterasa 4. Es un fármaco modificador de la enfermedad sintético dirigido (tsDMARD- targeted synthetic disease-modifying antirheumatic drugs) a diferencia de Metotrexato que es un fármaco modificador de la enfermedad sintético convencional (csDMARD, conventional synthetic).

Conclusiones: Adalimumab fue la terapia biológica más utilizada (9 pacientes). La indicación clínica en la que más frecuentemente se utilizó terapia biológica fue en úlceras genitales y aftas orales refractarias a terapia convencional. Las otras indicaciones de mayor a menor frecuencia fueron lesiones pseudoeritema nodoso, forunculosis/hidrosadenitis, diarrea, poliartralgias, poliartritis, uveítis anterior con espondilitis anquilosante asociada, vasculitis retiniana, aftosis colónica y entesopatía.

76. IMPORTANCIA DE LA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES EMBARAZADAS CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS Y TROMBOFILIAS

I. Añón Oñate, I. Notario Ferreira, M.A. Ferrer González, P. Morales Garrido, C. Caro Hernández, L. Pérez Albaladejo, A. González Utrilla, E. Raya Álvarez y R. Cáliz Cáliz

Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES), síndrome antifosfolípido (SAF) y las trombofilias son patologías asociadas al desarrollo de embarazos de alto riesgo debido a la mayor frecuencia de complicaciones obstétricas. La formación de equipos multidisciplinarios para el manejo de estas patologías, en los que colaboran distintos especialistas, permite la aplicación de un protocolo experimentado de seguimiento y de tratamiento durante el mismo, con el fin de reducir la morbilidad de la madre y del feto y así mejorar el pronóstico del embarazo.

Objetivos: Determinar la eficacia del tratamiento profiláctico en una consulta especializada multidisciplinaria, en el resultado obstétrico del embarazo en pacientes diagnosticadas de LES, SAF y trombofilias.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo en el que se incluyeron a 93 pacientes diagnosticadas de LES, SAF y trombofilias que son atendidas en una consulta especializada multidisciplinaria, de enfer-

Tablas Póster 75

Tabla 1. Listado de las terapias biológicas y sus indicaciones

Terapias biológicas	Adalimumab	Infliximab	Golimumab	Etanercept	Tocilizumab	Ustekinumab	Apremilast
Manifestaciones clínicas							
Aftas orales	3	3			1		1
Úlceras genitales	3	3	1		1		1
Lesiones pseudoeritema nodoso	3	1					
Forunculosis/hidrosadenitis	1	1			1		
Aftosis colónica	1						
Diarrea	2						
Poliartralgias	1				1		
Poliartritis		1		1			
Uveítis anterior con espondilitis anquilosante	2						
Vasculitis retiniana		1			1		
Entesopatía						1	
Total	9	5	1	1	4	1	1

Tabla 2. Listado de pacientes y las terapias utilizadas

Número	Tratamientos previos	Terapia biológica	Indicación	Último BSAS
1	Colchicina, metotrexato, ciclosporina, dapsona	Adalimumab	Aftas orales, úlceras genitales y lesiones de pseudoeritema nodoso	11 (aftas orales)
2	Metotrexato	Adalimumab	Aftosis colónica, aftas orales y úlceras genitales	40 (aftosis)
3	Metotrexato	Adalimumab	Uveítis anterior con espondilitis anquilosante asociada	18 (foliculitis)
4	Colchicina, ciclosporina	Adalimumab	Uveítis anterior con espondilitis anquilosante asociada	2 (uveítis)
5	Colchicina, azatioprina	Adalimumab	Diarrea	0
6	Colchicina, metotrexato, ciclosporina	Adalimumab (2ª línea)	Aftas orales, úlceras genitales, lesiones pseudoeritema nodoso	0
7	Colchicina, metotrexato, ciclosporina	Infliximab	Aftas orales, úlceras genitales, poliartritis	20 (aftas orales y acné)
8	Metotrexato	Infliximab	Aftas orales, úlceras genitales, lesiones pseudoeritema nodoso	0
9	Metotrexato	Infliximab (suspendido en Sept-14 por remisión)	Vasculitis retiniana	0
10	Metotrexato	Etanercept	Poliartritis	5 (artritis)
11	Colchicina, metotrexato	Tocilizumab	Úlceras orales y poliartralgias	0
12	Glucocorticoides orales, colchicina, ciclofosfamida intravenosa, metotrexato, ciclosporina	Tocilizumab	Vasculitis retiniana	30 (aftas y acné)
13	Colchicina, metotrexato, azatioprina, ciclosporina, infliximab (primera línea), adalimumab (segunda línea)	Tocilizumab (suspendido en sept-15 por embarazo)	Forunculosis/hidrosadenitis	15
14	Colchicina, adalimumab (primera línea), golimumab (segunda línea)	Tocilizumab (tercera línea)	Úlceras genitales	8 (aftas orales)
15	Colchicina, azatioprina, adalimumab (por poliartralgias y diarrea)	Ustekinumab	Entesopatía	8 (dolores articulares)
16	Colchicina	Apremilast	Aftas orales, úlceras genitales	37 (aftosis y foliculitis)

medades reumáticas y embarazo, integrada por ginecólogos, hematólogos y reumatólogos, del Complejo Hospitalario Universitario de Granada desde enero de 2012 hasta diciembre de 2016. Durante el seguimiento se recogieron las siguientes variables: edad, presencia de anticuerpos antifosfolipídicos y anti Ro, eventos trombóticos y abortos previos, tratamiento durante el embarazo, resultado obstétrico del embarazo (nacido vivo/aborto) y duración de la gestación. El análisis estadístico se realizó utilizando el test de McNemar.

Resultados: Se analizaron 93 pacientes embarazadas de las cuales 26 (28%) estaban diagnosticadas de LES, 32 (34,4%) de SAF y 35 (37,6%) de trombofilias (en su mayoría, heterocigota para el gen de la MTHFR). Las pacientes incluidas se encontraban controladas de su enfermedad, en remisión clínica o baja actividad. El 47,3% eran menores de 35 años y el 52,7% mayores de 35 años. El 66,7% habían presentado uno o más abortos previos, con un registro de 159 abortos y una media de 1,71 ± 1,76 abortos por paciente. Los tratamientos recibidos por las pacientes se especifican en la tabla 1. De las pacientes con LES, 10 sin antecedentes de abortos y negatividad a los anticuerpos antifosfolipídicos no recibieron tratamiento profiláctico. Del total de nuestra cohorte, 9 pacientes (3 SAF y 6 trombofilias) recibieron además de HBPM y AAS, tratamiento con gammaglobulinas iv a dosis de 400 mg/kg inicialmente dos días seguidos y después cada tres semanas durante todo el embarazo. Se desarrollaron 90 (96,8%) embarazos sin complicaciones de ellos 6 (6,7%) embarazos pretérminos y 84 (93,3%) embarazos a término. Se produjeron 3 abortos (3,2%) en las pacientes seguidas en nuestra unidad. El descenso en el número de abortos fue estadísticamente significativo (p < 0,001). De los 3 abortos registrados, 2 eran pacientes diagnosticadas de LES, sin antecedentes de abortos previos y se produjeron durante el segundo trimestre de gestación. 1 diagnosticada de SAF, con antecedente de 2 abortos previos y se produjo durante el primer trimestre de gestación. Las pacientes que recibieron tratamiento con gammaglobulinas iv, presentaron una media de 4,88 ± 1,85 abortos previos por paciente, tuvieron un embarazo a término (100%).

	LES (n = 26)	SAF (n = 32)	Trombofilias (n = 35)
Pacientes en tratamiento con HBPM, n	2	2	23
Pacientes en tratamiento con AAS, n	9	1	3
Pacientes en tratamiento con HBPM + AAS, n	5	29	8
Pacientes sin tratamiento profiláctico, n	10	0	1

Conclusiones: El tratamiento profiláctico es efectivo en la prevención de abortos, logrando una mayor tasa de nacidos vivos. Nuestros resultados demuestran un descenso en el número de abortos y un mayor número de embarazos a término desde la inclusión de las pacientes con embarazos de alto riesgo en nuestra consulta. La valoración multidisciplinar es fundamental para prevenir complicaciones y exacerbaciones de la patología de base en mujeres con patologías reumáticas con alto riesgo obstétrico.

77. ESTUDIO DE LA MORTALIDAD EN EL REGISTRO REMICAM DE MIOPATÍAS: CAUSAS POR SUBGRUPOS, RAZÓN ESTANDARIZADA DE MORTALIDAD E INFLUENCIA DE LA EDAD Y EL TIEMPO DE SEGUIMIENTO

L. Nuño¹, B. Joven², P. Carreira², V. Maldonado³, C. Larena³, I. Llorente⁴, E. Tomero⁴, M.C. Barbadillo⁵, P. García de la Peña⁶, L. Ruiz⁷, J.C. López Robledillo⁷, H. Moruno⁸, A. Pérez⁸, T. Cobo-Ibáñez⁹, R. Almodóvar¹⁰, L. Lojo¹¹, M.J. García de Yébenes¹² y F.J. López-Longo¹³

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Madrid Norte Sanchinarro. Madrid. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital Infanta Leonor. Madrid. ¹²Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: En las miopatías inflamatorias autoinmunes (MII) es desconocido si existe un exceso de mortalidad respecto a la población de referencia española y, al igual que ocurre en otras conectivopatías, es posible que las causas de muerte sean diferentes en función del tiempo de evolución de la enfermedad, o de la edad de debut de la enfermedad.

Objetivos: Analizar las causas de muerte entre los distintos subgrupos de miopatías, calcular la tasa y razón estandarizada de mortalidad respecto a la población española y valorar la influencia de

Tabla Póster 77

	Total (N = 467)*	PM	DM	MJuv	Sd solapamiento	M. asociada cáncer
Total exitus	113 (24%)	32 (23%)	19 (18%)	4 (5%)	30 (31%)	28 (72%)
Infecciones	27 (24%)	7	6	0	9	5
Cáncer	27 (24%)	5	2	0	2	18
EPID	9 (8%)	2	4	0	3	0
Eventos cardiovasculares	24 (21%)	9	3	3	8	1
Miscelánea	15 (13%)	5	2	1	5	2
Desconocido	11 (10%)	4	2	0	3	2

*p < 0,0001.

la edad y el tiempo de seguimiento en las causas de muerte en el registro de miopatías de Madrid (REMICAM).

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo multicéntrico de una cohorte de pacientes con diagnóstico de MII y en seguimiento entre enero de 1980 y diciembre de 2014. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de MII según criterios de Bohan y Peter o criterios de Tanimoto. Las miopatías se clasificaron en 5 categorías fundamentales: polimiositis idiopática (PM), dermatomiositis idiopática (DM), MII asociada a otra conectivopatía (sd solapamiento), MII juveniles (MJuv) y miopatías asociadas a cáncer. Las causas de fallecimiento se agruparon en: infecciones, evento cardiovascular, cáncer, enfermedad pulmonar intersticial y miscelánea. Las tasas de mortalidad se obtuvieron a partir del Instituto Nacional de Estadística de la población general española correspondiente al periodo de estudio y se utilizaron para calcular tasas estandarizadas por edad y sexo. El análisis estadístico se realizó mediante Stata 12[®], con un nivel de significación p < 0,05.

Resultados: Se han incluido 467 pacientes seguidos en 12 centros, con un 15% de pérdidas durante el periodo de seguimiento. El 74% de los casos eran mujeres, una edad al diagnóstico de 41 ± 23 años, y una media de seguimiento de 9,7 ± 8,3 años. La mayor parte de los casos eran de raza caucásica (94%). Durante el periodo de estudio se produjeron un total de 113 fallecimientos (24%), siendo las principales causas las infecciones (24%) y cáncer (24%), seguido de eventos cardiovasculares (21%), enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID: 8%), miscelánea (13%) y desconocidas (10%). Las causas más frecuentes de muerte fueron los eventos cardiovasculares en las PM y miopatías juveniles, las infecciones en las DM y síndrome de solapamiento, y el cáncer en las miopatías asociadas a cáncer (tabla). La tasa estandarizada de mortalidad fue de 13,7 por 1.000 (IC95% 11,3-16,5 por 1.000) y la razón estandarizada de mortalidad de 156% (IC95% 128-187%). Se observó una tendencia a producirse la muerte por causas cardiovasculares en fases tardías de la enfermedad (11 ± 9 años) respecto de otras causas de muerte (infecciones 8,3 ± 8,9; EPI 7,9 ± 7,5; cáncer 5,9 ± 9,0; p = ns). Los pacientes fallecidos por infecciones presentaron una mayor edad de debut de la enfermedad, mientras que los fallecidos por EPID presentaron una menor edad al diagnóstico (63,3 ± 16,4 años vs 45,5 ± 14,2 años; p < 0,05).

Conclusiones: En el registro REMICAM de miopatías inflamatorias, se ha observado un exceso de riesgo de mortalidad respecto de la población española, principalmente debido a infecciones y cáncer. Existe una mayor probabilidad de fallecer por infecciones en pacientes con mayor edad al debut, y por EPID en pacientes más jóvenes, siendo importante la detección y tratamiento precoz de estas complicaciones.

78. EXPERIENCIA DE UN COMITÉ MULTIDISCIPLINAR REUMATOLOGÍA-NEUMOLOGÍA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

S. López-Salguero¹, I. Gayá², A. Martínez¹, I. Ibero¹, J. Esteve¹, J.A. Bernal¹, J.C. Ordóñez¹, M. Andrés^{1,3}, V. Jovani¹, R. García-Sevilla² y P. Vela^{1,3}

¹Sección de Reumatología; ²Servicio de Neumología. Hospital General Universitario de Alicante. ³Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Elche.

Introducción: Desde 2013 se realiza en nuestro centro, de forma mensual, una sesión conjunta entre los servicios de Neumología y Reumatología con el fin de discutir casos clínicos, resolver dudas diagnósticas y, tomar decisiones conjuntas en el manejo de la patología reumática y sus complicaciones a nivel pulmonar.

Objetivos: Describir la experiencia adquirida en la reunión multidisciplinaria de reumatología y neumología en un hospital universitario de tercer nivel.

Métodos: Estudio descriptivo de los pacientes presentados en el comité entre marzo de 2013 y noviembre de 2016. Se han registrado sus características clínicas, tipo de patología reumática, origen de los pacientes, alteraciones funcionales o radiológicas, y decisiones establecidas.

Resultados: Entre marzo de 2013 y noviembre de 2016 se han presentado un total de 93 casos (81 pacientes diferentes). 53 de los pacientes (65,4%) eran mujeres. La edad media era de 62 años (DE ± 13). Los pacientes fueron presentados en un 55% de las ocasiones por el servicio de Neumología, y en un 42% por el de Reumatología. El motivo principal de presentación fue la sospecha de enfermedad pulmonar intersticial, en base a la aparición de un patrón intersticial no conocido previamente o la aparición de disnea, en un 39 y un 21% de los casos respectivamente. La patología de base más frecuente fue en 25 casos (30,8%) la artritis reumatoide, 14 pacientes (17,2%) esclerosis sistémica, 6 (7,4%) Sjögren, 5 (7%) miopatía inflamatoria, 4 (6%) lupus eritematoso sistémico, 3 (4%) enfermedad mixta del tejido conectivo, 3 (4%) enfermedad indiferenciada del tejido conectivo, mientras que en 23 casos (28%) fueron otros diagnósticos o no estaban establecidos en ese momento. En cuanto al tipo de patrón radiológico en TAC pulmonar, el más frecuente fue el tipo neumonía intersticial no específica (NINE) en 23 pacientes (24,7%), seguido del tipo neumonía intersticial usual (NIU) en 19 pacientes (20,4%). En más de la mitad de las ocasiones (58%), la presentación del paciente en el comité supuso modificación de la actitud terapéutica; en el resto se decidió continuar el estudio (26%), o no realizar ningún cambio (16%).

Conclusiones: En nuestra experiencia, el comité multidisciplinaria ha resultado de gran utilidad para la práctica clínica. Dada la gran variedad de síntomas que presentan nuestros pacientes, es de gran importancia la interacción con otras especialidades, como en este caso la Neumología.

79. MACHINE LEARNING EN REUMATOLOGÍA: DESARROLLO DE UN MODELO PREDICTIVO DE MORTALIDAD EN ARTRITIS REUMATOIDE UTILIZANDO BOSQUES ALEATORIOS DE SUPERVIVENCIA

L. Rodríguez-Rodríguez¹, J.M. Lezcano¹, E. Soudah², J.A. Jover¹, I. González², F. Salazar² y L. Abásolo¹

¹UGC de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Centro Internacional de Métodos Numéricos en Ingeniería. Madrid. ³Hospital Universitario de la Princesa e IIS. Madrid.

Objetivos: Diferentes métodos de *machine learning* se han utilizado para desarrollar modelos predictivos de gran calidad y precisión. Entre ellos, los bosques aleatorios de supervivencia (RSF) han sido propuestos como una alternativa a los modelos tradicionales de

supervivencia. Nuestro objetivo es desarrollar y validar un modelo predictivo de mortalidad en pacientes con AR mediante el uso de RSF. **Métodos:** Estudio longitudinal retrospectivo que incluyó a 2.271 pacientes diagnosticados de AR (según los criterios ACR de 1986) entre enero de 1994 y febrero de 2013 y seguidos por la Unidad de Gestión Clínica de Reumatología del Hospital Clínico San Carlos. El tiempo de seguimiento se prolongó desde su diagnóstico hasta su fallecimiento o septiembre de 2013. Variables independientes: Sexo, edad y año de diagnóstico de la AR, nacionalidad, presencia de factor reumatoide, número de ingresos hospitalarios, tratamiento con terapias biológicas durante el seguimiento, nivel de discapacidad al inicio de la enfermedad [mediana del "Health Assessment Questionnaire" (HAQ) durante los dos primeros años tras el diagnóstico] y nivel de actividad inflamatoria al inicio de la enfermedad [mediana de la velocidad de sedimentación glomerular (VSG) durante los dos primeros años tras el diagnóstico]. El RSF fue implementado utilizando el paquete de R "randomForestSRC", basado en 1.000 árboles. La regla de corte más efectiva fue "logrank". Los valores faltantes fueron imputados mediante una de las funciones implementadas por el propio paquete. La capacidad predictiva de las variables se valoró mediante el uso de la "importancia de la variable" (VIMP). Se realizó una validación interna del modelo utilizando validación cruzada k-fold mediante el índice de concordancia de Harrell (Índice-C).

Resultados: 431 pacientes fallecieron (19%) durante un periodo de observación de 18.482 personas-año. El modelo de clasificación construido mostró un índice-C de 0,81. La variable predictora más importante fue la edad del paciente en el momento del diagnóstico de AR [importancia relativa (IR) 100%], seguida por el año en el que fue diagnosticado (IR 21,8%) y el número de ingresos hospitalarios (IR 19,4%). VSG, el tratamiento con terapias biológicas y HAQ también mostraron cierta capacidad predictiva, aunque considerablemente inferior a las tres primeras (IR 5,4%, 3,7% y 2,8% respectivamente).

Conclusiones: Hemos desarrollado un modelo predictivo de mortalidad mediante RSF que ha mostrado una buena bondad de ajuste. Además, este método presenta un gran potencial para la identificación de los factores de riesgo de mortalidad más relevantes en pacientes con AR.

80. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ARTICULARES Y EXTRAARTICULARES DE UNA SERIE DE PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SUBTIPO PSORIÁSICA

A. Zacarías Crovato¹, S. Hernández-Baldizón², V. Torrente-Segarra³, J. Calzada Hernández¹, J.M. Mosquera¹, R. Bou Torrent¹, E. Iglesias Jiménez¹, C. Giménez¹, V. Bittermann¹ y J. Antón López¹

¹Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. ²Servicio de Reumatología. Hospital Juaneda Miramar. Palma de Mallorca. ³Servicio de Reumatología. Hospital General Hospitalet-Moisès Broggi. Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La artritis psoriásica (aPso) se presenta en un 7% de pacientes que padecen artritis idiopática juvenil. En ocasiones la afectación articular precede a la cutánea y viceversa, sin haber sido tan estudiados como en población adulta con artritis psoriásica estos datos. El objetivo de nuestro estudio es describir las características de una serie de pacientes con aPso].

Métodos: Estudio descriptivo, transversal de pacientes con aPso juvenil que acudieron a consultas externas de un centro de tercer nivel en un periodo comprendido entre agosto de 2012 y marzo 2016. Se incluyeron en una base de datos todos los pacientes diagnosticados de AIJ psoriásica según los criterios clasificatorios ILAR (Edmonton 2001) denominados como: Artritis con psoriasis o artritis y al menos 2 de las siguientes características: dactilitis, lesio-

nes punteadas de la uña u onicosis, historia familiar de psoriasis confirmada por un dermatólogo en al menos un familiar de primer grado. Se recogieron datos sobre las características demográficas, tipo de afectación articular y cutánea; el tratamiento realizado hasta la remisión clínica. Se recogieron los datos en una base de datos Access 2003 y se analizaron mediante SPSS Mac 20.

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes con una prevalencia de aPso del 5% de las artritis idiopáticas juveniles. Con características demográficas: 18 mujeres 59% y 13 (41%) hombres con una edad media de 7,4 años al diagnóstico. Todos tienen el F -; 9 (29%) ANA +; 4 (12,9%) HLA-B27+. El inicio de la enfermedad fue en 14 casos (45%) nivel cutáneo y articular en 17 (55%). El tipo de afectación cutánea principal fue: en placas 14 (45%), guttata 3 (9,6%) y 3 (9,6%) presentaban ambas. La dactilitis estuvo presente en 8 casos (26,6%) y entesitis en 6 (19,35%). La afectación articular fue principalmente oligoarticular en 15 (48%), poliarticular 1 (3,2%). Se observó afectación axial en 4 (12,9%) casos. La presencia de uveítis se observó en 7 casos (22,5%). De estos solo 5 (71,15%) presentaban ANA +. Del tratamiento realizado un 30 (96%) recibió tratamiento con FAME metotrexato habiendo realizado cambio a leflunomida en 6 ocasiones (19,3%) y ningún paciente con salazopirina. En 16 (51,6%) pacientes requirió terapia biológica; 9 (29%) recibió más de un biológico. La indicación de biológico fue por actividad articular en 15 (48%) y 1 (3,2%) por piel y articular. Los pacientes que debutaron con una forma principalmente articular precisaron mayor uso de terapia biológica: 10 (32,2%) versus 6 (19,35). Presentaron reacción paradójica de anti-TNF 3 (9,6%) de los pacientes: dos casos por adalimumab y uno con infliximab.

Conclusiones: La aPso es una forma poco frecuente y con menor presencia en las publicaciones científicas de artritis idiopática juvenil. Cabe destacar las principales manifestaciones observadas (oligoartritis; psoriasis en placas; dactilitis; entesitis; uveítis) así como una mayor frecuencia de debut en forma articular. Observándose en nuestra serie una mayor incidencia de uveítis. Más de la mitad de pacientes requirieron uso de terapia biológica, más pronunciado en aquellos pacientes en que la enfermedad debutó en forma articular. Un porcentaje nada desdeñable de pacientes presentaron el debut de la forma cutánea tras inicio de un anti-TNF alfa.

81. VARIACIÓN GENÉTICA ASOCIADA AL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES

A. Aterido¹, J.D. Cañete², A. Fernández-Nebro³, C. Ferrándiz⁴, J. Tornero⁵, J.P. Gisbert^{6,7}, E. Domènech^{4,6}, B. Fernández-Gutiérrez⁸, F. Gomollón^{8,9}, E. García-Planella¹⁰, E. Fernández², R. Sanmartí⁵, J. Gratacós¹¹, V.M. Martínez-Taboada¹², L. Rodríguez-Rodríguez⁸, P.P. Perrotti¹, N. Palau¹, R. Tortosa¹, M. López-Corbeto¹, M. López-Lasanta¹, S. Marsal¹ y A. Julià¹

¹Grup de Recerca de Reumatologia. Vall d'Hebron Research Institute. Barcelona. ²Hospital Clínic de Barcelona e IDIBAPS. Barcelona. ³UGC de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica. Hospital Regional Universitario de Málaga. Universidad de Málaga. ⁴Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁵Hospital Universitario de Guadalajara. ⁶CIBERehd. Madrid. ⁷Hospital Universitario de La Princesa e IIS-IP. Madrid. ⁸Hospital Clínico San Carlos. IDISSC. Madrid. ⁹Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. ¹⁰Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ¹¹Hospital Parc Taulí. Sabadell. ¹²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos: Las enfermedades autoinmunes son un grupo de patologías crónicas caracterizadas por la activación de múltiples vías inmunitarias e inflamatorias contra antígenos propios. Entre éstas, las seis enfermedades más prevalentes y con mayor impacto socioeconómico son las enfermedades reumáticas artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (AP) y lupus eritematoso sistémico (LES), así

como la psoriasis (PS), la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU). Múltiples estudios clínicos han demostrado que las enfermedades autoinmunes tienen una mayor prevalencia de eventos cardiovasculares en comparación con la población general. La comprensión de los mecanismos genéticos y biológicos que aumentan el riesgo cardiovascular (RCV) en las enfermedades autoinmunes es fundamental para desarrollar tratamientos más eficientes y mejores estrategias preventivas. El objetivo del presente estudio es la caracterización de la base genética del RCV en las enfermedades autoinmunes más prevalentes.

Métodos: Un total de 598.258 polimorfismos de nucleótido simple (SNPs) fueron genotipados en 6.485 pacientes de las 6 enfermedades autoinmunes más prevalentes: AR, AP, LES, PS, EC y CU. Todos los pacientes incluidos en el presente estudio eran caucásicos europeos y de la población española. Las 6 cohortes de pacientes fueron reclutadas por el consorcio biomédico español IMID Consortium. En primer lugar, se analizó la asociación entre los genes de RCV en la población general ya conocidos y el desarrollo de eventos cardiovasculares en cada una de las enfermedades autoinmunes. En segundo lugar, y también para cada enfermedad autoinmune, se realizó un análisis de asociación entre los genes de susceptibilidad de las enfermedades autoinmunes y el RCV. Finalmente, con el objetivo de identificar patrones genéticos globales asociados a RCV en las enfermedades autoinmunes, se realizó un meta-análisis estratificado por enfermedad mediante la metodología cross-phenotype meta-analysis (CPMA) utilizando los datos de genoma completo.

Resultados: En la primera fase del estudio, un total de 17 genes asociados con RCV en la población general se hallaron también significativamente asociados con el desarrollo de eventos cardiovasculares en enfermedades autoinmunes ($p < 0,05$). De estos, 4 genes mostraron un efecto significativamente diferente entre las enfermedades autoinmunes ($P_{\text{Breslow-Day}} < 0,05$). A su vez, 6 genes de susceptibilidad de enfermedades autoinmunes, como por ejemplo el gen de riesgo para la AR CFLAR-CASP8, se hallaron significativamente asociados también al RCV. En el meta-análisis a escala genómica usando el método CPMA, se identificaron 10 módulos genéticos asociados al RCV. Dos de estos módulos genéticos mostraron una fuerte asociación con el RCV en las enfermedades reumáticas AR, AP y LES. El análisis funcional de ambos módulos reveló una enriquecimiento significativo en procesos biológicos asociados al desarrollo de procesos autoinmunes como la vías de señalización mediadas por las citoquinas $\text{TNF}\alpha$ ($P_{\text{FDR}} < 0,05$) e $\text{IFN}\gamma$ ($P_{\text{FDR}} < 0,05$).

Conclusiones: Los resultados del presente estudio representan un avance significativo en la caracterización de la base genética del RCV en las enfermedades autoinmunes. Estos resultados podrían contribuir a explicar la mayor prevalencia de eventos cardiovasculares en pacientes con enfermedades autoinmunes en comparación con la población general.

82. THE EFFECT OF CONCOMITANT USE OF METHOTREXATE ON THE CLINICAL ACTIVITY IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS UNDER ANTI-TNF THERAPY

A. Martínez Feito¹, Ch. Plasencia^{1,3}, B. Hernández- Breijo¹, A. Jochems¹, C. Diego², A. Villalba³, D. Peiteado³, L. Nuño³, P. Nozal², A. Balsa^{1,3} y D. Pascual-Salcedo¹

¹Immuno-Rheumatology Research Group. IdiPaz; ²Immunology;

³Rheumatology. La Paz University Hospital. Madrid.

Introduction: Several publications in rheumatoid arthritis (RA) have demonstrated a beneficial effect of concomitant methotrexate (MTX) use with TNF inhibitors (TNFi), mainly because of the MTX effect in reducing immunogenicity. In a previous work in the RA-La Paz cohort, we found that the concomitant use of MTX had a positive effect on the pharmacokinetics of serum TNFi levels, decreasing

the immunogenicity of these drugs. Furthermore, the MTX effect was dose-dependent, being greater at high MTX dose. Currently, we investigate the effect of concomitant MTX use on the clinical response.

Objectives: To investigate the MTX influence on the clinical response in the RA-La Paz cohort treated with Infliximab (Ifx), Adalimumab (Ada) or Etanercept (Etn) at one year of treatment.

Methods: This is an observational study from a prospective cohort from the Biological Unit of the University Hospital La Paz, Madrid, Spain that analysed a total of 293 RA patients treated with Ifx (112 patients), Ada (71 patients) and Etn (110 patients). Patients were grouped according to the MTX dose: no MTX, low dose (LD: = 12.5 mg/week), intermediate dose (ID: 15-17.5 mg/week) and high dose (HD: = 20 mg/week). For this study, the clinical response was evaluated by DAS28-ESR and the clinical improvement by deltaDAS28. Data were collected at baseline, 0.5 and 1 year of TNFi treatment. Statistical analysis was performed using GraphPad Prism 6.0 software.

Results: Out of 293 RA patients (pts) under TNFi treatment, 184 (71 with Ifx, 40 with Ada and 73 with Etn) were included. In this cohort, 128 (70%) pts used concomitantly MTX (91% oral administration) and 56 (30%) pts were in monotherapy. No differences in DAS28 were found at baseline between patients with or without MTX ($p = 0.8$). After one year of treatment, pts with TNFi +MTX have a significantly lower DAS28 than patients without MTX (3.3 ± 1.3 vs 3.9 ± 1.1 ; $p = 0.004$). When analyzing the DAS28 values in relationship to the MTX dose, statistical differences are observed with use of HD (= 20 mg/week) (3.1 ± 1.3 with HD vs 3.9 ± 1.1 without MTX; $p = 0.001$) but not with intermediate (3.4 ± 1.2 with ID vs 3.9 ± 1.1 without MTX; $p = 0.06$) or low MTX dose (3.8 ± 1.6 with LD vs 3.9 ± 1.1 without MTX; $p = 0.4$) at 1 year of therapy. Clinical improvement by deltaDAS28 was higher in patients with TNFi +MTX than in patients without MTX (1.7 ± 1.4 vs 1 ± 1.3 ; $p = 0.007$). This effect was observed with all MTX doses (1.7 ± 1.5 with HD vs 1 ± 1.3 without MTX, $p = 0.01$; 1.6 ± 1.3 vs with ID 1 ± 1.3 without MTX, $p = 0.03$; 1.8 ± 1.3 with LD vs 1 ± 1.3 without MTX, $p = 0.01$).

Conclusions: In the RA-La Paz cohort under TNFi treatment, the concomitant use of MTX has a positive effect on the clinical activity, mainly when high dose of MTX is used. Moreover, we demonstrate a positive effect of any MTX dose on the clinical improvement at one year of treatment.

83. GENERACIÓN DE CÉLULAS MADRE PLURIPOTENTES INDUCIDAS COMO MODELOS CELULARES DE ARTROSIS

R. Castro-Viñuelas^{1,2}, C. Sanjurjo-Rodríguez^{1,2}, T. Hermida-Gómez¹, I. Fuentes-Boquete^{1,2}, F.J. de Toro-Santos^{1,2}, F. Blanco-García^{1,3} y S. Díaz-Prado^{1,2}

¹Unidad de Bioingeniería Tisular y Terapia Celular (CBTTC-CHUAC). CIBER-BBN/ISCIII. Grupo de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC). SERGAS. Universidade da Coruña (UDC). A Coruña. ²Unidad de Terapia Celular y Medicina Regenerativa. INIBIC. CHUAC. SERGAS. Departamento de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud. UDC. A Coruña. ³Grupo de Reumatología. INIBIC. CHUAC. SERGAS. Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela.

Introducción: La arquitectura especializada y la limitada capacidad de reparación del cartílago articular, hace que la artrosis (OA) sea una de las enfermedades articulares más difíciles de tratar. Las células madre pluripotentes inducidas (iPSc) constituyen una herramienta prometedora como modelos celulares de enfermedades, ya que proporcionan una fuente ilimitada de las células especializadas de interés. Esta aproximación permite a los investigadores estudiar

de manera profunda enfermedades complejas, como la OA, permitiendo reproducir estadios tempranos de la enfermedad a una placa Petri. Los modelos de OA basados en iPSc podrían ayudarnos a comprender mejor la enfermedad y, en último término, desarrollar un tratamiento para la misma.

Objetivos: Validar un método de generación de iPSc a partir de fibroblastos de pacientes con OA localizada en diferentes articulaciones, con el fin de obtener modelos celulares de la enfermedad.

Métodos: Se seleccionaron pacientes que presentaban la patología artrósica sólo en rodilla, sólo en manos y un donante sin patologías artrósicas/artríticas (control sano), comprobado mediante información radiológica. Posteriormente, se aislaron células a partir de biopsias de piel de 3 mm de diámetro de estos pacientes mediante la técnica de cultivo por explantes. Se comprobó que dichas células eran fibroblastos mediante técnicas histológicas e inmunohistoquímicas. Además, éstas fueron cariotipadas con el fin de comprobar que no existían alteraciones cromosómicas previas a la reprogramación. El proceso de reprogramación para generar las iPSc fue llevado a cabo introduciendo los factores de transcripción Oct4, Sox2, Klf4 y c-Myc mediante un método no integrativo, el virus Sendai. Las líneas celulares obtenidas se expandieron durante más de 8 pases y fueron caracterizadas mediante inmunohistoquímica para marcadores de pluripotencia.

Resultados: Se consiguieron aislar células a partir de las biopsias de piel de los pacientes con OA y del donante sano. El análisis histológico e inmunohistoquímico permitió comprobar que el 85-95% de las células en cultivo eran efectivamente fibroblastos, los cuales presentaron un cariotipo normal 46,XX. Tres semanas después de la reprogramación surgieron las primeras colonias de iPSc, las cuales presentaron la morfología característica de las células madre embrionarias. Estas colonias mostraron positividad para la tinción con fosfatasa alcalina y, además, fueron positivas para marcadores de pluripotencia como Tra-1-81 y Nanog.

Conclusiones: Se consiguieron aislar fibroblastos a partir de las muestras de todos los pacientes. El proceso de reprogramación empleando el virus Sendai permitió generar iPSc a partir de un paciente con OA de rodilla, un paciente con OA de manos y un donante sano.

Agradecimientos: Fundación Española de Reumatología (FER); CIBER-BBN; REDICENT y GPC (Xunta Galicia); Diputación da Coruña; Universidade da Coruña; Servicio de Genética del Hospital Teresa Herrera y Servicio de Radiofísica del Centro Oncológico de Galicia.

84. ESTUDIO DE MANIFESTACIONES DEL APARATO LOCOMOTOR Y SU RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

S. Mainero Mendoza^{1,2}, C. Feced Olmos¹, L.González Puig¹, J. Ivorra Cortés¹, I. Martínez Cordellat¹, C. Nájera Herranz¹, R. Negueroles Albuixech¹, J.E. Oller Rodríguez¹, F.M. Ortiz Sanjuán¹, E. Vicens Bernabéu¹, E. Grau García¹, E. Labrador Sánchez¹, K. Arévalo Ruales¹, J.J. Frago Gil¹, R. González Mazarío¹, C. Alcañiz Escandell¹, I. Cánovas Olmos¹, I. Chalmeta Verdejo¹ y J.A. Román Ivorra¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Facultad de Medicina. UCV. Valencia.

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) son las principales entidades incluidas en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Ambas dan lugar a síntomas extraintestinales, que no siempre coinciden con la actividad de la EII de base. Los trastornos articulares son la manifestación extraintestinal más frecuente y se incluyen en el grupo de las llamadas espondiloartritis seronegativas. Cuando existe EII conocida o activa, el tratamiento de ésta es prioritario ya que generalmente con él se mejora el pro-

blema articular. Pero en ocasiones el tratamiento no es eficaz para las manifestaciones articulares, puesto que algunas de ellas tienen un curso independiente a la afectación intestinal, como en el caso de los pacientes con EII y espondilitis anquilosante (EA).

Objetivos: Análisis de la prevalencia de las manifestaciones articulares de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, así como las pautas de tratamiento en estos pacientes.

Métodos: Análisis transversal observacional retrospectivo de pacientes con EII que han sido evaluados en el Servicio de Reumatología del HUP La Fe por sospecha de afectación de aparato locomotor. Se ha recogido datos demográficos, clínicos y de tratamiento del paciente. El análisis bioestadístico de los datos obtenidos se realizó mediante el software R versión 3.2.5.

Resultados: Se han seleccionado 183 pacientes con EII (57,4% de mujeres), de los cuales 117 son EC y 66 son CU, con una edad media al diagnóstico de la EII de 37,03 ± 14,02 años. Del total de pacientes, 29 presentaban afectación axial y 51 con afectación periférica, encontrándose de forma simultánea ambas afectaciones en 22 casos. No se observa asociación entre el diagnóstico de la EII y si las manifestaciones son axiales o periféricas. Del total de pacientes, 79 llevaban terapias biológicas, y estos tratamientos habían sido pautados por Digestivo en un 66% y por Reumatología en el 44%. En estos 79 pacientes sí que se observa que en aquellos que presentan manifestaciones axiales hay una mayor probabilidad de que el tratamiento haya sido pautado por Reumatología (p = 0,007). Desglosando las manifestaciones axiales se observa mayor probabilidad de que el tratamiento sea prescrito por Reumatología en el caso de las EA (n = 36, p = 0,0102). En las manifestaciones periféricas se observa mayor probabilidad de que el tratamiento sea prescrito por Reumatología en el caso de las uveítis (n = 14, p = 0,0337).

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con EII y sospecha de afectación de aparato locomotor, el 55,7% de los casos tienen realmente dicha afectación, siendo más frecuente la de tipo periférico. Entre los pacientes con EII y afectación axial y/o periférica que llevan terapia biológica, el 44% ha sido prescrita por reumatólogos, y son casos con claro predominio axial, donde el tratamiento de la EII no mejora el cuadro articular, por lo que debe aplicarse el mismo tratamiento que en las espondiloartritis primaria.

85. IMPORTANCIA DE LA CAPILAROSCOPIA PERIUNQUEAL EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, CAPILAROSCÓPICAS Y ANALÍTICAS DE LOS PACIENTES VALORADOS EN UNA CONSULTA DE CAPILAROSCOPIA DURANTE EL AÑO 2016

S. Soro Marín¹, G. Sánchez Nievas², E. Júdez Navarro², M. Sianes Fernández², I. Labiano Bastero², M.Á. García Morales² y M.G. García-Consuegra Sánchez-Camacho²

¹Unidad de Reumatología. Hospital General de Villarrobledo. ²Sección de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción: La capilaroscopia periungueal (CP) es una técnica sencilla, de bajo coste y cómoda para el paciente que permite un estudio detallado de la microcirculación. Tiene una alta sensibilidad y permite orientar a los pacientes con sospecha de enfermedad autoinmune sistémica, sobre todo aquellos asociados a fenómeno de Raynaud (FR). No tiene contraindicaciones ni complicaciones por lo que debe considerarse realizarla de forma rutinaria en estos pacientes. Sin embargo es escaso el tiempo dedicado en las consultas a su realización, manejando a los pacientes con información clínica y de laboratorio y perdiendo la información que nos puede aportar esta exploración.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes a los que se les ha realizado CP durante el año 2016 en una consulta dedicada a la realización de esta técnica.

Resultados: Se incluyeron todos los pacientes a los que se les realizó CP durante el año 2016. La exploración se realizó en 118 pacientes, 14 hombres (11,9%) y 104 mujeres (88,1%), con una edad media de 48 años. En el 59,3% de los casos el motivo de solicitar la CP fue completar el estudio de pacientes con fenómeno de Raynaud, en 15,2% por artralgias asociadas a presencia de autoanticuerpos, en el resto de casos eran pacientes ya diagnosticados de esclerodermia (7,6%), Pre-esclerodermia (11,9%) y LES (1,7%), entre otras. En cuanto a los hallazgos encontrados, el 74% tenía una densidad capilar normal, 25,4% pérdida limitada y el resto pérdida moderada (10,2%) y difusa (1,7%). Aplicando la clasificación de Mariq et al al 56% no presentó dilatación capilar, 41,5% dilatación moderada y 11% dilatación extensa. No se observaron tortuosidades en el 37,3% de los pacientes. Las tortuosidades más observadas fueron las simples (39%), seguidas de tortuosidades en S (12,7%) y en ovillo (8,5%). Se observó morfología en banco de peces en el 16,1% de los casos. Las ramificaciones más frecuentes fueron las simples (9,3%), y no se observaron en el 62,7% de los pacientes. Sólo un paciente presentó neoangiogénesis. Las hemorragias se visualizaron en el 25,4% de los casos. Cuando estudiamos la autoinmunidad: 43,9% presentaron ANA, 12,7% anticuerpos anticentrómero, 7,6% anti-Scl 70 y 1,7% anticardiolipina. No existieron diferencias significativas en los hallazgos entre hombres y mujeres. Como era de esperar, aquellos pacientes ya diagnosticados de esclerodermia y preesclerodermia tenían patrones capilaroscópicos más alterados. Al analizar aquellos pacientes en los que se solicitó la prueba por FR, se observaron dilataciones en 32 pacientes, 3 de ellos con megacapilares (1 con anti-Scl 70 positivo y 2 con estudio de autoinmunidad normal), de los otros 29 pacientes, 4 tenían ANA, 3 anti-Scl 70 y 3 anticentrómero. En este subgrupo de pacientes estudiados por FR 4 tenían una densidad capilar con pérdida difusa, de los cuales 2 tenían estudio autoinmunidad normal, 1 anti-Scl 70 y 1 anticentrómero. Aquellos pacientes con FR y anticuerpos anti-Scl 70 o anticentrómero tenían más dilataciones y pérdida de la densidad capilar que el resto, aunque las diferencias no fueron significativas.

Conclusiones: La CP es una técnica indispensable en la evaluación inicial de los pacientes con FR, para el diagnóstico precoz de algunas conectivopatías y por su valor pronóstico. Consideramos que a todos los pacientes con FR se les debe realizar una CP y destacamos la importancia de dedicar tiempo en nuestras consultas a la realización de esta técnica.

86. OPTIMAL CIRCULATING ADALIMUMAB LEVELS RANGE ASSOCIATED WITH GOOD CLINICAL RESPONSE IN RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS

A. Jochems¹, A. Martínez-Feito¹, Ch. Plasencia¹, B. Hernández-Breijo¹, A. Villalba¹, I. Monjo¹, A. Mezcúa², P. Nozal², A. Balsa y D. Pascual-Salcedo¹

¹Immuno-Rheumatology Research Group. IdiPaz; ²Immunology Unit. La Paz University Hospital. Madrid.

Introduction: TNF inhibitors have become an important part of healthcare worldwide for inflammatory diseases such as RA (Pouw et al. ARD, 2013). Many publications show that responding patients have higher Adalimumab (Ada) serum trough levels (ATL) than non-responders. These factors are influenced by age, weight, gender or pharmacokinetics, which in turn depend on immunogenicity. Concomitant use of immunomodulators such as methotrexate (MTX) reduces immunogenicity and enhances therapy benefits (Pascual-Salcedo. Rheumatology (Oxford), 2011). Increasing drug dosage in patients with less response is the standard practice, while lowering dosage is advisable in patients achieving remission. Many recent publications (Chen et al. ARD, 2014) assess serum trough levels that reflect optimal response and which could be used as benchmark for guidance to implement the Therapeutic Drug Monitoring.

Objectives: To establish an optimal Ada serum trough level range in RA patients associated with good clinical response.

Methods: A prospective observational study with 40 RA patients under Ada treatment recruited in the Rheumatology Unit of University Hospital La Paz was conducted. Demographic data, ATL and clinical activity of patients treated with 40 mg/kg every other week from 4 months up to 12 years of treatment were collected. A total of 206 samples were analyzed [mean = 5 (3-13) samples/patient]. Disease activity was assessed using the DAS28 index and clinical improvement with δ DAS28. ATL were measured with a capture ELISA [correlation with Promonitor (Derio, Vizcaya) $\kappa = 1$, $r = 0.91$; and with Sanquin (Amsterdam, The Netherlands) $\kappa = 1$, $r = 0.86$] and statistical analysis were performed with GraphPadPrism 5.0 software.

Results: Demographic data of our cohort were: mean age (\pm SD) 56.75 \pm 16.06, with 82.5% of females and 45% of patients treated with concomitant MTX. Sixty-five and 72% of patients were RF and ACPA positive, respectively. ATL were similar in patients treated with concomitant MTX (mean = 3.82 \pm 2.42 μ g/ml) or Ada monotherapy (mean = 3.54 \pm 2.43 μ g/ml) $p = 0.81$. Consistent with previous studies, low-disease activity patients (DAS28 \leq 3.2) presented higher Ada circulating levels than patients with high-disease activity [3.7 μ g/ml (IQR 2.97-5.48) vs 1.71 μ g/ml (IQR 0.23-4.51), $p = 0.01$]. The median of Ada levels excluding the values ($n = 6$) that showed immunogenicity was 3.42 μ g/ml (IQR 1.55-5.03) where 3.50 μ g/ml represented the most frequent value (15% of patients). Lack of clinical improvement (δ DAS \leq 1.2) was linked to drug levels below percentile 25 ($p = 0.04$) whilst Ada levels above percentile 75 did not ensure more clinical improvement ($p = 0.7$) than the values around the median.

Conclusions: ATL correlate with the disease activity and with the clinical improvement. The optimal range associated with good therapeutic response after the standard dose is 1.5-5 μ g/ml. Higher circulating drug levels do not entail better response, which indicates they could be unnecessary. The knowledge of the optimal drug ranges can guide the Personalized Drug Therapy in order to maximize effectiveness and minimize costs.

87. PRIMER EVENTO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA CRÓNICA: DATOS PROSPECTIVOS DEL PROYECTO CARMA

M.A. Martín Martínez¹, S. Castañeda², C. González-Juanatey³, F. Sánchez-Alonso⁴, S. Marsal Barril⁵, M. Romera-Baures⁶, J. Santos-Rey⁷, J.A. Pinto-Tasende⁸, J. Tornero-Molina⁹, R. López¹⁰, M.D. Sánchez González¹¹, J. Llorca¹², M.A. González-Gay¹³ y Grupo Colaborador Proyecto CARMA

¹Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-Princesa. Madrid. ³Servicio de Cardiología. Hospital Lucus Augusti. Lugo. ⁴Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología. Madrid. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ⁸Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Guadalajara. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital General Virgen de la Concha. Zamora. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca. ¹²Servicio de Epidemiología y Biología Computacional. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Santander. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Grupo Epidemiología Genética y Arterioesclerosis en Enfermedades Inflamatorias Sistémicas. Servicio de Reumatología. IDIVAL. Santander.

Objetivos: Estimar la incidencia y factores de riesgo del primer evento cardiovascular (ECV) en los pacientes con enfermedad reu-

mática inflamatoria crónica (ERIC) atendidos en consultas externas de Reumatología a los 2,5 años de seguimiento.

Métodos: Análisis de datos después de 2,5 años de seguimiento de un estudio prospectivo observacional [CARDIOVASCULAR EN REUMATOLOGÍA (CARMA)] el cual incluye una cohorte de pacientes con ERIC [Artritis Reumatoide (AR), Espondilitis Anquilosante (EA), Artritis Psoriásica (AP)] y una cohorte control de pacientes sin ERIC atendidos en consultas de Reumatología de 67 hospitales españoles. Se estimó la incidencia acumulada (IA) por 1000 pacientes del primer ECV en ambas cohortes a los 2,5 años desde el inicio del estudio. Se utilizó un modelo de riesgo proporcional de Weibull para calcular el Hazard Ratio (HR) e intervalo de confianza al 95% (IC95%) de los factores de riesgo. Se analizaron las pérdidas de seguimiento y sus causas.

Resultados: El total de pacientes que completaron el seguimiento a los 2,5 años fue de 2598 (89,2% del total incluido). Siete pacientes fallecieron de ECV y 23 de causas no cardiovasculares. El grupo de no expuestos fue el que presentó mayores pérdidas de seguimiento (15,8%). La IA del primer ECV fue 15,3 casos por 1000 pacientes (IC95%: 12,9-17,7), siendo mayor en el grupo de pacientes con EA (22,03; IC95%: 11,01-33,04). El mayor riesgo de desarrollar el primer ECV durante los 2,5 años de seguimiento fue el grupo de EA (HR: 4,11; IC95%: 1,07-15,8; $p = 0,04$), aquellos con mayor edad (HR: 1,09; IC95%: 1,05-1,13; $p < 0,001$), mayor presión arterial sistólica (HR: 1,02; IC95%: 1,0-1,04; $p = 0,01$) y mayor duración de la enfermedad reumática (HR: 1,07; IC95%: 1,03-1,12; $p < 0,01$). Por el contrario, ser mujer fue un factor protector (HR: 0,43; IC95%: 0,2-1,0; $p = 0,05$).

Conclusiones: Los pacientes con EA seguidos prospectivamente en las consultas de Reumatología mostraron mayor riesgo de desarrollar un primer ECV que el grupo control. Además de los factores clásicos de riesgo cardiovascular, la mayor duración de la enfermedad es un factor de riesgo para el desarrollo de ECV en los pacientes con ERIC.

Agradecimientos: este proyecto ha sido realizado gracias al soporte económico de Abbvie, España.

88. ¿PODEMOS IDENTIFICAR MARCADORES DEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS O SEROLÓGICOS DE REMISIÓN CLÍNICA SOSTENIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRAS LA OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA BIOLÓGICA?

L. Valor, E. Naredo, D. Hernández-Flórez, I. Janta, T. del Río, J.G. Ovalles, J. Martínez Barrio, J.C. Nieto, B. Serrano, C.M. González, J. López-Longo e I. Monteagudo

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: Las terapias biológicas (TBIol) son eficaces en el tratamiento de pacientes con artritis reumatoide (AR) sin respuesta satisfactoria a fármacos modificadores de enfermedad sintéticos (FAME). El coste económico sobre los sistemas sanitarios y el interés por minimizar posibles efectos adversos a largo plazo, han promovido en los últimos años diversas iniciativas en la reducción de dosis de estos tratamientos en pacientes con AR en remisión clínica sostenida y prolongada en un intento de optimizar su eficiencia y su relación beneficio/riesgo. Esta estrategia ha sido promovida por las sociedades científicas y aplicada en práctica clínica habitual con resultados muy variables (20-60%) en cuanto al mantenimiento de la remisión clínica sin reactivación de la enfermedad.

Objetivos: Evaluar la actividad clínica en pacientes con AR en régimen de optimización de TBIol (OP-TBIol) durante al menos 40 meses.

Métodos: Se evaluaron 42 pacientes provenientes del estudio de OP-TBIol según el protocolo de ecografía de Naredo et al. (Rheumatology (Oxford). 2015;54:1408-14) a los 40 meses de llevar OP-TBIol estable en cuanto a vía, dosis y administración concomitante de FAME. Se recogieron variables demográficas, de laboratorio [factor reumatoide (FR) y anticuerpos contra el péptido cíclico citrulinado (anti-CCP)] y se evaluó la actividad clínica mediante los índices DAS28-VSG, DAS28-PCR, SDAI y CDAI.

Resultados: La muestra estuvo formada por 16 hombres (38,1%) y 26 mujeres (61,9%) con edad media: 56,6 (DE \pm 13,9) años. El tiempo medio de supervivencia de la OP-TBIol fue de 36,1 meses (IC95% 33,4-38,7). De los 42 pacientes, 33 (78,6%) alcanzaron con éxito los 40 meses de espaciamiento. Nueve (21,4%) interrumpieron el espaciamiento entre los 12 y 40 meses de seguimiento, 7 volvieron a la dosis estándar de TBIol y 2 cambiaron de TBIol. Diecisiete de los 42 (51,5%) pacientes que alcanzaron los 40 meses de espaciamiento tenían FAME concomitante comparado con 3 (33,3%) pacientes que interrumpieron la OP-TBIol. Encontramos diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a los índices de remisión DAS28PCR y SDAI ($p = 0,02$; $p = 0,04$, respectivamente). Al evaluar las TBIol previas tanto en número como tipo de fármaco, no hubo diferencias significativas entre los grupos. Dentro de los pacientes que alcanzaron los 40 meses de OP-TBIol, solo un 15,2% tenían hábito tabáquico previo al inicio del estudio vs el 55,6% de pacientes que fracasaron a la OP-TBIol ($p = 0,023$). En cuanto a los marcadores serológicos FR y anti-CCP no encontramos diferencias significativas entre los grupos.

Conclusiones: En este estudio de seguimiento clínico de OP-TBIol confirmamos que no disponemos aún de marcadores demográficos, clínicos, serológicos o de imagen que nos permitan identificar aquellos pacientes susceptibles de iniciar y mantener con éxito una estrategia de optimización de TBIol. Sería necesario establecer una cohorte más amplia de pacientes y que incluya otras variables no tenidas en cuenta hasta la actualidad.

89. EXPERIENCIA CLÍNICA CON SECUKINUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILOARTROPATÍAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

J.A. Valero Jaimes¹, C.A. Egües Dubuc¹, N. Errazquin Aguirre¹, O. Maíz Alonso¹, I. Hernando Rubio¹, J. Cancio Fanlo¹, E. Uriarte Isacelaya¹, A. Aranguren Redondo² y J.M. Belzunegui Otano¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.

Introducción: Secukinumab (SEC) es un anticuerpo de tipo IgG1/k monoclonal humano, que se une selectivamente a la interleuquina 17A (IL-17A). Las indicaciones actuales en ficha técnica son para tratar la psoriasis en placas de moderada a grave, la artritis psoriásica (APs) y la espondilitis anquilosante (EA), que no han respondido adecuadamente al tratamiento convencional. El SEC se utiliza en el Hospital Universitario Donostia (H.U.D.) desde el año 2016, por lo que sería interesante analizar las características clínicas de este nuevo fármaco en esta población.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas, analíticas, tratamientos previos (FAMEs y biológicos) y trastornos subyacentes en pacientes con diagnóstico de APs y EA en tratamiento con SEC desde que se utiliza en el Servicio de Reumatología del H.U.D.

Métodos: Se realizó una búsqueda retrospectiva de todos los pacientes en tratamiento con SEC. Se revisaron las historias clínicas informatizadas. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, enfermedad de base y tratamientos inmunosupresores previos y motivo de retirada de estos. Respecto al SEC se recogió número dosis hasta la fecha (enero 2016), efectos secundarios relacionados y otros datos relevantes. Los reactantes de fase aguda (RFA) utilizados fueron la PCR y/o la VSG; los fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) buscados fueron el metotrexato (MTX), leflunomida (LEF), salazopirina (SSZ) y todo tratamiento biológico previo al uso del SEC. Las variables cuantitativas se muestran con la mediana y rango intercuartil, las cualitativas se muestran con el valor absoluto y su porcentaje.

Resultados: Se encontraron 24 pacientes [APs 7 pacientes (6 hombres, 86%), EA 15 pacientes (3 hombres, 20%) y 2 psoriasis cutánea (0 hombres 0%)], tratados con SEC durante el año 2016. La media

Tabla Póster 89

Enfermedad	Tiempo de evolución (meses)	Psoriasis cutánea	RFA elevado al dx	HLA b27 (+)	Uveítis	Tipo de Afectación	FAMES previos al SEC	Pacientes que utilizaron biológicos previos	FAMES concomitante al SEC
EA	80 (17-432)	3 (20%)	5 (33,33%)	7 (46,66%)	2 (13,33%)	AXIAL 7 (46,66%) Periférica 1 (6,66%) Mixta 7 (46,66%)	MTX 6 (40%) LEF 3 (20%) SSZ 4 (26,66%)	1 biológico 14 (93,33%) 2 biológicos 13 (86,66%) 3 biológicos 7 (46,66%) 4 biológicos 2 (13,33%) 5 biológicos 1 (6,66%)	MTX 2 (13,33%) LFN 0 (0%) SZP 1 (6,66%)
APs	78 (24-132)	7 (100%)	3 (42,85%)	0 (0%)	0 (0%)	Axial 0 (0%) Periférica 5 (71,42%) Mixta 2 (28,57%)	MTX 7 (100%) LEF 4 (57,14%) SSZ 4 (57,14%)	1 biológico 6 (85,71%) 2 biológicos 6 (85,71%) 3 biológicos 2 (28,57%) 4 biológicos 1 (14,28%) 5 biológicos 1 (14,28%) 6 biológico 1 (14,28%) 7 biológico 1 (14,28%)	MTX 3 (42,85%) LFN 1 (14,28%) SZP 0 (0%)

de edad en EA fue de 45 años (22-57); y en APs de 54 años (41-67). En la tabla se observa las características de estos pacientes. Dos pacientes han utilizado SEC como primera línea, uno por tener leucemia y el otro por participar en un ensayo clínico dermatológico. Dos pacientes (8.3%) no continúan con el tratamiento debido a infecciones (candidiasis sistémica y el otro espondilodiscitis). La media de biológicos previos en EA fue de 2.5 (0-5) y en APs fue 2.5 (0-7). Un paciente con EA recibió rituximab (RTX) y abatacept (ABT); y un paciente de APs recibió anakinra (ANK), tocilizumab (TLZ) y ustekinumab (USK). la media de dosis de SEC en EA es 6,6 (3-11) y APs 9,42 (5-30). En total se utilizaron en EA 37 biológicos previos al SEC [adalimumab 11(29,72%); etanercept 9 (24,32%); certolizumab 8 (21,62%); golimumab 5 (13,51%); infliximab 2 (5,40%); RTX 1 (2,70%); ABT 1 (2,70%); y en APs 18 biológicos [adalimumab 6 (33,33%); etanercept 3 (16,66%); golimumab 3 (16,66%); TLZ 2 (11,11%); certolizumab 1 (5,55%); infliximab 1 (5,55%); USK 1 (5,55%); ANK 1 (5,55%)].

Conclusiones: A pesar de ser un fármaco nuevo para nuestro servicio encontramos un gran número de pacientes con este, con las características descritas. Hasta la fecha solo a 2 paciente se le ha suspendido el tratamiento, y esto por infecciones graves. Uno de ellos el primer caso registrado de candidiasis sistémica en España, y el otro un paciente que se utilizó SEC como primera línea de tratamiento debido a su antecedente de leucemia.

90. CONTRIBUCIÓN DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS A LA EFICIENCIA EN LA GESTIÓN CLÍNICA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

C. Alcañiz Escandell, E. Vicens Bernabéu, F.M. Ortiz Sanjuán, J.E. Oller Rodríguez, C. Nájera Herranz, I. Cánovas Olmos, E. Grau García, C. Feced Olmos, E. Labrador Sánchez, K. Arévalo Ruales, R. Negueroles Albuxech, J. Ivorra Cortés, J.J. Fragio Gil, I. Martínez Cordellat, R. González Mazarío, I. Chalmeta Verdejo, L. González Puig y J.A. Román Ivorra

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

Introducción: El manejo de los pacientes con artritis reumatoide (AR) supone para el Sistema Nacional de la Salud (SNS) un elevado coste. Durante la realización de ensayos clínicos (EECC) el promotor suele cubrir los costes sanitarios directos que conlleva la atención de los pacientes, lo que supone un ahorro para el SNS.

Objetivos: Demostrar que la realización de ensayos clínicos es un instrumento de eficiencia en la gestión clínica de la artritis reumatoide en un Servicio de Reumatología de un hospital terciario.

Métodos: Estudio observacional descriptivo, con recogida de datos retrospectiva de EECC en AR realizados por el Servicio de Reumatología del HUP La Fe, durante el período 2011-2015. Para cada paciente incluido en EECC con indicación de AR se revisó durante cuánto tiempo recibió el medicamento en investigación. Se calculó el total

de semanas en tratamiento con medicamento de todos los pacientes incluidos en EECC para AR en ese período. Para evaluar el ahorro sanitario que supondría el tratamiento anual de un paciente realizamos un análisis de los costes evitados, teniendo en cuenta solo los costes directos sanitarios (consultas médicas por facultativo especialista en el periodo del estudio, consultas de enfermería en el periodo del estudio, pruebas de laboratorio y el tratamiento farmacológico), y comparamos con los costes de la mejor alternativa comercial disponible frente al tratamiento administrado en el ensayo.

Resultados: De un total de 35 estudios clínicos realizados, 14 de ellos tenían a la AR como patología de estudio. Se eliminaron dos estudios observacionales y un EECC que tuvo un cierre prematuro por parte del promotor, por lo que en este estudio se han considerado un total de 11 EECC con terapias biológicas. En los 11 EECC se han incluido un total de 76 pacientes con AR, que suman entre todos ellos 2.609 semanas de tratamiento, lo cual equivale aproximadamente al tratamiento biológico durante un año de 50 pacientes con AR. Evaluando el ahorro sanitario que supondría el tratamiento biológico durante las 2.609 semanas obtenemos un importe 699.176,88 €, lo que supone un ahorro anual de 139.835 € durante los cinco años analizados.

Conclusiones: La realización de EECC supone un sistema eficiente de gestión de un servicio clínico, con un ahorro anual en el caso de nuestra Unidad de EECC, de 13.935,30 € por paciente, en términos de ahorro para el SNS. Las Unidades de Investigación Clínica deberían considerarse no sólo como herramientas que fortalecen el tejido científico y el desarrollo industrial, sino también como herramientas de eficiencia dentro del SNS.

91. PROCESOS DEGENERATIVOS DISCALES Y FACETARIOS COMO CAUSA DE DOLOR LUMBAR CRÓNICO EN PACIENTE MAYOR (≥ 75 AÑOS). BENEFICIOS DE OXICODONA/NALOXONA EN LA CALIDAD DE VIDA

J.R. Doménech Pascual¹, F.J. Tarazona Santabalbina¹, R. Belenguer Prieto², J. Gomis Ferraz³, J.M. Sabater Melchor⁴, G. Sánchez Nievas⁵ y R. Cornejo Rodríguez⁶, en nombre de los investigadores del estudio SMILE

¹Hospital Universitario de la Ribera. Alzira. ²Consulta Privada Dr. Belenguer. Algemesí. ³Consulta Privada Dr. Gomis. Valencia.

⁴Consulta Privada Dr. Sabater. Alcora. ⁵Consulta Privada Dr. Sánchez. Albacete. ⁶Consulta Privada Dr. Cornejo. Los Realejos.

Introducción: Los procesos degenerativos discales y facetarios (DLC-PD) son un proceso normal del envejecimiento de la columna. Estos procesos pueden tener una rápida evolución, causando dolor crónico intenso y pérdida funcional, siendo causa de dependencia y por lo tanto, afectan a su calidad de vida (CdV). Estudios observacionales realizados en paciente anciano (Guerriero et al. Drug Des Devel Ther. 2016;10:1515-23; Lazzari et al. Clin Interv Aging. 2016;11:641-9) con dolor crónico principalmente de origen artró-

sico, han mostrado los beneficios del tratamiento con oxycodona/naloxona (OXN), incrementando la autonomía del paciente para las actividades básicas de la vida diaria y la CdV.

Objetivos: Determinar la evolución del dolor, la funcionalidad y la CdV en pacientes ≥ 75 años con dolor lumbar crónico asociado a DLC-PD, tras 3 meses en tratamiento con OXN.

Métodos: Subanálisis de un estudio observacional, multicéntrico, de 6.436 pacientes con un seguimiento de tres meses. Se analizaron 537 pacientes ≥ 75 años con dolor lumbar ($ENV_{0-10} \geq 4$) moderado-intenso debido a DLC-PD y tratados de forma mantenida con OXN, atendidos por 152 investigadores principalmente de Unidad de Dolor (29,6%), Traumatología (28,9%), Rehabilitación (14,4%) y Reumatología (12,5%), en centros españoles. Fueron evaluados mediante cuestionarios validados en dolor (BPI), funcionalidad de columna (Cuestionario Oswestry) y calidad de vida (EuroQoL-5D).

Resultados: Mujeres 74,3%, edad 79 [75-95] años. Un 46,6% de los pacientes tienen dolor con componente neuropático. 56,4% de los pacientes padecen dolor de una duración de al menos dos años. El 73,1% había visitado previamente ≥ 2 especialistas. Intensidad media del dolor en las últimas 24h: 6,8 puntos (ENV_{0-10}). Evolución: El porcentaje de alivio del dolor fue de un 48,5% (ENV_{0-10} : 6,8 basal vs 3,5 Mes 3), ($p < 0,001$). Mejoría significativa de la interferencia del dolor en la CdV (cuestionario BPI) en los 7 ítems (actividades en general, estado de ánimo, capacidad de caminar, trabajo habitual, relaciones con otras personas, sueño, disfrutar de la vida) ($p < 0,001$). El 72,8% de los pacientes obtuvieron un alivio del dolor $\geq 30\%$, el 53,2% un alivio sustancial del dolor $\geq 50\%$ y el 21,8% un gran alivio del dolor $\geq 70\%$. En el grado de discapacidad lumbar (puntuación total Oswestry) se observa una mejoría significativa del 42,5% de los pacientes, destacando que un 80% de pacientes mejora tras 3 meses con OXN; $p < 0,001$. En relación a la CdV (EuroQoL-5D) se aprecia una mejoría significativa basal vs Mes 3 del 53,5%, en el valor del termómetro ($p < 0,001$), y para cada una de sus dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión), siendo también significativo el porcentaje de pacientes que presentando inicialmente problemas en su funcionalidad a causa del dolor, dejan de tenerlos ($p < 0,001$). Tras tres meses de seguimiento, el 75,2% de los pacientes está satisfecho con el control de su dolor y su CdV (ENV_{0-10}). El 70,1% de los pacientes superan sus "expectativas de mejora" al concluir el estudio ($p < 0,001$).

Conclusiones: Los pacientes ≥ 75 años con dolor lumbar crónico asociado a procesos degenerativos discales y facetarios se pueden beneficiar del tratamiento con OXN respecto al control del dolor y mejorar el grado de discapacidad y la calidad de vida.

92. PERFIL DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CLASIFICADO SEGÚN NIVELES SÉRICOS DE INTERFERÓN 1 ALFA

E. Grau García¹, I. Chalmeta Verdejo¹, M. Fernández Matilla², C. Feced Olmos¹, E. Labrador Sánchez¹, F.M. Ortiz-Sanjuán¹, N. Fernández-Llanio Comella², K. Arévalo Ruales¹, R. Negueroles Albuixech¹, J. Ivorra Cortés¹, J.J. Frago Gil¹, I. Martínez Cordellat¹, R. González Mazarío¹, L. González Puig¹, C. Alcañiz Escandell¹, C. Nájera Herranz¹, I. Cánovas Olmos¹, E. Vicens Bernabéu¹, J.E. Oller Rodríguez¹, J.A. Castellano Cuesta², V. Fornés Ferrer³, D. Hervás Marín³ y J.A. Román Ivorra¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Sección de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ³Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia.

Introducción: El papel del interferón tipo I, y en concreto del interferón 1alfa (IFN1A), ha sido establecido en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Niveles elevados de esta citoquina, se han correlacionado con una mayor actividad clínica, así como con biomarcadores de activación inmune como las fracciones C3 y C4 del complemento y los autoanticuerpos anti ds-DNA.

Objetivos: Determinar los niveles séricos de IFN1alfa en una cohorte de pacientes con LES y correlacionarlos con la actividad clínica y sus manifestaciones clínicas.

Métodos: Estudio observacional transversal con adquisición prospectiva de datos de pacientes diagnosticados de LES según criterios SLICC 2012, y controles sanos de características demográficas similares a la cohorte de pacientes. A todos los individuos se les realizó una evaluación clínica y analítica completa de donde se obtuvieron datos demográficos, clínicos y analíticos. Los niveles de INF1A se determinaron por métodos colorimétricos. El análisis bioestadístico de los datos obtenidos se realizó mediante el software R versión 3.3.2.

Resultados: De un total de 142 pacientes con LES, el 94,4% fueron mujeres con una edad media al diagnóstico de $33,29 \pm 13,53$ años y un promedio de $15,82 \pm 10,56$ años de evolución de la enfermedad. La actividad media según el índice SLEDAI fue de $5,91 \pm 5,06$ y el daño acumulado medio según el índice SLICC fue de $1,06 \pm 1,42$. Los niveles de INF1A fueron significativamente mayores ($p < 0,0001$) en paciente con LES frente a los controles sanos. El 43,6% con LES presentaban niveles elevados de IFN1alfa, de los que el 37,1% tenían actividad clínica (SLEDAI > 6); del 56,4% de los pacientes con niveles bajos de IFN1alfa, sólo un 23,8% estaban activos según el mismo índice. Las manifestaciones clínicas más frecuentemente observadas en pacientes con niveles elevados de IFN1A (definición según RELESSER) fueron: serológicas (96,8%), mucocutáneas (61,3%), articulares (59,7%), vasculares (43,5%), hematológicas (32,3%), renales (17,7%), neuropsiquiátricas (17,6%), cardíacas (16,1%), respiratorias (12,9%), oftalmológicas (11,3%), hormonales (fallo gonadal prematuro y diabetes mellitus) (8,1%), gastrointestinales (4,8%), y neoplásicas (1,6%). Además, los niveles elevados de INF1A se correlacionaban significativamente con la presencia de anticuerpos antifosfolípido ($p = 0,009$) y con títulos altos de anti-dsDNA ($p = 0,002$), y muestra una tendencia también al consumo del complemento.

Conclusiones: En nuestro estudio, casi la mitad de los pacientes presentan niveles elevados de INF1alfa, que se correlaciona con datos clínicos de actividad de la enfermedad como títulos altos de anti DNA y consumo de complemento, pero no con el índice de actividad SLEDAI. Sin embargo, no tenemos evidencia estadística para determinar un perfil clínico asociado a los títulos altos de esta citoquina.

93. ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE REACCIONES ADVERSAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD REUMÁTICA EN TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

E. Vicens Bernabéu¹, E. Grau García¹, J. Ivorra Cortés¹, L. González Puig¹, I. Chalmeta Verdejo¹, C. Feced Olmos¹, E. Labrador Sánchez¹, F.M. Ortiz Sanjuán¹, K. Arévalo Ruales¹, R. Negueroles Albuixech¹, J. Frago Gil¹, J.E. Oller Rodríguez¹, I. Martínez Cordellat¹, C. Alcañiz Escandell¹, C. Nájera Herranz¹, I. Cánovas Olmos¹, R. González Mazarío¹, E. Monte Boquet², V. Fornés Ferrer³ y J.A. Román Ivorra¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Farmacia. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ³Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Introducción: La administración de las terapias biológicas ha demostrado ser eficaz en diferentes enfermedades inflamatorias autoinmunes como la artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APSO), la espondilitis anquilosante (EA), etc. Sin embargo, también se pueden encontrar reacciones adversas (RA) relacionadas con la administración de una terapia biológica y la no tolerancia a estos fármacos que obligan a su cambio y/o suspensión.

Objetivos: Evaluar la incidencia de reacciones adversas en pacientes con enfermedad reumática en tratamiento con terapias biológicas, así como su relación con la vía de administración, tipo de terapia o diagnóstico del paciente.

Métodos: Análisis transversal observacional de los tratamientos biológicos administrados a pacientes con enfermedad reumática del Servicio de Reumatología del HUP La Fe durante el periodo 2000-2015. Se incluye el tipo de fármaco, la vía de administración, la duración del tratamiento y el motivo de la suspensión del fármaco. El análisis bioestadístico de los datos se ha realizado mediante el software R versión 3.2.5.

Resultados: Se han obtenido datos de 996 tratamientos con terapia biológica, que corresponden a 509 pacientes con enfermedad reumática, de los cuales 257 eran AR, 124 EA, 90 APSO y 38 con otros diagnósticos. Del total de pacientes, 276 habían llevado más de un biológico. Respecto al total de tratamientos, el 78,5% fue con anti-TNF, 9,9% anti-IL6, 6,5% abatacept (ABT) y el 5,1% otros tratamientos biológicos. El 33,1% de los tratamientos administrados fue por vía intravenosa. El 14,7% de los tratamientos sufrió una RA que fue motivo de su suspensión. No obtuvimos diferencias significativas en las RA registradas según la vía de administración del tratamiento, aunque sí observamos que los tratamientos con infliximab (IFX) sí mostraban una mayor tasa de RA. De las 147 RA, hubo 32 reacciones cutáneas, 31 reacciones adversas en la infusión (mayoritariamente en pacientes con IFX), 30 infecciones (con mayor probabilidad en los pacientes con tocilizumab (TCZ)), 12 problemas oculares, 5 elevaciones de las transaminasas hepáticas, 5 alteraciones en el hemograma y 27 casos con otras RA. Las RA por infecciones y por reacciones infusionales se han dado en pacientes con un tiempo de tratamiento más prolongado que en el caso de las reacciones cutáneas.

Conclusiones: En general, nuestros resultados son acordes con los datos de reacciones adversas descritas en las terapias biológicas. En nuestro análisis de RA, cabe destacar que sobre un 15% la RA fue motivo de suspensión del fármaco. A pesar de no haber resultados significativos en cuanto la vía de administración, sí que encontramos una mayor tasa de RA en IFX. En cuanto a la reacciones infusionales, de aparición más tardía, probablemente esté relacionado con la presencia de anticuerpos anti-IFX. Por otro lado, encontramos una mayor probabilidad de infección en pacientes con TCZ. Por tanto, en nuestra experiencia, el estudio de las RA puede ser de utilidad para conseguir un control óptimo en nuestros pacientes y minimizar la presencia de complicaciones en un futuro.

94. MICRO-RNA CIRCULANTES COMO BIOMARCADORES DE DIAGNÓSTICO Y TIPIFICACIÓN DEL ESTATUS ATERTROMBÓTICO EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO

C. Pérez Sánchez¹, I. Arias de la Rosa¹, M.A. Aguirre¹, P. Ruiz Limón¹, N. Barbarroja¹, Y. Jiménez Gómez¹, M.C. Ábalos-Aguilera¹, A. Rodríguez Ariza¹, E. Collantes Estévez¹, M. Teresa Herranz², Jesús Lozano Herrero², C. Martínez³, R. González-Conejero³, M.J. Cuadrado⁴ y Ch. López Pedrera¹

¹IMIBIC-Hospital Reina Sofía. Córdoba. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia. ³Centro Regional de Hemodonación. Universidad de Murcia. IMIB-Arrixaca. Murcia. ⁴Lupus Research Unit and St. Thomas Hospital. Londres. Reino Unido.

Introducción: El curso del síndrome antifosfolípido (SAF) puede progresar rápidamente de asintomático a manifestaciones graves. Por lo tanto, un diagnóstico temprano es esencial para mejorar la precisión de la terapia. Recientemente, se han identificado micro-RNA (miRNA) circulantes como herramientas potenciales de diagnóstico y/o pronóstico en diversas patologías. Sin embargo, su papel en el contexto del SAF aún no ha sido analizado.

Objetivos: Investigar la contribución de los miRNA circulantes a la patogénesis del SAF y su papel como biomarcadores potenciales de enfermedad.

Métodos: Noventa pacientes SAF y 42 donantes sanos (DS) se incluyeron en el estudio. Como complemento a su seguimiento clínico se les determinó el índice tobillo-brazo (ITB) y el grosor de la íntima-media carotídea (GIMC) mediante ecodoppler. Se realizó un PCR-Array de miRNA circulantes y, utilizando el software Ingenuity Pathways analysis (IPA), se seleccionaron diversos miRNA y genes/proteínas dianas asociados a la patogenia del SAF, de los cuales se validó su expresión en todos los sujetos de estudio, mediante RT-PCR y ELISA/Bioplex. Mediante análisis de curvas ROC se evaluó el valor diagnóstico potencial de firmas (ratios) de miRNA como biomarcadores de enfermedad. En paralelo, para analizar la especificidad de dichas firmas en el SAF, se analizó la expresión de los miRNA validados en el suero de 23 pacientes trombóticos sin enfermedad autoinmune asociada. Se realizaron estudios de correlación y asociación de dichos miRNA con las variables clínicas y parámetros aterotrombóticos analizados. Por último, se realizaron tratamientos in vitro de monocitos y células endoteliales con anticuerpos antifosfolípido (aPL-IgGs) purificados del suero de pacientes SAF, y se determinaron los niveles secretados de miRNA y sus dianas aterotrombóticas.

Resultados: El PCR-Array identificó 39 miRNA diferencialmente expresados en el plasma de pacientes SAF en relación a DS, de los cuales 19 se hallaron incrementados y 20 reducidos. Once miRNA fueron identificados como moduladores potenciales de genes dianas implicados en la patología del SAF. El análisis de curvas ROC identificó una firma de 10 ratios de miRNA que permitía discriminar pacientes SAF de DS, con una especificidad y sensibilidad del 80% (AUC: 0,81), junto a otra firma de 2 ratios de miRNA que identificaba la presencia de un GIMC patológico con alta especificidad (AUC: 0,76). Los pacientes trombóticos mostraron un perfil de expresión de miRNA circulantes distinto al presente en pacientes SAF, demostrando así la alta especificidad de la firma. Dicha firma de miRNA circulantes se asoció igualmente a características clínicas del SAF, como la presencia de abortos y el tipo de trombosis sufrida (arterial/venosa), y correlacionó con parámetros relacionados con aterotrombosis (ITB, VSG, TF, PAI-1, MCP-1, VEGF-A y VEGF-R1) y autoinmunidad (títulos de aPLs). El tratamiento in vitro de monocitos y células endoteliales con aPLs promovió una alteración en los niveles secretados de miRNAs y proteínas diana aterotrombóticas.

Conclusiones: Diversos miRNA, diferencialmente expresados en el plasma de pacientes SAF, y modulados por efecto de los aPLs, muestran potencial como nuevos biomarcadores para el diagnóstico y tipificación del estatus aterotrombótico, por lo que podrían constituir una herramienta útil en la prevención y manejo de la enfermedad.

Financiado por: CTS794 e ISCIII (FIS15/1333).

95. MEJORÍA SIGNIFICATIVA DE LA AFECTACIÓN CUTÁNEA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA TRAS TRASPLANTE AUTÓLOGO DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS DE MÉDULA ÓSEA: EXPERIENCIA DE 2 CASOS

F.M. Ortiz-Sanjuán, C. Alcañiz Escandell, K. Arévalo Ruales, I. Cánovas Olmos, I. Chalmeta Verdejo, C. Feced Olmos, J. Fragio Gil, R. González Mazarío, E. Grau García, E. Labrador Sánchez, I. Martínez Cordellat, C. Nájera Herranz, R. Negueroles Albuixech, J.E. Oller Rodríguez, E. Vicens Bernabéu, L. González Puig, J. Ivorra Cortés y J.A. Román Ivorra

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

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune multisistémica a menudo refractaria a terapia convencional. El trasplante alogénico de precursores hematopoyéticos de

médula ósea (TAPH) se ha mostrado eficaz en casos aislados o series pequeñas de pacientes con ES grave.

Objetivos: Describimos dos casos de pacientes diagnosticados de ES con afectación cutánea que han presentado mejoría significativa tras la realización de un TAPH.

Métodos: Se realizó TAPH en 2 pacientes. Uno de ellos con afectación cutánea difusa, gastrointestinal y úlceras digitales y otro paciente con afectación cutánea, primordialmente facial y afectación pulmonar. El régimen mieloablativo incluyó ciclofosfamida (dosis: 1,5 g/m²) y globulina antitumoral. La indicación de TAPH se basó en la refractariedad a tratamientos previos, la afectación cutánea severa (paciente 1), la afectación pulmonar y cutánea fundamentalmente facial (paciente 2) y la demanda de las propias pacientes.

Resultados: Dos pacientes, de 41 y 43 años de edad y con una duración de la enfermedad previa al TAPH de 2,7 años y 2 años respectivamente. Previamente al TAPH, la paciente 1 sufría esclerodermia difusa con un score de Rodnan modificado de 27 puntos, recurrentes episodios de fenómeno de Raynaud (FR), múltiples úlceras digitales y positividad para anticuerpos anti-RNA-polimerasa III. La paciente 2 presentaba disnea a mínimos esfuerzos, neumonía intersticial fibrosa (NINE), FR, esclerodactilia, microstomía, un Rodnan score modificado de 18 puntos con afectación principalmente facial y positividad para anticuerpos Anti-Scl 70. Ambas pacientes, además de corticoesteroides a dosis bajas, habían recibido previamente inmunosupresores: metotrexato, bosentan, rituximab (paciente 1) y rituximab y ciclofosfamida (paciente 2), sin mejoría. Tras la realización de TAPH, nuestras pacientes experimentaron mejoría significativa a nivel cutáneo. Nuestras pacientes experimentaron una significativa mejoría a nivel cutáneo. Los cuadros de úlceras digitales (paciente 1) y FR (pacientes 1 y 2) presentaron mejoría con significativa atenuación de la frecuencia e intensidad de aparición de dicha clínica. La afectación pulmonar (paciente 2) ha permanecido estable sin objetivarse empeoramiento de parámetros de espirometría o de pruebas de imagen. No se ha objetivado progresión de enfermedad en ninguna de nuestras pacientes. Ninguna de nuestras pacientes presentó complicaciones significativas después del TAPH. La paciente 1 presentó fiebre de origen desconocido el día 06 post-TAPH, quedando afebril tras instauración de tratamiento antibiótico de amplio espectro. Tras un seguimiento de 24 y 16 meses respectivamente, no se han observado eventos adversos de interés. El score de Rodnan modificado se redujo de 26 a 12 puntos en la paciente 1 y de 18 a 5 puntos en la paciente 2. La dosis de prednisona se redujo en los primeros 12 meses post-TAPH de 5 mg/día a 0 mg/día (paciente 1) y de 7,5 mg/día a 2,5 mg/día (paciente 2).

Conclusiones: El TAPH parece mostrarse efectivo en casos en ES refractaria a terapia convencional. Es imprescindible la colaboración de un Servicio de Hematología experto en TAPH. La afectación cutánea severa de nuestras pacientes presentó mejoría significativa.

96. LA DISMINUCIÓN DE LA HIDROXIMETILACIÓN DEL ADN Y LA HIPOMETILACIÓN SE ASOCIAN CON BAJA RESPUESTA ANTIOXIDANTE EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

E. Grau García¹, C. Feced Olmos¹, M. Fernández Matilla², E. Labrador Sánchez¹, F.M. Ortiz-Sanjuán¹, N. Fernández-Llanio Comella², K. Arévalo Ruales¹, R. Negueroles Albuixech¹, J. Ivorra Cortés¹, J.J. Frago Gil¹, I. Martínez Cordellat¹, R. González Mazarío¹, I. Chalmeta Verdejo¹, L. González Puig¹, C. Alcañiz Escandell¹, C. Nájera Herranz¹, I. Cánovas Olmos¹, E. Vicens Bernabéu¹, J.E. Oller Rodríguez¹, J.A. Castellano Cuesta², V. Fornés Ferrer³, D. Hervás Marín³, L. Olivares González⁴, R. Rodrigo Nicolás⁴ y J.A. Román Ivorra¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Sección de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ³Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia. ⁴Grupo de Biomedicina Molecular, Celular y Genómica. IIS La Fe. Valencia. CIBERER.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) se caracteriza por el aumento de la desmetilación del ADN. Un paso intermedio en la desmetilación es la hidroximetilación del ADN, que oxida la 5-metilcitosina (5-mC) a 5-hidroximetilcitosina (5-hmC), la cual activa la expresión génica. Los fenómenos de inflamación se asocian a estrés oxidativo, el cual también se ha relacionado in vitro con cambios en la hidroximetilación.

Objetivos: Analizar la asociación entre el nivel de desmetilación e hidroximetilación con la respuesta antioxidante, así como su posible implicación con la fisiopatología del LES.

Métodos: Estudio observacional transversal con adquisición prospectiva de datos de 142 pacientes con LES según criterios SLICC 2012. Los niveles de 5-mC, 5-hmC, de superóxido dismutasa (SOD) y de la capacidad antioxidante total (TAC) se analizaron mediante métodos colorimétricos, y la concentración sérica de glutatión (GSH) y disulfuro de glutatión (GSSG) mediante UPLC-MS/MS. A todos los individuos se les realizó una evaluación clínica y analítica completa de donde se obtuvieron datos demográficos, clínicos y analíticos. El análisis bioestadístico se realizó con el software R versión 3.3.2.

Resultados: Se observa una correlación entre los niveles de 5-mC y 5-hmC ($r = 0,68$; $p < 0,0001$), siendo ambos menores en pacientes que en controles sanos ($p = 0,024$ para 5-mC y $p < 0,0001$ para 5-hmC). Los niveles de GSH y GSSG también fueron menores en pacientes que en controles ($p = 0,033$ y $p = 0,003$), aunque el cociente GSH/GSSG no mostró diferencias entre ambos grupos. Los niveles de SOD están aumentados en pacientes ($p = 0,001$), pero la TAC no variaba entre ambos grupos. Se observa que mayor desmetilación del ADN en pacientes y controles se asocia con menor TAC ($p = 0,005$ y $p = 0,01$). En pacientes, a mayor desmetilación y menor hidroximetilación del ADN, el aumento de SOD es menor ($p < 0,001$ y $p = 0,007$ respectivamente). Además, analizando la interacción entre desmetilación e hidroximetilación, se observa que los mayores niveles de SOD y TAC se dan en los casos con menos desmetilación y menos hidroximetilación ($p = 0,001$ y $p < 0,001$). No se observa relación entre los niveles de 5-mC y 5-hmC y los niveles de GSH, GSSG y el cociente GSH/GSSG. Pacientes con mayor desmetilación muestran una tendencia a presentar manifestaciones clínicas vasculares (definidas según RELESSER) ($p = 0,041$), y aquellos con menor hidroximetilación mostraban una tendencia a presentar manifestaciones clínicas mucocutáneas (definidas según RELESSER) ($p = 0,015$). Además, la positividad del anticoagulante lúpico se asocia con mayor desmetilación y menor hidroximetilación ($p = 0,009$ y $p = 0,001$). Los niveles disminuidos de GSH y GSSG se asocian a mayor daño acumulado, según el índice SLICC-ACR ($p = 0,01$ y $p = 0,005$), y los niveles disminuidos de SOD se asociaban a una larga evolución de la enfermedad ($p = 0,001$).

Conclusiones: Mayor desmetilación del ADN se asocia a más probabilidad de manifestaciones vasculares (lo que se ve apoyado por su relación con la positividad del anticoagulante lúpico) y menor hidroximetilación se asocia a mayor probabilidad de manifestaciones mucocutáneas. Todo ello indica que estos procesos epigenéticos estarían implicados en la fisiopatología del LES. Observamos una elevada desmetilación y una menor hidroximetilación del ADN en pacientes con LES frente a controles sanos, lo que se asocia al aumento de la actividad SOD. También una mayor desmetilación indica menor TAC. La alteración en los procesos de desmetilación se relaciona con alteraciones en la respuesta antioxidante en los pacientes. Además el aumento en la respuesta antioxidante podría deberse al efecto de la cronicidad en el estado inflamatorio de los pacientes. Agradecimientos: este trabajo ha sido financiado por la GVA (proyecto GV15/83).

97. LA EXPRESIÓN ALTERADA DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA DE SPLICING EN LEUCOCITOS DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO INFLUENCIA SU PERFIL AUTOINMUNE Y ATERTROMBÓTICO

C. Pérez-Sánchez¹, M.A. Aguirre Zamorano¹, N. Barbarroja¹, P. Ruiz-Limón¹, S. Pedraza-Arévalo^{1,2}, M. del Río-Moreno^{1,2}, I. Arias de la Rosa¹, M.C. Ábalos Aguilera¹, Y. Jiménez Gómez¹, P. Seguí¹, E. Collantes-Estévez¹, J.P. Castaño^{1,2}, R.M. Luque^{1,2}, M.J. Cuadrado³ y Ch. López Pedrera¹

¹IMIBIC-Hospital Reina Sofía-Universidad de Córdoba. ²Departamento de Biología Celular, Fisiología e Inmunología. Universidad de Córdoba.

³Louise Coote Lupus Unit. Guy's and St. Thomas' Foundation Trust London. Reino Unido.

Introducción: El proceso de eliminación de secuencias sin sentido (intrones) y de empalme de las secuencias codificantes (exones) recibe el nombre de splicing. Para llevar a cabo este proceso en el núcleo celular existe una maquinaria molecular muy compleja: el spliceosoma. El splicing puede originar distintos mensajes genéticos a partir de una única secuencia genómica, en un proceso denominado splicing alternativo, el cual afecta al control cuantitativo de la expresión génica y la diversificación funcional de las proteínas. Estudios recientes enfatizan la relevancia del splicing alternativo en el desarrollo de enfermedades genéticas y autoinmunes y sugieren posibilidades terapéuticas basadas en la modulación de este proceso.

Objetivos: Identificar alteraciones en la maquinaria de splicing en leucocitos de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y evaluar su influencia en el desarrollo y actividad de la enfermedad, su perfil aterotrombótico y la respuesta a terapias específicas.

Métodos: Se desarrolló un array que incluía componentes seleccionados de los spliceosomas mayor (n = 12) y menor (n = 4), así como factores de splicing (n = 28). Su expresión se evaluó, utilizando la metodología Fluidigm, en leucocitos (monocitos, linfocitos y neutrófilos) purificados de 36 pacientes con LES y 29 donantes sanos. Diversos mediadores inflamatorios, protrombóticos y de estrés oxidativo se cuantificaron utilizando citometría de flujo y RT-PCR. Se analizó la asociación entre los componentes del splicing alterados y los perfiles clínicos y analíticos. En una cohorte paralela de pacientes LES (n = 12) se evaluó el efecto del tratamiento in vivo con ubi-quinol sobre los componentes del spliceosoma.

Resultados: El análisis del spliceosoma mostró una reducción significativa en diversos factores de splicing y componentes del spliceosoma en leucocitos LES. Cada tipo celular mostró un perfil específico de alteración en dichos componentes (monocitos: U2AF1, FBP11, SRSF9; linfocitos: RBM22, PRP8, SRSF5; neutrófilos: RNU4, CA150). Niveles reducidos de los citados elementos del spliceosoma en los tres tipos leucocitarios se asociaron con la ocurrencia de eventos trombóticos, complicaciones obstétricas e hipertensión arterial. En linfocitos, la reducción de dichos componentes se relacionó con positividad para anti-dsDNA, indicando que la reducción en la maquinaria del spliceosoma podría contribuir al aumento en el ensamblaje de auto-antígenos, contra los que reaccionarían los linfocitos Th, promoviendo la producción de auto-anticuerpos. Los estudios de correlación mostraron una relación inversa entre los niveles reducidos de los componentes del spliceosoma y una elevada actividad de la enfermedad (SLEDAI), disfunción endotelial, y expresión incrementada de mediadores proinflamatorios y oxidativos. El tratamiento in vitro de leucocitos de donantes sanos con anti-dsDNA promovió una reducción en componentes del spliceosoma asociados a la expresión de mediadores proinflamatorios y oxidativos. Finalmente, el tratamiento in vivo con ubi-quinol revirtió la expresión reducida en pacientes LES de componentes del spliceosoma relacionados con su perfil proaterotrombótico.

Conclusiones: Existe una alteración significativa del spliceosoma en pacientes LES que podría estar asociada al origen y actividad de esta condición autoinmune, e influir en mecanismos que dirigen el desarrollo de enfermedad aterotrombótica, así como la respuesta terapéutica.

Financiado por CTS7940 e ISCIII (PI15/01333).

98. ASOCIACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y EL GROSOR DE LA ÍNTIMA-MEDIA CAROTÍDEA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

R. González Mazarío¹, J.J. Frago Gil¹, J. Ivorra Cortés¹, C. Feced Olmos¹, F.M. Ortiz-Sanjuán¹, E. Grau García¹, E. Labrador Sánchez¹, S. Huerta Barberá², K. Arévalo Ruales¹, R. Negueroles Albuixech¹, I. Martínez Cordellat¹, I. Chalmeta Verdejo¹, L. González Puig¹, C. Alcañiz Escandell¹, C. Nájera Herranz¹, I. Cánovas Olmos¹, E. Vicens Bernabéu¹, J.E. Oller Rodríguez¹, J.A. Castellano Cuesta², V. Fornes Ferrer³ y J.A. Román Ivorra^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia.

³Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta al 0,5% de nuestra población, sobre todo mujeres. Los pacientes con AR tienen un riesgo elevado de mortalidad siendo su principal causa de muerte la enfermedad cardiovascular (ECV), no se explica solo por los factores de riesgo cardiovascular clásicos. La determinación del grosor de la íntima-media (GIM) carotídea por ecografía es un parámetro de enfermedad cardiovascular subclínica que predice la aparición de ECV.

Objetivos: Estudio de FRCV, actividad de la enfermedad y GIM carotídea en una serie de pacientes con AR.

Métodos: Estudio transversal observacional de pacientes diagnosticados de AR según criterios ACR/EULAR 2010. Se incluyeron pacientes menores de 75 años, con más de 5 años de evolución de la enfermedad, siendo excluidos pacientes con ECV establecida. El mismo día de la visita se les realizó anamnesis, examen físico, analítica, electrocardiograma, radiografía de tórax y una ecografía de carótidas con un equipo Esaote-MyLabClassC. Los análisis estadísticos se realizaron con el software R (versión 3.3.2).

Resultados: Se recogieron datos de 31 pacientes, con una edad media de 57,1 ± 9,6 años de los cuales 26 eran mujeres (83,9%). La media de años de evolución de la AR fue de 19,2 ± 11,67 años. En relación a los factores cardiovasculares clásicos el 19,4% eran fumadores activos, 41,9% hipertensos en tratamiento y 45,2% llevaban tratamiento hipolipemiente (85,7% con una estatina), tres de los pacientes eran diabéticos (9,7%). Todos los pacientes llevaban tratamiento con terapia biológica en monoterapia o terapia combinada y el 41,9% además glucocorticoide a dosis bajas durante los últimos 6 meses. La mediana del DAS28-VSG fue de 2,49 (1^{er} Q = 1,6; 3^{er} Q = 3,9), con un HAQ medio de 0,88 ± 0,68. En cuanto a las manifestaciones extraarticulares, el 45,2% tenían xeroftalmía, 29% xerostomía, y el 19,4% presencia de nódulos reumatoides. La mediana de colesterol total fue de 195 mg/dL (174-221), con una LDL de 116 (96,5-138). En cuanto a los hallazgos ecográficos, la media de GIM derecho fue 576,13 ± 118,78 mm y del GIM izquierdo de 616,32 ± 134,31 mm, resultando 12 determinaciones con valores superiores al valor esperado para edad y sexo proporcionado por el dispositivo de medida (38,7%). Aplicando la tabla SCORE (modificada-EULAR) solo 5 pacientes (16,1%) tenían un riesgo cardiovascular moderado-alto. El análisis estadístico muestra una asociación significativa del aumento del GIM con el consumo de tabaco (factor clásico de RCV) (p = 0,028) y el SCORE modificado (p = 0,04). Ni los años de evolución de la enfermedad ni los biomarcadores analíticos mostraron asociación significativa.

Conclusiones: De nuestro estudio se desprende que en los pacientes que presentan datos de buen control de la enfermedad, los factores clásicos de riesgo cardiovascular se relacionan con aumento del grosor de la íntima-media carotídea. Sin embargo estos factores pueden infraestimar el riesgo cardiovascular global respecto al de otras medidas de enfermedad cardiovascular subclínica, como el GIM.

99. LA ALTERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SPLICEOSOMA EN LEUCOCITOS DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE INFLUENCIA SU PERFIL AUTOINMUNE E INFLAMATORIO Y EL DESARROLLO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

P. Ruiz Limón¹, C. Pérez-Sánchez¹, R. Ortega-Castro¹, S. Pedraza-Arévalo^{1,2}, M. del Río-Moreno^{1,2}, Y. Jiménez Gómez¹, I. Arias de la Rosa¹, M.C. Ábalos Aguilera¹, M.A. Aguirre Zamorano¹, P. Seguí¹, E. Collantes-Estévez¹, A. Escudero-Contreras¹, J. Castaño^{1,2}, R.M. Luque^{1,2}, N. Barbarroja¹ y Ch. López Pedrera¹

¹IMIBIC-Hospital Reina Sofía-Universidad de Córdoba. ²Departamento de Biología Celular, Fisiología e Inmunología. Universidad de Córdoba.

Introducción: El splicing alternativo es un proceso de edición post-transcripcional que tiene lugar tras la generación del ARN mensajero primario, permitiendo que en un mismo gen pueda estar codificada la información necesaria para sintetizar distintas proteínas. El mecanismo molecular que permite la edición del ARN mensajero primario implica la formación de un complejo ribonucleoproteico, el spliceosoma. Un porcentaje significativo de enfermedades genéticas e inflamatorias derivan de alteraciones de splicing. Por lo tanto, la comprensión de qué modificaciones en el spliceosoma determinan un splicing alternativo y su asociación con el desarrollo de dichas patologías es de importancia crítica.

Objetivos: Analizar las posibles alteraciones presentes en el spliceosoma de pacientes con artritis reumatoide (AR) y su influencia en el desarrollo y actividad de la enfermedad y el perfil aterotrombótico de estos pacientes.

Métodos: Se desarrolló un array que incluía componentes seleccionados de los spliceosomas mayor (n = 12) y menor (n = 4), así como factores de splicing (n = 28). Su expresión se evaluó, utilizando la metodología Fluidigm, en leucocitos purificados de 14 pacientes con AR y 14 donantes sanos. De forma paralela se llevó a cabo una evaluación clínica y serológica exhaustiva. Diversos mediadores inflamatorios y de estrés oxidativo se cuantificaron utilizando citometría de flujo y RT-PCR. Se analizó la asociación entre los componentes del splicing alterados y los perfiles clínicos y analíticos mencionados.

Resultados: Los resultados del array mostraron una alteración significativa en diversos componentes del spliceosoma y factores de splicing en leucocitos de pacientes AR en relación a donantes sanos. En particular, cada tipo celular leucocitario mostró un perfil específico de alteración en dichos componentes (monocitos: CA150, PRP8, SRM160, U2AF1, RNU4atac, PTBB1, RAVR1, RBM17, SRSF4 y SRSF10; linfocitos: RNU12, RNU4, RNU6, PRP8, MAGOH, NOVA1 y SRSF3; neutrófilos: RNU11, RNU6, SC35 y RBM3). Niveles alterados de diversos elementos del spliceosoma en monocitos se asociaron a la presencia de placas de ateroma, mientras que en neutrófilos se halló relación con la presencia de afectación radiológica. En linfocitos, la alteración de dichos componentes se correspondió con positividad para FR y anti-CCPs, indicando que la modificación en la maquinaria del spliceosoma podría contribuir al aumento en la producción y el ensamblaje de auto-antígenos, promoviendo la generación de auto-anticuerpos. Los análisis de correlación mostraron una relación significativa entre los niveles alterados de diversos componentes del spliceosoma en los distintos tipos leucocitarios y una mayor actividad de la enfermedad (DAS, HAQ, etc.) y expresión

incrementada de numerosos mediadores proinflamatorios (PCR, TF, TNF, IL-8, TLR4, etc.) y oxidativos (peróxidos, GPX, SOD, etc.), así como parámetros asociados a resistencia a la insulina.

Conclusiones: Existe una alteración significativa del spliceosoma en pacientes AR que podría estar asociada al origen y actividad de esta condición autoinmune, e influir en mecanismos que dirigen el desarrollo de enfermedad cardiovascular. Estudios en marcha ayudarán a clarificar las implicaciones fisiológicas de estos hallazgos, los cuales podrían constituir nuevos biomarcadores de diagnóstico, así como nuevas herramientas terapéuticas para el tratamiento de la AR.

Financiado por CTS7940, e ISCIII (PI15/01333 y CP15/00158).

100. EVALUACIÓN DE LA INMUNODOMINANCIA DE UN PÉPTIDO DE LA HISTONA H4 COMO AUTOANTÍGENO EN LOS ANTICUERPOS ANTI-CCP DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

A. González, L. Rodríguez-Martínez, C. Regueiro, A. Montes, E. Pérez-Pampín y A. Mera-Varela

Laboratorio de Investigación; Unidad de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria-Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Introducción: Los anticuerpos anti-CCP identifican pacientes con artritis reumatoide (AR) que tienen autoanticuerpos frente a proteínas endógenas citrulinadas que no se han identificado de forma definitiva. En un estudio reciente (Meng et al. PLoS One. 2016;11:e0165501), se identificó un péptido de la histona H4 en inmunocomplejos del líquido sinovial como uno de esos autoantígenos. De todos los autoantígenos propuestos previamente sólo la vimentina apareció en esos inmunocomplejos, pero con una frecuencia mucho menor que la histona H4. Además, el péptido de H4 presentó características únicas, pues los anticuerpos frente a él estaban presentes en el 100% de los líquidos sinoviales y en el 92-94% de los sueros positivos para anti-CCP. Estas frecuencias son muy superiores a las encontradas con otros autoantígenos.

Objetivos: Confirmar la inmunodominancia del péptido H4-c39/40 en los pacientes con AR en comparación con otros dos péptidos citrulinados de autoantígenos potenciales.

Métodos: Se incluyeron 513 pacientes con AR establecida y 273 controles sanos. Los anticuerpos frente H4-c39/40, cFibB36-52 y cVim60-75 fueron evaluados mediante ELISA indirectos. La correlación entre los títulos de los autoanticuerpos se evaluó con el coeficiente de correlación de Spearman (r_s) y la concordancia entre positivos y negativos mediante el coeficiente gamma (γ) de Goodman-Kruskal. El estudio fue aprobado por el CEIC de Galicia.

Resultados: En contraste con lo publicado, sólo el 68,5% de los pacientes anti-CCP positivos tuvieron anticuerpos anti-H4-c39/40. Sin embargo, esta frecuencia es mayor que la observada con los otros péptidos, 50,5% con anti-cFibB36-52 y 28,8% con anti-cVim60-75. En consecuencia, se encontró una concordancia elevada entre los anticuerpos anti-CCP y anti-H4-c39/40 ($\gamma = 0,95$) que fue moderadamente superior a la observada entre anti-CCP y anti-cFibB36-52 ($\gamma = 0,86$). Además, los títulos de los anticuerpos anti-H4-c39/40 se correlacionaron con los títulos de los anti-CCP, pero de forma similar a los anti-cFibB36-52 ($r_s = 0,34$ y $0,33$, respectivamente). Por su parte, los anticuerpos anti-cVim60-75 mostraron concordancia y correlación con los anti-CCP notablemente inferiores.

Conclusiones: Se ha confirmado que los anticuerpos anti-H4-c39/40 son un componente importante de los autoanticuerpos detectados con los anti-CCP. Sin embargo, su inmunodominancia en nuestros pacientes no es tan marcada como la descrita en el estudio original. Financiado con ISCIII/PI14/01651 y Programa RETICS/RD12/0009/0008/ Cofinanciado FEDER.

101. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA POBLACIÓN CON ARTRITIS REUMATOIDE EN EL ÁREA III DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

A.C. Haro-Martínez¹, D. Palma-Sánchez¹, E. Peñas Martínez¹, M.J. Moreno Martínez¹ y E. Mené²

¹Unidad de Reumatología; ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Rafael Méndez. Lorca.

Introducción: La artritis reumatoide es la enfermedad reumática inflamatoria crónica más frecuente. Sin embargo, no se disponen de datos de su incidencia en España y existen pocos estudios que hayan analizado sus características epidemiológicas y prevalencia en nuestro país.

Objetivos: Estudiar las características epidemiológicas de la artritis reumatoide en el área III del Servicio Murciano de Salud y calcular su incidencia y prevalencia.

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal en el que se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de artritis reumatoide según criterios ACR/EULAR 2010. Se analizaron variables demográficas como la edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad y variables clínicas como la presencia de factor reumatoide (FR) y anticuerpos antipéptido citrulinado (ACPA), daño radiológico, tratamientos y complicaciones. El Área III del SMS atiende a una población de 167764 habitantes del sudeste de España.

Resultados: Cohorte de 334 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide (71,9% mujeres) con edad media de 59,8 ± 14,3 años y una media de duración de la enfermedad de 8,06 ± 7,13 años, con una mediana de 7 años. El 60% de los pacientes presentaban FR positivo de los cuales el 34,7% presentaban títulos > 100. El 53,3% tenían ACPA positivos, con título > 100 en el 44% de los casos. En cuanto a las complicaciones, un 6,8% de los pacientes mostraban afectación pulmonar, un 5,6% neoplasias, 3% síndrome de Sjögren secundario, 2,1% afectación renal, 0,9% afectación ocular y un 0,6% amiloidosis. El 28,9% presentaron enfermedad erosiva. A nivel terapéutico, el 26,6% estaba en tratamiento biológico (48,3% antiTNF, 27% abatacept, 13,5% tocilizumab y 11,10% rituximab). El 26,9% de los tratamientos biológicos se administraban en monoterapia. Encontramos en nuestra área una prevalencia de 0,2% (2,5 H: 1 M) y una incidencia anual de 14,4 casos/100.000 habitantes (H 9,6/100.000 habitantes, M 4,7/100.000 habitantes).

Conclusiones: Nuestra cohorte presentó diferencias en la prevalencia de comorbilidades descritas en otros estudios así como un menor porcentaje de enfermedad articular erosiva. En nuestra área de salud, la prevalencia de artritis reumatoide fue inferior a la descrita previamente en nuestro país y la incidencia fue inferior a la encontrada en otros países.

102. CLINICAL RELEVANCE OF DETECTING ANTI-ADALIMUMAB ANTIBODIES WITH A DRUG-TOLERANT ASSAY

A. Martínez Feito¹, L.Y. Bravo Gallego², B. Hernández-Breijo¹, A. Jochems¹, M.A. González Gómez², I. Monjo³, D. Peiteado³, G. Bonilla³, Ch. Plasencia^{1,3}, P. Nozal², A. Balsa^{1,3} y D. Pascual-Salcedo¹

¹Immuno-Rheumatology Research Group. IdiPaz; ²Immunology;

³Rheumatology. La Paz University Hospital. Madrid.

Introduction: The anti-TNF inhibitor Adalimumab (Ada) has proven effective in treating rheumatoid arthritis (RA) and spondyloarthropathies (SpA), although around 30% of responders will present clinical failure after having responded for at least 6 months (secondary clinical failure). Formation of immunocomplexes between antibodies to Ada (ATA) and Ada can increase drug clearance, leading to treatment failure. Most of the assays to measure ATA present drug interference. Currently, different assays have been developed to measure total ATA (free and complexed).

Objectives: To compare the detection of ATA during the treatment with Ada between two assays: one drug-sensitive assay and another drug-tolerant assay and their association with the clinical status.

Methods: A prospective observational study with 63 patients with rheumatic diseases under Ada treatment enrolled at the department of rheumatology of Hospital La Paz was conducted. Serum Ada levels were measured by a capture ELISA and serum ATA levels by two different assays: an in-house two-site (bridging) ELISA (bELISA) to detect uncomplexed ATA (free ATA) and a drug-tolerant assay developed by Immundiagnostik (Bensheim, Germany) (IDK) to measure simultaneously free and complexed ATA (total ATA). Samples were evaluated at baseline and at 0.2, 0.5, 1, 1.5 and 2 years after Ada therapy initiation.

Results: Out of the 63 studied patients, 12 (19%) had clinical diagnosis of RA and the rest (51, 81%) were patients with spondyloarthropathies: (24, 38%) ankylosing spondylitis, 9 (14%) psoriatic arthritis, 14 (22%) undifferentiated spondyloarthritis and 4(6%) spondyloarthritis associated with inflammatory bowel disease). Thirty-one patients (49%) received concomitant methotrexate (26% patients with RA and 74% patients with SpA), 13 patients (21%) received another DMARDs associated to Ada and 19 (30%) patients were on monotherapy. Out of the 63 patients, in 27 (43%) no ATA were detected by any method. Thirty six patients (57%), were IDK+ and 12 patients (19%) were bELISA+ (all of them IDK+). The presence of ATA by bELISA (free ATA) was associated with absence of circulating Ada levels. However, most (78%) samples with complexed ATA had circulating serum Ada levels although in low amount (1.65 µg/ml in ATA+ vs 6.25 µg/ml in ATA-, p < 0.0001). ATA were detected by IDK at earlier treatment stages than by bELISA, being statistically significant at all studied time points. Among the patients who dropped-out of the treatment (30 patients, 48%) the detection of ATA was frequent and significant by both methods. Ten patients (33%) were ATA+ by bELISA in those who dropped-out vs 2 patients (6%) ATA+ in those who continued treatment (p < 0.0001). By IDK ATA were positive in 24 patients (80%) who dropped-out vs in 12 patients (36%) who continued treatment (p < 0.0001). The percentage of ATA detected by IDK was higher than by bELISA, showing a tendency of more ATA+ patients by IDK among the ones with less survival (24 patients (80%) IDK+ vs 10 patients (33%) bELISA +; p = 0.06).

Conclusions: ATA are detected by a drug-tolerant assay (IDK) at earlier stages on treatment than by bELISA. The antibodies formed early are associated with lower levels of circulating Ada, indicating higher drug clearance. This information might be useful to implement the Therapeutic Drug Monitoring. However, the detection of early complexed ATA has not demonstrated a significant advantage over the bELISA to predict treatment survival.

This work has been supported by a collaboration with Leti laboratories.

103. CALIDAD DE VIDA Y PREFERENCIAS DE UTILIDAD ESTIMADAS MEDIANTE LA NUEVA VERSIÓN DEL CUESTIONARIO EQ5D-5L EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ESTABLES Y EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO

I. Gorostiza Hormaetxe¹, E. Galíndez Agirregoikoa², L. Ansola Marlaska¹, S. Estrada Dorronsoro³, J. Goikolea Ugarte⁴ y M. Agirre Okamika¹

¹Unidad de Investigación. REDISSEC; ²Servicio de Reumatología.

Hospital Universitario Basurto. ³Servicio de Medicina Interna; ⁴Servicio de Farmacia. Hospital Galdakao Usansolo. Vizcaya.

Introducción y objetivos: La afectación de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide (AR) es una medida de resultado cada vez más relevante a la hora de evaluar la eficiencia de los tratamientos. El sistema descriptivo EQ5D ha sido ampliamente empleado en investigación clínica y farmacoeconómica para la

evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en patologías crónicas. Recientemente se han publicado las tarifas de utilidad específicas para España de la nueva versión EQ5D5L. El objetivo del estudio es estimar la CVRS, sus factores asociados y los índices de utilidad en una cohorte de pacientes AR estables y en tratamiento biológico con el cuestionario actualizado EQ5D5L.

Métodos: Seguimiento prospectivo observacional de una cohorte de 77 pacientes AR estables en tratamiento biológico durante 12 meses con evaluación semestral de variables clínicas, actividad (DAS28, HAQ-DI) y EQ5D5L. El EQ5D5L evalúa las dimensiones de movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión, extrayéndose un perfil e índice de utilidad [0-1], así como una escala visual analógica (VAS) [0-100]. La utilidad se ha evaluado mediante la tarifa española publicada por Ramos-Goñi y cols. Mediante modelos de regresión (OLS, Tobit, Beta) se han determinado las variables que se asocian a la CVRS, y la capacidad predictiva del HAQ-DI sobre EQ5D5L, en comparación a la publicada por Carreño (2011) para EQ5D3L. Se asume significación estadística para $p < 0,05$.

Resultados: Los 77 pacientes rellenaron un total de 217 encuestas en el seguimiento. El 87% eran mujeres, edad media 57,0 años (DE 12,9), duración de enfermedad 13,7 (7,1) años. Su DAS28 medio fue de 2,72(1,00) e índice HAQ-DI 0,77 (0,60); el 70,7% con discapacidad leve o muy leve. El índice de Charlson fue de 1,4 (0,9) y el 66,3% tratados con adalimumab o etanercept. El índice EQ5D5L inicial medio fue de 0,768 (0,182) y disminuyó a 0,708 (0,227) a 1 año; el VAS también disminuyó desde 66,1 (21,7) a 62,4 (18,1). Sólo el 10,4% de los pacientes no tenían problemas en alguna dimensión (efecto techo), siendo el dolor/malestar la dimensión más afectada (83,1%). Se observa una correlación negativa (-0,767) entre el HAQ-DI y el índice EQ5D5L, y positiva con VAS (0,617) y SF6D (0,798), todos $p < 0,05$. En los análisis univariantes se observa una asociación significativa entre la edad, la duración de la AR, DAS28 a la inclusión, y HAQ-DI, con los distintos índices de CVRS; no así el sexo. El mejor modelo predictivo (basado en RMSE) se obtiene con regresión beta y añadiendo un término cúbico al HAQ-DI: Utilidad = 2,6242 - 0,1973*HAQDI - 0,0165*HAQDI³. En esta muestra, y a diferencia de otros modelos predictivos publicados, la edad y sexo no influyen en la predicción del HAQ-DI sobre el EQ5D5L.

Conclusiones: Aunque la CVRS en AR se vea afectada por distintos factores individualmente, en pacientes estables parece estar más relacionada con los valores de HAQ-DI. La publicación de las tarifas españolas del nuevo cuestionario EQ5D5L ha modificado el modelo predictivo de su índice de utilidad a partir del HAQ-DI previamente publicadas.

104. INFLUENCIA DEL FACTOR REUMATOIDE Y LOS ANTICUERPOS ANTIPÉPTIDO CITRULINADO EN LA EVOLUCIÓN DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

A.C. Haro Martínez, D. Palma Sánchez, E. Peñas Martínez y M.J. Moreno Martínez

Hospital Rafael Méndez. Lorca.

Introducción: El factor reumatoide (FR) se detecta en el 40-80% de los pacientes con artritis reumatoide (AR), asociándose con enfermedad más grave, con más extensión del compromiso articular, mayor destrucción y mayor discapacidad. Al igual que el FR, los anticuerpos antipéptido citrulinado (ACPA) se relacionan con la gravedad de la enfermedad, aunque existen resultados contradictorios en cuanto a su asociación con una mayor progresión radiológica.

Objetivos: Analizar la relación entre positividad de FR y ACPA y la gravedad de la enfermedad.

Métodos: Estudio de corte transversal en el que se incluyeron pacientes mayores de 18 años diagnosticados de artritis reumatoide según

criterios ACR/EULAR 2010. Se recogieron las siguientes variables: características sociodemográficas, FR, ACPA, presencia de erosiones y tratamiento. En el análisis estadístico descriptivo de variables cuantitativas se utilizaron la media y desviación estándar y para variables cualitativas se utilizaron frecuencias. En el estudio de asociación entre variables cualitativas se utilizó la prueba de chi-cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 334 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide con una edad media de 59,3 ± 14,26, de los cuales el 60% tenía FR positivo y el 53,3% ACPA positivo. Se encontró relación entre la presencia de erosiones con FR positivo (OR 2,45) y ACPA positivo (OR: 2,22), existiendo más riesgo de presentar erosiones si ACPA > 100 (OR: 1,9). No se encontraron diferencias significativas entre paciente con FR positivo a título alto o bajo. El riesgo de iniciar terapia biológica fue mayor en pacientes con FR positivo (OR: 2,08) y ACPA positivo (OR: 2,11). Los pacientes con AR FR positivo y ACPA positivo habían sido tratados con un número mayor de terapias biológicas (OR: 2,5 y 2,42 respectivamente).

	FR+	FR-	ACPA+	ACPA-
Erosiones	68 (34,1%)	24 (17,7%)	58 (32,5%)	23 (17,8%)
No erosiones	130 (65,9%)	111 (82,3%)	120 (37,5%)	106 (82,2%)
Biológico	64 (32,2%)	25 (18,5%)	56 (31,4%)	23 (17,8%)
No biológico	135 (67,8%)	110 (81,5%)	122 (68,6%)	106 (82,2%)
= 2 biológicos	70 (35,1%)	24 (17,7%)	57 (32%)	21 (16,2%)

Conclusiones: Los pacientes con artritis reumatoide FR positivo y/o ACPA positivo tienen un riesgo mayor de presentar erosiones y de ser refractarios a tratamiento médico.

105. CLINICAL REMISSION IN SUBJECTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS TREATED WITH SUBCUTANEOUS TOCILIZUMAB AS MONOTHERAPY OR IN COMBINATION WITH METHOTREXATE OR OTHER SYNTHETIC DMARDS: A REAL-WORLD CLINICAL TRIAL (TOSPACE)

R. Sanmartí¹, E. Martín Mola², J.E. Fonseca³, D.J. Veale⁴, A. Escudero⁵, C. González⁶ y ToSpace Study group

¹Hospital Clínic. Barcelona. ²Hospital La Paz. Madrid. ³Hospital de Santa María. Lisboa. Portugal. ⁴St. Vincent's University Hospital. Dublin. Ireland. ⁵Hospital Reina Sofía. Córdoba. ⁶Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

Objectives: The primary objective of this study was to assess the 24-week efficacy and safety of subcutaneous (SC) tocilizumab (TCZ) 162 mg weekly (qw) as monotherapy or in combination with methotrexate (MTX) or other synthetic (s) DMARDs in patients with active rheumatoid arthritis (RA) in the real world setting. Secondary objectives included to evaluate whether increasing the dose interval from TCZ-SC 162 mg qw to TCZ-SC 162 mg every two weeks (q2w) would be associated with a sustained clinical remission up to week 48.

Methods: This multinational (Spain, Ireland, Portugal), multicenter, phase IIIb study was undertaken in subjects = 18 years of age with active RA (DAS 28-ESR > 3.2) who have had inadequate response or intolerance to sDMARDs or to a first anti-TNF drug. The study comprised a phase 1 with open-label design in which patients received TCZ-SC 162 mg qw (± oral/SC MTX or other sDMARDs) for 24-weeks and the main outcome was the percentage of patients achieving sustained clinical remission activity (DAS 28-ESR < 2.6) at Week 20 and Week 24 (primary outcome of the study); and a phase 2 where patients achieving sustained clinical remission during the phase 1 were randomized to receive TCZ-SC 162 mg qw or TCZ-SC 162 mg q2w (± oral/SC MTX or other sDMARDs) for an additional 24 weeks; the main outcome of the phase 2 was the percentage of patients who maintained the remission at week 48 (i.e. DAS 28-ESR < 2.6). Other secondary outcomes: ACR response, EULAR response, and change in CDAI, SDAI, TJC, SJC, patient's and physician's overall assessment, pain

VAS, and HAQ-DI. All the efficacy analyses were performed in the full analyses set population which comprised all patients included in the study who received at least one dose of TCZ-SC.

Results: 401 patients were included in the phase 1, 74 patients received TCZ-SC monotherapy and 327 patients received TCZ-SC in combination with oral/SC MTX or other sDMARDs. Sustained clinical remission rates were comparable between the mono- and combination-therapy groups at 24 week (48.4% vs 52.9%, $p = 0.523$). Of the 179 patients who achieved sustained clinical remission during the phase 1, 89 were randomly assigned to receive TCZ-SC 162 mg qw and 90 to receive TCZ-SC 162 mg q2w. At the end of phase 2, the percentage of patients who maintained the remission at week 48 was 91.5% with TCZ-SC qw and 73.9% with TCZ-SC q2w ($p = 0.002$). Main efficacy outcomes for both phases of the study are presented in the table. Rates of serious adverse events (AEs) and rates of AEs leading to drug discontinuation were similar in patients treated with mono or combination therapy, and in patients treated with TCZ-SC qw or TCZ-SC q2w. At least one serious AEs was reported in 3 (4.1%) patients in the monotherapy group and in 10 (3.1%) patients in the combination therapy group (Phase 1); 2 (2.2%) patients in the TCZ-SC qw group and 1 (1.1%) patient in TCZ-SC q2w group reported at least one serious AE (Phase 2).

Phase 1

Outcome	TCZ-SC monotherapy (N = 74)	TCZ-SC Combination (N = 327)	p-value
Sustained clinical remission, %	48.4	52.9	0.523
ACR20, %	79.7	83.3	0.495
ACR50, %	59.4	58.7	0.923
ACR70, %	40.6	37.7	0.666
ACR90, %	23.4	16.7	0.207
HAQ-DI (baseline/24 weeks), mean	1.49/0.85	1.36/0.82	NS

Phase 2

Outcome	TCZ-SC 162 mg qw (N = 89)	TCZ-SC 162 mg q2w (N = 90)	p-value
Clinical remission, %	91.5	73.9	0.002
ACR20, %	96.4	88.8	0.056
ACR50, %	88.1	79.8	0.766
ACR70, %	71.4	65.2	0.377
ACR90, %	45.2	32.6	0.088
Mean change in DAS28	-0.02	0.35	0.037

Conclusions: In the real world setting, treatment with TCZ-SC 162 mg weekly in patients with active RA is associated with a relevant rate of sustained clinical remission regardless it is administered as monotherapy or in combination with a sDMARD. The proportion of patients who remained in clinical remission at week 48 was significantly higher with TCZ-SC qw than with TCZ-SC q2w. The safety profile of TCZ-SC was consistent with previous studies of TCZ-SC and TCZ-IV.

Código EUDRACT: 2013-002429-52.

106. MODELO PREDICTIVO DEL DOLOR DE HOMBRO A PARTIR DE DATOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS

C. Feced Olmos¹, E. Labrador Sánchez¹, D. Hervás Marín², K. Arévalo Ruales¹, F.M. Ortiz Sanjuán¹, R. Negueroles Albuixech¹, J. Ivorra Cortés¹, J.J. Fragio Gil¹, E. Grau García¹, I. Martínez Cordellat¹, R. González Mazarío¹, I. Chalmeta Verdejo¹, L. González Puig¹, C. Alcañiz Escandell¹, C. Nájera Herranz¹, I. Cánovas Olmos¹, E. Vicens Bernabéu¹, J.E. Oller Rodríguez¹ y J.A. Román Ivorra¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia.

Introducción: La omalgia es una patología muy frecuente pero con mal pronóstico y con tasas de recurrencia elevadas. Para valo-

rar el hombro, se utiliza la anamnesis y el examen físico, pero el diagnóstico de certeza es difícil, ya que la historia y las maniobras específicas de exploración suelen correlacionarse pobremente con la patología subyacente. Existen pocos trabajos que estudien la predictibilidad de la patología del hombro a través de las características del paciente y la exploración. En nuestro estudio valoramos la especificidad y sensibilidad de algunas de las maniobras exploratorias del hombro y parámetros epidemiológicos, para después compararlos con la ecografía.

Objetivos: Valorar si existen una combinación de maniobras exploratorias y datos clínicos que permitan predecir el tipo de afección del hombro doloroso de forma sensible y específica.

Métodos: Realizamos un estudio prospectivo con los pacientes que acudieron a nuestras consultas de reumatología por omalgia entre febrero de 2016 y enero de 2017 excluyendo a los pacientes con patología inflamatoria conocida. Un reumatólogo realizó la anamnesis y las maniobras exploratorias seleccionadas (test de Jobe, test de Gerber y palpación de la articulación acromioclavicular). Otro reumatólogo experimentado en ecografía, ciego a la exploración y la historia clínica, realizó una exploración ecográfica del hombro. Los datos se resumen mediante media (desviación típica) y mediana (primer y tercer cuartil) en el caso de variables continuas y mediante frecuencias relativas y absolutas en el caso de variables categóricas. Para determinar la asociación entre las distintas maniobras y la afección se han utilizado modelos de regresión logística multivariable. La selección de los modelos se ha realizado mediante el criterio de información de Akaike (AIC). A partir de los modelos predictivos ajustados desarrollamos nomogramas para facilitar su utilización en el ámbito clínico. Todos los análisis se han realizado mediante el software R (versión 3.3.1).

Resultados: Completaron el estudio 119 pacientes con una edad media de $60 \pm 12,56$ años. El tiempo de evolución del dolor fue de $20,43 \pm 24,09$ meses. El 66,4% fueron mujeres y el hombro derecho el más afectado (71,4%). Otras variables importantes se muestran en la tabla. La asociación entre las maniobras de Jobe y la afectación del supraespinoso (SE), así como la maniobra de Gerber con la afectación del subescapular fueron estadísticamente significativas. Sin embargo la sensibilidad y especificidad de ambas maniobras son muy bajas, por lo que por sí solas no son aptas para el diagnóstico del tendón afectado ni del tipo de alteración. Se desarrolló un modelo predictor (nomograma) de las patologías del hombro más frecuentes (bursitis subacromiodeltoidea, tendinitis o roturas del SE), mediante variables epidemiológicas y de exploración clínica.

Variable	Media (DE)
Test Jobe	91 (76,5%)
Test Gerber	72 (60,5%)
Localización dolor	
Anterior	72 (61%)
Lateral	18 (15,3%)
Posterior	10 (8,5%)
Superior	18 (15,3%)
Afectación supraespinoso	96 (80,7%)
Afectación subescapular	22 (18,5%)
Derrame vaina bíceps	27 (22,7%)
Bursitis subacromio deltoidea	53 (44,5%)
Tendinitis supra	49 (41,2%)
Rotura supra	
Completa	21 (17,6%)
Parcial	36 (30,3%)
Sin rotura	62 (52,1%)

Conclusiones: A pesar de que falta validarlos, todo indica a que con estos nomogramas podemos predecir, en algunos pacientes con elevada sensibilidad y especificidad, las patologías más frecuentes del hombro. Las pruebas de imagen tienen cierto tiempo de demora, por lo aplicando los nomogramas en atención primaria, se podría establecer un diagnóstico de presunción precoz más

fiable, instaurando un tratamiento temprano. Además se podría remitir de forma más eficiente a los pacientes a la especialidad que corresponda (reumatología, traumatología o rehabilitación) evitando demoras.

107. NIVELES DE EXPRESIÓN DE PROTEÍNAS DE LA VÍA DE SEÑALIZACIÓN DEL RECEPTOR DE IL-23 (IL-23R) EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA) Y ARTRITIS PERIFÉRICA (AP)

A. Sánchez¹, R. Villares², J. Polo y la Borda^{1,3}, J. Campos², J.M. Rodríguez-Frade², J. Sanz¹, B.J. Flores¹, P. Lucas², M. Mellado² y J. Mulero¹

¹Instituto de Investigación Biomédica. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (IDIPHIM). Madrid. ²Departamento de Inmunología y Oncología. Centro Nacional de Biotecnología (CNB/CSIC). Campus de Cantoblanco. Madrid. ³Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles.

Introducción: Diversas citoquinas, como la IL-23, actúan tras unirse a su receptor, señalizando a través de la vía JAK-STAT, que está regulada por las proteínas supresoras de la señalización de citoquinas (SOCS). Resultados previos de nuestro grupo han relacionado al alelo A del polimorfismo rs7857730 de JAK2 con la presencia de AP al inicio de la enfermedad en los pacientes con EA.

Objetivos: Nuestro propósito ha sido evaluar los niveles de expresión de las proteínas IL23R, JAK2, SOCS-1,-2,-3 y-6 en células mononucleadas de sangre periférica (PBMCs) en relación con la presencia de AP y en relación con el polimorfismo rs7857730 de JAK2.

Métodos: Se analizaron 74 pacientes con diagnóstico de EA según los criterios de Nueva York modificados, seguidos en el servicio de Reumatología del Hospital Puerta de Hierro. La población estuvo constituida por 48 hombres y 26 mujeres, con edad media de 54,28 años \pm 11,17 años. El porcentaje de pacientes con AP constituyó un total de 34 pacientes (45,9%) del total. El RNA se obtuvo mediante el kit Nucleospin RNA II (MN). Se realizó PCR cuantitativa mediante el empleo de primers específicos utilizando Power SYBRGreen PCR Master Mix (Applied Biosystems) en el caso de las proteínas SOCS o de sondas RealTime Ready de Roche en el caso de JAK2 e IL23R. Los resultados y análisis estadísticos se procesaron con STATA, v.12 aplicando para el análisis una ecuación de estimación generalizada (GEE). Valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

Resultados: Los pacientes con EA y AP presentaron mayores niveles de expresión de IL-23R y de JAK2 pero sólo en el que caso de JAK2 la diferencia fue significativa ($p = 0,042$). Los niveles de expresión de SOCS en los pacientes con AP fueron menores en todos los casos (SOCS-1,-2,-3 y -6), aunque sólo en el caso de SOCS-3 se observó una clara tendencia ($p = 0,07$) comparativamente a los pacientes sin artritis. Respecto al polimorfismo de JAK2 rs7857730(A/C), los pacientes portadores del alelo de riesgo A tanto en homocigosis como en heterocigosis, se asociaron con mayores niveles de expresión de JAK2 y con menores niveles de expresión de proteínas SOCS pero el análisis sólo llegó a alcanzar significación estadística en el caso de SOCS-3 ($p = 0,05$).

Conclusiones: Los pacientes con EA y AP presentan unos mayores niveles de la proteína señalizadora JAK2, y una tendencia de menores niveles de expresión de la proteína supresora de la señalización de citoquinas SOCS-3. Además el alelo de riesgo A del snp rs7857730 se asocia con una menor expresión del supresor SOCS3. Estas diferencias podrían implicar una mayor capacidad de activación celular, por la mayor presencia de proteínas con potencial activador y menor presencia de aquellas con características inhibitorias, en respuesta a citoquinas como la IL-23, que se relacionaría con la capacidad de presentación de artritis periférica.

108. EFICACIA A 12 MESES DEL ABATACEPT SUBCUTÁNEO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

I. Notario Ferreira, M.A. Ferrer González, P. Morales Garrido, I. Añón Oñate, C. Caro Hernández, L. Pérez Albaladejo, M.J. Soto Pino, A. González Utrilla, E. Raya Álvarez y R. Cáliz Cáliz

Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Introducción: Abatacept (ABA) es una proteína de fusión que inhibe la activación de las células T, bloqueando selectivamente la unión específica de los receptores CD80/CD86 de las CPA al CD28 del linfocito T. Se presentan los resultados de nuestra experiencia de práctica clínica en términos de eficacia a 12 meses de tratamiento en pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR).

Objetivos: Valorar la eficacia de ABA subcutáneo (SC) en nuestros pacientes con AR, y de la posible influencia de distintas variables clínicas en la predicción de respuesta a ABA.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal y abierto en el que se incluye a pacientes diagnosticados de AR, según los criterios de la ACR 2010. A todos los pacientes se les administró ABA a dosis de 125 mg SC semanal y se realizó un seguimiento a los 6 y 12 meses. Al inicio del tratamiento y en cada visita se determinaron las siguientes variables: Recuento de articulaciones dolorosas y tumefactas, EVA del dolor y de su enfermedad por el paciente, EVA de la enfermedad por parte del médico, analítica sanguínea y de orina, determinación de VSG, FR, PCR y ACPA. Se recogen datos demográficos y tratamientos recibidos por cada paciente con anterioridad, incluidos FAMEs y terapias biológicas. La respuesta al tratamiento se evaluó utilizando el índice DAS 28 (remisión clínica y baja actividad) y los criterios de respuesta de la EULAR. De los 54 pacientes que recibieron tratamiento durante el periodo de estudio, 37 lo hicieron durante al menos 6 meses y comprenden la base de nuestro análisis.

Resultados: Las características demográficas basales de los pacientes se muestran en la tabla. A los 6 meses de tratamiento el 56,8% de los pacientes cumplen criterios de respuesta EULAR, siendo las tasas de respuesta a los 12 meses ($n = 19$) de 57,9%. La tasas de baja actividad según DAS28 a los 6 y 12 meses fueron del 51,4% y 42,1% respectivamente. En cuanto a la tasa de remisión clínica (DAS28 $< 2,6$) es de 24,3% a los 6 meses y de 31,6% a los 12 meses. Al realizar el análisis por subgrupos, se objetivó que el 60% de los pacientes positivos al FR presentaban tasas de baja actividad según DAS28 a los 6 meses en comparación con el 14,3% de los pacientes negativos al FR ($p = 0,042$). Estas diferencias no se objetivaron a los 12 meses de seguimiento. No hubo diferencias en las tasas de remisión ni baja actividad entre pacientes que recibieron ABA en monoterapia y los que recibieron ABA asociado a un FAME sintético, así como tampoco en los pacientes ACPA positivos, respecto a los pacientes ACPA negativos

Características	Resultados (n = 54)
Sexo, hombres n (%) / mujeres n (%)	9 (14,9) / 46 (85,1)
Edad años, media (DE)	57,24 (11,71)
Duración de la AR años, media (DE)	10,70 (7,8)
Tratamientos biológicos previos, media (DE)	1,72 (1,05)
Pacientes que recibieron ABA como 1ª línea de tratamiento, n (%)	7 (12,9)
Pacientes que recibieron ABA como 2ª línea de tratamiento, n (%)	16 (29,6)
Pacientes que recibieron ABA como 3ª línea de tratamiento, n (%)	21 (38,8)
Pacientes que recibieron ABA como 4ª o más línea de tratamiento, n (%)	10 (18,5)
Pacientes en tratamiento con metotrexato, n (%)	20 (37)
Pacientes en tratamiento con leflunomida, n (%)	7 (12,9)
Pacientes en tratamiento con sulfasalazina, n (%)	1 (1,8)
Pacientes en tratamiento con ABA en monoterapia, n (%)	25 (46,29)
DAS28, media (DE)	4,6 (1,2)
VSG, media (DE)	19,86 (16,91)
PCR, media (DE)	1,1 (2)
FR, n (%)	44 (81,48)
ACPA, n (%)	42 (77,77)

Conclusiones: Abatacept SC es eficaz en pacientes con AR refractaria y presenta mayor tasa de baja actividad en pacientes FR positivos a los 6 meses de tratamiento en condiciones de práctica clínica.

109. SUPERVIVENCIA A 2 AÑOS DEL TOCILIZUMAB SUBCUTÁNEO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE NAÏVE Y TRAS FALLO CON UN TRATAMIENTO BIOLÓGICO

I. Notario Ferreira, M.A. Ferrer González, P. Morales Garrido, I. Añón Oñate, C. Caro Hernández, L. Pérez Albaladejo, J. Salvatierra Ossorio, J. González Domínguez, T. García Contreras, E. Raya Álvarez y R. Cáliz Cáliz

Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Introducción: Tocilizumab (TCZ) es un anticuerpo monoclonal IgG1 recombinante humanizado dirigido contra el receptor de la IL-6. El uso concomitante de metotrexato (MTX) incrementa de forma significativa las tasas de retención de los inhibidores del TNF alfa en pacientes con artritis reumatoide (AR); sin embargo en diversos ensayos clínicos se ha objetivado que no existe diferencia en las tasas de supervivencia de TCZ cuando se administra en monoterapia o en terapia combinada con MTX. Se presentan resultados de supervivencia y análisis de las causas de discontinuación en pacientes de práctica clínica habitual.

Objetivos: Evaluar la tasa de retención y los motivos de interrupción del tratamiento con TCZ en una cohorte de pacientes con AR.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal y abierto realizado en pacientes con AR, naïve y tras fallo a un fármaco anti-reumático modificador de la enfermedad (FAME) biológico previo, a los cuales se les inició tratamiento con TCZ SC a dosis de 162 mg semanal. Se recogieron los siguientes datos demográficos y clínicos: edad, sexo, duración de la enfermedad, recuento de articulaciones dolorosas y tumefactas, escala visual analógica (EVA) del dolor y de su enfermedad por el paciente, EVA de la enfermedad por parte del médico, analítica sanguínea con determinación de velocidad de sedimentación globular (VSG), factor reumatoide (FR), y anticuerpos antipeptido cíclicos citrulinados (ACPA), tratamiento concomitante con FAMES sintéticos. Se analizaron las causas que motivaron la suspensión del fármaco en pacientes que habían recibido al menos una dosis de TCZ. Se realizó un análisis de supervivencia por el método de Kaplan-Meier para estudiar el tiempo hasta finalización del tratamiento y además se utilizó el test de Log-Rank para la comparación de los distintos subgrupos (FAME concomitante, TB previo y positividad para FR y/o ACPA).

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes, cuyas características demográficas basales se muestran en la tabla. Las tasas de supervivencia de TCZ a los 12 meses fueron del 74,8% y del 69,4% a los 24 meses. Las razones de discontinuación fueron: la falta de eficacia (2 pacientes, 6,1%) y por eventos adversos (5 pacientes, 15,2%). Las tasas de retención a los 12/24 meses fueron de 67,7/58% en los pacientes en tratamiento con terapia combinada con FAME sintético frente a 92,3/92,3% en aquellos en tratamiento con TCZ en monoterapia, de 64/64% en los pacientes que habían recibido previamente terapia biológica frente a 80,2/72,1% en los pacientes naïve a terapia biológica, de 78,6/78,6% en los pacientes positivos al FR y/o ACPA frente a 71,4/57,1% en pacientes seronegativos, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre los distintos subgrupos. No hubo diferencias estadísticamente significativas al analizar los motivos de discontinuación del tratamiento entre los distintos subgrupos de pacientes, sin embargo se vio que los pacientes en tratamiento con terapia combinada con FAME sintético presentaron como motivo principal de discontinuación (> 90%) la presencia de acontecimientos adversos.

Características	Resultados (n = 33)
Sexo, hombres n (%) / mujeres n (%)	6 (18,18) / 27 (81,81)
Edad años, media (DE)	54,03 (12,98)
Duración de la AR años, media (DE)	9,03 (10,64)
Pacientes en tratamiento con metotrexato n (%)	12 (36,4)
Pacientes en tratamiento con leflunomida, n (%)	5 (15,2)
Pacientes en tratamiento con TCZ en monoterapia, n (%)	16 (48,5)
DAS28, media (DE)	5,38 (1,46)
CDAI, media (DE)	26,49 (11,15)
VSG, media (DE)	37,88 (27,81)
PCR, media (DE)	1,64 (2,3)
FR y/o ACPA, n (%)	24 (72,7)

Conclusiones: El tratamiento con TCZ presenta altas tasas de supervivencia. En la mayoría de los pacientes en tratamiento con terapia combinada con FAME sintético el motivo de suspensión de TCZ fue debido a la presencia de acontecimientos adversos.

110. DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE EL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR DE LA UVEÍTIS ANTERIOR NO INFECCIOSA NO NEOPLÁSICA

G. Espinosa¹, S. Muñoz-Fernández², J.M. García Ruiz de Morales³, J.M. Herreras⁴ y M. Cordero⁵

¹Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Institut Clínic de Medicina i Dermatologia. Hospital Clínic. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Universidad Europea de Madrid. San Sebastián de los Reyes. ³Unidad de Inmunología; ⁴IOBA (Instituto Universitario de Oftalmobiología). Universidad de Valladolid. CIBER-BBN (Centro de Investigación Biomédica en Red en Bioingeniería, Biomateriales y Nanomedicina). Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ⁵Unidad de Uveítis. Complejo Asistencial Universitario e Instituto de Biomedicina Universidad de León (IBIOMED). León.

Objetivos: Desarrollar recomendaciones basadas en la mejor evidencia y experiencia sobre el uso de inmunomoduladores en pacientes con uveítis anterior (UA) no infecciosa no neoplásica.

Métodos: Se seleccionó un grupo multidisciplinar de 5 expertos. En una primera reunión de grupo nominal, se acordó el alcance, usuarios y apartados del documento. Se definió y generó una plantilla para describir el tratamiento de cada tipo de UA. Los expertos se encargaron de rellenar las plantillas en base a su experiencia. De forma paralela se realizó una revisión sistemática de la literatura sobre la eficacia y seguridad de los inmunomoduladores en pacientes con UA no infecciosa no neoplásica. En una segunda reunión de grupo nominal se generaron 33 recomendaciones en base a la evidencia y a la experiencia de los expertos. Mediante la metodología Delphi, el grado de acuerdo con las recomendaciones se extendió a 25 expertos más que votaron según una escala de 1 (total desacuerdo) a 10 (total acuerdo). El acuerdo se definió como una puntuación = 7 en al menos el 70% de los participantes. El nivel de evidencia y grado de recomendación se clasificaron según el modelo del Center for Evidence Based Medicine de Oxford.

Resultados: Se aceptaron las 33 recomendaciones generadas (ver tabla). Se incluyen recomendaciones específicas para pacientes con UA no infecciosa no neoplásica asociadas y no asociadas a enfermedad sistémica, así como para distintas líneas de tratamiento.

Conclusiones: En los pacientes con UA no infecciosa no neoplásica, estas recomendaciones sobre el uso de inmunomoduladores pueden mejorar los resultados y el pronóstico de los mismos.

Tabla Póster 110

UA asociada a EspA	
1	En pacientes con brote de UAA asociada a EspA se recomienda iniciar tratamiento tópico con corticoides y ciclopléjicos/midriáticos
2	En pacientes con UA asociada a EspA sin control de la inflamación oftalmológica a pesar del tratamiento tópico correcto se recomienda iniciar: <ul style="list-style-type: none"> • MTX en escalada de dosis hasta 15-20 mg/sem (a conseguir esta dosis en 1 mes) seguido de ácido fólico al día siguiente, o • SSZ en escalada de dosis de 500 mg/sem hasta llegar a 2 g/d dividido en 2 dosis
3	En pacientes con UA asociada a EspA sin control de la inflamación oftalmológica a pesar del tratamiento inmunomodulador con MTX o SSZ, o contraindicación/intolerancia a los mismos, se recomienda un anticuerpo monoclonal anti-TNFa (ADA, IFX, CZP, o GLM)
UA asociada a EII	
4	En pacientes con brote de UAA asociada a EII se recomienda iniciar tratamiento tópico con corticoides y ciclopléjicos/midriáticos
5	En pacientes con UA asociada a EII sin control de la inflamación oftalmológica a pesar del tratamiento tópico correcto, se recomienda iniciar SSZ en escalada de dosis de 500 mg/sem hasta llegar a 2 gr/d dividido en 2 dosis
6	En pacientes con UA asociada a EII sin control de la inflamación oftalmológica a pesar del tratamiento inmunomodulador con SSZ, o contraindicación/intolerancia a la misma, se recomienda iniciar MTX en escalada de dosis hasta 15-20 mg/sem (a conseguir esta dosis en 1 mes) seguido de ácido fólico al día siguiente
7	En pacientes con UA asociada a EII sin control de la inflamación oftalmológica a pesar del tratamiento inmunomodulador con MTX y/o SSZ, o contraindicación/intolerancia a los mismos, se recomienda un anticuerpo monoclonal anti-TNFa (ADA, IFX, CZP, o GLM)
UA asociada a psoriasis	
8	En pacientes con brote de UAA asociada a psoriasis se recomienda iniciar tratamiento tópico con corticoides y ciclopléjicos/midriáticos
9	En pacientes con UA asociada a psoriasis sin control de la inflamación oftalmológica a pesar del tratamiento tópico correcto se recomienda iniciar MTX en escalada de dosis hasta 15-20 mg/sem (a conseguir esta dosis en 1 mes) seguido de ácido fólico al día siguiente
10	En pacientes con UA asociada a psoriasis sin control de la inflamación oftalmológica a pesar del tratamiento inmunomodulador con MTX, o contraindicación/intolerancia al mismo, se recomienda iniciar SSZ en escalada de dosis de 500 mg/sem hasta llegar a 2 g/d dividido en 2 dosis
11	En pacientes con UA asociada a psoriasis sin control de la inflamación oftalmológica a pesar del tratamiento inmunomodulador con SSZ y/o MTX o contraindicación/intolerancia a los mismos se recomienda un anticuerpo monoclonales anti-TNFa (ADA, IFX, CZP, o GLM)
UA asociada a síndromes autoinflamatorios	
12	En pacientes con brote de UAA asociada a síndromes autoinflamatorios se recomienda iniciar tratamiento tópico con corticoides y ciclopléjicos/midriáticos
13	En pacientes con UA asociada a un síndrome antinflamatorio sin control de la inflamación oftalmológica a pesar del tratamiento tópico correcto se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> • En el caso concreto de un paciente con TRAPS valorar el uso de ETN • Para el resto de síndromes valorar canakinumab o anakinra
UA asociada a policondritis recidivante	
14	En pacientes con brote de UAA asociada a policondritis recidivante se recomienda iniciar tratamiento tópico con corticoides y ciclopléjicos/midriáticos + prednisona sistémica 0,5 mg/kg/d vía oral
15	En pacientes con UA asociada a policondritis recidivante sin control de la inflamación oftalmológica a pesar del tratamiento tópico y prednisona sistémica correctos se recomienda AÑADIR MTX en escalada de dosis hasta 15-20 mg/sem (a conseguir esta dosis en 1 mes) seguido de ácido fólico al día siguiente
16	En pacientes con UA asociada a policondritis recidivante sin control de la inflamación oftalmológica a pesar del tratamiento inmunomodulador con MTX y/o contraindicación/intolerancia al mismo, se recomienda valorar AZA (2-2,5 mg/kg/d) o micofenolato de mofetilo 2 gr/d o micofenolato sódico 1.440 mg/d
17	En pacientes con UA asociada a policondritis recidivante sin control de la inflamación oftalmológica a pesar del tratamiento inmunomodulador, o contraindicación/intolerancia al mismo, se recomienda un anticuerpo monoclonales anti-TNFa (ADA, IFX)
UA asociadas a sarcoidosis	
18	En pacientes con brote de UAA asociada a sarcoidosis se recomienda iniciar: <ul style="list-style-type: none"> • Si la uveítis es unilateral: Tratamiento tópico con corticoides y ciclopléjicos/midriáticos • Si la uveítis es bilateral: <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento tópico con corticoides y ciclopléjicos/midriáticos + prednisona sistémica 0,5 mg/kg/d vía oral - Y valorar un inmunomodulador: MTX en escalada dosis hasta 15-20 mg/sem (a conseguir esta dosis en 1 mes) seguido de ácido fólico al día siguiente
19	En pacientes con UA asociada a sarcoidosis sin control de la inflamación oftalmológica a pesar del tratamiento de primera línea pautado se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> • Si no se había usado un inmunomodulador, pautar uno: MTX en escalada de dosis hasta 15-20 mg/sem (a conseguir esta dosis en 1 mes) seguido de ácido fólico al día siguiente • Si es refractario a un inmunomodulador: <ul style="list-style-type: none"> - Valorar cambiar a otro inmunomodulador o - Valorar un anticuerpo monoclonal anti-TNFa (ADA, IFX)
UA asociadas a esclerosis múltiple	
20	En pacientes con brote de UAA asociada a esclerosis múltiple se recomienda iniciar: <ul style="list-style-type: none"> • Si la uveítis es unilateral: Tratamiento tópico con corticoides y ciclopléjicos/midriáticos • Si la uveítis es bilateral: Tratamiento tópico con corticoides y ciclopléjicos/midriáticos + prednisona sistémica 0,5 mg/kg/día vía oral
21	En pacientes con UA asociada a esclerosis múltiple sin control de la inflamación oftalmológica a pesar del tratamiento de primera línea pautado, teniendo en cuenta el amplio abanico de tratamientos disponibles en la actualidad, se recomienda valorar junto a Neurología el tratamiento a seguir
UA asociadas al síndrome TINU	
22	En pacientes con brote de UAA asociada al síndrome TINU se recomienda iniciar tratamiento tópico con corticoides y ciclopléjicos/midriáticos + prednisona sistémica 0,5 mg/kg/d vía oral
23	En pacientes con UA asociada al síndrome TINU sin control de la inflamación oftalmológica a pesar del tratamiento tópico y prednisona sistémica correctos, se recomienda AÑADIR MTX en escalada de dosis hasta 15-20 mg/sem (a conseguir esta dosis en 1 mes) seguido de ácido fólico al día siguiente
24	En pacientes con UA asociada al síndrome TINU sin control de la inflamación oftalmológica a pesar del tratamiento inmunomodulador con MTX y/o contraindicación/intolerancia al mismo, se recomienda cambiar de inmunomodulador
UA asociada a la enfermedad de Behçet	
25	En pacientes con brote de UAA asociada a la enfermedad de Behçet se recomienda iniciar tratamiento tópico con corticoides y ciclopléjicos/midriáticos + inmunomodulador (AZA 2-2,5 mg/kg/d o inhibidores de calcineurina)
26	En pacientes con UA asociada a la enfermedad de Behçet sin control de la inflamación oftalmológica a pesar del tratamiento tópico e inmunomodulador correctos, se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de inmunomodulador o • Añadir un anticuerpo monoclonal anti-TNFa
27	En pacientes con UA asociada a la enfermedad de Behçet sin control de la inflamación oftalmológica a pesar de un anticuerpo monoclonal anti-TNFa se recomienda valorar un cambio a otro anticuerpo monoclonal anti-TNFa

Tabla Póster 110 (continuación)

UA HLA B27 positiva	
28	En pacientes con brote de UAA asociada a UA HLA B27 positiva, se recomienda iniciar tratamiento tópico con corticoides y ciclopléjicos/midriáticos
29	En pacientes con UA HLA B27 positiva sin control de la inflamación oftalmológica a pesar del tratamiento tópico correcto se recomienda iniciar: <ul style="list-style-type: none"> • MTX en escalada de dosis hasta 15-20 mg/sem (a conseguir esta dosis en 1 mes) seguido de ácido fólico al día siguiente, o • SSZ en escalada de dosis de 500 mg/sem hasta llegar a 2 g/d dividido en 2 dosis
30	En pacientes con UA HLA B27 positiva sin control de la inflamación oftalmológica a pesar del tratamiento inmunomodulador con MTX o SSZ, o contraindicación/intolerancia a los mismos, se recomienda un anticuerpo monoclonal anti-TNFa (ADA, IFX, CZP, o GLM)
UA HLA B27 negativa	
31	En pacientes con brote de UAA asociada a UA HLA B27 negativa se recomienda iniciar tratamiento tópico con corticoides y ciclopléjicos/midriáticos
32	En pacientes con UA HLA B27 negativa sin control de la inflamación oftalmológica a pesar del tratamiento tópico correcto se recomienda iniciar: <ul style="list-style-type: none"> • MTX en escalada de dosis hasta 15-20 mg/sem (a conseguir esta dosis en 1 mes) seguido de ácido fólico al día siguiente, o • SSZ en escalada de dosis de 500 mg/sem hasta llegar a 2 g/d dividido en 2 dosis
33	En pacientes con UA HLA B27 negativa sin control de la inflamación oftalmológica a pesar del tratamiento inmunomodulador con MTX o SSZ, o contraindicación/intolerancia a los mismos, se recomienda un anticuerpo monoclonal anti-TNFa (ADA, IFX, CZP, o GLM)

111. EFICACIA A 6 MESES DE USTEKINUMAB EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA

I. Notario Ferreira, M.A. Ferrer González, P. Morales Garrido, I. Añón Oñate, C. Caro Hernández, L. Pérez Albaladejo, E. Raya Álvarez y R. Cáliz Cáliz

Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad articular inflamatoria crónica, que puede tratarse eficazmente con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) sintéticos y agentes biológicos, los inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF). El Ustekinumab es un anticuerpo monoclonal que inhibe la IL-12 y 23 que ha demostrado recientemente eficacia y seguridad para el tratamiento de pacientes con APs en los estudios PSUMMIT 1 y PSUMMIT 2.

Objetivos: Valorar la eficacia de ustekinumab en nuestros pacientes con artritis psoriásica con afectación periférica en condiciones de práctica clínica.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal y abierto en el que se incluye a pacientes diagnosticados de artritis psoriásica con afectación periférica. A todos los pacientes se les administró ustekinumab a una dosis inicial de 45 mg administrada por vía subcutánea, seguida de otra dosis de 45 mg 4 semanas después y posteriormente cada 12 semanas, y se realizó un seguimiento a los 6 meses. Al inicio del tratamiento y en cada visita se determinaron las siguientes variables: recuento de articulaciones dolorosas y tumefactas, EVA del dolor y de su enfermedad por el paciente, presencia de dactilitis y determinación de PCR. Se recogen datos demográficos y tratamientos recibidos por cada paciente con anterioridad, incluidos FAMES y terapias biológicas. La respuesta al tratamiento se evaluó utilizando los criterios de actividad baja y remisión según el índice DAS 28-PCR. La afectación entésica se evaluó utilizando el índice Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score (MASES).

Resultados: La población a estudio incluyó a 52 pacientes, de los cuales 25 eran mujeres (48,1%) y 27 varones (51,9%), con una edad media de 46,96 ± 11,39 años, con un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 5,03 ± 5,08 años, y moderada actividad de la enfermedad (media de DAS 28 de 3,95 ± 0,87), una media de articulaciones dolorosas de 6,24 ± 4,9 y de 2,82 ± 2,36 de recuento de articulaciones tumefactas. Los pacientes habían recibido una media de 1,42 ± 1,75 terapias biológicas con anterioridad. Ustekinumab se prescribió como primera línea de tratamiento en el 42,3% de los pacientes, en el 19% tras fallo a un anti-TNF y un 38% de los pacientes habían recibido 2 o más terapias biológicas previamente. En el 51% de los pacientes se administró ustekinumab en monoterapia, en un 36,5% en combinación con metotrexato y en un 11,5% con leflunomida. El 23,1% de los pacientes presentaban dactilitis y un 36,5% entesitis, con una media de MASES de 1,31 ± 0,86. A los 6 meses de tratamiento se observaron mejoras

en el recuento de articulaciones dolorosas y tumefactas (media a los 6 meses NAD 4,84 ± 6,4 y NAT 2 ± 3,4) y en el índice MASES (media a los 6 meses de 0,35 ± 0,96). 15 pacientes habían completado al menos 6 meses de tratamiento. Se observaron mejorías en las puntuaciones DAS28-PCR a los 6 meses de tratamiento (3,26 ± 1,62), siendo el cambio medio del DAS 28 después de 6 meses (delta DAS28) de -0,65 ± 1,88. A los 6 meses el 71,4% de los pacientes presentaron baja actividad de la enfermedad, y el 35,7% estaban en remisión clínica según el índice DAS 28.

Conclusiones: El tratamiento con ustekinumab es efectivo en pacientes con artritis psoriásica con afectación periférica en condiciones de práctica clínica.

112. COMPARACIÓN DE LA BIODISPONIBILIDAD DE UNA DOSIS ÚNICA DE CERTOLIZUMAB PEGOL INYECTADA CON UNA JERINGA PRECARGADA O CON UN DISPOSITIVO DE AUTOINYECCIÓN

P. Talavera, B. Astruc, S. Watanabe, G. Parker y R. Hulhoven

UCB Pharma. España. Biotrial. Rennes. Francia. UCB Pharma. Bruselas. Bélgica.

Introducción: La evaluación de las propiedades farmacocinéticas (FC) de certolizumab pegol (CZP) ha mostrado una relación lineal entre la dosis administrada (vías intravenosa y subcutánea [SC]), la concentración plasmática máxima (C_{máx}) y el área bajo la curva (AUC) de concentración plasmática frente al tiempo. En múltiples estudios clínicos la semivida (t_{1/2}) fue de aproximadamente 14 días para todos los niveles de dosis de CZP probados. También se ha demostrado que CZP tiene una buena biodisponibilidad (80% aproximadamente) cuando se administra por vía SC.

Objetivos: Comparar la biodisponibilidad de una dosis única de CZP 400 mg administrada en forma de 2 inyecciones de 200 mg con una jeringa precargada o con un dispositivo de autoinyección e investigar la seguridad y la tolerabilidad de ambos métodos de administración.

Métodos: En este estudio abierto en fase I se aleatorizó a voluntarios sanos en dos grupos paralelos. El día 1 se administraron a los participantes en el estudio 2 inyecciones de 200 mg de CZP con una jeringa precargada o 2 inyecciones de 200 mg de CZP con un dispositivo de autoinyección. Se midieron las concentraciones plasmáticas de CZP antes de la dosis y después de la dosis tras 12h, 24h y los días 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 14, 21, 28, 42, 56 y 84. Se evaluaron la seguridad y la tolerabilidad registrando los acontecimientos adversos (AA) y los acontecimientos adversos graves (AAG). Además, se evaluó la tolerabilidad de la inyección mediante una escala visual analógica (EVA) del dolor y un cuestionario sobre las reacciones en el lugar de la inyección.

Resultados: Se aleatorizaron a 98 voluntarios sanos en dos grupos, para recibir inyecciones con jeringa precargada (n = 49) o con un dispositivo de autoinyección (n = 49). Los perfiles de concentración

Tabla Póster 112

Parámetro (unidad)	Referencia Media geométrica de los mínimos cuadrados	Prueba Media geométrica de los mínimos cuadrados	Prueba/referencia Media geométrica de los mínimos cuadrados (%)	Prueba/referencia Media geométrica de los mínimos cuadrados (%)	Coefficiente de variación (%)
Parámetro (unidad)	CZP 400 mg Jeringa Precargada	CZP 400 mg Autoinyector	Estimación puntual	IC del 90%	Coefficiente de variación (%)
Cmáx (µg/ml)	61,7	60,1	97,5	87,3-108,9	33,9
AUC(0-t) (µg d/ml)	1269,0	1239,9	97,7	89,1-107,2	28,1
AUC (µg d/ml)	1308,4	1325,8	101,3	92,8-110,6	25,9
t1/2 (días)	10,4	11,3	108,9	96,4-123,0	36,7
tmáx (días), mediana	5,0	5,0	0,0	0,0-1,0	N/A

plasmática media de CZP frente al tiempo fueron similares para el dispositivo de autoinyección y la jeringa precargada. Los parámetros FC fueron similares para ambos modos de administración (tabla). Los intervalos de confianza (IC) del 90% de los cocientes de la media geométrica de prueba/referencia para Cmáx, AUC(0-t), AUC y t1/2 estuvieron todos comprendidos en el rango de bioequivalencia del 80-125%, y no se encontró una diferencia significativa desde el punto de vista estadístico para tmáx entre ambos modos de administración (tabla). Las evaluaciones de seguridad mostraron que ambos métodos de administración se toleraron igual de bien. Las inyecciones administradas con el dispositivo de autoinyección parecieron ser menos dolorosas inmediatamente después de la administración que las inyecciones administradas con jeringa precargada, y además causaron menos escozor y enrojecimiento.

Conclusiones: La dosis de CZP 400 mg es bioequivalente al administrarse mediante un dispositivo de autoinyección o una jeringa precargada. En general, las inyecciones de CZP fueron seguras y se toleraron bien con ambos métodos de administración.
Código EUDRACT: NCT00845663.

113. REPRODUCIBILIDAD DE LA MEDICIÓN DEL MOVIMIENTO MEDIANTE EL SISTEMA DE CAPTURA BASADO EN IMÁGENES UCOTRACK®

J.L. Garrido¹, E. Collantes², C. González-Navas², J. Mulero³, B.J. Flores³, P. Zarco⁴, R. Mazzucchelli⁴, M.E. Domínguez-González⁴, L. Carmona⁵, L. Cea-Calvo⁶, M.J. Arteaga⁶ y R. Curbelo⁵

¹Instituto Maimónides para la Investigación Biomédica. Universidad de Córdoba. ²Servicio de Reumatología. Hospital Reina Sofía. Córdoba. ³Servicio de Reumatología. Hospital Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Fundación Alcorcón. Madrid. ⁵Instituto de la Salud Muscular. Madrid. ⁶Departamento Medical Affairs. Merck Sharp & Dohme de España.

Introducción y objetivos: Las medidas clásicas de la movilidad utilizadas en la valoración de pacientes con espondiloartritis (EspA) axial están sujetas a cierta variabilidad por causas del observador y externas a él. En la Universidad de Córdoba se ha desarrollado un

innovador sistema de captura del movimiento 3D, basado en imágenes (UCOTrack®), con alto grado de precisión y en base al cual se ha elaborado un índice basado en las medidas que proporciona UCOASMI. El UCOASMI (Índice de Metrología de la Espondilitis Anquilosante de la Universidad de Córdoba) es un índice compuesto que produce una puntuación de movilidad cervical y espinal basada en medidas cinemáticas en serie. Este sistema se había utilizado únicamente en el laboratorio de análisis del movimiento de la Universidad de Córdoba por lo que se desconocía hasta qué punto el sistema era reproducible y exportable a otros escenarios y en manos de otros profesionales. El objetivo de este trabajo es estudiar la reproducibilidad del sistema de análisis del movimiento UCOTrack® y de su índice derivado UCOASMI en 3 hospitales distintos.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional de medidas repetidas en tres centros (Hospital Reina Sofía, Córdoba; Hospital Puerta de Hierro, Madrid y Hospital Fundación Alcorcón, Madrid). Para valorar la fiabilidad intra-observador se evaluaron 30 pacientes (10 por centro), a los que se les hizo 2 medidas separadas 3-5 días. Para estudiar la fiabilidad inter-observador, un total de 9 pacientes fueron evaluados en los 3 centros por 3 observadores con una ventana de 3 a 7 días. Se seleccionaron pacientes con EsA axial de distinta gravedad pero estables (al menos 3 meses sin cambio de medicación) que permanecieron estables durante las evaluaciones. Se estimó la fiabilidad intra- e inter-observador de las determinaciones de movilidad espinal por metrología convencional y del UCOASMI. Se evaluó la reproducibilidad del UCOASMI, el BASMI, el BASDAI y el test de Schober, calculándose los coeficientes de correlación intraclase (ICC).

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes, 73% hombres con edad media 52 (DE = 9), y BASDAI medio 3,3 (DE = 2). La tabla muestra los valores de fiabilidad intra- e inter-observador de los valores de la metrología convencional y del índice UCOASMI. La reproducibilidad del UCOASMI y del análisis del movimiento por UCOTrack® fue muy elevada, con ICC inter-observador de 0,99, ICC intra-observador de 0,97, 0,97 y 0,99, superior a la mayoría de las mediciones de la metrología convencional (tabla). En la metrología convencional, la reproductibilidad fue menor para el test de Schober y la rotación cervical (ICC inter-observador entre 0,50 y 0,68 (tabla) con ICC intra-observador muy variables.

Tabla Póster 113

Fiabilidad intra- e inter-observador de la metrología convencional e índice UCOASMI. ICC: coeficiente de correlación intraclase

	Fiabilidad inter-observador		Fiabilidad intra-observador	
			Observador 1	Observador 2
			Observador 3	
	ICC (IC95%)	ICC (IC95%)	ICC (IC95%)	ICC (IC95%)
UCOASMI	0,99 (0,98-1,00)	0,99 (0,98-1,00)	0,97 (0,94-1,00)	0,97 (0,93-1,00)
Metrología convencional				
BASMI	0,50 (0,11-0,89)	0,78 (0,54-1,00)	0,61 (0,21-1,00)	0,99 (0,97-1,00)
Flexión lateral derecha	0,83 (0,64-1,00)	0,94 (0,87-1,00)	0,91 (0,80-1,00)	0,96 (0,91-1,00)
Flexión lateral izquierda	0,88 (0,75-1,00)	0,96 (0,92-1,00)	0,93 (0,85-1,00)	0,97 (0,94-1,00)
Distancia trago pared derecha	0,97 (0,95-1,00)	0,96 (0,91-1,00)	0,91 (0,81-1,00)	0,99 (0,98-1,00)
Distancia trago pared izquierda	0,97 (0,95-1,00)	0,96 (0,91-1,00)	0,90 (0,78-1,00)	0,98 (0,97-1,00)
Test de Schöber	0,68 (0,39-0,97)	0,64 (0,27-1,00)	0,98 (0,97-1,00)	0,95 (0,89-1,00)
Distancia intermaleolar	0,87 (0,73-1,00)	0,93 (0,85-1,00)	0,82 (0,61-1,00)	0,98 (0,97-1,00)
Rotación cervical derecha	0,65 (0,33-0,96)	0,82 (0,61-1,00)	0,94 (0,87-1,00)	0,98 (0,97-1,00)
Rotación cervical izquierda	0,58 (0,22-0,94)	0,91 (0,81-1,00)	0,75 (0,47-1,00)	0,98 (0,97-1,00)

Conclusiones: La reproducibilidad del UCOASMI y del análisis del movimiento por UCOTrack® en los 3 centros fue muy alta, en contraste con la menor reproducibilidad de las mediciones en la metrología clásica (como el test de Schober). Estos resultados sugieren que el análisis del movimiento mediante UCOTrack® es un avance en el diagnóstico funcional de los pacientes con EspA axial y abre las puertas para utilizar esta tecnología en la monitorización de pacientes y en futuros estudios experimentales y observacionales. Agradecimientos: este estudio fue financiado por Merck Sharp & Dohme de España.

114. EVALUACIÓN DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA EN LA UNIDAD DE TERAPIAS BIOLÓGICAS (UFTB) DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

L. Valor, D. Hernández Flórez, T. del Río, J.G. Ovalles, J. Martínez Barrio, I. Janta, B. Serrano, J.C. Nieto, M. Correyero, L. García, C.M. González, I. Monteagudo y F.J. López-Longo

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que ocurre después de la pubertad. Se caracteriza por la presencia de nódulos/furúnculos inflamatorios que progresan a abscesos en regiones apocrinas glandulares (axilas, genitales, senos y glúteos/ano). La prevalencia general es de 1-4% y se ha asociado con las espondiloartropatías y la enfermedad inflamatoria intestinal por una desregulación del sistema inmune innato. Se describe que el uso de terapias biológicas (Tbio) inhibitorias del factor de necrosis tumoral (anti-TNF) es una alternativa al tratamiento quirúrgico y con buenos resultados en estos pacientes.

Objetivos: Evaluar la presencia de HS en pacientes con artritis periféricas (ARPER) [artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica periféricas (APs) y espondiloartropatías periféricas (EspPer)] y espondiloartropatías axiales (EspAx) en tratamiento con Tbio.

Métodos: Estudio trasversal que incluyó 325 pacientes de manera consecutiva con diagnóstico de artritis crónicas vistos en la UFTB entre los meses de enero a marzo de 2015. Ninguno de los pacientes tenía diagnóstico previo de HS. Todos los pacientes rellenaron el cuestionario HS auto-evaluable validado y descrito por Esmann et al (Br J Dermatol. 2010;163:102-6). El cuestionario HS fue considerado positivo con una respuesta afirmativa y > 1 localización anatómica. Los pacientes fueron clasificados en artritis periféricas (ARPER) [artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica periféricas (APs) y espondiloartropatías periféricas (EspPer)] y espondiloartropatías axiales (EspAx). La evaluación clínica fue realizada siempre por el mismo observador. Se recogieron variables demográficas, clínicas y de laboratorio para el cálculo de los índices clínicos pertinentes a cada patología (DAS28-VSG, DAS28-PCR, SDAI, CDAI, BASDAI, BASFI, ASDAS-PCR).

Resultados: Se observó un HS-positivo en 25/325 (7,7% vs 92,3%) pacientes evaluados. De estos 25 pacientes, 12 (48%) son mujeres y 13 (52%) hombres. La media de edad fue de 52 años (DE ± 12,9) y el tiempo de evolución fue de 14 años (DE ± 9,3). Las localizaciones más frecuentes de las lesiones fueron axilas y área genital. En cuanto al tratamiento con Tbio, un 96% de los pacientes estaban en tratamiento con anti-TNF (etanercept = 10, golimumab = 7, adalimumab = 6, certolizumab pegol = 1). En cuanto a la dosis de Tbio, encontramos que un 84% de los pacientes tenían régimen de administración estándar y 16% régimen de optimización. Según la clasificación diagnóstica 13 son ARPER y 12 son EspAx (5,8% vs 11,8%, p = 0,062). Comparando los subtipos de ARPER, encontramos que 6 pacientes correspondían al grupo APs y 5 al grupo AR. Cuando evaluamos la actividad clínica observamos que en el grupo ARPER 9 pacientes se encontraban en remisión según DAS28-VSG y CDAI

(p = 0,02). Por el contrario en el grupo EspAx, sólo 4/12 pacientes se encontraban en remisión según BASDAI, BASFI y ASDAS-PCR (p = 0,006, p = 0,005, p = 0,004, respectivamente).

Conclusiones: Este estudio preliminar describe una asociación entre HS y las artritis crónicas especialmente con las espondiloartropatías axiales. En nuestros pacientes la optimización de Tbio podría estar relacionada con la positividad de HS. La detección precoz de estos pacientes con sospecha de HS podría ayudarnos en el abordaje terapéutico necesariamente multidisciplinar de esta patología.

115. EVALUACIÓN DEL PASO DE CERTOLIZUMAB PEGOL A LA LECHE MATERNA: RESULTADOS DE UN ESTUDIO FARMACOCINÉTICO PROSPECTIVO, MULTICÉNTRICO Y POSCOMERCIALIZACIÓN

I.D. Pousa, M.E.B. Clowse, F. Förger, C. Hwang, J. Thorp, R.J.E.M. Dolhain, A. van Tubergen, L. Shaughnessy, J. Simpson, M. Teil, N. Toubanc, M. Wang y T.W. Hale

UCB Pharma. España. Duke University Medical Center. Durham. EE. UU. Department of Rheumatology and Immunology and Allergology. Inselspital. University of Bern. Bern. Suiza. Keck Hospital of USC. Los Ángeles. EE. UU. University of North Carolina at Chapel Hill. EE. UU. University Medical Centre Rotterdam. Rotterdam. Holanda. Maastricht University Medical Center. Maastricht. Holanda. UCB Pharma. Raleigh. EE. UU. UCB Pharma. Slough. RU. UCB Pharma. Brussels. Bélgica. Texas Tech University School of Medicine. Amarillo. EE. UU.

Introducción y objetivos: Existe incertidumbre acerca de la seguridad del uso de fármacos biológicos durante la lactancia en mujeres con enfermedades inflamatorias crónicas, incluidas enfermedades reumáticas y enfermedad de Crohn (EC). En mujeres con AR son frecuentes las exacerbaciones posparto. Los datos disponibles en la actualidad sobre el posible paso de anti-TNF a la leche materna son limitados y no han sido validados. CRADLE fue el primer estudio diseñado para evaluar las concentraciones de certolizumab pegol (CZP) en la leche materna y para estimar la dosis media diaria de CZP que potencialmente ingiere el bebe.

Métodos: CRADLE (NCT02154425) evaluó la seguridad y la farmacocinética en madres lactantes (≥ 6 semanas posparto) que recibieron CZP comercial para una indicación aprobada. Las decisiones de tratar con CZP y de dar el pecho se tomaron con independencia de la participación en el estudio. En estado de equilibrio (≥ 3 dosis de CZP), se recogieron muestras de leche materna los días 0, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 (± 28) de cada madre a lo largo de un período de administración (14 días para 200 mg c/2 sem. y 28 días para 400 mg c/4 sem.). Se minimizó la carga para la madre mediante visitas a domicilio del personal de enfermería. Se desarrolló un ELISA de elevada sensibilidad, específico para CZP (validado en leche; LIC – límite inferior cuantificable = 0,032 µg/ml, 10 veces más sensible que el ensayo usado en los estudios farmacocinéticos de CZP). Se confirmó la estabilidad de CZP en leche.

Resultados: 18 madres tratadas con CZP participaron en el proceso de selección y 17 entraron en la fase de toma de muestras: 16 recibían 200 mg c/2 sem. y 1 recibía 400 mg c/4 sem. (7 AR; 5 SpA; 5 EC). Las muestras de cuatro de las 17 madres no presentaron CZP cuantificable en la leche materna; 13 de las 17 presentaron niveles cuantificables en algún momento (concentración más elevada: 0,076 µg/ml; tabla). La dosis diaria media estimada para los bebés osciló entre 0 0,0104 mg/kg/día; la mediana de la dosis relativa de los bebés (calculada post hoc por el Dr. Hale) fue: 0,15%. Los bebés de madres expuestas a CZP presentaron un perfil de seguridad que consistía en acontecimientos que también presentaron los bebés de edad similar no expuestos a CZP.

Concentraciones de CZP (µg/ml) en leche materna tras la administración de la dosis de CZP a las madres

Paciente/Tiempo relativo (días)	0	2	4	6	8	10	12	14	28
1	0,057	0,051	0,066	0,065	0,062	0,056	0,052	0,041	-
2	DLC	DLC	0,035	0,037	0,041	DLC	0,043	DLC	-
3	DLC	0,032	0,049	0,053	0,037	0,037	0,033	0,033	-
4	DLC	DLC	DLC	DLC	DLC	DLC	DLC	DLC	-
5	0,056	0,069	0,074	0,076	0,076	0,069	0,069	0,060	-
6	DLC	DLC	0,044	0,048	DLC	DLC	DLC	DLC	-
7	DLC	DLC	DLC	DLC	DLC	0,035	DLC	DLC	-
8	DLC	DLC	0,035	0,034	0,043	DLC	DLC	DLC	-
9	0,039	0,040	0,047	0,045	0,042	0,043	0,038	0,035	-
10	DLC	DLC	DLC	0,033	0,042	0,042	DLC	DLC	-
11	DLC	DLC	0,051	0,038	0,042	DLC	0,033	DLC	-
12	DLC	DLC	0,034	0,037	0,033	DLC	DLC	DLC	-
13	DLC	DLC	DLC	DLC	DLC	DLC	DLC	DLC	-
14	DLC	-							
15	DLC	DLC	0,041	0,034	0,033	DLC	0,037	DLC	-
16	0,040	0,033	0,036	0,037	0,043	DLC	DLC	DLC	-
17	DLC	DLC	DLC	DLC	DLC	DLC	DLC	DLC	DLC

Conclusiones: Utilizando la técnica de ELISA de elevada sensibilidad, CZP fue indetectable en el 56% de las muestras de leche recogidas. En los casos en los que CZP fue detectable, sus concentraciones fueron menos de tres veces el LIC (< 1% de la concentración plasmática prevista con una dosis terapéutica), lo que indica una transferencia entre nula y mínima de CZP desde el plasma hasta la leche materna. La dosis relativa para el bebé fue inferior al 0,5% de la dosis recibida por la madre; se considera improbable que un valor < 10% sea preocupante desde el punto de vista clínico. Además, no es probable que los bebés absorban CZP a través de la leche materna, debido a su estructura molecular sin Fc y a la baja biodisponibilidad de los fármacos biológicos tras la administración por vía oral. Estos hallazgos son alentadores e implican que continuar el tratamiento con CZP es compatible con la lactancia. Código EUDRACT: NCT02154425.

116. MICRO-RNA CIRCULANTES COMO POTENCIALES BIOMARCADORES DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y DAÑO ESTRUCTURAL EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

P. Font, C. Pérez-Sánchez, P. Ruiz-Limón, Ch. López-Pedreira, M.C. Castro-Villegas, M.C. Ábalos-Aguilera, N. Barbarroja, I. Arias de la Rosa, M.D. López-Montilla, A. Escudero-Contreras, C. López-Medina, E. Collantes-Estévez e Y. Jiménez-Gómez

Servicio de Reumatología. IMIBIC/Hospital Reina Sofía/Universidad de Córdoba.

Introducción: La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad difícil de diagnosticar antes de que un daño irreversible en la articulación sacroilíaca se visualice radiológicamente. Los micro-RNA (miRNA) son ARN monocatenarios de 20-25 nucleótidos de longitud que regulan numerosas funciones celulares. Estudios recientes demuestran que los microRNA pueden ser detectados en plasma y servir como herramientas diagnósticas en diversas patologías inflamatorias.

Objetivos: Evaluar si la patogénesis de la EA se relaciona a una expresión aberrante de miRNA en plasma.

Métodos: El perfil de expresión de 800 miRNA en plasma se determinó a partir de un pool de pacientes con EA (n = 3) y otro de donantes sanos (DS) (n = 3), utilizando la tecnología nCounter. A continuación, los miRNA candidatos se validaron por RT-PCR a tiempo real en una cohorte de 26 pacientes con EA y 26 DS. Adicionalmente, la expresión de dichos miRNA se examinó en una cohorte de 24 pacientes con artritis psoriásica (PsA). Para evaluar la relevancia de los miRNA alterados en su expresión en la patogénesis de la EA, se realizó un análisis utilizando la herramienta bioinformática IPA. Además, se analizó la asociación entre los miRNA alterados y

los perfiles clínicos y analíticos de los pacientes. Aquellos individuos EA con un nivel de PCR > 5 mg/L y/o un índice BASDAI ≥ 4 y VSG > 20 mm/h se consideraron activos. El daño estructural se evaluó por el índice mSASSS.

Resultados: En la fase de descubrimiento, nueve miRNA se hallaron diferencialmente expresados (fold change ≥ 2) en el plasma de los pacientes vs DS. Tras la validación, se detectaron mayores niveles de expresión de los miRNA (miR)-146a-5p, miR-125a-5p, miR-151-3p y el miR-22-3p, y menores del miR-150-5p y el miR-451a en pacientes con EA vs DS. Se observaron también mayores niveles de expresión del miR-146a-5p, miR-125a-5p, miR-151-3p y el miR-22-3p en pacientes con EA que en aquellos con PsA. Las áreas bajo la curva (AUC), generadas para valorar la precisión de los miRNA como biomarcadores diagnóstico de la EA, oscilaron entre 0,717 y 0,798; la firma de los seis miRNA alcanzó un AUC de 0,947. El análisis bioinformático reveló que dichos miRNA tenían como dianas genes inflamatorios y de remodelado óseo, subrayando su papel potencial en esta patología. Además, estudios de correlación mostraron la relación entre estos seis miRNA y proteínas dianas asociadas con la fisiopatología de la EA. Los estudios de asociación revelaron que la expresión de los miR-146a-5p, miR-125a-5p y el miR-22-3p en plasma era significativamente mayor en pacientes activos vs no activos. Asimismo, la expresión en plasma del miR-150-5p y el miR-451a se relacionaban con la presencia de sindesmofitos en pacientes con EA, subrayando su asociación con el daño estructural.

Conclusiones: 1) Diversos miRNA se hallan diferencialmente expresados en plasma de pacientes con EA en relación a DS y a otras patologías inflamatorias crónicas como la PsA, por lo que podrían ser considerados biomarcadores potenciales para el diagnóstico de la EA. 2) Asimismo, la expresión diferencial de determinados miRNA se asocia con la actividad de la enfermedad y el daño estructural. En suma, la identificación del perfil de miRNA circulantes en la EA podría servir como método diagnóstico sensible, específico y no invasivo, para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad. Subvencionado por JA PI-0314-2012, SER.

117. ¿QUÉ PIENSAN LAS PERSONAS CON GOTA DE SU ENFERMEDAD Y CUÁLES SON SUS EXPERIENCIAS Y RETOS? ESTUDIO CUALITATIVO MEDIANTE UN GRUPO FOCAL

B. Rodríguez-Díez¹, M.A. Pou², E. Pujol³ y C. Díaz-Torné⁴

¹Reumatología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ²EAP Encants. ICS. Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat. Barcelona. ³Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol). Barcelona. ⁴Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: Para responder a las preocupaciones y necesidades de los enfermos, se considera imprescindible conocer sus perspectivas sobre la enfermedad que padecen. Los estudios cualitativos en pacientes con gota son escasos.

Objetivos: Profundizar en las experiencias y opiniones de los enfermos con gota, sobre las causas, los desencadenantes del ataque los tratamientos y el efecto de esta enfermedad en su vida diaria.

Métodos: Estudio cualitativo descriptivo-interpretativo con perspectiva fenomenológica. Muestreo opinático, buscando variabilidad discursiva respecto a sexo, grupos de edad, posición socioeconómica, ámbito de atención y tipo de tratamiento. Se han planificado 3 grupos focales con la participación de entre de 8 y 12 informantes) y siguiendo un guion de temas preestablecido. Se ha realizado un análisis de contenido temático de las transcripciones.

Resultados: Se presentan los resultados del primer grupo focal con 10 participantes (tabla). Nueve enfermos eran controlados en un Hospital Universitario. Sobre las causas de la gota, los participantes mencionan como muy relevante la base genética y hablan de

Tabla Póster 117

	Edad	Sexo	Nivel de estudios	Profesión	Activo	Evolución de la gota; años (rango)	Tiempo des del último ataque; meses (rango)	Presencia de tofos subcutáneos	Tratamiento reductor de la uricemia	Nivel de Atención donde es atendido
Paciente 1	57	Hombre	Superiores	Director y productor cinematográfico	Si	30	15 días	No	Alopurinol	Terciario
Paciente 2	49	Hombre	Medios	Transportista autónomo	Si	16	18	Si	Febuxostat	Terciario
Paciente 3	68	Hombre	Primarios		No	37		No	Alopurinol	Terciario
Paciente 4	79	Mujer	Primarios	Ama de casa	No	6	15 días	No	Febuxostat	Terciario
Paciente 5	74	Mujer	Primarios	Ayudante de cocina	No	2	12	No	Alopurinol	Primario
Paciente 6	59	Hombre	Primarios	Funcionario	No	15	10	No	Febuxostat	Terciario
Paciente 7	72	Mujer	Primarios		No	15		si		Terciario
Paciente 8	62	Hombre	Medios	Comercial	Si	30	14	No	Febuxostat	Terciario
Paciente 9	58	Hombre	Medios	Conductor	Si	10	2	No	Febuxostat	Terciario
Paciente 10	36	Hombre	Superiores	Traductor	Si	3	24	No	Alopurinol	Terciario

aumento del ácido úrico por falta de eliminación del mismo a través del riñón, aunque un informante presentó gota relacionada con la prescripción de un diurético. Refieren que aún se sabe poco sobre la causa y destacan la necesidad de tener más explicaciones sobre la misma. Desde su experiencia, la mayoría Identifican como desencadenantes del ataque los excesos con la alimentación y o las bebidas alcohólicas y, en algún caso, un traumatismo, los nervios o no seguir el tratamiento de base. No obstante, coinciden en que cada persona es diferente y alguno manifiesta desconocer qué le desencadena la crisis. Destacan que al tratarse de un problema crónico, tienen dificultades para seguir siempre las recomendaciones relativas a la alimentación y manifiestan múltiples preguntas al respecto. Los participantes enumeran diversos tratamientos farmacológicos para tratar la gota (alopurinol, colchicina, febuxostat y AINEs). Explican cierta variabilidad entre los profesionales respecto seguir el tratamiento con alopurinol durante las crisis. Algunos expresan su preocupación por los posibles efectos adversos de dichos tratamientos, especialmente, los posibles efectos sobre el riñón. También describen diversos tratamientos no farmacológicos como: descanso, frío, calzado adecuado, andar, beber mucha agua y seguir las recomendaciones sobre la alimentación. La gota crónica tiene un impacto importante en la vida diaria de las personas que la padecen y sus familiares. Los informantes explican tener un dolor intenso, invalidante, que les obliga a economizar el gesto, con dificultades para realizar actividades de la vida diaria como ducharse. Refieren que no pueden salir de casa, que se sienten irritables y que les cambia el humor, lo que repercute en sus relaciones familiares.

Conclusiones: Estos hallazgos aportan múltiples propuestas para mejorar la atención de los personas con gota. Los informantes plantean la necesidad de mejorar la información sobre las causas de la gota, los desencadenantes de la crisis, sobre las recomendaciones en alimentación y ejercicio. Los discursos permiten entender sus preferencias para seguir y mantener recomendaciones. Además identifican cierta variabilidad en los tratamientos farmacológicos y en las recomendaciones sobre hábitos de vida, que debería ser analizada en profundidad.

118. GOLIMUMAB VERSUS TOCILIZUMAB EN LAS UVEÍTIS REFRACTARIAS ASOCIADAS A ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 33 CASOS

L.C. Domínguez-Casas¹, V. Calvo-Río¹, I. Calvo², M.I. González-Fernández², B. López Montesinos², M. Mesquida³, A. Adán³, M.V. Hernández³, O. Maíz⁴, A. Blanco⁴, A. Atanes⁵, B. Bravo⁶, C. Modesto⁷, G. Díaz-Soriano⁸, M. Cordero Coma⁹, D. Díaz-Valle¹⁰, C. Fernández-Cid¹¹, J. Cruz¹¹, Ó. Ruiz Moreno¹², M.C. González-Vela¹, R. Demetrio-Pablo¹, N. Vegas-Revilla¹, C. Fernández-Díaz¹, J.L. Hernández¹, M.A. González-Gay¹ y R. Blanco¹

¹Servicios de Reumatología, Medicina Interna y Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Servicio

de Reumatología. Hospital La Fe. Valencia. ³Servicios de Reumatología y Oftalmología. Hospital Clínic. Barcelona. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Donostia. San Sebastián. ⁵Servicio de Reumatología. HUAC. La Coruña. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ⁷Servicio de Reumatología. HSL. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Regional Universitario. Málaga. ⁹Servicio de Oftalmología. Hospital de León. ¹⁰Servicio de Oftalmología. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid. ¹¹Servicios de Reumatología y Oftalmología. Hospital de Pontevedra. ¹²Servicio de Oftalmología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Objetivos: La uveítis es una manifestación potencialmente grave de la artritis idiopática juvenil (AIJ). El tratamiento sistémico se basa en los inmunosupresores convencionales. En casos refractarios se recomiendan los anti-TNF α , habitualmente infliximab (IFX) o adalimumab (ADA) (Levy-Clarke et al. Ophthalmology. 2014;121:785-96). Sin embargo, en ocasiones estos son ineficaces, están contraindicados o no son tolerados. El siguiente escalón terapéutico está sin establecer, si cambiar de diana terapéutica o seguir con otro anti-TNF α . El objetivo de este estudio fue comparar la eficacia del golimumab (GLM) y tocilizumab (TCZ) en uveítis de AIJ refractarias a inmunosupresores convencionales y a anti-TNF α .

Métodos: Estudio multicéntrico de 33 pacientes diagnosticados de AIJ que presentaban uveítis refractaria al tratamiento convencional con dosis altas de corticoides y al menos a) un inmunosupresor sistémico convencional y b) un anti-TNF α , razón por la cual se decidió iniciar TCZ o GLM. El TCZ se usó en 25 pacientes a 8 mg/kg/4 ss iv (n = 21); 8 mg/kg/2 ss (n = 2); 8 mg/kg/8 ss (n = 1) y 2.9 mg/kg sc/s (n = 1). El GLM se utilizó en 8 pacientes a dosis de 50 mg/sc/mes. Las variables de desenlace fueron la agudeza visual (AV), el grado de inflamación de la cámara anterior y vítreo y el grosor macular (por OCT). Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm DE o como mediana [IQR], según su distribución y se compararon con la t de Student o la U de Mann-Whitney respectivamente. Las variables dicotómicas se expresaron como porcentajes y se compararon mediante la prueba chi-cuadrado.

Resultados: Se estudiaron 33 pacientes/61 ojos afectados. No se observaron diferencias estadísticamente significativas basales entre ambos grupos (TCZ vs GLM) en sexo (varón/mujer; 4/21 vs 3/5; p = 0,19), edad media (18,5 \pm 8,3 vs 19,9 \pm 8,7; p = 0,55), ANA positivos (95% vs 100%; p = 0,7), duración de la uveítis antes del inicio del TCZ o GLM (116,4 \pm 93,6 vs 142,3 \pm 74,7 p = 0,46), número de biológicos previos (1,9 \pm 1,1 vs 2 \pm 1,4; p = 0,84), AV (0,57 \pm 0,35 vs 0,5 \pm 0,37; p = 0,42); tratamiento combinado con otros inmunosupresores (88% vs 75%; p = 0,37); células en cámara anterior (mediana [IQR] 1 [0-1] vs 1 [0,25-1,5]%; p = 0,6); vitritis (0 [0-0] vs 0 [0-1]; p = 0,7); engrosamiento macular (358,7 \pm 92,2 vs 313,6 \pm 77,1; p = 0,32). Una vez iniciado el tratamiento tampoco se observaron diferencias significativas en ninguno de los parámetros oculares de desenlace estudiados en las distintas visitas (tabla). Tras una media de seguimiento de 20,48 \pm 11,7 meses con TCZ y de 24,25 \pm 17 meses con GLM se

observaron los siguientes efectos secundarios. Con TCZ conjuntivitis viral + impétigo bulloso (n = 1), trombopenia grave (n = 1) y neumonía (n = 1); este mismo paciente presentó posteriormente esplenomegalia, trombopenia y anemia hemolítica por lo que se suspendió el TCZ. Con GLM se observó reacción cutánea en 2 pacientes.

Evolución de los parámetros oculares con GLM y TCZ

	TCZ (n = 25)	GLM (n = 8)	p
Basal			
AV	0,57 ± 0,35	0,5 ± 0,36	0,43
Células en cámara anterior	1 [0-1]	1 [0,25-1,5]	0,63
Vitritis	0 [0-0]	0 [0-1]	0,78
OCT	358,69 ± 92,17	313,60 ± 77,05	0,31
1 ^{er} mes			
AV	0,59 ± 0,33	0,56 ± 0,32	0,75
Células en cámara anterior	0 [0-0,5]	0,27 [0-1,5]	0,083
Vitritis	0 [0-0]	0 [0-0]	0,32
OCT	313,40 ± 91,28	292,50 ± 111,42	0,57
6 ^a mes			
AV	0,63 ± 0,32	0,62 ± 0,33	0,85
Células en cámara anterior	0 [0-0]	0 [0-0,5]	0,43
Vitritis	0 [0-0]	0 [0-0]	0,62
OCT	274,91 ± 101,32	261,37 ± 75,15	0,94
1 ^{er} año			
AV	0,63 ± 0,34	0,54 ± 0,31	0,34
Células en cámara anterior	0 [0-0]	0 [0-0]	0,71
Vitritis	0 [0-0]	0 [0-0]	0,81
OCT	245,45 ± 29,34	255 ± 120,8	0,74

Los datos se expresan en media ± DE o mediana [IQR].

Conclusiones: En este estudio observamos que tanto el TCZ o como el GLM parecen igualmente eficaces y seguros en el tratamiento de las uveítis de la AIJ refractarias al tratamiento inmunosupresor convencional y a fármacos antiTNFα. La superioridad de uno sobre otro debería establecerse en estudios prospectivos aleatorizados "Head-to-Head".

119. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE FRACTURAS EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

J. Ramírez¹, R. Curbelo², J.C. Nieto³, S. Castañeda⁴ y L. Carmona²

¹Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. ²Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-Princesa. Madrid.

Introducción: Las fracturas vertebrales son más frecuentes de lo esperado en los pacientes con espondiloartritis axial (Esp-Ax). Sin embargo, no está totalmente claro si el riesgo de fractura depende solo de los problemas biomecánicos de la columna vertebral espondilítica o si la prevalencia de los factores de riesgo de fractura es mayor de lo esperado en estos pacientes.

Objetivos: Describir la prevalencia de factores de riesgo de fracturas osteoporóticas (axiales y periféricas) en Esp-Ax.

Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura utilizando Medline, Embase y Cochrane Library. La estrategia de búsqueda incluyó el tipo de estudio y los sinónimos de Esp-Ax. Todos los estudios transversales o resultados basales de cohortes representativas de Sp-Ax publicados entre enero de 2006 y 2016 fueron seleccionados para una revisión detallada. Sólo se incluyeron los estudios que cumplían con un mínimo de calidad según los datos de la encuesta. Se recogieron datos sobre densidad mineral ósea, prevalencia de osteoporosis y factores de riesgo de fracturas en pacientes con Esp-Ax.

Resultados: Después de la selección de 3.597 títulos y resúmenes se revisaron 43 estudios (34 transversales, 3 prospectivos y 6 retrospectivos). De éstos, 20 estudios disponían de un grupo control, compuesto por individuos sanos (17 estudios) o sujetos con otras

enfermedades (6 estudios). La prevalencia de osteoporosis fue de 2-39,6%. El consumo de alcohol (58-61%), el uso de glucocorticoides (11,7-67%) y el déficit de 25-OH de vitamina D (26-76%) fueron inesperadamente altos en los pacientes con Esp-Ax. Todos los demás factores estaban dentro de las frecuencias esperadas para una población no envejecida.

Conclusiones: Nuestra revisión sistemática encontró que la ingesta de alcohol, el uso de glucocorticoides y el déficit de 25-OH-vitamina D deben tenerse en cuenta al evaluar el riesgo de fracturas en pacientes con Esp-Ax.

Financiación: este proyecto fue financiado por Merck Sharp & Dohme España.

120. LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y LOS FAMES SINTÉTICOS Y BIOLÓGICOS MODULAN DE FORMA INDEPENDIENTE LOS TÍTULOS DE ANTICUERPOS ANTIPÉPTIDO CITRULINADO (ACPA) EN UNA POBLACIÓN CON ARTRITIS PRECOZ

E. García Lorenzo¹, D. Useros¹, A. Alfranca², A.M. Ortiz, P. Moreno Fresneda¹, I. González-Álvaro¹ y R. García-Vicuña¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-IP. Madrid.

Introducción: En ensayos clínicos de artritis reumatoide (AR) precoz, se ha descrito que la introducción temprana de algunos fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) biológicos (b) reduce los niveles séricos de ACPA. Mucho más escasa es la información sobre factores que modulan los títulos de ACPA en pacientes con artritis de reciente comienzo (ARC) en práctica clínica diaria, incluyendo el impacto de los FAME sintéticos (s).

Objetivos: Analizar los factores relacionados con la variación de los niveles séricos de ACPA en una población de ARC ACPA +, en tratamiento no protocolizado con FAME s y b.

Métodos: Los pacientes se reclutaron de nuestro registro prospectivo PEARL (Princesa Early Arthritis Longitudinal), previa firma de consentimiento informado, en el que se recogen de manera protocolizada variables sociodemográficas, clínicas, de laboratorio y terapéuticas, así como muestras biológicas, en la visita basal y a los 6, 12, 24 y 60 meses. Sólo los pacientes ACPA positivos (> 50 U/ml, ELISA anti-CCP2 IgG Euro Diagnostica Immunoscans CCPlus®) con seguimiento 24 meses, fueron incluidos. La población se estratificó en cuartiles de acuerdo a los títulos anti-CCP2 basales (mediana, rango): Q1 (87, 50-160 U/ml), Q2 (308, 161-460 U/ml), Q3 (643, 461-1.280 U/ml) y Q4 (2.000, 1.281-5.263) U/ml). La actividad de la enfermedad se evaluó mediante los índices DAS28 y HUIPI. Para estimar el efecto de diferentes variables sobre la variación de los títulos de ACPA, se usaron modelos de regresión logística multivariable, anidados por paciente y visita, y ajustados por el comando xtgee de STATA 12.1. El presente estudio y el registro han sido aprobados por CEIC local.

Resultados: Se estudiaron muestras de 471 visitas pertenecientes a 124 pacientes (3,8/paciente). El 86% eran mujeres, la edad 52 años [41-73] (mediana [p25-p75]), con una duración de la enfermedad al inicio de 6 meses [3,6-9]; Un 83% cumplían criterios AR ACR/EULAR 2010 en la visita basal y 93% tras dos años de seguimiento. La mediana del DAS28 en la visita basal fue de 4,5 [3,5-5,6] y del HAQ de 1 [0,5-1,6]. No hubo diferencias en las variables demográficas, duración de la enfermedad, la actividad o la función entre los pacientes agrupados por diferentes cuartiles de ACPA. Se observó una disminución significativa en los niveles de ACPA basales a los 6 meses (reducción media del 48% [15-70]) tendencia que se mantuvo al año (44% [12-68]), a los 2 (49% [15-71]) y a los 5 años (62% [38-72]) (p = 0,0002; 0,0049; 0,0001 y 0,0137, respectivamente). Esta reducción también fue significativa en todas las visitas cuando se analizó la población por cuartiles (p = 0,0001). El análisis multivariable mostró una asociación del tabaquismo activo (coef.

8,98, $p < 0,001$) y de la actividad moderada y alta de la enfermedad (2,76 y 3,70 respectivamente, $p: 0,005$) con mayores títulos de ACPA a lo largo del seguimiento. Tras ajustar el análisis por estas variables, tanto el uso de FAME s [metotrexato ($p = 0,001$), leflunomida ($p = 0,002$), sulfasalazina ($p = 0,014$)] como FAME b [anti-TNF ($p = 0,002$), rituximab ($p = 0,049$)], se asoció de forma independiente a una disminución de los niveles de ACPA.

Conclusiones: En condiciones de práctica clínica diaria, en nuestros pacientes con ARC, se detecta una reducción temprana y sostenida de los títulos de ACPA, relacionada con el control de actividad de la enfermedad, pero también, de forma independiente, los diferentes FAME, tanto s como b, contribuyen a este descenso.

121. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN UN HOSPITAL TERCIARIO

S.C. Rodríguez-García, M.V. Hernández, R.A. Castellanos-Moreira, V. Ruiz-Esquide, J. Inciarte-Mundo, J. Ramírez, A. Cuervo, J.D. Cañete y R. Sanmartí

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

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPID) es una de las manifestaciones extra-articulares de la artritis reumatoide (AR) y se ha asociado a un peor pronóstico de la enfermedad. Sin embargo, existen pocos datos clínicos respecto a su evolución en relación con diferentes tratamientos.

Objetivos: Evaluar las características clínicas y evolución de EPID en una cohorte de pacientes con AR de un hospital terciario.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con EPID con diagnóstico previo o posterior de AR valorados en un hospital terciario entre 01/01/2007 y 01/01/2017. Variables analizadas: edad, sexo, tabaquismo, duración de AR, presencia y títulos de ACPA (anti-CCP2) y factor reumatoide (FR), presencia de erosiones, uso de corticoides (GC), FAMEs sintéticos y biológicos antes y después del diagnóstico de EPID, y presencia de otras manifestaciones extra-articulares. Se analizó también: duración de EPID, patrón TACAR (Tomografía Computarizada de Alta Resolución) y pruebas funcionales respiratorias (PFR) al inicio de EPID y durante el seguimiento para evaluar la evolución de la enfermedad. Los resultados de PFR se valoraron según las definiciones de la American Thoracic Society (Pellegrino et al. Eur Respir J. 2005;26:948-68).

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes (18 mujeres), edad media $68,4 \pm 11,9$, duración de AR $12,3 \pm 8,2$ años. 9,5% eran fumadores y 33,3% exfumadores. El 61,9% eran ACPA+ (52,4% con títulos basales altos; mediana de títulos ACPA: 698) y 81% FR+ (47,6% con títulos basales altos). Un 71,4% presentaban erosiones y 5 pacientes (23,8%) otras manifestaciones extra-articulares, principalmente nódulos reumatoides. El diagnóstico de AR se realizó después de EPID en 4 pacientes; media de duración $1,56 \pm 1,26$ años. En el resto, la duración media de AR hasta el diagnóstico de EPID fue $11,2 \pm 7,2$ años. 17 pacientes (85%) reciben actualmente GC; 4 (19%) en monoterapia. Once (57,9%) son tratados con FAMEs sintéticos (5 metotrexato, 3 leflunomida (LEF), 1 hidroxycloquinina (HCQ) y 2 pacientes doble terapia (HCQ/AZA y HCQ/LEF). Cuatro pacientes reciben actualmente terapia biológica (2 abatacept (ABA), 1 rituximab y 1 etanercept (ETN)), todos ellos en monoterapia. 5 pacientes habían recibido anti-TNF antes del diagnóstico de EPID (3 ETN, 1 infliximab y 1 adalimumab). En 3 casos se retiró el tratamiento biológico y en 2 se cambió a ABA. La mediana de duración de EPID fue 2,5 (rango 0,7-11,9) años y los patrones TACAR fueron: neumonía intersticial no específica (NINE) (52,9%), neumonía intersticial usual (NIU) (17,6%), neumonía organizada criptogénica (NOC) (11,8%) y otros patrones (17,7%). Se observó mayor tendencia al empeoramiento en PFR en

los pacientes con patrón NIU. 14 pacientes tenían PFR basales y de seguimiento; 9 (64,3%) se mantuvieron estables; 3 (21,4%) mejoraron y 2 (14,3%) empeoraron (1 había recibido ETN previo). Ningún paciente falleció por EPID.

Conclusiones: En nuestra cohorte de AR-EPID, el patrón TACAR más frecuente fue NINE y las PFR permanecieron estables en la mayoría de los pacientes durante el seguimiento. Cinco pacientes (23,8%) habían recibido anti-TNF antes del diagnóstico de EPID; sólo uno de ellos presentó empeoramiento de PFR durante tratamiento con ETN, con mejoría clínica tras su retirada.

122. ¿ESTÁN SENSIBILIZADOS LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA CON EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA INFLAMATORIA ARTICULAR?

M.J. Rodríguez Valls^{1,4}, P. de la Cruz García², P. Folgado Conesa³, M. Martínez de los Reyes⁴, F.J. Ruiz Ruiz⁴ y J.J. Pérez Venegas¹

¹UGC de Reumatología. Hospital de Jerez de la Frontera. ²Centro de Salud Delicias. Jerez de la Frontera. ³Centro de Salud La Granja. Jerez de la Frontera. ⁴Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera.

Introducción: El riesgo cardiovascular (RCV) está incrementado en las enfermedades mediadas por mecanismos inmunes. En el caso de las enfermedades inflamatorias articulares, en concreto en la artritis reumatoide (AR) se ha estimado que el incremento de riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular respecto a la población general es de 50-60%. Aunque tradicionalmente se ha valorado el riesgo por factores clásicos, sabemos que existen factores subrogados que nos ayudan a estimar de forma más certera el riesgo de sufrir eventos cardiovasculares en estos pacientes. En cualquier caso, es prioritario el papel de los médicos de Atención Primaria (MAP) en el control de los factores de riesgo clásicos.

Objetivos: Evaluar el grado de sensibilización de los MAP del Área Sanitaria Norte de Cádiz (ASNC) con el impacto de la actividad de la enfermedad inflamatoria articular sobre el RCV de estos pacientes.

Métodos: Distribución de una encuesta a los MAP del ASNC que atiende a 411.000 habitantes. Se recogen datos demográficos, vía académica de formación especializada, tipo de contrato laboral y una serie de preguntas para evaluar los conocimientos sobre las recomendaciones EULAR (publicadas en 2009 y actualizadas en 2016) para el tratamiento del riesgo CV en los pacientes con patología articular inflamatoria. Se realiza un análisis descriptivo de los resultados.

Resultados: Se analizaron 49 encuestas válidas procedentes de 9 Centros de Salud pertenecientes al ASNC. La edad media de los encuestados fue 50 ± 10 años. El 51% (25) eran hombres. El 69,4% (34) había obtenido la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria vía MIR y el 67,3 (33) tenía contrato indefinido. El 85,7% (42) de los profesionales consideraba que los pacientes con artritis inflamatoria tienen un riesgo de enfermedad cardiovascular mayor del habitual, opinando el 59,2% (29) que estas patologías podrían contemplarse como factores independientes de RCV y el 87,8% (43) que los factores tradicionales de RCV se ven aumentados en estos pacientes. El 85,7% (42) de los encuestados están de acuerdo en que la actividad inflamatoria de la enfermedad no disminuye el RCV. Existe discrepancia entre los encuestados en la frecuencia de cribado del RCV en los pacientes con patología articular inflamatoria: 11 (22,4%) lo harían semestralmente, 26 (53,1%) de forma anual y 11 (22,4%) cada 5 años. El factor multiplicador por el que se deben adaptar los modelos de predicción del RCV en pacientes con AR es conocido por el 53,1% (26) de los encuestados. Sólo el 36,7% (18) reconoce que la medición de los niveles lipídicos en sangre debe realizarse cuando la actividad de la enfermedad sea estable. Un 93,9% (46) de los encuestados afirma que pueden emplearse fármacos antihipertensivos y estatinas de igual manera que en la población general. Es conocido por

el 49% (24) de los profesionales que el tratamiento antirreumático no influye negativamente en el control del RCV, sin embargo sólo 5 (10,2%) encuestados opina que no es el MAP el responsable del manejo del RCV en estos pacientes sino su reumatólogo.

Edad	50 ± 10 años
Sexo	Mujer: 24 (49%) Hombre: 25 (51%)
Vía formativa	MIR: 34 (69,4%) No MIR: 15 (30,6%)
Tipo contrato laboral	Indefinido: 33 (67,3%) Temporal: 16 (32,7%)
¿Considera que los pacientes con alguna artritis inflamatoria tienen un riesgo de enfermedad cardiovascular mayor del habitual?	Sí*: 42 (85,7%) No: 3 (6,1%) No sé: 4 (8,2%)
¿Considera que estas patologías podrían contemplarse como factores independientes de riesgo cardiovascular?	Sí*: 29 (59,2%) No: 10 (20,4%) No sé: 10 (20,4%)
¿Qué efecto tienen estas patologías inflamatorias sobre los factores de riesgo cardiovascular tradicionales?	Aumentan*: 43 (87,8%) Disminuyen: 0 (0%) No los modifican: 6 (12,2%)
¿Contribuye la actividad inflamatoria de la enfermedad a disminuir significativamente el riesgo cardiovascular?	Sí: 3 (6,1%) No*: 42 (85,7%) No sé: 4 (8,2%)
¿Con qué frecuencia debe realizarse el cribado de riesgo cardiovascular en pacientes con artritis inflamatorias?	6 meses: 11 (22,4%) 1 año: 26 (53,1%) 5 años*: 11 (22,4%)
Para realizar el cribado de riesgo cardiovascular en pacientes con AR, ¿deben adaptarse los modelos de predicción del riesgo por un factor multiplicador?	Sí*: 26 (53,1%) No: 12 (24,5%) No sé: 11 (22,4%)
La medición de los niveles lipídicos en sangre debe realizarse cuando la actividad de la enfermedad sea:	Estable*: 18 (36,7%) Inestable: 6 (12,2%) Es indiferente: 25 (51%)
¿Pueden emplearse los fármacos antihipertensivos y estatinas en estos pacientes de igual manera que en la población general?	Sí*: 46 (93,9%) No: 1 (4,1%) No sé: 1 (2%)
El tratamiento antirreumático con fármacos modificadores de la enfermedad y/o agentes bloqueadores del TNF, ¿influye negativamente en el control del riesgo cardiovascular?	Sí: 9 (18,4%) No*: 24 (49%) No sé: 1 (2%)
¿Es el médico de Atención Primaria responsable del manejo del riesgo de enfermedad cardiovascular en pacientes con artritis inflamatorias?	Sí: 43 (87,8%) No*: 5 (10,2%) No sé: 1 (2%)

*Respuesta adecuada

Conclusiones: Los resultados muestran que los MAP de nuestra área sanitaria conocen de forma general el aumento de RCV que supone la presencia de enfermedades inflamatorias articulares, así como su manejo. Desconocen datos más específicos como la figura del reumatólogo como responsable del control de los factores de RCV, la reevaluación de los mismos cada 5 años y la preferencia por la estabilidad de la enfermedad articular para la determinación de niveles lipídicos en sangre.

123. ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN ARTRITIS PSORIÁSICA POLIARTICULAR: ANÁLISIS DE RESULTADOS CLÍNICOS A 4 AÑOS

M.J. Rodríguez Valls, M.D. Toledo Coello, Y. Cabello Fernández, M.V. Pérez Romera y J.J. Pérez Venegas

UGC de Reumatología. Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz.

Introducción: La optimización de dosis de las terapias biológicas en patologías inflamatorias articulares está indicada en aquellos pacientes que llevan más de seis meses en remisión clínica estable, siendo su principal objetivo limitar la aparición de efectos adversos, que son dosis-dependientes. Además, el ahorro de costes que ello supone favorece que nuevos pacientes tengan mayor acceso a estos tratamientos. Dada la importancia creciente de este tema en los últimos años presentamos la experiencia en optimización en nuestro centro en los últimos 4 años.

Objetivos: 1. Analizar la evolución clínica evaluada mediante DAS28 en pacientes con artritis psoriásica con afectación poliarticular (APsP) en tratamiento biológico (TB) seguidos en la UGC Reumatología de un hospital universitario del norte de Cádiz, a los que se les realiza optimización del TB. 2. Analizar las estrategias de optimización utilizadas con los diferentes TB.

Métodos: Estudio descriptivo observacional, longitudinal y retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas, entre enero 2013 y enero 2017, de pacientes con APsP que llevaban al menos 6 meses en remisión (DAS28 < 2,6) o con mínima actividad clínica (DAS28 2,6-3,2), y a los que se les realizó optimización del TB ya fuera mediante la reducción de dosis o por espaciamiento en la administración del mismo. Se analizan datos demográficos, tiempo de evolución de la enfermedad previo al uso de TB, tiempo de TB hasta optimización, evaluación clínica mediante DAS28 y estrategia terapéutica seguida. Se analizan los datos mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 22.0.

Resultados: De un total de 120 pacientes con artritis psoriásica en TB, a 37 de ellos con afectación poliarticular (30,83%) se le realiza optimización del mismo. De estos, 22 son hombres y 15 mujeres, con una edad media de 51 ± 13 años. La duración media de la artritis previa al inicio del TB fue de 5,6 ± 4,9 años. El tiempo medio de tratamiento a dosis optimizadas fue de 36 ± 17 meses, con un rango de 4 a 72 meses. En el momento de la optimización, 36 (97,3%) de los pacientes presentan DAS28 en remisión y 1 (2,7%) baja actividad; en el momento del corte del estudio, 28 (75,6%) continúan estando en remisión clínica, 6 (16,2%) con baja actividad y 3 (8,1%) con moderada actividad según DAS28. Nueve pacientes (24,3%) precisaron reiniciar el tratamiento a dosis estándar ya fuera por empeoramiento articular (4) o cutáneo (5), 3 de ellos en tratamiento con adalimumab y 6 con etanercept (2 habían reducido la dosis a 25 mg/semana, 2 a 50 mg/10 días y 2 a 50 mg/15 días), presentando estos 9 pacientes un tiempo de tratamiento a dosis optimizadas entre 6 y 35 meses. Además, hubo que suspender el TB a un paciente debido al diagnóstico de cirrosis hepática; otro paciente lo suspendió de forma voluntaria. 26 de los pacientes continuaban con dosis optimizadas en el momento del corte del estudio.

Nº total de pacientes APsP con tratamiento biológico	120
Nº total de pacientes con tratamiento biológico optimizado	37
Sexo	15 (40,5%) mujeres 22 (59,5%) hombres
Edad media	51 ± 13 años
Tiempo medio de enfermedad antes del inicio del tratamiento biológico	5,6 ± 4,9 años
Tiempo medio de tratamiento estándar	49,1 ± 29,4 meses
Tiempo medio de tratamiento optimizado	36,17 ± 17,2 meses
Rango 4 -72 meses	
Tratamiento biológico estándar: posología y nº pacientes (% del total)	Adalimumab 40 mg cada 15 días: 14 (37,8%) Etanercept 50 mg cada 7 días: 23 (62,2%)
Tratamiento biológico optimizado: posología y nº pacientes (% del total)	Adalimumab 40 mg cada 21 días: 14 (37,8%) Etanercept 25 mg cada 7 días: 11 (29,7%) Etanercept 50 mg cada 10 días: 7 (18,9%) Etanercept 50 mg cada 15 días: 5 (13,5%)
Nº de pacientes según DAS28 al inicio de la optimización (% del total)	Remisión: 36 (97,3%) Baja actividad: 1 (2,7%)
Nº de pacientes según DAS28 al final de la optimización (% del total)	Remisión: 28 (75,6%) Baja actividad: 6 (16,2%) Moderada: 3 (8,1%) Alta: 0 (0%)
Tratamiento al final del estudio	Optimizado: 26 (70,3%) Inicial: 9 (24,3%) Suspendido: 2 (5,4%)

Conclusiones: Según nuestra experiencia, en un elevado porcentaje (70,3%) de pacientes con APsP en remisión o con baja actividad de la enfermedad alcanzada tras tratamiento biológico, permanecen en remisión o con baja actividad clínica tras una media de 36 meses de optimización. Las estrategias de optimización más frecuentes empleadas han sido adalimumab 40 mg/21 días y etanercept 25 mg/7 días,

sin que podamos concluir aún cuales son las pautas más adecuadas de optimización. La tasa de respuesta obtenida a la optimización en nuestras cohortes de AR y artritis psoriásica son comparables.

124. RESULTADO DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE REDUCCIÓN DE DOSIS DE TRATAMIENTO ANTI-TNF ALFA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS (ESPA) EN REMISIÓN CLÍNICA EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA

M.C. Castro-Villegas, P. Font-Ugalde, M. Romero-Gómez, J. Calvo-Gutiérrez, R. Ortega-Castro, E.C. López-Medina, M. Arredondo-López, A. Escudero-Contreras y E. Collantes-Estévez,

UGC Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Departamentos de Medicina, Dermatología y ORL. Universidad de Córdoba.

Objetivos: Evaluar si la estrategia de reducción de dosis de fármacos antiTNFalfa en pacientes con EspA en remisión clínica mantenida tratados en condiciones de práctica clínica habitual es efectiva para mantener la remisión y explorar las diferencias basales entre los pacientes que recaen y los que no para detectar posibles factores predictivos de mantenimiento de respuesta.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes con EspA (criterios ASAS), tratados con antiTNFalfa, que habían seguido una pauta de optimización. Se definió dosis optimizada como el uso de estos fármacos a dosis menores o intervalos más largos de los indicados en ficha técnica. Todos los pacientes habían sido tratados según las guías de manejo de la SER y el protocolo de optimización según las recomendaciones de la SER/SEFH. Los criterios que se habían seguido para la optimización fueron la remisión clínica (BASDAI ≤ 2 o PCR ≤ 5 mg/L) durante al menos 6 meses. Los pacientes que recayeron (BASDAI > 2 y/o PCR > 5 mg/L) en cualquier momento del estudio, volvieron a dosis estándar. Los datos se compararon mediante test no paramétricos y se analizaron las curvas de supervivencia (SPSS v.17).

Resultados: De los 149 pacientes con EspA tratados con antiTNFalfa, 32 (21,5%) estaban en dosis optimizadas. De ellos, el 84,4% eran hombres, la edad media fue $47,2 \pm 10,6$ años. Las características basales de los pacientes se presentan en la tabla 1. El tiempo de evolución de la enfermedad fue 12,2 años y la media de tiempo en terapia biológica hasta la optimización fue 22,9 meses. Al inicio de la terapia, el BASDAI medio fue $4,2 \pm 2,6$, siendo $2,1 \pm 2,2$ en el momento de la optimización. El valor de PCR al inicio fue $13,1 \pm 18,7$ mg/L y $6,36 \pm 9,7$ mg/L en el momento de la optimización. Respecto al tipo de estrategia de optimización, 27 pacientes (84,37%) siguieron el protocolo de aumento del intervalo entre dosis, frente al resto (15,62%) que emplearon dosis reducidas. 18/32 pacientes (56,2%, IC: 39,01-73,4) mantuvieron remisión clínica con dosis optimizada. En la tabla 2 se presentan los datos de actividad de los pacientes que recayeron y los que mantuvieron respuesta. No se encontraron diferencias en parámetros de actividad basal ni en el momento de la optimización entre los dos grupos de pacientes, aunque se observó que los pacientes que recayeron presentaban PCR más altas cuando se optimizaron, sin diferencias significativas entre los grupos. De los que mantuvieron la remisión, el 72,2% (13/18) eran pacientes naive para antiTNFalfa, pero la supervivencia entre estos pacientes y los procedentes de switch no mostró diferencias significativas (31,9 vs 20,9 meses, $p = 0,9$). De los posibles predictores de mayor supervivencia a la optimización ni el BASDAI o PCR basal ni la edad ni el tiempo de evolución fueron predictores del mantenimiento de la respuesta tras optimización. Una PCR < 5 mg/L en el momento de la optimización mostró una tendencia a mayor supervivencia (43,4 meses vs 13,3 meses), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p = 0,09$).

Conclusiones: La optimización de antiTNFalfa en pacientes con EspA es posible y permite que hasta la mitad de los pacientes mantengan la remisión clínica de la enfermedad. Nuestro estudio no ha encontrado factores predictores de mantenimiento de la respuesta tras la optimización. Son necesario estudios con mayor número de pacientes que permitan establecer conclusiones más sólidas.

Tablas Póster 124

Tabla 1. Características basales de los pacientes incluidos en el estudio

	Total de pacientes (n = 32)	
Edad (años, media \pm DE)	47,2 \pm 10,6	
Sexo (%) hombres/mujeres	84,4/15,6	
Tiempo de evolución de la enfermedad (años, media \pm DE)	12,2 \pm 10,4	
Tiempo de inicio de la terapia biológica (meses, media \pm DE)	22,84 \pm 12,68	
	Al inicio antiTNFalfa	Al tiempo de optimización
BASDAI (0-10)	4,2 \pm 2,6	2,1 \pm 2,2
BASFI (0-10)	4 \pm 2,7	2,8 \pm 2,9
VSG (mm/1 ^h)	19 \pm 20,1	8,5 \pm 8,5
PCR (mg/L)	13,1 \pm 18,7	6,4 \pm 9,7
Número de antiTNFalfa previos (media \pm DS)	0,3 \pm 0,6	
Tipo de antiTNFalfa actual (%)		
Infliximab	31,3%	
Adalimumab	21,9%	
Etanercept	25%	
Golimumab	21,9%	

Tabla 2. Parámetros de actividad en los pacientes que recaen y en los que se mantienen en remisión

	Pacientes en recaída (n = 14)			Pacientes que mantienen remisión (n = 18)		
	Basal	Momento de optimización	Momento de la recaída	Basal	Momento de la optimización	Última visita registrada
BADAI (0-10)	3,8 \pm 2,4	2 \pm 1,8*	2,4 \pm 1,9*†	4,4 \pm 2,8*	2,1 \pm 2,5*	1,7 \pm 1,4*
basfi (0-10)	4,3 \pm 2,8	2,8 \pm 2,8*	2,9 \pm 3*	3,7 \pm 2,6	2,8 \pm 3,1	2,1 \pm 1,6*
VSG (mm/1 ^H)	17,1 \pm 22,5	9,3 \pm 11,1	10,2 \pm 8,3	20,4 \pm 18,8	7,8 \pm 6,1*	8 \pm 6,4*
PCR (mg/l)	10,9 \pm 12,2	9,7 \pm 12,4	3,4 \pm 5,7*†	14,6 \pm 22,5	3,7 \pm 6,1*	2,5 \pm 5*

Valores expresados como media \pm desviación estándar. *Diferencias significativas respecto a la basal ($p < 0,005$). †Diferencias significativas respecto al momento de la optimización ($p < 0,005$).

125. ALTERACIONES DE CONDUCCIÓN CARDIACA EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍA AXIAL

H.S. Park¹, A. Laiz¹, C. Alonso², A. García-Guillén¹, M. Millán¹, B. Magallares¹, P. Moya¹, I. Castellví¹, C. Díaz-Torné¹ y J.M. de Llobet¹

¹Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina Interna; ²Servicio de Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: Se ha demostrado mayor prevalencia de alteraciones en la conducción cardiaca en los pacientes con espondilitis anquilosante y larga evolución de la enfermedad.

Objetivos: Describir la presencia de alteraciones de conducción cardiaca en un grupo de pacientes con espondiloartropatía axial (EsAx), según criterios ASAS.

Métodos: Se registraron características clínicas y demográficas de un total de 78 pacientes con EsAx, incluyendo factores de riesgo cardiovascular (FRCV). A todos ellos se les realizó ECG durante el seguimiento que fue analizado por un cardiólogo.

Resultados: De los 78 pacientes 48 fueron hombres, con una media de edad de 61 ± 14. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue 23 ± 16 años. HLA B27 estuvo presente en 54 (69,2%). La sacroileítis fue radiográfica en 72 (92,3%) y 6 (7,7%) presentaron edema a nivel de RNM. Otras características clínicas de la muestra fueron: artritis periférica 43 (55,1%), dactilitis 8 (10,3%), entesitis 33 (42,3%), uveítis 16 (20,5%); enfermedad inflamatoria intestinal 2 (2,6%) y psoriasis 34 (43,6%). Se registraron los siguientes factores de riesgo cardiovascular: 25 (32%) fueron fumadores, 41 (53%) hipertensos, 32 (41%) dislipémicos, 15 (20%) diabéticos, 9 (12%) hiperuricémicos y 20 (20%) obesos. En 14 pacientes se observó cardiopatía estructural (11 cardiopatía isquémica y 3 valvulopatía aórtica). El registro electrocardiográfico mostró la presencia de trastornos de conducción en 20 pacientes (25,6%). Detalles de los hallazgos en el ECG en tabla.

Bloqueo AV de primer grado	5
Bloqueo AV de segundo y tercer grado	2
Hemibloqueo anterior de rama izquierda	1
Bloqueo completo de rama derecha	2
Trastorno de conducción intraventricular inespecífico	4
Trastorno interauricular tipo Backman	1

Conclusiones: Un cuarto de los pacientes de nuestra serie presentó trastornos de conducción en el ECG. Pese a la larga evolución de la enfermedad en nuestro grupo, queda pendiente analizar, si puede estar en relación tal y como ocurre en la espondilitis anquilosante.

126. EVOLUCIÓN A 2 AÑOS DE LA ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: RESULTADOS PRELIMINARES

C. Vergara-Dangond, M. Robustillo Villarino, V. Núñez Monje, M. Aguilar Zamora, L. Montolio Chiva, E. Valls Pascual, A. Ybáñez García, À. Martínez-Ferrer y J.J. Alegre-Sancho

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

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad asociada a un incremento del riesgo cardiovascular (CV), atribuible a una aterosclerosis precoz, comparable a la población con artritis reumatoide. Carecemos, sin embargo, de estudios que permitan evaluar la progresión de la aterosclerosis subclínica a más de un año en estos pacientes.

Objetivos: Explorar la evolución natural de las distintas medidas de evaluación del daño vascular en pacientes con APs y los factores relacionados con estos cambios.

Métodos: Estudio pre-post con componentes analíticos. Se incluyeron de forma consecutiva 44 pacientes con APs (criterios CASPAR) y afección articular periférica de más de un año de evolución. Se recogieron variables demográficas (sexo, edad, IMC), clínicas (fac-

tores de riesgo CV clásicos, antecedentes de eventos CV), y analíticas (índice aterogénico, FG [MDRD], fibrinógeno, hemoglobina glicosilada, PCR, VSG, PCR ultrasensible, cociente apoB/apoA1) y se estimó basalmente el riesgo CV a través de la herramienta SCORE. El resto de variables se recogieron de la historia clínica electrónica retrospectivamente. Se exploró el árbol carotídeo extracraneal con un ecógrafo Esaote MyLab70XVG con sonda lineal (7-12 mHz) y un programa automatizado de medición del grosor íntima-media (GIM) mediante radiofrecuencia ("Quality intima media Thickness in real-time, QIMT"), y se recogió la presencia de placas de aterosclerosis según consenso de Mannheim. La determinación de la velocidad de onda de pulso (VOP), como marcador de rigidez vascular, se realizó con el paciente en sedestación mediante el dispositivo validado Mobil O Graph®. Los pacientes fueron seguidos durante 2 años en el periodo comprendido entre mayo de 2014 y diciembre de 2016. Todas las pruebas fueron repetidas a los 2 años. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS 17.0.

Resultados: Analizamos a 2 años 38 pacientes tras excluir 5 pacientes con alto riesgo CV (evento CV previo, FG < 60 mg/dL, y/o diabetes mellitus tipo II o tipo I con lesión de órgano diana). Basalmente, la media y la mediana de su edad fue de 59,2 y 60,5 años (39-88), respectivamente, y la mayoría eran mujeres (65,8%). La mediana del IMC fue de 28 (17-35). Un 28,9% eran fumadores y un 36,8% hipertensos. Un 26,3% recibía glucocorticoides, 57,9% AINEs, 84,2% FAME y 31,6% biológicos. Las medianas de PCR, VSG y DAS28 fueron 5 mg/L (1-19,1), 7 mm/h (2-28) y 2,17 (1,24-3,7), respectivamente. La mediana del SCORE fue de 1 (0-7), 8 m/s (5,6-13,5) la de la VOP y 728 μ (462-1.087) la de la GIM basal; y se detectaron placas de aterosclerosis en el 35,1% de los pacientes. A los 2 años se detectó la aparición de placas en un 15% más de los pacientes, así como un empeoramiento de la VOP y del GIM en el 56,8% y 38,9% de los pacientes, respectivamente. Estos cambios no fueron estadísticamente significativos. Ningún paciente desarrolló un evento CV. En el análisis bivariable, la progresión de la VOP a 2 años se relacionó con la edad avanzada (p < 0,002), y con un SCORE elevado (p < 0,044), y tendió a la relación con TAS mayores. También se evidenció una tendencia a la asociación entre la aparición de placa, la edad y la TAS; así como entre niveles menores de apolipoproteína A1 y el GIM.

Conclusiones: La progresión en el tiempo del daño vascular en pacientes con APs se relaciona con factores de riesgo CV clásicos. Estos datos preliminares deben confirmarse en un análisis posterior con un mayor número de pacientes.

127. ESTUDIO DESCRIPTIVO BASADO EN LA ECOGRAFÍA SOBRE LA PROLIFERACIÓN SINOVIAL DE RODILLA EN PACIENTES CON GOTA

C. Guillén Astete y M. Terán Tinedo

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Los sinoviocitos son células con una capacidad de respuesta fisiológica detectable ecográficamente que se puede resumir en dos: proliferación y síntesis de líquido sinovial. Esta respuesta es patente ante cualquier proceso inflamatorio que les afecte sin embargo sus características son distintas según el tipo de estímulo: mecánico agudo, infeccioso, inflamatorio no infeccioso o degenerativo. El presente estudio pretende describir el tipo de proliferación que se observa en pacientes gotosos como base para la comparación con otras causas de sinovitis y servir para potencial criterio de distinción con otras sinovitis de interés clínico.

Métodos: El presente estudio se realizó sobre la base de registros ecográficos de pacientes valorados por sinovitis aguda procedentes de un estudio previo. Se revisaron 165 estudios ecográficos de rodilla de pacientes con diagnóstico certero de crisis de artritis gotosa y 68 estudios ecográficos de seguimiento. Los estudios ecográficos

se analizaron en función a la escala semicuantitativa de sinovitis EULAR. Se realizó un estudio de la ocupación sinovial del corte sagital del receso prerotuliano medido en proyección longitudinal sobre la parte más profunda del valle intercondíleo a nivel de la tróclea. Se trazaron dos líneas imaginarias, una perpendicular a la cortical femoral medida a 30 mm del borde cortical visible en el extremo rotuliano, y otra paralela a la cortical del fémur con origen 5 mm por debajo del borde rotuliano superior. El cruce de las dos líneas delimitó cuatro cuadrantes. Se realizaron pruebas de correlación con datos clínicos y demográficos.

Resultados: Un total de 165 estudios ecográficos correspondientes a 145 pacientes distintos obtenidos entre 2013 y 2015 fueron revisados junto con sus correspondientes datos clínicos y demográficos. Se identificó hipertrofia sinovial (HS) en 150 estudios (90,9%) y señal PD en 93 (56,3%). De los 150 estudios con HS, el número de cuadrantes ocupados al menos un 33% fue 4 en 3 estudios, 3 en 24 estudios, 2 en 100 estudios y 1 en 23 estudios (2%, 16%, 66,6% y 15,3% respectivamente). El cuadrante más afectado fue el profundo-distal (88%). La gradación de señal PD fue la siguiente: Grado III en 28 estudios (30,1%), Grado II en 42 (45,1%) y Grado I en 23 (24,7%). Existió una correlación positiva estadísticamente significativa entre el índice compuesto de sinovitis y el tiempo de evolución en días (coef. $p = 0,88$, $p < 0,001$) y el tiempo de evolución y el grado de señal PD (coef. $p = 0,67$, $p < 0,05$). La ocupación de cuadrantes no correlacionó con ninguna variable clínica ni demográfica, ni tampoco la predominancia de un cuadrante u otro. La edad de los pacientes correlacionó débilmente con el grado de sinovitis (coef. $p = 0,61$, $p = 0,0487$). En los estudios evolutivos sin clínica, el 17 (25%) pacientes mostraban una ecografía normal, 17 (25%) con sinovitis grado I mientras que el resto grados superiores y en ninguno señal PD.

Conclusiones: En pacientes con monoartritis gotosa, la proliferación sinovial y la intensidad de la señal PD depende del tiempo de evolución en el índice compuesto. Esto indica que en etapas precoces del brote los hallazgos ecográficos podrían ser superponibles a otras enfermedades con sinovitis manifiesta de menor intensidad. Encontramos también cambios ecográficos relevantes una vez en el periodo intercrítico.

128. OPTIMIZACIÓN DE DOSIS EN PACIENTES TRATADOS CON TERAPIA BIOLÓGICA. VALORACIÓN CLÍNICA

C. Campos Fernández, A. Rueda Cid, M.D. Pastor Cubillo, J. Lerma Garrido, I. Balaguer Trull y J. Calvo Catalá

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

Introducción: La introducción de la terapia biológica ha significado un gran avance para los pacientes con patología inflamatoria reumatólica, siendo la remisión o la baja actividad de estas enfermedades el objetivo del tratamiento en la consulta de reumatología. El uso de los tratamientos biológicos, necesarios para nuestros pacientes, supone un importante incremento de los costes asociados a estas enfermedades. Por lo tanto, es indispensable realizar un uso racional de los mismos. Publicaciones recientes demuestran que la optimización de dosis es posible en pacientes con baja actividad o en remisión.

Objetivos: Evaluar la efectividad de la optimización de dosis de la terapia biológica en pacientes con AR, SpA y APs en remisión.

Métodos: Incluimos 81 pacientes (31 con AR, 29 con SpA, 18 con APs y 3 con otras patologías) de un total de 197 pacientes en tratamiento biológico en la actualidad, en seguimiento en la consulta durante el periodo de diciembre de 2012 hasta diciembre de 2016. En la consulta se realizaba: exploración física, valoración clínica, índices de actividad de la enfermedad, cuestionarios de calidad de vida y ecografía en los casos de AR y APs con afectación periférica. La optimización se realizó en el caso de los fármacos subcutáneos,

espaciando el tiempo de administración, y en el caso de los fármacos intravenosos disminuyendo la dosis ajustada por peso.

Resultados: Se incluyen 81 pacientes (34 mujeres y 47 hombres) con edad media de 52,79. El tiempo medio de evolución de enfermedad de 13,09 años (mínimo 2,1-máximo 28,6). 31 pacientes con AR (38,27%) con una edad media de 58,84 años (mínimo 31-máximo 79), duración media de la enfermedad de 13,2 años, días de reducción de tratamiento biológico de 20540 (681,6 meses) con un promedio de reducción de 662,58 días. 29 pacientes con SpA (35,80%) con una edad media de 46,31 años (mínimo 27-máximo 74), duración media de la enfermedad de 13,55 años, días de reducción de tratamiento biológico de 18811 (627,03 meses) con un promedio de reducción de 627,03 días. 18 pacientes con APs (22,22%) con una edad media de 52,95 años (mínimo 33-máximo 74), duración media de la enfermedad de 12,12 años, días de reducción de tratamiento biológico de 11342 (378,06 meses) con un promedio de reducción de 627,03 días. 3 pacientes (3,70%) con otros diagnósticos con una edad media de 52 años (mínimo 25-máximo 70), días de reducción de tratamiento biológico de 1564 (52,1 meses) con un promedio de reducción de 521,33 días. Durante el seguimiento 12 pacientes (14,81%) volvieron a la pauta habitual por empeoramiento clínico: 5 pacientes con AR, 3 pacientes con APs y 4 con EA (uno de ellos por brote de uveítis y en otro caso se cambio de tratamiento). 4 (4,93%) pacientes suspendieron el tratamiento por decisión propia. En 2 pacientes se suspendió el tratamiento por diversos problemas: diagnóstico de glioblastoma y aparición de un absceso tras intervención quirúrgica. En otros 2 pacientes se cambio el tratamiento: en uno por diagnóstico de EII y en otro por aparición de uveítis. En total 20 pacientes no continuaron en el programa de optimización de dosis.

Conclusiones: En un porcentaje importante de pacientes, convenientemente seleccionados, es posible el mantenimiento de una baja actividad de la enfermedad o de la remisión con la optimización de dosis de la terapia biológica. Solo un pequeño número de pacientes recidivaron y necesitaron volver a la pauta anterior de tratamiento.

129. OPTIMIZACIÓN DE GOLIMUMAB EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS DE LA COHORTE SPA-PAZ Y ASOCIACIÓN CON NIVELES SÉRICOS DE FÁRMACO

C. Redondo Romero¹, A. Martínez², Ch. Plasencia¹, V. Navarro-Compán¹, L. Nuño¹, D. Peiteado¹, A. Villalba¹, A. Jochems², D. Pascual-Salcedo² y A. Balsa¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Inmunología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: Golimumab (Glm) es una terapia antiTNF usada en las espondiloartritis (EspA). Cada vez hay más evidencia científica de que en pacientes (pts) con EspA con baja actividad clínica y analítica mantenida se pueden realizar terapias de optimización para evitar sobretratamientos y probables efectos adversos. Hasta ahora no hay trabajos que estudien pacientes con EspA tratados con Glm en pauta de optimización (PdO) y a su vez, lo relacionen con niveles séricos de fármaco preoptimización.

Objetivos: Analizar la evolución clínica y analítica de los pacientes con EspA en tratamiento con Glm en PdO de la cohorte Spa-Paz. Relacionar los niveles séricos de Glm preoptimización con la frecuencia de brotes a lo largo de la PdO.

Métodos: Estudio observacional de una cohorte prospectiva de 22 pacientes con EspA y Glm con buen control clínico por lo que entran en PdO. Se midió la actividad clínica mediante el ASDAS y ?ASDAS en el momento basal, en la visita preoptimización (v-pre) y luego a los 6, 12, 18 y 24 meses de la optimización (v-fin). Todos los pacientes en la v-pre presentaban una mejoría clínicamente importante definida por ?ASDAS = 1,1. Se recogieron los brotes, definido como empeoramiento clínico de la enfermedad basado

en la anamnesis y exploración del paciente y en los diferentes índices de actividad medidos en la visita, desde la optimización hasta el final del seguimiento. Se analizaron los niveles séricos de Gln mediante ELISA en la v-pre y se clasificó según la concentración óptima definida previamente en nuestro laboratorio: < 0,7 mg/L, 0,7-1,4 mg/L, > 1,4 mg/L. El análisis estadístico se realizó mediante el Software Graph-Pad Prism 6.

Resultados: De los 79 pacientes de la cohorte, 22 (28%) estaban en PdO. El rango de edad está entre 25 y 70 años, 73% varones y 27% mujeres. 52% eran no fumadores. Recibieron previamente otro antiTNF 5 pts (23%: 4 infliximab, 1 etanercept). Todos tenían un seguimiento de 6 meses preoptimización, 18 pts de 12 meses, 8 pts de 18 meses y 5 pts de 24 meses. Tanto ASDAS como ?ASDAS fue similar en la v-pre vs la v-fin (ASDAS: $1,3 \pm 0,4$ v-pre vs $1,2 \pm 0,7$ v-fin, $p = 0,3$; ?ASDAS: $2,3 \pm 0,7$ v-pre vs $2,4 \pm 0,9$ v-fin, $p = 0,6$). 13 pts (59%) tuvieron 1 o 2 brotes a lo largo de la PdO. La media de aparición del brote fue 14 meses. En todos los pts que presentaron brote se controló la actividad de la enfermedad volviendo a la pauta optimizada previa (4/13, 31%), a la pauta mensual (6/13, 46%) o conservando pauta optimizada con ajustes de tratamiento sintomático (3/13, 23%). Ninguno de los pts que sufrieron brotes abandonó el tratamiento. En la v-fin, tanto ASDAS como ?ASDAS fue similar entre los pts que presentaron brotes frente a los que no presentaron durante la PdO (ASDAS v-fin: $1 \pm 0,7$ pts sin brotes vs $1,3 \pm 0,7$ pts con brotes, $p = 0,4$; ?ASDAS v-fin: $2,7 \pm 0,7$ pts sin brotes vs $2,2 \pm 1$ pts con brotes, $p = 0,3$). Todos los pts (4/4, 100%) con niveles por debajo del rango óptimo (< 0,7 mg/L) tuvieron un brote a lo largo de la PdO; sin embargo, sólo el 23% (3/9) de los que estaban en rango óptimo (0,7-1,4 mg/L) en la v-pre tuvieron brotes en la PdO.

Conclusiones: La PdO en nuestra cohorte de EspA con Gln resulta en un similar control de la actividad clínica tras un seguimiento de 24 meses. Los pacientes que tuvieron brotes se controlaron con ajustes de tratamiento sintomático y/o biológico sin necesidad de abandonar la terapia. La incidencia de brotes fue más frecuente en los pacientes con niveles por debajo de la concentración óptima en la visita preoptimización.

130. SÍNDROME ANSIOSO-DEPRESIVO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

C. García Porrúa¹, L. Fernández Domínguez², J.L. Guerra Vázquez³, J.A. Mosquera Martínez⁴, F.J. Maceiras Pan⁵ y J.A. Pinto Tasende⁶

¹Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ²CHU Ourense. ³CHU Ferrol. ⁴CHU Pontevedra. ⁵CHU Vigo. ⁶XXI A Coruña-INIBIC.

Introducción: La psoriasis cutánea y la artritis psoriásica (APs) se han asociado a depresión y ansiedad. No está claro si este trastorno crónico que aumenta la morbi-mortalidad de los pacientes podría estar influenciado por alguna característica de la APs o por los tratamientos de la misma.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue describir la prevalencia del síndrome ansioso-depresivo (SAD) en pacientes de un registro de APs tratados con terapia biológica (TB) y analizar su posible relación con características de la enfermedad o de los tratamientos.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo en pacientes con APs de seis hospitales universitarios de nuestra comunidad (población de referencia 2.055.000) que forman parte de nuestro registro de APs con TB. Se registraron los antecedentes de asistencia a una consulta de salud mental en algún momento de su evolución, en donde fueron diagnosticados de síndrome ansioso-depresivo (trastorno mixto de ansiedad y depresión, F41.2 en el CIE-10). Se recogieron las características demográficas, clínicas, genéticas y terapéuticas y se realizó un análisis comparativo con los pacientes que no fueron diagnosticados de este trastorno. El análisis estadístico se realizó utilizando el SPSS 17.0.

Resultados: En el estudio se registraron 604 pacientes - de los cuales 275 (45,5%) eran mujeres- con media de edad de 53,3 (12,6) años y tiempo de evolución desde el diagnóstico de APs de 12,4 (8,7) años. Hubo 99 casos diagnosticados de SAD (16,4%), más frecuente en mujeres que en hombres (21,1% vs 12,5%, $p = 0,004$), sin diferencias en cuanto a edad de diagnóstico y tiempo de evolución de la APs. Tampoco hubo diferencias en relación con la onicopatía, dactilitis, uveítis o el HLA-B27. El SAD fue más frecuente en pacientes con entesitis (31,9% vs 12,0%, $p < 0,0001$). El subtipo clínico de APs más frecuente fue el periférico (72%). Sin embargo, las formas axiales se asociaron más a SAD (32,7% en axial, 14,3% en periféricas y 17,1% en mixtas; $p = 0,003$). El TB más utilizado fue etanercept (42%), seguido de adalimumab (36%). El 67,9% de los pacientes se mantenían en el primer TB con una media de seguimiento de 4,9 años, siendo el infliximab el tratamiento más asociado a antecedente de SAD ($p = 0,001$). El 56,2% seguía tratamiento combinado con FME sin diferencias en cuanto a antecedente de SAD ($p = 0,822$). Este antecedente tampoco influyó en el porcentaje de optimización del TB (33,8% vs 30,6%; $p = 0,778$).

Conclusiones: El síndrome ansioso-depresivo fue más prevalente en las mujeres con APs de nuestro registro. Se asoció con más frecuencia a las formas axiales, con entesitis y con infliximab como tratamiento biológico instaurado en estos pacientes.

131. QUERATITIS ULCERATIVA PERIFÉRICA GRAVE Y TERAPIA BIOLÓGICA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 27 PACIENTES

L.C. Domínguez-Casas¹, V. Calvo-Río¹, O. Maíz², A. Blanco², E. Beltrán³, L. Martínez-Costa⁴, M. Álvarez del Buego⁵, E. Rubio-Romero⁶, D. Díaz-Valle⁷, R. López-González⁸, Á.M. García-Aparicio⁹, A. Juan Mas¹⁰, C. Fernández¹, N. Vegas-Revega¹, R. Demetrio-Pablo¹, N. Palmou-Fontana¹, M.Á. González-Gay¹ y R Blanco¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Servicios de Reumatología y Oftalmología. Hospital Donostia. San Sebastián. ³Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia. ⁴Servicio de Oftalmología. Hospital Dr. Peset. Valencia. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Río Carrión. Palencia. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁷Servicio de Oftalmología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁸Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Zamora. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital de Toledo. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca.

Objetivos: La queratitis ulcerativa periférica (QUP) es una inflamación grave de las capas externas de la córnea. Esto produce su adelgazamiento en su zona marginal que puede dar lugar a pérdida de visión e incluso una perforación ocular. La QUP puede ser primaria o asociada a enfermedades sistémicas. Su tratamiento se fundamenta en corticoides e inmunosupresión sistémica convencional. Nuestro objetivo fue estudiar la respuesta a terapia biológica en QUP graves o refractarios al tratamiento convencional.

Métodos: Estudio multicéntrico de 27 pacientes (35 ojos afectados) en seguimiento en 9 unidades de uveítis que presentaban respuesta inadecuada o intolerancia al tratamiento con corticosteroides y al menos un inmunosupresor convencional. Las variables evaluadas fueron agudeza visual, signos de inflamación (escleritis y episcleritis), progresión del adelgazamiento corneal, queratolisis central y perforación ocular. Se compararon resultados del inicio, a la semana, al mes, a los 6 meses y al año. Para el análisis estadístico se utilizó el software STATISTICA (StatSoft Inc. Tulsa, Oklahoma, EEUU). Los resultados se expresan como media \pm DE para variables con distribución normal, o mediana [25-75 rango intercuartil] para variables con distribución diferente a la normal. La comparación de variables continuas se realizó con el test de Wilcoxon y las variables categóricas con chi cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes/35 ojos afectados (20 mujeres/7 hombres); edad media; 57,2 ± 16,3 años (rango 28-89). La causas de QUP fueron artritis reumatoide (n = 19), artritis psoriásica (n = 2), AR + síndrome de Felty + inmunodeficiencia común variable (n = 1), Behçet (n = 1), DM-1 (n = 1), granulomatosis con poliangéitís (n = 1) y Poliangeítís microscópica (n = 1). El tratamiento tópico utilizado fue corticoide (n = 18), antibióticos (n = 17), lubricantes (n = 18), suero autólogo (n = 11), ciclosporina tópica al 2% (n = 11) y tacrolimus tópico al 0,03% (n = 1). Además de corticoterapia sistémica vía oral y antes del inicio de la terapia biológica, estos pacientes recibieron tratamiento con bolos intravenosos de metilprednisolona (n = 8), metotrexato (n = 16), doxiciclina oral (n = 9), azatioprina (n = 3) y ácido ascórbico (n = 2). Además 10 pacientes requirieron tratamiento quirúrgico con membrana amniótica (n = 7), queratoplastia penetrante (n = 4), resección conjuntival (n = 3), adhesivos tisulares (n = 2), flap conjuntival (n = 1) y queratoplastia lamelar (n = 1). Los antiTNF fue la terapia biológica más utilizada (n = 19): adalimumab (ADA) (n = 10; 37%), infliximab (IFX) (n = 8; 29,6%) y etanercept (ETN) (n = 1; 3,7%). En los 8 casos restantes los biológicos utilizados fueron rituximab (RTX) (n = 7; 25,9%) y tocilizumab (n = 1; 3,7%). Las variables principales están recogidas en la tabla. Tras un seguimiento medio de 23,7 ± 20 meses, todas las variables evaluadas habían mejorado con una reducción media de la dosis de prednisona desde 33,7 [IQR, 17,5-52,5] mg/día en el inicio a 0 [0-2,5] (p = 0,028). Los efectos adversos descritos más importantes fueron taquicardia supraventricular (n = 1) y tuberculosis pulmonar (n = 1).

	Basal	1 semana	1 mes	6 meses	1 año
Agudeza visual, media ± DE	0,54 ± 0,37	0,55 ± 0,35	0,58 ± 0,33	0,67 ± 0,3*	0,69 ± 0,27*
Adelgazamiento periférico	85,7	80*	57,1*	40*	34,3*
Queratolisis central	17,1	8,6*	0*	8,6*	5,7*
Perforación ocular	11,4	14,3	0*	0*	2,8*
Escleritis	34,3	22,8*	8,6*	0*	0*
Epiescleritis	22,8	11,4*	5,7*	2,8*	2,8*
Uveítis	14,3	14,3	8,6*	2,8*	2,8*

Los datos están expresados como % en ojos afectos. *p < 0,05 comparado con datos basales.

Conclusiones: En esta serie, la terapia biológica, especialmente ADA e IFX, muestra eficacia y seguridad relativa en pacientes que presentan QUP refractaria a la terapia sistémica convencional.

132. NIVEL URINARIO DE MARCADORES DE DAÑO OXIDATIVO DEL DNA/RNA EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA MUY PRECOZ Y DAÑO RADIOLÓGICO A LOS 5 AÑOS

E. Trujillo, H. Sánchez, A. Monroy, S. Peña, M. García y M.M. Trujillo

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Servicio de Planificación y Evaluación de Tecnología Sanitaria del Servicio Canario de Salud. Tenerife.

Introducción: Las enfermedades inflamatorias crónicas articulares se han asociado a un incremento del daño oxidativo. Los productos del daño oxidativo en el DNA y RNA son posibles candidatos a marcadores de inflamación y daño estructural.

Objetivos: analizar la asociación entre la excreción urinaria basal y anual de dos marcadores del daño oxidativo, 8-oxo-7,8-dihydro-2-deoxyguanosine (8-oxodG) and 8-oxo-7,8-dihydroguanosine (8-oxoGuo) en pacientes con artritis psoriásica (PsA) muy precoz con el daño radiológico a los 5 años de seguimiento.

Métodos: Se incluyeron 33 pacientes que acudieron a la consulta de reumatología con datos sugestivos de PsA de menos de 12 semanas

de evolución, que posteriormente cumplieron criterios de clasificación de PsA (CASPAR) y completaron 5 años de seguimiento. Se tomaron muestras de orina de todos los pacientes que acudieron por primera vez con sospecha de PsA precoz y luego anualmente, durante 5 años. En cada muestra de orina se determinaron las excreciones de 8-oxodG and 8-oxoGuo mediante espectrometría de masas. Se realizó análisis de asociación con el score modificado de Sharp-van Der Heijde a los 5 años (RX de manos y pies: erosiones, pinzamiento del espacio articular, subluxación, anquilosis, osteolisis y fenómeno de "lápiz en copa").

Resultados: Los valores de la excreción urinaria basal y anual de 8-oxoGuo y sobre todo de 8-oxodG de los pacientes con PsA precoz fueron significativamente más altos en aquellos que a los 5 años de seguimiento presentaban mayor progresión radiológica. En un análisis de regresión lineal multivariante, los valores de la excreción urinaria basal de 8-oxoGuo and 8-oxodG de los pacientes con PsA muy precoz son un predictor de progresión radiológica a los 5 años.

Conclusiones: La progresión radiográfica a los 5 años de seguimiento en los pacientes con PsA muy precoz se asocia a niveles urinarios altos de marcadores de daño oxidativo del DNA y el RNA.

133. PSORIASIS INDUCIDA POR TERAPIA ANTI-TNF. SERIE DE 13 CASOS

À. Martínez-Ferrer, A. Mateu Puchades, S. Santos Alarcón, C. Vergara Dangond, M. Aguilar Zamora, È. Valls Pascual, D. Ybáñez García, L. Montolio Chiva y J.J. Alegre Sancho

Sección de Reumatología y Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

Introducción: Los fármacos antagonistas del factor de necrosis tumoral (anti-TNF) han demostrado su eficacia en diferentes artropatías inflamatorias y patologías autoinmunes, incluida la psoriasis. Sin embargo se ha observado un efecto secundario inesperado: la nueva aparición o empeoramiento de lesiones psoriásicas. El objetivo de este estudio es describir los casos de inducción o empeoramiento de psoriasis en pacientes tratados con anti-TNF en nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, revisión casos de psoriasis de nueva aparición o empeoramiento en pacientes con tratamiento anti-TNF en el Hospital Universitario Dr. Peset desde octubre de 2008 hasta noviembre de 2016. Se obtuvo un total de 13 casos.

Resultados: Se incluyeron 13 pacientes, 8 mujeres y 5 varones con edad media 46 años (± 16). El 38% de los pacientes recibía tratamiento por enfermedad de Crohn, el 31% por artritis reumatoide (AR), el 31% por artropatía psoriásica (APs), el 8% por espondilitis anquilosante (EA) y otro 8% por psoriasis. Dos pacientes estaban diagnosticados de más de una patología: enfermedad de Crohn asociada a APs y enfermedad de Crohn asociada a AR. El 61% de los pacientes no presentaba antecedentes de psoriasis, en uno de estos casos se registró el antecedente familiar de psoriasis. El infliximab era utilizado en el 38,5% de los casos, seguido de adalimumab y golimumab en un 23% cada uno y etanercept en un 15,4%. El tiempo medio de latencia desde la introducción del fármaco fue de 9,3 meses (2-26). Se registraron 12 casos de psoriasis y 1 caso de pitiriasis liquenoide (confirmado histológicamente). La morfología de las lesiones incluyó: pustulosis palmo-plantar (91%), psoriasis en cuero cabelludo (25%), psoriasis guttata (25%), psoriasis en placas (8%) y psoriasis invertida (8%); el 58% de los pacientes experimentó más de un tipo de lesión. No se registró ningún caso de psoriasis ungueal, mucoso, ni eritrodérmico. En la mayoría de pacientes (53,85%) no fue necesaria la retirada del fármaco. De

los 6 pacientes que requirieron discontinuación, en 5 fue definitiva, y en un caso se procedió a la reintroducción posterior. Tras la interrupción del tratamiento anti-TNF, 3 pacientes requirieron otro fármaco anti-TNF (adalimumab, golimumab y certolizumab) para el control de su patología de base, en los 3 casos las lesiones cutáneas reaparecieron, en 2 pacientes el anti-TNF se sustituyó por un biológico no anti-TNF. Se instauró tratamiento tópico en todos los casos, un paciente requirió, además, tratamiento sistémico con metotrexato.

Conclusiones: La psoriasis paradójica es un efecto de clase que podemos encontrar con relativa frecuencia en pacientes tratados con anti-TNF. La pustulosis palmo-plantar es la forma de presentación más frecuente. En la mayoría de los casos no existen antecedentes personales ni familiares de psoriasis. La terapia tópica puede ser eficaz pero algunos pacientes requieren la discontinuación del fármaco. Es posible la reaparición de las lesiones cutáneas al cambiar a otro tratamiento anti-TNF.

2.ª sesión

Jueves, 25 de mayo

134. CARACTERIZACIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON NIVELES MUY BAJOS DE VITAMINA D (≤ 10 NG/ML) ATENDIDOS EN EL ÁREA HOSPITALARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA EN SEVILLA

C. Ojeda García¹, I. García Hernández¹, A. Barco Sánchez², D. Fernández de la Fuente Bursón¹, G. del Águila¹, P. González Moreno¹, P. Sánchez Martínez², J. Povedano Gómez¹ y B. Hernández Cruz¹

¹Unidad de Gestión Clínica de Reumatología; ²Unidad de Bioquímica Clínica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La prevalencia de déficit grave de vitamina D en Andalucía es elevada y se incrementa con la edad. Dado las funciones pleiotrópicas de la vitamina D, cuyo déficit se ha correlacionado con patología musculoesquelética, y de otro tipo (Torres del Pliego et al. Revista de OP y Metabolismo Mineral. 2014;6(Supl1);S1-S5; Gómez de Tejada Romero. Revista de OP y Metabolismo Mineral. 2014;6(Supl1);S11-S18), se analizan las características clínicas de pacientes atendidos en el último año en el AHVM con niveles muy bajos de vitamina D (≤ 10 ng/mL), con énfasis en la presencia de patología osteomuscular, renal, endocrina, neoplásica, metabólica, digestiva (Navarro Valverde et al. Revista de OP y Metabolismo Mineral. 2014;6(Supl1);S5-S10).

Métodos: Estudio transversal, descriptivo, analítico, de revisión de historias clínicas. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes a quienes se les realizó una determinación de 25-OH Vitamina D desde agosto de 2015 hasta agosto de 2016 a partir de las estadísticas de la Unidad de Hormonas de la Unidad de Gestión Clínica de Bioquímica Clínica del Área Hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla. Se identificaron aquellos con niveles ≤ 10 ng/mL. De ellos, se recabaron 88 variables consensuadas y definidas a priori. Se empleó estadística descriptiva en el análisis. Se solicitó aprobación del CIBH del hospital.

Resultados: Durante el periodo estudiado se realizaron 1.316 determinaciones de vitamina D con niveles ≤ 10 ng/mL. Los servicios que acumularon el 98% de las solicitudes fueron medicina interna, nefrología, reumatología, neurología y endocrinología. Se analizan los datos de 338 pacientes. La mayoría eran mujeres (69%); caucásicas (98%), con edad media de 67,9 (58,5-80,1) años, 2% vivían en residencia. Los niveles de vitamina D encontrados fueron

de 7,7 ng/mL (6,1-9,2). Destaca que 3% de los pacientes con déficit severo tenían menos de 50 años, 8% tenían entre 50-60 años, 17% entre 60-70 años, y el resto (72%) eran mayores de 70 años. La comorbilidad de mayor prevalencia fue endocrina, 36% de los pacientes tenían diabetes mellitus, 22% hiperparatiroidismo y enfermedad tiroidea en 16%. La patología Reumática también mostró una prevalencia elevada: 36% de los pacientes tenían artrosis (manos, rodillas, caderas, columna); 16% OP con fracturas por fragilidad; se encontró patología autoinmune en 14% (AR 4%, LES 2%, vasculitis sistémicas 2%, APS 0,3% y una miscelánea diversa); OP diagnosticada con DMO de cuello femoral en 10% y fibromialgia en 7%. La nefropatía fue la tercera patología de mayor prevalencia: se evidenció enfermedad renal crónica en 28% de los casos en estadios 3, 4 y 5 predominantemente. Los tumores se registraron en 15% de los casos. La depresión en 14% y la demencia 9% y se encontró una moderada frecuencia de patología cardiovascular: insuficiencia cardiaca congestiva en 12%. AVC en 7%, enfermedad arterial periférica en 6%. La patología pulmonar crónica con EPOC ocurrió en 9%, el asma en 4% y otras neumopatías en 6%. El puntaje del índice de comorbilidad de Mary Charlson fue de 2 (0-4), con gran sesgo a la derecha ya que 75% de los casos cursaron con puntajes de 4 a 13. No se encontró asociación entre los niveles de vitamina D y el puntaje de comorbilidad de Mary Charlson; y como era de esperarse si hubo asociación con la edad y la comorbilidad.

Conclusiones: El déficit grave de vitamina D (≤ 10 ng/mL) es frecuente en la población de Sevilla. Su presencia se asocia con comorbilidades específicas metabólicas, reumáticas, endocrinas, y renales que habrá que identificar y tratar.

135. INFILTRACIÓN ECODIRIGIDA EN PACIENTES CON SÍNDROME DEL TÚNEL CARIPIANO LEVE-MODERADO

M. Castaño Sánchez, M.J. Moreno Ramos y A. Bermúdez Torrente

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: El síndrome del túnel del carpo (STC) es una de las neuropatías más frecuentes a nivel de los miembros superiores y es debida a la compresión del nervio mediano en el túnel carpiano. El diagnóstico de esta patología se basa en los hallazgos clínicos y sobre todo en la electromiografía (EMG). En los últimos años se viene utilizando la ecografía del nervio mediano como técnica diagnóstica debido a ciertas ventajas que presenta sobre la EMG, como un menor coste y tiempo de exploración, mejor aceptación por el paciente y la posibilidad de realizar un tratamiento mediante infiltración ecoguiada.

Métodos: En nuestro estudio hemos recogido 43 pacientes con sospecha clínica de síndrome del túnel carpiano (35 mujeres y 8 hombres, con edades comprendidas entre los 47 y los 76 años de edad) a los que se le realizó un EMG, obteniendo los siguientes resultados: 9 casos de afectación severa (que fueron enviados a cirugía), 15 con afectación moderada, 11 con atrapamiento leve y 8 casos con EMG normal. A los 26 pacientes con atrapamiento leve-moderado se les realizó una infiltración ecodirigida de 0,5 mg de acetónido de triamcinolona a nivel perineural con aguja de insulina, usando un ecógrafo Esaote Maylab Twice y una sonda lineal multifrecuencia de 10-18 MHz.

Resultados: De los 26 pacientes tratados, 19 de ellos (73,07%) refirieron una mejoría importante, mayor del 50%. De estos, 13 tenían un atrapamiento moderado y 6 uno leve. 3 mejoraron mínimamente y 4 casos no mejoraron nada. En cuanto a reacciones adversas, solo tuvimos un caso de despigmentación cutánea a nivel de la zona de punción.

Conclusiones: La infiltración ecodirigida en pacientes con síndrome del túnel carpiano de grados leve y sobre todo moderado, es un tratamiento a tener en cuenta antes de valorar la cirugía.

136. EFECTOS ADVERSOS E INCIDENCIA DE FRACTURAS ASOCIADOS AL TRATAMIENTO CON DENOSUMAB EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS CON OSTEOPOROSIS

M. Bernad Pineda¹ y M.V. Garcés Puentes²

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

²Servicios Integrales de Gestión Médica (SIGEMED). Madrid.

Introducción: Denosumab (DNB) inhibe la formación, proliferación y supervivencia de los osteoclastos, lo que produce una marcada reducción de la resorción ósea, a la vez que incrementa la densidad mineral ósea (DMO) y reduce el riesgo de fracturas en pacientes con osteoporosis. Se administra semestralmente, lo que favorece el cumplimiento del tratamiento.

Objetivos: Determinar los posibles efectos adversos del tratamiento con DNB en mujeres posmenopáusicas con osteoporosis, que acuden a una consulta hospitalaria de Reumatología.

Métodos: Estudio prospectivo realizado en una consulta de Reumatología en 242 mujeres de ≥ 65 años de edad con osteoporosis severa e historia de fracturas que dieron su consentimiento para recibir tratamiento con 60 mg de DNB por vía s.c. cada 6 meses, además de suplementos de calcio y vitamina D, según los niveles individuales. Las revisiones se realizaron cada seis meses, coincidiendo con la administración de cada una de las dosis de tratamiento. Se evaluó la DMO de columna lumbar y de cuello de fémur (DXA, Hologic) y la presencia de nuevas fracturas por métodos radiológicos.

Resultados: La media de edad fue de $72,5 \pm 8,6$ años (IC95%: 71,4; 73,6) y el tiempo de tratamiento fue de $2,1 \pm 1,3$ años (IC95%: 1,9; 2,3). El 10,7% de las pacientes refirieron algún efecto adverso, de los cuales el 50% fue notificado antes de cumplir seis meses de tratamiento y el 11,5% después de un año. Posteriormente, después de cada uno de los dos años siguientes se presentaron el 15,4% y después del cuarto año, el 7,4%. Los efectos adversos detectados fueron infecciones (50%), reacciones alérgicas (19,2%), lesiones cutáneas (19,2%) y artralgias (11,6%). Hasta el mes de diciembre de 2016, el 20,7% de las mujeres había recibido solo una dosis de DNB. Se observó aumento significativo de la DMO de columna vertebral y/o de cuello de fémur en el 88,6% de las mujeres que han recibido tratamiento durante al menos un año. Algunas pacientes (5,4%) fueron evaluadas un año después de haber concluido un periodo de tres años de tratamiento con DNB, encontrándose que en el 85% de los casos había disminuido la DMO entre un 5% y un 18%. La mayoría de estas mujeres ha reiniciado el tratamiento con DNB. Solo una paciente sufrió una nueva fractura vertebral transcurrido un año después de la suspensión del tratamiento.

Conclusiones: La incidencia de efectos adversos asociados al tratamiento con denosumab no se incrementó con el tiempo así como tampoco se produjeron nuevas fracturas.

137. SÍNDROME ANTISINTETASA: SERIE DE CASOS

C. Fernández Delgado, I. García Hernández, C. Ojeda García, F.J. Toyos Sáenz de Miera y J.B. Povedano Gómez

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Se denomina síndrome antisintetasa a la presencia de anticuerpos antiJo1 asociado a manifestaciones clínicas características: miositis, enfermedad pulmonar intersticial (EPI), fenómeno de Raynaud, poliartritis simétrica no erosiva y cambios cutáneos escamosos en las manos (manos de mecánico). Es habitual que estos pacientes tengan fiebre al comienzo de la enfermedad y durante las exacerbaciones. Cabe destacar que algunos pacientes pueden presentar inicialmente EPI o artritis, mientras que la miositis se desarrolla más tarde o no llega a desarrollarse. Esta enfermedad se incluye dentro de las miopatías inflamatorias idiopáticas. Se trata de una enfermedad autoinmunitaria poco frecuente, estimándose su incidencia global de 2-10 casos

por millón de habitantes por año. La etiología es desconocida, siendo los factores genéticos, aunados a la exposición de algunos agentes ambientales, los que pudieran desencadenar una respuesta autoinmunitaria teniendo como órgano diana el músculo esquelético. Nos planteamos una descripción de casos actualmente en seguimiento en las consultas externas de nuestro hospital, para conocer la realidad de esta enfermedad en nuestro ámbito, centrándonos en la forma de presentación inicial, en el desarrollo de las diferentes manifestaciones clínicas y en los tratamientos empleados. La mayor parte de los pacientes revisados son mujeres. Destacar que cuando la afectación predominante de inicio es pulmonar, el diagnóstico de síndrome antisintetasa se realiza más precozmente. Muchos pacientes comienzan con debilidad y artritis, siendo las primeras determinaciones de anticuerpos AntiJo1 negativas. De los diez pacientes sólo uno presentó positividad para un anticuerpo diferente al AntiJo1, el AntiPL-7.

Bibliografía

Fedra Irazoque-Palazuelos, Yaneth Barragán-Navarro. Epidemiología, etiología y clasificación. Reumatol Clin. 2009;5 Supl 3:2-5 - Vol. 5. Chatterjee S, Prayson R, Farver C. Antisynthetase syndrome: not just an inflammatory myopathy. Cleve Clin J Med. 2013;80(10):655-66A. Labirua-Iturburu, E. Trallero, A. Selva. Anti-synthetase syndrome. Med Clin (Barc). 2011 Jun 11;137(2):77-83.

138. ANÁLISIS DEL METABOLISMO ÓSEO Y FACTORES DE RIESGO OSTEOPORÓTICO EN PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR A LOS 12 MESES DE SEGUIMIENTO

I. Martínez Cordellat¹, F. Torralba Collados², C. Grao Castellote², E. Grau García¹, V. Fornés Ferrer³, E. Labrador Sánchez¹, K. Arévalo Ruales¹, J. Frago Gil¹, R. González Mazarío¹, C. Alcañiz Escandell¹, I. Chalmeta Verdejo¹, C. Fedec Olmos¹, L. González Puig¹, J. Ivorra Cortés¹, R. Negueroles Albuixech¹, J.E. Oller Rodríguez¹, F.M. Ortiz Sanjuán¹, E. Vicens Bernabéu¹, C. Nájera Herranz¹, I. Cánovas Olmos¹ y J.A. Román Ivorra¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Lesionados Medulares. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ³Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Introducción: La lesión medular asociada a la inmovilización del paciente conduce a un descenso de la masa ósea, con riesgo de osteopenia/osteoporosis e incremento del riesgo de fractura ósea. Se ha observado una rápida pérdida de hueso trabecular en lesionados medulares inmovilizados y con cambios neurovasculares debidos a una actividad anormal del sistema nervioso autónomo. En estos pacientes está descrita una disminución en la formación ósea y mayor reabsorción, siendo la pérdida ósea mayor en los 6 meses después de la lesión medular, y se estabiliza entre los 12-16 meses posteriores a la misma. Además, la incidencia de fracturas en estos casos oscila entre el 1,5 y el 6%.

Objetivos: Evaluar el metabolismo óseo en pacientes con lesión medular, estudio de las características demográficas de la población y valoración del riesgo de fracturas.

Métodos: Estudio prospectivo de un grupo de pacientes con lesión medular procedentes de la Unidad de Lesionados Medulares del HUP La Fe. En todos los casos se ha realizado una densitometría de cadera y columna lumbar, radiografía simple de raquis y pelvis, así como una analítica con parámetros de metabolismo óseo en diferentes periodos de tiempo en función del protocolo establecido. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.2.3, utilizando modelos de regresión lineal mixta.

Resultados: Se han estudiado 40 pacientes con lesión medular, siendo el 54% hombres y el 46% mujeres, con una edad media de 59,5 años (57,3-63,5). El 58% de los pacientes presentó una lesión a nivel torácico, el 46,7% del total presentó un nivel C en la Escala Asia, y el 48,6% presentó paraparesia. El estudio basal se ha realizado en

Tabla Póster 137

Identificación	Sexo	Fecha nacimiento	Síntoma inicial	Diagnóstico inicial	Fecha diagnóstico inicial	Fecha diagnóstico síndrome antisintetasa	Epi	Miositis/debilidad	Artritis de mecánico	Manos de mecánico	Fenómeno de Raynaud	Fiebre	Otros	Tratamientos	Evolución
ADC	Femenino	13/06/1950	Disnea	Neuropatía intersticial idiopática	Noviembre/2008	Diciembre/2008	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Síndrome seco	Prednisona Metotrexato Ciclosporina Micofenolato mofetilo Rituximab Prednisona Ciclosporina	Mala
JMGG	Masculino	09/12/1973	Disnea y parestesias en manos	Síndrome túnel carpiano Neuropatía intersticial idiopática	Agosto/2015	Agosto/2016	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Prednisona Ciclosporina	Buena
FVC	Femenino	19/07/1944	Artritis y disnea	Fibrosis pulmonar asociada a artritis reumatoide	2006	Octubre/2013	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Artritis Reumatoide	Prednisona Ciclosporina	Mala
MCR	Masculino	06/03/1942	Artritis	Artritis indiferenciada	2012	Marzo/2016	Sí	No	Sí	No	No	No	No	Prednisona Hidroxicloroquina	Buena
JEF	Femenino	29/07/1963	Disnea y artritis	Neuropatía intersticial idiopática y poliartrosis	Agosto/2010	Octubre/2010	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sd. Sjögren	Metotrexato Ciclosporina Azatioprina Tacrolimus Rituximab Prednisona Micofenolato de mofetilo	Estable
EMR	Masculino	18/09/1958	Debilidad y artritis	Artritis reumatoide	Septiembre/2014	Octubre/2014	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Artritis Reumatoide	Prednisona Micofenolato de mofetilo	Estable
MPHA	Femenino	18/09/1973	Debilidad	Miopatía inflamatoria	Agosto/2011	Enero/2012	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	HTP	Prednisona Azatioprina Micofenolato mofetilo	Mala
PGG	Femenino	6/10/1986	Artritis	Fenómeno de Raynaud	Agosto/2012	Diciembre/2012	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Esclerodermia	Prednisona Micofenolato Rituximab Tacrolimus Ciclofosfamida	Estable
RMPL	Femenino	15/09/1965	Artralgias y disnea	Neuropatía intersticial idiopática	Enero/2015	Febrero/2015	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sd. Sjögren	mofetilo Tacrolimus Prednisona Ciclofosfamida Azatioprina	Buena

el 100% de los pacientes (n = 40), en el 65% de pacientes en el mes 6 (n = 26), en el 30% en el mes 12 (n = 12), y en el 22,5% de pacientes en el mes 18 (n = 9). Un 32,4% de los pacientes recibió suplementación con calcio y vitamina D en el mes 0, un 66,7% de los pacientes en el mes 6 y un 100% de éstos en el mes 12. En el mes 6, un 11,1% de la población llevaba tratamiento con fármacos antirresortivos. Los valores de los marcadores de metabolismo óseo y de densitometría se presentan en la tabla. Se puede observar un ascenso en los valores de vitamina D en la población con avanza el seguimiento (valores de 16,82 en mes 0 hasta 39,33 en mes 12), justificado por la suplementación en un porcentaje considerable de pacientes, asimismo, existe un ascenso en los valores de calcemia y un descenso de los valores de fosforemia. También se evidencia un descenso en los niveles de PTH en el mes 12 (32,3) respecto al mes 0 (34,08), así como un descenso en los niveles de bctx. Probablemente relacionados con el aumento de la vitamina D. A pesar de una disminución en los parámetros t score densitométricos tanto a nivel de columna como en cadera total y cuello femoral en el mes 6, se puede observar una discreta recuperación en la densidad mineral ósea en el mes 12. No se presentaron fracturas óseas durante el seguimiento en ninguno de los pacientes.

Parámetro	Mes 0	Mes 6	Mes 12
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)
Calcio (mg/dl)	9,04 (0,47)	9,57 (0,36)***	9,39 (0,34)***
P (mg/dl)	3,83 (0,62)	3,42 (0,45)***	3,4 (19,94)***
VIT D (UI)	16,82 (10,46)	37,27 (15,52)***	39,33 (19,94)***
PTH (ng/L)	34,08 (21,74)	36,16 (19,46)	32,3 (12,6)
PINP	76,1 (79,18)	64,27 (28,11)	65,87 (25,76)
BCTX	0,94 (0,46)	0,62 (0,87)**	0,34 (0,21)***
TSCORE CL	-0,24 (1,58)	-0,25 (1,11)	-0,3 (1,27)
TSCORE CF	-0,73 (1,34)	-1,35 (1,03)**	-1,26 (1,25)**
TSCORE CT	-0,74 (1,25)	-1,56 (1,29)***	-1,52 (1,4)***

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001.

Conclusiones: Un elevado porcentaje de nuestros pacientes con lesión medular presenta un déficit de vitamina D. Además los niveles más bajos se asocian a casos donde la limitación de la movilidad es más elevada, objetivada por mayor gradación de la escala Asia. A medida que los pacientes aumentan los valores de vitamina D se observa una disminución en los parámetros bctx y PTH. No se detectaron fracturas durante el seguimiento. Estos resultados preliminares son provisionales y están sujetos a la finalización del seguimiento establecido según protocolo.

139. REEVALUACIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LOS NUEVOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN SICCA-ACR 2016

J.M. Sequí Sabater^{1,2}, E. Grau García¹, E. Labrador Sánchez¹, K. Arévalo Ruales¹, J.J. Frago Gil¹, R. González Mazarío¹, C. Alcañiz Escandell¹, I. Cánovas Olmos¹, I. Chalmeta Verdejo¹, C. Feced Olmos¹, L. González Puig¹, J. Ivorra Cortés¹, I. Martínez Cordellat¹, C. Nájera Herranz¹, R. Negueroles Albuixech¹, J.E. Oller Rodríguez¹, F.M. Ortiz Sanjuán¹, E. Vicens Bernabéu¹ y J.A. Román Ivorra^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Facultad de Medicina. UCV. Valencia.

Introducción: En 1993 se establecieron los Criterios Preliminares Europeos de clasificación del síndrome de Sjögren, donde el diagnóstico de esta patología se da cuando el paciente cumple 4 de los 6 criterios considerados. Sin embargo esta clasificación está muy centrada en la afectación glandular, y se puede diagnosticar un Síndrome de Sjögren en pacientes sin anticuerpos y/o biopsia positiva, e incluso se hacer una clasificación errónea y tratar a pacientes sin enfermedad autoinmune. Posteriormente se establecieron los criterios de clasificación EU-USA 2002, los cuales también adolecen de cierta subjetividad

en algunos factores. Los Criterios de Clasificación SICCA-ACR 2016 son los más actuales, y disponen de criterios más objetivos, de alta especificidad y que contemple a los pacientes con autoanticuerpos.

Objetivos: Reclasificación de una cohorte de pacientes diagnosticados de Síndrome de Sjögren y Síndrome Seco clasificados según los Criterios de Clasificación del 93, mediante la aplicación de los nuevos criterios SICCA-ACR 2016.

Métodos: Análisis transversal observacional retrospectivo de pacientes con síndrome de Sjögren o síndrome seco del Servicio de Reumatología del HUP La Fe. Se ha recogido datos demográficos, clínicos y analíticos de los pacientes.

Resultados: Se han seleccionado 146 pacientes, de los cuales 75 están diagnosticados de síndrome de Sjögren primario (SSP), 39 de síndrome de Sjögren secundario (SSS) y 32 de síndrome seco (SS). El 93,8% de los pacientes son mujeres, con una edad al diagnóstico de 53,97 ± 15,17 años. Se ha revisado la historia clínica electrónica de los pacientes y se evalúan los pacientes según los criterios SICCA-ACR 2016, y en un caso se ha modificado el diagnóstico de SS a SSS. Además a una selección aleatoria de 33 pacientes con SSP y SSS se le pasa el índice de actividad ESSDDAI y de daño acumulado SSDDI, con unos valores medios de 10,94 ± 8,26 y 3,91 ± 2,66 respectivamente. La paciente con modificación del diagnóstico obtuvo una puntuación de actividad clínica de 15 según índice ESSDAI y de daño según el índice SSDDI de 7, con afectación oral, ocular y glandular y con factor reumatoide positivo.

Conclusiones: Con la aplicación de los nuevos Criterios de Clasificación SICCA-ACR 2016 ha sido posible reclasificar a un paciente, que por sus características clínicas no alcanzaba la puntuación mínima de los Criterios Preliminares Europeos de clasificación del síndrome de Sjögren de 1993.

140. INFLUENCIA DE LA COMORBILIDAD CARDIOVASCULAR EN LA RESPUESTA A INFILTRACIÓN EN PACIENTES CON SOBREPESO Y ARTROSIS DE RODILLA

C. Orellana, J. Calvet, N. Navarro, M. Arévalo, J. Gratacós y M. Larrosa
Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: La obesidad se asocia a más dolor y limitación funcional en pacientes con artrosis de rodilla. La presencia de comorbilidad cardiovascular y/o metabólica determina un subtipo de pacientes con artrosis más severa, siendo esta mayor en pacientes afectados de síndrome metabólico. Sin embargo esta relación no está claramente establecida en pacientes con sobrepeso.

Objetivos: Analizar la influencia de la presencia de factores de riesgo cardiovascular y síndrome metabólico (SM) en la respuesta a infiltración en pacientes con artrosis de rodilla con signos inflamatorios con sobrepeso y que no cumplen definición de obesidad.

Métodos: Pacientes consecutivos con sobrepeso (IMC 25-30) y artrosis de rodilla sintomática con derrame sinovial (> 4 mm en línea media de bolsa suprarotuliana) por ecografía en los cuales se procedió a infiltración corticoanestésica intraarticular por dolor (EVA > 4 a pesar de tratamiento). Se analizó la respuesta a infiltración por persistencia de dolor y derrame sinovial por ecografía al mes en pacientes sin factores de riesgo cardiovascular (CV) y en pacientes con síndrome metabólico (según criterios ATP-III). Se evaluó respuesta a infiltración según encuesta de satisfacción por parte del paciente y por persistencia de derrame (> 4 mm en línea media de bolsa suprarotuliana) al mes de la infiltración.

Resultados: En este estudio preliminar se analizaron 27 pacientes, 17 con SM y 10 sin factor de riesgo cardiovascular. Los pacientes sin factores de riesgo CV presentaban significativamente menor edad (63 ± 8 vs 72,1 ± 7 años) y tiempo de evolución (41,8 vs 62,9 meses); no se observaron diferencias en cuanto a género (2/10 (80%) vs 14/17 (82,4%) mujeres). No hubo diferencias significativas entre

ambos grupos en EVA ($6,8 \pm 0,9$ vs $7,4 \pm 1,7$) ni cantidad de derrame articular ($7,93 \pm 2,8$ vs $8,25 \pm 1,8$ mm) o hipertrofia sinovial ($3,72 \pm 1,8$ vs $4,14 \pm 2,2$ mm). Los pacientes sin respuesta a infiltración al mes fue del 18% en el grupo con síndrome metabólico y del 0% en pacientes sin factores de riesgo CV; el 35% de los pacientes con SM seguían presentando derrame articular al mes de la infiltración comparado con un 0% en el grupo sin factores de riesgo CV.

Conclusiones: En este análisis preliminar se observó una posible influencia de la presencia de comorbilidad CV sobre la respuesta a infiltración en pacientes con sobrepeso y artrosis de rodilla. Sin embargo, se ha de proseguir el estudio con un mayor tamaño muestral para confirmarlo y estudiar el papel de otros factores como edad o tiempo de evolución que podrían jugar un papel en dicha respuesta.

141. MEJORÍA RÁPIDA CON TOCILIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR QUÍSTICO REFRACTARIO A OTROS INMUNOSUPRESORES. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 25 PACIENTES

N. Vegas-Reventa¹, V. Calvo-Río¹, N. Palmou-Fontana¹, M. Mesquida², A. Adán², M.V. Hernández², E. Beltrán³, E. Valls Pascual³, D. Díaz-Valle⁴, G. Díaz-Soriano⁵, M. Hernández-Grafella⁶, L. Martínez-Costa⁶, I. Calvo⁷, A. Atanes⁸, L. Linares⁹, C. Modesto¹⁰, E. Aurrecochea¹¹, M. Cordero¹², L.C. Domínguez-Casas¹, C. Fernández-Díaz¹, J.L. Hernández¹, M.A. González-Gay¹ y R. Blanco¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL Santander. ²Oftalmología y Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. ³Reumatología y Oftalmología. Hospital General Universitario de Valencia. ⁴Oftalmología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁵Reumatología. Hospital Regional Universitario. Málaga. ⁶Reumatología y Oftalmología. Hospital Dr. Peset. Valencia. ⁷Reumatología. Hospital La Fe. Valencia. ⁸Reumatología. HUAC. La Coruña. ⁹Reumatología. Hospital Arrixaca. Murcia. ¹⁰Reumatología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ¹¹Hospital de Sierrallana. Torrelavega. ¹²Oftalmología. Hospital de León.

Objetivos: El edema macular quístico (EMQ) es la complicación más grave de las uveítis pudiendo producir ceguera irreversible, por lo que es importante un diagnóstico precoz junto a un tratamiento rápido y eficaz. Nuestro objetivo fue valorar la eficacia y la seguridad de tocilizumab (TCZ) a corto plazo en una serie amplia de pacientes con EMQ.

Métodos: Estudio multicéntrico de pacientes con EMQ secundario a uveítis de origen no infeccioso que presentaban respuesta insuficiente o intolerancia al tratamiento tradicional con corticoides y al menos 1 inmunosupresor convencional, en la mayoría de los casos (22 de 25 casos) también biológico. Para el diagnóstico de EMQ se requirió una OCT > 300 micras. El grosor macular fue el desenlace primario, otras variables de desenlace fueron el grado de inflamación de la cámara anterior y vítreo, la agudeza visual (AV) y el ahorro en la dosis de esteroides. Los resultados se expresan como media ± DE para las variables con una distribución normal, o como mediana [rango intercuartílico] cuando la distribución no es normal. La comparación de las variables continuas se realizó con el test de Wilcoxon.

Resultados: Se estudiaron 25 pacientes (17 mujeres/8 varones) con EMQ; edad media de $33,6 \pm 18,9$ años. La causa de la uveítis fue: artritis idiopática juvenil (n = 9), enfermedad de Behçet (n = 7), retinocoroidopatía de Birdshot (n = 4), idiopática (n = 4), sarcoidosis (n = 1). El patrón de afectación ocular fue: panuveítis (n = 9), uveítis anterior (n = 7), uveítis posterior (n = 5), uveítis intermedia (n = 4). La mayoría de los pacientes presentaron afectación bilateral (n = 24). Previo al inicio de la terapia biológica los pacientes, además de corticoides orales, habían recibido: corticoide intraocular (n = 22), bolos metilprednisolona (n = 7), metotrexato (MTX) (n = 19), ciclosporina A (CsA) (n = 17), micofenolato mofetilo (n = 4), azatioprina (n = 2), leflunomida (n = 2), ciclofosfamida (n = 1), sulfasalazina (n = 1), acetazolamida (n = 1), talidomida (n = 1). Veintidós pacientes incluso

habían sido tratados con otros biológicos: adalimumab (n = 19), infliximab (n = 8), abatacept (n = 3), etanercept (n = 2), golimumab (n = 2), rituximab (n = 2), anakinra (n = 1) y daclizumab (n = 1). La pauta de administración de TCZ fue de 8 mg/kg/4 semanas iv (n = 23) u 8 mg/kg/2 semanas (n = 1), y 162 mg sc/2 semanas (n = 1). El TCZ se administró en monoterapia (n = 13) o en combinación con inmunosupresores convencionales: MTX (n = 6), CsA (n = 5) y leflunomida (n = 1). Se obtuvo una mejoría rápida en las medidas de desenlace (tabla). Al mes de tratamiento se observó a) una reducción significativa del grosor macular por OCT (desde $415,68 \pm 177,15$ micras hasta $330,8 \pm 104,2$; $p < 0,05$), b) mejoría en la AV (de $0,39 \pm 0,31$ a $0,51 \pm 0,3$, $p < 0,05$) y c) reducción de la dosis de prednisona (de $15,9 \pm 13,6$ hasta $8,5 \pm 5,17$ mg, $p = 0,001$). Tras un seguimiento de un mes no se observaron efectos secundarios, por lo que ningún paciente tuvo que suspender el tratamiento. Se obtuvo remisión completa en 8 pacientes y en 17 se consiguió mejoría parcial de los parámetros oculares.

	Basal	1ª semana	2ª semana	1er mes
OCT (μ) (media ± DE)	415,7 ± 177,15	413,3 ± 162,9*	388,06 ± 158,1*	330,8 ± 104,2*
AV (media ± DE)	0,39 ± 0,31	0,4 ± 0,31	0,45 ± 0,3*	0,51 ± 0,3*
Células cámara anterior [mediana (IQR)]	1 [0-1]*	0,5 [0-1]*	0 [0-1]*	0 [0-0]*
Vitritis [mediana (IQR)]	1 [0-2]	1 [0-1,5]	0 [0-1]*	0 [0-0,5]*

*p < 0,05 respecto a la visita basal.

Conclusiones: El TCZ parece un tratamiento eficaz y seguro a corto plazo en pacientes con EMQ refractario a otras terapias inmunosupresoras incluidos otros biológicos.

142. UTILIDAD DEL ANÁLISIS DE LAS SUBUNIDADES ANTI-RO52 KDA Y ANTI-RO60 KDA EN LA DETECCIÓN DE FALSOS NEGATIVOS PARA ANTI-RO

E. Grau García¹, E. Labrador Sánchez¹, M. Fernández Matilla², F.M. Ortiz Sanjuán¹, C. Feced Olmos¹, N. Fernández-Llanio Comella², K. Arévalo Ruales¹, R. Negueroles Albuixech¹, J. Ivorra Cortés¹, J.J. Frago Gil¹, I. Martínez Cordellat¹, R. González Mazarío¹, I. Chalmeta Verdejo¹, L. González Puig¹, C. Alcañiz Escandell¹, C. Nájera Herranz¹, I. Cánovas Olmos¹, E. Vicens Bernabéu¹, J.E. Oller Rodríguez¹, J.A. Castellano Cuesta², V. Fornés Ferrer³, D. Hervás Marín³, D. Giménez-Romero⁴ y J.A. Román Ivorra¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Sección de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ³Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia. ⁴Departamento de Física-Química. Universitat de València. Valencia.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por una desregulación en la producción de citoquinas proinflamatorias, activación linfocitaria y producción de autoanticuerpos. Uno de los autoanticuerpos sobreexpresados es el anticuerpo frente al antígeno Ro, una ribonucleoproteína asociada a un ARN pequeño, constituida por dos polipéptidos de 52 y 60 kDa cuyos epítomos son principalmente de tipo conformacional. El método de detección de los anticuerpos anti-Ro es un ELISA con un límite de detección normalmente de 1 U/mL. Sin embargo, es posible obtener falsos negativos, que podrían identificarse mediante el análisis individual de las subunidades 52 KDa y 60 KDa del antígeno Ro.

Objetivos: Identificar la presencia de falsos negativos de anticuerpos anti-Ro mediante el análisis por separado de alta sensibilidad de las subunidades anti-Ro52KDa y anti-Ro60KDa, así como definir las diferencias fisiopatológicas de este grupo de pacientes.

Métodos: Estudio observacional transversal con adquisición prospectiva de datos de pacientes diagnosticados de LES según criterios

SLICC 2012. A todos los individuos se les realizó una evaluación clínica y analítica completa de donde se obtuvieron datos demográficos, clínicos y analíticos. Los niveles de anti-Ro se han determinado mediante métodos colorimétricos con un límite de detección de 1 U/mL. Las subunidades anti-Ro52KDa y anti-Ro60KDa se determinaron con métodos colorimétricos de alta sensibilidad. Los niveles de INF1A, IL10 y BAFF/BLYS se determinaron por métodos colorimétricos. El análisis bioestadístico de los datos obtenidos se realizó mediante el software R versión 3.3.2.

Resultados: De un total de 142 pacientes, 69 pacientes que presentaron valores negativos para anti-Ro (2,34 U/mL). De estos 69 casos, 51 fueron negativos para las subunidades anti-Ro52KDa y anti-Ro60KDa. Sin embargo en 18 casos al menos una de las dos subunidades obtuvo valores superiores a 20 pg/mL (tabla). Los pacientes con niveles altos de ambas subunidades simultáneamente presentan mayor actividad clínica que los pacientes negativos para anti-Ro (75% pacientes activos frente a 41,2%). Sin embargo no se observan diferencias significativas en el daño acumulado (según SLICC) entre los pacientes negativos para anti-Ro y sus subunidades, y los que presentan niveles altos de alguna de las subunidades anti-Ro. Se analizaron los niveles de las citoquinas INF1A, IL10 y BLYS en los 4 grupos de pacientes, observándose que los pacientes negativos tenían valores significativamente más bajos de INF1A que el resto de pacientes (8,26 pg/mL y 26,62 pg/mL respectivamente $p = 0,04$). Además, se observa que son los pacientes con anti-Ro 52KDa elevado los que realmente presentan los valores elevados de INF1A (anti-Ro 52+/anti-Ro60- 23,5 pg/mL INF1A y anti-Ro 52+/anti-Ro60+ 36,4 pg/mL INF1A).

	Negativos (N = 51)	Anti-RO52KDa positivos (N = 8)	Anti-RO60KDa positivos (N = 2)	Anti-RO52KDa y Anti-RO60KDa positivos (N = 8)
Anti-RO [U/mL] Media (DE)	1,92 (3,11)	1,65 (3,2)	0,5 (0,71)	6,15 (8,37)
Anti-RO52 KDa [pg/mL] Media (DE)	1,26 (1,89)	147,24 (74,25)	1,05 (0,89)	196,82 (50,06)
Anti-RO 60 KDa [pg/mL] Media (DE)	1,73 (2,71)	6,3 (7,01)	120,96 (111,78)	145,22 (76,69)

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes seronegativos para anti-Ro se ha detectado un 26% de falsos positivos al analizar las dos subunidades de Ro por separado. Además, estos pacientes seropositivos presentan niveles de INF1A significativamente superiores a los pacientes seronegativos, lo que podría ser la razón de las diferencias observadas a su vez en la actividad clínica de los dos grupos de pacientes.

143. ESTUDIO DE ASOCIACIÓN DEL GENOMA COMPLETO EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

A. Fernández-Nebro¹, A. Julià², P. Carreira³, R. Blanco⁴, F.J. López-Longo⁵, J.J. Pérez Venegas⁶, A. Olivé⁷, J.L. Andreu⁸, M.Á. Aguirre-Zamorano⁹, P. Vela¹⁰, J.M. Nolla¹¹, J.L. Marenco de la Fuente¹², A. Zea¹³, J.M. Pego¹⁴, M. Freire¹⁵, E. Díez¹⁶, M. López-Lasanta², M. López Corbeto², N. Palau² y S. Marsal²

¹Hospital Regional Universitario de Málaga. ²IIBM. Universidad de Málaga. ³Research Group. Vall d'Hebron Research Institute. Barcelona. ⁴Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁵Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁶Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁷Hospital del SAS de Jerez de la Frontera. ⁸Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁹Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ¹⁰Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ¹¹Hospital General Universitario de Alicante. ¹²Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ¹³Hospital de Valme. Sevilla. ¹⁴Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ¹⁵Instituto de Investigación Biomédica de Vigo, Ourense y Pontevedra. ¹⁶Hospital Universitario A Coruña. ¹⁶Hospital Complejo Asistencial Universitario de León.

Objetivos: Los estudios de asociación de genoma completo (GWAS) han permitido la identificación de más de 50 loci de riesgo para el lupus eritematoso sistémico (LES). Sin embargo, de forma colectiva estos loci explican menos del 30% de la heredabilidad de la enfermedad. El objetivo del presente estudio es identificar variación genética de riesgo adicional en el LES.

Métodos: Utilizando datos de un estudio GWAS a gran escala con 4.036 casos y 6.959 controles de ancestro europeo, hemos realizado un meta-análisis con una nueva cohorte caso-control de la población española. Un total de 920 pacientes con LES y 1.521 controles sanos de España fueron genotipados en > 600.000 variantes genéticas en todo el genoma mediante la tecnología BeadChip Quad610 de Illumina. La asociación genética se evaluó a nivel de marcador mediante regresión lineal logística y a nivel de vías biológicas mediante el método de Fisher modificado.

Resultados: El meta-análisis de las dos cohortes caso-control permitió identificar asociaciones a escala genómica ($p < 5 \times 10^{-8}$) en 5 regiones genómicas no descritas previamente. Tres de estas asociaciones se hallan en regiones intragénicas y las dos restantes están ubicadas en los loci intergénicos 7q11.23 y 17q21.31. Tras la corrección por tests múltiples, la vía genética del receptor de células B, la vía biopéptidos y la vía de interacciones de membrana en la pared vascular se asociaron también de forma significativa con el riesgo de LES.

Conclusiones: En conclusión, mediante el meta-análisis con la cohorte de la población española se han identificado cinco nuevos loci de riesgo para el LES.

144. ALTERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL ESPLICEOSOMA EN LOS LEUCOCITOS DE PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Y. Jiménez-Gómez¹, Ch. López-Pedraza¹, S. Pedraza-Arévalo², M. del Río-Moreno², M.C. Ábalos-Aguilera¹, P. Ruiz-Limón¹, C. Pérez-Sánchez¹, M.C. Castro-Villegas¹, N. Barbarroja¹, I. Arias de la Rosa¹, P. Font¹, A. Escudero-Contreras¹, J.P. Castaño², R.M. Luque² y E. Collantes-Estévez¹

¹Servicio de Reumatología. IMIBIC/Hospital Reina Sofía/Universidad de Córdoba. ²Departamento de Biología Celular, Fisiología e Inmunología. IMIBIC/Universidad de Córdoba/Hospital Reina Sofía. CIBERobn y ceiA3. Córdoba.

Introducción: La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica, de causa desconocida, asociada al desarrollo de varias comorbilidades, incluyendo la aterosclerosis. El splicing es el proceso post-transcripcional de maduración del ARN que consiste en la eliminación de ciertos fragmentos no codificantes o intrones. Recientemente se ha descubierto que la desregulación patológica de la maquinaria de splicing o espliceosoma se asocia a varias enfermedades humanas. Sin embargo, aun no se ha descrito la alteración del espliceosoma en pacientes con EA.

Objetivos: 1) Analizar la desregulación del espliceosoma en pacientes con EA. 2) Evaluar la asociación de la alteración del espliceosoma con el perfil clínico, inflamatorio, oxidativo y aterogénico presente en esta patología.

Métodos: Catorce pacientes con EA y 14 donantes sanos (DS) fueron incluidos en el estudio. La función y la actividad de la enfermedad se determinaron por el índice BASFI y BASDAI. La expresión de 12 componentes del espliceosoma mayor, 4 del menor y 28 factores de splicing se evaluó en leucocitos purificados (monocitos, linfocitos y neutrófilos), utilizando la metodología Fluidigm. En paralelo, se evaluaron marcadores de estrés oxidativo, inflamación y aterogénesis por citometría de flujo, RT-PCR y kits comerciales. La función endotelial se valoró mediante la prueba de hiperemia post-oclusiva en un láser-Doppler linear Periflux 5010.

Resultados: El análisis del espliceosoma en pacientes con EA mostró, en relación a DS, una desregulación significativa en la expresión

de varios integrantes del mismo en los tres subtipos de leucocitos analizados, siendo los neutrófilos los que presentaron mayor número de moléculas alteradas. Asimismo, se halló un perfil de expresión específico de componentes del espliceosoma mayor y menor, así como de los factores de splicing cuando se compararon los linfocitos (U4, U6, NOVA1, RMB17), monocitos (PRP8, SF3B TV2, CELF4, ESRP2, RBM3, SAM68 TV1, SRSF10, TIA1) y neutrófilos (U11, U2, U2AF2, U11, CA 150, ESRP1, PSF, PTB, SRM160). Los estudios de correlación mostraron que la actividad de la enfermedad (PCR, VSG, BASDAI) se asociaba con desregulación de numerosos componentes del espliceosoma en los 3 subtipos de leucocitos analizados. Por su parte, el índice BASFI se asoció con la expresión de los factores de splicing ESRP1, SRSF1 y TRA2B en neutrófilos. El perfil inflamatorio, aterogénico y oxidativo correlacionó con la expresión de moléculas del espliceosoma en los tres subtipos de leucocitos, aunque en neutrófilos se halló un mayor número de componentes asociados con marcadores inflamatorios (STAT3, TNF- α , IL-1 α , IL-1 β e IL-5) y moléculas de adhesión (ICAM-1, SELL, THBS4, CDH5). Por último, hallamos que la función endotelial se relacionó con la expresión de componentes del espliceosoma mayor y sus factores de splicing asociados en monocitos y neutrófilos.

Conclusiones: 1) Los pacientes con EA muestran una desregulación de los componentes del espliceosoma relacionados con la actividad y funcionalidad de la enfermedad. 2) Asimismo, la expresión de los componentes del espliceosoma y factores de splicing en los distintos subtipos de leucocitos se relaciona con el perfil inflamatorio, oxidativo y proaterogénico de pacientes EA. La expresión alterada de los componentes del spliciosoma podría pues constituir un nuevo biomarcador de diagnóstico y seguimiento clínico de los pacientes con EA. Subvencionado por: JA PI-0314-2012, SER.

145. POTENCIALES APLICACIONES TERAPÉUTICAS DE MOLÉCULAS DERIVADAS DE OLEA EUROPAEA ASOCIADAS AL INCREMENTO EN LA CAPACIDAD DE REGENERACIÓN TISULAR EN CARTÍLAGO ARTICULAR Y HUESO

M. Varela-Eirín¹, A. Casado-Díaz², J. Loureiro³, J.R. Caeiro³, J.M. Quesada-Gómez² y M.D. Mayán¹

¹Grupo CellCOM. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). CH-Universitario A Coruña (XXIAC). Servizo Galego de Saúde (SERGAS). Universidad de A Coruña. ²Grupo de Fisiopatología del Sistema Endocrino de la Vitamina D. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Hospital Universitario Reina Sofía-RETICEF. Universidad de Córdoba. ³Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS-XXIS). SERGAS. Santiago de Compostela.

Objetivos: Las células madre mesenquimales derivadas de médula ósea (hMSCs) presentan una reducción en su capacidad osteogénica y un incremento de su capacidad de diferenciación hacia adipocitos asociados con la edad. Alteraciones en la capacidad de diferenciación se han relacionado con diferentes enfermedades óseas caracterizadas por una reducción en la formación de hueso y un incremento en la acumulación de grasa en la médula ósea. La conexina43 (Cx43) es una proteína de membrana que forma canales que permiten la comunicación entre células en contacto (uniones comunicantes, UCs) y entre la célula y su entorno (hemicanales). Esta proteína está implicada en múltiples funciones celulares, entre las que se incluye procesos de diferenciación celular. En este estudio hemos evaluado el efecto de moléculas derivadas de *Olea europaea* tales como la oleuropeína con el objetivo de investigar su potencial como supresor adipogénico e inductor de la capacidad de diferenciación hacia células del hueso y condrocitos a través de un mecanismo dependiente de la acción de la Cx43.

Métodos: Las hMSCs fueron obtenidas de donantes de médula ósea. Los condrocitos fueron aislados del cartílago de rodilla o cadera de donantes sanos y pacientes con artrosis (OA). Las diferenciaciones se llevaron a cabo en presencia o ausencia de diferentes moléculas y extractos. La adipogénesis y osteogénesis se llevó a cabo en cámaras de cultivo y la condrogénesis se realizó en forma de micromasas. La diferenciación celular fue valorada utilizando tinciones histológicas. Se llevaron a cabo ensayos de scrape loading, western-blot e inmunohistoquímica, citometría de flujo y RT-PCR para estudiar la actividad de la Cx43 y sus canales así como la expresión y niveles de proteínas de la matriz tales como colágeno tipo II (Col2).

Resultados: Las hMSCs tratadas con oleuropeína mostraron un descenso de un 50% en su capacidad de diferenciación adipogénica, mientras que la osteogénesis y condrogénesis se vieron significativamente incrementadas. El tratamiento con oleuropeína y un extracto de *O. europaea* dio lugar a un incremento en los niveles de Cx43 y Col2 en las micromasas de hMSCs diferenciadas en medio condrogénico. Los condrocitos OA mostraron mayores niveles de Cx43 que los condrocitos OA tratados con oleuropeína/OE. El cultivo en micromasa de condrocitos OA tratados con estos compuestos incrementó los niveles de proteoglicanos y Col2 en la matriz extracelular, asociados a una reducción en los niveles de Cx43 y una mejora en la localización celular. Se detectó una disminución en la comunicación celular a través de UCs.

Conclusiones: Los resultados obtenidos sugieren que la oleuropeína y otras moléculas derivadas de *Olea europaea* incrementa la predisposición de las hMSCs hacia la diferenciación osteogénica y condrogénica, reduciendo la adipogénesis. Este mecanismo podría estar asociado a cambios en la actividad de la Cx43 y de la comunicación intercelular a través de UCs. El uso de moléculas derivadas de la oleuropeína ejerce un efecto condroprotector con potencial terapéutico para el tratamiento de enfermedades degenerativas de la articulación que afectan al hueso y al cartílago articular tales como la OA.

146. ANÁLISIS DE LAS MANIFESTACIONES DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M. Fernández Matilla¹, E. Grau García², C. Feced Olmos², E. Labrador Sánchez², F.M. Ortiz Sanjuán², N. Fernández-Llanio Comella¹, I. Chalmeta Verdejo², K. Arévalo Ruales², R. Negueroles Albuixech², J. Ivorra Cortés², J.J. Frago Gil², I. Martínez Cordellat², R. González Mazarío², L. González Puig², C. Alcañiz Escandell², C. Nájera Herranz², I. Cánovas Olmos², E. Vicens Bernabéu², J.E. Oller Rodríguez², J.A. Castellano Cuesta¹, V. Fornés Ferrer³, D. Hervás Marín³ y J.A. Román Ivorra²

¹Sección de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ³Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica caracterizada por la presencia de autoanticuerpos, como los anticuerpos antifosfolípido que pueden encontrarse hasta en un 30% de los pacientes. Estos anticuerpos están muy relacionados con eventos trombóticos. Las manifestaciones clínicas del SAF pueden afectar a cualquier órgano o sistema, siendo las más frecuentes los problemas obstétricos, eventos cardiovasculares y manifestaciones hematológicas entre otros. Este síndrome puede aparecer aislado (SAF primario) o asociado a otras patologías autoinmunes, infecciones, neoplasias o al uso de ciertos fármacos (SAF secundario).

Objetivos: Analizar las características clínicas de pacientes con LES y anticuerpos antifosfolípido positivos.

Métodos: Estudio transversal de pacientes con diagnóstico de LES según criterios SLICC 2012. A todos los individuos se les realizó una evaluación clínica y analítica completa de donde se obtuvieron datos demográficos, clínicos y analíticos. El análisis bioestadístico de los datos obtenidos se realizó mediante el software R versión 3.3.2.

Resultados: En 138 pacientes se analizaron los anticuerpos antifosfolípido: anticoagulante lúpico, ac-anticardiolipina y ac-beta2glicoproteína. El 66,7% de ellos fue negativo para los tres anticuerpos. El anticoagulante lúpico (AL) fue el más común, siendo positivo en el 22,5% de los pacientes. Los ac-anticardiolipina y ac-beta2glicoproteína fueron positivos en el 19,5% y 20,2% de los casos. 11 pacientes presentaban los tres anticuerpos positivos, 14 de ellos tenían al menos dos anticuerpos positivos, y 21 tenían un solo anticuerpo positivo. Observamos que la positividad del AL se asocia a mayor probabilidad de presentar manifestaciones clínicas vasculares (definidas según RELESSER). No se encuentra una relación significativa entre la positividad de estos anticuerpos y la presencia de abortos o las manifestaciones hematológicas.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con LES, las manifestaciones más frecuentes y estadísticamente significativas del SAF asociado fueron las vasculares. No encontramos relación estadísticamente significativa entre la presencia de SAF y el resto de sus manifestaciones habituales.

147. ANÁLISIS MULTIVARIADO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA MODELIZAR EL DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS SÉPTICA EN SITUACIONES EN LAS QUE EL ESTUDIO DEL LÍQUIDO SINOVIAL NO ES POSIBLE

C. Guillén Astete¹, G. Gabilondo Álvarez² y L. Alba Muñoz³

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Microbiología; ³Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Para el diagnóstico de una artritis séptica de articulaciones nativa (ASAN) es necesaria la demostración de infección bacteriana en el líquido articular, no obstante el clínico tiene la obligación de actuar en consonancia con la sospecha cuando esta se ha establecido aún y cuando la disponibilidad del estudio microbiológico no es viable por cualquier causa (articulaciones pequeñas, falta de entrenamiento o impedimentos logísticos). El propósito del presente estudio es determinar el peso de otras variables clínicas y analíticas que podrían ser de utilidad en estas situaciones.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de análisis multivariante tipo regresión logística sobre la información proveniente de casos de monoartritis registrados en nuestro centro entre 2013 y 2016. Se incluyeron únicamente articulaciones sinoviales. La variable respuesta fue la demostración microbiológica (cultivo/Gram de líquido sinovial, cultivo/Gram de muestra de tejido) de artritis infecciosa mientras que las variables explicativas fueron la edad (estratificada en < 30, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 y > 70), sexo, temperatura superior a 37,9 °C, valor absoluto de neutrófilos en el hemograma, valor de procalcitonina (PCT) sérica y valor de proteína C reactiva (PCR) sérica. El estudio del líquido sinovial, aunque disponible en la mayor parte de los casos fue omitido deliberadamente para fines del estudio. Se utilizó una modelización con selección de variables hacia adelante.

Resultados: Se incluyeron 449 registros de los cuales 116 eran ASAN. El ajuste de modelo presentó una chi-cuadrado = 226,64 con 5 grados de libertad y un valor p < 0,0001. La variable explicativa "sexo" fue eliminada del modelo hacia adelante por carecer de impacto sobre la variable respuesta en la modelización hacia adelante. Los OR para PCR, PCT > 1,3, edad, cifra de neutrófilos y T > 38,0 fueron 1,0175, 8,1588, 0,5135, 1,0001 y 3,4147 respectiva-

mente. El modelo demostró una sensibilidad de 68,1%, especificidad de 94,8%, VVP 82,2% y VPN de 89,5%. La tabla muestra los resultados de la regresión logística: coeficientes, E.E., Wald, p-valor y coeficientes R.

Variable	Coficiente	Error estándar	Chi ² -Wald	Grados de libertad	p-valor
PCR	0,0174	0,0024	52,0092	1	< 0,0001
PCT	2,0991	0,3407	37,9640	1	< 0,0001
Edad	-0,6665	0,1326	25,2763	1	< 0,0001
Neutrófilos séricos absolutos	0,0001	0,0001	14,9630	1	0,0001
T > 38,0 °C	1,2281	0,3286	13,9674	1	0,0002
Constante	-3,7227	-	-	-	N.A.

Conclusiones: Estudios previos han demostrado la utilidad de la determinación de PCT en el diagnóstico de ASAN sin embargo han sido basados en articulaciones grandes y en las que la obtención de líquido sinovial es factible. El presente estudio permite sentar las bases para la elaboración de futuros modelos diagnósticos basados en 5 variables clínicas que podría ser de utilidad en situaciones en las que el abordaje por punción diagnóstica no es factible.

148. EL ANÁLISIS EPIGENÉTICO IDENTIFICA GENES DIFERENCIALMENTE METILADOS EN LINFOCITOS B EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

A. Julià¹, D. Absher², M. López-Lasanta¹, N. Palau¹, A. Pluma¹, L. Waite Jones², J.R. Glossop³, W.E. Farrell³, R.M. Myers² y S. Marsal¹

¹Rheumatology Research Group. Vall d'Hebron Research Institute. Barcelona. ²HudsonAlpha Institute for Biotechnology. Alabama. EE. UU. ³Institute for Science and Technology in Medicine. Keele University. RU.

Objetivos: La regulación epigenética de diferentes células del sistema inmune es un mecanismo importante en el desarrollo y cronicización de enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide (AR). Los linfocitos B son células clave en la AR, puesto que los pacientes expresan diferentes tipos de autoanticuerpos patogénicos. A su vez, la depleción de las células B es una aproximación terapéutica útil en un gran número de pacientes. La variación epigenética, como la metilación del ADN, podría ser un factor determinante en la regulación de la actividad patogénica de las células B en la enfermedad. El objetivo del presente estudio es la caracterización del perfil de metilación en linfocitos B en la AR mediante el análisis epigenético a escala genómica (EWAS).

Métodos y resultados: Para este objetivo se analizaron los niveles de metilación en > 450.000 CpGs en el genoma de 50 pacientes con AR y 75 controles sanos usando el array Illumina HumanMethylation450. En esta primera cohorte se identificaron 64 sitios CpG diferencialmente metilados entre pacientes y controles de forma significativa (q < 0,05). El análisis de la metilación de estas regiones en linfocitos B de una cohorte independiente de 15 pacientes y 15 controles, permitió replicar la asociación de 9 regiones, incluyendo los genes CD1C, TNFSF10 y PARVG. Utilizando una cohorte caso-control adicional del Reino Unido (n = 24), se corroboraron las nuevas asociaciones epigenéticas en los genes CD1C (p = 2,26 × 10⁻⁹) y TNFSF10 (p = 1,67 × 10⁻⁸) con la AR. Finalmente, utilizando una cohorte de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES, 47 pacientes y 56 controles), se replicó el perfil de metilación observado en linfocitos B de AR.

Conclusiones: Los resultados de este estudio han permitido identificar nuevos mecanismos biológicos asociadas con la patogenia de las células B en la AR. Nuestros datos también sugieren que el perfil de metilación observado en AR también está presente en la etiología del LES.

149. XEROFTALMÍA Y/O XEROSTOMÍA COMO FORMA DE INICIO DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES SISTÉMICAS (ERAS)

J.G. Ovalles-Bonilla¹, R. del Castillo², J. Martínez-Barrio¹, L. Valor¹, D. Hernández Flórez¹, I. Janta¹, B. Serrano¹, R. González Benítez¹, C. Sáenz Tenorio¹, L. García-Montoya¹, M. Correyero¹, A. Silva¹, A. López-Cerón¹, J.C. Nieto¹, C.M. González¹, I. Monteagudo¹ y F.J. López-Longo¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción: La mayoría de los pacientes con xeroftalmía y/o xerostomía sin causa conocida desarrollan un síndrome de Sjögren (SS) pero el diagnóstico de SS puede ser complicado cuando la enfermedad se inicia con otras manifestaciones clínicas.

Objetivos: Estudiar la evolución de los pacientes del Registro de ERAS[®] del HGU Gregorio Marañón (1987-2016) según su enfermedad se inicie o no con xeroftalmía y/o xerostomía.

Métodos: Estudio monocéntrico, prospectivo, observacional y longitudinal de pacientes con ERAS, aprobado por el CEIC. El registro incluye pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR), lupus eritematoso sistémico (LES), esclerosis sistémica cutánea (ESC), polimiositis (PM), síndromes de solapamiento de ERAS (criterios simultáneos o secuenciales de 2 o más ERAS) (so-ERAS), enfermedad mixta del tejido conjuntivo (EMTC), síndrome de Sjögren 1^º (SSP), síndrome antifosfolípido 1^º (SAP), vasculitis sistémicas (VAS) y ERAS indiferenciadas o incompletas (al menos un criterio clínico de los criterios de clasificación y un anticuerpo relacionado) (ERAS-i). Los pacientes se clasificaron en 2 grupos: 1) xeroftalmía y/o xerostomía como primera manifestación de la ERAS (ini-SS) y 2) cualquier otra manifestación inicial (ini-no-SS).

Resultados: Se incluyeron 3.019 pacientes con LES (550), ESC (125), PM (112), so-ERAS (91), EMTC (90), SSP (247), SAP (71), VAS (211), enfermedad de Behçet (100), ERAS-i (117) y otras (28). El 79% eran mujeres (2.389/3.019). La ERAS se inició con xeroftalmía y/o xerostomía en 213 pacientes y con otras manifestaciones en 2.806 (tabla). Al comparar ambos grupos, no se encontraron diferencias de edad, tiempo de evolución y sexo. Los pacientes del grupo ini-SS presentaban una mayor frecuencia de anticuerpos anti-Ro 60 kDa (OR 8,44), anti-La (OR 7,52), anti-Ro 52 kDa (OR 6,94), tiroiditis autoinmune (OR 2,14), leucopenia (OR 1,9), hiper-gammaglobulinemia (OR 1,87) y tumefacción de parótidas (OR 1,22) (p < 0,005). En este grupo, es menor la frecuencia de erosiones articulares (OR 17,68), artritis crónica (OR 8,47), C3 disminuido (or 3,11), manifestaciones renales (3), trombotosis y anticuerpos anticardiolipina (OR 2,6), manifestaciones pulmonares (OR 2,16) o VSG > 50 (OR 1,89). En 89/3019 ERAS (2,94%), esto es, 89/247 de

los pacientes finalmente diagnosticados de SS 1^º (36%) la enfermedad no se inicia con xeroftalmía y/o xerostomía. Las principales manifestaciones iniciales en este subgrupo son articulares (35/89, 39,2%), cutáneas (13/89, 14,5%) y hematológicas (8/89, 8,98%) y suelen detectarse anticuerpos anti-R 60 kDa (57/89; 64,04%), anti-Ro 52 kDa (27/52; 51,92%) y anti-La (27/89; 30,33%).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con ERAS cuya enfermedad se inicia con xeroftalmía y/o xerostomía desarrollan un SS 1^º (97,6%) pero en más de un tercio de los pacientes con SS 1^º no presentan xeroftalmía y/o xerostomía al inicio de su enfermedad. En estos pacientes es muy útil la detección de anticuerpos anti-R 60 kDa, anti-Ro 52 kDa y anti-La.

150. CARACTERIZACIÓN DE ANTICUERPOS ANTIPROTEÍNAS CARBAMILADAS SINOVIALES (ANTI-CARP) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

A. González¹, C. Regueiro¹, A. Montes¹, M.D. Bóveda², S. Amhaz-Escanlar³, E. Pérez-Pampín¹ y A. Mera-Varela¹

¹Laboratorio de Investigación 10 y Unidad de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria-Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ²Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Metabólicas Congénitas; ³Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Instituto de Investigación Sanitaria-Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Objetivos: Los anticuerpos anti-proteínas carbamiladas (anti-CarP) son un nuevo tipo de autoanticuerpos específico de la artritis reumatoide (AR). Varios estudios indican que podrían participar en la patogenia de la enfermedad y podrían ser útiles como biomarcadores con independencia de los anticuerpos anti-CCP. El test más habitual utiliza proteínas de suero fetal bovino (FBS) carbamiladas in vitro (anti-CarPF). No está claro si estos antígenos son los más adecuados, ni si la reactividad de los autoanticuerpos se dirige fundamentalmente contra los residuos carbamilados con independencia de la proteína. Por eso hemos analizado la presencia de anticuerpos frente a proteínas de la sinovia carbamiladas in vitro (anti-CarPS) y la hemos comparado con los anti-CarPF.

Métodos: Se procedió a la carbamilación in vitro de proteínas de sinovia procedente de 3 pacientes con artrosis. Estas proteínas se utilizaron en ELISA para detectar anticuerpos en suero de 520 pacientes con AR, en los que se ya se habían determinado los anticuerpos anti-CarPF. La asociación de positividad para anti-CarPS con la presencia de erosiones, el hábito fumador, el epítipo compartido y el alelo de riesgo de PTPN22 se analizó mediante regresión logística. Los resultados fueron comparados con los obtenidos con los anticuerpos anti-CarPF. El coeficiente de corre-

Tabla Póster 149

213/3019 (7,1%) ini-SS	208/213 (97,6%) SS	158/208 (76%) SS 1 ^º 50/208 (24%) SS 2 ^º	25 LES 15 AR 3 PM 3 so-ERAS 2 ESC 2 EMTC
	5/213 (2,4%) otras ERAS	4 ERAS-i 1 Behçet	
2806/3019 (92,9%) ini-no-SS	521/2806 (18,56%) SS	89/521 (17,1%) SS 1 ^º 432/521 (82,91%) SS 2 ^º	37 inicio músculo-esq. 13 inicio cutáneo 8 inicio hematológico 7 inicio tumef. parótidas 6 inicio fen. de Raynaud 6 inicio neurológico 3 inicio pulmonar 3 inicio hepatopatía AI 2 inicio síndrome const. 4 inicio otras
	2285/2806 (81,44%)	Otras	

lación de Spearman (r_s) se utilizó para comparar los títulos de autoanticuerpos y el coeficiente gamma de Goodman-Kruskal (γ) para determinar la concordancia en estado. El estudio fue aprobado por el CEIC de Galicia.

Resultados: Los anticuerpos anti-CarPS estuvieron presentes en 165 pacientes (31,7%), un porcentaje similar al de los anticuerpos anti-CarPF (29,4%). Sin embargo, bastantes pacientes eran discordantes (28,9%). De hecho la concordancia en estado fue mayor entre anti-CarPS y anti-CCP que entre anti-CarPS y anti-CarPF ($\gamma = 0,73$, IC95%: 0,60-0,86 vs $\gamma = 0,60$, IC95%: 0,47-0,73, respectivamente). Lo mismo ocurrió con los títulos que estuvieron más correlacionados entre anti-CarPS y anti-CCP que entre anti-CarPS y anti-CarPF ($r_s = 0,41$, IC95%: 0,33-0,48 vs $r_s = 0,29$, IC95%: 0,21-0,37, respectivamente). Además, los anticuerpos anti-CarPS mostraron una tendencia mayor a estar asociados con los factores de riesgo, tanto genéticos como ambientales que los anti-CarPF, aunque sólo fue significativa la asociación con el tabaco (tabaco OR = 2,0, $p = 0,02$ vs OR = 1,1, $p = 0,8$, respectivamente y OR = 1,3, vs OR = 1,1, para el epítipo compartido y OR = 1,3, $p = 0,2$ y OR = 0,9, $p = 0,7$ para el alelo de riesgo de PTPN22). No hubo diferencias en la asociación con la presencia de erosiones que fue significativa con los dos tipos de anticuerpos tanto analizados por separado (OR = 2,3, $p = 6,8 \times 10^{-4}$ para anti-CarPS y OR = 2,4, $p = 2,0 \times 10^{-4}$ para anti-CarPF) como conjuntamente (OR = 1,8, $p = 0,02$ y OR = 2,0, $p = 0,005$, respectivamente).

Conclusiones: Nuestros resultados indican que las proteínas utilizadas como antígeno en la determinación de los anticuerpos anti-CarP tienen una influencia significativa en los resultados afectando a algunas de las características asociadas con su presencia en los pacientes con AR. Estos resultados refuerzan el interés en la caracterización del antígeno carbamylado específico reconocido por estos anticuerpos.

Financiado por el Instituto de Salud Carlos III (PI14/01651 y RD12/0009/0008) con participación del FEDER.

151. TIEMPO DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN UNA SERIE DE PACIENTES CON NEFROPATÍA LÚPICA

N. Rivera, E. Úcar, E. Ruiz, O.F. Berrizbeitia, M.L. García, E. Galíndez, A. Intxaurre, A. Bilbao, M.J. Allande, I. Torre, J. Blanco, L. Estopiñán, I. Calvo, O. Ibarguengoitia, E. Guerrero, C. Gómez y C. Pérez

Unidad de Investigación Clínica. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Basurto.

Introducción: La nefropatía lúpica (NL) es una causa importante de morbilidad y mortalidad en los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). El objetivo del tratamiento de la NL es suprimir la inflamación y preservar la estructura y la función renal para evitar la progresión a insuficiencia renal. Además es muy importante minimizar sus efectos secundarios. Actualmente la terapia para la NL se basa en la asociación de glucocorticoides e inmunosupresores.

Objetivos: Determinar el tiempo de respuesta en una serie de pacientes con NL tratados con inmunosupresores, y evaluar la respuesta en el tiempo de seguimiento considerando el cambio de tratamiento inmunosupresor.

Métodos: De una serie de 80 pacientes con LES, 17 estaban diagnosticados de NL. De estos, dos presentaban glomerulonefritis (GN) tipo I, 14 tipo GN IV y 3 tipo GN V. La muestra está compuesta por 2 hombres y 12 mujeres con un rango de edad de entre 65 y 30 años. La procedencia de los pacientes es caucásica en nueve y latinoamericana en cinco. Se estudiaron los pacientes con GN tipo IV. Se realizó un seguimiento de los pacientes en relación a la proteinuria de 24h y el tratamiento inmunosupresor usado, desde que se diagnosticó la patología hasta que esta llegó a valores normales o se suspendió

el tratamiento inmunosupresor. El análisis se llevó a cabo, considerando los tiempos de respuesta: 6, 12, 24 y más de 24 meses. La respuesta se evaluó teniendo en cuenta un descenso mayor o igual al 50% de la proteinuria de 24h respecto a la basal, llegar a valores normales de proteinuria o retirada del tratamiento inmunosupresor y pacientes que no experimentan mejoría a lo largo del tiempo de seguimiento.

Resultados: El tiempo de seguimiento presenta un rango de entre 6 meses y 55 meses. Todos los pacientes fueron tratados con hidroxiquina (HCQ), antihipertensivos y corticosteroides. Los inmunosupresores usados fueron: mofetilmicofenolato, azatioprina, ciclofosfamida, tacrolimus y rituximab. Considerando que el tiempo de seguimiento de los pacientes varía, se analizó cada espacio temporal según el número de pacientes. En la tabla se observa que a los seis meses un 38,5% de los pacientes estudiados presentaron una mejoría del 50% de la proteinuria, respecto a la inicial y un 7,7% alcanzaron niveles normales de la misma. Después de un año de tratamiento, el 41,7% de los pacientes presentaron mejoría y un 16,7% de los pacientes llegaron a valores normales. Durante este tiempo, el 23% de los pacientes (3) experimentaron dos cambios de tratamiento inmunosupresor por ineficacia. A los 24 meses, un 50% de los pacientes alcanzan la mejoría y un 25% llegaron a valores normales y el 12,5%, (1) experimentó otro cambio de inmunosupresor. Después de 24 meses, se observa que el 50% de los pacientes alcanzaron valores normales de proteinuria, mejoraron un 33,3% y solo una paciente (16,7%) presentó fallo renal. Cuatro pacientes experimentaron cambio de inmunosupresor y nueve no. De estos últimos, uno llegó a valores normales y tres presentaron mejoría.

	6 meses	12 meses	24 meses	Más de 24 meses
Mejoría del 50%	38,5	41,7	50	33,3
No mejoran	53,8	41,7	25	16,7
Valores normales	7,7	16,7	25	50,0

Conclusiones: Los pacientes que no experimentan una mejoría en un periodo de 6 meses, tienen mayor probabilidad de mejorar si se realiza un cambio en tratamiento inmunosupresor. Es necesario ampliar la serie para llegar a conclusiones con valor estadístico.

152. CAUSAS DE MUERTE EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES SISTÉMICAS (ERAS)

J.G. Ovalles-Bonilla¹, O. Fernández², J. Martínez-Barrío¹, L. Valor¹, D. Hernández Flórez¹, I. Janta¹, B. Serrano¹, C. Sáenz Tenorio¹, R. González Benítez¹, M. Correyero¹, L. García¹, A. López-Cerón¹, A. Silva¹, J.C. Nieto¹, C.M. González¹, I. Monteagudo¹ y F.J. López-Longo¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Introducción: Las principales ERAS tienen un exceso de mortalidad en comparación con la población general. En el lupus eritematoso sistémico (LES), las principales causas de muerte son infecciones (INF), eventos cardiovasculares de origen aterosclerótico (ECV), neoplasias (NEO) y complicaciones de la propia enfermedad pero desconocemos si todas las ERAS siguen el mismo patrón.

Objetivos: Estudiar las causas de muerte en los pacientes del Registro de ERAS del HGU Gregorio Marañón (1987-2016).

Métodos: Estudio monocéntrico, prospectivo, observacional y longitudinal de pacientes con ERAS, aprobado por el CEIC. Se analizaron las causas de muerte en los pacientes diagnosticados de LES, esclerosis sistémica cutánea (ESC), polimiositis (PM), síndromes de solapamiento de ERAS (criterios simultáneos o secuenciales de

2 o más ERAS) (so-ERAS), enfermedad mixta del tejido conjuntivo (EMTC), síndrome de Sjögren 1º (SSP), síndrome antifosfolípido 1º (SAP), vasculitis sistémicas (VAS) y ERAS indiferenciadas o incompletas (al menos un criterio clínico de los criterios de clasificación y un anticuerpo relacionado) (ERAS-i), así como su relación con los anticuerpos identificados. Se excluyeron los pacientes con artritis reumatoide.

Resultados: Se incluyeron 1.750 pacientes con LES (556), ESC (125), PM (111), so-ERAS (91), EMTC (90), SSP (250), SAP (71), VAS (211), enfermedad de Behçet (100), ERAS-i (117) y otras (28). El 83% eran mujeres (1453/1750). Durante el periodo de estudio fallecieron 350 pacientes (20%): 101 INF (28,8%), 89 ECV (25,4%), 51 NEO (14,5%), 45 la propia ERAS (12,8%), 41 otras causas (11,7%) y 23 causas desconocidas (6,5%). Hubo 116 pérdidas de seguimiento (6,6%). La tabla muestra las causas de muerte según los diagnósticos. Los pacientes fallecidos tenían mayor edad (m71, 20-96 vs m53, 4-97) (p < 0,05) y mayor frecuencia de VAS (OR 3,65), sexo masculino (OR 1,95), ESC o PM (OR 1,76), EMTC (OR 1,6) y so-ERAS (OR 1,43), con menor frecuencia de LES (OR 1,7), SSP (OR 1,69) y ERAS-i (OR 15,57) (p < 0,005). En este grupo se detectó un aumento significativo de aumento significativo de P-ANCA (OR 4,43), anti-topoisomerasa 1 (Scl-70) (OR 3,64), anticuerpos específicos de miositis (OR 3), C-ANCA (OR 2,19) y anticardiolipina (OR 1,89).

Causa/ patología (%)	LES	ESC	EMTC	VAS	PM	ERAS	SSP	SAP
n =	81	37	26	90	33	31	34	14
ECV	30,86	27,02	42,3	25,55	18,18	16,12	17,64	21,4
INF	27,16	21,62	3,84	36,66	33,33	45,16	23,52	21,4
NEO	14,81	13,51	15,38	8,88	18,18	9,67	26,47	14,28
ERAS	9,87	18,91	19,23	11,11	12,12	19,35	11,76	28,57
Otra	8,64	13,51	11,53	15,55	9,09	3,22	8,82	0
Desconocida	8,64	5,4	7,69	2,22	9,09	6,45	11,76	14,28

Conclusiones: Las principales causas de muerte en los pacientes con ERAS son los ECV (EMTC, LES, ESC), las INF (so-ERAS, VAS, PM), NEO (SSP) y la propia ERAS (SAP). Hay un aumento de mortalidad en VAS (ANCA), ESC (anti-topoisomerasa 1), PM (anticuerpos específicos), EMTC, so-ERAS y pacientes con anticuerpos anticardiolipina.

153. ESTUDIO DE LAS ALTERACIONES ECOGRÁFICAS SUBCLÍNICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN FASE DE BAJA ACTIVIDAD/REMISIÓN DE LA ENFERMEDAD EN TERAPIA BIOLÓGICA OPTIMIZADA Y SIN TERAPIA BIOLÓGICA

R. Martínez Pérez¹, M.A. Fernández Alba¹, E. Rubio Romero¹, R. Menor Almagro¹, B. Hernández Cruz² y J. Povedano²

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: El concepto de remisión clínica en la artritis reumatoide (AR), en un considerable número de pacientes, puede resultar insuficiente por la persistente inflamación subclínica determinada mediante ecografía. La presencia de esta inflamación en pacientes asintomáticos está en relación con el progresivo daño estructural.

Objetivos: Determinar la frecuencia de sinovitis subclínica mediante ecografía en pacientes con AR en terapia biológica (TB) optimizada y sin terapia biológica, en situación de baja actividad o remisión de la enfermedad medida por índice DAS 28.

Métodos: Estudio descriptivo y transversal que incluyó pacientes con diagnóstico de AR con DAS28 < 3,2 de las consultas externas del Hospital Virgen del Rocío y Virgen Macarena. Todos los pacientes fueron examinados por un mismo reumatólogo ciego a los datos de su historia. Posteriormente, en la misma visita, se les realizó la ecografía por escala de grises y doppler (ED) en carpo, metacarpo-falángicas (MCF), interfalángicas proximales, rodillas y 5ª metatarsofalángicas, por otro reumatólogo ciego a los datos del recuento articular previo.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes del grupo sin TB y 35 del grupo con TB optimizada, con una media de edad de 53,8 ± 10,0 y 54,4 ± 11,74 años respectivamente, mujeres en el 73,5% y 65,7%. El tiempo de optimización en el grupo de TB mostró una mediana 12,0 (7,5-23) meses. Fumadores resultaron 32,4 vs 28,6, con factor reumatoide positivo 71,3% vs 81,8% y antipéptido citrulinado 71,4% vs 81,7. Los pacientes en TB optimizada presentaron mayor tiempo en meses de evolución de la enfermedad hasta la prueba, con una mediana (p25-p75) de 120 (84-139,5) meses, con 55 (34,5-116,65) para aquellos sin TB, p = 0,003. Las dosis media de metotrexato y corticoides en el momento del estudio no mostraron diferencias significativas (9,04 vs 8,16; p = 0,658 y 1,71 vs 1,59; p = 0,856 respectivamente), ni en el análisis del índice CDAI (6,83 ± 5,0 vs 7,79 ± 5,1; p = 0,437) y SDAI (10,09 ± 6,5 vs 10,02 ± 5,6; p = 0,588). La articulación más frecuente inflamada mediante la exploración clínica fue la 3ª MCF de la mano derecha. Mediante la ecografía por escala de grises se observó actividad con más frecuencia en el carpo derecho, con 18 en pacientes con TB optimizada y 5 en aquellos sin ella. Respecto a las erosiones observadas por ultrasonido tampoco se observó diferencias entre los grupos, con mediana para pacientes con y sin TB de 1 (0-2) y 2 (0-3) respectivamente, con p = 0,387. La articulación erosionada más frecuente en la prueba resultó la 2ª MCF derecha (12 sujetos sin TB y 14 con TB) e izquierda (12 sin TB y 10 con TB). El estudio de concordancia de la prueba desarrollado para la comparación entre el recuento articular por exploración clínica y el ultrasonido mostró un índice Kappa mayor en el grupo de pacientes con TB y ecografía por escala de grises (0,527; p = 0,000) (tabla).

Conclusiones: Nuestros resultados muestran la discrepancia que puede existir entre la exploración clínica de los pacientes en baja actividad/remisión de la enfermedad y la pruebas ecográficas, más aún con el uso de ED. En la comparación de ambos grupos de pacientes observamos un aumento de la diferencia en aquellos que no reci-

Tabla Póster 153

	Ecografía escala de grises pacientes sin TB				Índice Kappa = 0,172	Ecografía escala de grises con TB optimizada			
	0 activas	1-2 activas	3 o más activas			0 activas	1-2 activas	3 o más activas	
Valoración	0 activas	16	3	5		10	3	3	
exploración	1-2 activas	5	4	0		1	9	3	Índice Kappa = 0,527
clínica	3 o más activas	0	1	0		0	1	5	

	Eco doppler pacientes sin TB				Índice Kappa = 0,260	Eco doppler pacientes con TB optimizada			
	0 activas	1-2 activas	3 o más activas			0 activas	1-2 activas	3 o más activas	
Valoración	0 activas	18	4	2		11	4	1	
exploración	1-2 activas	6	3	0		5	7	1	Índice Kappa = 0,402
clínica	3 o más activas	0	1	0		1	1	4	

ben terapia biológica, estando los pacientes optimizados cercanos al marcador Kappa de normalidad en escala de grises. Un estudio con una mayor número de pacientes proporcionará mayor precisión de los resultados.

154. INFILTRACIONES EN REUMATOLOGÍA: EXPERIENCIA DE UNA MONOGRÁFICA

M. Millán, B. Magallares, A. Laiz, C. Díaz-Torné, I. Castellví, H.S. Park, P. Moya, J.M. Llobet y A. Rodríguez de la Serna

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

Objetivos: Describir las características de los pacientes derivados a la Consulta de Infiltraciones y los resultados obtenidos tras la intervención.

Métodos: Revisión retrospectiva de las visitas realizadas entre enero y junio de 2016 en la Consulta Monográfica de Infiltraciones de la unidad de Reumatología del Hospital de Sant Pau de Barcelona. Se recogieron datos demográficos, diagnóstico, servicio de derivación, procedimiento realizado y respuesta del paciente al mismo, así como la conducta realizada en cada caso.

Resultados: Se registraron un total de 311 visitas de pacientes con una edad media de 70,9 años (34 a 97), 80,7% mujeres. Los datos de la procedencia de pacientes se resumen en la tabla 1. Otras especialidades incluye: COT, clínica del dolor, urgencias, infecciosas, oncología y neurología. Se registraron hasta 30 diagnósticos diferentes, siendo los más frecuentes: gonartrosis (24,8%), trocateritis (14,8%) y hombro doloroso (14,8%). El procedimiento más frecuente en la consulta fue la infiltración de partes blandas o intraarticular de corticoides con o sin artrocentesis previa (84,5% de casos), seguido por la infiltración de ácido hialurónico (11,8% de casos) y por el bloqueo nervioso (3,4%). Un 60,8% recibieron 1 sola infiltración, 25,7% 2 y 9,6% 3. Los resultados de respuesta a tratamiento se observan en la tabla 2. Destaca un 66,9% de mejoría completa de la sintomatología, procediendo al alta y control por servicio de derivación. Los pacientes con infiltraciones de corticoides mejoraban un 70% frente a una mejoría del 50% de los de hialurónico. En nuestra muestra, no observamos diferencias en la respuesta al tratamiento por género (70% hombres vs 66,2% mujeres, de mejoría total), ni por edad (media de edad en años de 71 para ninguna mejoría, 72 para parcial y 71 para total). Se realizó un cambio de procedimiento hasta en un 11% de los pacientes y realizamos seguimiento al 18% de los pacientes debido a necesidad de infiltraciones periódicas.

Tabla 1

Servicio Derivación (%)	
MAP	21,5
Reumatología	67,5
Med. Interna	7,1
Otros	3,9

Tabla 2

Mejoría (%)	
Ninguna	16,7
Parcial	16,4
Total	66,9

Conclusiones: Se alcanzó mejoría de la sintomatología en el 83,3% de los casos, lo que demuestra que la consulta monográfica de infiltraciones es altamente resolutoria y ofrece apoyo tanto al servicio de Reumatología como a otras especialidades, disminuyendo la carga asistencial. Los autores consideran que la mayor eficacia de las infiltraciones de corticoides frente al resto de las técnicas, se debe en parte a utilizarse como tratamiento de primera elección, siendo utilizados el hialurónico y el bloqueo tras fallo a corticoides.

155. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LOS COMPARTIMENTOS CORTICAL Y TRABECULAR EN EL FÉMUR PROXIMAL MEDIANTE 3D-DXA EN PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR

L. Gifré^{1,2}, L. Humbert³, A. Muxi⁴, L. del Río⁵, J. Vidal⁶, E. Portell⁶, A. Monegal¹, N. Guañabens¹ y P. Peris¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. Universidad de Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ³Galgo Medical. Barcelona. ⁴Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínic de Barcelona. ⁵CETIR. Barcelona. ⁶Instituto de Neurorrehabilitación Guttmann. Badalona.

Introducción: Tras una lesión medular (LM) se produce una marcada pérdida de masa ósea que conlleva un aumento del riesgo de desarrollar osteoporosis y fracturas. La 3D-DXA es un sistema de análisis de imagen basado en un modelo estadístico a partir de DXA, que permite analizar el compartimento cortical y trabecular del fémur proximal de forma aislada y con una buena correlación con la tomografía computarizada cuantitativa (QCT).

Objetivos: Analizar la evolución de la macroestructura del hueso trabecular y cortical de fémur proximal mediante 3D-DXA en pacientes con LM reciente con un seguimiento de 12 meses.

Métodos: Se incluyeron 16 varones con LM reciente (< 3 meses tras la LM) y sin tratamiento antiosteoporótico. Se evaluaron variables clínicas, la densidad mineral ósea (DMO) por DXA y la 3D-DXA en fémur proximal (analizando la DMO volumétrica [vDMO] en los compartimentos integral, trabecular y cortical, y el grosor cortical) en el momento de la inclusión, y a los 6 y 12 meses de la LM.

Resultados: La vDMO determinada por 3D-DXA disminuyó de forma significativa en los compartimentos integral, trabecular y cortical a los 6 meses de la LM (-31,1 mg/cm³, -8,8%, p < 0,001; -25,4 mg/cm³, -11,6%, p = 0,001; y -20,4 mg/cm³, -2,4%, p = 0,004); con una pérdida adicional similar a los 12 meses, que resultó en una pérdida total de vDMO en dichas localizaciones de -58,9 mg/cm³ (-16,6%, p < 0,001), -47,9 mg/cm³ (-21,9%, p < 0,001) y -42,4 mg/cm³ (-5%, p < 0,001), respectivamente. El grosor cortical también disminuyó de forma significativa a los 6 y 12 meses (-8%, p < 0,001; y -11,4%, p < 0,001), siendo mayor su disminución en los primeros 6 meses de la LM. La pérdida media de DMO por DXA fue de -17,7% (p < 0,001) en cuello femoral y -21,1% (p < 0,001) en fémur total a los 12 meses de evolución. Los valores de vDMO integral en el momento de la inclusión se correlacionaron positivamente con la DMO en fémur total r = 0,874, p < 0,001. Sin embargo, los cambios de la vDMO (por 3D-DXA) no se relacionaron con los de la DMO (por DXA) a los 12 meses de seguimiento.

Conclusiones: La 3D-DXA permite la diferenciación de la pérdida de masa ósea que se produce en ambos compartimentos del fémur proximal (hueso trabecular y hueso cortical) en pacientes con una LM reciente. Estos resultados sugieren que la 3D-DXA podría ser una herramienta útil en la valoración de estos pacientes.

156. INFLUENCIA DEL TABAQUISMO EN LA EXPRESIÓN DE PERIODONTITIS CRÓNICA Y DE ANTICUERPOS ANTIPÉPTIDOS CITRULINADOS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

J. González Febles¹, J.L. Garnier Rodríguez², F. Alonso³, S. Dadlani², C. Sánchez Piedra³, S. Bustabad⁴, Y. Barrios⁵, M. Sanz Alonso¹, F. Díaz González⁴ y B. Rodríguez-Lozano⁴

¹Máster Periodoncia UCM. Madrid. ²Clínica Dental Dr. Garnier. Tenerife. ³Unidad de Investigación SER. ⁴Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife. ⁵Inmunología. Servicio de Laboratorio Central CHUC.

Introducción y objetivos: Factores ambientales, genéticos y epigenéticos pueden inducir la citrulinación de péptidos estructurales por la enzima PAD, que convierte mediante deiminación residuos arginina en citrulina, y generan anticuerpos antipéptidos citruli-

nados (ACPA) que preceden años al inicio de AR. Entre los factores ambientales destacan: tabaco, infecciones, sobre todo la *P. gingivalis* en periodontitis crónica (PD) y *Prevotella copri* de la microflora intestinal, y tóxicos ambientales, como polvo de sílice. Dada la implicación de estos dos factores exógenos, tabaco y PD, en la citrulinación, y el factor potenciador del tabaco en la PD, estudiamos: 1. El riesgo de la exposición al tabaco en el desarrollo de PD avanzada en pacientes con AR. 2. Posible influencia del tabaquismo en la expresión de PD avanzada y ACPA en pacientes con AR.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal de pacientes > 18 años dg AR (ACR/EULAR 2010) del Servicio de Reumatología de hospital 3^{er} nivel, con ≥ 4 dientes, sin limpieza dental, toma de antibióticos 6 meses ni cirugía bucal 1 año antes. Variables analizadas: sociodemográficas y antropométricas habituales, tabaquismo (IPA), escala bienestar social Graffar, nivel estrés, limpieza dental anual y comorbilidades. Detección de ACPA sérico (ELISA) con semi-cuantificación de Ac IgG contra péptidos citrulinados de 2^a generación (Immunoscan CCPlus®test kit Eurodiagnostica): positivo ≥ 25. Parámetros periodontales: índice placa (IP), sangrado sondaje (SS), profundidad sondaje (PS), recesión (REC), nivel de inserción clínico (NIC). Equipo dental: 2 periodoncistas/2 odontólogos. Registro PS, NIC y radiografía periapical a boca completa. La PD se categorizó según Consenso Europeo 2005 (Tonetti): nivel 0 (ausencia), N1 T (leve), N2 T (grave). Análisis estadístico: distribución frecuencias y análisis bivariable con OR (t-Student, Kruskal Wallis, chi-cuadrado; paquete estadístico Stata 13.1.

Resultados: 187 pacientes AR, M/V 78,6%/21,4%, edad media 54,4 a, tiempo evol 8,8 a. AR precoz 18,72%. FR(+) 74,19%. Actividad clínica: remisión 20,86%, baja 24,06%, moderada 45,45%, alta 9,63. Tabaquismo: actual (19,25%), exfumador (24,6%), nivel socioeconómico bajo (36,36%)/pobreza relativa (33,69%). 114/168 pacientes (67,86%) fueron ACPA(+). El 97,3% de pacientes presentaron PD: N1 T 52,41% y N2 T 44,92%; su distribución en función de exposición al tabaco se muestra en la tabla. Se observó “gradiente de riesgo” para PD según exposición pasada o actual al tabaco: ex-fumadores, OR 1,625 (IC95% 0,81-3,27), p = 0,174; fumadores, OR 2,275, IC95% 1,05-4,91, p = 0,037. Al analizar influencia del tabaco en desarrollar PD según perfil de ACPA, mostró un riesgo progresivo para desarrollar PD N2 T con exposición al tabaco, que sugiere un “efecto gradiente”, desde ser exfumador (OR 2,37 IC95% 0,52-7,64) a ser fumador activo (OR 6,99 (5,43) IC95% 1,53-32,07) (p = 0,029) en pacientes ACPA(-), asociación no objetivada en pacientes ACPA (+) (p = 0,383).

Ausencia ACPA

Tabaquismo	PD Nivel 0/Nivel 1 (Tonetti) N%	PD Nivel 2 o avanzada (Tonetti) N%	Total N%
Nunca	21 67,74	9 37,5	30 54,55
Fumador	3 9,68	9 37,5	12 21,82
Exfumador	7 22,58	6 25	13 23,64
			p = 0,029

Positividad ACPA

Tabaquismo	PD Nivel 0/Nivel 1 (Tonetti) N%	PD Nivel 2 o avanzada (Tonetti) N%	Total N%
Nunca	35 59,32	25 46,3	60 53,1
Fumador	10 16,95	12 22,22	22 19,47
Exfumador	14 23,73	17 31,48	31 27,43
			p = 0,383

Conclusiones: 1. Se observa “gradiente de riesgo” para desarrollar PD en AR en relación a exposición pasada o actual al tabaco, de modo que, aunque no significativo, los ex-fumadores tienen mayor riesgo que los no fumadores, y los fumadores activos tienen un riesgo significativo 2,3 veces mayor. 2. Este gradiente de riesgo se muestra en pacientes ACPA(-), no en ACPA (+), lo que sugiere una relación PD-AR ACPA(+) independiente de factores clásicos de PD.

157. INFLIXIMAB A LARGO PLAZO Y OPTIMIZACIÓN DE DOSIS EN LA UVEÍTIS REFRACTARIA DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 100 CASOS

L.C. Domínguez-Casas¹, V. Calvo-Río¹, E. Beltrán², J. Sánchez-Bursón³, M. Mesquida⁴, A. Adán⁴, M.V. Hernández⁴, F.J. López Longo⁵, M. Hernández Grafella², E. Vallis Pascual⁶, L. Martínez-Costa⁶, A. Sellas-Fernández⁷, J.L. García Serrano⁸, J.L. Callejas Rubio⁸, N. Ortego⁸, J.M. Herreras⁹, A. Fonollosa¹⁰, O. Maíz¹¹, A. Blanco¹¹, I. Torre¹², C. Fernández-Espartero¹³, V. Jovani¹⁴, D. Peitado-López¹⁵, D. Díaz Valle¹⁶, E. Pato¹⁶, J. Cruz¹⁷, C. Fernández-Cid¹⁷, E. Aurrecochea¹⁸, M. García¹⁹, M.A. Caracuel²⁰, A. Atanes²¹, F. Francisco²², S. Insua²³, S. González-Suárez²⁴, A. Sánchez-Andrade²⁵, L. Linares²⁶, F. Romero-Bueno²⁷, A.J. García²⁸, R. Almodóvar²⁹, E. Mínguez³⁰, C. Carrasco Cubero³¹, E. Raya Álvarez⁸, M. Alcalde Villar³², C. Fernández Carballido³³, F.A. Pagés³⁴, M.C. González-Vela¹, C. Fernández¹, N. Vegas-Revenga¹, R. Demetrio-Pablo¹, M.A. González-Gay¹ y R. Blanco¹

¹Servicios de Reumatología y Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Servicio de Reumatología y Oftalmología. Hospital General Universitario de Valencia. ³Servicio de Reumatología. Hospital de Valme. Sevilla. ⁴Servicio de Oftalmología Hospital Clínic. Barcelona. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ⁶Servicio de Reumatología y Oftalmología. Hospital Dr. Peset. Valencia. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁸Servicio de Oftalmología y Enfermedades Autoinmunes. Hospital San Cecilio. Granada. ⁹Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario. IOBA. Valladolid. ¹⁰Servicio de Oftalmología. Hospital de Cruces. Bilbao. ¹¹Servicio de Reumatología y Oftalmología. Hospital Donostia. San Sebastián. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital Basurto. Bilbao. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Móstoles. ¹⁴Servicio de Reumatología. Hospital General de Alicante. ¹⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ¹⁶Servicio de Oftalmología y Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ¹⁷Servicio de Reumatología y Oftalmología. Hospital de Pontevedra. ¹⁸Servicio de Reumatología. Hospital Sierrallana. Torrelavega. ¹⁹Servicio de Reumatología. Hospital La Princesa. Madrid. ²⁰Servicio de Reumatología. Hospital de Córdoba. ²¹Servicio de Reumatología. HUAC. A Coruña. ²²Servicio de Reumatología. Hospital Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ²³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Santiago de Compostela. ²⁴Servicio de Reumatología. Hospital de Cabueñes. Gijón. ²⁵Servicio de Reumatología. Hospital Lucus Augusti. Lugo. ²⁶Servicio de Reumatología. Hospital Arrixaca. Murcia. ²⁷Servicio de Reumatología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ²⁸Servicio de Reumatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ²⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. ³⁰Oftalmología. Hospital Clínico de Zaragoza. ³¹Servicio de Reumatología. Hospital de Mérida. ³²Servicio de Reumatología. Hospital Severo Ochoa. Madrid. ³³Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Elda. ³⁴Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial de Palencia.

Objetivos: La uveítis es una manifestación grave de la enfermedad de Behçet (EB). Su tratamiento se basa en la inmunosupresión con corticoides y con terapia convencional. En casos refractarios, los anti-TNFα han demostrado eficacia. Nuestro objetivo fue estudiar la eficacia a largo plazo del tratamiento con infliximab (IFX) y la optimización del mismo.

Métodos: Estudio multicéntrico de 174 pacientes diagnosticados de enfermedad de Behçet que presentaban uveítis refractarias a tratamiento habitual (corticoides y al menos 1 inmunosupresor sistémico convencional) procedentes de 47 unidades de uveítis de hospitales españoles. En 100 de estos pacientes se inició tratamiento con IFX. El grado de inflamación ocular se evaluó según “the Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) working Group” (Am J Ophthalmol 2005; 140: 509-516), y el espesor macular por tomografía de coherencia óptica (OCT). Se hizo una comparación entre la visita de inicio de ADA, 1^a y 2^a semanas, 1^{er}, 3^{er} y 6^o mes y 1^{er} 2^o, 3^{er} y 4^o año. El aná-

Tabla Póster 157

Evolución de los principales parámetros oculares

	Basal	1ª semana	2ª semana	1º m IFX	3º m IFX	6º m IFX	1º año IFX	2º año IFX	3º año IFX	4º año IFX
AV (media ± DE)	0,5 ± 0,35 n = 193	0,53 ± 0,34* n = 189	0,58 ± 0,33* n = 186	0,64 ± 0,33* n = 187	0,68 ± 0,33* n = 183	0,68 ± 0,34* n = 176	0,66 ± 0,34* n = 159	0,65 ± 0,33* n = 130	0,66 ± 0,33* n = 88	0,67 ± 0,32* n = 60
Células cámara anterior (mediana [IQR])	1 [0-2] n = 190	0 [0-1]* n = 187	0 [0-1]* n = 185	0 [0-0]* n = 184	0 [0-0]* n = 180	0 [0-0]* n = 171	0 [0-0]* n = 153	0 [0-0]* n = 126	0 [0-0]* n = 82	0 [0-0]* n = 58
Vitritis (mediana [IQR])	1 [0-2] n = 188	0,5 [0-2]* n = 182	0 [0-1]* n = 182	0 [0-0]* n = 182	0 [0-0]* n = 177	0 [0-0]* n = 168	0 [0-0]* n = 149	0 [0-0]* n = 122	0 [0-0]* n = 84	0 [0-0]* n = 58
Vasculitis retiniana (% ojos afectados)	53,46% n = 188	43,07% n = 183	33,66% n = 183	22,27% n = 183	10,89% n = 177	7,42% n = 171	2,47% n = 153	1,98% n = 124	0,49% n = 84	0,49% n = 54
OCT (μ) (media ± DE)	331,5 ± 136,13 n = 59	324 ± 123,83 n = 53	317,54 ± 114,44* n = 53	298,69 ± 101,82* n = 53	283,22 ± 83,58* n = 49	265,78 ± 66,54* n = 42	264,10 ± 61,33* n = 46	263,66 ± 65,19* n = 27	239,85 ± 26,83* n = 14	231,25 ± 35,67* n = 8

*p < 0,05. AV = agudeza visual.

lisis estadístico se realizó con el software STATISTICA (Statsoft Inc. Tulsa, Oklahoma, EEUU). Los resultados se expresan como media ± 1 DE para las variables con una distribución normal, o como mediana [25-75 IQR] cuando la distribución no es normal. La comparación de las variables continuas se realizó con el test de Wilcoxon.

Resultados: Se estudiaron 100 pacientes/180 ojos afectados (54 hombres/46 mujeres), edad media 40,7 ± 10,1 años. El HLA-B51 fue positivo en el 58%. Los patrones de afectación ocular fueron la panuveítis (n = 62), uveítis posterior (n = 27) y afectación anterior (n = 11). Previo al IFX, además de corticoides, los pacientes recibieron: bolos iv de metilprednisolona (n = 28), ciclosporina A (CyA) (n = 75), azatioprina (AZA) (n = 56), metotrexato (MTX) (n = 43) y otros fármacos (n = 33). El IFX se administró en monoterapia (n = 23) o combinado con inmunosupresores convencionales (n = 77): CyA (n = 32), MTX (26), AZA (16), CFM (1), tacrolimus (1) y micofenolato (1). La dosis de mantenimiento de IFX osciló entre 3-5 mg/kg c/4 u 8 ss. La evolución de los principales parámetros oculares se recogen en la tabla. Una vez conseguida la remisión se pudo optimizar el IFX en 28 pacientes. a) En 23 se aumentó el intervalo; además en 3 de estos pacientes también se disminuyó la dosis. b) En los 5 restantes se disminuyó la dosis sin aumentar el intervalo de administración. Tras una media de seguimiento de 33,06 ± 23,23 meses, el IFX se suspendió en 52 pacientes por los siguientes motivos: remisión prolongada (n = 20), preferencia de otra vía de administración (n = 11), fallo (n = 13), reacción infusional (n = 3), TBC miliar (n = 1), reacción cutánea (n = 1), úlceras orales (n = 1), carcinoma de colon (n = 1) y deseo de embarazo (n = 1). Un paciente presentó neumonía por *Mycobacterium avium*, reiniciándose posteriormente IFX.

Conclusiones: El IFX es un tratamiento eficaz a corto y largo plazo en la uveítis refractaria de la EB. Así mismo, la optimización e incluso la suspensión del IFX tras alcanzar la remisión es factible.

158. VALOR PREDICTIVO DE LA ECOGRAFÍA CON POWER DOPPLER (PDUS) EN EL DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS MUY PRECOZ

L. Mayordomo¹, C. Almeida², M.L. Velloso¹, C. Jurado³, P. González Moreno¹ y J.L. Marenco¹

¹UGC de Reumatología; ²Unidad de Estadística e Investigación; ³UGC de Radiología. Hospital Universitario Valme. Sevilla.

Introducción: Existe una estrecha ventana de oportunidad para el diagnóstico y tratamiento precoz de la artritis reumatoide (AR) y aprovecharla puede ser crucial para alcanzar la remisión o un bajo grado de progresión radiográfica. La ecografía de alta resolución con power doppler (PDUS) es útil en la detección precoz de sinovitis y permite una precisa clasificar con precisión los pacientes con inflamación articular.

Objetivos: Establecer si la presencia de señal power doppler basal en pacientes con artritis muy precoz puede ser útil para establecer el riesgo de diagnóstico final artritis reumatoide de acuerdo a criterios ACR 1987 al año de seguimiento.

Métodos: Estudiamos la presencia de señal ecográfica power doppler (PD) en 28 articulaciones (hombros, codos, carpos, MCFs, IFPs, rodillas) y 44 articulaciones (28 articulaciones y además caderas, codos, tobillos y MTFs), con un equipo de gama media GE L5, en 40 pacientes con sospecha de artritis precoz. Los pacientes cumplían al menos uno de los siguientes criterios de inclusión a) Tumefacción de 2 o más articulaciones b) dolor en MCFs, MTFs y/o carpos c) rigidez matutina de más de 30 minutos, con < 12 semanas de duración de los síntomas. Se estableció la presencia o no de reactivantes de fase aguda (VSG Y PCR), así como la presencia de erosiones radiográficas en visita basal (score = 2 en al menos una articulación por el método de Sharp modificado) para cada paciente (37 pacientes con radiología disponible completa de manos y pies). Se determinó asimismo la positividad o no de la presencia de FR y/o ACPA. Se estableció al año de seguimiento si los pacientes cumplían o no criterios ACR1987 para AR. Estudio estadístico: chi-cuadrado, test exacto de Fisher, p univariante y cálculo de Odds Ratio.

Resultados: La presencia de señal doppler basal en = 1 articulaciones de 44 (PD44) en visita basal mostró asociación estadísticamente significativa con el diagnóstico de AR a los 12 meses de seguimiento por criterios de clasificación ACR 1987, p = 0,008, OR = 10,72 (1,76-65,24) pero la presencia de al menos una articulación con señal power doppler de 28 articulaciones (PD28) no mostró asociación (p = 0,246). FR/ACPA fueron positivos en solamente un 20% y 15% de pacientes respectivamente y no mostraron asociación con el diagnóstico final de AR (p = 0,236, p = 0,152). La presencia basal de erosiones radiográficas mostró asociación estadística con el diagnóstico de AR, p < 0,0005 y OR 28,28 (3,05-261,87), así como la presencia de PCR elevada p = 0,045 OR 4,63 (1,62-13,25) y VSG elevada p = 0,046, OR 4,5 (1,08-18,69). 17/17 (100%) de pacientes con PD44 basal and erosiones radiográficas tuvieron diagnóstico final de AR a los 12 meses.

Factores predictores de AR en artritis muy precoz. Cálculo de OR para diagnóstico AR al año (ACR 1987) en relación con factores de riesgo basales ecográficos y/o de laboratorio/radiográficos con Intervalo de confianza 95%

Variables basales (n = 40)	AR	P univariante	OR	IC95%
PD28				
Sí	22/30 (73,3%)	NS	-	-
No	5/10 (50%)	0,246		
PD44		0,008	10,72	(1,76-65,24)
Sí i	25/32 (78,1%)			
No	2/8 (25%)			
PD44+erosiones basales		< 0,0005	NC (Infinito)	NC
Sí	17/17 (100%)			
No	8/20(40%)			
Erosiones basales		< 0,0005	28,28	(3,05- 261,87)
Sí	18/19 (94,7%)			
No	7/18 (38,9%)			
PCR		0,045	4,63	(1,62-13,25)
Sí	21/27 (77,8%)			
No	6/13(46,2%)			
VSG		0,046	4,50	(1,08-18,69)
Sí	18/22 (81,51%)			
No	9/18 (50%)			

Conclusiones: La presencia de al menos una articulación con señal power doppler de 44 articulaciones (PD44) en visita basal puede ayudar a predecir el diagnóstico de AR a los 12 meses de seguimiento de acuerdo a los criterios ACR 1987 en pacientes con AR muy precoz. La presencia basal de reactantes de fase aguda positivos o erosiones radiográficas aumentan el riesgo de AR también. Además el 100% de pacientes con PD44 y erosiones basales radiográficas desarrollaron AR a los 12 meses.

159. ENFERMEDAD DE KIENBÖCK: UNA ENTIDAD INRAVALORADA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA. REPORTE DE 4 CASOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO MADRILEÑO

M. Llop Vilaltella, S. Zegarra Mondragón, W.A. Sifuentes Giraldo, C. de la Puente Bujidos y M. Vázquez Díaz

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

Objetivos: Describir las características de los pacientes con esclerosis sistémica (ES) que presentan hallazgos de osteonecrosis del semilunar (enfermedad de Kienböck).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a los pacientes con ES de un hospital terciario madrileño seguidos entre enero 2010 y diciembre 2015. Se recogieron datos demográficos, manifestaciones clínicas y analíticas, factores de riesgo asociados, pruebas de imagen, tratamiento y evolución.

Resultados: Se encontraron 115 casos de ES, de los cuales 4 (3,47%) presentaron osteonecrosis (ON) del semilunar. La edad media fue de $59,5 \pm 12,6$ años (rango: 52-73), siendo todas mujeres. El 50% de los casos correspondían a ES cutánea limitada y el 50% restante fueron difusas. Tres casos mostraban anticuerpos anticentrómero y una antitopoisomerasa, ninguna presentó anticuerpos anticardiolipina ni tuvieron eventos trombóticos previos. La media de evolución de la enfermedad fue 13,5 años (rango: 7-17). Un paciente era exfumadora, ninguna tenía hábito etílico y una era hipertensa. Todas las pacientes tenían manifestaciones vasculares (fenómeno de Raynaud severo, úlceras digitales en tratamiento con antagonistas de endotelina y perfusión de prostaglandinas iv, y un caso con isquemia crítica digital); todas presentaban calcinosis moderada-severa en miembros superiores, además de compromiso articular (50%), gastrointestinal (100%) y pulmonar (50%). El 100% de las pacientes recibió corticoterapia prolongada a dosis bajas (prednisona 5-10 mg/día) antes del diagnóstico de ON del semilunar, y en un caso se suspendió un año antes de la aparición del mismo. La ON del semilunar fue unilateral derecha en 3 casos y bilateral en un caso. Las pacientes presentaron clínica de dolor y/o tumefacción en el carpo afectado en los meses previos al diagnóstico de ON, la cual se evidenció mediante radiografía simple, RMN y gammagrafía ósea en los casos con sintomatología compatible. Uno de los casos presentó además sinovitis extensa en el carpo afectado y otro ON avanzada con colapso del semilunar con fragmento desplazado y edema. El tratamiento fue quirúrgico en 25% de los casos (carpectomía proximal), en el resto fue conservador. Cabe señalar que entre las pacientes estudiadas hubo un caso adicional de ES cutánea limitada que presentó ON del escafoides tarsiano izquierdo.

Conclusiones: En la literatura se han descrito 15 casos de enfermedad de Kienböck asociada con ES. Consideramos que la ON en nuestros casos debe tener relación con la vasculopatía de la ES, ya que todas presentaban Raynaud grave y úlceras digitales refractarias. La localización y vascularización del semilunar debe ser tomada en cuenta, ya que ningún caso había presentado ON en las localizaciones habituales de esta complicación a pesar de la corticoterapia, habiéndose descrito en 3 casos publicados la oclusión completa de la arteria cubital distal. La presencia de dolor, con o sin inflamación en carpos en pacientes con ES nos debe hacer plantear este diagnós-

tico, que probablemente sea más frecuente de lo esperado, especialmente cuando hay vasculopatía grave asociada a esta patología.

160. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ANALÍTICAS Y RADIOLÓGICAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON SARCOIDOSIS

C. Aguilera Cros¹, A. Ruíz Román¹, M. Arcila Durán¹, M. Lisbona Muñoz¹, J.A. Rodríguez Portal², J. Povedano Gómez¹ y J.P. Sánchez Serrano³

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ³Genética y Mejora Animal. IRTA. Caldes de Montbui.

Introducción: La sarcoidosis (S) es una enfermedad granulomatosa sistémica, afectación más frecuente pulmonar, ocular y piel, aunque puede dañar otros órganos, entre ellos el sistema osteomuscular.

Objetivos: Describir las características clínicas y patrón radiológico, en una cohorte con S de predominio pulmonar, así como determinar la relación entre los niveles de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), el estadio radiológico pulmonar y el curso de la S (cronificación o remisión).

Métodos: Se analizaron los datos de 2328 pacientes atendidos en una consulta de Neumopatías intersticiales, durante el primer semestre de 2016, en la que se atendieron 50 pacientes con S. La demora en el diagnóstico de S se definió como la diferencia en años entre la sospecha diagnóstica inicial y el diagnóstico de S. Se emplearon pruebas chi cuadrado, asumiendo un error de primera especie no superior a 0,05, para: 1. Estudiar la asociación entre los niveles ECA y variables binarias (síntomas extrapulmonares, estadio radiológico y evolución de la S) 2. Determinar la asociación entre la evolución, el estadio radiológico y la presencia de síntomas extrapulmonares.

Resultados: Se incluyeron 29 (58%) mujeres y 21 (42%) hombres, con edad media de $44 \pm 11,7$ años (media \pm DE). El diagnóstico inicial: 88% S, 8% linfoma y 4% tuberculosis. De los 44 casos diagnosticados de S, 24 fueron en la primera visita, 11 al año siguiente y 1 siete años más tarde. De los 4 linfomas, 2 se diagnosticaron de S ese mismo año y los otros 2 al año siguiente. De las 2 tuberculosis, uno se diagnosticó de S en un año y el otro a los 4 años. La manifestación extrapulmonar más frecuente: cutánea 24%, seguida de la articular, cardíaca y ocular en un 10%, neurológica 8% y renal 4%. En el 6% de los pacientes, la primera manifestación clínica de la enfermedad fue una artritis bilateral de tobillos, de los cuales el 4% presentó la tríada clásica de síndrome de Lofgren. El título de ECA está aumentada en el 62% de los pacientes, normal en el 34% y no disponible en el 4%. La media y desviación típica del título de los pacientes con valor de ECA aumentado fue de 150,5 y 53,4 UI/L, respectivamente. En todos los pacientes se realizó radiografía simple y tomografía alta resolución de tórax, siendo el estadio 2 el más frecuente (44%), seguido del 3 (20%), 0 y 1 (14%) y 4 (8%). En el 90% de los pacientes se obtuvo confirmación histológica mediante biopsia transbronquial (66%), cutánea (12%) o ganglionar (12%). El 90% de los pacientes se han tratado con glucocorticoides orales y el 42% asocian terapia inmunosupresora. En el 48% de los pacientes la S remitió. Los niveles de ECA no mostraron asociación estadística con ninguna de las variables estudiadas. Aunque sí se observó una asociación muy clara ($p = 0,04754$) entre el curso de la enfermedad y la presencia de síntomas extrapulmonares: de los 25 pacientes sin síntomas extrapulmonares, solo en el 35% de los casos el proceso se cronificó, sin embargo entre los pacientes con síntomas extra pulmonares la cronificación se produjo en 68% de los casos.

Conclusiones: Nuestros resultados, en general, coinciden con lo publicado en la literatura. En nuestra cohorte, el diagnóstico inicial de S fue relativamente alto (28/50 = 56%), y el de diagnóstico erróneo relativamente bajo (6/50 = 12%). El nivel de ECA no parece tener

asociación clara con la presencia de síntomas extrapulmonares, ni con el curso de la S. Sin embargo, la presencia de síntomas extrapulmonares parece conducir a una cronificación del proceso.

161. ¿INFLUYE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO?

P. Moreno Fresneda, L. Martínez-Quintanilla, A.M. Ortiz, E. Tomero, R. García Vicuña e I. González-Álvarez

Hospital Universitario La Princesa-IIS La Princesa. Madrid.

Introducción: La obesidad se ha propuesto como un factor de riesgo relacionado con el desarrollo de artritis reumatoide (AR) y con una peor respuesta al tratamiento con diferentes fármacos modificadores de la enfermedad (FAME).

Objetivos: Estudiar las diferencias en las características basales según el índice de masa corporal (IMC) de los pacientes de la cohorte PEARL (Princesa Early Arthritis Register Longitudinal).

Métodos: Se incluyeron 432 pacientes (69,1% mujeres) del registro PEARL en el que en cinco visitas protocolizadas se recogen datos sociodemográficos y relacionados con la enfermedad y con el tratamiento. Este registro ha sido aprobado por el CEIC local y los pacientes firman un consentimiento informado antes de su inclusión. Para este estudio se han analizado los datos de la visita basal de los 304 (70,37%) pacientes que, tras dos años de seguimiento, cumplían los criterios ACR 1987 para clasificación como artritis reumatoide (AR) y aquellos en los que se excluyeron otros diagnósticos y se consideró el diagnóstico de artritis indiferenciada (AI). Se utilizó la definición de la OMS para bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad (IMC < 18,5, 18,5-25, 25-30 o ≥ 30 Kg/m² respectivamente). La determinación de ACPA se realizó mediante ensayo de inmunoenzimas (CCP2 Eurodiagnóstica) y el tipaje HLA-DRB1, en 219 pacientes en los que se pudo determinar la presencia de epítipo compartido (EC), mediante sondas específicas (Dynal RELI SSO). El análisis estadístico se realizó con Stata 12.1, utilizando los test chi-cuadrado y Kruskal-Wallis para el análisis bivariante. Se realizó una regresión logística multivariable para determinar qué factores se relacionan con la positividad de los ACPA, incluyéndose como variables independientes IMC, edad, sexo, tabaco, número de alelos del EC y nivel de estudios.

Resultados: La edad de los pacientes era de 54,9 años [44,2-67,5] (mediana [p25-p75]), la evolución de la enfermedad de 5,3 meses [3-8,4]. Tanto la percepción del dolor como la disfuncionalidad resultaron relacionadas con el IMC. En la tabla se muestran los valores relacionados de forma estadísticamente significativa. Se observó una relación inversa entre la presencia de ACPA y el IMC (ACPA+ en 57% de pacientes con bajo peso frente 43% en obesos [p = 0,08]), así como una menor frecuencia de epítipo compartido en pacientes con mayor IMC. Por ello, se realizó un análisis multivariable con los datos de los 219 pacientes en los que se disponía del estudio genético. Se concluyó, de acuerdo con lo descrito previamente, que ser fumador y poseer alelos del EC se asocia a la presencia de ACPA. Además, de forma independiente, los pacientes con sobrepeso y obesidad eran, con más frecuencia, ACPA negativos (OR 0,49; p = 0,027 y OR 0,39; p = 0,019 respectivamente).

Tabla Póster 161

Variables relacionadas con el IMC

IMC	Edad (años)	Sexo (M/H)	Estudios (N/P/Se/Su;%)	HAQ	EVA	NAD
Bajo peso	52,3 [22,2-64]	7/0	0/14,3/42,9/42,9	1,25 [0,9-2,2]	50 [26-75]	7 [2-19]
Normal	50 [38,6-64]	145/24	1,2/21,4/35,1/42,3	0,87 [0,4-1,4]	41 [20-61]	3 [0-7]
Sobrepeso	57,9 [47-69,6]	120/45	8,5/35,4/32,9/23,2	0,87 [0,5-1,6]	49 [20-62]	3 [0-9]
Obesidad	59 [50,7-69,8]	68/23	12/38,5/26,5/22,9	1,3 [0,7-1,9]	50 [36-65]	5 [2-12]
	p \leq 0,001	p = 0,01	p \leq 0,001	p = 0,0018	p = 0,031	p = 0,047

*ACPA: anticuerpos antipeptido citrulinado; HAQ: Health Assessment Questionnaire; EVA: escala visual analógica del dolor (mm); NAD: número de articulaciones dolorosas (de 28); M: mujeres; H: hombres; N: sin estudios; P: estudios primarios; Se: estudios secundarios; Su: estudios superiores.

Conclusiones: En nuestro registro de artritis de reciente comienzo, los pacientes con mayor IMC tienen preferentemente formas de enfermedad ACPA negativa, presentando mayor percepción de dolor y discapacidad. Estos hallazgos deben validarse en otras poblaciones.

162. PREVALENCIA DE HIPOVITAMINOSIS D EN PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA VERTEBRAL O FRACTURA DE RAMAS PÉLVICAS

V. Navarro, D. Cerdà, D. Roig, D. Reina, P. Estrada, V. Torrente, S. Heredia, S. García y H. Corominas

Servicio de Reumatología. Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi-Hospital General de L'Hospitalet. Consorci Sanitari Integral (CSI). Barcelona.

Introducción: El déficit de vitamina D se ha relacionado con la osteoporosis y el aumento de riesgo de fracturas.

Objetivos: Analizar la prevalencia de hipovitaminosis D en pacientes ingresados por fracturas vertebrales o de ramas pélvicas producidas por mecanismos de bajo impacto.

Métodos: Estudio descriptivo transversal que incluye pacientes ingresados por fracturas vertebrales o fracturas de ramas pélvicas, entre 2012 y 2014 en el Servicio de Reumatología del Hospital Moisès Broggi. A todos se les realizó un estudio analítico con el metabolismo fosfocálcico, que incluía niveles séricos de calcio y fósforo; niveles de vitamina D, PTH, albúmina, proteinograma y TSH, así como reactantes de fase aguda. Se evaluó la procedencia de los pacientes ingresados.

Resultados: Se incluyeron 288 pacientes con una edad media de 80 ± 9 años. El 79% eran mujeres de las que el 53% presentaban fracturas vertebrales y el 47% fracturas de ramas pélvicas. Entre los varones, el 80% tenían fractura vertebral y el 20% fracturas de ramas pélvicas. El 100% de los varones y el 91,3% de las mujeres presentaban hipovitaminosis D; 44% y 45% tenían déficit (< 10 ng/ml) o insuficiencia (< 20 ng/ml) de vitamina D, respectivamente. De los pacientes con fractura vertebral el 56,6% presentaban valores de vitamina D menor o igual de 10 mg/dl y un 43,4% de los pacientes con fractura de ramas pélvicas. Sólo 1 paciente que procedía de residencia tenía valores normales (> 30 ng/ml) de vitamina D. Un 73,6% de los pacientes tenían niveles de VSG > 15 mg/dl. El 90,3% de las mujeres y 95% de los varones ingresados procedían de domicilio. Un 62% de las fracturas vertebrales era de pacientes que procedían de domicilio, y un 77% de fracturas de ramas pélvicas, su procedencia era de residencia.

Conclusiones: La hipovitaminosis D en pacientes ingresados por fracturas vertebrales o fracturas de ramas pélvicas es muy prevalente, siendo del 100% en los varones. No se han observado diferencias en los valores de vitamina D según el tipo de fractura presentada, en nuestro estudio. La incidencia de fractura vertebral o de rama pélvica fue similar en las mujeres, mientras que en los varones hubo un predominio de fracturas vertebrales. Se ha objetivado una gran prevalencia de fracturas de ramas pélvicas en los pacientes procedentes de residencias. Un alto porcentaje de pacientes presentan niveles de reactantes de fase aguda elevados, sin estar

relacionados a otras patologías concomitantes. Es muy importante la prescripción del tratamiento al alta en estos pacientes y de corregir los valores de vitamina D en esta población, especialmente en la población institucionalizada.

163. MÁS ALLÁ DEL DAS 28 PARA PREVENIR EL DAÑO ESTRUCTURAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE RECIENTE INICIO

R. Jiménez Gasco¹, R. Ortega Castro², J. Calvo Gutiérrez², L. Ladehesa Pineda², A. Escudero Contreras², P. Font Ugalde² y E. Collantes Estévez²

¹Hospital El Ángel. Málaga. ²Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Universidad de Córdoba.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria articular crónica que afecta al 0,5% de la población española. En las últimas décadas se ha comprobado que sin tratamiento específico acaba produciendo un importante deterioro radiológico y funcional, disminuyendo la calidad de vida y aumentando su morbi-mortalidad. Aunque el deterioro radiológico y funcional progresa lentamente durante todo el curso de la enfermedad, se ha comprobado que es importante el abordaje precoz y agresivo de la enfermedad, ya que el desenlace puede mejorar con un seguimiento estrecho, intenso y precoz. La combinación de fármacos modificadores de la enfermedad, el uso de esteroides en los primeros meses y el uso de terapias biológicas ha sido especialmente destacada en las recientes guías de la EULAR para el manejo de la artritis de reciente inicio.

Objetivos: Establecer si la remisión clínica a los 5 años medida por DAS 28 se asociaba con menor daño estructural.

Métodos: Se incluyeron 137 pacientes mayores de 18 años, diagnosticados de AR (según criterios ACR 1987) desde enero del 2003 hasta enero del 2012, procedentes de la consulta de artritis de reciente inicio (CARRI) del servicio de Reumatología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Se realizó un seguimiento a 5 años desde el diagnóstico. Se recogieron características epidemiológicas y datos de laboratorio (factor reumatoide (FR) y anticuerpos anti-péptido citrulinado cíclicos (ACPA)), actividad de la enfermedad (DAS28-VSG), daño estructural (presencia de erosiones en radiografía) y tratamiento empleado. Las variables continuas se expresaron como media (desviación estándar) y las variables cualitativas mediante porcentajes (%). Se compararon proporciones mediante el test χ^2 para ver si existía una relación entre el buen control de la actividad de la enfermedad medida mediante remisión clínica a los 5 años (DAS 28 < 2,6) y la presencia de erosiones. Se utilizó el programa SPSS 17 para los análisis estadísticos.

Resultados: Se incluyeron 137 pacientes con AR, de los cuales un 69,3% eran mujeres, con una edad media al diagnóstico de 52,94 (14,21) años. El 67,9% eran FR positivo y el 59,1% eran ACPA positivos. A los 5 años de seguimiento 83 pacientes (60,6%) se encontraban en remisión clínica (DAS 28 < 2,6). Cuando comparamos la presencia de erosiones en el grupo de pacientes que habían alcanzado la remisión clínica medida por DAS 28 < 2,6 a los 5 años frente al grupo que no se encontraba en remisión, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la presencia de erosiones (48,2% de erosiones en el grupo en remisión frente a un 37% en el otro grupo (p = 0,198)).

Conclusiones: El DAS28 se ha consolidado como índice fundamental para valorar la actividad de la artritis reumatoide y es el principal parámetro utilizado en el Treat to target (T2T) y para establecer decisiones terapéuticas en esta enfermedad, incluidos el inicio y el cambio de tratamientos biológicos. Sin embargo valores norma-

les de DAS 28 no excluyen la presencia de actividad subclínica y el desarrollo de erosiones lo cual pone de manifiesto la necesidad de utilizar otros parámetros e índices durante el seguimiento que llevamos a cabo en nuestros pacientes para evitar el desarrollo de daño estructural.

164. PERFIL CLÍNICO E INMUNOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON LES ANTI-RO SSA POSITIVO DEL HOSPITAL DEL MAR/PARC DE SALUT MAR

F. Ojeda¹, T.C. Salman-Monte¹, F. Castro-Domínguez¹, I. Carrión¹, S. Castell¹, L. Polino¹, P. Corzo¹, X. Durán², C. Pérez-García¹, E. Beltrán¹ y J. Carbonell Abelló¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. IMIM. Barcelona. ²Unitat d'Assessorament Metodològic a la Investigació Biomèdica (AMIB). IMIM. Barcelona.

Introducción: Los pacientes con LES tienen diferente perfil inmunológico determinado por el perfil de auto anticuerpos que presentan. Se han descrito diferentes perfiles clínicos asociados a determinada autoinmunidad. El objetivo de este estudio fue evaluar las manifestaciones clínicas, perfil inmunológico y tratamiento que se asoció a la presencia de Anti-Ro en los pacientes con LES del Hospital del Mar/Parc de Salut Mar

Métodos: Se realizó un análisis descriptivo bivariado de variables demográficas (edad, raza, hábitos tóxicos), clínicas (alopecia, fotosensibilidad, aftas orales, xeroftomía, xeroftalmía, artralgias, artritis, miositis, pericarditis, pleuritis, presencia de síndrome de Sjögren, nefropatía, afectación de SNC, afectación hematológica, fenómenos trombóticos, osteonecrosis, neumonitis intersticial, hepatitis AI, vasculitis cutánea) y de tratamiento, por Anti-Ro. Posteriormente se calcularon OR ajustadas Anti-Ro (sí vs no) mediante una regresión logística condicional.

Resultados: Se incluyeron 103 pacientes que cumplían al menos 4 de 11 criterios ACR-Lupus de 1982 revisados en 1997, (102 de sexo F y 1 sexo M) con una edad media de 55,5 ± 15,6 años, una duración de la enfermedad de 14,6 ± 7,3 años. La presencia de Anti-Ro fue del 49,5% (51 pacientes). Los pacientes con fotosensibilidad, Sjögren, vasculitis cutánea y uso de leflunomida tuvieron una mayor probabilidad de tener la presencia de Anti-Ro que los que no lo positivizaron (OR's = 0,035, 0,081, 0,034, 0,038). Cuando se analizaron que auto anticuerpos se asociaron a la presencia de Anti-Ro (AntiDNAds, Anti-Sm, Anti-RNP), sólo el anti-DNAds se asoció de manera significativa (p = 0,0051) ya que de los 51 pacientes con Anti-Ro positivo, 36 también tenían positividad para anti-DNAds.

		Sí	No	Total	OR ajustada	p valor
Fotosensibilidad	Sí	32	23	55	2,80	0,035
	No	19	29	48		
Sjögren	Sí	7	1	8	7,22	0,081
	No	44	51	95		
Vasculitis cutánea	Sí	7	1	8	12,69	0,034
	No	44	51	95		
Leflunomida	Sí	8	2	10	6,86	0,038
	No	43	50	93		
Total		51	52	103		

Conclusiones: En la cohorte de pacientes con LES del Hospital del Mar/Parc de Salut Mar la presencia de Anti-Ro se asoció de manera significativa a la presencia de manifestaciones cutáneas (fotosensibilidad y vasculitis cutánea), a mayor uso de terapia inmunosupresora (leflunomida) además de a la presencia de antiDNAds. Para poder confirmar los resultados obtenidos, es necesario la elaboración de estudios, con una muestra más grande y un mayor período de seguimiento.

165. ¿EXISTE DIFERENCIA EN LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE VITAMINA D EN PACIENTES CON O SIN ARTRITIS REUMATOIDE?

M.J. Pérez Galán¹, L.M. Martínez Pardo² y A.R. González Ramírez³

¹Unidad de Reumatología; ²Unidad de Pediatría; Complejo Hospitalario de Jaén. ³Unidad de Apoyo a la Investigación. Complejo Hospitalario de Granada.

Introducción: La vitamina/hormona D desarrolla un papel esencial en la regulación del sistema inmune. Se ha relacionado a la deficiencia o insuficiencia de vitamina D (vit D) con la coexistencia de artritis reumatoide (AR) así como con la actividad de la enfermedad.

Objetivos: Analizar la prevalencia de déficit de vit D en pacientes con o sin AR y ver si existen diferencias significativas entre ambos grupos.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron pacientes que acudieron a consulta de Reumatología entre mayo de 2014 y febrero de 2015, y que se les solicitó niveles plasmáticos de vit D. A través de la historia clínica se obtuvieron las siguientes variables: edad, sexo, niveles plasmáticos de vit D, tener o no diagnóstico de AR. Se consideró niveles óptimos de vit D > 30 ng/mL y déficit < 20 ng/mL. Se realizó un análisis estadístico descriptivo (SSPS 17.0). En el análisis bivalente se utilizó el test de chi-cuadrado para comparar proporciones entre grupos y cuando éste no cumplía las condiciones de validez, se aplicó el test exacto de Fisher. En todas las tablas se cumplieron las condiciones de validez, por tanto el test utilizado fue el test de chi-cuadrado. Se consideró significancia estadística para valores de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 413 pacientes, 123 con AR (30%) y 287 (90%) sin enfermedad inflamatoria. Se detectó déficit de vit D en el 59,8% de los pacientes con AR y en el 62,6% de los pacientes sin AR (43,9%), no detectándose diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

Conclusiones: Nuestro estudio confirma una alta prevalencia de déficit de vit D en pacientes con AR, sin detectar asociación estadísticamente significativa para niveles de Vit D y AR $p > 0,05$.

166. ¿CÓMO EVOLUCIONAN LAS ARTRITIS INDIFERENCIADAS? NUESTRA EXPERIENCIA EN LA CONSULTA DE ARTRITIS DE RECIENTE INICIO

J. Calvo Gutiérrez, R. Ortega Castro, R. Jiménez Gasco, P. Font Ugalde, M.C. Castro Villegas, A. Escudero Contreras y E. Collantes Estévez

Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Universidad de Córdoba.

Introducción: Con la instauración de las consultas de artritis de reciente inicio (ARRI) se valoran más precozmente a los pacientes en el curso de su enfermedad, este hecho conlleva que un porcentaje importante de éstos no puedan ser clasificados dentro de un diagnóstico específico (ACR 1987), denominándose a este grupo artritis indiferenciadas (AI). La prevalencia de AI en cohortes de ARRI varía entre 23-56%. En cuanto al pronóstico son escasos los estudios que aportan datos, cerca del 50% remiten, 30% evoluciona a ARRI y 20% continúan como AI. Por este motivo, muchos autores confieren a esta entidad un pronóstico benigno, sin embargo el clínico debe intentar identificar si la artritis remitirá o no ya que el daño articular aparece desde los primeros meses de la evolución.

Objetivos: Describir las características clínicas y el comportamiento en el tiempo (12, 24 y 60 meses) de las AI y determinar las características clínicas que pudieran influir en la evolución a ARRI.

Métodos: Estudio observacional ambispectivo. Se revisaron las historias clínicas de pacientes con AI con al menos 12 meses de seguimiento procedentes de la consulta de ARRI del servicio de Reumatología del HURS desde mayo de 2006, y se evaluaron longitudinalmente hasta enero de 2017. Analizamos variables clínicas y de laboratorio basales y se compararon proporciones mediante la

prueba chi cuadrado para ver qué factores estaban relacionados con la evolución a AR. Se utilizó el programa SPSS v17 para el análisis estadístico. Las variables continuas se expresaron como media (DE) y las variables cualitativas con porcentajes.

Resultados: Se incluyeron 199 pacientes. 36,1% eran mujeres, con una edad media de 48,9 (15,8) años. El 21,1% eran FR+ y el 38,1% ACPA+. Menos de la mitad eran fumadores 40,2% y 21,6% tenía historia familiar de AR. La duración media de los síntomas antes de la 1ª visita fue de 6,7 (7,7) meses. 25,1% presentaban afectación monoarticular frente a 13,5% poliarticular. Sólo se visualizaron erosiones en un 4% al diagnóstico. Durante el seguimiento a 12 meses, 40 (20,1%) evolucionaron a ARRI, 51 (25,6%) a reumatismo palindrómico, 53 (26,6%) a otras enfermedades reumáticas, 52 (26,1%) permanecieron como AI y en 3 (1,5%) remitió. A los 24 meses, 61 remitieron espontáneamente y 25 permanecían como palindrómico, 14 evolucionaron a ARRI, 7 a otra enfermedad, el resto permanecieron como AI. Del grupo de AI, durante los 5 años posteriores, 2 pacientes fallecieron y 2 no continuaron el seguimiento. 11 (22%) evolucionaron a ARRI, 5 (10%) permanecieron como AI, evolucionaron a otra enfermedad (4%) y 30 (60%) remitieron espontáneamente. Se analizaron las características del grupo que evolucionó a ARRI durante el primer año, 53,6% fueron mujeres, con predominio de artritis de pequeñas articulaciones (55%) y rigidez matutina > 1 hora (50%), mostrando cada una de estas características diferencias estadísticamente significativas comparadas con el grupo que no progresó a ARRI. 65% presentaron FR+ (OR = 2,5 (2,1-8,1) y 80% ACPA+ (OR = 9,8 (4,1-22,8) mientras que fueron negativos el 100% de los pacientes que permanecían como AI y solo 20% eran FR+. En resumen una cuarta parte los pacientes analizados en nuestro estudio evolucionó a ARRI y la gran mayoría se diagnosticaron en los primeros 12 meses de seguimiento.

Conclusiones: Para el diagnóstico precoz es imprescindible identificar a los pacientes con AI que desarrollaran una AR. La presencia de FR y especialmente de ACPA son factores predictores de evolución a ARRI. Se han identificado características clínicas y de laboratorios útiles para predecir que pacientes tienen riesgo de artritis persistente: forma poliarticular, afectación de pequeñas articulaciones, rigidez matutina y positividad de FR/ACPA.

167. IMPORTANCIA DEL EPÍTOPO COMPARTIDO EN LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE RECIENTE INICIO

R. Jiménez Gasco¹, R. Ortega Castro², J. Calvo Gutiérrez², L. Bautista Aguilar², A. Escudero Contreras², P. Font Ugalde² y E. Collantes Estévez²

¹Hospital El Ángel. Málaga. ²Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC) Universidad de Córdoba.

Introducción: Investigaciones recientes en artritis reumatoide (AR) han permitido establecer dos subtipos de la enfermedad, que se diferencian por sus características serológicas, genéticas y de gravedad. Los pacientes con AR seropositivos para anticuerpos antipeptido citrulinado cíclicos (ACPA), cursan con un desarrollo de la enfermedad más grave. En 1987 se localizó entre los pacientes con AR una secuencia de aminoácidos muy conservada en la proteína HLA-DRB1, que recibió el nombre de epítipo compartido, los alelos que codifican para esta secuencia son HLA-DRB1*04 y HLA-DRB1*01. En sucesivas publicaciones se ha puesto de manifiesto el mayor riesgo de presentar AR en presencia de esta secuencia de aminoácidos. Sin embargo, en los últimos años nos hemos preguntado si su presencia se relaciona además con la capacidad de los pacientes con AR de generar ACPA.

Objetivos: Conocer si existen diferencias entre los niveles de ACPA y la presencia o no de epítipo compartido en pacientes con AR de reciente inicio en el momento del diagnóstico.

Métodos: Se incluyeron un total de 101 pacientes diagnosticados de AR (Criterios ACR 1987) procedentes del servicio de Reumatología del Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) de Córdoba. Se clasificaron en dos grupos según presentaran o no el epítipo compartido. Se analizaron las diferencias entre los niveles de ACPA en el momento del diagnóstico. Los datos se recogieron como media aritmética (desviación típica) para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas y porcentajes para las cualitativas. El estudio bivariable se realizó mediante la prueba “t” Student y la prueba ji cuadrado (χ^2). Se utilizó el programa estadístico SPSS v17.

Resultados: La mayoría de los pacientes eran mujeres 61,4%, con una edad media al diagnóstico de 51,49 (14,57) años. Sólo el 19,8% (20 pacientes) eran fumadores. El 68% eran FR positivo y el 58% ACPA positivo. El 59,4% presentaban epítipo compartido. Se observó una asociación entre niveles más elevados de ACPA en aquellos pacientes que presentaban epítipo compartido (68,76 (58,69) vs 35,39 (42,46), $p < 0,003$). Así mismo los pacientes con epítipo compartido desarrollaron formas más erosivas de AR a los 5 años de seguimiento ($p < 0,021$).

Conclusiones: Nuestros resultados evidencian que el epítipo compartido se asocia con niveles elevados de ACPA y esto se relaciona con formas más agresivas de enfermedad. Determinar el epítipo compartido al diagnóstico puede ser útil en la práctica clínica diaria para identificar pacientes más agresivos y para diseñar un tratamiento más intenso desde el principio.

168. SEGURIDAD DEL DENOSUMAB EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS. PRÁCTICA CLÍNICA

M.J. Moreno Martínez¹, M.R. Oliva Ruiz², E. Peñas¹, D. Palma¹, M. Mayor¹, A. Haro¹, M.J. Díaz³, M.J. Moreno⁴ y L.F. Linares⁴

¹Reumatología. Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca.

²Reumatología. Hospital C. del Noroeste. Caravaca de la Cruz.

³Reumatología. Hospital Reina Sofía. Murcia. ⁴Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: Se ha objetivado un descenso de masa ósea generalizada en pacientes con distintas enfermedades inflamatorias sistémicas como artritis reumatoide y espondiloartritis, entre otras. Dichas enfermedades se tratan habitualmente con distintos fármacos inmunomoduladores. Denosumab es un anticuerpo monoclonal humanizado aprobado para el tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas con alto riesgo de fractura. En los estudios pivotaes de eficacia de denosumab se ha observado un aumento de algunas infecciones, sobre todo de piel, en pacientes tratados con este fármaco.

Objetivos: Valorar la seguridad de denosumab en pacientes inmunoprometidos y/o con enfermedades inflamatorias sistémicas, tratados con distintos inmunosupresores, según práctica clínica.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo observacional y multicéntrico, llevado a cabo en distintos hospitales de la Región de Murcia. Los pacientes proceden de las consultas de reumatología y se encuentran en tratamiento con denosumab para la osteoporosis, así como con otros fármacos inmunomoduladores. Se valoran los posibles efectos adversos, incluyendo infecciones, reacciones locales, entre otros, así como el tiempo de tratamiento y el tipo de inmunomodulador.

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes, todos ellos mujeres, con una edad media de 69,5 ($\pm 10,2$) años. Llevaban en tratamiento con denosumab una media de 13,8 ($\pm 12,7$) meses. El 47,4% de las pacientes estaban diagnosticadas de artritis reumatoide, el 13,7% de polimialgia reumática, el 7,9% de lupus eritematoso sistémico, el 7,9% eran trasplantadas renales, el 5,3% de artritis psoriásica, otro 5,3% de enfermedad mixta del tejido conectivo y otro 5,3% de enf de Churg-Strauss; el 2,6% eran sarcoidosis, otro 2,6% poliartritis y el último 2,6% polimiositis. En cuanto a los fármacos inmunosu-

presores biológicos con los que se encontraban: 4 con un anti-TNF α (1 con adalimumab y 3 con etanercept), 4 con abatacept y 2 en tratamiento con ustekinumab. Veintiséis de los 41 pacientes llevaban también tratamiento con otros fármacos inmunosupresores sintéticos (tabla). El 73,5% tenía pautado, además, corticoides orales, con una media de 5,5 mg al día de prednisona. Ninguno de estas pacientes tuvo alteraciones analíticas ni reacciones adversas relacionadas con el tratamiento con denosumab. Solo en dos pacientes se registraron infecciones. Se trató de infecciones urinarias no complicadas, que eran frecuentes en estas pacientes antes del inicio con denosumab.

Fármaco	Frecuencia (%)
Metotrexate	46,2
Hidroxicloroquina	15,4
Leflunomida	11,5
Tacrolimus	11,5
Micofenolato	7,7
Azatioprina	7,7

Conclusiones: En nuestra serie, denosumab es seguro en tratamiento concomitante con distintos fármacos inmunosupresores tanto biológicos como sintéticos.

169. UN SISTEMA DE CODIFICACIÓN EN REUMATOLOGÍA. EXPERIENCIA DE MÁS DE 30 AÑOS

P. Rubio, M. Martínez-Morillo, S. Holgado, L. Mateo, J. Cañellas, L. Gifre y A. Olivé

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: Conocer el tipo de pacientes atendidos en un Servicio de Reumatología, tanto en consulta externa como en hospitalización, permite mejorar el rendimiento y la calidad de la mismas. Asimismo, la codificación de los diagnósticos de los pacientes permite hacer numerosos estudios clínicos y epidemiológicos.

Objetivos: Describir qué tipo de enfermedades se diagnostican en un Servicio de Reumatología. Comparar los códigos diagnósticos entre 2 periodos de tiempo: 1984-1998 y 1999-2014.

Métodos: Lugar: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Área de referencia para 1.200.000 habitantes. Un reumatólogo codifica personalmente los diagnósticos de todos los pacientes visitados o ingresados. El sistema de codificación es una versión modificada de la nomenclatura y clasificación del American College of Rheumatology. Se comparan los códigos diagnósticos de las primeras visitas del periodo 1984-1998 con los del periodo 1999-2014.

Resultados: En el periodo 1984-1998 se han introducido 13.833 códigos diagnósticos de 8.590 pacientes. Un 29% de estos son códigos de enfermedades inflamatorias y 71% no inflamatorias. En el periodo 1999-2014 se han introducido 25.950 códigos de 18.847 pacientes. Un 30% de estos son códigos de enfermedades inflamatorias y 70% no inflamatorias. Los resultados están representados en la tabla.

	Periodo 1984-1998	Periodo 1999-2014
I. Conectivopatías	8,4%	12%
II. Espondiloartropatías	3,6%	3,9%
III. Artritis	14,7%	14,5%
IV. Infecciones	1,7%	1,9%
V. Metabólicoendocrinas	12,5%	12,2%
VI. Neoplasias	2,2%	1,7%
VII. Neurovascular	5,3%	5,6%
VIII. Enfermedad osteoarticular	13,2%	15%
IX. Enfermedad extraarticular	26,8%	25,9%
X. Miscelánea	2%	3,9%
XI. No diagnosticadas	4,9%	2,3%
XIII. No reumatológicas	2,7%	0,6%
Otras	2%	0,5%

Conclusiones: Las enfermedades diagnosticadas con mayor frecuencia en una consulta externa de reumatología son trastornos extraarticulares (categoría IX), trastornos óseos y cartilaginosos (categoría VIII), artrosis (categoría III) y enfermedades metabólico-endocrinas (categoría V). Estos trastornos permanecen estables en porcentaje en los periodos comparados. Existe una tendencia a controlar las enfermedades inflamatorias y se tiende a dar de alta a pacientes con trastornos de las enfermedades extraarticulares y artrosis. Finalmente, cabe destacar un aumento notable de las conectivopatías (8,4 a un 12%) en los periodos comparados probablemente por un sesgo de servicio.

170. ANTI-DFS70: UNA HERRAMIENTA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL. SERIE DE CASOS

D. Ybáñez García¹, E. Valls Pascual¹, J.M. López Ortega², C. Vergara Dangond¹, M. Aguilar Zamora¹, L. Montolio Chiva¹, M.Á. Martínez Ferrer¹, J.J. Alegre Sancho¹, Á. Sánchez Herrero² y N. Estañ Capell²

¹Sección de Reumatología; ²Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Dr. Peset Aleixandre. Valencia.

Introducción: La presencia de anticuerpos anti nucleares (ANA) se ha considerado como una característica de las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS). La solicitud de ANA fuera del contexto clínico adecuado puede conducir a un diagnóstico erróneo y a la prescripción de terapias no indicadas. Con frecuencia nos remiten pacientes para estudio por tener ANA, realizando un seguimiento de estos por la posibilidad de desarrollar una EAS. Cabe recordar que aproximadamente el 20% de los individuos sanos que tienen ANA detectados por inmunofluorescencia indirecta (IFI), especialmente a títulos bajos, presentan un patrón moteado denso fino (DFS: dense fine speckled) que con frecuencia corresponde a la presencia de anticuerpos anti-DFS70 (Conrad et al. Clin Rev Allerg Immunol. DOI 10.1007/s12016-016-8564-5). La importancia de este anticuerpo radica en su baja prevalencia en sujetos con EAS (< 1%) frente a su presencia en el 33,1% de sujetos sanos con ANA (Watanabe et al. Arthritis Rheum. 2004;50:892-900).

Objetivos: Describir la utilidad de Anti-DFS70 en una serie de pacientes que presentaban ANA.

Métodos: Se recogieron prospectivamente durante 2016, todos los pacientes remitidos a un hospital terciario para estudio por tener ANA y en los que se confirmó la presencia de anticuerpos anti-DFS70. Se les realizó una historia clínica minuciosa, exploración física y las pruebas complementarias pertinentes según la clínica que presentaban. La IFI se realizó en un sistema Zenit-Up/GSight de Menarini, el screening de ANA en células Hep-2000 (Fluorescent IgG ANA-Ro Test System-inmunoconcepts) y la detección de anticuerpos anti-DFS70, por inmunoblot (ANA+DFS70 Dot Blot-AlphaDia).

Resultados: Recogimos en un periodo de 12 meses un total de 7 pacientes con anticuerpos anti-DFS70. La mayoría de ellos (6/7) fueron remitidos por síntomas inespecíficos como artralgias, fatiga, aftas, edema... y la presencia de ANA. Los hallazgos se detallan en la tabla.

Conclusiones: Anti-DFS70 es un valioso biomarcador, con una muy baja prevalencia en las EAS, lo que le confiere un papel como marcador predictivo negativo de desarrollar EAS cuando se presenta aislado. Su detección en sueros con ANA patrón moteado denso fino (IFI) debería formar parte del protocolo del laboratorio de inmunología (López Sañudo et al. Med Clin (Barc). 2015;145:218-23; Mutlu et al. Cent Eur J Immunol 2016;41:6-11). Se trata de una determinación coste-efectiva, como se demuestra en un trabajo reciente (Gundín et al. Autoimmun Highlights. 2016;7:10), al evitar los costes derivados del seguimiento de estos pacientes. En nuestro caso, nos permitió tranquilizar al paciente y evitó la realización de más pruebas complementarias, así como una monitorización innecesaria.

171. EVOLUCIÓN SEROLÓGICA EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO TROMBÓTICO

L. Riancho-Zarrabeitia¹, S. García Canale¹, M. Cubería¹, G. Daroca¹, M. Agudo¹, M. López Hoyos², P. Muñoz³ y V. Martínez-Taboada¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. ³Unidad Docente de Medicina Familiar de Cantabria. Servicio Cántabro de Salud.

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmune definida por la presencia de anticuerpos antifosfolípido (aFL) y al menos un evento clínico (trombosis y/o morbilidad

Tabla Póster 170

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7
Clinica	Poliartralgia Artritis IFP4 ^D	Dolor generalizado Sequedad oral y ocular	Poliartralgias Lumbalgia Reactantes elevados	Tratamiento con Anti-TNF-alfa Aparición de: Artromialgias Astenia Febrícula	Poliartralgias Dorsalgia interescapular Fatiga, aftas orales	Dolor manos y deformidad IFPs 2 ^o	Edema en pie I
Sexo	Mujer	Mujer	Mujer	Varón	Mujer	Mujer	Mujer
Edad	45	47	37	48	39	56	55
Hemograma	No alteraciones	No alteraciones	No alteraciones	No alteraciones	No alteraciones	No alteraciones	No alteraciones
Función renal/hepática	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
FR/ACPA	Negativos	Negativos	Negativos	Negativos	Negativos	Negativos	Negativos
ANA (IFI)/ENAs	+1/160//-	+1/160//-	+1/320//-	+1/160//-	+1/160//-	+1/320//-	+1/80//-
Complemento C3, C4	No realizado	Normal	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado
VSG/PCR	Normal	Normal	21/17	Normal	Normal	Normal	Normal
Schirmer/ Secreción salival	No realizado	Normal	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado
Comorbilidades	DM2	Graves Basedow	Angioedema en manos	Artropatía Psoriásica	Graves Basedow	Dislipemia	No
RX/RM	PPCD. Signos degenerativos axiales y articulares	Signos degenerativos en artic. TMC izda. y raquis dorsal	Retrolistesis L4-L5, L5-S1 Protrusiones discos C5-C6, C6-C7			Signos degenerativos leves en IFPs y TMCs	Derrame en aritic. del tarso
Axial/Articular							
Diagnóstico	Artrosis Condrocalcinosis	Artrosis	Artrosis Discopatía	Artropatía Psoriásica	Fibromialgia Fatiga crónica	Artrosis	Artritis pie resuelta

Tabla Póster 171

Variable	Total (n = 94)	Persistentemente negativos (n = 46)	Persistentemente positivos + Transitoriamente positivos (n = 48)	p
Edad	45,5 ± 15,7	44,3 ± 14,5	46,6 ± 16,8	0,331
Sexo varón, n (%)	19 (21)	8 (18)	11 (24)	0,608
LES, n(%)	25 (27)	12 (26)	13 (27)	1
Carga de anticuerpos, n (%)				0,936
1	29 (31)	15 (33)	14 (29)	
2	40 (43)	19(41)	21 (44)	
3	25 (27)	12 (26)	13 (27)	
Anticuerpos anticardiolipina, n (%)	76(81)	36 (78)	40 (83)	0,605
Anticuerpos antiBeta2Glicoproteína, n(%)	59 (63)	27(59)	32 (67)	0,523
Anticoagulante lúpico, n(%)	35 (66)	18 (78)	17 (57)	0,145
Historia familiar de trombosis, n (%)	17 (31)	10 (40)	7 (24)	0,250
Tabaquismo, n (%)	41 (44)	21 (46)	20 (42)	0,835
Hipertensión arterial, n (%)	45 (48)	21 (46)	24 (50)	0,686
Dislipemia, n (%)	43 (46)	21 (46)	22 (46)	1
Diabetes, n (%)	4 (4)	2 (4)	2 (4)	1
Antipalúdicos, n (%)	34 (36)	16 (35)	18 (37)	0,832
Heparina, n (%)	34 (36)	16 (35)	18 (37)	0,832
Anticoagulantes orales, n (%)	68 (72)	33 (72)	35 (73)	1
Antiagregantes, n (%)	71 (76)	33 (73)	38 (79)	0,627
Corticoides, n (%)	5 (5)	2 (4)	3 (6)	1
Inmunosupresores, n (%)	4 (4)	1 (2)	3 (6)	0,356

obstétrica). Los aFL pueden fluctuar en su nivel y con frecuencia se negativizan; esta negativización, especialmente en los casos en que es persistente, se relaciona con una menor frecuencia de eventos clínicos.

Objetivos: Describir el curso clínico y serológico de pacientes con SAF trombótico, así como los factores implicados en la negativización de dichos anticuerpos.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo incluyendo pacientes atendidos en las consultas de Reumatología de un hospital terciario. Se incluyeron 94 pacientes con SAF trombótico de acuerdo con los criterios de Sydney 2006. Según la evolución de la serología se clasificó a cada paciente como aFL persistentemente negativos, aFL transitoriamente positivos o aFL persistentemente positivos, de acuerdo con unos criterios preestablecidos.

Resultados: Tras una media de seguimiento de 145 ± 56 meses, un 48,9% de los pacientes presentó negativización persistente de los aFL, siendo transitoriamente positivos en el 12,8% y persistentemente positivos en el 38,3%. Al analizar posibles factores implicados en la negativización (tabla), a nivel inmunológico encontramos que los pacientes con positividad para el anticoagulante lúpico tendían a presentar con mayor frecuencia serologías persistentemente negativas, con una OR de 2,75 (IC 0,81-9,38 p = 0,145). No encontramos diferencias en cuanto a los factores de riesgo cardiovascular clásicos ni los tratamientos recibidos y la evolución serológica de los pacientes.

Conclusiones: El 49% de los pacientes con SAF trombótico presentan serologías persistentemente negativas tras una media de seguimiento de 12 años. No encontramos asociación significativa entre factores inmunológicos, factores de riesgo cardiovascular clásicos o tratamientos recibidos y la negativización persistente de la serología.

172. VITAMINA D Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

L. Riancho-Zarrabeitia¹, M. Cubería¹, S. García Canale¹, G. Daroca¹, M. García-Unzueta², J.L. Hernández³, M. López Hoyos⁴, M. Agudo¹, P. Muñoz⁵ y V. Martínez-Taboada¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Bioquímica; ³Servicio de Medicina Interna; ⁴Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. ⁵Unidad Docente de Medicina Familiar de Cantabria. Servicio Cántabro de Salud.

Introducción: La vitamina D además de su implicación en el metabolismo fosfocálcico y de sus acciones a nivel óseo, posee propieda-

des inmunoregulatoras habiéndose propuesto su implicación en el síndrome antifosfolípido (SAF).

Objetivos: a) Determinar los niveles de vitamina D en pacientes con SAF primario y compararlos con pacientes con positividad para anticuerpos antifosfolípido (aFL) que no cumplen criterios clínicos de SAF y con controles sanos. b) Analizar la asociación entre los niveles de vitamina D y las manifestaciones clínicas de los pacientes con SAF primario así como con el perfil inmunológico.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo incluyendo pacientes atendidos en la unidad de reumatología de un hospital terciario. Se incluyeron 74 pacientes con SAF primario, 54 pacientes con aFL positivos que no cumplen criterios clínicos de SAF y 326 controles sanos ajustados según la fecha de determinación de la vitamina D. Se estableció el punto de corte 30 ng/ml como niveles insuficientes de vitamina D.

Resultados: La mediana de los niveles de vitamina D fue similar en todos los grupos, siendo 20,95 (rango 5-69) en SAF primario, 25 (4-50) en el grupo de serología positiva y 21 (4-105) en controles. El 53,9% de las determinaciones se había realizado durante la estación soleada (abril-septiembre). El 10% de los pacientes con SAF primario eran varones frente al 16% en el grupo de serología positiva y el 26% en el grupo control (p = 0,007). La edad media era de 46,1 ± 15,2 en SAF primario, 49 ± 17 en serología positiva y 53 ± 10 en el grupo control (p < 0,001). El 82,2% de los pacientes con SAF primario presentaba niveles de vitamina D insuficientes (< 30 ng/ml), no encontrándose diferencias con el resto de los grupos. Al analizar los sujetos con niveles muy bajos de vitamina D (< 10 ng/ml) encontramos diferencias significativas, siendo estos el 16,2% de los pacientes con SAF frente al 11,1% de los pacientes con serología positiva y solo el 4,9% de los controles (p = 0,002). No encontramos asociación entre los niveles de vitamina D insuficientes y la presencia de eventos obstétricos o trombóticos. Se observó una tendencia a la presencia de eventos trombóticos en los pacientes con niveles de vitamina D < 10 ng/ml (p = 0,097). En cuanto al perfil inmunológico, no se encontró asociación entre niveles insuficientes de vitamina D y la carga de anticuerpos, ni con la evolución serológica de los mismos. Sin embargo, se encontró asociación entre niveles insuficientes de vitamina D y positividad para el anticoagulante lúpico (54,7% frente a 18,2%, p = 0,047).

Conclusiones: Más del 80% de los pacientes con SAF primario presentan niveles insuficientes de vitamina D, siendo extremadamente bajos en el 16% de los pacientes con SAF primario. Los pacientes con SAF primario tienen más frecuentemente niveles < 10 ng/ml que los controles sanos. Los pacientes con niveles insuficientes de vitamina D tienen con mayor frecuencia positividad para el anticoagulante lúpico.

173. PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL ANÁLISIS DE LA METROLOGÍA DE LAS ESPONDILOARTRITIS

D. Beteta¹, M.J. Moreno Martínez², M.J. Moreno Ramos¹ y L.F. Linares Ferrando¹

¹Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²Reumatología. Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca.

Introducción: En los últimos años ha aumentado la implicación del personal de enfermería en el control y seguimiento de los pacientes con enfermedad reumática, siendo precisa una formación estrecha para llegar a desarrollar una actividad asistencial eficaz y productiva.

Objetivos: Analizar si existen diferencias en la valoración metrológica de pacientes con espondiloartritis (EspA) axial realizada por un reumatólogo o una enfermera formada.

Métodos: Se incluyeron pacientes con EspA axial radiográfica y no radiográfica, procedentes de una consulta monográfica de EspA, del Hospital Virgen de la Arrixaca. A todos los pacientes se les realiza una metrología completa (test de Schöber normal y modificado, flexión lumbar lateral, distancia trago-pared, distancia intermaleolar, rotación cervical, distancia occipucio-pared, expansión torácica y distancia dedo-suelo) tanto por parte de una enfermera como de una reumatóloga especializada en EspA. Puesto que algunas medidas podrían modificarse por el número de repeticiones, se aleatorizó quién debería iniciar la realización de la primera toma de medición en el primer paciente, continuando de forma alternativa con los sucesivos. En el caso de la distancia intermaleolar, la medida se realizó de dos formas: Con el paciente en decúbito supino, separará las piernas lo máximo posible midiendo la distancia que hay entre los dos maléolos internos (DIM1). Con el paciente sentado y las rodillas juntas, separará ambos tobillos (en una rotación interna) y medir la distancia entre ambos maléolos internos (DIM2). Analizamos la diferencia de medias de las distintas variables entre enfermería y el facultativo.

Resultados: En total se incluyeron 44 pacientes, 29 hombres y 15 mujeres, con una edad media de 46,8 ($\pm 10,7$) años. El 65,4% estaban diagnosticados de espondilitis anquilosante y el 34,1% de EspA Axial no radiográfica, con una media de duración de los síntomas de 20,4 (± 14) años. No se encontraron diferencias significativas en la media de ninguna de las variables metrológicas, excepto en la DIM1 (106,3 $\pm 18,1$ vs 95,3 $\pm 27,3$, $p = 0,03$), no así en la DIM2. A continuación mostramos las distintas medidas con las dos medias y la significación (p): expansión torácica: 4,38 vs 4,25 ($p = 0,62$). Schöber: 4,2 vs 4,3 ($p = 0,85$). Schöber-modificado: 6,57 vs 6,57. Distancia dedo-suelo: 11,07 vs 11,88 ($p = 0,73$). Distancia occipucio-pared: 1,34 vs 1,30 ($p = 0,94$). Flexión lateral lumbar (media entre ambos lados): 15,92 vs 15,62 ($p = 0,82$). Rotación cervical (media entre los dos lados): 71,92 vs 72,88 ($p = 0,77$). DIM1: 106 vs 95,30 ($p = 0,03$). DIM2: 47,68 vs 39,93 ($p = 0,053$).

Conclusiones: El entrenamiento en el análisis de la movilidad axial de los pacientes con EspA conlleva una baja variabilidad interobservador. La exploración de la movilidad axial de los pacientes con EspA puede ser realizada por personal de enfermería siempre y cuando esté formado en ello. La medida de la distancia intermaleolar sentado (DIM2) presenta menos variabilidad que la realizada en decúbito supino, aunque haría falta estudios con un número mayor de pacientes.

Tabla Póster 174

	Basal	1ª semana	2ª semana	1º mes	3º mes	6º mes	1º año	2º año	3º año
AV (media \pm DE)	0,57 \pm 0,35	0,55 \pm 0,35	0,56 \pm 0,35	0,59 \pm 0,33	0,6 \pm 0,32*	0,63 \pm 0,32*	0,63 \pm 0,35*	0,59 \pm 0,32*	0,45 \pm 0,34*
Células cámara anterior [mediana (IQR)]	1 [0-1]	0,75 [0-1]*	0,5 [0-1]*	0 [0-0,5]*	0 [0-0]*	0 [0-0]*	0 [0-0]*	0 [0-0]*	0 [0-0]*
Vitritis [mediana (IQR)]	0 [0-0]	0 [0-1]	0 [0-0]	0 [0-0]	0 [0-0]*	0 [0-0]*	0 [0-0]*	0 [0-0]*	0 [0-0]
OCT (μ) (media \pm DE)	358,69 \pm 92,17	351,4 \pm 108,29	336,5 \pm 100,9*	313,4 \pm 91,28*	280,7 \pm 35,03*	274,9 \pm 101,33*	245,4 \pm 29,4*	239,6 \pm 33,5	ND

* $p < 0,05$ respecto a la visita basal.

174. TOCILIZUMAB A CORTO Y LARGO PLAZO EN LA UVEÍTIS REFRACTARIA DE LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 25 PACIENTES

N. Vegas-Revengea¹, V. Calvo-Río¹, M. Santos-Gómez¹, I. Calvo², M.I. González-Fernández², B. López Montesinos², M. Mesquida³, A. Adán³, M.V. Hernández³, O. Maíz⁴, A. Atanes⁵, B. Bravo⁶, C. Modesto⁷, G. Díaz-Cordovés⁸, N. Palmou-Fontana¹, J. Loricera¹, M.C. González-Vela¹, R. Demetrio-Pablo¹, L.C. Domínguez-Casas¹, C. Fernández-Díaz¹, J.L. Hernández¹, M.A. González-Gay¹ y R. Blanco¹

¹Reumatología, Medicina Interna y Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Universidad de Cantabria. Santander.

²Reumatología. Hospital La Fe. Valencia. ³Oftalmología y Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. ⁴Reumatología. Hospital Donostia. San Sebastián. ⁵Reumatología. HUAC A Coruña. ⁶Reumatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ⁷Reumatología. HSL. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁸Reumatología. Hospital Regional Universitario. Málaga.

Objetivos: La uveítis asociada a la artritis idiopática juvenil (AIJ) es la manifestación más grave. Un diagnóstico y tratamiento precoz con corticoides e inmunosupresores se relaciona con un mejor pronóstico. Nuestro objetivo fue valorar tocilizumab (TCZ) a corto y largo plazo en uveítis en AIJ refractaria a inmunosupresores incluyendo anti-TNF α .

Métodos: Estudio multicéntrico de 25 pacientes con uveítis asociada a AIJ con respuesta insuficiente o intolerancia al tratamiento tradicional con corticoides y al menos 1 inmunosupresor convencional, y biológicos, con predominio de anti-TNF α . Las variables de desenlace fueron agudeza visual (AV), grado de inflamación de la cámara anterior y vítreo, grosor macular (por OCT) y ahorro de esteroides. Los resultados se expresan como media \pm DE para las variables con una distribución normal, o como mediana [IQR] cuando la distribución no es normal. La comparación de las variables continuas se realizó con el test de Wilcoxon.

Resultados: Se estudiaron 25 pacientes (21 mujeres/4 varones); edad media, 18,5 \pm 8,3 años. Los subtipos de AIJ fueron; afectación oligoarticular ($n = 17$), poliarticular ($n = 5$), psoriásica ($n = 2$) y artritis relacionada con entesitis ($n = 1$). El patrón de afectación ocular fue: uveítis anterior ($n = 17$), panuveítis ($n = 4$), uveítis intermedia ($n = 2$), uveítis posterior ($n = 2$). La mayoría de los pacientes presentaron afectación bilateral ($n = 22$). Al inicio del TCZ había secuelas oculares: cataratas ($n = 13$), glaucoma ($n = 7$), sinequias ($n = 10$), queratopatía en banda ($n = 12$), maculopatía ($n = 9$) y ambliopía ($n = 5$). Previo al inicio de TCZ los pacientes, además de corticoides orales, habían recibido inmunosupresión con metotrexato (MTX) ($n = 24$) y otros biológicos como adalimumab ($n = 24$), etanercept ($n = 8$), infliximab ($n = 7$), abatacept ($n = 6$), rituximab ($n = 2$), anakinra ($n = 1$) y golimumab ($n = 1$). La pauta de administración de TCZ fue de 8 mg/kg/4 semanas iv ($n = 21$) u 8 mg/kg/2 semanas ($n = 2$), 8 mg/kg/8 semanas ($n = 1$) y 2,9 mg/kg sc/semanal ($n = 1$). El TCZ se administró en monoterapia ($n = 3$) o en combinación con inmunosupresores convencionales: MTX ($n = 14$), leflunomida ($n = 5$), y ciclosporina A ($n = 2$) y micofenolato mofetilo ($n = 1$). Se obtuvo una mejoría rápida y sostenida en las medidas de desenlace (tabla). Con un seguimiento de 21 pacientes al año, 11 a los 2 años y 5 a los 3 años se observó una mejoría en a) AV, b) células en cámara anterior c) vitritis y d) grosor

macular. Además, se consiguió una reducción de la dosis de prednisona de 10 mg [0-15 mg] a 0 mg [0-0 mg], $p < 0,05$ a los 3 años. Tras un seguimiento medio de $20,5 \pm 11,7$ meses se optimizó TCZ en 4 pacientes: aumentando el intervalo de administración a 5 semanas ($n = 2$), a 6 semanas ($n = 1$) y a 7 semanas ($n = 1$). El TCZ se suspendió por ineficacia: articular ($n = 1$), ineficacia articular y ocular ($n = 1$), y por efectos secundarios ($n = 2$) (trombopenia grave en un caso y trombopenia con anemia hemolítica autoinmune en otro). Otros efectos secundarios fueron: neumonía ($n = 1$), conjuntivitis viral ($n = 1$) e impétigo bulloso ($n = 1$).

Conclusiones: El TCZ parece un tratamiento eficaz y seguro a largo plazo en pacientes con uveítis en AIJ y refractario a tratamiento inmunosupresor incluidos fármacos anti-TNF α . En los enfermos en remisión es posible optimizar la dosis.

175. ARTRITIS REUMATOIDE Y AFECTACIÓN PULMONAR INTERSTICIAL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 12 PACIENTES TRATADOS CON TOCILIZUMAB

C. Fernández-Díaz¹, J. Narváez², M. Martín-López³, P. Rubio-Muñoz⁴, S. Castañeda-Sanz⁵, V. Calvo-Río¹, N. Vegas-Revenga¹, L.C. Domínguez-Casas¹, M.A. González-Gay¹ y R. Blanco¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Moisès Broggi. Barcelona. ⁵Hopital Universitario La Princesa. Madrid.

Objetivos: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) asociada a artritis reumatoide (AR) tiene mal pronóstico. Varios fármacos modificadores de enfermedad (FAME) convencionales como el metotrexato (MTX) o leflunomida (LFN) o biológicos como los anti-TNF α , se han relacionado con el desarrollo y exacerbación de una EPI. La IL6 se ha implicado en el desarrollo de neumopatía intersticial (Kobayashi et al. Chest. 1995;108:311). Sin embargo con TCZ en AR se ha descrito algún caso de exacerbación de EPI y muerte (Kawashiri et al. Rheumatol Int. 2012;32:4023-6). El objetivo de este estudio es valorar la acción de tocilizumab (TCZ) en la EPI asociada a AR.

Métodos: Estudio multicéntrico de AR y EPI tratados con TCZ. La EPI se diagnosticó por TAC de alta resolución (TACAR). El TCZ se usó a la dosis estándar 8 mg/kg cada 4 semanas iv. La eficacia del TCZ se evaluó según las siguientes medidas: i) Disnea clasificada mediante escala modificada del Medical Research Council (m MRC); considerando significativas variaciones de 1 punto y asintomático cuando MRC = 0; ii) Pruebas de función respiratoria (PFR); considerando significativas variaciones de > 10% en la capacidad vital forzada (CVF) y una variación de la capacidad de difusión (DLCO) > 10%, iii) Prueba de imagen (TACAR) y iv) Evaluación articular (DAS28). Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm DE. Las variables dicotómicas se expresaron como porcentajes.

Resultados: Se incluyeron 12 (9 mujeres/3 varones) pacientes con EPI asociada a AR, edad media de $57,08 \pm 16,09$ años. La AR tenía una media de evolución de $9 \pm 5,79$ años. Los 12 pacientes habían recibido previamente FAMES tradicionales; MTX ($n = 12$), LFN (8), sales de oro (2), sulfasalacina (3), azatioprina (2), hidroxycicloroquina (1) y con biológico en 7 pacientes: adalimumab (4) anakinra: (1), etanercept (4), rituximab (4), infliximab (1), certolizumab (1), abatacept (1). La AR era seropositiva en 11 casos (91,67%). El diagnóstico de EPI se confirmó por biopsia en 3 casos. En ningún paciente se relacionó el desarrollo de EPI con FAMES. El TCZ se pautó en monoterapia en 8 pacientes y combinado con otros inmunosupresores en 4 LFN (2), MTX (1), azatioprina (1). La tabla expresa la evolución en los casos disponibles. En la mayoría de los pacientes se mantuvieron esta-

bles la disnea, las pruebas de función respiratoria, y el TACAR. Un paciente suspendió TCZ por ineficacia articular a los 7 meses y otro paciente por empeoramiento pulmonar a los 3 meses. En 1 paciente hubo hipertransaminasemia que cedió tras reducción de dosis a 4 mg/kg cada 4 semanas.

	Basal	3 meses	6 meses	12 meses
MRC, n (%)	11	8	11	11
Estable	11 (100)	7 (87)	8 (73)	8 (73)
Mejoría	0	0	2 (18)	2 (18)
Empeoramiento	0	1 (13)	1 (9)	1 (9)
CVF, n (%)	2	5	9	9
Estable	2 (100)	5 (100)	6 (67)	6 (67)
Mejoría	0	0	2 (23)	2 (23)
Empeoramiento	0	0	1 (12)	1 (12)
DLCO, n (%)	2	4	9	9
Estable	1 (50)	3 (75)	9 (100)	9 (100)
Mejoría	0	0	0	0
Empeoramiento	1 (50)	1 (25)	0	0
TACAR, n (%)	0	2	10	10
Estable		1 (50)	7 (70)	7 (70)
Mejoría		0	0	0
Empeoramiento		1 (50)	3 (30)	3 (30)
Articular, DAS28, Media	4,46 \pm 1,40	3,35 \pm 1,19	3,23 \pm 1,04	2,98 \pm 0,95
CRP (mg/dl), Media	3,23 \pm 2,96	1,11 \pm 0,98	1,48 \pm 0,95	1,15 \pm 0,84
VSG (mm/1st h), Media	45,17 \pm 28,84	16,16 \pm 10	16,16 \pm 11,41	17,47 \pm 25,45

Conclusiones: En nuestro conocimiento esta es la mayor serie de EPI asociada a AR tratada con TCZ. Observamos que la afectación pulmonar permanece estable.

176. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS E INMUNOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO: ESTUDIO DE 170 PACIENTES

L. Riancho-Zarrabeitia¹, S. García Canale¹, M. Cubería¹, G. Daroca¹, A. Haya², M. Agudo¹, M. López Hoyos³, P. Muñoz⁴ y V. Martínez-Taboada¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Ginecología; ³Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. ⁴Unidad Docente de Medicina Familiar de Cantabria. Servicio Cántabro de Salud.

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmune definida por la presencia de anticuerpos antifosfolípido (aFL) y al menos un evento clínico (trombosis y/o morbilidad obstétrica). Si bien, tanto el SAF trombótico como el obstétrico se consideran un mismo síndrome existen diferencias a nivel patogénico, clínico, y de tratamiento entre los mismos.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas, clínicas e inmunológicas de una cohorte de pacientes con SAF de una población determinada y analizar las diferencias entre los pacientes con SAF trombótico, obstétrico y mixto.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo incluyendo pacientes atendidos en las consultas de Reumatología y en la Unidad de Patología Grávida Autoinmune de un hospital terciario. Se incluyeron 170 pacientes que cumplían los criterios clasificatorios de SAF (Sidney 2006) y se clasificaron en SAF trombótico, SAF obstétrico y mixto.

Resultados: De los 170 sujetos, 84 cumplían criterios de SAF trombótico y 76 cumplían criterios de SAF obstétrico y 10 tenían clínica mixta. Las principales características se resumen en la tabla. Encontramos diferencias en cuanto a la edad en el momento de positivización de serología, siendo de $46,5 \pm 15,5$ en SAF trombótico frente a $35,9 \pm 8,1$ y $36,5 \pm 14,4$ en SAF obstétrico y mixto respectivamente. Asimismo, los pacientes con SAF trombótico o mixto presentaban

con mayor frecuencia lupus eritematoso sistémico asociado (26% y 30% vs 5%, $p = 0,001$). Los anticuerpos anticardiolipina eran, globalmente, los más frecuentemente positivos, siendo el anticoagulante lúpico significativamente más frecuente en los pacientes con SAF trombótico o mixto (70% y 71% vs 30%, $p = 0,002$). No encontramos diferencias significativas en la carga de anticuerpos entre los tres grupos. En cuanto a la frecuencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos, el tabaquismo era el más común, seguido de la hipertensión y la dislipemia, siendo los dos últimos más frecuentes tanto en los pacientes con SAF trombótico como mixto ($p < 0,001$). Como era de esperar, el tratamiento con heparina era más común en las pacientes con SAF obstétrico o mixto, mientras que los anticoagulantes lo eran en el SAF trombótico. El tratamiento con antipalúdicos era menos común en las pacientes con SAF obstétrico (17% vs 37% y 30%, $p = 0,020$), probablemente por una menor prevalencia de lupus en este grupo.

Variable	Total	SAF trombótico (n = 84)	SAF obstétrico (n = 76)	SAF mixto (n = 10)	p
Edad (años, media \pm DE)	41,2 \pm 13,7	46,5 \pm 15,5	35,9 \pm 8,1	36,5 \pm 14,4	< 0,001
LES, n (%)	29 (17)	22 (26)	4 (5)	3 (30)	0,001
Carga de anticuerpos					
1	63 (37)	24 (29)	34 (45)	5 (50)	
2	68 (40)	37 (44)	28 (37)	3 (30)	0,201
3	38 (22)	23 (27)	13 (17)	2 (20)	
Anticuerpos anticardiolipina, n (%)	130 (77)	67 (80)	54 (72)	9 (90)	0,306
Anticuerpos antib2glicoproteína I, n (%)	108 (64)	56 (67)	49 (65)	3 (30)	0,070
Anticoagulante lúpico, n (%)	53 (58)	40 (70)	8 (30)	5 (71)	0,002
Historia familiar de trombosis, n (%)	21 (19)	14 (29)	4 (7)	3 (50)	0,011
Factores de riesgo CV clásicos, n(%)					
Tabaquismo	69 (41)	37 (44)	28 (37)	4 (40)	0,650
Hipertensión arterial	55 (32)	41 (49)	10 (13)	4 (40)	< 0,001
Dislipemia	48 (28)	39 (46)	5 (7)	4 (40)	< 0,001
Diabetes mellitus	8 (5)	4 (5)	4 (5)	0	0,761
Tratamientos previos, n (%)					
Heparina	88 (52)	28 (33)	54 (72)	6 (60)	< 0,001
Anticoagulantes orales	71 (42)	62 (74)	3 (4)	6 (60)	< 0,001
Antiagregantes	145 (86)	63 (76)	74 (97)	8 (80)	< 0,001
Corticoides	5 (3)	5 (6)	0	0	0,072
Antipalúdicos	47 (28)	31 (37)	13 (17)	3 (30)	0,020
Inmunosupresores	5 (3)	4 (5)	1 (1)	0	0,371

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes, los pacientes con SAF trombótico o mixto presentan con mayor frecuencia asociación con lupus eritematoso sistémico que los pacientes con SAF obstétrico. Los pacientes con SAF trombótico o mixto presentan con mayor frecuencia positividad para anticoagulante lúpico, no encontrándose diferencias en cuanto a la carga de anticuerpos. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular clásicos, los pacientes con SAF trombótico o mixto presentan con mayor frecuencia hipertensión y dislipemia en comparación con los pacientes con SAF obstétrico. Las diferencias en cuanto a los tratamientos recibidos son las esperables para cada grupo.

177. SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS B Y EXPRESIÓN DEL RECEPTOR DEL FACTOR ACTIVADOR DE LA CÉLULA B EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN RECAÍDA CLÍNICA DESPUÉS DE RITUXIMAB

E. Becerra, I. de la Torre, M.J. Leandro y G. Cambridge

Rheumatology Department. University College London. Reino Unido.

Introducción: Se han descrito dos patrones de recaída en pacientes con artritis reumatoide (AR) tras tratamiento con rituximab (RTX):

recaída concordante (R-C): coincidente con la repoblación periférica de células B, y recaída discordante (D-R): meses después de la repoblación. Los niveles de factor activador de la célula B (BAFF) aumentan después de la administración de RTX. La expansión de células B autorreactivas que sigue a la repoblación periférica de células B naïve puede estar ligada a las interacciones entre BAFF y su receptor (BAFF-R), y condicionar el tiempo hasta la recaída clínica.

Objetivos: Análisis de las subpoblaciones de células B, niveles de BAFF y porcentaje de expresión de BAFF-R en controles sanos (CS), pacientes con AR antes de RTX (pre-RTX), y en recaída clínica tras RTX (post-RTX), divididos en 2 grupos: R-C y R-D.

Métodos: Estudio citométrico de las subpoblaciones de células B y porcentaje de expresión de BAFF-R; determinación de los niveles séricos de BAFF mediante ELISA; análisis de la correlación entre la expresión de BAFF-R y los niveles de BAFF sérico, y entre la expresión de BAFF-R y el tiempo entre repoblación periférica de células B y recaída clínica.

Resultados: Se seleccionaron 41 pacientes con AR, incluyendo 20 pacientes pre-RTX y 21 post-RTX: 11 con R-C (0-3 meses desde la repoblación periférica de células B) y 10 con R-D (4-49 meses desde dicha repoblación); edad media: 58 años (rango 27-80), duración media de la enfermedad: 12,5 años (rango 1-33); media de ciclos recibidos en pacientes postRTX: 2,6 (rango 1-7). Se observó un mayor porcentaje de células B transicionales en pacientes con R-C respecto a pacientes con R-D (mediana 24,7%, rango 8,9-79,5% vs 5,4%, rango 0,6-9,2%; $p < 0,001$). Los pacientes con R-D presentaban mayores porcentajes de células B naïve maduras en comparación con los pacientes con R-C (83,7%, rango 57,6-91,9% vs 47,6%, rango 3-86,7%, $p < 0,01$). El porcentaje de expresión de células BAFF-R+ se redujo significativamente en todos los pacientes post-RTX, con mayor reducción en la R-C respecto a la R-D en: células B naïve transicionales (86%, rango 44-93,9% vs 46,7%, rango 14,5-78,4%, $p < 0,01$), naïve maduras (95,1%, rango 74,9-98,8% vs 61,3%, rango 30,9-88,8%, $p < 0,001$), post-centro germinal (85,8%, rango 50-97% vs 49,8%, rango 18-66,3%, $p < 0,001$) y la subpoblación IgD- resting memory (92,2%, rango 43,8-97,3% vs 61,8%, rango 9,1-78,6%, $p < 0,05$). El porcentaje de células BAFF-R+ mostró una correlación directa con el tiempo desde la repoblación en células naïve transicionales ($r^2 = 0,38$, $p < 0,01$), naïve maduras ($r^2 = 0,43$, $p < 0,01$) y post-centro germinal ($r^2 = 0,43$, $p < 0,01$). Los niveles de BAFF en ambos grupos post-RTX estaban significativamente elevados en comparación con CS y pacientes pre-RTX. Se encontró una correlación inversa significativa entre los niveles de BAFF y el porcentaje de células BAFF-R+ en todos los subtipos celulares ($p < 0,0001$) excepto plasmoblastos: células B naïve transicionales ($r^2 = 0,39$); naïve maduras ($r^2 = 0,45$); post-centro germinal ($r^2 = 0,49$) e IgD-resting memory ($r^2 = 0,42$).

Conclusiones: El porcentaje de expresión de BAFF-R es menor en el momento de la repoblación de células B, y tiende a aumentar con el tiempo transcurrido desde la repoblación, al igual que en el proceso de ontogenia. El mecanismo de recaída de la enfermedad en pacientes con R-C parece independiente del sistema BAFF/BBR, y puede depender del sistema BAFF/BAFF-R en pacientes con R-D.

178. ¿ES SEGURO REALIZAR PUNCIONES ARTICULARES O PERIARTICULARES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON DABIGATRÁN?

C. Guillén Astete y J.R. Quiñones Torres

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La introducción de los nuevos anticoagulantes orales ha supuesto una oportunidad terapéutica y de profilaxis secundaria para procesos isquémicos mayores en pacientes con mala adherencia o falta de control apropiado de la coagulación con acenocumarol. Al igual que con otros anticoagulantes o incluso antiagregantes, el

clínico puede dudar entre realizar o no una punción articular en pacientes que reciben dichos tratamientos. La propósito de este estudio es describir la experiencia acumulada en 4 años de punciones articulares y periarticulares en pacientes anticoagulados con dabigatrán, un nuevo anticoagulante oral introducido recientemente en nuestro medio.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de registros de pacientes en quienes se practicó una punción articular de rodilla o periarticular de hombro con fines diagnósticos o terapéuticos y que se encontraban en tratamiento con dabigatrán entre 2012 y 2016. Para este fin se recurrió a una búsqueda de registros electrónicos dentro del periodo demarcado utilizando los términos de búsqueda “infiltración” o “artrocentesis” o “punción articular” y “hombro” o “rodilla” y “dabigatrán” o su nombre comercial. Se identificaron las visitas posteriores tanto a atención primaria (aplicación HORUS®) o a urgencias (aplicación CAJAL®) por cualquier causa y se recogieron datos clínicos de sus correspondientes historiales electrónicos.

Resultados: Entre 2012 y 2016 se practicaron 68 punciones articulares de rodilla y 49 punciones periarticulares de hombro en pacientes usuarios de dabigatrán. De los 117 procedimientos, 78 (66,6%) fueron realizados por FEAs de Traumatología, Reumatología o Medicina Física y Rehabilitación y el resto por médicos internos residentes (MIRes). De las 68 punciones de rodilla, en 48 (70,5%) se realizó una centesis de líquido sinovial y una infiltración mientras que en el resto solamente se practicó una infiltración. De las 49 punciones de hombro, en 12 (24,4%) se realizó una bursocentesis y en el resto se practicó únicamente una infiltración. Se utilizó la asistencia ecográfica en 16 punciones de rodilla y 17 de hombro (23,5% y 34,6%). De todos los pacientes con punción de rodilla, 11 (16,1%) consultaron antes de los primeros 15 días en relación al procedimiento realizado. De ellos 9 lo hicieron por persistencia del síntoma o queja dolorosa principal y 2 por aumento del dolor. Ambos pacientes fueron estudiados ecográficamente y uno de ellos tuvo un hemartros tratado de forma conservadora. De todos los pacientes con punción de hombro, 7 (14,2%) consultaron antes de los primeros 15 días. El total lo hizo por persistencia del síntoma. Ningún paciente fue hospitalizado. Ningún paciente cuyo procedimiento fue asistido por ecografía consultó antes de los primeros quince días. Ningún paciente consultó por sangrado después de los primeros quince días. La condición de FEA o MIR no influyó significativamente el resultado del procedimiento sin embargo todos los procedimientos ecoguiados fueron realizados por un FEA.

Conclusiones: Aunque se trata de una población pequeña, es a nuestro saber, la serie de pacientes anticoagulados con dabigatrán y tratados con una punción articular o periarticular más grande publicada. Podemos concluir que la realización de punciones de este tipo y en esta clase de pacientes son seguras. Por otro lado existe evidencia a favor de que los procedimientos ecoasistidos son más eficaces al menos en este grupo de pacientes.

179. AFECTACIÓN CARDIACA EN LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS EN EL REGISTRO REMICAM

R.A. Molina Larios¹, B. Joven¹, L. Nuño², M.J. García de Yébenes³, F.J. López-Longo⁴, V. Maldonado⁵, C. Larena⁵, I. Llorente⁶, E. Tomero⁶, M.C. Barbadillo⁷, P. García de la Peña⁸, L. Ruiz⁹, J.C. López Robledillo⁹, H. Moruno¹⁰, A. Pérez¹⁰, T. Cobo¹¹, R. Almodóvar¹², L. Lojo¹³ y P. Carreira¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Instituto de Salud Musculoquelética. Madrid. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital

Universitario La Princesa. Madrid. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Madrid Norte Sanchinarro. Madrid. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital Infanta Leonor. Madrid.

Objetivos: Describir las características y asociaciones clínicas de la AC en las MI, en el registro multicéntrico REMICAM. Posibles factores de riesgo. Factores relacionados con la supervivencia.

Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico retrospectivo del registro REMICAM. Se diagnosticaron de acuerdo a los criterios de Bohan y Peter, entre ene1980 y dic2014, y se clasificaron en 7 subgrupos diferentes: dermatomiositis primaria (DM), polimiositis primaria (PM), dermatomiositis juvenil (JuvM), miositis asociada a cáncer (CAM), miositis en superposición (OM), miositis por cuerpos de inclusión (IBM) y miositis necrotizante (NM). Se definió arritmias cardiacas (EKG ± Holter), miocarditis y/o pericarditis (ecocardiograma). Se realizó estadística descriptiva y análisis univariante y multivariante. La supervivencia se analizó mediante curvas de Kaplan Meier.

Resultados: De 479 pacientes (74% m, 44 ± 23 a al diagnóstico, 10 ± 8 a de seguimiento, 28% PM, 22% DM, 19,9% OM, 19,2% JuvM, 8,4% CAM, 1,3% IBM, 1,3% NM), 98 (21%) presentaban AC: 53 arritmia, 25 miocarditis y 30 pericarditis. Los pacientes con AC eran mayores al diagnóstico (55 vs 40 a, p < 0,0001), y presentaban más frecuentemente DM (p = 0,003). La AC globalmente se asociaba con mayor edad (p = 0,003), enfermedad cardiovascular (ECV) (p < 0,0001), hipertensión pulmonar (HP) (p = 0,005), disfagia (p = 0,016), menor presencia de calcinosis (p = 0,004) y mayor velocidad de sedimentación (p = 0,003). La arritmia se asociaba con mayor edad (p = 0,007), ECV (p < 0,0001) y menor calcinosis. La miocarditis se asociaba con HP (p = 0,03), HTA (p = 0,002) y disfagia (p < 0,001). La pericarditis se asociaba con ECV (p = 0,004), Raynaud (p = 0,008) y cáncer (p = 0,01) (tabla). La supervivencia media fue de 16 ± 3 y 35 ± 10 años para pacientes con o sin AC (p < 0,0001). Siete pacientes se perdieron para el seguimiento, y 47 (52%) fallecieron, principalmente por evento CV (32%), infección (28%), cáncer (17%) y afectación intersticial pulmonar (4%).

	Arritmia	Miocarditis	Pericarditis
	OR IC95% p	OR IC95% p	OR IC95% p
Edad al diagnóstico	1,04 (1,01-1,06) 0,007	No significativo	No significativo
Sexo (mujer)	No significativo	No significativo	No significativo
Tabaquismo	No significativo	7,2 (1,8-29) 0,005	No significativo
Subgrupo MI (PM/DM)	No significativo	No significativo	No significativo
Factores de riesgo cardiovascular	6,2 (1,4-28) < 0,0001	No significativo	No significativo
Hipertensión arterial	No significativo	10,3 (1,4-45) 0,002	No significativo
Enfermedad cardiovascular	6,7 (2,9-16) < 0,0001	No significativo	4,5 (1,6-13) 0,004
Neoplasia	No significativo	No significativo	7,9 (2,7-24) < 0,0001
Conectivopatía	No significativo	No significativo	3,1 (1,1-8,8) 0,04
Enfermedad Pulmonar Intersticial	No significativo	3,6 (0,9-13,4) 0,06	No significativo
Disfagia	No significativo	4 (1,7-9,2) 0,001	No significativo

Conclusiones: La AC aparece en el 20% de los pacientes con MI, y confiere mal pronóstico, con elevada mortalidad. La arritmia se asocia con mayor edad y ECV, lo que sugiere que otros factores pudieran influir en la supervivencia, pero la miocarditis se asocia con disfagia, lo que sugiere la presencia de una enfermedad más grave.

180. ADALIMUMAB EN LA UVEÍTIS REFRACTARIA DEL SÍNDROME DE BEHÇET. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 74 PACIENTES A CORTO Y LARGO PLAZO, Y OPTIMIZACIÓN DE DOSIS

L.C. Domínguez-Casas¹, V. Calvo-Río¹, E. Beltrán², J. Sánchez-Bursón³, M. Mesquida⁴, A. Adán⁴, M.V. Hernández⁴, M. Hernández Garfella², E. Valls Pascual⁵, L. Martínez-Costa⁵, A. Sellas-Fernández⁶, M. Cordero Coma⁷, M. Díaz-Llopis⁸, R. Gallego⁸, D. Salom⁸, J.L. García Serrano⁹, N. Ortego⁹, J.M. Herreras¹⁰, Á.M. García-Aparicio¹¹, O. Maíz¹², A. Blanco¹², I. Torre¹³, D. Díaz Valle¹⁴, E. Pato¹⁴, E. Aurrocochea¹⁵, M.A. Caracuel¹⁶, F. Gamero¹⁷, E. Mínguez¹⁸, C. Carrasco Cubero¹⁹, A. Olivé²⁰, J. Vázquez²¹, Ó. Ruiz Moreno²², F. Jiménez-Zorzo²², J. Manero²², S. Muñoz Fernández²³, M. Gandía Martínez²⁴, E. Rubio-Romero²⁵, F.J. Toyos Sáenz de Miera²⁶, F.J. López Longo²⁷, J.M. Nolla²⁸, M. Revenga Martínez²⁹, N. Vegas-Revenga¹, C. Fernández¹, R. Demetrio-Pablo¹, J. Rueda-Gotor¹, M.A. González-Gay¹ y R. Blanco¹

¹Servicios de Reumatología y Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Servicios de Reumatología y Oftalmología. Hospital General Universitario de Valencia. ³Servicio de Reumatología. Hospital de Valme. Sevilla. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. ⁵Servicios de Reumatología y Oftalmología. Hospital Dr. Peset. Valencia. ⁶Servicio de Reumatología Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁷Servicio de Oftalmología. Hospital de León. ⁸Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario La Fe. Valencia. ⁹Servicio de Oftalmología y Enfermedades Autoinmunes. Hospital San Cecilio. Granada. ¹⁰Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario. IOBA. Valladolid. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital de Toledo. ¹²Servicios de Reumatología y Oftalmología. Hospital Donostia. San Sebastián. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital Basurto. Bilbao. ¹⁴Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ¹⁵Servicio de Reumatología. Hospital Sierrallana. Torrelavega. ¹⁶Servicio de Reumatología. Hospital de Córdoba. ¹⁷Servicio de Reumatología. Hospital San Pedro de Alcántara. ¹⁸Servicio de Oftalmología. Hospital Clínico de Zaragoza. ¹⁹Servicio de Reumatología. Hospital de Mérida. ²⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ²¹Servicio de Reumatología. Hospital de Ferrol. ²²Servicios de Reumatología y Oftalmología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. ²³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. ²⁴Servicio de Reumatología. Hospital Puerta del Mar. Cádiz. ²⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ²⁷Servicio de Reumatología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ²⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ²⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: El tratamiento de la uveítis asociada a enfermedad de Behçet (EB) se basa en la inmunosupresión con corticoides e inmunosupresores convencionales. En los casos refractarios se pueden

iniciar anti-TNF α . Adalimumab (ADA) ha demostrado eficacia en estudios fase III doble ciego aleatorizados estudio VISUAL I (Jafee et al. N Engl J Med. 2016;375:932-43) y VISUAL II (Nguyen et al. Lancet. 2016;388:1183-92). El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia a corto y largo plazo de ADA y la optimización del mismo.

Métodos: Estudio multicéntrico de 74 pacientes seguidos en unidades de uveítis de 47 hospitales, en los que se inició ADA por uveítis asociada a EB refractaria al tratamiento convencional con corticoides y al menos un inmunosupresor sistémico. La inflamación ocular se evaluó según "the Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) working Group" (Am J Ophthalmol. 2005;140:509-16), y el espesor macular por tomografía de coherencia óptica (OCT). Se hizo una comparación entre la visita de inicio de ADA, a la 2ª semana, 1^{er}, 3^{er} y 6º mes y 1^{er}, 2º y 3^{er} año. El análisis estadístico se realizó con el software STATISTICA (Statsoft Inc. Tulsa, Oklahoma, EEUU). Los resultados se expresan como media \pm DE para las variables con distribución normal, o como mediana [25-75 IQR] cuando no es normal. La comparación de las variables continuas se realizó con el test de Wilcoxon.

Resultados: Se estudiaron 74 pacientes/132 ojos afectados (39 hombres/35 mujeres); edad media de 38,7 \pm 11,3 años. El HLA-B51 era positivo en un 68,91%. El patrón de afectación ocular fue panuveítis (n = 45), uveítis posterior (n = 14), anterior (n = 14) e intermedia (n = 1). Previamente a ADA y como tratamiento sistémico además de corticoides vía oral habían recibido, bolos iv de metilprednisolona (n = 23), ciclosporina A (CyA) (58), azatioprina (AZA) (33), metotrexato (MTX) (31), y otros fármacos (28). La dosis de ADA era de 40 mg/2 semanas/sc. El ADA se utilizó en monoterapia (n = 22) o combinado con inmunosupresores (n = 52): CyA (n = 29), MTX (n = 11), AZA (n = 10) y micofenolato (n = 2). La mayoría de los pacientes tuvieron una mejoría rápida y progresiva de los parámetros de inflamación intraocular (tabla). Los 24 pacientes (37 ojos) que presentaban edema macular quístico (EMQ) (OCT > 300 μ) mejoraron significativamente. En 23 de los 74 pacientes (31,1%), que llevaban en remisión 15,3 \pm 9 meses se optimizó el ADA tras una media de tratamiento estándar de 26,5 \pm 18,6 meses. En los 23 pacientes se aumentó el intervalo de administración de ADA hasta 3 semanas (n = 6), 4 (n = 13), 5 (n = 1), 6 (n = 1) y 8 semanas (n = 2). Tras un seguimiento medio de 13,04 \pm 9,68 meses tras la optimización, 21 pacientes seguían estables y 2 pacientes tuvieron un brote grave restaurándose la dosis (40 mg/sc/2 ss), alcanzando de nuevo la remisión. En 4 pacientes se pudo además suspender ADA tras 35,2 \pm 9,3 meses en remisión, no objetivándose nuevos brotes tras seguimiento medio de 20 \pm 6,9 meses tras la suspensión. En la serie completa (n = 74), los principales efectos adversos observados fueron linfoma (n = 1), neumonía (1), erupción cutánea (1) y bacteriemia por E. coli 2ª a pielonefritis (1).

Conclusiones: El ADA es eficaz a corto y a largo plazo en uveítis asociadas a EB refractarias al tratamiento convencional. La optimización o incluso suspensión de ADA es factible.

Tabla Póster 180

Evolución de los parámetros oculares

	Basal	2ª semana	1 ^{er} mes	3 ^{er} mes	6º mes	1 ^{er} año	2º año	3 ^{er} año
AV (mediana [IQR])	0,56 \pm 0,33 n = 146	0,6 \pm 0,31* n = 144	0,68 \pm 0,29* n = 143	0,73 \pm 0,28* n = 142	0,77 \pm 0,26* n = 120	0,80 \pm 0,26* n = 112	0,81 \pm 0,25* n = 89	0,84 \pm 0,24* n = 41
Células cámara anterior (mediana [IQR])	1 [0-2] n = 144	0 [0-2]* n = 142	0 [0-1]* n = 142	0 [0-0]* n = 139	0 [0-0]* n = 120	0 [0-0]* n = 116	0 [0-0]* n = 92	0 [0-0]* n = 42
Vitritis (mediana [IQR])	1 [0-2] n = 145	0,5 [0-1]* n = 143	0 [0-1]* n = 143	0 [0-0,25]* n = 140	0 [0-0]* n = 124	0 [0-0]* n = 116	0 [0-0]* n = 92	0 [0-0]* n = 42
Vasculitis retiniana (% ojos afectados)	53,37% n = 144	43,24%* n = 141	36,48%* n = 142	17,56%* n = 139	11,48%* n = 123	4,05%* n = 116	0,67%* n = 92	0,67%* n = 42
OCT (μ) (media \pm DE)	345,52 \pm 134,57 n = 82	341,09 \pm 108,60* n = 65	309,79 \pm 83,04* n = 64	287,98 \pm 55,07* n = 63	268,11 \pm 38,42* n = 52	254,47 \pm 38,55* n = 55	259,57 \pm 41,22* n = 42	254,55 \pm 48,97* n = 20

*p < 0,05. AV = agudeza visual.

181. FENOTIPO CLÍNICO DE 49 PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTISINTETASA

C. Carrasco Cubero¹, S. Rojas Herrera², P. Cossío Jiménez², M. Espárrago Rodilla³ y E. Chamizo Carmona²

¹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. ²Servicio de Reumatología; ³Servicio de Análisis Clínicos. Hospital de Mérida.

Introducción: Los anticuerpos encontrados en pacientes con miositis inflamatoria idiopática (MII) se clasifican en específicos (AEM) y asociados (AAM) a miositis. El síndrome antisintetasa (SAS) se caracteriza por MII, anticuerpos antisintetasa (AAS), artritis, fenómeno de Raynaud (fR), manos de mecánico y enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID). Han sido identificados 8 AAS, dirigidos contra 8 aminocyl-tRNA sintetetasas: Jo-1 (histidyl), PL-7 (threonyl), PL-12 (alanyl), OJ (isoleucyl), EJ (glycyl), KS (asparaginy), Zo (phenylalanyl) y Ha (tyrosyl). Cada AAS parece definir un fenotipo clínico distinto. La asociación de un AAS con otros AAM podría modificar dicho fenotipo.

Objetivos: Investigar si pacientes con AAS en nuestro medio presentan un fenotipo determinado y cómo influye la asociación de AAS y AAM en dicho fenotipo.

Métodos: Revisamos las historias clínicas de los 49 pacientes que tuvieron resultados positivos para AAS confirmados en el Servicio de Inmunología, entre 2009 y 2016. La técnica empleada fue Immunoblot (EUROLINE Myositis Profile 3 (IgG)) e incluyó la siguiente batería: Jo1, PL7, PL12, EJ, OJ, SRP, Mi2, PM-Scl, Ku y Ro52. Estudiamos la asociación entre cada AAS y las distintas manifestaciones clínicas de los pacientes.

Resultados: Encontramos 49 pacientes, 69,4% mujeres, con medias de edad de 58,8 años (DE 15,38) y de seguimiento de 35,3 meses (DE 24,0), que sumaron 56 AAS (20 Jo1, 22 PL7, 9 PL12, 1 EJ y 4 OJ). Coexistieron 2 AAS en 7 pacientes, (3 PL7/PL12, 2 PL7/OJ, 1 PL12/OJ y 1 Jo1/EJ). Las manifestaciones clínicas fueron 19 artritis, 8 fR, 17 miositis y 18 EPID. Las asociaciones entre AAS y clínica fueron significativas para: fR con PL12 (OR 7,2 (1,3, 38,3)) (p < 0,05) y con 2 AAS juntos (OR 12,7 (2,1, 77,9), Jo1 con miositis (OR 20,2 (4,4, 93,4) y EPID (OR 9,0 (1,7, 48,9)) (p < 0,01 ambas). De 22 pacientes con PL7, 2 tuvieron miositis (9,2%) y 5 EPID (22,7), 4 de ellos en ausencia de miositis. Ningún paciente con PL12 desarrolló miositis ni EPID. El doblete anti Jo1-anti Ro52, encontrado en 9 pacientes, se asoció a miositis (OR 10,5 (1,87, 59,03), EPID (OR 9,23 (1,66, 51,42) y a trombosis venosa (OR 19,5 (1,73, 219,15)) (p < 0,01 todas). El patrón radiológico de EPID fue más adverso en pacientes anti Jo1-Ro52 (2 FP, 5 NINE/FP) que en pacientes Jo1 sin Ro52 (2 BONO, 2 NINE, 1 NIU). La media de edad fue mayor en pacientes con PL7 (63,2 años) y menor en pacientes con PL12 (49,9 años) (p < 0,05 ambos). El seguimiento fue mayor en miositis (48,41 meses, p < 0,01) y menor en PL7 (27,67 meses p < 0,05).

Conclusiones: El fenotipo de los pacientes Jo1 fue diferente de aquellos con PL7 y/o PL12. La mayoría de los pacientes con Jo1 desarrollaron miositis y EPID. La asociación de Jo1 y Ro52 confiere peor

pronóstico pulmonar. Los pacientes con PL7 presentaron más EPID que miositis. La ausencia de EPID y miositis asociada a PL12 puede tener relación con la menor edad y seguimiento de estos pacientes.

182. PERFILES CLÍNICOS, DE LABORATORIO Y DESENLACE A LARGO PLAZO DE LA PAN CUTÁNEA JUVENIL: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

R. Castellanos-Moreira¹, S. Rodríguez-García¹, J.M. Mosquera¹, V. Asunción², E. Iglesias¹, J. Calzada¹, R. Bou¹ y J. Antón¹

¹Unidad de Reumatología Pediátrica; ²Servicio de Dermatología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Introducción: La poliarteritis nodosa cutánea (PANc) es una enfermedad rara que afecta a pequeños y medianos vasos de la dermis y tejido subcutáneo. Se cree que es una enfermedad mediada por el complejo inmune. El desencadenante conocido más común es el Estreptococo β-hemolítico del Grupo A. Las lesiones cutáneas incluyen livedo, nódulos, púrpura y necrosis, en la mayoría de los casos se limita a los miembros inferiores. La PANc puede presentar síntomas extracutáneos como fiebre, síntomas osteomusculares y neuropatía. El curso clínico se caracteriza por exacerbaciones y remisiones periódicas que pueden persistir durante muchos años, la mayoría de los pacientes responden a los AINEs y los glucocorticoides (GC), aunque algunos pacientes pueden requerir FAME y/o terapia inmunomoduladora.

Objetivos: Describir los diferentes patrones clínicos, hallazgos de laboratorio y desenlaces a largo plazo de la PANc juvenil en un hospital terciario.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo descriptivo, en los niños diagnosticados con PANc entre 2002-2016. El diagnóstico se basó en características clínicas confirmadas por biopsia según los criterios diagnósticos de Nakamura. Los datos incluyeron características clínicas, resultados de laboratorio y desenlaces.

Resultados: Se incluyeron 10 niños, encontramos un predominio femenino (70%), con una edad promedio de inicio de los síntomas de 9,9 años (r: 4,1-16,3). El retraso desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico confirmado por biopsia fue de 2 ± 2,3 meses; 4 pacientes fueron sometidos a una segunda biopsia debido a resultados no concluyentes en la primera. Los síntomas iniciales incluían afectación cutánea (100%), osteomuscular (50%), fiebre (40%) y pérdida de peso (10%). Otras características clínicas y de laboratorio se muestran en la tabla 1. Todos recibieron GC, 6 recibieron AINEs y 8 un FAME (HQC o MTX) como terapia de primera línea. Debido a la actividad persistente o recaída, se instauró tratamiento de rescate con pulsos de GC (20%), MMF (10%) o IVIG (20%). Sólo 1 paciente recibió profilaxis con penicilina debido a recaídas asociadas con infección estreptocócica. El tiempo medio de seguimiento fue de 3,9 años (r: 1,1-10,4). Sólo 4 pacientes tuvieron una enfermedad monofásica, seis sufrieron = 2 recaídas. En el último seguimiento 9 pacientes estaban en remisión, aunque sólo 3 sin tratamiento. Ningún paciente sufrió complicaciones.

Tabla Póster 181

Anticuerpos	Total de AAS	Coexistencia de 2 AAS	Doblete Jo1-Ro52	PL7	PL12	OJ	EJ	Jo1
Pacientes: n (%)	49 (100)	7 (14,3)	9 (18,4)	22 (44,9%)	9 (18,4)	4 (8,2)	1 (2,0)	20 (40,8)
Edad: años (DE)	58,8 (15,3)	52,4 (12,9)	57,1 (16,2)	63,2 (14,9)	49,8 (11,7)*	62,8 (16,0)	35,5	56,15 (14,8)
Seguimiento: meses(DE)	35,31 (24,0)	40 (33,4)	44,4 (29,8)	27,7 (21,4)*	32,8 (19,9)	37,5 (33,2)	91	43,25 (25,9)
Artritis: n (%)	19 (38,8)	3 (42,9)	1 (11,1)	10 (45,5)	4 (44,4)	1 (25)	0 (0,0)	7 (35)
Raynaud: n (%)	8 (16,3)	4 (50)**	3 (33,3)	2 (9,1)	4 (44,4)*	1 (25)	1 (100)	4 (20)
Miositis: n (%)	17 (34,7)	1 (14,3)	7 (77,8)**	2 (9,1)**	0*	1 (25)	1 (100)	14 (70)**
EPID: n (%)	18 (36,7)	1 (14,3)	7 (77,8)*	5 (22,7)	0*	1 (25)	1 (100)	12 (69)**
EPID sin miositis: n (%)	8 (16,3)	0	2 (22,2)	4 (18,2)	0	0	0	4 (20)
TVP: n (%)	4 (8,2)	0	3 (33,3)**	1 (4,5)	0	0	0	3 (15)
Neoplasias: n (%)	6 (12,2)	0	1 (11,1)	3 (13,16)	0	0	0	3 (15)
Exitus: n (%)	7 (14,3)	0	2 (22,2)	4 (18,2)	0	0	0	3 (15)

*p < 0,05; **p < 0,01.

Síntomas cutáneos	100%	VSG (mm/h)	27,7 ± 29,7 (2-97)
Nódulos	80%		
Livedo	40%	PCR (mg/L)	26,4 ± 47,9 (1,5-145)
Púrpura	40%		
Ulceras	10%	Leucocitos (× 10 ⁹ /L)	8,6 ± 5,3 (4,5-20,0)
Necrosis	10%		
Síntomas articulares	40%		
Artralgias	20%		
Artritis	20%		
Síntomas musculares	30%		
Mialgias	20%		
Miositis	10%		
Neuropatía	10%		
Localización			
Extremidades inferiores	80%		
Extremidades superiores	30%		
Axial	30%		

Conclusiones: Los hallazgos clínicos y de laboratorio en nuestro centro son similares a anteriores comunicaciones. Sin embargo, nuestra serie presentó un mayor número de recaídas y requerimiento de FAME.

183. UNIDAD DE COORDINACIÓN DE FRACTURAS (FLS) LOCAL: CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN A 6 MESES DE LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA DE BAJO IMPACTO. DATOS PRELIMINARES

J. Rosas¹, C. Cano², M. Lorente², A. Pons², E. Salas¹, T. Llinares³, M. Hernández⁴, J.M. Senabre-Gallego¹, M. Marco-Mingot⁵, J.D. Alvarado⁴, G. Santos-Soler¹, H. Arcos⁴, A. García⁴, J.I. Hernández⁴, J.J. Jiménez⁴, X. Barber⁶, C. López⁴, M.D. López⁴, A.M. Molinos⁴, B. Statti⁴, M. Sanchís⁶ y el Grupo FLS-HMB y AIRE-MB

¹Servicio de Reumatología; ²Enfermería de Reumatología; ³Servicio de Traumatología; ⁴Servicio de Radiología; ⁵Servicio de Laboratorio. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ⁶CIO-Universidad Miguel Hernández. Elche.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes que han sufrido fractura de cadera y su evolución durante los 6 primeros meses posfractura.

Métodos: Estudio observacional prospectivo, de 6 meses de seguimiento, realizado en > 60 años, ingresados en nuestro centro por fractura de cadera de bajo impacto, desde 1/enero a 30/junio de 2016, evaluados en una unidad de coordinación fractura, en reumatología. A los 3-4 meses del alta hospitalaria, se evalúan y se recogen en una misma visita: datos epidemiológicos (edad, sexo), de su ingreso (días de ingreso; tratamiento previo y al alta de fármacos para osteoporosis/OP; analítica general y nivel de 25-OH-vitamina D), antecedentes de OP, enfermedades o fármacos osteopenizantes, densitometría ósea (DMO) de columna lumbar y cadera, radiología lateral de columna dorsal y lumbar y finalmente se decidía el tratamiento. Además se revisó la historia electrónica previa y posterior a los 6 meses de la fractura.

Resultados: De los 152 pacientes > 60 años, que ingresaron en 2016 por fractura de cadera de bajo impacto, 77 (51%), ingresaron en los primeros 6 meses del año. Sin embargo, no se pudieron analizar los datos de radiología o DMO de 30 (39%) pacientes, 16 (21%) de ellos por fallecimiento y en 14 (18%) por pérdida del seguimiento. El 56% eran mujeres, con edad media de 80 ± 9,62 años (mediana: 80,5 años; rango: 61-100 años), con un índice de masa corporal medio de 26,02 ± 6,2. La edad media de menopausia era de 49 ± 5 años. El 1% de los pacientes, seguía tratamiento con corticoides al ingreso y en el 2% de los pacientes, se constató una enfermedad osteopenizante (EPOC). El tiempo medio de ingreso fue de 7,57 ± 2,51 días. En el 3% de los pacientes, había constancia en la historia previa a la fractura de estar diagnosticados de osteoporosis y recibir tratamiento específico, que continuaron al alta. En la analítica del

ingreso, el nivel medio de calcio, fósforo y fosfatasa alcalina era normal. Sin embargo, el nivel medio de 25-OH-vitamina D fue 13,55 ± 8,63 ng/ml (mediana: 12 ng/ml; rango: < 4 a 29 ng/ml). En 11 de los 27 (41%) pacientes, en los que se dispone de radiología, se demostró la presencia de fractura vertebral. El índice de T medio de la DMO fue, en columna lumbar -1,8 ± -1,65 DE (en el 32% de los pacientes, el resultado era normal, en 36% osteopenia y en 32% osteoporosis); en cuello femoral: -2,59 ± -0,77 DE (en el 27% de pacientes el resultado era de osteopenia y en el 77% de osteoporosis) y en cadera total: -2,56 ± -0,86 DE (en el 56% de pacientes el resultado era de osteopenia y en el 44% de osteoporosis) y en Ward de -3,2 DE. El 100% de los pacientes evaluados en reumatología, inició tratamiento específico para la osteoporosis: zoledronato: 40%, alendronato: 20%, denosumab: 25%, PTH: 15%.

Conclusiones: En los pacientes con fractura de cadera: 1) La mortalidad es elevada (21%), en los primeros 6 meses del periodo posfractura. 2) La prevalencia de fractura vertebral es del 40%. 3) Se acompaña de niveles muy bajos en sangre de vitamina D. 4) En un porcentaje elevado el resultado de la DMO es normal o de osteopenia. 5) Un mínimo número de pacientes recibe tratamiento específico para osteoporosis, tras la fractura. 6) La evaluación en una unidad de coordinación fracturas (FLS), asegura la evaluación y tratamiento de los pacientes.

Agradecimientos: el estudio fue apoyado con una beca de investigación, de la Asociación para la Investigación en Reumatología de la Marina Baixa (AIRE-MB).

184. LOS NEUTRÓFILOS JUEGAN UN PAPEL CLAVE EN LA REGULACIÓN DE LA INFLAMACIÓN CRÓNICA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE A TRAVÉS DE MECANISMOS EPIGENÉTICOS MODULADOS POR ANTICUERPOS ANTI-CCP Y REVERTIDOS POR TERAPIAS BIOLÓGICAS

P. Ruiz-Limón, I. Arias de la Rosa, C. Pérez-Sánchez, Y. Jiménez-Gómez, M. Ábalos-Aguilera, M.A. Caracuel, R. Ortega, P. Font, M.A. Aguirre, J. Calvo, C. Castro, E. Collantes-Estévez, A. Escudero-Contreras, Ch. López-Pedraza y N. Barbarroja

Servicio de Reumatología. IMIBIC/Reina Sofía Hospital. Córdoba.

Introducción: Se ha demostrado en pacientes con artritis reumatoide (AR) una alteración de la expresión de miRNAs en células mononucleadas de sangre periférica, tejido sinovial y fibroblastos, directamente asociada a la inflamación, la degradación de la matriz extracelular y el comportamiento invasivo de las células infiltradas en el sinovio.

Objetivos: Investigar el perfil de expresión de miRNAs en neutrófilos de líquido sinovial (LS) y sangre periférica (SP) de pacientes AR, su papel en la patogénesis de la enfermedad y la respuesta terapéutica.

Métodos: Se aislaron neutrófilos de SP de 25 pacientes AR y 25 donantes sanos. (DS). De forma paralela, se aislaron neutrófilos sinoviales de muestras pareadas del LS de 15 pacientes AR. Mediante un ensayo nCounter se realizó un array de 800 miRNAs. Utilizando el software Ingenuity pathways analysis (IPA) se identificaron los genes diana potenciales de los miRNAs alterados. Neutrófilos aislados de 5 pacientes con AR se trataron in vitro con tocilizumab (20 µg/ml) o infliximab (0,1 mg/ml) durante 6 horas. Para evaluar el papel de los anticuerpos anti-CCPs en la expresión alterada de dichos miRNAs, neutrófilos aislados de 5 DS fueron tratados in vitro con IgGs anti-CCPs purificados de pacientes AR solos o en combinación con infliximab o tocilizumab. Finalmente, neutrófilos aislados de pacientes con AR fueron co-transfectados con los pre-miRNAs -126 y -148.

Resultados: 94 miRNAs se observaron significativamente reducidos y 3 aumentados en neutrófilos de SP de pacientes AR en relación a

DS. En LS, 34 miRNAs se encontraron significativamente más reducidos que en neutrófilos de SP. El análisis funcional mostró que los miRNAs alterados estaban principalmente involucrados en enfermedad inmune y respuesta inflamatoria, sugiriendo que regulan el perfil particularmente inflamatorio que muestran estas células en la AR. Asimismo, observamos una expresión reducida de genes implicados en la biogénesis de los miRNAs y un aumento en la expresión de sus genes diana. El tratamiento in vitro de neutrófilos de DS con anti-CCPs redujo la expresión de los miRNAs y aumentó los niveles de sus proteínas diana. El tratamiento in vitro de neutrófilos aislados de pacientes AR con infliximab revirtió la expresión de estos miRNAs y los genes involucrados en su biogénesis, y redujo los niveles de sus proteínas diana. Finalmente, la cotransfección de neutrófilos de pacientes con AR con los pre-miRNAs 126 y 148 redujo los niveles de sus proteínas diana.

Conclusiones: 1) Los neutrófilos de pacientes AR muestran una alteración en la biogénesis de miRNAs modulada por los anticuerpos anti-CCPs y asociada a su activación y capacidad de migración a zonas inflamadas. 2) La reducción de la expresión de numerosos miRNAs ligados a la función inflamatoria, aún más acentuada en neutrófilos sinoviales, podría explicar el perfil tan inflamatorio que poseen estas células dentro del sinovio. 3) El IFX ejerce su efecto anti-inflamatorio en neutrófilos mediante la modulación de la expresión de miRNAs específicos. 4) Los miRNAs 126 y 148 regulan la expresión de numerosas proteínas inflamatorias en neutrófilos AR. En suma, el presente estudio demuestra que los neutrófilos juegan un papel clave en la regulación de la inflamación crónica en la AR. Su efecto, asociado a mecanismos epigenéticos, parece estar mediado por los anticuerpos anti-CCP y es revertido por terapias biológicas.

Financiado por CTS7940, PI2013-0191, ISCIII-FIS (CP15/00158, PI15/01333).

185. ASOCIACIÓN ENTRE NIVELES DE FÁRMACO Y ACTIVIDAD CLÍNICA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS TRATADOS CON GOLIMUMAB

C. Redondo¹, A. Martínez², Ch. Plasencia¹, A. Jochems², D. Pascual-Salcedo², V. Navarro-Compán¹, M.G. Bonilla¹, I. Monjo¹ y A. Balsa¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Inmunología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: Golimumab (Glm) es un anticuerpo monoclonal humanizado contra el TNF α que ha demostrado tener eficacia como tratamiento de pacientes con espondiloartritis (EspA). No obstante, hay datos escasos que determinen una asociación de una concentración óptima de niveles del fármaco para mantener un buen control de la actividad de la enfermedad. En la cohorte SpA-Paz se ha definido previamente una concentración óptima de niveles de Glm asociados a buena respuesta clínica.

Objetivos: Analizar la asociación entre los niveles séricos de Glm según la concentración óptima definida previamente en la cohorte SpA-Paz y la actividad de la enfermedad en una cohorte mayor de EspA en tratamiento con Glm.

Métodos: Se ha realizado un estudio observacional de la cohorte prospectiva SpA-Paz en tratamiento con Glm. Se midió la actividad clínica mediante el ASDAS y la mejoría clínica mediante el delta-ASDAS en el momento basal y a los 6 y 12 meses del comienzo de Glm. Se consideró baja actividad si ASDAS < 2,1 y mejoría clínicamente importante si delta-ASDAS = 1,1. Los niveles de fármaco se midieron mediante ELISA a los 6 y 12 meses. Se clasificó los niveles de fármaco en 3 grupos según concentración óptima previamente descrita en nuestra cohorte: grupo 1 (< 0,7 ng/dl), grupo 2 (0,7-1,4 ng/dl), grupo 3 (> 1,4 ng/dl). A los 12 meses se hizo un análisis

LOCF para incluir los datos de los pacientes (11 pts) con un tiempo en Glm < 12 meses. El análisis estadístico de los datos se ha realizado mediante el software Graph-Pad Prism 6.

Resultados: De los 79 pacientes de la cohorte SpA-Paz tratados con Glm, se incluyeron 46 pacientes en el estudio. La edad media de la cohorte fue de 49 años (rango de edad de 22 a 72 años), 31 varones (67%) y 15 mujeres (33%). 22 pacientes (48%) eran no fumadores, y 13 (28%) eran fumadores activos. 25 pacientes eran HLA-B27 positivo (54%). Del total de pacientes, 17 (37%) estaban en grupo 1, 16 (35%) en grupo 2 y 13 (28%) en el grupo 3. Al año de tratamiento, la mayor parte de los pacientes en baja actividad estaban clasificados en los grupos 2 y 3, en cambio la mayoría de los pacientes activos se clasificaron en el grupo 1 (76% en grupo 2 y 3 vs 41% en grupo 1 con ASDAS < 2,1; 24% en grupo 2 y 3 vs 53% en grupo 1 con ASDAS = 2,1, p < 0,0001). Asimismo, se observó que la mejoría clínica fue significativamente mayor en los pacientes en grupos 2 y 3 (62% en grupo 2 y 3 vs 35% en grupo 1, p < 0,0002). No se observaron diferencias en la mejoría clínica entre el grupo 2 frente al 3. Abandonaron el tratamiento 11 pacientes (24%), 1 por efecto adverso y 10 por ineficacia, de los cuales el 50% (5) estaban en el grupo 1 en el momento de la suspensión.

Conclusiones: En nuestra cohorte de EspA en tratamiento con Glm, la mayoría de los pacientes con baja actividad y una mejoría clínicamente importante se clasificaron en el grupo de concentración óptima o supraóptima. Niveles de fármaco en el grupo de concentración supraóptima no parecen tener un beneficio mayor en la mejoría clínica.

186. EFECTO DEL METOTREXATO, LA LEFLUNOMIDA Y LA HIDROXICLOROQUINA EN LA RESISTENCIA A LA INSULINA Y LA OBESIDAD ASOCIADAS A LA ARTRITIS REUMATOIDE: MODELOS MURINOS DE ARTRITIS

I. Arias de la Rosa, Y. Jiménez-Gómez, P. Ruiz-Limón, C. Pérez-Sánchez, M.C. Abalos, E. Collantes, A. Escudero-Contreras, Ch. López-Pedreira y N. Barbarroja

Servicio de Reumatología. Instituto Maimónides para la Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Hospital Reina Sofía/Universidad de Córdoba.

Introducción: Diversos estudios han demostrado el desarrollo de complicaciones metabólicas como la resistencia a la insulina y la obesidad en pacientes con artritis reumatoide (AR). Ello ha conducido a la búsqueda de terapias que, además de reducir la actividad de la enfermedad, modulen dichas complicaciones metabólicas. Hoy en día el tratamiento más común de la AR consiste en el uso de terapias inmunomoduladoras FAMES (Fármacos moduladores de la enfermedad) solas o en combinación. Aún se desconoce su efecto beneficioso/deletéreo sobre las alteraciones metabólicas asociadas a la enfermedad cardiovascular, prevalente en estos pacientes.

Objetivos: Comparar el efecto de las terapias con metotrexato, hidroxicloroquina y leflunomida sobre la obesidad y la resistencia a la insulina en un modelo de ratón obeso con artritis.

Métodos: Se desarrolló un modelo de artritis inducida por colágeno (CIA) en ratones obesos y delgados. Se utilizaron 55 ratones C57Bl/6 de 4-5 semanas. 41 ratones fueron alimentados con dieta alta en grasas hasta alcanzar un peso de 30g (obesidad (OB)). Grupos de estudio: 5 ratones delgados sanos, 9 ratones delgados CIA, 5 ratones OB sin artritis, 9 ratones OB-CIA, 9 ratones OB-CIA tratados con Leflunomida (10 mg/kg diarios), 9 ratones OB-CIA tratados con Metotrexato (3 mg/kg 3 veces por semana) y 9 ratones OB-CIA tratados con hidroxicloroquina (60 mg/kg diarios) durante 15 días. Se midió el peso de los ratones y el número de articulaciones inflamadas diariamente. Tras los tratamientos se realizó el test de tolerancia a la glucosa, basado en la inyección de una solución de glucosa

intraperitoneal y el análisis de las concentraciones de glucosa en sangre a los 0, 10, 20, 30, 60 y 120 minutos de la inyección.

Resultados: Los ratones obesos desarrollaron la enfermedad antes que los ratones delgados y la cursaron con una mayor severidad (mayor número de articulaciones inflamadas). En relación a la progresión de la enfermedad, se observó que los tres fármacos redujeron significativamente el número de articulaciones inflamadas desde el segundo día de tratamiento. Tras 15 días de tratamiento, las terapias más efectivas en inhibir la inflamación de las articulaciones fueron la hidroxycloquinina y el metotrexato. El desarrollo de AR tanto en ratones delgados como obesos no afectó al peso del animal. De los tratamientos administrados, solo la hidroxycloquinina redujo significativamente el peso del ratón tras 11 días de terapia. El test de tolerancia a la glucosa reveló que el área bajo la curva era significativamente menor en ratones OB-CIA tras tratamiento con hidroxycloquinina comparado con los ratones OB-CIA sin tratamiento, lo que sugirió una mejora en la sensibilidad a la insulina. No se observó ningún efecto beneficioso en respuesta a metotrexato y leflunomida.

Conclusiones: 1) La obesidad acelera la aparición y agrava el curso de la AR en ratones. 2) De entre los tres FAMES incluidos en este estudio, solo la hidroxycloquinina produjo un efecto beneficioso en el metabolismo de ratones artríticos obesos, reduciendo el peso y mejorando la sensibilidad a la insulina. Estos resultados sugieren que la hidroxycloquinina podría ser utilizada como una excelente estrategia terapéutica en pacientes con AR para reducir la inflamación en las articulaciones y aminorar las complicaciones metabólicas asociadas.

Financiado por PI2013-0191, ISCIII-FIS (CP15/00158) y Roche Farma S.A.

187. PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA SARCOIDOSIS EN PACIENTES REGISTRADOS EN UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE NEUMOLOGÍA Y REUMATOLOGÍA

P. Bogas¹, M. Pera³, M.G. Bonilla¹, L. Gómez-Carrera², C. Plasencia¹, C. Tornero¹, E. Moral¹, R. Álvarez-Sala² y A. Balsa¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. HIGA San Martín de La Plata. Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad sistémica granulomatosa de etiología desconocida con una presentación clínica heterogénea. La anatomía patológica es de gran utilidad diagnóstica, pero con frecuencia ha de combinarse con otras pruebas diagnósticas.

Objetivos: Analizar en nuestra cohorte de pacientes diagnosticados de sarcoidosis las características demográficas, las manifestaciones clínicas y los hallazgos radiológicos y espirométricos más comunes.

Métodos: Estudio transversal de 52 pacientes con diagnóstico de sarcoidosis estudiados entre 1998-2016 en la Consulta multidisciplinar de Conectivopatía y Pulmón de nuestro hospital. Se revisaron las historias clínicas y se recogieron datos demográficos, presentación clínica, estadiaje según Rx de tórax, presentación en TC, pruebas de función respiratoria, recuento celular en lavado broncoalveolar (LBA) y resultados de anatomía patológica obtenidos mediante biopsia transbronquial (BPTB), mediastinoscopia o videotoracosocopia.

Resultados: Se incluyeron 52 pacientes. 30 (57,7%) mujeres, 22 (42,2%) no fumadores. La edad media de debut clínico fue de $47,3 \pm 13,6$ años. En 4 fue un hallazgo casual, 48 (92,3%) presentaron síntomas, de ellos 24 (50%) tenía respiratorios; 37,5% tos y 33,3% disnea. En cuanto a las manifestaciones extrapulmonares (MAEs), la articular fue la más frecuente en 12 pacientes (25%), seguida del eritema nodoso en 7 (14,6%) y uveítis en 6 (12,5%). El principal

hallazgo en la Rx de tórax fueron las adenopatías hiliares (estadio I) 31 casos, (69%). 48 casos (92,3%) tenían en la TC adenopatías y en 18 (34,6%) afectación intersticial, el patrón predominante fue el micronodular en 12 (23,1%). El patrón restrictivo en PFR se objetivó en 45 casos (88,2%). La BPTB/EBUS confirmó el diagnóstico histológico en 31 (67%) de los 47 en los que se realizó. De los 25 de los que se disponía de lavado broncoalveolar, el 80% tenía más de 15% de linfocitos, y un 71,4% un índice CD4/CD8 > 3,5.

Conclusiones: La mitad de nuestros casos debutó con síntomas respiratorios, siendo la tos el más frecuente. La MAE más común fue la artritis. Los principales hallazgos radiológicos fueron las adenopatías hiliares en Rx de tórax (estadio I). La BC permitió la confirmación histológica en el 67% en los que se realizó. La presentación heterogénea de esta patología hace que la existencia de consultas multidisciplinares facilite el diagnóstico precoz.

188. UTILIDAD DEL PET EN EL DIAGNÓSTICO DE LA AORTITIS. ESTUDIO DE 170 PET DE UN MISMO CENTRO EN LOS 6 ÚLTIMOS AÑOS

D. Prieto-Peña¹, N. Vegas-Revenga¹, J. Loricera¹, I. Martínez-Rodríguez², J.I. Banzo², M. Calderón-Goercke¹, V. Calvo-Río¹, C. González-Vela³, A. Corrales¹, J. González-Vela¹, M.Á. González-Gay¹, J.L. Hernández⁴ y R. Blanco¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Nuclear; ³Servicio de Anatomía Patológica; ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Universidad de Cantabria. Santander.

Objetivos: La aortitis es una inflamación de la pared aórtica que, en ocasiones, resulta difícil de diagnosticar debido a su sintomatología inespecífica. El PET constituye una herramienta prometedora para el diagnóstico precoz de una aortitis. Sin embargo tiene como inconveniente su elevado coste. Nuestro objetivo fue evaluar los PET solicitados ante una sospecha de aortitis y buscar factores predictivos de positividad del PET.

Métodos: Estudio de los PET solicitados por sospecha diagnóstica de aortitis en un Hospital Universitario entre enero del 2010 y diciembre del 2016. De acuerdo a un protocolo preestablecido se revisaron las variables epidemiológicas y clínicas más características de la aortitis. Realizamos un estudio comparativo entre los pacientes con PET positivo y negativo para aortitis con el fin de conocer las variables que pueden constituir signos de alarma de aortitis. La comparación entre proporciones en ambos grupos, se realizó mediante el test de χ^2 de Pearson o el test de Fisher y entre las variables cuantitativas mediante las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney.

Resultados: Se solicitaron 170 PET por sospecha de aortitis en este período de tiempo. El PET fue positivo en 93 (54,7%) de los 170 pacientes. Los 170 pacientes (113 mujeres/57 varones) tenían una edad media de $67,7 \pm 13,1$ años (rango 20-90 años). De uno de los 93 pacientes con aortitis no disponíamos de los datos suficientes y se excluyó. Las enfermedades basales en las que se solicitó el PET fueron las siguientes: Arteritis células gigantes (ACG) (n = 28), espondiloartritis (n = 7), conectivopatías (n = 6), arteritis de Takayasu (n = 3), colitis ulcerosa (n = 3), otras (n = 11). Los restantes 111 PET no tenían ninguna enfermedad basal sugestiva de aortitis. En dos de los 170 pacientes se sospechaba una aortitis infecciosa (por Brucella y Salmonella); en ambos casos el PET fue negativo para aortitis. El estudio comparativo entre los pacientes con PET positivo y PET negativo se expresa en la tabla. Los pacientes con ACG tuvieron más PET positivos para aortitis, mientras que lo tuvieron más negativo si no había ninguna enfermedad subyacente sugestiva de aortitis. Las únicas variables estadísticamente diferentes fueron la lumbalgia inflamatoria y el síndrome polimialgíco que fueron más frecuentes en pacientes con PET positivo. El resto

de variables clínicas y analíticas no mostraron diferencias entre ambos grupos.

	PET positivos (n = 92)	PET negativos (n = 77)	p
Edad (años), media ± DE	67,4 ± 11,1	68,1 ± 15,2	0,73
Edad = 70 años, n (%)	39 (41,9)	41 (53,2)	0,14
Sexo (mujer), n (%)	62 (67,4)	54 (70,1)	0,63
Enfermedad subyacente			
Arteritis de células gigantes, n (%)	24 (26,1)	4 (5,2)	0,0002
Arteritis de Takayasu, n (%)	3 (3,3)	0 (0)	0,31
Colitis ulcerosa, n (%)	2 (2,2)	1 (1,3)	0,87
Conectivopatías, n (%)	3 (3,3)	3 (3,9)	0,86
Espondiloartritis, n (%)	3 (3,3)	4 (5,2)	0,79
Ninguna, n (%)	54 (58,7)	57 (74,0)	0,03
Otras, n (%)	3 (3,3)	8 (10,4)	0,11
Clínica al solicitar PET			
Síndrome constitucional, n (%)	30 (32,6)	36 (46,8)	0,06
Fiebre, n (%)	18 (19,6)	15 (19,5)	0,98
Lumbalgia inflamatoria, n (%)	30 (32,6)	14 (18,2)	0,03
Dolor irradiado EEH, n (%)	42 (45,7)	28 (36,4)	0,22
Polimialgia reumática atípica, n (%)	30 (32,6)	13 (16,9)	0,15
Cefalea, n (%)	18 (19,6)	9 (11,7)	0,16
Síndrome polimialgico, n (%)	56 (60,9)	34 (44,2)	0,03
Analítica al solicitar PET			
Anemia, n (%)	18 (20,2)	22 (28,9)	0,19
VSG (mm/1 ^h), media ± DE	43,3 ± 34,3	43,5 ± 31,1	0,72
PCR (mg/dl), mediana [IQR]	0,9 [0,3-2,6]	0,9 [0,3-2,5]	0,54
Tratamiento al realizar PET			
Proporción con esteroides, n (%)	48 (51,6)	36 (46,8)	0,48
Dosis de prednisona (mg), mediana [IQR]	10[5-15]	10[7,5-15]	0,80
Proporción con inmunosupresor tradicional, n (%)	11 (12,0)	5 (6,5)	0,21

Conclusiones: En este estudio observamos que la presencia de una ACG, así como la presencia de lumbalgia inflamatoria y de un síndrome polimialgico pueden tener relevancia en la positividad del PET ante una sospecha de aortitis. No obstante, son necesarios estudios con un mayor número de pacientes para poder establecer un modelo predictivo.

189. LOS PACIENTES CON ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS EN TRATAMIENTO CON GOLIMUMAB ALCANZAN MAYOR NIVEL SÉRICO DE FÁRMACO SI SE UTILIZA COMO PRIMER O SEGUNDO FÁRMACO BIOLÓGICO

J. Rosas¹, M. Marco-Mingot², J.M. Senabre-Gallego¹, F. Llinares-Tello², A. Pons³, X. Barber⁴, G. Santos-Soler¹, E. Salas¹, C. Cano³, M. Lorente³, M. Sanchís⁴, J. Molina², M. García-Carrasco⁵ y el grupo AIRE-MB

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Laboratorio; ³Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ⁴CIO-Universidad Miguel Hernández. Elche. ⁵Universidad Autónoma de Puebla. México.

Objetivos: Conocer la influencia del orden de introducción de golimumab (GLM), en la eficacia clínica de los pacientes con espondilitis anquilosante (EA), artritis psoriásica (APS) y artritis reumatoide (AR).

Métodos: Estudio observacional prospectivo, en 46 pacientes consecutivos, diagnosticados de EA APS y AR, en tratamiento con GLM, por criterio de su reumatólogo. Se recogieron datos epidemiológicos del paciente (edad, sexo, índice de masa corporal), tipo de FAME concomitante, de la enfermedad inflamatoria (tiempo de evolución de la enfermedad, presencia de psoriasis o enfermedad inflamatoria intestinal, HLA-B27 y en su caso, factor reumatoide y anticuerpos antipéptidos citrulinados), y del GLM (orden de introducción, tiempo en tratamiento, nivel sérico y presencia de anticuerpos anti-GLM). La respuesta clínica se evaluó en los pacientes con EA, mediante la versión en español del índice BASDAI, BASFI y el índice ASDAS-VSG. En los pacientes con AR o APS periférica, mediante los

índices DAS28-VSG, DAS28-PCR y SDAI. Los niveles séricos de GLM y Ac anti-GLM, se determinaron mediante técnica de ELISA (Progenika, Grifols SA, España). Los niveles séricos de corte para niveles séricos de GLM fueron 36 ng/mL y para Ac anti-GLM > 20 AU/mL. Las muestras fueron extraídas justo antes de la administración subcutánea del fármaco (nivel valle) y se conservaron congeladas a -80 °C hasta su posterior análisis.

Resultados: De los 46 pacientes incluidos, 33 (72%) pacientes estaban diagnosticados de EA: el 52% eran varones, de edad media 53 ± 12 años, el IMC medio 28 ± 4, tiempo de evolución medio de la enfermedad de 16 ± 12 años y tiempo en tratamiento con GLM de 1,3 ± 1,1 años, el 30% de los pacientes recibían FAME, siendo GLM el primer fármaco biológico introducido en el 25%, segundo en el 37%, tercero en el 25% y cuarto en el 13%. El nivel medio de GLM era de 0,77 ± 0,62 mg/L y la prevalencia de Ac anti-GLM del 6% (2 pacientes). En los pacientes diagnosticados de AR (n: 5; 38%) o APS (n: 8; 62%): el 23% eran varones, de edad media 55 ± 11 años, el IMC medio 28 ± 6, tiempo de evolución medio de la enfermedad de 10,5 ± 8 años y tiempo en tratamiento con GLM de 2 ± 1,5 años, el 77% de los pacientes recibían FAME, siendo GLM el primer fármaco biológico introducido en el 31%, segundo en el 15%, tercero en el 31% y cuarto en el 23%. El nivel medio de GLM era de 0,703 ± 0,53 mg/L. No se detectaron anticuerpos anti-GLM. En la tabla (nv: no valorable), compara los pacientes que reciben GLM como 1º o 2º fármaco biológico frente a los que lo reciben como 3º o 4º. Los pacientes que lo reciben como 1º o 2º fármaco biológico, no presentan Ac anti-GLM y alcanzan mayor nivel de fármaco. Los pacientes con EA que reciben GLM como 3º o 4º fármaco biológico, alcanzan remisión clínica de forma similar a la conseguida como 1º o 2º fármaco.

Golimumab (GLM) (N: 13)	1º-2º fármaco	3º-4º fármaco	p
AR-APS, n (%):	7 (54)	6 (66)	-
Orden GLM 1º/2º vs 3º/4º, n (%)	5 (71)/2 (29)	3 (50)/3 (50)	-
Edad (años): media (DE)	52,87 (13,27)	52,87 (9,86)	1
AR, n (%)	4 (57)	1 (17)	0,48
APS, n (%)	3 (43)	5 (83)	0,27
Varón, n (%)	1 (14)	2 (34)	0,72
IMC, kg/m²: media (DE)	28,72 (6,62)	28,93 (6,66)	0,95
Tpo evolución enfermedad (años): media (DE)	10,1 (7,64)	11,53 (10)	0,78
Tratamiento con FAME, n (%)	7 (100)	4 (67)	0,13
Tiempo (años) con GLM: media (DE)	2,27 (1,86)	2,5 (2,04)	0,84
Nivel GLM, mg/dL: media (DE)	0,732 (0,38)	0,339 (0,23)	0,08
Ac anti-GLM, U/L, n (%)	0	0	-
DAS28-VSG	1,74 (0,83)	2,12 (0,94)	0,47
DAS28-PCR	1,82 (0,85)	2,28 (0,93)	0,39
SDAI	3,92 (5,17)	7,67 (6,58)	0,30
Golimumab (GLM) (N: 33)	1º-2º fármaco	3º-4º fármaco	p
EA, n (%)	21 (64)	12 (36)	-
Orden GLM 1º/2º vs 3º/4º, n (%)	9 (43)/12 (57)	8 (67)/4 (33)	-
Edad (años): media (DE)	51,68 (13,49)	52,85 (11,44)	0,79
Varón, n (%)	9 (43)	8 (67)	0,32
IMC, kg/m²: media (DE)	27,46 (4,20)	29,26 (3,09)	0,16
Tpo evolución enfermedad (años): media (DE)	14,25 (10,55)	20,65 (14,27)	0,21
Tratamiento con FAME, n (%)	8 (38%)	2 (17)	0,57
Tpo (años) con GLM: media (DE)	1,75 (1,47)	1,13 (0,89)	0,14
Nivel GLM, mg/dL: media (DE)	0,919 (0,63)	0,448 (0,47)	0,025
Ac anti-GLM, U/L, n (%)	0	2 (17%)	nv
BASDAI: media (DE)	5,96 (2,48)	6,10 (2,23)	0,86
BASFI: media (DE)	6,47(5,91)	6,51 (2,12)	0,93
ASDAS: media (DE)	2,92 (0,87)	3,79 (2,68)	0,64

Conclusiones: 1) La prevalencia general de Ac anti-GLM es del 6% y del 17% en pacientes con EA. No detectándose en los pacientes con AR o APS. 2. EL nivel sérico de GLM es superior entre los pacientes que lo reciben como 1º o 2º fármaco biológico. 3. Los pacientes con EA que reciben GLM como 3º o 4º fármaco biológico, son capaces de alcanzar la remisión clínica de forma similar a la conseguida como 1º o 2º fármaco.

Agradecimientos: el estudio fue apoyado con una beca de investigación, de la Fundación Española de Reumatología (FVR/2012) y de

la Asociación para la Investigación en Reumatología de la Marina Baixa (AIRE-MB).

190. MORBIMORTALIDAD VASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y SU RELACIÓN CON EL ESTUDIO VASCULAR

L. Montolio-Chiva, M. Robustillo-Villarino, C. Vergara-Dangond, M. Aguilar-Zamora, E. Valls-Pascual, D. Ybáñez-García, Á. Martínez-Ferrer, V. Núñez-Monje y J.J. Alegre-Sancho

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

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen un mayor riesgo de sufrir eventos vasculares, fundamentalmente cardíacos. Además, la mortalidad en estos pacientes es hasta un 54% mayor que en la población general. En el momento actual disponemos de técnicas no invasivas que nos permiten detectar afección vascular subclínica.

Objetivos: Describir la afección vascular subclínica en una muestra de pacientes con AR y explorar su relación con la mortalidad y con el desarrollo de eventos vasculares.

Métodos: Estudio observacional ambispectivo con componentes analíticos. Se incluyeron de forma consecutiva pacientes con AR controlados en un hospital terciario. En todos ellos se recogieron variables demográficas (sexo, edad, IMC), clínicas (factores de riesgo CV clásicos, antecedentes de eventos CV), y analíticas (índice aterogénico, FG (MDRD), PCR, VSG). El resto de variables se recogieron de la historia clínica electrónica de forma retrospectiva. Se estimó basalmente el SCORE modificado. Se exploró el árbol carotídeo extracraneal con un ecógrafo Esaote MyLab70XVG con sonda lineal (7-12 mHz) y un programa automatizado de medición del grosor íntima-media (GIM) mediante radiofrecuencia ("Quality intima media thickness in real-time, QIMT"), y se recogió la presencia de placas de ateroma según el consenso de Mannheim. También se midió la velocidad de onda de pulso (VOP) mediante el dispositivo Mobil o graph®. Consideramos como patológicos valores de GIM > 900 μ y de VOP \geq 10 m/s. Se recogió de forma prospectiva la mortalidad y la aparición de eventos vasculares a 3 años. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS 17.0.

Resultados: Se incluyeron 198 pacientes con AR de los que se excluyeron 13 por eventos vasculares previos. La media de edad fue de años 65,8 años (DE 13,3) y la mayoría eran mujeres (76,2%). La media del IMC fue de 27,29 (DE 4,84). Un 27% eran fumadores, un 42,7% hipertensos, 46,7% dislipémicos y 10,8% diabéticos. El tiempo medio de evolución de la AR fue de 17,37 años. El 61,1% de los pacientes eran seropositivos (FR y/o ACPA) y un 75,5% tenían erosiones. Un 74,6% recibía tratamiento con glucocorticoides, 58,4% AINEs, 98,9% FAME y un 35,7% biológicos. Las medias de PCR y VSG fueron de 9,45 mg/L (DE: 32,2) y 14,04 mm/h (DE: 14,46), respectivamente. El SCORE modificado medio fue 1,81 (DE: 1,79). En el estudio vascular, 48,6% tenían placas de ateroma, un 31,7% una VOP patológica con una media de 9,13 (DE 2,12), y un 16,7% un GIM patológico con un valor basal medio de 754 μ (DE 168,52). En los 3 años de seguimiento se registraron 26 (14,1%) eventos vasculares: 9,7% cardíacos, 2,1% cerebrales y 2,2% periféricos. Hubo 5 muertes (2,7%): 3 de causa vascular, 1 infecciosa y 1 respiratoria. El desarrollo de eventos vasculares se relacionó con la presencia de placas de ateroma (p 0,008) y VOP patológica (p 0,028), así como con la presencia de erosiones, el FG, la HTA y la DL. La aparición de eventos cardíacos se relacionó, además, con la toma de AINE (p 0,041). La presencia de un GIM patológico (p 0,032) y la HTA (p 0,044) fueron las únicas variables que se relacionaron con la muerte por cualquier causa.

Conclusiones: Una combinación de la ecografía carotídea y del estudio de rigidez arterial puede ayudarnos a identificar mejor aquellos pacientes con AR y riesgo de muerte o de aparición de eventos vasculares.

191. PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS Y OTROS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO

A.M. Brandy García¹, M. Alperi López¹, I. Cabezas Rodríguez², C. Noguero del Cid³, J.L. Riestra Noriega¹, L. Arboleya Rodríguez¹, R. Queiro Silva¹ y F.J. Ballina García¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Anestesiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción: Los eventos cardiovasculares representan una importante causa de morbimortalidad en las enfermedades reumáticas y numerosos estudios han demostrado un aumento de la prevalencia de la resistencia a la insulina en pacientes con artritis reumatoide (AR).

Objetivos: Analizar la prevalencia de diabetes mellitus (DM) y otros factores de riesgo cardiovascular en pacientes con AR de inicio.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyeron pacientes \geq 18 años, diagnosticados de AR de inicio según criterios ACR 1987 y/o ACR-EULAR 2010, procedentes de la Consulta de Artritis de Reciente Comienzo del Hospital Universitario Central de Asturias. El diagnóstico de DM se estableció de acuerdo a los criterios de la Asociación Americana de Diabetes 2014, y los de hipertensión arterial (HTA) y dislipemia (DL) según las Guías europeas 2013. Se recogieron eventos cardiovasculares (cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular) y hábito tabáquico.

Resultados: Se incluyeron 751 pacientes con diagnóstico de AR de inicio entre enero de 2002 a julio de 2016. De éstos, 28 pacientes fueron excluidos por pérdida de seguimiento. De los 723 pacientes restantes, el 75% fueron mujeres con una edad media de 60 años. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 22 semanas. Durante el seguimiento, 96 pacientes (13,3%) fueron diagnosticados de DM, predominando la DM tipo II (13,2%). Sólo un paciente fue diagnosticado de DM tipo I. De entre estos 96 pacientes, la DM se diagnosticó antes del debut de la AR en 53 pacientes (55,8%) y en 18 de ellos (33,9%) en los 12 meses previos al diagnóstico de AR. La media del tiempo transcurrido entre ambos diagnósticos fue de 55,4 meses. El 59,3% de los pacientes diabéticos eran mujeres (n = 53), observándose una asociación estadísticamente significativa entre DM, sexo femenino y edad mayor de 53 años (p < 0,01 para cada comparación). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre DM y la presencia de formas erosivas de AR (p = 0,008), pero no con la presencia de FR (p = 0,4) y/o ACPA (p = 0,1). El 88% del total de pacientes incluidos en el estudio y el 99% de los pacientes diagnosticados de DM recibieron tratamiento con corticoides a dosis bajas (5 mg/día), no objetivándose relación estadísticamente significativa con la aparición de DM (p < 0,1 y p < 0,2, respectivamente). Presentaron HTA, DL y eventos cardiovasculares el 34%, 31% y 8,9% de los pacientes respectivamente, observándose una asociación estadísticamente significativa entre la coexistencia AR y DM con la presencia de HTA, DL y eventos cardiovasculares (p < 0,001). No se encontró relación con el hábito tabáquico (p < 0,1).

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con AR de inicio hemos observado una alta prevalencia de DM, sin encontrarse asociación con el empleo de corticoides. El diagnóstico de DM se asoció con el sexo femenino, mayor edad, formas erosivas de AR, presencia de hipertensión arterial, dislipemia y aparición de eventos cardiovasculares. En pacientes con AR, el diagnóstico precoz de la DM podría disminuir la morbimortalidad cardiovascular, y conseguir un mejor manejo de la propia enfermedad.

192. TOCILIZUMAB: EXPERIENCIA CLÍNICA DE 6 AÑOS DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

C. Pérez García, E. Beltrán Catalán, A. Pros, T. Salman, J. Morfort y P. Benito

Parc Salut Mar. Barcelona.

Objetivos: Tocilizumab (TCZ) ac. inhibidor del receptor de IL-6 indicado en artritis reumatoide (AR) moderada-grave. El objetivo del estudio retrospectivo en práctica clínica, es valorar características de pacientes que han recibido TCZ, durante el 2016, desde el inicio del uso del fármaco en 2010, la respuesta al tratamiento (tto.), variables que puedan influir a una mejor respuesta y la seguridad de TCZ.

Métodos: 39 AR según criterios ACR 2010, en tratamiento durante 2016 con TCZ han sido incluidos. Se han analizado las variables: edad, sexo, años de evolución, uso FAME previo, FR, ACPA, erosiones, tto. biológico previo, motivo de switch, TCZ en monoterapia o combinación, forma de administración (EV vs SC), dosis de TCZ, optimización, DAS 28 inicio, DAS 28 6 meses, DAS 28 1 año a 6 años, pacientes DAS 28 < 2,6, efectos adversos y motivo de suspensión. Estudio estadístico descriptivo con SPSS 20, t Student para variables apareadas. Los pacientes firmaron el consentimiento informado para recogida de los datos.

Resultados: 39 pacientes con AR han recibido TCZ desde enero-diciembre 2016. Edad media 59,20 ± 12,4 a., 77,8% sexo femenino. Duración de enfermedad es de 14,18 ± 7,3 a. 34 llevan 1 año de tto., 30 2 años, 24 3 años, 19 4 años, 13 5 años y 4 más de 6 años. El 71,8% son FR y ACPA +. Únicamente 1 paciente es FR - y ACPA +, otro paciente es FR - y ACPA +. El 89,7% presentan erosiones. 100% ha seguido como mínimo un FAME. 28,6% ha utilizado = 3 FAME. 75% había realizado tratamiento con otro biológico. 10,3% = 3 biológicos. 25% inició TCZ como primera opción. Al analizar el motivo de cambio, la causa más frecuente es pérdida de eficacia (61,5%). 5 casos, a pesar de presentar un buen control de la AR, el diagnóstico de amiloidosis fue la causa de cambio. 46,2% están en tratamiento con TCZ en monoterapia. 13% está optimizado, solo el grupo de recibe TCZ EV, 7,7% recibe TCZ 4 mg/kg 4 semanas, 5,1% recibe 8 mg/kg 6 semanas. TCZ demostró ser eficaz a los 6 meses, al año y hasta los 6 años de tratamiento (tabla). Al valorar la respuesta baja actividad (DAS 28 < 3,2) a los 6 meses, el 25% (9 pacientes) están con moderada alta actividad (DAS 28 > 3,2) que se reduce al 11,8% (4 pacientes) al año. Remisión (DAS 28 < 2,6) la presentan 74,3% al año, 83,9% 2a, 87,5% 3a, 84,2% a los 4a y 100% de los que llevan 5 años o más. No existen diferencias de respuesta DAS28 al año de tratamiento con TCZ al analizar las variables FR (2,14 vs 2,13, p = 0,986), ACPA (2,16 vs 2,07, p = 0,821), erosiones (2,20 vs 1,51, p = 0,292), uso de TCZ en monoterapia vs TCZ combinado (2,04 vs 2,22, p = 0,637), switch o naïve a biológicos (2,02 vs 2,41, p = 0,306). Al valorar los años de evolución de la AR, mayor o menor de 10 años, presenta mejor respuesta a los 6 meses DAS28 (1,40 vs 1,58, p = 0,056) pacientes con menos de 10 años de evolución, pero esta se iguala al año. La respuesta DAS 28, respecto al nº previo de tratamientos biológicos (= 2 biológicos vs < 2) existe diferencia a los 6 meses (3,34 vs 2,3, p = 0,017) con mejor respuesta aquellos que es el primer cambio. Esta diferencia se iguala al año de tratamiento. 28,2% ha presentado algún efecto adverso (EA) durante el tratamiento con TCZ. EA más frecuente: la infección leve (6 casos), 3 casos de elevación transaminasas persistentes, 1 caso ha obligado a cambio de tratamiento, 1 caso de lesiones cutáneas relacionado al inicio de TCZ, sin suspensión de tratamiento. Se ha suspendido y reiniciado T2C en 2 pacientes en el caso del glioma y en el caso de + IGRAS tras 3 años de tratamiento con TCZ y exposición a TBC. Ha habido un exitus, no conocemos el motivo.

	Nº pacientes	DAS 28	p
Inicio	39	4,79 ± 1,50	< 0,0001
6 meses	36	2,61 ± 1,08	< 0,0001
1 año	34	2,10 ± 1,06	< 0,0001
2 años	30	1,90 ± 1,04	< 0,0001
3 años	24	1,855 ± 0,73	< 0,0001
4 años	19	1,858 ± 0,69	< 0,0001
5 años	13	1,75 ± 0,63	< 0,0001
6 años	4	1,63 ± 0,18	0,02

Conclusiones: TCZ es un fármaco eficaz y seguro en el tratamiento de la AR en nuestra serie. La positividad o negatividad de la inmunología y la presencia de erosiones, no servirán como marcadores predictores de respuesta. TCZ es igual de eficaz de forma combinado o en monoterapia. Pacientes con un menor evolución de la enfermedad y menor uso de biológico previo, presentan una respuesta más rápida. Realizar cambio a TCZ tras varios fallos es eficaz.

193. RITUXIMAB Y AFECTACIÓN PULMONAR INTERSTICIAL EN LA ARTRITIS REUMATOIDE. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 18 PACIENTES

C. Fernández Díaz¹, M. Martín López², M. Carrasco Cubero³, D. Reina Sanz⁴, P. Rubio-Muñoz⁵, I. Villa-Blanco⁶, A. Urruticochecha-Arana⁷, J.A. Miranda-Filloo⁸, M.Á. González-Gay¹ y R. Blanco¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Infanta Cristina. Badajoz. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Moisès Broggi. Barcelona. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁶Hospital de Sierrallana. Torrelavega. ⁷Hospital Can Misses. Ibiza. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Lucus Augusti. Lugo.

Objetivos: El tratamiento de la artritis reumatoide (AR) asociada a enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es complejo y actualmente no hay un consenso definitivo. Varios fármacos modificadores de enfermedad (FAME) convencionales como el metotrexato (MTX) o leflunomida (LFN) o biológicos como los anti-TNFa, se han implicado en el desarrollo y exacerbación de una EPI. El objetivo de este estudio fue valorar la eficacia y seguridad del rituximab (RTX) en AR con EPI.

Métodos: Estudio multicéntrico de pacientes con AR y EPI tratados con RTX. La EPI se diagnosticó por TAC de alta resolución (TACAR). El RTX se usó a la dosis estándar de 1 g/2 semanas iv, en ciclos cada 6 meses (con dosis previa de metilprednisolona iv según protocolo). La eficacia del RTX se evaluó según las siguientes medidas: i) Disnea clasificada mediante escala modificada del Medical Research Council (MRC); considerando significativas variaciones de 1 punto y asintomático cuando MRC = 0; ii) Pruebas de función respiratoria (PFR); considerando significativas variaciones de > 10% en la capacidad vital forzada (CVF) y una variación de la capacidad de difusión (DLCO) > 10%; iii) Prueba de imagen (TACAR) y iv) Evaluación articular (DAS28). Las variables cuantitativas se expresaron como media ± DE. Las variables dicotómicas se expresaron como porcentajes.

Resultados: Se incluyeron 18 (13 mujeres/5 varones), edad media 62,83 ± 11,01 años. La AR tenía una mediana de evolución de 5,25 [2-12,81] años hasta el inicio del RTX. Habían recibido previamente estos FAMEs tradicionales; MTX (n = 11), LFN (n = 9) micofenolato (n = 1) sulfasalazina (n = 5) hidroxicloquina (n = 4) azatioprina (n = 1), sales de oro (n = 1), D-penicilamina (n = 1), ciclofosfamida (n = 1). Además 7 pacientes habían recibido FAMEs biológicos: etanercept (n = 1), adalimumab (n = 3) infliximab (n = 3), tocilizumab (n = 2). La AR era seropositiva en 16 pacientes (89%). El diagnóstico de EPI se confirmó por biopsia en 4 enfermos. La EPI se puso en relación con el FAME que recibían en 2 casos con MTX. El RTX se pautó en monoterapia en 7 pacientes y combinado con otros inmunosupresores en 11 pacientes. Los FAMEs usados fueron: LFN (4), sulfasalacina (2), MTX (3), hidroxicloquina (1), azatioprina (1) micofenolato (1). La tabla expresa la evolución en los casos disponibles. La mayoría de los pacientes permanecieron estables habiendo además una proporción importante que mos-

traron mejoría sintomática y en TACAR. Solo se observó una complicación grave que fue una infección respiratoria que requirió ingreso hospitalario.

	Basal	3 meses	6 meses	12 meses
MRC, n (%)	15	16	16	16
Estable	10 (67)	10 (63)	10 (63)	10 (63)
Mejoría	5 (33)	6 (37)	6 (37)	6 (37)
Empeoramiento	0	0	0	0
CVF, n (%)	10	5	13	13
Estable	7 (70)	5 (100)	10 (77)	10 (77)
Mejoría	1 (10)	0	3 (23)	3 (23)
Empeoramiento	2 (20)	0	0	0
DLCO, n (%)	6	3	12	12
Estable	5 (83)	1 (33)	8 (66)	8 (66)
Mejoría	0	2 (67)	2 (17)	2 (17)
Empeoramiento	1 (17)	0	2 (17)	2 (17)
TACAR, n (%)	7	9	7	7
Estable	6 (86)	7 (78)	4 (57)	4 (57)
Mejoría	1 (14)	1 (11)	3 (43)	3 (43)
Empeoramiento	0	1 (11)	0	0
Articular, DAS28, Media	4,32 ± 1,35	3,21 ± 0,73	3,44 ± 0,87	2,83 ± 0,70
CRP (mg/dl), Media	2,01 ± 2,35	1,12 ± 0,9	1,98 ± 1,95	1,03 ± 0,9
VSG (mm/1st h), Media	49,0 ± 30,64	37,79 ± 37,73	38,63 ± 30,63	24,50 ± 22,60

Conclusiones: El RTX podría ser útil en la AR asociada a EPI.

194. RELACIÓN ENTRE PERIODONTITIS CRÓNICA Y NIVELES DE ANTICUERPOS ANTIPÉPTIDOS CITRULINADOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

B. Rodríguez-Lozano¹, J. González Febles², F. Alonso³, J.L. Garnier Rodríguez⁴, S. Dadlani⁴, S. Bustabad¹, Y.Barrios⁵, M. Sanz Alonso² y J.F. Díaz González¹

¹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife. ²Máster Periodoncia UCM. Madrid. ³Unidad de Investigación SER. Madrid. ⁴Clínica Dental Dr. Garnier. Tenerife. ⁵Sección de Inmunología. Servicio de Laboratorio Central CHUC.

Introducción: La positividad y concentración de anticuerpos anti-péptidos citrulinados (ACPA) es indicador de severidad y progresión radiológica en artritis reumatoide (AR). Hay evidencia del papel de la periodontitis crónica (PD) en el desarrollo de AR, tanto en el inicio como mantenimiento de respuesta autoinmune inflamatoria, por bacterias periodonto-patógenas como *P. gingivalis*, único procarriota con enzima peptidil-arginina deiminasa (PPAD) que citrulina L-arginina e induce ACPA.

Objetivos: 1. Determinar asociación de PD y su gravedad con positividad de ACPA; 2. Valorar relación entre PD y títulos de ACPA; 3. Identificar relación entre severidad parámetros periodontales/niveles de ACPA y puntos de corte de riesgo.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal de pacientes > 18 años dg. AR (ACR/EULAR 2010) en Servicio de Reumatología de hospital 3^{er} nivel, con > 4 dientes, sin limpieza dental, toma de antibióticos 6 meses ni cirugía bucal 1 año antes. Variables analizadas: sociodemográficas y antropométricas habituales, tabaquismo, bienestar social Graffar, limpieza dental anual, comorbilidades. Detección ACPA sérico: semicuantificación Ac IgG contra péptidos citrulinados de 2^a generación (ELISA) con Immunoscan CCPlus®test kit Eurodiagnostica: positivo ≥ 25; estratificación títulos ACPA: bajo (25-75), moderado (76-300) y alto (> 300). Parámetros periodontales: índice placa (IP), sangrado sondaje (SS), profundidad sondaje (PS), recesión (REC), nivel de inserción clínico (NIC). Equipo dental: 2 periodoncistas/2 odontólogos. Registro PS, NIC y Rx periapical a boca completa. PD categorizada según Consenso Europeo 2005 (Tonetti): nivel 0 (ausencia), N1 T (leve), N2 T (grave). Análisis estadístico: fre-

cuencias y análisis bivalente con OR (t-Student, Kruskal Wallis, chi-cuadrado mediante Stata 13.1).

Resultados: 187 pacientes con AR cuyas características se adjuntan en la tabla. De 168 pacientes con determinación de ACPA, 67,86% fueron positivos, con distribución en títulos similar: bajo 18%, moderado 26%, alto 23%. Presentaron PD 182 (97,3%): N1 T 52,4%, N2 T 44,9%. Si bien fue mayor la prevalencia de PD avanzada/ACPA(+) vs PD/ACPA(-) (69,2% vs 30,7%), no hubo asociación entre PD y positividad o títulos de ACPA. Al relacionar ACPA(+) con gravedad de parámetros periodontales, hay tendencia a asociación entre ACPA(+) y nº bolsas periodontales ≥ 5 mm (NºBP), OR 1,02 (IC95% 0,9-1,04) tras ajustar por edad y sexo. Al analizar título de ACPA en relación a Nº BP existe un efecto "gradiente" de riesgo de cada título según aumenta NºBP que llega a ser significativo para títulos elevados de ACPA (p ≤ 0,05, OR 1,03 IC95% 1,0-1,05). Al relacionar ACPA(+) con % IP se observa marcada asociación OR 10,32 (p ≤ 0,026), y con % SS, una tendencia, con OR 3,91 (IC95% 0,9-16,3; p ≤ 0,062). Al establecer puntos de corte 8% IP y 65% SS, se detecta riesgo de ACPA(+) con OR 2,19 y OR 2,45 respectivamente, sin poder determinar esta cifra para el Nº BP.

	AR (N)	AR (%)
Sexo	Mujer 147	78,6
	Varón 40	21,4
Edad M (DE) años	54,4 (10,8)	
Tiempo evolM (DE) años	8,88 (7,32)	
AR precoz	35	18,7
Factor reumatoide + ACPA	138	74,2
	Negativo 54	32,1
	Positivo 114	67,9
Título ACPA	Bajo [≤ 75] 30	27,3
	Moderado [76-300] 43	39,1
	Alto [> 300] 37	33,6
Actividad clínica	Remisión 39	20,9
	Baja 45	24,1
	Moderada 85	45,4
	Alta 18	9,6
Tratamiento AR	Sin tratamiento 10	5,3
	FAME 99	52,9
	FAME combinado 22	11,8
	Terapia biológica 56	29,9
Tabaquismo	Nunca 105	56,1
	Actual 36	19,2
	Exfumador 46	24,6
Escala Graffar	Alta 13	6,9
	Media 34	18,2
	Baja 68	36,3
	Pobreza relativa 63	33,7
	Pobreza crítica 8	4,3

Conclusiones: 1. Aunque hay mayor prevalencia de PD avanzada en los pacientes ACPA(+), no hallamos asociación entre presencia de PD y positividad de ACPA ni con sus niveles séricos. 2. Al analizar el título de ACPA en relación a la gravedad de los parámetros periodontales, se observa un "gradiente" de riesgo de cada título según aumenta el Nº BP, que es significativo para títulos elevados de ACPA. 3. Se identificaron puntos de corte de riesgo para ACPA(+) en 8% IP y en 65% de SS.

195. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DE ARTERIAS TEMPORALES EN EL DIAGNÓSTICO DE ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

P. Estrada, D. Reina, V. Navarro, D. Roig, D. Cerdà, V. Torrente, S. Heredia y H. Corominas

Servicio de Reumatología. Hospital Moisès Broggi-Hospital General d'Hospitalet. Consorci Sanitari Integral. Sant Joan de Déu. Barcelona.

Introducción: La arteritis de células gigantes (ACG) es la vasculitis sistémica más frecuente en adultos. La demora en el diagnóstico retrasa el tratamiento, y puede llevar a complicaciones graves. El diagnóstico es complejo, acorde con los criterios de clasificación

ACR. Existe un interés creciente en el uso de la ecografía de arterias temporales (AT), como herramienta diagnóstica para valorar la inflamación de la pared vascular.

Métodos: Durante el 2016 se realizaron 120 ecografías de AT a 60 pacientes con sospecha de ACG, llevada a cabo por reumatólogos con experiencia. La sospecha fue en base a 4 presentaciones clínicas: 1) síntomas craneales (cefalea de instauración reciente, claudicación mandibular o alteraciones visuales) 2) síndrome polimiálgico 3) síndrome tóxico o febril inespecífico 4) ictus en territorio vertebrobasilar (VB). Se recogieron datos demográficos, analíticos y se hizo un seguimiento para conocer el diagnóstico definitivo. Se consideró el "signo del halo" positivo si > 0,30 mm, junto a otros signos inespecíficos como estenosis u oclusión. A criterio del médico solicitante a algunos pacientes se le realizó biopsia < 30 días.

Resultados: El 52% fueron mujeres (EM: 76 ± 7,8 años). Media de parámetros analíticos: VSG 85,1 ± 41,9 mm/h, PCR 77 ± 80,6 mg/L, hemoglobina 11,4 ± 2,2 g/L, leucocitos 10.228 ± 3.520, plaquetas 310.603 ± 123.918. Los síntomas que motivaron la solicitud de la prueba: craneales (62,6%), síndrome tóxico/febril inespecífico (44%), síndrome polimiálgico (30%), ictus territorio VB (5%), otros (18%). Se realizó biopsia en 27 pacientes (45%): positiva, 40,7%, negativa, 40,7% e inespecífica por histología inflamatoria sin evidencia de células gigantes, 18,5%. De todos los pacientes a quienes se les realizó la ecografía, 36,6% presentó diagnóstico de ACG según la ACR. La sensibilidad y especificidad de la ecografía fue de 80% y 94,3% respectivamente, con un VPP 88,9% y VPN 89,2%.

Pacientes con diagnóstico final de arteritis temporal (n = 22)

Ecografía	Biopsia	N (%)
Positiva	Positiva	9 (40)
Positiva	Inespecífica	5 (22,7)
Positiva	No biopsia	2 (9)
Negativa	No biopsia	2 (9)
No concluyente	Negativa	2 (9)
Negativa	Positiva	2 (9)

Conclusiones: Los resultados avalan la ecografía de arteria temporal bilateral como una técnica útil, indolente, rápida, accesible y de gran validez diagnóstica.

196. PROPORCIÓN DE DEFORMIDADES MORFOMÉTRICAS SEGÚN LA ESCALA DE GENANT EN PACIENTES NO SELECCIONADOS CON LUMBALGIA O DORSALGIA AGUDA

C. Guillén Astete, C. Pijoan Moratalla y J.R. Quiñones Torres

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La existencia de deformidades morfométricas es un factor gravitante a la hora de decidir el tratamiento de pacientes con osteoporosis. Sin embargo, solamente aquellas deformidades muy llamativas suelen ser reconocidas en exploraciones radiológicas realizadas por otros propósitos distintos de la valoración por osteoporosis. Una de las indicaciones más habituales del estudio radiológico axial son las algias agudas por lo que este grupo de pacientes se presta para el análisis de la prevalencia de cualquier grado de deformación morfométrica de los cuerpos vertebrales. El objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de deformidades morfométricas en pacientes postmenopáusicas valoradas radiológicamente por lumbalgia y dorsalgia de origen no traumático.

Métodos: Se realizó una aleatorización simple de los registros de pacientes femeninas de más de 65 años que consultaron por dorsalgia o lumbalgia, no relacionada con traumatismos y con estudios radiológicos accesibles, entre 2014 y 2015 inclusive hasta alcanzar el 120% del tamaño muestral calculado para una población teórica

no finita de consultas urgentes, precisión del 3% y una proporción hipotética estimada del 7% a partir de datos de estudios propios locales previos sobre prevalencia de aplastamientos vertebrales. Se realizaron medidas morfométricas vertebrales de los cuerpos D9 a L5 siempre que fue posible y se aplicaron los criterios de clasificación de deformación morfométrica de Genant.

Resultados: Se aleatorizaron 275 registros de pacientes con dorsalgia y 275 con lumbalgia. Entre los estudios radiológicos de los pacientes con dorsalgia se identificaron 62 (22,5%), 30 (10,9%) y 18 (6,5%) deformaciones morfométricas de grado I, II y III respectivamente. Entre los pacientes con lumbalgia se identificaron 31 (11,2%), 49 (17,8%) y 33 (12%) deformaciones morfométricas de grado I, II y III respectivamente. La proporción de una deformación morfométrica cualquiera dorsal fue 40,00% (IC 34,39-45,89) y lumbar fue 41,09% (IC95% 35,44-46,99). Las deformaciones lumbares grado I y II totalizaron el 70,7% de todas las identificadas mientras que las dorsales grado I y II el 83,6%. De las 93 deformaciones morfométricas grado I, 6,4% fueron reconocidas como tales en los informes médicos, 20,2% de las grado II y 92,1% de las grado III (p < 0,001).

Conclusiones: Aunque nuestra base poblacional se circunscribe a pacientes sintomáticos, nuestro estudio aporta prevalencias de deformaciones morfométricas en población femenina a predominio de los grados I y II de la clasificación de Genant y que fueron subdiagnosticadas en la mayor parte de los casos. La correcta identificación de deformaciones morfométricas es relevante al momento de la toma de decisiones terapéuticas en pacientes con osteoporosis por lo que estudios poblacionales que subrayen la prevalencia de estos hallazgos contribuirán a evitar su subdiagnóstico.

197. UTILIDAD DE LA VERTEBROPLASTIA EN EL DOLOR REFRACTARIO DE LA FRACTURA VERTEBRAL. ESTUDIO DE 64 INTERVENCIONES EN UN MISMO CENTRO

O. Fernández Berrizbeitia¹, M. González de Garay Sanzo², A. López Medina², M.L. García Vivar¹, M.E. Ruiz Lucea¹, I. Torre Salaberrí¹, A.R. Intxaurre Pellejero¹, J.M. Blanco Madrigal¹, E. Guerrero Basterretxea¹, I. Calvo Zorrilla¹, O. Ibaranguoitia Barrena¹, C. Pérez Velasquez¹, L. Estopiñán Fortea¹, C. Gómez Arango¹, N. Rivera García¹, M.J. Allande López-Linares¹, A. Bilbao González³ y E. Galíndez Agirregoikoa¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Radiodiagnóstico; ³Unidad de Investigación. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.

Objetivos: El manejo del dolor refractario al tratamiento médico de las fracturas vertebrales contempla el uso de la vertebroplastia, especialmente en la fase aguda, pero puede indicarse en casos de más de 6 semanas desde la fractura con el fin de mejorar el dolor. Sin embargo, su uso es controvertido. Nuestro objetivo fue revisar las indicaciones, eficacia y complicaciones de esta técnica en una serie no seleccionada de pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo de las vertebroplastias realizadas en un Hospital Universitario en los últimos 12 años (abril 2004 a abril 2016). El seguimiento mínimo fue de 12 meses. Se recogen las variables epidemiológicas, indicaciones, tiempo transcurrido, eficacia y complicaciones del procedimiento. La indicación de las vertebroplastias en las fracturas fue el dolor refractario al tratamiento sintomático habitual en las siguientes patologías: osteoporosis, traumatismo, neoplasia hematológica, metástasis y hemangioma. La eficacia se valora a los 6 y 12 meses con una escala verbal simple según la respuesta al dolor (mejoría/no mejoría). Se realizó un estudio comparativo de la eficacia entre a) causa de fractura, b) localización, c) tiempo transcurrido, d) vía de acceso y e) complicación. Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias y porcentajes en el caso de variables cualitativas, y media y desviación estándar

(DE) o mediana y rango intercuartílico para las variables cuantitativas. Se utilizó el test de chi-cuadrado o test exacto de Fisher en el caso de variables cualitativas, y el test no paramétrico de Wilcoxon en el caso del tiempo de evolución. Todos los análisis se realizaron mediante SAS System for Windows, versión 9.2.

Resultados: Se realizaron 64 vertebroplastias en 44 pacientes (75% mujeres/25% hombres) de 70,63 ± 10,60 años de edad media (rango 46-96 años). La descripción de las causas de fractura, su nivel, la vía de abordaje y las fugas de cemento se expresan en la tabla. La mediana del tiempo de evolución desde la fractura hasta la vertebroplastia fue de 3 meses [1-6]. El 78% de las fracturas eran osteoporóticas y presentaban mejor respuesta al dolor a los 6 meses respecto al total de fracturas por otras causas ($p < 0,05$) aunque a los 12 meses no había diferencias ($p = 0,42$). Únicamente el 12,5% presentó refractura. No se observó relación entre en el control del dolor ni las refracturas con la vía de abordaje ni fuga de cemento y su magnitud. En los 12 meses de seguimiento fallecieron 7 pacientes (6 por neoplasia, 1 por muerte súbita), en ninguno de los casos hubo relación directa con la vertebroplastia.

Causas de fractura	
Osteoporosis, n (%)	50 (78,13)
Traumatismo, n (%)	6 (9,38)
Neoplasia hematológica (linfoma, leucemia), n (%)	5 (7,81)
Metástasis, n (%)	2 (3,13)
Hemangioma, n (%)	1 (1,56)
Nivel de fractura	
Lumbar, n (%)	25 (39,06)
Dorsal, n (%)	37 (57,81)
Cervical, n (%)	2 (3,13)
Vía de abordaje de la vertebroplastia	
Pedicular unilateral, n (%)	15 (23,44)
Pedicular bilateral, n (%)	44 (68,75)
Parapedicular, n (%)	2 (3,13)
Spine-Jack, n (%)	1 (1,56)
Anterior, n (%)	2 (3,13)
Fuga de cemento	
No, n (%)	38 (59,38)
Leve, n (%)	20 (31,25)
Moderada, n (%)	5 (7,81)
Severa, n (%)	1 (1,56)
Refractura de vértebras superior y/o inferior	
No, n (%)	56 (87,5)
Sí, n (%)	8 (12,5)
Eficacia a 6 meses/12 meses	
Mejoría, n (%)	38 (59,38)/43 (75,44)
No mejoría, n (%)	26 (40,63)/14 (24,56)

Conclusiones: En nuestra experiencia la vertebroplastia ha mostrado ser una técnica eficaz para el control del dolor refractario en las fracturas vertebrales independientemente de la causa y del tiempo de evolución. Así mismo solo un 12,5% presentó refractura en los siguientes 12 meses al procedimiento. Según nuestro estudio podemos considerar la vertebroplastia como una alternativa eficaz y segura en este tipo de pacientes.

198. ESTUDIO DE VARIABILIDAD DE LA CAPACIDAD DE DIFUSIÓN DE CO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP) ASOCIADA A CONECTIVOPATÍA

L. Pérez Garrido¹, P. Álvarez Vega², S. Cadenas², A. Quesada Moreno¹, O. Martínez González¹, M. Sánchez¹, C. Montilla Morales¹, J. del Pino Montes¹ y C. Hidalgo Calleja¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Virgen Vega. Salamanca. ²Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario. Salamanca.

Introducción: La disminución en la capacidad de difusión del monóxido de carbono (DLco) es una característica habitual en los pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP) que se relaciona de forma directa con la edad. Sin embargo, una DLco < 45% es poco

frecuente, excepto en la HAP asociada a conectivopatía (HAPAC) y en la enfermedad pulmonar venooclusiva.

Objetivos: Analizar la influencia de la edad y la presencia de enfermedad del colágeno en la disminución de la DLco en pacientes con HAP.

Métodos: Estudio descriptivo de todos los casos diagnosticados de HAP mediante cateterismo cardíaco derecho en la Unidad de Hipertensión Pulmonar del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. En todos los pacientes se descartaron todas las causas restantes de hipertensión pulmonar: grupos 2, 3, 4 y 5. Se recogieron variables clínicas, hemodinámicas y de función respiratoria. Se compararon las medias mediante la prueba t de Student y la correlación entre edad y DLco mediante el índice de correlación de Pearson (ICP). Para el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS 21.0.

Resultados: Desde 2011, fecha de implantación de la consulta monográfica de hipertensión pulmonar, se han diagnosticado 36 casos de HAP, de los cuales 15 son HAPAC. Las características clínicas, hemodinámicas y de función respiratoria en el momento del diagnóstico se describen en la tabla. La conectivopatía más frecuente entre los pacientes con HAPAC fue la esclerodermia con 12 casos (75%). El resto: 1 enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) y 3 Lupus eritematoso sistémico (LES). De los 16 pacientes con HAPAC, 4 presentaban enfermedad pulmonar parenquimatosa difusa asociada y 1 datos clínicos y radiológicos de EVOP. Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de DLco entre pacientes con HAPAC y el resto de condiciones asociadas a HAP ($t = -2,376$; IC: $-30,479$; $-0,473$). Se observa una relación estadísticamente significativa entre la edad de los pacientes con otras etiologías de HAP y el descenso en la DLco (ICp = $-0,492$; $p = 0,047$). Sin embargo, esta relación no se aprecia en los pacientes con HAPAC (ICp = $0,211$; $p = 0,451$).

Variables	Otras HAP (n = 20)	HAPAC (n = 16)
Género (mujeres, %)	12 (60%)	12 (75%)
Edad (años)	57,05 ± 16,44	57,31 ± 14,74
Clase funcional II/III/IV	6/9/4	2/10/4
Test de marcha de 6 minutos (metros)	370,5 ± 136,98	371,67 ± 144,46
Presión arterial pulmonar media (PAPm) (mmHg)	46,24 ± 14,11	35,25 ± 10,87
Resistencias vasculares pulmonares (RVP) (Unidades Wood)	9,69 ± 4,5	6,68 ± 2,86
Gasto cardíaco (l/min)	4,17 ± 1,58	4,91 ± 2,11
Capacidad vital forzada (CVF) (%)	85,08 ± 21,28	79,77 ± 37
Fracción espirada en el primer segundo (FEV ₁ , %)	78,51 ± 20,26	78,42 ± 36,92
DLco (%)	61,77 ± 22,36	46,29 ± 16,15

Conclusiones: 1. La HAP asociada a enfermedad del colágeno y, especialmente la esclerodermia, presenta características diferenciales con respecto a otros subtipos de HAP, entre ellas una mayor afectación de la DLco, independiente de la edad. 2. En pacientes con HAP no asociada a colagenosis, existe una asociación inversa entre la edad y la DLco.

199. ¿EN QUÉ MEDIDA PUEDE MODIFICAR EL ALGORITMO DETECT EL ABORDAJE DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA?

C. Méndez Perles¹, M. Lázaro Salvador² y Á.M. García Aparicio¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Hipertensión Pulmonar. Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Complejo Hospitalario de Toledo.

Introducción: La hipertensión pulmonar (HAP) es una de las principales causas de muerte en los pacientes con esclerosis sistémica (ES). La detección y manejo precoces han demostrado aumentar la supervivencia en los pacientes con ES. Para confirmar el diagnóstico de HAP, es necesaria la realización de un cateterismo cardíaco dere-

cho (CD). Clásicamente se ha utilizado el ecocardiograma anual (ECO) en el cribado de HAP, basando la realización de CD en datos ecocardiográficos (jet de regurgitación tricuspídeo (TR) y diámetro de la aurícula derecha (AD)) y clínica del paciente. En 2013 se desarrolló el algoritmo DETECT, para optimizar la realización del CD. El STEP1 del algoritmo indica la realización del ecocardiograma y el STEP2 el CD.

Objetivos: Evaluar si existen diferencias en el cribado de HAP en pacientes con ES aplicando el algoritmo DETECT en comparación con la realización del ECO.

Métodos: Estudio transversal. Se evaluaron pacientes con diagnóstico de ES (criterios ACR 1980 y ACR/EULAR2012), valorados en consultas de reumatología durante el segundo semestre de 2016. Se analizaron variables clínicas, analíticas, PFR, test de la marcha, ECG y ECO. Se aplicó el algoritmo DETECT a todos los pacientes. En 4 pacientes se realizó CD basándose únicamente en criterios ECO.

Resultados: Se analizaron 46 pacientes con una edad media de 59,28 años, 91,3% mujeres. Todos los pacientes reunían criterios ACR/EULAR, 28,3% criterios ACR80 y un 13% ambos. El 82% presentaba formas limitadas de la enfermedad (mRSS medio 3,56), con un tiempo medio de inicio del Raynaud de 11,76 años. La tabla recoge las características clínicas, analíticas y funcionales respiratorias de los pacientes. Los STEP 1 y 2 medios fueron 310 y 33,4 respectivamente. Respecto a las características ecocardiográficas: El diámetro AD medio 14,2 cm, TAPSE medio 23,68 mm, sólo pudo obtenerse el TR en un 23% (TR medio 2,6 m/s), y estimarse PAP en un 19% (media 37 mmHg). De los cuatro pacientes que realizaron CD según criterios ECO, se confirmó HAP en 3 (mPAP medio 27,2 mmHg). STEP1 indicó realización de ECO en un 71,7% de los pacientes. La realización de ECO sistemática nos aportó el diagnóstico de patología estructural en 8 pacientes (5%). Si aplicáramos STEP 1, no diagnosticaríamos patología estructural en 2 de ellos, no obstante fueron casos leves y asintomáticos. STEP2 indicó realización de CD en 12 pacientes. Si aplicamos un dintel más específico en el STEP2 (> 40), se indica CD en 6 pacientes, estando confirmada HAP por CD en 3 de ellos.

	N	%
Afectación pulmonar	6	13%
Telangiectasias	36	78,3%
Úlceras en últimos 12 meses	2	4,3%
Calcinosis	3	6,5%
RGE	18	39,1%
CBP	2	4,3%
Afectación articular	17	37%
Anticentrómero	27	58,7%
Mtx	23	51,2%
HCQ	6	14,6%
CFM	3	6%
RTX	4	7%
Calcio-antagonistas	39	80,5%
Antagonistas Rc endotelina	3	6%
PDE5	2	2,4%
	Media	Desviación estándar
Úrico (mg/dl)	4,533	1,2224
NTProBNP (pg/mL)	165,713	209,4331
PCR (mg/L)	3,531	4,9441
VSG (mm)	18,65	17,525
MWT6 (m)	462,13	69,948
BORG	3,00	1,599
Clase funcional (WHO)	1,38	0,614
DLC0%	91,24	18,822
FVC%	89,64	18,875
FVC/DLC0%	1,0515	0,27920

Conclusiones: Existen limitaciones en la medida de HAP mediante ecografía, dado que parámetros como TR no pueden determinarse en todos los pacientes. La aplicación del DETECT supone la realización un 30% menos de ecocardiogramas en nuestros pacientes, no obstante aumenta la realización de CD. Si aplicamos un dintel con mayor especificidad (STEP2 > 40), la sensibilidad del DETECT se mantiene y en número de CD se reducen.

200. ¿ES NECESARIA LA CONSULTA DE TRANSICIÓN?

B. Serrano-Benavente¹, J.C. López-Robledillo², D. Clemente², I. Monteagudo¹ y J.C. Nieto-González¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Niño Jesús. Madrid.

Introducción: Las enfermedades reumatológicas en edad pediátrica pueden seguir presentando actividad en la edad adulta. Las consultas de transición son un elemento estratégico clave para el paso de la reumatología infantil a la de adulto.

Objetivos: Describir las características demográficas, la distribución de enfermedades y tratamientos actualmente prescritos en una consulta de transición de Reumatología.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes nuevos remitidos a la consulta de transición del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM) desde el 1 de septiembre de 2015 al 31 de diciembre de 2016; los pacientes provenían mayoritariamente del HGUGM y del Hospital Niño Jesús. Se recogieron sus datos demográficos, analíticos y de tratamiento. El grupo de conectivopatías incluía a los pacientes diagnosticados de lupus eritematoso sistémico, Behçet, dermatomiositis y esclerodermia. Se consideró que el paciente estaba activo al recibirlo en la consulta de transición cuando presentaba actividad de su enfermedad en alguna de las 2 primeras consultas.

Resultados: Durante los 15 meses analizados se atendieron 81 pacientes nuevos con una mediana de edad al llegar a la consulta de 19 años (18,1-20,7); 59 eran mujeres (72,8%). En la tabla se describen por separado los pacientes con artritis idiopática juvenil (AIJ) (53 pacientes [65,43%]) y con conectivopatías (10 pacientes [12,35%]). Al llegar a la consulta de transición la mitad de los pacientes no tenían tratamiento (41 pacientes (50,62%). De los 40 que sí tenían, 16 pacientes (40%) recibían fármacos biológicos, sobre todo anti-TNF α . En las dos primeras consultas 20 pacientes (24,7%) tuvieron actividad de su enfermedad, la mayoría con AIJ. De ellos, 7 pacientes (35%) intensificaron o cambiaron de tratamiento, iniciando tratamiento biológico seis.

Características demográficas y de tratamiento

	Total (n: 81)	Artritis idiopática juvenil (n: 53)	Conectivopatías (n: 10)
Género mujeres (%)	59 (72,83)	39 (73,58)	9 (90)
Edad inicio enfermedad, mediana (RIC)	10,3 (4,5-14,2)	6,5 (2,1-12,9)	14,4 (11,5-15,6)
Edad llegada transición, mediana (RIC)	19 (18,1-20,7)	19,1 (18,1-21)	19 (18,4-20,5)
Activo en las 2 primeras consultas N (%)	20 (24,69)	15 (28,30)	4 (40)
Anticuerpos antinucleares positivos N (%)	32 (39,50)	20 (37,73)	5 (50)
Uveítis a lo largo de la enfermedad N (%)	11 (13,58)	9 (16,98)	0
Sin tratamiento a su llegada N (%)	41 (50,61)	23 (43,39)	5 (50)
FAME sintético a su llegada N (%)	30 (37,03)	25 (47,17)	5 (50)
Terapia biológica a su llegada N (%)	16 (19,75)	13 (24,53)	0

FAME: fármaco modificador de la enfermedad. RIC: rango intercuartílico.

Conclusiones: Nuestra consulta de transición recibe sobretodo pacientes con artritis idiopática juvenil. La mediana de edad a su llegada es de 19 años. Hasta una cuarta parte de los pacientes presenta actividad de su enfermedad en el periodo de transición y un 19,75% de pacientes reciben tratamientos biológicos; todo ello resalta la necesidad de un estrecho cuidado de estos pacientes en el periodo de transición.

Bibliografía

Foster HE. Ann Rheum Dis 2016;0:1–81. Calvo I. Rheumatol Int (2015) 35:1615–1624.

201. EFICACIA DE UN PROGRAMA DE FISIOTERAPIA GRUPAL EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CERVICAL MECÁNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M.D. Palma-Sánchez¹, D. Palma-Sánchez², M.M. Fernández Soria³, J.M. Abad Manteca¹, D. Alarcos Belmonte¹ y A.J. Ruiz Mondéjar¹

¹Unidad de Fisioterapia de Sutullena. Lorca. ²Unidad de Reumatología. Hospital Rafael Méndez. Lorca. ³Unidad de Fisioterapia de Águilas.

Introducción: La cervicalgia es una de las causas más frecuentes de consulta en atención primaria tras la lumbalgia. Su incidencia ha aumentado en los últimos años, presentando dolor cervical alguna vez en su vida entre el 10 y el 45% de la población. Su causa en el 90% de los casos es por patología mecánica, afectando más a mujeres que a hombres (20% frente 8,3%). Está relacionada con trabajos exigentes física y/o mentalmente, con el estrés y la depresión. La tendencia a su cronificación (25% de los casos) y la creciente demanda de recursos sanitarios para su tratamiento, hace necesaria la búsqueda de terapias con evidencia científica demostrada. Con eficacia probada encontramos programas de fisioterapia en los que el paciente participa de forma activa, pero dada la variabilidad de ejercicios hallados, planteamos un programa que incluye potenciación, estiramiento, control postural y movilización articular para analizar su eficacia.

Objetivos: Valorar la eficacia de un programa de fisioterapia grupal para pacientes con cervicalgia mecánica (CM).

Métodos: Estudio de corte transversal en el que se incluyeron pacientes con CM sin irradiación remitidos durante el año 2016 a la Unidad de Fisioterapia de Atención Primaria de Sutullena del Área III de Salud, del Servicio Murciano de Salud. Los criterios de inclusión fueron: mayores de 18 años con episodios de CM recidivantes y con una Escala analógica visual (EVA) del dolor igual o inferior a 6. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, puntuación del cuestionario Neck Disability Index (NDI), nivel de discapacidad basal y tras realizar el programa. Se consideró mejoría cuando se produjo una reducción del 10% en la puntuación del cuestionario. Se consideraron respondedores a aquellos sujetos que modificaron su nivel de disfunción cervical según dicho cuestionario. En la primera consulta, se les explicó en qué consistía el programa, cuáles eran los objetivos del mismo, y se pasó el cuestionario NDI y escala EVA del dolor. Todos los grupos realizaron 10 sesiones de 45 minutos de fisioterapia grupal, incluyendo estiramientos de trapecios, angular de la escápula y pectorales, ejercicios de flexibilización y movilización cervical, e isométricos cervicales. Al final del programa se realizó una sesión de Higiene postural en la que se informó sobre las posturas adecuadas durante el descanso, aseo, lectura, uso de pantallas de visualización de datos, traslado de cargas y tareas domésticas. En el análisis estadístico descriptivo de variables cuantitativas se utilizaron la media y desviación estándar y para variables cualitativas se utilizaron frecuencias. En el estudio de asociación entre variables cualitativas se utilizó la prueba de chi-cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 107 pacientes de los cuales solo 54 completaron el programa de fisioterapia grupal. La edad media fue de 58,37 años \pm 12,32, siendo el 73,2% (41) mujeres. El cuestionario NDI basal mostró que el 87% de los pacientes tenían limitación moderada y 11,1% tenían limitación intensa. Tras la realización del programa, el NDI presentó una reducción en la puntuación de 2,52 ($p < 0,05$) con una mejoría de su discapacidad funcional en el 46,3% de los pacientes. No se encontró asociación entre la mejoría tras el tratamiento y la edad y el sexo.

Conclusiones: El programa de ejercicio grupal para cervicalgia mecánica fue eficaz en el 46,3% de los pacientes.

202. EFECTO DEL TRATAMIENTO ANTI-TNF EN LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA. CORRELACIÓN CON VARIABLES INFLAMATORIAS Y DE DAÑO ESTRUCTURAL AXIAL

G. Manzano¹, L. Gómez¹, L. Pérez¹, A. Quesada¹, R. Usategui¹, M. Sánchez², C. Hidalgo¹, O. Martínez¹, A. Turrión¹, R. Blanco-Herrera¹, J. del Pino-Montes¹ y C. Montilla¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

²Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: La osteoporosis es una complicación añadida a muchas enfermedades inflamatorias articulares. Una de las causas de esta asociación se establece desde el propio proceso inflamatorio. Básicamente, el espectro de citoquinas inflamatorias, entre ellas el TNF, estimula la resorción modificando la microarquitectura ósea. Es por ello que el uso de anti-TNF, en artritis reumatoide y espondilitis, ha demostrado un efecto beneficioso sobre la de la densidad mineral ósea (DMO). Sin embargo, aún no se ha documentado este efecto en pacientes con artritis psoriásica (Aps).

Objetivos: Analizar el efecto del anti-TNF en la DMO en un grupo de pacientes con Aps. Relacionar este efecto con parámetros inflamatorios, cutáneos y de daño estructural axial.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en pacientes con Aps que comenzaron tratamiento anti-TNF durante el periodo de tiempo 2010-2014. Se excluyeron los pacientes en tratamiento con bisfosfonatos o vitamina D, con enfermedades que modificaran el metabolismo fosfo-cálcico o mujeres en edad post-menopáusica. Se midió la DMO al inicio del tratamiento y a los dos años. Para la fractura incidente se realizaron radiografías de columna dorso-lumbar, al inicio y a los dos años, analizándolas mediante el método semicuantitativo de Genant. Se estratificó en fractura leve (20-25%), moderada (26-40%), y grave (> 40%). Se midieron variables que podían influir en la DMO como el hábito tabáquico o el índice de masa corporal (IMC), variables de actividad de la enfermedad (Número de articulaciones dolorosas-NAD-, número de articulaciones tumefactas-NAT-, VSG, PCR), cutáneas (PASI) y los niveles séricos de vitamina D. Para el daño estructural en raquis se midió el PASRI al inicio y al final de los dos años. La lectura radiográfica se realizó por dos observadores (SM, MC).

Resultados: Dieciocho pacientes recibieron terapia con inhibidores del TNF. La edad media fue de 43,2 años (DE: 11,7), la duración de la enfermedad fue de 6,6 años (DE: 7,2), once eran hombres (61,1%). Trece tomaban FAME sintéticos (72,2%), un paciente no tomaba AINEs (5,5%), dos los tomaba de forma continua (11,1%) y el resto los tomaba a demanda (83,3%). Ningún paciente tomaba corticoides. Cinco pacientes tuvieron una afectación axial (27,7%), dos una afectación periférica (11,1%) y el resto una afectación mixta. El IMC fue de 26,1 (61,1%). La VSG al inicio 14,5, la PCR 0,83, PASRI inicial de 12,1 y el PASRI final 13,80. El PASI de 1,05 (DE: 0,46). La DMO inicial en la columna lumbar fue 1,016 (DE: 0,133), la final de 1,067 (DE: 0,145) ($p = 0,035$). En cuello femoral, la DMO inicial fue de 0,951 (DE: 0,123) la final de 0,934 (DE: 0,127) ($p = 0,129$). La mejoría de la DMO no se correlacionó con la edad ($p = 0,98$), el género ($p = 0,38$), el NAD ($p = 0,46$), el NAT ($p = 0,51$), el IMC ($p = 0,12$), el PASI ($p = 0,05$), PASRI inicial ($p = 0,77$) y el PASRI final ($p = 0,66$). Tampoco hubo relación con la VSG ($p = 0,51$), PCR ($p = 0,78$) o los niveles de vitamina D en sangre ($p = 0,84$). No se encontró diferencias entre la forma de tomar los AINEs ($p = 0,40$) o el consumo de tabaco ($p = 0,14$). Dos pacientes presentaron una fractura vertebral leve. No se encontró relación entre la presencia de fractura y la edad ($p = 0,98$), la duración de la enfermedad ($p = 0,09$), el IMC ($p = 0,32$), el NAD ($p = 0,32$), el NAT ($p = 0,45$), el BASMI ($p = 0,98$), el PASI ($p = 0,32$), la VSG ($p = 0,77$), PCR ($p = 0,96$), el PASRI inicial ($p = 0,6$) o el PASRI final ($p = 0,8$).

Conclusiones: El anti-TNF tuvo un efecto beneficioso sobre la DMO de columna. A pesar de ello, más de un 10% de los pacientes tuvieron

una fractura vertebral leve en el tiempo de observación. No encontramos ninguna relación con parámetros inflamatorios o de daño estructural axial. Aunque estos datos son similares a los encontrados en pacientes con espondilitis aún no se había publicado la influencia del TNF en la DMO en la Aps.

203. LOS ANTICUERPOS IGG ANTI-SACCHAROMYCES CEREVISEAE (ASCAS) PUEDEN PREDECIR EL DESARROLLO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS. ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO A 9 AÑOS

M. Sánchez¹, G. Manzano², L. Gómez², A. Quesada², R. Usategui², C. Hidalgo², O. Martínez², A. Turrion², R. Blanco-Herrera², J. del Pino-Montes² y C. Montilla²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

²Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Introducción: En los pacientes con espondiloartropatías axiales se ha evidenciado hasta en un 65% inflamación intestinal subclínica. De estos pacientes un 8-10% desarrollarán una enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Debido a que no hay un patrón clínico característico que establezca un perfil de estos pacientes, actualmente se están investigando una gran variedad de marcadores séricos y fecales que puedan pronosticar el desarrollo de una EII futura. Clásicamente los ANCA se han detectado hasta en un 80% de los pacientes con colitis ulcerosa. Los anticuerpos dirigidos contra epítomos oligománosidos de la levadura *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) son más frecuentes en la enfermedad de Crohn (60%). En estudios transversales tanto ANCA como ASCAs se han encontrado en pacientes con espondiloartropatía sin manifestaciones digestivas, sin embargo, no existen estudios de seguimiento donde se valore la presencia de estos biomarcadores en el futuro desarrollo de EII.

Objetivos: Determinar el riesgo de desarrollar una EII en un grupo de pacientes con espondiloartritis que presentaron ANCA y/o ASCAs positivo hace nueve años.

Métodos: En el año 2008 publicamos una comunicación en el congreso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la relación entre los ASCAs y ANCA y la actividad inflamatoria en un grupo de pacientes con espondiloartropatía indiferenciada que no presentaban sintomatología intestinal compatible con EII ni antecedentes familiares de primer grado con EII (Reumatol Clin. 2008;4(Supl 2):74). En su momento, los ASCAs se determinaron por ELISA, por instrucciones del fabricante se realizó una interpretación cuantitativa de los resultados, considerándose los valores positivos (tanto para IgA como para IgG) cuando eran mayores de 13 U/ml. Del mismo modo, la determinación de los ANCA se realizó con el kit comercial NOVA lite TM ANCA. La visualización se realizó por el método de inmunofluorescencia indirecta. Seguimos la evolución de los pacientes durante nueve años siendo valorados por el Servicio de Digestivo en caso que los pacientes presentaran manifestaciones gastrointestinales.

Resultados: Se determinaron los ASCAs (IgA e IgG) y los ANCA a 76 pacientes. El 69,0% eran hombres. Pasados los nueve años, 32 pacientes fueron diagnosticados de espondilitis, treinta de artritis psoriásica, seis de espondiloartropatía no radiográfica. El 6,6% se perdieron en el seguimiento. Cuatro pacientes (5,26) desarrollaron enfermedad de Crohn en un tiempo medio de 6,6 años. La edad media de los pacientes que desarrollaron EII fue de 54,4. Tres de los pacientes tenían manifestaciones exclusivamente axiales, el cuarto una forma mixta. Dos pacientes presentaron HLA-B27 positivo. Ninguno de los pacientes estaba en tratamiento con anti-TNF. No se encontraron diferencias entre estos parámetros y los pacientes que no desarrollaron manifestaciones intestinales. De los 27 pacientes que presentaron ASCAs IgG positivos solo uno desarrolló EII

(p = 0,67), ocho pacientes tenían ANCA positivo ninguno de los cuales desarrolló EII (p = 0,68). Cuatro de los 23 pacientes con IgA ASCAs desarrollaron EII (p < 0,015). En la determinación del riesgo, OR: 3,52 (IC95%: 2,40-5,10). La sensibilidad fue del 100% con una especificidad del 71%. La concentración de IGA ASCAs en pacientes con IGA ASCAs positivos y EII no fue superior a los que tuvieron IGA ASCAs positivos y no desarrollaron EII (24,0 vs 28,3; p = 0,85).

Conclusiones: No encontramos un patrón clínico que diferencie las espondiloartropatías que van a desarrollar una EII de aquellas que no la van a padecer. Sin embargo, la presencia de IGA ASCAs en estos pacientes fue factor de riesgo que precedió en más de cinco años el comienzo de un EII. Por tanto, la determinación de estos anticuerpos puede ser de ayuda para predecir esta manifestación.

204. EVOLUCIÓN DE UNA SERIE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO PEDIÁTRICO TRATADOS CON RITUXIMAB EN SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA DE UN ÚNICO CENTRO TERCIARIO

S. Garrote Corral, A. Alía Jiménez, A. Boteanu, M.A. Blázquez Cañamero, M.J. García Villanueva, M. L. Gamir Gamir y A. Zea Mendoza

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

Objetivos: Evaluar la respuesta clínica y analítica de una serie de 9 pacientes diagnosticados de LES (lupus eritematoso sistémico) de inicio pediátrico, que recibieron rituximab, en seguimiento en una Unidad de Reumatología Pediátrica de un Hospital terciario.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye 9 pacientes, con diagnóstico de LES de inicio pediátrico (menos de 16 años) tratados con rituximab entre noviembre 2007 y octubre 2016, valorando la respuesta al tratamiento a los 6 meses y un año tras la primera infusión de rituximab. Se han excluido los pacientes con síndromes de solapamiento.

Resultados: Los 9 pacientes fueron mujeres con una media de edad al diagnóstico de 15,22 años con una media de duración de la enfermedad de 87,55 meses (5-255 meses) previo al tratamiento con rituximab. 7 pacientes eran caucásicas y 2 mestizas. La indicación de rituximab fue en 6 pacientes la nefritis lúpica tipo IV, en 1/9 la nefritis lúpica tipo III, en 1/9 pacientes la afectación cutánea grave (lupus ampuloso) y en 1 caso manifestaciones hematológicas graves (anemia hemolítica). Además 6/9 pacientes presentaban manifestaciones mucocutáneas y articulares. El índice de actividad previo al tratamiento con rituximab, calculado con SELENA-SLEDAI fue de 17,11 puntos (8-33). Todos los pacientes presentaban disminución del complemento y 8/9 aumento de anti-DNA. En 8/9 pacientes el rituximab se utilizó como tratamiento de rescate y en único caso como primera línea. La pauta ha sido de 1 gramo \times 2 en 7/9 pacientes, de 375 mg/m² \times 4 en 1/9 casos y de 600 mg mensual durante 5 meses en el caso de la anemia hemolítica. Cinco pacientes recibieron más de 1 ciclo. Tras la administración de rituximab el índice de actividad SELENA-SLEDAI fue de 4,5 puntos. A los 6 meses se ha obtenido respuesta completa en el caso de las manifestaciones hematológicas y cutáneas, en 2 casos de nefritis lúpica (proteinuria < 0,5 g/día) y parcial en otros 2 casos. No se han analizado los datos en 2 pacientes (fallecimiento y menos de 6 meses de la primera dosis de rituximab). Los pacientes con respuesta parcial y falta de respuesta alcanzaron respuesta completa a los 12 meses. 2/9 pacientes tuvieron efectos secundarios (neumonitis por rituximab en 1 caso e infecciones en 2 casos). La mortalidad fue de 11,1% (1/9 pacientes, por infección y actividad lúpica, SLEDAI pre rituximab = 33).

Conclusiones: En nuestro estudio aunque consta de escasos pacientes, se objetiva que la terapia con rituximab en pacientes con LES es eficaz sobre todo en casos de afectación renal, cutánea y hema-

tológica. Pudiendo plantearse en un futuro como alternativa eficaz frente a otros tratamientos con mayores efectos secundarios.

205. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y GOTA: ¿UNA ASOCIACIÓN INUSUAL?

N. Quilis¹ y M. Andrés^{2,3}

¹Sección de Reumatología. Hospital Universitario Vinalopó. Elche.

²Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

³Departamento de Medicina. Universidad Miguel Hernández. Alicante.

Introducción: Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) padecen con frecuencia comorbilidades cardiovasculares (CV) como hipertensión, dislipemia o enfermedad coronaria. Sin embargo, la asociación con gota – un demostrado factor de riesgo CV – parece muy inusual (de hecho, no se menciona en textos de referencia (EULAR Textbook on Rheumatic Diseases. BMJ, 2015) y podría no considerarse ante un episodio de artritis en estos pacientes, sobre todo al afectar preferentemente a mujeres.

Objetivos: Revisar nuestra experiencia de pacientes con LES que desarrollan gota y realizar una revisión de los casos reportados hasta el momento.

Métodos: Se ha realizado una revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de LES y gota probada por cristales en la sección de Reumatología de un hospital universitario terciario. Se han registrado sus características clínicas y analíticas en relación a ambas enfermedades. Posteriormente, se ha realizado una revisión bibliográfica en Pubmed (1965-2016) para identificar casos o series reportadas de coexistencia de ambas patologías.

Resultados: De un total de 189 pacientes atendidos con diagnóstico de LES, inicialmente seleccionamos 4 que compartían ambos diagnósticos, finalmente sólo 2 con gota probada por cristales. El pri-

mero de ellos es una mujer de 68 años con LES de más de 30 años de evolución, con manifestación renal y gota no tofácea que cursó con poliartritis en manos. El segundo paciente es un varón de 47 años con LES de 20 años de evolución y nefropatía asociada, que en 2015 presenta artritis de tobillo y tarso derecho, obteniendo LS que contiene cristales de UMS. Hasta la fecha se han reportado 36 casos de gota en pacientes con LES. Presentamos en la tabla los casos publicados junto a los de nuestra sección. En la serie predomina el sexo femenino (26; 72%), con una mediana de edad de 43,5 años (p25-p75 32,5-52) al diagnóstico de gota. El 44,4% de los pacientes presentaban gota tofácea en el momento del diagnóstico de la misma. Predomina la presencia de nefropatía (86%) y el uso de diuréticos (83%) y glucocorticoides (91%) como factores hiperuricemiantes.

Conclusiones: Aun siendo infrecuente, los datos apoyan incluir la gota en el diagnóstico diferencial de episodios de artritis en pacientes con LES – de ahí la importancia del análisis rutinario de líquido sinovial –, sobre todo en aquellos con enfermedad de larga evolución, deterioro de función renal y/o en tratamiento diurético.

206. ARTRITIS PSORIÁSICA: ENTRE LA FATIGA, LA ANSIEDAD Y LA INFLAMACIÓN. PAPEL DE LA ENTESIS EN ESTAS MANIFESTACIONES

L. Pérez¹, L. Gómez¹, G. Manzano¹, A. Quesada¹, R. Usategui¹, M. Sánchez², C. Hidalgo¹, O. Martínez¹, A. Turrión¹, R. Blanco-Herrera¹, J. del Pino-Montes¹ y C. Montilla¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

²Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: La fatiga es uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes con artritis psoriásica (Aps). El hecho de que pueda tener un componente emocional y que estudios la hayan relacionado con dolor

Tabla Póster 205

Referencia	Sexo y edad (años)	Afectación renal	Diuréticos	Corticoides	Tiempo de evolución de LES hasta diagnóstico de gota (años)	Ataque agudo	Tofos	Uricemia al diagnóstico (mg/dL)	Presencia de otros cristales
Quilis 2017	M 65	Sí	No	No	30	Sí	No	11,1	No
	H 47	Sí	No	No	22	Sí	No	12,2	No
Moidel 1981	H 48	Sí	Sí	Sí	11	Sí	No	10,8	No
	M 39	Sí	Sí	?	10	?	Sí	12	No
Wall 1982	H 45	Sí	Sí	Sí	10	Sí	No	8,8	No
Rose 1982	M 34	No	No	Sí	1,5	Sí	No	?	PFC, hidroxiapatita
Helliwell 1982	H 39	Sí	?	Sí	12	Sí	Sí	14,8	No
Lally 1982	M 29	Sí	Sí	Sí	9	Sí	No	10,2	No
Bradley 1983	M 31	Sí	Sí	Sí	4	Sí	Sí	16,5	No
	M 57	Sí	?	Sí	20	Sí	Sí	9,5	No
Rodríguez 1984	M 17	Sí	Sí	Sí	5	No	Sí	12	PFC, hidroxiapatita y colesterol
Greenfield 1985	M 56	Sí	Sí	Sí	12	Sí	No	13-18	No
	H 41	Sí	Sí	Sí	14	Sí	No	9	No
Tsuboi 1986	M 25	Sí	Sí	Sí	7	No	Sí	12,2	No
Frocht 1987	M 37	Sí	Sí	Sí	7	Sí	No	12,9	No
McDonald 1988	H 43	Sí	Sí	Sí	10	No	Sí	8,3-10,8	No
Kalmar 1982	M 47	Sí	Sí	Sí	6	No	Sí	16,1	No
Alarcón 1983	M 52	No	?	?	14	Sí	No	18	No
Kurita 1989	M 37	Sí	Sí	Sí	15	No	Sí	11,4	No
Veerapen 1993	M 31	Sí	?	Sí	11	Sí	Sí	11,5	No
	H 24	Sí	Sí	Sí	6	Sí	Sí	15	No
McMillen 1994	H 22	Sí	Sí	Sí	4	Sí	Sí	10,1	No
	M 52	Sí	?	Sí	7	Sí	No	6,9	No
Ho 2003	M 61	No	Sí	Sí	6	Sí	Sí	17,3	No
	M 37	Sí	Sí	Sí	5	Sí	Sí	17,5	No
	M 30	No	Sí	Sí	8	Sí	No	12,9	No
	M 50	Sí	Sí	Sí	13	Sí	Sí	10,3	No
	M 68	Sí	Sí	Sí	4	Sí	No	9,9	No
	M 77	No	Sí	Sí	14	Sí	Sí	9,2	No
	M 33	Sí	Sí	Sí	7	Sí	No	11,2	No
Bajaj 2004	M 22	Sí	No	Sí	9	?	?	18,4	No
	M 44	Sí	Sí	Sí	10	?	?	15,1	No
	H 46	Sí	Sí	Sí	9	?	?	15,1	No
	H 47	Sí	No	Sí	31	?	?	13,4	No
	M 53	Sí	Sí	No	4	?	?	15,1	No

a nivel de la entesis hace pensar que este síntoma pueda ser consecuencia de la presencia de fibromialgia, enfermedad que se asocia con relativa frecuencia a la Aps. Sin embargo, la inflamación y el dolor de la entesis no solo se relaciona con la etiopatogenia de la Aps sino que integra, de forma frecuente, el espectro clínico de la enfermedad, oscilando entre formas asintomáticas hasta sumamente invalidantes. Es por ello que sea preciso conocer la importancia de las distintas variables que integran la afectación de la entesis (lo que el paciente siente, lo que se objetiva en la exploración clínica y lo que se mide con la ecografía) y su relación con otros síntomas de la enfermedad.

Objetivos: Determinar la presencia de fatiga en un grupo de pacientes con Aps. Relacionar la fatiga con la ansiedad, depresión, dolor, afectación cutánea, VSG y PCR. Relacionar la fatiga con el dolor en la entesis, con lo obtenido en la exploración clínica de la entesis y con la medición mediante ecografía.

Métodos: Se incluyeron 156 pacientes diagnosticados de Aps según criterios CASPAR. Se excluyeron todos los pacientes que cumplían criterios de Fibromialgia. La valoración de la fatiga se realizó por la segunda pregunta del PSAID, la valoración de la ansiedad y depresión por la pregunta novena y duodécima respectivamente. Se categorizó la fatiga como intensa cuando era superior a 5. La afectación cutánea se calculó por el método PASI. Se recogieron el número de articulaciones dolorosas (NAD), tumefactas (NAT), la VSG y la PCR. La valoración de los síntomas derivados de la afectación cutánea se realizó por la pregunta tercera del PSAID. La valoración del dolor de la entesis se obtuvo por la tercera pregunta del BASDAI. La exploración clínica de la entesis se realizó por el MASES modificado y la valoración ecográfica, por dos observadores independientes, por el índice MASEI (separado por total, calcificación, erosión, estructura y power-doppler).

Resultados: El 55,7% de los pacientes fueron hombres. La edad media de los pacientes fue de 55,1 años. El 57,0% de los pacientes tomaba AINES a demanda, el 78,2% FAMES y el 25% biológicos. El 37,1% de los pacientes presentaba una fatiga intensa. La relación clínica de las variables en los pacientes con fatiga intensa se expone en la tabla. No se encontraron diferencias en ambos grupos ni con el NAD, NAT, PASI, VSG, PCR o el tratamiento recibido. El dolor de la entesis (BASDAI) se correlacionó con el MASES modificado (R: 0,36; p = 0,0001), no hubo correlación entre el dolor de la entesis con MASEI Total, ni con ninguna de las alteraciones que lo forman (p = 0,63). Tampoco hubo relación del MASEI con el MASES modificado (p = 0,69).

	Fatiga intensa	No fatiga intensa	P	P*
Edad	52,3	58,6	0,28	
Género (H/M) (%)	51,1/48,9	59,5/40,5	0,35	
IMC	28,87 (3,02)	25,13 (3,25)	0,05	
Entesis (BASDAI)	5,20 (2,68)	1,97 (2,35)	0,0001	0,005
Dolor	6,23 (2,20)	3,00 (2,30)	0,0001	0,28
Ansiedad	4,52 (3,42)	2,26 (2,81)	0,0001	0,06
Depresión	3,44 (3,15)	1,13 (1,80)	0,0001	0,03
MASES	2,73 (0,30)	0,72 (0,34)	0,001	0,09
PIEL	4,91 (3,13)	3,03 (2,64)	0,001	0,98
MASEI	15,38 (9,82)	15,40 (10,40)	0,92	

*Análisis multivariante.

Conclusiones: La fatiga es una manifestación clínica relevante que de manera intensa afectó a más de un tercio de nuestros pacientes. A pesar de asociarse a depresión o como en otros estudios a fibromialgia no debe considerarse secundaria a ella sino como una

manifestación inherente a la Aps. Efectivamente, además de excluir a los pacientes con fibromialgia, la puntuación del MASES modificado fue muy baja en el grupo con fatiga intensa. No encontramos correlación del MASEI, ni total ni por dominios, con la expresión clínica de la entesis.

207. EVALUACIÓN DE EXPERIENCIAS PSÍQUICAS EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS REUMÁTICAS

J.L. Prados Ojeda¹, J.L. Garrido Castro², C. González Navas², R. Segura Ruiz¹, P. Font Ugalde², E. Collantes Estévez², R. Luque Luque¹ y A. Escudero Contreras¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba.

Introducción: Son numerosos los estudios que reportan comorbilidad psiquiátrica en pacientes con enfermedad reumática, fundamentalmente la presencia de trastornos de ánimo. Algunos artículos recientes relacionan las psicosis no afectivas con procesos inflamatorios. No es descartable por tanto que población con enfermedad inflamatoria crónica presente experiencias psicóticas subclínicas que puedan interferir en el funcionamiento del paciente. La escala Evaluación Comunitaria de Experiencias Psíquicas CAPE (Community Assessment of Psychic Experiences) es una herramienta validada y utilizada ampliamente para la evaluación de estas experiencias en población general.

Objetivos: Identificar la presencia de experiencias psíquicas en diferentes poblaciones con diagnóstico de enfermedad reumática, comparando entre si las distintas poblaciones en función del diagnóstico y con una muestra de sujetos sanos.

Métodos: 124 sujetos cumplimentaron encuestas incluyendo los cuestionarios SF-12 y CAPE, así como otras variables demográficas y de comportamiento. De entre ellos, 70 padecen espondiloartritis (EspA) (edad 44,3 ± 13 años, 62% mujer), 23 artritis reumatoide (AR) (edad 51,2 ± 13 años, 82% mujer) y el resto son 31 individuos sin patologías reumáticas (47,6 ± 12 años, 58% mujer).

Resultados: Los resultados del test SF-12 en sus dominios mental y físico, y del cuestionario CAPE en sus dominios de síntomas positivos, negativos, depresivos y total, aparecen reflejados en la tabla, expresados como valor medio del índice (desv. est). Así mismo se muestran la significatividad de diferencias según prueba de t de Student entre los grupos de pacientes y el grupo control. No aparecieron diferencias significativas en el estado mental del SF-12. Sí aparecieron en el físico, ya que los pacientes tienen deteriorada su movilidad y función debido a su enfermedad. En cuanto al cuestionario CAPE, los pacientes tuvieron una puntuación algo mayor, debido sobre todo al dominio de síntomas depresivos. Los valores de síntomas positivos de psicosis se mantuvieron dentro de la normalidad. En cuanto al distrés, hubo diferencias significativas en los síntomas positivos (p < 0,05) en ambas enfermedades reumáticas respecto al grupo control. Las puntuaciones CAPE la componente mental del SF-12 correlacionaron positivamente con la edad, no así el sexo, que correlacionó con la parte física del SF-12.

Conclusiones: En nuestra muestra actual, hemos encontrado diferencias significativas en las puntuaciones de las dimensiones, sobre todo la depresiva, de la escala CAPE entre las poblaciones de pacien-

Tabla Póster 207

	SF-12		CAPE			
	Físico	Mental	S. positivos	S. negativos	S. depresivos	Total
EspA	31,8 (13,6)*	43,8 (10,6)	1,32 (0,2)	1,81 (0,4)**	1,98 (0,5)*	1,59 (0,3)**
AR	33,1 (13,1)*	44,9 (12,7)	1,37 (0,3)	1,66 (0,4)	1,86 (0,5)**	1,55 (0,3)
Sanos	47,0 (16,1)	47,2 (7,5)	1,30 (0,2)	1,61 (0,4)	1,65 (0,3)	1,47 (0,2)

Diferencias significativas respecto grupo de sanos: *p < 0,01; **p < 0,05.

tes con enfermedad reumática (especialmente en EspA) y sujetos sanos. Esto nos da una idea de la importancia de tener en cuenta los problemas psicológicos de los pacientes (ansiedad, depresión...) para optimizar el tratamiento de la enfermedad reumática.

Agradecimientos: Coordinadora Española de Asociaciones de Espondiloartritis (CEADE), Asociación Cordobesa de Enfermos de Espondilitis (ACEADE), Asociación Cordobesa de Enfermos de Artritis Reumatoide (ACOARE).

208. ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS: ANÁLISIS DEL REGISTRO DE MIOPATÍAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID (REMICAM)

T. Cobo Ibáñez¹, F.J. López-Longo², B. Joven³, P. Carreira³, V. Maldonado⁴, C. Larena⁴, I. Llorente⁵, E. Tomero⁵, M.C. Barbadillo⁶, P. García de la Peña⁷, A. Gómez Gómez⁷, L. Barrio Nogal⁸, A. Pérez⁸, R. Almodóvar⁹, L. Lojo¹⁰, R. Molina³, L. Ruiz¹¹, J.C. López Robledillo¹¹, M.J. García de Yébenes¹², S. Muñoz Fernández¹ y L. Nuño¹³

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Universidad Europea. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario HM Sanchinarro. Madrid. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. ¹²Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) en las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) presenta una prevalencia de 19,9-78%, puede aparecer en cualquier momento de la evolución y asocia mal pronóstico.

Objetivos: Analizar los datos socio-demográficos y características clínicas de los pacientes con MII y EPI del registro REMICAM.

Métodos: Estudio multicéntrico observacional retrospectivo (1980-2014). Clasificamos a los pacientes en polimiositis (PM), dermatomiositis (DM), MII con anticuerpos (ac) antisintetasa y síndrome de solapamiento. Además, clasificamos los tipos de EPI según los patrones de TACAR en: neumonía intersticial no específica (NINE), neumonía organizada (NO), neumonía intersticial usual (NIU), neumonía intersticial aguda (NIA) y formas no definidas. Se compararon los datos socio-demográficos, características clínicas, anticuerpos y tratamientos de los pacientes con y sin EPI, pacientes con EPI en función del tipo de miositis y del tipo de EPI. Se utilizaron pruebas paramétricas o no paramétricas en función de la distribución de las variables cuantitativas y diferencias de proporciones con χ^2 para las cualitativas. Se realizó la corrección de Bonferroni.

Resultados: Se incluyeron 478 pacientes, de los que 129 (27%) tenían EPI. Los pacientes con EPI de forma significativa ($p < 0,001$) presentaron más edad al diagnóstico (56 vs 42 años), mayor VSG (47 vs 29 mm/h) y PCR (3,7 vs 1 mg/dl) y peores pruebas de función respiratoria en el primer año, DLCO (66% vs 80%) y CVF (70% vs 80%). Desde el punto de vista clínico y de forma significativa ($p < 0,001$), se caracterizaron por mayor frecuencia de artritis (63% vs 35%), manifestaciones sistémicas (56% vs 33%), cardíacas (31% vs 22%), f. Raynaud (46% vs 22%), enfermedad cardiovascular (32% vs 18%), hipertensión pulmonar (19% vs 4%), úlceras isquémicas (15% vs 5%), manos de mecánico (33% vs 9%), esclerodactilia (26% vs 9%) y ac anti-sintetasa (33% vs 9%). La distribución por tipo de miositis

de los pacientes con EPI sin neoplasia ($n = 120$) fue: PM (15%), DM (15%), antisintetasa (43%) y síndrome de solapamiento (19%). Las diferencias significativas ($p < 0,001$) entre estos grupos fueron: la menor frecuencia de artritis en PM; mayor frecuencia de f. Raynaud y esclerodactilia en los síndromes de solapamiento y antisintetasa; mayor frecuencia de anti-RNP en el síndrome de solapamiento y de ac anti-sintetasa y anti-ro en el síndrome antisintetasa; y la mayor prevalencia de signos cutáneos típicos y manos de mecánico en las DM. No hubo ninguna característica que fuera significativa según el tipo de EPI [35% NINE, 6,6% NO, 3,3% NIA, 45% NIU y 10% no definida]. No se observaron diferencias respecto a los tratamientos.

Conclusiones: Encontramos manifestaciones clínicas y presencia de anticuerpos que nos ayudan a describir mejor las MII asociadas o no a EPI y los diferentes tipos de miositis en los pacientes con EPI. Sin embargo, la frecuencia de los tratamientos fue similar.

209. VALORACIÓN DE LA RIGIDEZ ARTERIAL Y EL GROSOR DE LA ÍNTIMA-MEDIA CAROTÍDEA MEDIANTE RADIOFRECUENCIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNF α

M. Robustillo Villarino, C. Feced Olmos, E. Valls Pascual, A. Ybáñez García, À. Martínez-Ferrer y J.J. Alegre Sancho

Hospital Universitario Dr. Peset. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción: Está demostrado que las terapias antiTNF α son eficaces para controlar la clínica articular inflamatoria en la artritis reumatoide (AR) y es probable que también permitan frenar el desarrollo acelerado de la enfermedad aterosclerótica preclínica en pacientes con AR.

Objetivos: Evaluar la efectividad de las terapias antiTNF α sobre la rigidez arterial, medida mediante la determinación de la velocidad de onda de pulso (VOP), y el grosor íntima-media carotídea (GIMc), medido en el árbol carotídeo extracraneal en pacientes con AR que no hayan respondido a uno o más FAME e inicien un antiTNF α como primera línea de tratamiento biológico, en un periodo de 12 meses.

Métodos: Se incluyeron 37 pacientes con AR clínicamente activa, entre 2 y 10 años de evolución de enfermedad, que iniciaban una primera línea con terapia antiTNF α en un periodo de 2 años. Recogimos variables demográficas (sexo, edad, IMC), clínicas (factores de riesgo CV clásicos, antecedentes de eventos CV, manifestaciones extraarticulares), y analíticas (FR, ACPA, PCR media). Se calculó el riesgo CV mediante el SCORE modificado según recomendaciones EULAR. El árbol carotídeo extracraneal se exploró con un ecógrafo Esaote MyLabXV70, sonda lineal (7-12 mHz) y un programa automatizado de medición del GIMc mediante radiofrecuencia ("Quality intima media Thickness in real-time, QIMT"). Se recogió la presencia de placas de ateroma según consenso de Mannheim. La VOP se determinó mediante el dispositivo validado MobilOGraph[®]; se realizaron tres mediciones con el paciente en sedestación en el brazo no dominante y la media de VOP se calculó a partir de las dos últimas mediciones. En los pacientes que mantuvieron respuesta clínica al tratamiento a los 12 meses, se evaluó nuevamente y de la misma manera la VOP, el GIMc y la presencia de placas de ateroma. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS 17.0.

Resultados: 30 pacientes completaron el seguimiento a los 12 meses. Entre los que abandonaron el estudio, 3 presentaron fallo primario, 2 fallo secundario y 2 efectos adversos del tratamiento. Entre los pacientes que completaron el estudio, la media de edad fue de 50,87 años (DE 14,11), y un 83,3% (25) eran mujeres. El 80,0% (24) eran de etnia caucásica y un 20,0% (6) latina. Un 66,7% (20) eran consumidores habituales de glucocorticoides y todos los pacientes excepto uno estaban en tratamiento concomitante con FAME. El DAS28 medio basal fue 4,90 (DE 0,99). El tratamiento antiTNF α más utilizado fue adalimumab (56,7%, $n = 17$), seguido de certolizumab

(33,3%, n = 10) y etanercept (10%, n = 3). Según la escala de clasificación SCORE modificado 18 pacientes (60,0%) tenían riesgo CV leve, 11 (36,7%) un riesgo moderado y 1 paciente (3,3%) riesgo alto o muy alto. El análisis de daño vascular se presenta en la tabla. Se observó que el tratamiento antiTNF α no produjo un incremento significativo de GIMc (p = 0,625), tal como se observó en estudios previos. De la misma manera, tampoco produjo un incremento significativo de VOP (p = 0,105), a diferencia que en trabajos previos. Al finalizar el estudio no se observó en ninguno de los pacientes estudiados la aparición de nuevas placas de ateroma.

	VOP media	GIMc medio	Pacientes con placa de ateroma
Basal	7,56 m/s (DE 2,06)	668,17 micras (DE 177,973)	20,0% (6)
12 meses	7,61m/s (DE 2,10)	677,93 micras (DE 157,113)	20,0% (6)

Conclusiones: El tratamiento con antiTNF α puede limitar la progresión del daño vascular en la AR, hecho que sugiere que los antiTNF α ejercen un efecto protector desde el punto de vista cardiovascular en pacientes inflamatorios.

210. INFECCIÓN POR LEISHMANIA EN EL ÁREA SANITARIA 6 DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

M. Fernández Matilla¹, S. Añón Roig², N. Fernández-Llanio Comella¹, A. Begazo Cruz¹, A. Pérez Torres¹ y J.A. Castellano Cuesta¹

¹Sección de Reumatología; ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Arnau de Vilanova-Llíria. Valencia.

Introducción: Las leishmaniasis son una zoonosis muy prevalente a nivel mundial, con entre 900.000 y 1,3 millones de contagios anuales, de los que el 25% se manifiestan como forma visceral. Es una parasitosis protozoaria transmitida por la picadura de un flebótomo hembra infectado, cuyo principal reservorio son perros y conejos. La infección se asocia a malnutrición, migración poblacional, pobreza y enfermedades que cursan con inmunosupresión. Endémica en la cuenca del Mediterráneo, y de declaración obligatoria en España desde 1982, en 2015 se notificaron en la Comunidad Valenciana 104 casos, 4 de ellos en nuestra área sanitaria. En 2016 la incidencia en nuestra área creció exponencialmente (20 casos), y ello es el motivo de esta comunicación.

Objetivos: Describir el comportamiento de esta parasitosis en nuestra área. Insistir en las enfermedades reumáticas y sus tratamientos como factor de riesgo para desarrollarla.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de la cohorte de pacientes infectados por Leishmania en el área sanitaria 6 de la Comunidad Valenciana (Hospital Arnau de Vilanova-Llíria) en el año 2016, cuya población asignada es de 311.000 pacientes.

Resultados: En 2016 se confirmaron 20 casos de Leishmaniasis en nuestra área (7 mujeres y 13 hombres). La edad media de los pacientes fue de 39,8 años; 5 eran niños, 2 de ellos menores de 12 meses. Requiritieron ingreso hospitalario 15 pacientes, de los que 4 estaban afectados de la forma cutánea, pero precisaban tratamiento sistémico debido a sus patologías de base. Siete pacientes (35%) no presentaban ningún factor de riesgo para el desarrollo de leishmaniasis. Todos los casos se resolvieron satisfactoriamente, salvo uno afecto de VIH que falleció. Se desconoce si los casos son primarios o reactivación de infecciones latentes. Del total de pacientes, 12 (60%) tenían patologías autoinmunes: AR (4), psoriasis o APs (2), EC (2), DM (2), cirrosis (1), trasplante (1). De éstos, 8 estaban en tratamiento inmunosupresor: MTX (4), AZA (2), TCL (1), CTZ (1), IFX (1); dos de ellos asociaban corticoides orales. Los dos pacientes en tratamiento anti-TNF α desarrollaron la forma cutánea. En la tabla se resumen las características generales y factores de riesgo para el desarrollo de leishmaniasis de nuestra cohorte.

Caso	Edad/sexo	Estación	Forma	Factor de riesgo	ER	Tto. IS	AntiTNF α /Duración*
1	3m/M	Invierno	V	No	No	No	No/NA
2	45/H	Invierno	V+CM	No	No	No	No/NA
3	20/M	Invierno	C	EC, PG	No	AZA, IFX	Sí/5 años
4	55/H	Primavera	C	DM, cirrosis, psoriasis	No	No	No/NA
5	37/M	Primavera	V	DM, Tx, uveítis	No	TCL, pred	No/NA
6	41/H	Primavera	V	No	No	No	No/NA
7	7/H	Primavera	C	No	No	No	No/NA
8	21m/H	Primavera	C	No	No	No	No/NA
9	10m/H	Verano	C	No	No	No	No/NA
10	63/M	Verano	C	No	No	No	No/NA
11	53/H	Verano	V	VIH	No	No	No/NA
12	45/H	Verano	V	VIH	No	No	No/NA
13	2/H	Verano	V	Perro	No	No	No/NA
14	47/M	Verano	V	AR	AR	MTX	No/NA
15	53/H	Verano	C	EC	No	AZA	No/NA
16	72/M	Verano	C	Psoriasis, APs	APs	CTZ	Sí/5m
17	76/H	Otoño	C+V	AR	AR	MTX	No/NA
18	47/H	Otoño	V	VIH	No	No	No/NA
19	44/M	Otoño	V	AR, SS, NIL	AR+SS	MTX	No/NA
20	85/H	Otoño	V	AR, DM	AR	MTX, pred	No/NA

ER: enfermedad reumática de base; Tto. IS: tratamiento inmunosupresor de base; m meses; M: mujer, H: hombre; V: víscera, C: cutánea, CM: cutáneo-mucosa; DM: diabetes mellitus; Tx: trasplante (hepático y córnea); AR: artritis reumatoide, SS: síndrome de Sjögren, NIL: neumonía intersticial linfocitaria, APs: artritis psoriásica, EC: enfermedad de Crohn, PG: pioderma gangrenoso; TCL: tacrolimus, pred: prednisona, MTX: metotrexate, AZA: azatioprina, IFX: infliximab; NA: no aplica; *Duración del tratamiento antiTNF α hasta el diagnóstico de Leishmania.

Conclusiones: En nuestra área sanitaria la incidencia de leishmaniasis se ha multiplicado por 5 en un año. Hubo infecciones durante todo el año, lo que supone un mal control de vectores y reservorios. Se confirman las enfermedades reumáticas y sus tratamientos como un factor de riesgo importante para el desarrollo de leishmaniasis, principalmente la forma visceral. Los FAME no biológicos parecen ser tan importantes o más que los FAME biológicos a este respecto. Debemos valorar este incremento de incidencia de leishmaniasis y determinar las acciones preventivas sanitarias (médicas, comunitarias y veterinarias) pertinentes.

211. EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CUIDADO DE LA SALUD ADQUIRIDO POR EL ADOLESCENTE EN EL PROCESO DE TRANSICIÓN

P. Collado, A. Rubio, B. Jiménez, F. Rey y C. Bonilla

Sección de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

Introducción: La adolescencia en niños con enfermedad reumática crónica (ERC) se convierte en un reto al añadirse los cambios físicos, psíquicos y sociales. Mientras que en los países anglosajones la atención del adolescente se realiza en consultas especializadas, en España se inician los primeros pasos en la búsqueda de un modelo estándar de transición.

Objetivos: Evaluar la preparación del adolescente al cambio de atención médica del modelo "pediátrico" -donde los padres toman la mayor parte de las decisiones- al modelo de "adultos", y conocer la satisfacción del paciente con el modelo de transición vigente en nuestro hospital.

Métodos: La información se obtuvo a través de un cuestionario de autoevaluación cualitativo y una encuesta de satisfacción enviados por correo. Este cuestionario permite determinar el nivel de apoyo existente para la transición del niño. El cuestionario utilizado para este estudio incluyó varios aspectos: 1) confianza al cambio, 2) información proporcionada sobre la salud, 3) uso de recursos médicos, 4) información sobre relaciones sociales y de convivencia con el entorno. Criterios de inclusión: pacientes con ERC igual o mayor de 16 años de edad procedentes de la consulta conjunta pediatría y reumatología que fueron atendidos durante el año 2016 en una

consulta de reumatología, así como el consentimiento paterno. Las variables del cuestionario se evaluaron mediante escalas tipo Likert (0-4) excepto la confianza al cambio y la satisfacción del paciente, donde se aplicó una escala análoga visual (0-10 cm).

Resultados: Se invito a 25 pacientes a participar. La tasa de respuesta fue del 68%. La confianza señalada por los pacientes acerca de su habilidad para cambiar hacia la atención del adulto fue $7,7 \pm 2,1$ (media \pm DE). Las respuestas al cuestionario respecto a la información proporcionada sobre su salud, mostraron que un 83% de los pacientes conocían su ECR y tratamiento, pero menos de la mitad de ellos llevan consigo la tarjeta sanitaria y/o alguna información sobre su ERC. En el uso de recursos médicos, la mayoría sabe dónde realizarse las pruebas solicitadas, obtener sus medicamentos y contactar con su médico. No suelen responsabilizarse de solicitar la cita de consulta, y sólo un 17% de éstos reconoce que deberían aprender. Menos de la mitad de los encuestados piensan en las preguntas previamente a la cita médica y/o han hablado con su familia sobre su capacidad de tomar decisiones de salud al alcanzar los 18 años de edad. Respecto a su entorno, a todos les preocupa que la ECR pueda condicionar su vida laboral y social, un 11% de los jóvenes indica preocupación por no poder consumir alcohol o tabaco por la ECR y/o su tratamiento y hasta un 82% indica preocupación y deseo de que alguien le explique cómo la ECR y/o tratamiento afectarías sus relaciones de pareja/su capacidad de ser padres. Finalmente, el adolescente se mostró muy satisfecho con el modelo de transición vigente en nuestro hospital, media $9,7 \pm 0,4$ [9-10].

Conclusiones: La mayoría de nuestros pacientes indicaron tener conocimientos de su ECR y los recursos médicos, sin embargo algunos aspectos médicos y psicosociales son desconocidos y/o generan cierta preocupación. Aunque nuestros pacientes mostraron estar muy satisfechos con el actual cuidado transicional entre pediatría-reumatología, la evaluación nos ha permitido identificar intervenciones a priorizar en el proceso de planificación hacia un modelo más eficaz.

212. CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED CUTÁNEA CRÓNICA: DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LOS CASOS CON AFECTACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA

C. Hidalgo Calleja¹, L. López Corral², C. Román Curto³, L. Pérez Garrido¹, A. Quesada Moreno¹, C.A. Montilla Morales¹, O. Martínez González¹, A. Turrión Nieves¹, G. Manzano Canabal¹, L. Gómez-Lechón Quirós¹ y J. del Pino Montes¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Hematología; ³Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Introducción: La enfermedad injerto contra huésped crónica (EICHc) es la complicación tardía más frecuente del trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (TAMO) con una prevalencia de 30-80%, suele comenzar después de los 100 primeros días postinfusión, momento en el que se produce la reconstrucción del sistema inmune del huésped y el sistema inmune de donante reconoce los tejidos del huésped causando inflamación y fibrosis de intensidad variable. Los síntomas aparecen habitualmente en los primeros tres años postrasplante. Es una patología inmunológica multisistémica con importante repercusión tanto a nivel sistémico como cutáneo y musculo-esquelético. A pesar del tratamiento con corticoides e inhibidores de la calcineurina los pacientes considerados de "alto riesgo" tienen baja supervivencia (48%) y una elevada tasa de mortalidad (35%).

Objetivos: Describir las manifestaciones musculoesqueléticas principalmente los cuadros esclerodermiforme de los pacientes atendidos en una consulta multidisciplinar (hemato/derma/reumatología) mensual de EICHc.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo para describir las características clínicas de los pacientes con EICH crónico y afectación musculoesquelética recogidos en la base de datos de la consulta mensual multidisciplinar iniciada en marzo 2014. Se revisan 66 pacientes sometidos a TAMO entre 2005 a 2016, con un total de 229 visitas. Se analizan las características clínicas de los 22 pacientes con EICH esclerodermiforme bien cutáneo, fascial, y/o tendinoso detectados en la primera visita. Se recogen variables demográficas habituales, la enfermedad motivo de trasplante, tipo de trasplante y de forma sistemática en cada visita las manifestaciones clínicas mediante el cuestionario de evaluación recomendado por el grupo de Seattle que incluye la escala Rodnan para la afectación cutánea y la P-ROM (escala de rango de movilidad fotográfica: hombros, codos, manos y tobillos) para objetivar el grado de limitación de la movilidad articular. El análisis estadístico descriptivo se realiza mediante el programa SPSS v.20.

Resultados: Veintidós (33%) pacientes, 9 mujeres (41%) y 13 (59%) varones con edad media de 49 años (rango 13-68 años) presentaban algún tipo de EICH esclerodermiforme en a primera visita (tabla). La leucemia mieloide fue el motivo del TAMO en casi la mitad de los casos (42%). El tiempo medio desde el trasplante hasta la visita inicial fue de 3 años (desde 9 años a 7 meses). En 3 (13%) pacientes se desencadenó tras retirar la inmunosupresión y 6 (27%) recibían tratamiento esteroideo oral en el momento de la visita. 11 (50%) fueron diagnosticados por biopsia cutánea, 16 (73%) padecían EICHc extenso, 19 (86%) afectación moderada-grave. En dos pacientes se detectó recaída de la enfermedad. La afectación fascial y tendinosa principalmente de los tendones flexores del capo es la más frecuente (8 (36%) pacientes) provocando limitación funcional importante.

	Ausente/Normal 0	Leve 1	Moderado 2	Grave 3
ECOG	12	7	2	1
Cutáneo	6	< 18% SC 6	18-50% SC 3	> 50% 7
ROM Rodnan Medio Inicial 11 (0-27)	9	8	5	0
Esclerodermiforme	13 (59%)			
Morfea	8			
Panesclerosante	1			
Mixto (liquenoide y esclerodermiforme)	2			
Lipodermatoesclerosis	2			
Fascitis eosinofílica. Signo del surco y rippling	4 (18%)			
Esclerosis partes blandas sin afectación cutánea	5 (22%)			

Conclusiones: Las manifestaciones articulares, tendinosas y fasciales fibróticas son muy comunes en los pacientes con EICH y en ocasiones se presenta sin afectación cutánea haciendo difícil su valoración en una consulta de EICH cutáneo crónico pudiendo pasar desapercibida siendo necesario la utilización de escalas de forma sistemática de valoración de la movilidad articular. Destacar la importancia de la fisioterapia en estos pacientes.

213. SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN UN HOSPITAL COMARCAL

D. Grados¹, A. Retamero², A.M. Colquechambi³, F. Bové⁴, S. Sánchez², X. Sánchez², C. Salom², D. Ferrández², A. Riveros¹, C. Baliu⁵, E. Nogués⁵ y M. Cucurell⁵

¹Sección de Reumatología; ²Servicio de Farmacia; ³Medicina de Familia; ⁴Enfermería; ⁵Sección de Dermatología. Hospital d'Igualada.

Objetivos: Determinar el grado de satisfacción de los pacientes con enfermedad reumatológica (artritis reumatoide, espondiloartropa-

tías y otras artritis) y dermatológica (psoriasis, artritis psoriásica e hidrosadenitis supurativa) en tratamiento con un fármaco biológico. **Métodos:** Estudio descriptivo prospectivo realizado en un Hospital Comarcal con un área de referencia de 109.530 habitantes. Se realizó una encuesta a todos los pacientes que acudían al Servicio de Farmacia a recoger la medicación o a consultas en el caso de tratamientos administrados por enfermería. Se evaluó el grado de satisfacción antes y después del biológico del 0 al 10, donde 0 era insatisfacción máxima y 10 satisfacción máxima, y la mejoría del dolor siendo 0 nada de mejoría y 10 el máximo de mejoría. Se revisaron las historias clínicas y se generó una base de datos para explotación con SPSS-vs 22. Todos los pacientes recibieron una hoja de información del estudio y firmaron el consentimiento informado.

Resultados: Se analizaron un total de 100 pacientes: 45 hombres y 55 mujeres. La edad media fue de 53 años (DE 14,9). Un 42% de pacientes se encontraban en situación laboral activa. Distribución de pacientes por patologías: 46 (46%) artritis reumatoide, 25 (25%) psoriasis, 16 (16%) artritis psoriásica, 8 (8%) espondiloartropatías, 2 (2%) hidrosadenitis supurativa y 1 (1%) artritis idiopática juvenil. Distribución de fármacos biológicos: 49 (49%) adalimumab, 20 (20%) ustekinumab, 18 (18%) etanercept, 6 (6%) golimumab, 3 (3%) tocilizumab, 2 (2%) secukinumab, 1 (1%) certolizumab. El tratamiento fue autoadministrado en 61 pacientes. Solamente 30 (30%) pacientes habían realizado un tratamiento biológico previo al actual. En la actualidad, 43 pacientes llevaban algún tratamiento adicional, 38 con metotrexato y 5 con leflunomida. En la tabla se muestran los resultados de la encuesta.

Grado de satisfacción antes del biológico, n (DE)	2,8 (2,6)
Grado de satisfacción después del biológico, n (DE)	7,9 (1,6)
Mejoría del dolor, n (DE)	7,8 (2,1)
Comodidad con la vía de administración, n	94
Comodidad con la frecuencia de administración, n	97
Grado de dolor durante la administración, n (DE)	3,2 (3,2)
Pacientes que han olvidado dosis, n	15
Pacientes que han controlado la enfermedad con el biológico, n	93
Pacientes que han mejorado la calidad de vida con el biológico, n	93
El paciente considera tener suficiente información del fármaco, n	80
El paciente considera tener suficiente información de la enfermedad, n	87
Pertenece a una asociación de pacientes, n	4

Conclusiones: El grado de satisfacción de los pacientes con su tratamiento biológico es muy alto independientemente de su vía de administración. La mayoría de ellos están en monoterapia o con dosis bajas de FAME. Un 61% de pacientes se auto administran el fármaco en casa. Un 93% de los pacientes considera que ha habido un cambio en su calidad de vida y que pueden realizar una vida normal.

214. ¿EXISTE LA ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO SIN ANTICUERPOS ANTI-U1-RNP?

J. Martínez-Barrío^{1,2}, E. Estrada^{3,4}, J.G. Ovalles-Bonilla¹, L. Valor¹, D. Hernández-Flórez¹, T. del Río¹, I. Janta¹, J.C. Nieto González¹, B. Serrano¹, R. González Benítez¹, C. Sáenz Tenorio¹, L. García-Montoya¹, M. Correyero¹, A. Silva¹, A. López-Cerón¹, C. González^{1,2}, I. Monteagudo^{1,2} y F.J. López-Longo^{1,2}

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Universidad Complutense de Madrid. ³Facultad de Salud. Universidad Camilo José Cela. Madrid. ⁴Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

Introducción: La enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) es una enfermedad reumática autoinmune sistémica (ERAS) caracterizada por presentar manifestaciones clínicas de lupus eritematoso sistémico (LES), esclerodermia (ESC) y polimiositis (PM) y anticuerpos anti-U1-RNP. El objetivo del estudio fue determinar si existen pacientes con síntomas de EMTC en ausencia de anticuerpos anti-U1-RNP.

Métodos: Estudio monocéntrico, prospectivo, observacional y longitudinal de pacientes con ERAS. Todos los pacientes proceden del "Registro de ERAS" del HGU Gregorio Marañón entre los años 1986 y 2012, aprobado por el CEIC. En este estudio se incluyeron los pacientes diagnosticados de EMTC según los criterios de Kasukawa y/o los criterios de Alarcón-Segovia, LES, PM, ESC, síndromes de solapamiento (criterios simultáneos o secuenciales de 2 o más ERAS), síndrome de Sjögren, síndrome antifosfolípido, vasculitis sistémicas y ERAS indiferenciada o incompleta (al menos un criterio clínico de los criterios de clasificación y un anticuerpo relacionado de cualquiera de las ERAS). Se excluyeron los pacientes con artritis reumatoide. Los pacientes con criterios clínicos de EMTC se dividieron en seropositivos (EMTC, con anti-RNP) y seronegativos (EMTC posible, sin anti-RNP).

Resultados: Se reclutaron 692 pacientes, 608 mujeres (87,9%). Se identificaron 70 (10,1%) pacientes seropositivos y 75 seronegativos (10,8%) con criterios de Kasukawa y 62 pacientes seropositivos (8,9%) y 54 seronegativos (7,8%) con criterios de Alarcón-Segovia. No se observaron diferencias significativas en la edad al inicio de la enfermedad, edad al diagnóstico o tiempo de evolución (p > 0,05) entre seropositivos y seronegativos. Los pacientes seropositivos con criterios de Kasukawa presentaron con mayor frecuencia adenopatías, eritema malar, leucopenia, fenómeno de Raynaud, debilidad muscular y aumento de enzimas musculares (tabla). Con los criterios de Alarcón-Segovia los pacientes que desarrollaron miositis fueron más frecuentes en el grupo seropositivo (p = 0,007; OR 3,25, IC95% 1,44-7,32).

Criterios de Kasukawa	EMTC seropositivo (n, %)	EMTC seronegativo (n, %)	p	OR	IC95% OR
Adenopatías	28 (40%)	17 (23%)	0,038	2,275	1,105-4,681
Eritema malar	25 (36%)	8 (11%)	0,001	4,653	1,928-11,231
Leucopenia	41 (59%)	17 (23%)	< 0,001	4,824	2,348-9,909
Debilidad muscular	32 (50%)	24 (32%)	0,042	2,125	1,083-4,171
Aumento de enzimas musculares	45 (64%)	35 (47%)	0,049	2,057	1,056-4,008

Conclusiones: Algunos pacientes con manifestaciones de ERAS cumplen criterios clínicos de EMTC en ausencia de anticuerpos anti-U1-RNP, desde el inicio de la enfermedad y a lo largo de su evolución (EMTC seronegativa), tanto con los criterios de clasificación de Kasukawa como con los de Alarcón-Segovia. La frecuencia de EMTC seronegativa es similar a la frecuencia de EMTC seropositiva. Los pacientes con EMTC seropositiva presentaron más manifestaciones de LES (adenopatías, eritema malar y leucopenia) cuando se utilizan los criterios de Kasukawa y de PM con ambos criterios.

215. ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA ASOCIADA A ARTRITIS PSORIÁSICA

J. Molina Collada¹, M.G. Bonilla¹, L. Gómez Carrera², M.C. Plaza Moreno², R. Álvarez-Sala Walther² y A. Balsa Criado¹

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

Introducción: La afectación del sistema respiratorio en las enfermedades del tejido conectivo (ETC) es frecuente, en especial la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID). Las EPID constituyen un grupo heterogéneo de entidades clinicopatológicas que comparten manifestaciones clínicas y afectación difusa del parénquima pulmonar. La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad autoinmune con clínica articular inflamatoria y afectación cutánea y/o ungüal incluida en las espondiloartritis (SpA). Si bien la APs asocia manifestaciones extraarticulares (MAEs), la afectación pulmonar es rara

y hay pocos datos sobre APs y EPID. Recientemente se publicó un trabajo que describió las MAEs en pacientes con APs, y se observó afectación pulmonar en 2 casos (0,52%) que consistió en fibrosis apical; ambos con afectación axial y fumadores.

Objetivos: Valorar la EPID como MAEs en pacientes con APs.

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo transversal. Revisamos los pacientes con EPID que son estudiados en la unidad multidisciplinar de Reumatología y Neumología del Hospital Universitario La Paz de Madrid entre los años 2011 y 2016. Identificamos los pacientes con APs que presentan como MAEs pulmonar EPID. Obtuvimos la información de las historias clínicas y recogimos variables sociodemográficas (edad y sexo), edad al diagnóstico (Dx) de la APs, fecha de Dx de EPID, tiempo desde el Dx de la APs hasta el Dx de EPID, tratamiento (Tto) recibido, síntomas respiratorios, patrón radiológico en tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) y PFR.

Resultados: Identificamos 8 pacientes que cumplían criterios CASPAR para diagnóstico de APs. La edad media al diagnóstico era $62,19 \pm 13,63$ años; 4(50%) eran mujeres. 7 (87,5%) fueron Dx de APs antes de EPID y 1 de ellos estaba Dx de Psoriasis cutánea cuando fue Dx de EPID y posteriormente se Dx de APs. La media de tiempo transcurrido desde Dx de APs y desarrollo de EPID fue de $8,72 \pm 7$ años. 2 (25%) estaban asintomáticos y se estudiaron tras hallazgos incidentales por imagen y 6 (75%) tuvieron síntomas respiratorios; los más frecuentes, disnea y tos (60%). Respecto al patrón radiológico en TCAR, 4 (50%) compatible con neumonía intersticial no específica, 2 (25%) neumonía intersticial usual, 1 (12,5%) neumonía organizada criptogénica y 1 (12,5%) no presentó patrón definido en TCAR. 4 (50%) habían recibido Tto con metotrexato (MTX), 1 (12,5%) con anti-TNF y 3 (37,5%) con MTx y AntiTNF.

	FVC	FEV1	FEV1/FVC	DLCO
Caso 1	2,13 (108,9%)	2,06	97%	65,2%
Caso 2	2,05 (99,6%)	1,53 (91%)	74,68%	5,63 (89%)
Caso 3	3,04 (138%)	2,58 (141%)	85%	107%
Caso 4	5,66 (108%)	4,54 (105%)	80%	10,26 (86,5%)
Caso 5	60,4%	59,4%	79,3%	No determinado
Caso 6	4,18	3,73 (115,8%)	89,24%	3,67 (49%)
Caso 7	2,22 (82%)	1,91 (94%)	86%	70%
Caso 8	2,36 (64,8%)	2,14 (77,4%)	90%	55,6%

Conclusiones: La patogénesis de la EPID en pacientes con APs sigue sin explicarse. El efecto crónico del MTX sobre el intersticio pulmonar es poco conocido; en 2015 un metaanálisis evaluó el riesgo de afectación pulmonar en comparación con placebo y FAMES en psoriasis, APs y enfermedad inflamatoria intestinal, no encontrándose mayor tasa de toxicidad pulmonar con MTX aunque no se pudo excluir un riesgo pequeño. No existen estudios observacionales publicados que evalúen la EPID en pacientes con APs tratados con anti-TNF. Nosotros describimos una serie de casos de EPID en APs, lo cual resulta de interés no solo por la excepcionalidad de EPID en pacientes con APs, sino por las implicaciones clínicas de la posible relación entre EPID y los tratamientos de la APs. Por ello consideramos que serían necesarios estudios prospectivos a largo plazo para conocer mejor la posible relación entre EPID y APs y estaría justificada la realización de estudios controlados diseñados para evaluar el perfil pulmonar de los anti-TNF.

216. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA SOBRE EL TRATAMIENTO SISTÉMICO DE LAS UVEÍTIS ANTERIORES (FAMES SINTÉTICOS Y BIOLÓGICOS)

A. Gómez^{1,2}, E. Loza³, M.P. Rosario³, L. Carmona³, G. Espinosa⁴, J.M. García Ruiz de Morales⁵, J.M. Herrera⁶, S. Muñoz-Fernández^{2,7} y M. Cordero^{8,9}

¹Hospital Universitario Madrid Sanchinarro. Madrid. ²Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. ³Instituto de Salud Musculo-esquelética (inMusc). Madrid. ⁴Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Institut Clínic de Medicina i Dermatologia. Hospital Clínic. Barcelona. ⁵Unidad de Inmunología. Complejo Asistencial Universitario e Instituto de Biomedicina Universidad de León (IBIOMED). León. ⁶IOBA (Instituto Universitario de Oftalmobiología). Universidad de Valladolid. CIBER-BBN (Centro de Investigación Biomédica en Red en Bioingeniería, Biomateriales y Nanomedicina). Hospital Clínic Universitario de Valladolid. ⁷Universidad Europea de Madrid. ⁸Unidad de Uveítis. Complejo Asistencial Universitario e Instituto de Biomedicina Universidad de León (IBIOMED). León. ⁹Universidad de León.

Objetivos: Revisar sistemática y críticamente la literatura disponible sobre el uso de fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) sintéticos y biológicos en pacientes adultos con uveítis anterior (UA) no infecciosa.

Métodos: Se seleccionaron estudios con datos clínicos, de seguridad y/o costo-efectividad sin ser preciso un comparador. Finalmente se incluyeron meta-análisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y estudios observacionales (EOs). Se generó una estrategia de búsqueda con una experta documentalista para artículos (en humanos, en inglés o español) en las bases de datos Medline, Embase y Cochrane Library desde su inicio hasta marzo de 2016, utilizando términos Mesh y texto libre. Posteriormente se llevó a cabo una búsqueda manual de la bibliografía de los artículos finalmente incluidos.

Resultados: Tras aplicar las estrategias de búsqueda se obtuvieron un total de 2.166 citas bibliográficas. Tras eliminar 425 duplicados, las 1.741 referencias restantes se evaluaron por título y abstract. De los 97 artículos seleccionados para lectura en detalle se excluyeron 83, con lo que finalmente se incluyeron 14 artículos, de calidad baja o moderada, 2 de ellos ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) y 12 EOs prospectivos o retrospectivos con duración media y pacientes (número y características) muy variables. En la mayoría no está clara la clasificación anatómica de las uveítis. Las UA se trataron con FAME sintéticos (metotrexato (MTX), salazopirina (SSZ), azatioprina (AZA), ciclosporina A (CsA)) y aTNFα (adalimumab (ADA), golimumab (GLM)) a dosis habituales. Las medidas más utilizadas fueron número de brotes, actividad de la enfermedad y ahorro de corticoides. MTX en UA idiopática (UAI) y UA relacionada con enfermedad sistémica (UAs) es eficaz en remisión, actividad, nº de brotes, mayor tiempo hasta el brote y ahorro de corticoides en pacientes con o sin HLA-B27. SSZ, de uso habitual en UAI y EspA, mejoró el nº de brotes y la agudeza visual (AV) en UAA asociada a EA hasta 3 años. AZA no mostró diferencias en AV, células en cámara anterior (Tyndall), nº brotes o PIO a 3 meses. En EO prospectivo, fue eficaz en inflamación ocular y ahorro de corticoides. CsA mejoró la inflamación y ahorró corticoides. Se registraron los eventos adversos habituales para estos FAMES y ninguno relevante para SSZ. ADA ha demostrado disminuir el número de brotes, incluyendo UA crónica en 2 EOs. Puede ser eficaz en AV, Tyndall o ahorro de corticoides sistémicos. Dos estudios con GLM en UA refractaria mostraron ahorro de corticoides, y uno de ellos eficacia a 2 años en AV y Tyndall, sin significación en OCT ni en número de brotes (n pequeña). Un 87% de los pacientes presentó remisión a los 23 meses.

Conclusiones: 1. La calidad de la evidencia en general es baja. 2. Existe una gran variabilidad en el tipo de pacientes incluidos, definiciones o variables de resultado. 3. MTX en 1ª línea es eficaz en UAI y UAs a corto y largo plazo (NE 2c; GR B) 4. SSZ eficaz en UAI y UAs a corto y largo plazo (NE 3a; GR B-C) 5. AZA en pacientes con UA naïve y refractarios a FAME, parece eficaz a corto y largo plazo (NE 3a; GR C). 6. CsA es eficaz en UAI y UAs a corto y largo plazo (NE 2c; GR B-C). 7. ADA es eficaz en UAI y UAs, naïve o refractarios a otros aTNFα a corto y largo plazo (NE 2c; GR B). 8. GLM es eficaz en refractarios a

FAME (2ª línea y posiblemente posteriores) y otras terapias biológicas a corto y largo plazo (NE 3a; GR B-C).

217. PAPEL DE LA ECOGRAFÍA EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA

E. Peñas Martínez, M.C. Oliva Ruiz, M.J. Moreno Martínez, D. Palma Sánchez, A.C. Haro Martínez, M. Mayor González y M.A. Andia Chong

Hospital Rafael Méndez. Lorca. Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz. Gerencia Urgencias y Emergencias Sanitarias 061.

Introducción: La artropatía psoriásica puede aparecer hasta en un 30% de los pacientes con psoriasis cutánea a lo largo de la enfermedad. Dado que la afectación cutánea puede preceder a la articular en el 80% de los casos, es fundamental la detección precoz de las manifestaciones articulares para iniciar un tratamiento adecuado y evitar así un deterioro de la calidad de vida del paciente. Respecto a la afectación articular, esta puede aparecer antes de que se produzcan manifestaciones clínicas evidentes (artritis, entesitis, dactilitis) y su diagnóstico temprano nos permite instaurar y optimizar el tratamiento adecuado para cada paciente.

Objetivos: Detectar la presencia de sinovitis, tenosinovitis o entesitis mediante ecografía (US) con power doppler en pacientes con psoriasis cutánea sin aparente afectación articular a la exploración, mejorando así el diagnóstico sobre el examen físico y permitiéndonos así una reducción del tiempo de diagnóstico de la artropatía psoriásica.

Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico previo de psoriasis, derivados a nuestra consulta desde Dermatología como primera visita en los últimos 15 meses. El motivo de derivación para todos los casos fue la presencia de molestias a nivel articular sin llegar a presentar manifestaciones clínicas evidentes. En la primera visita se valoró actividad subclínica ecográfica a nivel articular y de entesis. Se evaluaron carpos, MCF e IF de ambas manos, rodillas, tobillos y MTF de ambos pies, con escala de grises = 2 y power doppler = 1. A nivel de entesis se valoró la presencia de entesitis subclínica a nivel de ambos tendones de Aquiles y rotulianos.

Resultados: Se evaluaron un total de 71 pacientes con psoriasis cutánea de los cuales 53,52% fueron mujeres y 46,47% hombres, con edades comprendidas entre los 23 y los 72 años (media de edad de 47 años), y un tiempo medio de diagnóstico de psoriasis de 15 años. La mayor parte de los pacientes valorados presentaban una psoriasis vulgar, un 71,83%, con afectación cutánea severa en un 15, 49% de los pacientes. Los pacientes con afectación ungueal, en cuero cabelludo y con psoriasis en pliegues son los menos derivados a nuestra consulta, solo un 4% respectivamente. En cuanto a los resultados ecográficos obtenidos, el 15% de los pacientes presentaron sinovitis en carpos, el 12, 67% sinovitis a nivel de la 2 MCF. A nivel de la 3 y 4 MCF se encontraron signos ecográficos de sinovitis en el 9,85% de los pacientes. Solo un paciente presentó afectación en el tobillo. La 1 MTF, 5 MCF y ambas rodillas fueron normales en todos los casos explorados. A nivel de entesis, solo se encontró actividad ecográfica a nivel del tendón de Aquiles en uno de los casos explorados, 1,4%, al igual que el tendón rotuliano con un solo paciente afectado a dicho nivel. No se encontraron diferencias significativas en función del sexo por edad ni años de diagnóstico de psoriasis con las variables ecográficas. Tampoco se encontraron diferencias significativas en relación al tipo de afectación articular y la media de edad ni el tiempo de evolución de la psoriasis. Para concluir, la presencia de actividad subclínica fue detectada en el 29,57% de nuestros pacientes, un porcentaje algo más elevado del que aparece recogido en otras series ya publicadas. En cuanto al tipo de psoriasis que más se asociada a la afectación articular fue la psoriasis vulgar. Ninguno de los pacientes con psoriasis ungueal presentó actividad ecográfica. Estos resultados deben orien-

arnos sobre la importancia del trabajo conjunto con Dermatología, si es posible en unidades multidisciplinares y si no con una comunicación fluida, para optimizar esfuerzos y hacer posible un diagnóstico lo más precoz posible de la afectación articular.

218. CÁNCER EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO

F.J. Maceiras Pan¹, C. García Porrúa², L. Fernández Domínguez³, J.L. Guerra Vázquez⁴, J.A. Mosquera Martínez⁵ y J.A. Pinto Tasende⁶

¹CHU Vigo. ²Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ³CHU Ourense. ⁴CHU Ferrol. ⁵CHU Pontevedra. ⁶XXI A Coruña-INIBIC.

Introducción: Los tratamientos biológicos (TB) han supuesto nuevas oportunidades de control de la enfermedad para los pacientes con artritis psoriásica (APs). No obstante, es importante evaluar su seguridad ya que podrían exponerlos a un mayor riesgo de desarrollar tumores malignos ya que la evidencia actual es incierta.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue describir la incidencia de cáncer (tumores malignos sólidos) en pacientes con APs tratados con TB en un período de 5 años.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo en pacientes caucásicos con APs activa, atendidos en seis hospitales universitarios de nuestra comunidad (población de referencia 2.055.000) que tenían una respuesta inadecuada a los fármacos modificadores de la enfermedad (FME) y comenzaron con TB entre enero de 2011 y diciembre de 2015. Antes de iniciar la TB y de acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología, se tuvieron en cuenta los antecedentes de tumores malignos (tipo de tumor, tiempo libre de enfermedad) que contraindicaban su uso. Se registraron los tumores malignos diagnosticados tras el inicio del TB y se estudiaron las características demográficas, clínicas, analíticas y radiológicas en comparación con los pacientes que no desarrollaron cáncer. El análisis estadístico se realizó utilizando el SPSS 17.0.

Resultados: En el estudio se registraron 604 pacientes que iniciaron TB de los cuales 329 (54,5%) eran hombres, con media de edad de 53,3 (12,6) años y tiempo de evolución desde el diagnóstico de APs de 12,4 (8,7) años. Hubo 14 cánceres diagnosticados durante el tratamiento (2,3%), con una tasa de incidencia de 4,8 casos por 10.000 pacientes-año, el doble de casos en hombres que en mujeres aunque esta diferencia no fue significativa (3% vs 1,5%, p = 0,279). Los pacientes que desarrollaron cáncer tenían una mayor edad, 63,4 (10,0) años vs 53,1 (12,6), que los que no lo desarrollaron (p = 0,010), y estuvieron expuestos al TB una media de 57 (31) meses frente a 61 (40) meses de los pacientes sin cáncer (p = 0,790). El subtipo clínico de APs más frecuente fue el periférico (72%) y no se observaron diferencias en la aparición de tumores entre las formas periféricas, axiales o mixtas (p = 0,812). Tampoco se obtuvieron frecuencias distintas de dactilitis (p = 0,472), entesitis (p = 0,516) o HLA-B27+ (p = 0,556). El TB más utilizado fue etanercept (42%), seguida de adalimumab (36%) y no se observaron diferencias entre los distintos TB (p = 0,214) ni entre pacientes naive o no a TB (p = 0,384). El 56,2% seguía tratamiento combinado con FME sin diferencias en la aparición de tumores (p = 0,429). Como se aprecia en la tabla, el tumor prostático fue el más frecuente.

Próstata	Pleura-pulmón	Cerebral	Endometrial	Vejiga	Colon	Lengua	Piel-NoM
3 (21,40%)	2 (14,3%)	2 (14,3%)	2 (14,3%)	2 (14,3%)	1 (7,1%)	1 (7,1%)	1 (7,1%)

Conclusiones: Los pacientes mayores de 60 años con artritis psoriásica tratados con TB presentaron una mayor incidencia de desarrollo de tumores. La mayoría de los pacientes eran hombres y fueron diagnosticados del tumor en torno a los 5 años de tratamiento con un biológico. El tumor de próstata fue el más frecuente en este registro.

219. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE ESPONDILOARTRITIS

M.J. Moreno Martínez¹, D. Beteta², M.J. Moreno Ramos²
y L.F. Linares Ferrando²

¹Reumatología. Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca.

²Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen Arrixaca. Murcia.

Introducción: Las enfermedades inflamatorias sistémicas, entre las que se encuentran las espondiloartritis (EspA), tienen un aumento de eventos cardiovasculares a todos los niveles.

Objetivos: Analizar los distintos factores de riesgo cardiovascular en nuestra cohorte de pacientes con EspA.

Métodos: Se trata de un estudio transversal que incluye pacientes procedentes de una consulta monográfica de EspA del servicio de Reumatología del H.C.U. Virgen de la Arrixaca. En el momento de la inclusión se cumplimentan cuestionarios de actividad, función física y calidad de vida y se les realiza un estudio metrológico y valoración de los distintos factores de riesgo cardiovascular. A todos los pacientes se les realiza analítica completa incluyendo reactantes de fase aguda. Tras la exploración completa se obtiene el SCORE del paciente. Analizamos, con el sistema SPSS 15.0, la prevalencia de los distintos factores de riesgo cardiovascular y su relación con parámetros propios de la enfermedad mediante análisis de correlación, diferencias entre medias y estudio de regresión.

Resultados: Se incluyeron 44 pacientes (29 varones y 15 mujeres), con una edad media de 46,8 años ($\pm 10,7$) y una duración de los síntomas de 20,4 (± 14) años. El 65,9% estaba diagnosticado de espondilitis anquilosante (EA) y el 34,1% de EspA. El 77,3% era HLAB27 positivo. El BASDAI medio de los pacientes fue 3,2 ($\pm 1,9$) y el BASFI 2,4 ($\pm 2,3$). En la tabla se muestran las características cardiovasculares de los pacientes. Según el índice SCORE: Riesgo alto: 4 pacientes (9%). Riesgo intermedio: 20 pacientes (45,5%). Riesgo bajo: 9 pacientes (20,5%). Aplicando el índice REGICOR ningún paciente se englobó dentro del riesgo muy alto, 2 pacientes en riesgo alto, 10 en moderado y 23 en riesgo bajo. No encontramos diferencias entre los pacientes diagnosticados de EA y de EspA. Los varones tenían más TAS media que las mujeres (136,7 vs 123,87, $p = 0,01$), mayor puntuación media en el REGICOR (5,08 vs 2,64, $p = 0,01$), sin encontrar otras diferencias entre sexos. La edad se correlacionó, según el índice de Pearson, con la TAS (0,5, $p = 0,0001$), la TAD (0,3, $p = 0,01$) y el N° paquetes de tabaco/año (0,63, $p = 0,0001$). No encontramos relación con los parámetros de actividad ni función física. En cuanto a la duración de la enfermedad, los pacientes con un SCORE bajo tienen una duración media de la enfermedad menor que aquellos otros con un SCORE intermedio-alto (13,5 vs 26,6, $p = 0,01$). Esta influencia también lo observamos en el análisis de regresión.

	Media (\pm desviación típica)
Tensión arterial sistólica (TAS) (mmHg)	132,39 ($\pm 17,37$)
Tensión arterial diastólica (TAD) (mmHg)	77,41 ($\pm 7,48$)
Índice de masa corporal (Kg/m ²)	25,08 ($\pm 2,9$)
Colesterol total (mg/dl)	193,9 (± 39)
HDL (mg/dl)	52,8 ($\pm 11,7$)
LDL (mg/dl)	118,1 ($\pm 36,5$)
Tabaco (paquetes/año)	15,5

Conclusiones: A pesar del control de la actividad de la enfermedad, nuestros pacientes presentan elevación de determinados factores de riesgo cardiovascular. Un alto porcentaje de nuestros pacientes (54,5%) se encuentra en riesgo alto-intermedio según el SCORE. Existe un aumento de TAS en varones con EspA, con respecto a mujeres. Existe una mayor duración de la enfermedad en los pacientes con un SCORE intermedio-alto.

220. PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN UNA COHORTE DE ESPONDILOARTRITIS Y SU CORRELACIÓN CON PARÁMETROS FÍSICOS DE LA ENFERMEDAD

M.J. Moreno Martínez¹, D. Beteta², M.J. Moreno Ramos²
y L.F. Linares Ferrando²

¹Reumatología. Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca.

²Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: Los pacientes con enfermedades reumáticas crónicas presentan una peor calidad de vida y una mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo con respecto a la población general.

Objetivos: Conocer la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en una cohorte de pacientes con espondiloartritis y su correlación con síntomas de índole físico.

Métodos: Estudio transversal en pacientes con espondiloartritis (EspA). A todos los pacientes se les realizó una exploración física incluyendo metrología, y se les pasó cuestionarios para valorar la actividad de la enfermedad (BASDAI y ASDAS), función física (BASFI) y calidad de vida (AsQol). La presencia de síntomas de ansiedad y depresión se valoró mediante la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) validada al español. Está constituida por 14 ítems divididos en dos subescalas: Ansiedad (HADS-A) y Depresión (HADS-D). La puntuación para cada subescala oscila entre 0 y 21 puntos. Entre 0-7 no indica caso, 8-10 sería un caso dudoso y las puntuaciones ≥ 11 son indicadoras de trastorno depresivo o de ansiedad. Mediante el paquete estadístico SPSS 15.0 se analizaron los datos, realizando análisis descriptivo, de correlación y regresión lineal.

Resultados: Se incluyeron 109 pacientes (76% varones y 24% mujeres), con edad media de 47,3 (± 11) años y duración de la enfermedad de 11,6 ($\pm 9,5$) años. El 66,3% estaba diagnosticado de espondilitis anquilosante, el 24,4% de EspA axial no radiográfica, 4,7% de EspA periférica y el 4,7% de artritis psoriásica. Según el cuestionario HADS el 23,8% presenta síntomas relacionados con depresión y el 39% con ansiedad. Las características de metrología, actividad, función física de los pacientes, así como los resultados de los cuestionarios de ansiedad y depresión, los mostramos a continuación (media \pm desviación típica): BASDAI: 3,28 ($\pm 2,38$). ASDAS-PCR: 2,33 (± 1). BASFI: 2,72 ($\pm 2,5$). BASMI10: 2,7 (± 2). Cuestionario de Ansiedad: 6,6 ($\pm 4,5$). Cuestionario de Depresión: 4,3 ($\pm 4,1$). Encontramos correlaciones importantes entre los cuestionarios de ansiedad y depresión y el resto de parámetros que se muestran en la tabla. No encontramos correlación con los reactantes de fase aguda ni con la metrología (tanto en el índice combinado BASMI10, o con las medidas individuales). No encontramos correlación con la duración de la enfermedad ni la edad de los pacientes. No encontramos diferencias en los cuestionarios de ansiedad y depresión según los sexos y los distintos diagnósticos. La puntuación media para BASDAI, ASDAS-PCR, BASFI, ASQOL fue mayor para los pacientes con puntuación alterada en los cuestionarios de depresión, de forma estadísticamente significativa para los 4, al igual que para ansiedad, sin cambios significativos para la PCR y VSG. En el análisis de regresión el BASDAI se vio influenciado por los síntomas de ansiedad ($p = 0,0001$), al igual que el ASDAS-PCR ($p = 0,01$), mientras que los síntomas de depresión no se vieron relacionados con ninguno de los dos parámetros.

	Índice de correlación de Pearson	Significación (p)
Ansiedad/BASDAI	0,63	0,0001
Ansiedad/ASDAS-PCR	0,48	0,0001
Ansiedad/BASFI	0,55	0,0001
Ansiedad/Asqol	0,7	0,0001
Ansiedad/Depresión	0,75	0,0001
Depresión/BASDAI	0,58	0,0001
Depresión/ASDAS-PCR	0,58	0,0001
Depresión/BASFI	0,62	0,0001
Depresión/Asqol	0,78	0,0001

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de pacientes con ansiedad y depresión en las EspA, de forma independiente al diagnóstico y al sexo. Tanto los cuestionarios de ansiedad como depresión se correlacionan con la actividad, función física y calidad de vida de los pacientes con EspA, y no con la metrología. La ansiedad puede sobreestimar la valoración de actividad de nuestros pacientes con EspA, tanto medido por BASDAI, como por ASDAS-PCR.

221. LEISHMANIASIS EN PACIENTES BAJO TRATAMIENTO CON TERAPIA BIOLÓGICA

J. Lluch¹, M. López de Recalde¹, X. Michelena¹, J. Marcoval² y X. Juanola¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Dermatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La leishmaniasis es una enfermedad protozoaria crónica endémica en algunas zonas geográficas. En nuestra área la especie más frecuente es la *Leishmania infantum* que se manifiesta fundamentalmente por lesiones cutáneas localizadas. La terapia biológica (TB) puede aumentar el riesgo de desarrollos de enfermedades como la tuberculosis, las micosis y las enfermedades protozoarias, sin embargo existe muy poca información en la literatura sobre el desarrollo de infecciones por *Leishmania* en este grupo de pacientes. En nuestro hospital se han diagnosticado 5 casos de leishmaniasis relacionados con la TB en los últimos 4 años.

Objetivos: Mostrar las características clínicas y evolutivas de los pacientes en TB diagnosticados de leishmaniasis en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Se revisan las características clínicas, los tratamientos previos, las exploraciones complementarias para el diagnóstico, la enfermedad de base, la terapia administrada para la infección, la evolución clínica y la pauta seguida con la TB después del tratamiento para la leishmaniasis.

Resultados: En los últimos 4 años se han diagnosticado 5 casos de infección por *Leishmania* spp. en pacientes tratados con TB. Hay cuatro varones y una mujer entre 35 y 61 años de edad. En 4 pacientes la manifestación fue exclusivamente cutánea y en uno cutánea y sistémica en forma de hepatoesplenomegalia. El método diagnóstico fue en los 5 casos basado en la biopsia cutánea acompañada de serología y PCR de ADN de *Leishmania*. La TB implicada en el momento de la infección fue adalimumab (3 casos) e infliximab (2 casos). Tres pacientes seguían TB por enfermedad de Crohn, uno por artritis psoriásica y uno por espondilitis anquilosante. La demora diagnóstica fue entre 5 y 24 meses y todos los pacientes fueron tratados con anfotericina B liposomal por vía endovenosa y dos de ellos además con antimonio de meglumina intralesional. En todos los casos se obtuvo la curación de las lesiones cutáneas y no se han observado recidivas tras la reintroducción de la TB.

Conclusiones: La infección por *Leishmania* debe contemplarse en pacientes con lesiones cutáneas sugestivas bajo tratamiento con

TB, especialmente en áreas endémicas. La presentación de estos casos debe servir para alertar de la posibilidad de este tipo de infección y mejorar la excesiva demora diagnóstica observada en muchos casos.

222. RECuento DE LEUCOCITOS EN EL LÍQUIDO SINOVIAL Y ASOCIACIÓN CON EL DEPÓSITO DE CRISTALES EN HIPERURICEMIA ASINTOMÁTICA: RESULTADOS PRELIMINARES

M. Andrés^{1,2}, J.A. Bernal¹, M.D. Arenas³ y E. Pascual^{1,2}

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

²Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández.

³Elche. 3. Unidad de Nefrología. Hospital Vithas Perpetuo Socorro. Alicante.

Introducción: El depósito articular de cristales de urato monosódico (UMS) en hiperuricemia asintomática (HUA) parece asociarse con formas más graves de arteriosclerosis (Arthritis Rheumatol. 2016;68:1531). El probable mecanismo causal se ha relacionado con la inflamación asociada al depósito de los cristales, hecho conocido en gota (Arthritis Rheumatol. 1991;34:141) pero no formalmente evaluado en HUA.

Objetivos: Analizar la presencia de leucocitos en líquido sinovial de sujetos con HUA según la presencia de microcristales.

Métodos: Pacientes consecutivos con HUA fueron seleccionados de una consulta de Nefrología. Se estableció hiperuricemia como uricemia ≥ 7 mg/dL; se excluyó a aquellos en tratamiento hipouricemiantes. Sin conocimiento de los datos clínicos y analíticos de los pacientes, se realizó ecografía de rodillas, tobillos y 1ª metatarsofalángicas para detección de derrame articular y artrocentesis eco-guiada. La muestra de líquido sinovial (LS) fue evaluada en fresco empleando un microscopio de luz polarizada compensada equipado con dos puestos de observación, de forma simultánea por dos observadores, siendo el segundo ciego a los hallazgos ecográficos. Tanto la presencia de leucocitos como de cristales (y su tipo) se estableció por consenso y el conteo de leucocitos se realizó mediante cámara de Neubauer. Para la comparación de medianas de leucocitos se han empleado los test de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis.

Resultados: Hasta la fecha se ha evaluado ecográficamente a 30 pacientes, con muestra de LS disponible en 27 (3 no han mostrado derrame articular). La mediana de edad es de 70 años (p25-75 59,8-745,5), y 16 (60%) son hombres. Las medianas de uricemia y de filtrado glomerular son de 8,1 mg/dL (7,6-8,5) y 37,0 ml/min (31,0-47,5), respectivamente. Siete de ellos (25%) reciben tratamiento diurético. Tras evaluación por microscopía óptica, se han hallado cristales de UMS en 4 pacientes (14,8%), cristales de pirofosfato cálcico (PFC) en 5 (18,5%), mientras que el resto (22; 62,9%) no presentaron cristales. La mediana (p25-75) de leucocitos en líquido sinovial es de 200/mm³ (138-540) en aquellos con UMS, de 60/mm³ (50-235) en PFC y de 30/mm³ (10-53) en líquidos sin crista-

Tabla Póster 221

Sexo	Edad	Enfermedad	Terapia biológica (TB)	Tiempo con TB	Afectación	Tiempo de evolución hasta el diagnóstico	Tratamiento	Evolución
Varón	35	E. de Crohn	Adalimumab	4 años	Cutánea	12 meses	Antimonio de meglumina intralesional y anfotericina B liposomal ev	Curación completa. Reintroducción de TB
Mujer	55	E. de Crohn	Infliximab	3 años	Cutánea	24 meses	Antimonio de meglumina intralesional y anfotericina B liposomal ev	Curación completa. Reintroducción de TB
Varón	61	E. de Crohn	Adalimumab	3 años	Cutánea y hepatoesplenomegalia	5 meses	Anfotericina B liposomal ev	Curación completa. Reintroducción de TB
Varón	58	Artritis psoriásica	Adalimumab	19 meses	Cutánea	8 meses	Anfotericina B liposomal ev	Curación completa
Varón	51	Espondilitis anquilosante	Infliximab	12 años	Cutánea	5 meses	Anfotericina B liposomal ev	Curación completa. Reintroducción de TB

les, siendo la diferencia estadísticamente significativa de forma global ($p = 0,001$) como con respecto al grupo sin cristales ($p < 0,001$); la diferencia entre ambos tipos de cristales no alcanza la significación ($p = 0,111$).

Conclusiones: En un análisis preliminar de nuestro estudio, el depósito de cristales de UMS en pacientes con HUA se asocia a un mayor recuento leucocitario en líquido sinovial, lo que indica inflamación subclínica. Esto podría explicar la mayor gravedad de enfermedad arteriosclerótica reportada con anterioridad.

223. AFECTACIÓN RADIOGRÁFICA DE CADERA EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE. ESTUDIO DE PREVALENCIA Y FACTORES DETERMINANTES

X. Michelena, M. López de Recalde, H. Borrell, J. Lluch, P. Juárez, I. Morales, M. Pascual, J.M. Nolla y X. Juanola

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La afectación de cadera es la manifestación articular extraespinal más frecuente de la espondilitis anquilosante (EA) y una causa frecuente de discapacidad, limitación de la movilidad y motivo de indicación de prótesis. Hay muy pocos estudios que hayan analizado la afectación radiográfica de la cadera y su relación con otras variables de la enfermedad.

Objetivos: Determinar la prevalencia de la afectación radiográfica de cadera en pacientes afectados de EA y estudiar los posibles factores asociados.

Métodos: Se analizan los datos de todos los pacientes afectados de EA incluidos en una base de datos realizada para el seguimiento de pacientes con dicha enfermedad excluyendo los casos de EA asociados a psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal. Para la valoración de la cadera se puntúa la última radiografía frontal de pelvis disponible mediante la puntuación Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index (BASRI). Se analizan también los datos demográficos, clínicos, analíticos y de imagen disponibles más cercanos al estudio radiográfico. Se considera afectación de cadera con una puntuación de BASRI ≥ 2 . Análisis estadístico: Se realiza un estudio descriptivo con medias y desviación estándar en variables cuantitativas y proporciones en cualitativas. El análisis comparativo se ha realizado con el test de ANOVA para cuantitativas y chi cuadrado para cualitativas. El análisis estadístico se ha realizado mediante SPSS 24.0. Valores $p < 0,05$ se consideran estadísticamente significativos.

Resultados: Se han identificado 215 pacientes con una edad media de $52 \pm 13,6$ años de los cuales un 76,7% eran varones. La edad media de inicio de los síntomas fue a los $25,29 \pm 8,22$ años. Un 86,4% de los pacientes eran HLAB27 positivo. Durante el transcurso de la enfermedad, un 24,7% de pacientes ha presentado uveítis, un 27% artritis periférica y un 19,5% entesitis. Respecto al tratamiento, un 27,9% recibe tratamiento biológico. En la valoración radiográfica 154 pacientes (71,6%) presentaban un BASRI de 0 o 1; 39 pacientes (18,1%) de 2; 7 pacientes (3,3%) de 3 y 15 pacientes (7%) BASRI de 4. Un total de 14 pacientes (0,7%) eran portadores de prótesis de cadera, en 6 de ellos bilateral. En los datos de la serie destaca BASDAI $4,01 \pm 6,31$, BASFI $4,73 \pm 8,80$, ASDAS PCR $2,17 \pm 1,01$. La comparación entre los dos grupos basada en afectación de cadera (BASRI cadera ≥ 2), se presenta en la tabla. Se observan diferencias estadísticamente significativas en la edad, la edad de inicio de los síntomas y la concomitancia de artritis periférica. Los pacientes con afectación de cadera también presentan mayor puntuación en el índice BASFI, ASDAS PCR y VSG de forma significativa. La afectación axial radiográfica expresada en el BASRI y SASSSm total también se asociaron a la afectación de cadera y se observó una clara asociación con los parámetros metrológicos.

	No afectación cadera	Afectación cadera (BASRI ≥ 2)	P valor
Edad (media \pm DE, años)	49,5 \pm 13,63	58,16 \pm 11,53	< 0,001
Edad de inicio síntomas (media \pm DE, años)	26,1 \pm 48,4	23,16 \pm 7,38	0,017
Sexo masculino, n (%)	113 (73,4)	52 (85,2)	0,063
HLAB27 positivo, n (%)	132 (85,7)	52 (85,2)	0,790
Entesitis, n (%)	28 (18,2)	14 (23,0)	0,427
Artritis periférica, n (%)	33 (21,4)	25 (41,0)	0,004
Uveítis, n (%)	40 (26,0)	13 (21,3)	0,475
Tratamiento biológico, n (%)	41 (27,0)	19 (31,1)	0,54
BASDAI (media \pm DE)	3,84 \pm 7,29	4,47 \pm 2,14	0,527
BASFI (media \pm DE)	3,79 \pm 7,15	7,23 \pm 11,81	0,012
ASDAS PCR (media \pm DE)	2,07 \pm 1,01	2,45 \pm 0,95	0,014
ASDAS VSG (media \pm DE)	1,89 \pm 0,90	2,52 \pm 1,92	0,002
Schober (media \pm DE, cm)	3,61 \pm 1,55	2,43 \pm 1,69	< 0,001
Expansión torácica (media \pm DE, cm)	4,97 \pm 1,84	3,67 \pm 2,02	< 0,001
C. cervical (media \pm DE, cm)	72,03 \pm 19,73	49,18 \pm 28,01	< 0,001
Lateral (media \pm DE, cm)	12,96 \pm 5,18	7,85 \pm 4,10	< 0,001
Fleche (media \pm DE, cm)	2,49 \pm 4,36	8,45 \pm 8,38	< 0,001
Intermaleolar (media \pm DE, cm)	100,22 \pm 21,22	82,37 \pm 17,91	< 0,001
BASRI axial (media \pm DE)	5,31 \pm 3,10	8,53 \pm 3,38	< 0,001
SASSSm Total (media \pm DE)	10,24 \pm 16,07	30,67 \pm 27,31	< 0,001

Conclusiones: La afectación de caderas mediante la valoración de BASRI es frecuente y está relacionada con la edad de inicio, la actividad de la enfermedad y la presencia de artritis periférica. Estos pacientes presentan una peor funcionalidad, una menor movilidad y una mayor evolución radiográfica axial.

224. PREVALENCIA DE INFECCIONES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO SUBCUTÁNEO

F. Rey¹, I. Montes², A. Rubio¹, C. Bonilla¹, G. Candela², P. del Valle² y M. Alcalde¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

Objetivos: La gestión del riesgo en el uso de medicamentos biológicos es una parte importante de la farmacovigilancia. En el registro Español de reacciones adversas a las terapias biológicas (BIOBADASER) se ha encontrado una mayor incidencia de infecciones en los pacientes con estas terapias, independientemente de la enfermedad de base. Nuestro objetivo es evaluar la prevalencia de infecciones en pacientes externos con enfermedades reumatológicas (ER) que reciben tratamiento biológico por vía subcutánea en el Hospital Universitario Severo Ochoa, determinar las características de dichos procesos infecciosos y la mortalidad asociada.

Métodos: Estudio descriptivo y observacional, que incluyó todos los pacientes con ER que han recibido terapia biológica por vía subcutánea desde enero 2003 hasta diciembre 2015. Se analizó la aparición y gravedad del proceso infeccioso, si condujo a la suspensión del tratamiento y la mortalidad.

Resultados: De la base de datos de la Sección de Reumatología se extrajeron 198 pacientes, todos ellos recibían terapia biológica por vía subcutánea como tratamiento de las siguientes enfermedades artritis reumatoide (AR 108), espondilitis anquilosante (EA 54), artritis psoriásica (APs 32), artritis idiopática juvenil (AIJ 4). Recibieron tratamiento con etanercept (ETN) 122, adalimumab (ADA) 105, golimumab (GOL) 12, certolizumab (CTZ) 17, abatacept (ABT) 12, tocilizumab (TCZ) 6, ustekinumab (UST) 1. Encontramos 100 casos de infecciones, precisando ingreso 20 (20%). Dentro de las infecciones leves (80), 43,75% fueron infecciones de vías respiratorias (IVR), 23,75% infecciones del tracto urinario, 12,5% infecciones del tracto gastrointestinal y 20% de piel y mucosas. En cuanto a las infecciones que precisaron ingreso, 40% fueron infecciones respiratorias, 20% de piel y mucosas, 5% infecciones del tracto urinario, 25% gastrointestinales, 5% artritis sépticas y 5% endocarditis. El porcentaje de

pacientes con ADA que tuvieron infecciones fue 42,83%, con ETN 36,06%, 33,3% con ABT, 23,53% con CTZ, 16,67% con TCZ y 8,33% con GOL. No se detectaron casos de tuberculosis ni casos de mortalidad. **Conclusiones:** La terapia biológica ha pasado a ser un pilar fundamental en el tratamiento de enfermedades inflamatorias reumatológicas. A pesar de que está descrita una mayor incidencia de infecciones en pacientes con terapia biológica, en nuestro estudio son más frecuentes las infecciones leves, sobre todo las IVR, de manejo ambulatorio.

225. PREVALENCIA DEL ESTADO DE MUY BAJA ACTIVIDAD DE ENFERMEDAD (VLDA) EN POBLACIÓN ESPAÑOLA CON ARTRITIS PSORIÁSICA. SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO MAAPS

R. Queiro, J.D. Cañete, C. Montilla, M.A. Abad, S. Gómez y A. Cábez
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción: Se ha propuesto un nuevo índice para definir baja actividad/remisión en pacientes con artritis psoriásica (APs): VLDA (Very Low Disease Activity). Este criterio se alcanza cuando se cumplen todos los dominios del índice de mínima actividad de la enfermedad (MDA 7/7). Conocer la frecuencia de pacientes que alcanza VLDA nos proporcionaría información sobre la calidad en el manejo de estos pacientes.

Objetivos: Determinar la prevalencia del estado de VLDA en pacientes con APs en España. Evaluar el impacto de la enfermedad (PsAID) en los pacientes que alcanzan el criterio VLDA.

Métodos: Análisis post-hoc del estudio MAAPS. Estudio no intervencionista, transversal, multicéntrico en el que participaron pacientes procedentes de 25 servicios de Reumatología españoles. Se incluyeron un total de 238 pacientes adultos diagnosticados de APs (criterios CASPAR) con al menos 1 año de evolución y en tratamiento con terapia biológica y/o FAME no biológicos, entre mayo/2014 y febrero/2015. De los 238 pacientes, 227 se consideraron evaluables. Los pacientes se consideraron en VLDA cuando cumplieron con todos los criterios de la MDA: número de articulaciones dolorosas ≤ 1, número de articulaciones tumefactas ≤ 1, PASI ≤ 1 o área de superficie corporal ≤ 3%, EVA dolor paciente ≤ 15, EVA actividad

paciente ≤ 20, HAQ ≤ 0.5, y número de entesis dolorosas ≤ 1. Un estado de síntomas aceptable para los pacientes (ESAP) se ha definido como un PsAID < 4. El estudio fue aprobado por un CEIC de referencia y todos los pacientes firmaron un consentimiento informado.

Resultados: Cerca de un 60% de los pacientes alcanzaron un estado de mínima actividad de la enfermedad (MDA) y, de ellos, el 66,7% de ellos consiguieron un ESAP. Como era de esperar, un porcentaje más bajo de pacientes, 25,6% (n = 58) alcanzaron un estado de muy baja actividad de la enfermedad (VLDA), y de ellos, el 82,5% alcanzó un ESAP. En la población VLDA el valor medio del PsAID fue 2,10 ± 2,06 IC95% = [1,55-2,64] y en la población MDA el valor medio del PsAID fue 3,3 ± 3,1 IC95% = [2,82-3,87].

Conclusiones: En nuestro medio, casi un 26% de pacientes con APs tratados con FAME biológico y/o sintéticos alcanzan una VLDA. La mayoría de estos pacientes tienen un mínimo impacto de la enfermedad por lo que alcanzar una VLDA podría describir un estado de remisión en los pacientes con APs. Se necesitan estudios más completos para ver la correlación entre VLDA con progresión del daño estructural y control completo de la inflamación. Estudio patrocinado por Pfizer España.

226. TIME TO ONSET OF CLINICAL EFFICACY AND DURABILITY OF RESPONSE OVER 24 WEEKS FROM 2 PHASE 3 STUDIES OF SARILUMAB IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

A. Gómez Centeno¹, E.K. Mangan², J. Fay², H. van Hoogstraten³, M. Iglesias-Rodríguez³, S. Jayawardena³, T. Kimura², A. Kivitz⁴, G.R. Burmester⁵ y R. Fleischmann⁶

¹Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. ²Regeneron Pharmaceuticals. Inc. Tarrytown. NY. USA. ³Sanofi Genzyme. Bridgewater. NJ. USA. ⁴Altoona Center for Clinical Research. Duncansville. PA. USA. ⁵Charité-University Medicine Berlin. Free University and Humboldt University Berlin. Berlin. Germany. ⁶Metroplex Clinical Research Center. University of Texas Southwestern Medical Center. Dallas. TX. USA.

Introduction: Sarilumab is a human mAb blocking the IL-6Rα. Sarilumab plus conventional synthetic disease-modifying antirheum-

Tabla Póster 226
Effect of Sarilumab at Weeks 2, 4, 8, 12, and 24 After Treatment Initiation in the ITT Population

	Mobility			Target		
	Placebo + MTX (N = 398)	Sarilumab 150 mg q2w + MTX (N = 400)	Sarilumab 200 mg q2w + MTX (N = 399)	Placebo + csDMARDs (N = 181)	Sarilumab 150 mg q2w + csDMARDs (N = 181)	Sarilumab 200 mg q2w + csDMARDs (N = 184)
Incidence of ACR20 responses,%						
Week 2	12.3	20.5†	20.8†	12.2	22.1†	15.8
Week 4	22.9	36.3‡	47.4‡	25.4	32.6	44.0‡
Week 8	33.2	54.0‡	60.7‡	35.4	48.1*	57.1‡
Week 12	34.7	54.0‡	64.9‡	37.6	54.1†	62.5‡
Week 24	33.4	58.0'	66.4'	33.7	55.8'	60.9'
Incidence of ACR50 responses,%						
Week 2	1.5	2.0	4.0*	0	3.9†	1.6
Week 4	4.5	12.3‡	12.3‡	6.1	14.4†	10.3
Week 8	8.3	21.5‡	27.8‡	12.2	23.8†	26.1†
Week 12	12.3	26.5‡	36.3‡	13.3	30.4‡	33.2‡
Week 24	16.6	37.0'	45.6'	18.2	37.0'	40.8'
Incidence of ACR70 responses,%						
Week 2	0	0.3	0.3	0	1.7	0
Week 4	1.0	3.3*	4.0†	0	3.3*	1.6
Week 8	2.3	7.5†	9.5‡	3.3	8.8*	8.7*
Week 12	4.0	11.0†	17.5‡	2.2	13.8‡	14.7‡
Week 24	7.3	19.8'	24.8'	7.2	19.9‡	16.3‡
HAQ-DI, LS mean change from baseline ± SE						
Baseline ± SD	1.61 ± 0.66	1.63 ± 0.63	1.69 ± 0.64	1.80 ± 0.64	1.72 ± 0.62	1.82 ± 0.62
Week 2	-0.09 ± 0.019	-0.15 ± 0.019*	-0.14 ± 0.019*	-0.08 ± 0.031	-0.20 ± 0.031†	-0.12 ± 0.030
Week 4	-0.16 ± 0.022	-0.27 ± 0.022†	-0.29 ± 0.022‡	-0.09 ± 0.034	-0.27 ± 0.034†	-0.22 ± 0.033†
Week 8	-0.22 ± 0.025	-0.42 ± 0.026‡	-0.43 ± 0.026‡	-0.23 ± 0.039	-0.37 ± 0.039†	-0.37 ± 0.038†
Week 12	-0.26 ± 0.027	-0.46 ± 0.027‡	-0.54 ± 0.027‡	-0.26 ± 0.043	-0.46 ± 0.044‡	-0.47 ± 0.043‡
Week 24	-0.32 ± 0.032	-0.56 ± 0.031'	-0.57 ± 0.030'	-0.34 ± 0.051	-0.52 ± 0.049‡	-0.58 ± 0.048‡

*Nominal P; †Nominal P; ‡Nominal P; §Statistical P; 'Statistical P.

matic drugs (csDMARDs) was studied in patients with rheumatoid arthritis (RA) and inadequate response to methotrexate (MTX-IR) (MOBILITY; NCT01061736) (Genovese et al. *Arthritis Rheumatol.* 2015;67:1424-37) and in patients with RA and inadequate response or intolerance to tumor necrosis factor inhibitors (TNF-IR) (TARGET; NCT01709578) (Fleischmann et al. *Arthritis Rheumatol.* 2016).

Objectives: This analysis of MOBILITY and TARGET study data assessed the time to onset of clinical efficacy of sarilumab and the durability of response over 24 weeks.

Methods: Adults with active, moderate-to-severe RA were randomized to 1 of 3 groups receiving subcutaneous sarilumab 150 or 200 mg or placebo every 2 weeks (q2w) plus background MTX (MOBILITY) or csDMARDs (TARGET). Clinical efficacy (ACR20/50/70, HAQ-DI) was evaluated at weeks 2, 4, 8, 12, and 24; some analyses were post hoc.

Results: Baseline demographic and disease characteristics were similar between treatment groups in both studies, except that approximately 22% of patients in MOBILITY and all patients in TARGET had prior exposure to bDMARDs. Patients in TARGET had longer RA duration and slightly higher DAS28-CRP scores and baseline CRP than those in MOBILITY. In both studies, sarilumab provided significant improvements vs placebo in coprimary endpoints ACR20 response rate at week 24 and change from baseline in HAQ-DI at week 16/12 (MOBILITY/TARGET), and in secondary endpoints including ACR50/70 response rates at week 24 (table). Treatment responses observed with sarilumab were similar between MTX-IR and TNF-IR patients. Nominally significant improvements in ACR20 responses were observed as early as week 2 in patients treated with sarilumab vs placebo in both studies. Similar trends in ACR50 and ACR70 responses were observed in sarilumab-treated patients vs placebo by week 4. Nominally significant improvements in HAQ-DI scores were observed with both doses of sarilumab vs placebo by week 4 in both studies. Improvements in all efficacy parameters were sustained through the end of each study (ie, week 52 for MOBILITY and week 24 for TARGET). In both studies, adverse events (AEs), serious AEs, and discontinuations due to treatment-emergent AEs (TEAEs) occurred at a greater frequency in sarilumab-treated groups compared with placebo. The most common TEAEs in both studies included infections, neutropenia, injection site reactions, and increased transaminases.

Conclusions: Sarilumab improved signs and symptoms of RA and physical function in patients with inadequate response to MTX or TNFi. Improvement in clinical efficacy was seen as early as week 2 for a majority of measures and persisted throughout the duration of the studies. Código EUDRACT: 2009-016266-90/2011-003538-16.

227. DOSE REDUCTION OF SARILUMAB IN EXTEND: A LONG-TERM, OPEN-LABEL EXTENSION STUDY IN RA PATIENTS

M.Á. Belmonte López¹, J. Fay², D. Beyer³, M. Iglesias-Rodríguez³, H. van Hoogstraten³, N.M.H. Graham², S. Jayawardena³, J.A. Simón⁴, R. Martinova⁵, G.R. Burmester⁶ y M.C. Genovese⁷

¹Hospital Regional Universitario de Málaga. ²Regeneron Pharmaceuticals, Inc. Tarrytown, NY, USA. ³Sanofi Genzyme, Bridgewater, NJ, USA. ⁴Köhler & Milstein Research, Mérida, Yucatán, Mexico. ⁵Sanofi Genzyme, Prague, Czech Republic. ⁶Charité-University Medicine Berlin, Free University and Humboldt University Berlin, Berlin, Germany. ⁷Stanford University Medical Center, Palo Alto, CA, USA.

Introduction: Sarilumab is a human mAb blocking the IL-6R α . In the phase 3 MOBILITY (NCT01061736) and TARGET (NCT01709578) studies, sarilumab (150 or 200 mg subcutaneously every 2 weeks [q2w]) demonstrated efficacy in adults with active, moderate-to-severe rheumatoid arthritis (RA). The most common treatment-emergent adverse events in both studies were infections, neutropenia, injection site reactions, and increased transaminases. Laboratory changes were consistent with IL-6 signaling blockade.

Objectives: EXTEND (NCT01146652) is an open-label, follow-up study evaluating long-term safety and efficacy of sarilumab with or without concomitant conventional synthetic disease-modifying antirheumatic drugs. Adults with RA who previously participated in sarilumab studies were eligible. This analysis examined the effect of dose reduction of sarilumab 200 mg q2w to 150 mg q2w in EXTEND primarily for protocol-specified laboratory abnormalities.

Methods: Patients who entered EXTEND initially received sarilumab 150 mg weekly. After dose selection for phase 3 studies, patients were switched to or initiated on sarilumab 200 mg q2w. Per protocol, investigators could reduce the sarilumab dose from 200 mg q2w to 150 mg q2w for absolute neutrophil count (ANC) ≥ 0.5 to 1.0 Giga/L, platelet count ≥ 50 to 100 Giga/L, or alanine aminotransferase (ALT) ≥ 3 to 5 \times upper limit of normal or at the investigator's discretion. Efficacy data from EXTEND were analyzed before and 24 weeks after dose reduction for MOBILITY (n = 173) and TARGET (n = 60) patients.

Results: As of the January 2016 interim analysis (N = 1,864), dose reduction from sarilumab 200 mg q2w to 150 mg q2w occurred in 17.2% of patients (n = 321). The most common reasons for dose reduction were decreased ANC (10.7%; n = 199) and increased ALT (4.1%; n = 76) (table). The most common non-laboratory reason for dose reduction was infection (0.4%; n = 8). Dose reduction was most prevalent in the first 3 months of treatment at 200 mg q2w after enrollment into EXTEND. At the time of analysis, 76.9% of patients (n = 247) whose dose was reduced were continuing treatment (median treatment duration 2.3 years after dose reduction). Improvements in ANC and ALT were observed over the 6 months after dose reduction. Efficacy was maintained 24 weeks after dose reduction as assessed by ACR20 response rates (MOBILITY: 83.1% vs 80.3% before dose reduction; TARGET: 85.1% vs 81.7% before dose reduction) and improvements in Health Assessment Questionnaire-Disability Index scores (MOBILITY: -0.68 vs 0.64 before dose reduction; TARGET: -0.82 vs 0.73 before dose reduction).

Reasons for Dose Reduction

	Patients on 200 mg q2w (N = 1,864) n (%)
Patients who dose reduced from 200 mg q2w to 150 mg q2w	321 (17.2)
Decrease in ANC	199 (10.7)
ANC ≥ 0.5 to	98 (5.3)
Precautionary measure to avoid ANC	101 (5.4)
Increase in ALT	76 (4.1)
ALT > 3 to $\leq 5 \times$ ULN	63 (3.4)
Precautionary measure to avoid ALT $> 3 \times$ ULN	13 (0.7)
Decrease in platelet count	24 (1.3)
Platelet count ≥ 50 to	10 (0.5)
Precautionary measure to avoid platelet count	14 (0.8)
Other AE ^a	19 (1.0)
Other reason ^a	3 (0.2)

^aNot specified by protocol.

Conclusions: In patients whose sarilumab dose was reduced from 200 mg q2w to 150 mg q2w, laboratory abnormalities improved, and most patients continued treatment. Efficacy was maintained after dose reduction.

Código EUDRACT: 2010-019262-86.

228. ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA ESPONDILOARTRITIS AXIAL: LA ULTRASONOGRAFÍA CAROTÍDEA ES MÁS SENSIBLE QUE EL CORONARY ARTERY CALCIFICATION SCORE PARA DETECTAR A LOS PACIENTES DE ALTO RIESGO CON ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA

J. Rueda-Gotor¹, C. Fernández Díaz¹, J. Llorca², A. Corrales¹, J.A. Parra³, V. Portilla⁴, R. Blanco¹, M. Agudo¹, P. Fuentesvilla¹, R. Expósito⁴, C. Mata⁴, T. Pina¹, C. González-Juanatey⁵ y M.A. González-Gay¹

¹Grupo de investigación de Epidemiología, Genética y Aterosclerosis en Enfermedades Inflammatorias Sistémicas. IDIVAL. Universidad de Cantabria. Santander. ²Departamento de Epidemiología y Bioestadística. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander y CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

³Departamento de Radiología Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Universidad de Cantabria. Santander.

⁴Departamento de Reumatología Hospital Comarcal. Laredo. Cantabria. ⁵Departamento de Cardiología Hospital Lucus Augusti. Lugo.

Objetivos: Determinar la sensibilidad del coronary artery calcification score (CACS) y de la ultrasonografía (US) carotídea para la detección de aterosclerosis subclínica en pacientes con espondiloartritis axial (EsPax).

Métodos: Para el presente estudio se reclutaron 66 pacientes sin antecedentes de eventos cardiovasculares diagnosticados de EsPax según criterios ASAS 2010 (51 con criterios de Nueva York para espondilitis anquilosante y 15 con criterios ASAS 2010 de EsPax no radiológica). Tras excluir un paciente con insuficiencia renal crónica y otro con diabetes mellitus tipo 2, en los 64 casos restantes determinamos el CACS, la presencia de placas carotídeas y el Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE), calculado tanto con los niveles de colesterol total (SCORE-CT), como con el índice aterogénico (SCORE-IA) y con un SCORE modificado por la aplicación de un factor multiplicador de 1,5 como el propuesto para la artritis reumatoide.

Resultados: La edad media de los pacientes de la serie fue de 49 años y la mediana de la duración de la enfermedad fue de 5 años. El riesgo cardiovascular (CV) según el SCORE-CT fue estratificado de la siguiente forma: bajo (n = 33), moderado (n = 30), y alto/muy alto (n = 1). La mayoría de los pacientes con SCORE-CT bajo (27/33; 82%) carecía de aterosclerosis coronaria (CACS = 0) y solo un caso tuvo un CACS > 100, indicador de alto/muy alto riesgo CV. Sin embargo, entre los pacientes con un SCORE-CT moderado hasta el 30% (9/30) presentó un CACS > 100. La US carotídea mostró una mayor sensibilidad para identificar pacientes con alto/muy alto riesgo CV, detectando placas carotídeas en el 32% (12/37) de los casos con CACS = 0 y en el 62% (10/16) con CACS 1-100. Atendiendo no solo los resultados del SCORE, sino también a los hallazgos coronarios y carotídeos, el 51% (33/64) de los pacientes fueron considerados de alto/muy alto riesgo CV por presentar un SCORE-CT = 5 o bien un SCORE-CT < 5% junto con placas carotídeas o CACS > 100. Un modelo diagnóstico que combinaba la presencia de un SCORE-CT = 5 junto con la realización de US carotídea o TAC coronario solo en pacientes con SCORE-CT moderado (1% < 5%) logró identificar respectivamente el 67% y 30% de los pacientes de alto/muy alto riesgo CV. El SCORE modificado no demostró mejorar significativamente la sensibilidad del SCORE-TC para este propósito.

Conclusiones: El SCORE infraestima el riesgo CV en los pacientes con EsPax, siendo incapaz de detectar la mayor parte de los casos de alto riesgo CV. La US carotídea tiene una mayor sensibilidad que el CACS para su identificación y su realización es aconsejable en los casos de SCORE moderado.

229. EVENTOS ADVERSOS POR FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO

Z. Rosales Rosado^{1,2}, J. Font Urgelles¹, D. Freitas Núñez¹, C. León Cárdenas¹, C. Lajas Petisco¹, L. León Cárdenas², L. Rodríguez-Rodríguez² y L. Abásolo Alcázar²

¹Servicio de Reumatología; ²Fundación de Investigación Biomédica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: Existe un alto riesgo de desarrollar eventos adversos (EA) a fármacos en reumatología debido, principalmente, a los fármacos modificadores de la enfermedad (FAMES). Después de más de veinte años usando FAMES, es ampliamente conocida su eficacia en

la artritis reumatoide (AR), pero es necesario ampliar nuestro conocimiento sobre sus EA, especialmente aquellos que implican la suspensión del fármaco en condiciones de la vida real. El objetivo de nuestro estudio fue describir la tasa de incidencia y las características de los EA moderados y graves con FAMES en pacientes con AR de inicio.

Métodos: Se realizó un estudio longitudinal observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con AR de inicio diagnosticados entre el 15 de abril de 2007 y el 31 de diciembre de 2010, seguidos en consulta externa en el Hospital Clínico San Carlos hasta el 31 de diciembre de 2015, que utilizaron cualquier FAME. Variable principal: desarrollo de un EA que obligó a suspender el FAME (moderado: discontinuación del fármaco, grave: discontinuación y hospitalización o muerte como resultado del EA). Las tasas de incidencia de suspensión (TI) por 100 pacientes-año se estimaron utilizando técnicas de supervivencia con su respectivo intervalo de confianza [IC] del 95%. El estudio ha sido aprobado por el CEIC del Hospital Clínico San Carlos.

Resultados: Se incluyeron 97 pacientes con 293 cursos de tratamiento (815 pacientes-año). De éstos, el 78% eran mujeres con una edad media al diagnóstico de 55,6 ± 15 años. El tiempo mediano hasta el inicio del primer FAME fue de 0 [0-41] días. Un 11,5% estaban tomando FAMES biológicos, 60,75% usaban terapia combinada y 86% estaban tomando corticoides. El tratamiento se suspendió por EA en 110 casos (TI: 13,5 [11,2-16,3]), siendo gastrointestinal la causa más frecuente (21,4%), seguida de infecciones (15,2%). La TI de EA moderados fue de 11,2 [9,2-13,8], siendo 11,1 [8-15] para monoterapia y 11,4 [8,8-14,9] para terapia combinada. La TI de suspensión de FAMES sintéticos y biológicos fue 13,2 [0,9-16,2] y 15,6 [8,6-28,2] respectivamente. La TI cruda de suspensión por EA moderado fue mayor para las sales de oro (TI: 19,5 [11,5-32,9]) y la leflunomida (TI: 20,5 [10,7-39,5]) siendo 7,14 [4,8-10,4] para el metotrexato. El 17,5% de los EA fueron graves (n = 20) con una TI de 2,5 [1,6-3,8] siendo las infecciones la causa más frecuente (65%) seguida de cáncer (20%), gastrointestinal (10%) y exitus (1). La TI cruda de suspensión por EA grave fue más elevada para FAMES biológicos (TI: 4,2 [1,3-13,2]) que para sintéticos (2,28 [1,4-3,6]). En cuanto a los regímenes de tratamiento, la TI de EA grave para la monoterapia fue de 1,5 [0,6-3,5] y para la terapia combinada 3,1 [1,8-5,1], siendo mayor cuando analizamos la triple terapia (TI: 4,5 [2,4-8,3]).

Conclusiones: Este estudio describe la incidencia de EA a FAMES en pacientes con AR de inicio en condiciones de la vida real. La TI de EA estimada fue de 13,6% pacientes-año, siendo gastrointestinal la causa principal seguida de infección. La TI para EA moderados fue de 11,2% pacientes-año y 2,5% para EA graves. La causa más frecuente de EA grave fue la infección. El MTX fue el fármaco con la TI más baja de EA, tanto moderado como grave. En lo que respecta a los EA graves, se deberían tomar precauciones en pacientes ancianos, FAMES biológicos y triple terapia.

230. SUPERVIVENCIA DE LOS FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO

J. Font Urgelles¹, Z. Rosales Rosado^{1,2}, L. León Mateos², D. Freitas Núñez¹, C. León Cárdenas¹, C. Vadillo Font¹, L. Rodríguez-Rodríguez² y L. Abásolo Alcázar²

¹Servicio de Reumatología; ²Fundación de Investigación Biomédica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: Después de más de veinte años de uso de los fármacos modificadores de la enfermedad (FAMES) es ampliamente conocida su eficacia en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR), pero necesitamos ampliar nuestro conocimiento sobre cómo funcionan a largo plazo en la práctica clínica diaria. El objetivo de este estudio es evaluar la supervivencia durante el seguimiento de los FAMES (sintéticos y biológicos) y las causas de suspensión en pacientes con AR de inicio.

Métodos: Se realizó un estudio longitudinal observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con AR de inicio entre el 15 de abril de 2007 y el 31 de diciembre de 2010, seguidos en consultas externas de Reumatología del Hospital Clínico San Carlos hasta el 31 de diciembre de 2015, que recibieron tratamiento con cualquier FAMEs. Variable principal: suspensión de los FAMEs debido a: evento adverso (EA: moderado o grave), ineficacia, decisión del paciente, mejoría y otras causas. Las tasas de incidencia (TI) de suspensión por 100 pacientes-año se estimaron utilizando técnicas de supervivencia con su respectivo intervalo de confianza [IC] del 95%. El estudio ha sido aprobado por el CEIC del Hospital Clínico San Carlos.

Resultados: Se incluyeron 97 pacientes con 293 cursos de tratamiento (815 pacientes-año). De estos, el 78% eran mujeres con una edad media al diagnóstico de $55,6 \pm 15$ años. El tiempo medio hasta el inicio del primer FAME fue de 0 [0-41] días. Un 11,5% estaban tomando FAMEs biológicos, 60,75% usaban terapia combinada y 86% estaban con corticoides. Se encontraron 171 suspensiones con una TI de 21 [18-24,4], principalmente debido a EA (13,5 [11,2-16,2]), seguido de ineficacia (2,6 [1,6-3,9]). La mediana de supervivencia fue de 2,6 [1,9-4] años. La TI de suspensión en FAMEs sintéticos y biológicos fue de 20,4 [17,4-23,9] y 27,2 [17,2-42,3] respectivamente. La TI cruda fue mayor para las sales de oro (36,5 [22-59]) y la leflunomida (32,0 [21,2-48,1]) siendo 11,1 [8,2-15] para el metotrexato. En cuanto a los regímenes de tratamiento, la monoterapia tuvo una TI de 17,94 [13,9-23,1] frente a 23,1 [19,2-27,8] en la terapia combinada.

Conclusiones: Después de 2 años y medio de tratamiento, el 50% de los pacientes suspendieron el tratamiento debido a diferentes causas. La TI se estima en 21 por 100 pacientes-año, siendo los EA la causa más frecuente. Los FAMEs sintéticos parecen tener más supervivencia que los biológicos, siendo el metotrexato el fármaco con la TI cruda de suspensión más baja. La monoterapia parece tener más tasa de supervivencia que la terapia combinada. Este estudio contribuye a aumentar el conocimiento de la supervivencia a largo plazo de estos fármacos en la vida real.

231. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA

R. Hernández Sánchez, J. Uceda Montañés y J.L. Marengo de la Fuente
Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: La artritis psoriásica (APS) es una enfermedad enormemente heterogénea. En ocasiones cursa con formas muy agresivas precisando terapias biológicas (TB).

Objetivos: Evaluar la efectividad y seguridad a largo plazo de las TB en una cohorte de pacientes con APS del área hospitalaria Virgen de Valme.

Métodos: Estudio descriptivo observacional de una serie de 25 pacientes con diagnóstico de APS con afectación periférica según criterios CASPAR en tratamiento con TB de la UGC del hospital de Valme. Medición de la actividad de la enfermedad mediante el índice DAS28 antes y después de la TB. Análisis de supervivencia de cada uno de los fármacos biológicos empleados. Evaluación de la seguridad de los fármacos mediante la recogida de EA.

Resultados: Se han revisado un total de 25 pacientes. Las TB más usadas como primera opción de tratamiento fue etanercept (36%), seguida de infliximab (32%), adalimumab (16%), golimumab (12%) y certolizumab (4%). En 2ª línea de tratamiento, también etanercept es el más usado seguido de adalimumab. Un solo paciente con APS muy refractaria realizó tratamiento con abatacept en cuarta línea y está actualmente está en tratamiento con ustekinumab en 5ª línea. En relación con datos de eficacia para el primer biológico: los valores del DAS 28 antes del inicio de la TB fueron: 20% alta, 60% moderada, 8% baja y un 12% en remisión (estos tenían la indicación de la TB por la afectación cutánea). En el punto de Corte tras el primer biológico nos

encontramos: De los pacientes que estaban en remisión y con baja actividad, que tenían indicada la TB por afectación cutánea, todos continuaron con los mismos valores de DAS 28. De los 25 pacientes con TB, tras el tratamiento con el primer fármaco el 60% está en remisión, un 24% baja actividad y un 16% permanecía con una actividad moderada. Mediante la t de Student para muestras pareadas en relación con el DAS28 antes del fármaco y en la última determinación del DAS28 con ese fármaco, nos encontramos diferencias estadísticamente significativas únicamente con el primer fármaco biológico, con una $p < 0,0005$ con una media de descenso en el DAS 28 de 2,14 (DE 1,64). En el caso de las siguientes líneas de tratamiento, el descenso del DAS 28 no muestra diferencias estadísticamente significativas. Además que en la evaluación de las sucesivas TB el tamaño muestral no nos permite establecer datos de eficacia con significación estadística. La supervivencia con el primer fármaco: la mediana es de 14 meses (mínimo 3 meses y máx. 156 meses). Los efectos adversos más frecuentes: infecciones de tractos respiratorios superiores, del tracto urinario y herpes labial recurrente). Reacciones en el punto de inyección. No hemos tenido ningún caso de defunción. Motivos de suspensión del fármaco en 1ª línea, el más frecuente fue el fracaso secundario (40% de los casos) seguido en un 30% de fracaso primario y aparición de efectos adversos.

Conclusiones: La TB es una alternativa efectiva y segura que se debe considerar en aquellos pacientes con APs moderada a grave, resistentes a las terapias clásicas o que presentan contraindicaciones para fármacos convencionales. Aproximadamente 1/3 de los pacientes no responden a dichos tratamientos, y dentro de estos la causa más frecuente de abandono del tratamiento en primera línea terapéutica es el fracaso secundario.

Bibliografía

Mease PJ. Biologic Therapy for Psoriatic Arthritis. *Rheum Dis Clin N Am*. Elsevier Inc; 2015;41:723-38.

232. PERFIL DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA QUE RECIBE TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS EN EL ÁREA HOSPITALARIA SUR DE SEVILLA

R. Hernández Sánchez, J. Uceda Montañés y J.L. Marengo de la Fuente
Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: La artritis psoriásica (APS) es una enfermedad inflamatoria articular crónica asociada a la presencia de psoriasis cutánea, factor reumatoide (FR) negativo.

Objetivos: Describir las características de una serie de pacientes del área hospitalaria sur de Sevilla (Hospital Virgen de Valme con APS en tratamiento con terapias biológicas (TB).

Métodos: Estudio descriptivo observacional de una serie de 25 pacientes con diagnóstico de APS afectación periférica según criterios CASPAR, en tratamiento con TB registrados en la base de datos de la UGC de Reumatología del hospital Virgen de Valme. Descripción de las características basales sociodemográficas, edad, sexo, forma de APs, afectación cutánea, y de las terapias biológicas indicadas.

Resultados: Se han revisado un total de 25 pacientes. De ellos el 68% varones frente a un 32% mujeres, la edad media en la actualidad es de 48 años, y la edad media al diagnóstico de 37 años. El 92% afectación cutánea y el 12% afectación ungueal. Los perfiles clínicos fueron los siguientes: El 40% poliarticular, 36% oligoarticular, 12% axial, 8% axial y periférica y un 4% afectación de las interfalángicas distales. La TB más usada como primera línea de tratamiento fue etanercept en un 36%, seguida de infliximab en un 32%, y adalimumab (16%). En 2ª línea de tratamiento, encontramos de nuevo al etanercept como el fármaco más usado seguido de adalimumab, que a su vez es el más usado también en 3ª línea. Excepcionalmente, observamos un solo paciente con artritis psoriásica muy refractaria que realizó tratamiento con abatacept en cuarta línea y que

actualmente está en tratamiento con ustekinumab en 5ª línea (tras 6 meses de tratamiento tiene un NAT = 0 y NAD = 0 y una afectación cutánea con un BSA < 3%). EL 84% de los pacientes fueron respondedores a la 1ª terapia biológica medida por un DAS28 < 2,6 (casi remisión) o, en su defecto, un DAS28 < 3,2 (baja actividad) y/o una MAE.

Conclusiones: En nuestra muestra existe un predominio de afectación masculina en las formas más agresivas que han necesitado tratamiento con terapias biológicas. La afectación periférica es la más frecuente, coincidiendo con los patrones descritos en la literatura y casi la totalidad de los pacientes tenían clínica cutánea. Las TB en general son eficaces encontrando altas tasas de respuesta tras el primer biológico en condiciones reales de práctica clínica.

Bibliografía

Managing Patients with Psoriatic Disease: The Diagnosis and Pharmacologic Treatment of Psoriatic Arthritis in Patients with Psoriasis. Philip J. Mease • April W. Armstrong. *Drugs* (2014). 74:423–441. Epigenetic and Pharmacogenetic Aspects of Psoriasis and Psoriatic Arthritis. O’Rielly DD, Rahman P. *Genetic, Rheum Dis Clin N Am.* Elsevier Inc; 2015;41:623–42.

233. EFFICACY AND SAFETY OF SARILUMAB PLUS CSDMARDs OVER 24 WEEKS IN RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS WITH INADEQUATE RESPONSE TO ONE OR MORE THAN ONE PRIOR TNF INHIBITOR

J. Amarelo Ramos¹, G.R.C. Pinheiro², E.K. Mangan³, Y. Lin⁴, H. van Hoogstraten⁴, M. Iglesias-Rodríguez⁴, T. Kimura³, R. Fleischmann⁵ y M.C. Genovese⁶

¹Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ²Discipline of Rheumatology. Rio de Janeiro State University. Rio de Janeiro. Brazil.

³Regeneron Pharmaceuticals. Inc. Tarrytown. NY. USA. ⁴Sanofi Genzyme. Bridgewater. NJ. USA. ⁵Metroplex Clinical Research Center. University of Texas Southwestern Medical Center. Dallas. TX. USA.

⁶Stanford University Medical Center. Palo Alto. CA. USA.

Introduction: In the phase 3 TARGET study (NCT01709578), sarilumab (150 or 200 mg subcutaneously [SC] every 2 weeks [q2w])

plus conventional synthetic disease-modifying antirheumatic drugs (csDMARDs) demonstrated efficacy in adults with active, moderate-to-severe rheumatoid arthritis (RA) and inadequate response or intolerance to tumor necrosis factor inhibitors (TNFis) (Fleischmann et al. *Arthritis Rheumatol.* 2016).

Objectives: This analysis examined whether the efficacy and safety of sarilumab plus csDMARDs was affected by the number of prior TNFis.

Methods: Patients were randomized to receive placebo (n = 181), sarilumab 150 mg q2w (n = 181), or sarilumab 200 mg q2w (n = 184) SC plus csDMARD(s) for 24 weeks. Efficacy by number of prior TNFis (1 vs > 1) was analyzed for ACR20/50/70 responses and Health Assessment Questionnaire–Disability Index (HAQ-DI) at weeks 2, 4, 8, 12, and 24. Analysis of coprimary endpoints (ACR20 response at week 24 and mean change from baseline in HAQ-DI at week 12) was prespecified; other endpoints were post hoc. A P value < 0.05 was considered significant for treatment-by-subgroup interactions.

Results: A majority of patients (76.8%) reported prior use of only 1 TNFi. ACR20 responses were numerically greater with either dose of sarilumab relative to placebo in both prior TNFi subgroups as early as week 4 and sustained until week 24 (table) and were numerically higher in the 1 prior TNFi group. Similar results were observed with ACR50/70 responses. The mean change from baseline in HAQ-DI at week 12 was greater in sarilumab-treated patients than in patients receiving placebo in both prior TNFi exposure groups. Despite numerical differences in efficacy, interaction test analyses indicated no significant treatment-by-subgroup interaction in the proportion of patients with 1 or > 1 prior TNFi who achieved ACR20 at week 24 (p = 0.1215) or in mean change from baseline in HAQ-DI at week 12 (p = 0.1767). The most common TEAEs in sarilumab-treated patients were similar in both prior TNFi exposure groups and included infections and neutropenia. Laboratory changes (eg, reduction in absolute neutrophil count and platelet count and increase in alanine aminotransferase) between TNFi exposure groups were similar.

Conclusions: Sarilumab was efficacious in patients with inadequate response to TNFis, irrespective of the number of prior TNFi therapies or dose and as early as 4 weeks after treatment initiation.

Código EUDRACT: 2011-003538-16.

Tabla Póster 233

Efficacy of Sarilumab Plus csDMARDs in Patients With Prior Exposure to 1 or > 1 TNFi at Weeks 2, 4, 8, 12, and 24 After Treatment Initiation in the ITT Population

	1 TNFi			> 1 TNFi		
	Placebo + csDMARDs (n = 132)	Sarilumab 150 mg q2w + csDMARDs (n = 132)	Sarilumab 200 mg q2w + csDMARDs (n = 133)	Placebo + csDMARDs (n = 49)	Sarilumab 150 mg q2w + csDMARDs (n = 49)	Sarilumab 200 mg q2w + csDMARDs (n = 51)
Incidence of ACR20 responses,%						
Week 2	12.1	22.7*	18.8	12.2	20.4	7.8
Week 4	28.0	33.3	47.4†	18.4	30.6	35.3*
Week 8	40.2	51.5	61.7†	22.4	38.8	45.1*
Week 12	41.7	57.6†	66.9‡	26.5	44.9	51.0†
Week 24	37.1	62.9‡	61.7‡	24.5	36.7	58.8†
Incidence of ACR50 responses,%						
Week 2	0	3.0*	2.3	0	6.1	0
Week 4	7.6	14.4	11.3	2.0	14.3*	7.8
Week 8	14.4	25.8*	27.8†	6.1	18.4	21.6*
Week 12	17.4	32.6†	36.1†	2.0	24.5†	25.5†
Week 24	22.7	42.4†	43.6†	6.1	22.4*	33.3†
Incidence of ACR70 responses,%						
Week 2	0	1.5	0	0	2.0	0
Week 4	0	3.0*	1.5	0	4.1	2.0
Week 8	3.8	9.1	9.0	2.0	8.2	7.8
Week 12	3.0	14.4†	16.5†	0	12.2*	9.8*
Week 24	9.8	22.7†	18.0	0	12.2*	11.8*
HAQ-DI, LS mean change from baseline (SE)						
Baseline (SD)	1.8 (0.6)	1.7 (0.6)	1.8 (0.6)	1.8 (0.7)	1.9 (0.6)	2.0 (0.6)
Week 2	-0.09 (0.04)	-0.21 (0.04)*	-0.13 (0.04)	-0.07 (0.06)	-0.21 (0.06)	-0.13 (0.05)
Week 4	-0.10 (0.04)	-0.26 (0.04)†	-0.23 (0.04)*	-0.10 (0.06)	-0.32 (0.06)†	-0.23 (0.06)
Week 8	-0.26 (0.05)	-0.37 (0.05)	-0.39 (0.04)*	-0.16 (0.07)	-0.40 (0.07)*	-0.34 (0.07)
Week 12	-0.29 (0.05)	-0.44 (0.05)*	-0.50 (0.05)†	-0.17 (0.08)	-0.54 (0.09)†	-0.40 (0.08)*
Week 24	-0.39 (0.06)	-0.55 (0.06)	-0.60 (0.06)*	-0.21 (0.10)	-0.47 (0.10)	-0.58 (0.09)†

*Nominal P. †Nominal P. ‡Nominal P.

234. TRATAMIENTO CON RITUXIMAB A DEMANDA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD

M.J. Fobelo Lozano, J. Uceda Montañés, M.I. Guzmán Ramos y C. Almeida González

Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: El rituximab (RTX) es anticuerpo monoclonal quimérico anti CD20 que ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) refractaria a tratamiento con FAMES clásicos. En la actualidad disponemos de diferentes regímenes de tratamiento en cuanto al tiempo de administración, cada 6 meses o a demanda y con respecto a la dosis empleada: ciclos de 1000 mg × 2 o 500 mg × 2.

Objetivos: Analizar la efectividad de una pauta de dosificación a demanda de RTX en pacientes con AR.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con AR en tratamiento con RTX entre enero 2006-febrero 2015. La administración se realizó a demanda si DAS28 > 3,2. Se registraron las siguientes variables: edad y sexo, fecha diagnóstico, DAS28 al inicio de tratamiento, factor reumatoide (FR) y anticuerpos anticardiolipina (ACPA), enfermedad erosiva, número de biológicos previos, fecha administración y dosis de cada ciclo de RTX, tratamiento concomitante con FAMES. A partir de estos datos se calculó el tiempo mediano de retratamiento y el número de pacientes retratados a los 8, 12, 16, 20 y 24 meses, analizando la efectividad de RTX durante un periodo de seguimiento de dos años.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes, edad media 55 años, 70% mujeres; 93% FR+, 31,6% ACPA+ y 63,2% con enfermedad erosiva. El tiempo mediano de evolución de la AR al inicio de RTX 8,1 años. Todos los pacientes presentaban actividad basal alta al inicio de RTX [mediana DAS28 = 5,6; HAQ = 1,75]. Previo a RTX, todos los pacientes estuvieron en tratamiento con otro biológico (24,5% con dos o más). Al inicio de RTX, el 56% de pacientes estaban en tratamiento concomitante con FAMES. El tiempo mediano de retratamiento fue de 7 meses. El número de pacientes retratados en los diferentes cortes cuatrimestrales fue: a los 8 meses 55,8%, a los 12 meses 69,4%, a los 16 meses 80%, a los 20 meses 81,3% y a los 24 meses 88,6%. Los no evaluados en cada corte cuatrimestral son aquellos que se les suspende RTX antes de los dos años de seguimiento (cuatro por ineficacia y uno por reacción adversa) o, en el momento de finalizar el estudio, no han completado los dos años de tratamiento. La efectividad considerada como el número mediano de ciclos recibidos a los dos años fue de 2.

Conclusiones: Aunque el tiempo mediano de retratamiento obtenido fue de siete meses, existen algunos pacientes que permanecen sin retratarse cerca de dos años. El 80% de los pacientes habían sido retratados a los 16 meses, la mitad con 1 ciclo de RTX y la otra mitad con 2. La pauta a demanda permitió incluso disminuir las dosis de los FAMES concomitantes. Un análisis posterior individualizado de pacientes, permitirá valorar las posibles características que pueden afectar a la efectividad de la pauta a demanda.

235. VALORACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL DAÑO ESTRUCTURAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS A DOSIS REDUCIDAS

J. Uceda Montañés, R. Hernández Sánchez y J.L. Marengo de la Fuente

Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es la artropatía inflamatoria crónica más frecuente. En torno al 30% de los pacientes son tratados con terapias biológicas (TB). La optimización de dosis de TB en pacientes en remisión clínica de la enfermedad es una estrategia

empleada en la práctica clínica. Entre los diferentes métodos de evaluar la progresión radiográfica, el SENS, constituye uno de los más adecuados por la facilidad de realización. Este es una forma simplificada del método van der Heijde; en él se valoran las erosiones óseas y la disminución del espacio articular (DEA). Puntuación: 0 a 86.

Objetivos: Objetivo principal: valorar la evolución del daño estructural de la enfermedad medida por el método SENS, en una cohorte de pacientes diagnosticados de AR en seguimiento en la Unidad de Gestión Clínica de Reumatología que reciben terapias biológicas (TB) a dosis reducidas, según protocolo de optimización de dosis de TB elaborado en nuestra unidad.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo, en una cohorte de 32 pacientes diagnosticados de AR (ACR 1987), que realizan tratamiento a dosis reducidas de TB (enero 2008-febrero 2014). Se realizó una descripción de las características basales de los pacientes. La evolución del daño estructural fue medido mediante el método SENS en radiografías de manos, ya que no se disponía de un número suficientes de estudios en pies. La valoración se realizó con estudios radiográficos de diferentes momentos de la evolución: previo a la reducción, al finalizar la reducción y en la visita actual de recogida de resultados.

Resultados: El 62,5% son mujeres, edad media al diagnóstico de 42,6 años ± 9 DE. La media de duración de la AR al inicio de TB fue de 98,63 meses y el tiempo hasta el inicio de la reducción de la TB de 160,66 meses. El 75% de la muestra era FR positivo, y el 56,7% eran ACPA positivos. El 59,4% realizaban tratamiento con etanercept, el 21,9% adalimumab, el 12,5% con infliximab y el 6,3% con certolizumab. La media de la puntuación radiológica en manos medida por el método SENS fue de 8,78 ± 10,2 DS. La media de puntuación del método SENS en los pacientes que continuaban reducido en el momento del análisis y en los pacientes que finalizaron la reducción fue de 10,67 ± 9,29. Sin diferencias estadísticamente significativas con respecto a la puntuación de dicha medida previa a la reducción de la TB.

Conclusiones: Todos los pacientes de nuestro estudio se encontraban en remisión clínica de la enfermedad al inicio de la reducción de dosis de TB. Los resultados del estudio nos sugieren que un régimen de optimización de dosis de TB en pacientes que se encuentran en remisión clínica, mantienen al paciente sin progresión significativa del daño estructural.

236. PERFIL DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE SE MANTIENEN CON RÉGIMEN OPTIMIZADO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS POR UN PERIODO DE TIEMPO MÁS PROLONGADO

J. Uceda Montañés, R. Hernández Sánchez y J.L. Marengo de la Fuente

Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es la artropatía inflamatoria crónica más frecuente. En torno al 30% de los pacientes son tratados con terapias biológicas (TB). La optimización de dosis de TB en pacientes en remisión clínica de la enfermedad es una estrategia empleada en la práctica clínica.

Objetivos: Objetivo principal: analizar las características de los pacientes, en seguimiento en la Unidad de Gestión Clínica de Reumatología del hospital de Valme de Sevilla, que permanecen por un periodo de tiempo más prolongado en optimización de dosis de TB frente a los pacientes en los que se les suspende dicho régimen.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo, en una cohorte de 32 pacientes diagnosticados de AR (ACR 1987), que realizan tratamiento a dosis reducidas de TB (enero 2008-febrero 2014). Se realizó una descripción de las características basales de los pacientes, de su enfermedad, de las TB recibidas así como de los tratamientos concomitantes empleados. Estas se com-

pararon entre el grupo que mantenía dosis optimizadas frente al grupo en los que se había interrumpido el régimen de optimización. **Resultados:** El 62,5% mujeres, edad media al diagnóstico 42,6 años \pm 9 DE. La media de duración de la AR al inicio de TB 98,63 meses y el tiempo hasta el inicio de la reducción de la TB 160,66 meses. El 75% tenía FR positivo y el 56,7% ACPA positivos. El 59,4% recibían etanercept, el 21,9% adalimumab, el 12,5% infliximab y el 6,3% certolizumab. El 78,1% realizaba tratamiento combinado con FAME y el 37,5% realizaba tratamiento en monoterapia. El más empleado fue el metotrexato 62,5%. El 56,3% realizaban tratamiento con esteroides. 11 pacientes (34,4%) finalizan la reducción de dosis (28,6% con adalimumab, 31,6% con etanercept, 100% con certolizumab y 0% con infliximab). El tiempo medio transcurrido la reducción de la TB la suspensión de la reducción fue de $15,90 \pm 12,64$ DE. La comparación entre los pacientes que continúan y los que interrumpen la reducción de dosis de TB según el sexo, los hombres (83,3%) permanecen más tiempo en dosis reducidas que las mujeres (55%). En cuanto a las características inmunológicas: pacientes con ACPA negativo y FR negativo permanecen más tiempo con dosis reducidas (69,2% y 75% respectivamente) frente a los pacientes con estos marcadores inmunológicos positivos (58,8% los ACPA positivos y 62,5% los FR positivos). En los grupos comparados, no se observan diferencias en cuanto al DAS28, tiempo de evolución de la enfermedad hasta la primera reducción y número de TB previos realizados por el paciente hasta el biológico reducido.

Conclusiones: El tiempo medio en dosis reducidas hasta la recaída en los pacientes con fin de reducción fue de 15,90 meses.

237. ACTIVIDAD CLÍNICA, SINOVITIS ECOGRÁFICA Y NIVELES DE FÁRMACO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE RECIBEN ANTI-TNF-A CON PAUTA DE ADMINISTRACIÓN ALARGADA

J.M. Senabre Gallego¹, J. Rosas¹, M. Marco², A. Naranjo³, F. Llinares-Tello², A. Pons⁴, X. Barber⁵, G. Santos-Soler¹, E. Salas¹, C. Cano⁴, M. Lorente⁴, J.A. García Gómez⁵, J. Molina² y el Grupo AIRE-MB

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Laboratorio; ⁴Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ³Servicio de Reumatología. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ⁵CIO-Universidad Miguel Hernández. Elche.

Objetivos: Evaluar la actividad clínica, sinovitis ecográfica y niveles de fármaco en pacientes con artritis reumatoide (AR) que reciben anti-TNFa con pauta de administración alargada (PAA).

Métodos: Estudio observacional prospectivo de 12 meses de seguimiento. Población: pacientes diagnosticados de AR, en remisión clínica, que reciben adalimumab (ADL) o etanercept (ETN) con PAA. La actividad clínica se evaluó a través de los índices DAS28-VSG, DAS28-PCR, CDAI y SDAI en cada visita. Se realizó ecografía de 12 articulaciones (codos, muñecas, 1ª y 2ª metacarpofalángicas, rodillas y tobillos) evaluando sinovitis en escala de grises (SG) y color Doppler (CD). Se calculó un índice SG y CD, sumando el mayor valor de cada articulación hasta un máximo de 36 puntos. Se consideró índice positivo > 1 punto. El ecografista desconocía los datos clínicos y de laboratorio. Los niveles de fármaco se analizaron utilizando kits Promonitor® ELISA (Progenika Biopharma-Grifols, España).

Resultados: Se incluyeron un total de 39 pacientes desde febrero de 2011 hasta diciembre de 2016. Un paciente se excluyó debido a violación del ciego y 2 pacientes no redujeron anti-TNF debido a bajos niveles de fármaco. 31 pacientes fueron mujeres (81,58%) y la edad media fue de 61 años (39-81). La mayoría de los pacientes fueron FR positivo (86%) y ACPA positivo (74%). 22 pacientes recibían ADL y 16 ETN. 32 pacientes (82%) recibían FAME concomitante (18 metotrexato (46%), 11 leflunomida (28%), 2 hidroxiclo-

roquina (5%) y 1 sulfasalacina (2%) y 7 pacientes estaban con dosis bajas de corticoides (18%). El tiempo medio de evolución de la AR fue de 14,95 años (2,15-52,31) y el tiempo medio con el biológico actual fue de 4,21 años (1,39-11,07). Las pautas de administración de ADL fueron: 18 días (9 pac/23%), 21 días (8 pac/20%) y 28 días (4 pac/10%); y de ETN: 10 días (9 pac/23%) y 14 días (3 pac/8%). Nueve pacientes (24%) volvieron a la pauta habitual debido a empeoramiento de la artritis y uno interrumpió el tratamiento debido a artritis séptica. Todos ellos volvieron a entrar en remisión y no desarrollaron anticuerpos (seguimiento 12 meses). Los índices de actividad clínica, los índices ecográficos y los niveles de fármaco se resumen en la tabla.

Actividad clínica, índices ecográficos y niveles de fármaco

	Visita basal (n = 32)	6 meses (n = 31)	12 meses (n = 20)
DAS28-VSG media (DE)	2,0 (0,91)	1,83 (0,83)	1,61 (0,70)
DAS28-PCR media (DE)	1,71 (0,51)	1,78 (0,52)	1,62 (0,48)
SDAI media (DE)	4,25 (2,55)	4,27 (3,04)	3,64 (3,13)
CDAI media (DE)	3,82 (2,48)	3,61 (2,33)	2,76 (1,3)
Índice SG media (DE)	3,57 (4,57)	3,29 (3,81)	4,7 (4,32)
Índice CD media (DE)	0,78 (0,80)	1,19 (1,7)	1,15 (1,42)
Índice SG (%)	73,91	77,42	90
Índice CD (%)	56,52	45,16	50,00
Nivel ETN media (DE)	4,61 (2,74)	3,59 (2,9)	3,03 (0,84)
Nivel ADL media (DE)	12,05 (6,88)	8,49 (5,01)	6,49 (2,78)*

*p < 0,05.

Conclusiones: 1. La mayoría de los pacientes (76%) permaneció en remisión clínica al aumentar el intervalo de administración. 2. Algunos pacientes (24%) volvieron a la pauta de administración estándar debido a empeoramiento clínico o ecográfico. 3. Algunos pacientes mostraron sinovitis en GS (90%) o CD (50%), sin embargo, no se relacionó con empeoramiento en el seguimiento. 4. Los niveles de fármaco disminuyeron al aumentar el intervalo de administración. 5. La monitorización ecográfica y los niveles de fármaco son útiles para mantener la remisión clínica en pacientes que reciben anti-TNFa con pauta de administración alargada.

Agradecimientos: este estudio ha recibido una beca de investigación de la Fundación Española de Reumatología (FER 2012) y de la Asociación para la Investigación en Reumatología de la Marina Baixa (AIRE-MB).

238. INFECCIONES GRAVES EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO

J.A. Mosquera Martínez¹, F.J. Maceiras Pan², J.L. Guerra Vázquez³, L. Fernández Domínguez⁴, C. García Porrúa⁵ y J.A. Pinto Tasende⁶

¹CHU Pontevedra. ²CHU Vigo. ³CHU Ferrol. ⁴CHU Ourense. ⁵Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ⁶XXI A Coruña-INIBIC.

Introducción: Los tratamientos biológicos (TB) han supuesto nuevas oportunidades de control de la enfermedad para nuestros pacientes con artritis psoriásica (APs). No obstante tiene una gran relevancia evaluar su seguridad, ya que podrían exponerlos a un mayor riesgo de desarrollar infecciones o activar infecciones latentes como la tuberculosis.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue describir la prevalencia de infecciones graves, infección tuberculosa latente (ITL) y tuberculosis activa en pacientes con APs tratados con TB en un período de 5 años.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo en pacientes caucásicos con APs activa, atendidos en seis hospitales generales universitarios de nuestra comunidad (población de referencia 2.055.000) que tenían una respuesta inadecuada a los fármacos modificadores de la enfermedad (FME) y comenzaron con TB entre enero de 2011 y diciembre de 2015. Antes de iniciar la TB y de acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología se descartó una infección activa de cualquier localización y se realizó

Tabla Póster 238

Neumonía	VVZ	I. cutánea	ITU complicada	I. intraabdominal	sepsis	TBC	I. articular
12 (28,6%)	7 (16,6%)	6 (14,3%)	5 (11,9%)	4 (9,5%)	3 (7,1%)	3 (7,1%)	2 (4,7%)

una radiografía de tórax y prueba de tuberculina para descartar una ITL o una infección tuberculosa activa. Se registraron las infecciones que hayan motivado ingreso hospitalario o estancia en el servicio de Urgencias hospitalarias de al menos 24 horas, considerándolas entonces como graves. El análisis estadístico se realizó utilizando el SPSS 17.0.

Resultados: Se registraron 604 pacientes que iniciaron TB de los cuales 329 (54,5%) eran hombres, con media de edad de 53,3 (12,6) años y tiempo de evolución desde el diagnóstico de APs de 12,4 (8,7) años. La media de exposición al TB fue de 4,9 años y hubo 42 infecciones graves (6,9%), con una tasa de incidencia de 13,9 casos por 1.000 pacientes-año, siendo más frecuente en hombres (4,7% vs 8,8%, $p = 0,049$). El 5,5% de los pacientes habían sido diagnosticados y tratados previamente de tuberculosis. La ITL fue positiva en 133 pacientes (22,0%). En cuanto a las infecciones graves no se observaron diferencias entre los distintos TB ($p = 0,699$). Sin embargo, fueron más frecuentes en pacientes que habían recibido más de 1 TB (10,4% vs 5,4%, $p = 0,026$). El 56,2% seguía tratamiento combinado con FME sin diferencias significativas en las infecciones graves (8,6% vs 5,5%, $p = 0,173$). El 19,5% de los pacientes con infección estaban optimizados en el TB vs 34,3% de los que no tuvieron infección ($p = 0,135$). No se observó una mayor tasa de infección grave en ninguno de los 3 subtipos de APs, periférica, axial o mixta, $p = 0,401$. La neumonía, infección por virus varicela-zoster e infecciones de tejidos blandos fueron las infecciones graves más frecuentes (tabla) y hubo 3 casos de enfermedad tuberculosa activa.

Conclusiones: La tasa de infecciones graves en pacientes con artritis psoriásica tratados con biológicos es mayor en hombres que en mujeres, siendo la neumonía la más frecuente. Los pacientes que recibieron más de 1 TB tuvieron mayor tasa de infecciones graves. La enfermedad tuberculosa sigue estando presente en nuestros pacientes a pesar de la implantación de los protocolos de cribado de esta enfermedad.

239. BARÓMETRO NACIONAL PARA VALORAR EL ASPECTO EMOCIONAL DEL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE. PROYECTO OPINAR

S. Castañeda Sanz¹, M.A. González-Gay², E.F. Vicente¹, C. Alegre de Miguel³, M. de la Hera⁴, V. Torrente Segarra⁵, L. Merino-Meléndez⁶, A.J. Mas⁷, L. Alcaide⁸, A.I. Torralba⁸ y J.L. Baquero Úbeda⁹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. IIS-Princesa. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Quirón-Dexeus. Barcelona. ⁴Servicio de Reumatología. Clínica Mompía. Cantabria. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Hospitalet-Moisès Broggi. Hospitalet de Llobregat. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital General San Pedro. Logroño. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ⁸Coordinadora Nacional de Artritis. ConArtritis. Madrid. ⁹Scientia Salus. Madrid.

Introducción: La OMS define la salud como un estado de bienestar físico, psíquico y social. Sin embargo, los pacientes con artritis reumatoide (AR) declaran que el tratamiento de la enfermedad se dirige a combatir la afectación física y apenas la emocional y social.

Objetivos: Valorar el impacto emocional y el grado de satisfacción con la atención médica recibida en el paciente con AR de mal pronóstico.

Métodos: Encuesta nacional, estructurada y anónima de 26 preguntas, realizada entre marzo y julio de 2016. Las respuestas se contabilizaron como porcentajes o como medias/medianas de la puntuación dada sobre una escala Likert del 1 al 10 (mínimo y máximo). Los análisis se realizaron con Microsoft 2012: media (m), desviación estándar (DE), mediana (M), rango intercuartílico (RIC) y significación estadística de las diferencias (t de Student). El estudio fue aprobado por la Coordinadora Nacional ConArtritis y el CEIC del Hospital de referencia.

Resultados: De 122 pacientes incluidos, la completaron 100 (75 vía telefónica y 25 por correo electrónico); 83 mujeres y 17 hombres, con edad m de 49,3 años (DE 12,1), de todas las CCAA. El 52% se consideraron de mal pronóstico (propia impresión). El 66,7% de las AR de alta actividad superó la impresión del médico; y el 31,03% de las intermedias. El grado de conocimiento y la importancia otorgada a ciertos aspectos de la enfermedad se puede ver en la tabla. El 77% eran conocedores de su condición de seropositividad para el FR, mientras solo el 17% respecto a los ACPA. El 63% considera más incapacitantes los aspectos físicos, pero un 52% valora más importante sentirse bien emocionalmente. La valoración media del tratamiento recibido en cuanto a los aspectos físicos fue de 7,1 (2,5), mientras que de los emocionales fue de 3,4 (2,6). El 52% de los declarados de mal pronóstico, estimaron que el tratamiento biológico se retrasó y el 50% lo relaciona con una peor evolución. El 97% deseaba participar en las decisiones del médico y el 38% declara no haber tenido ninguna opción. No hubo diferencias significativas entre los grupos pronósticos.

	m	DE	M	RIC
Rapidez de progresión				
I	8,40	1,38	9	1
C	7,08	2,47	8	4
Daño articular				
I	8,36	1,65	9	2
C	6,65	2,78	8	3
Afectación clínica				
I	8,33	1,69	9	3
C	8,11	1,98	9	1
Afectación emocional				
I	8,26	1,91	9	3
C	8,00	2,05	9	3
Afectación extra-articular				
I	8,19	1,72	9	3
C	7,01	2,50	8	4
Marcadores sanguíneos				
I	8,00	1,87	8	3
CMA	6,68	3,01	8	5
CMP	6,30	2,84	7	5
Grado de incapacidad vida diaria				
I	8,33	1,55	9	2
C	8,05	1,97	8	3
Grado de discapacidad laboral				
I	8,17	1,78	8	3
C	8,16	2,02	8	3

I: importancia; C: conocimiento; CMA: conocimiento marcadores actividad; CMP: conocimiento marcadores pronósticos

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes se declaró de mal pronóstico. Dos tercios estimaron peor estado de salud que los médicos si su AR era de alta actividad; y un 1/3 si era intermedia. Todos los aspectos valorados se consideraron factores determinantes de mal pronóstico. El grado de conocimiento de su estado funcional fue alto; siendo menor el del daño articular y el de los marcadores de actividad y pronósticos. El inicio del tratamiento con biológicos se retrasó en más de la mitad de quienes se declararon de mal pronóstico y para la mitad se relacionó con una peor evolución. Un alto porcentaje de pacientes mostraron una baja satisfacción con la atención emocional

recibida. La mayoría reclama participar más de las decisiones médicas, si bien más de un tercio no parece poder hacerlo.

240. ESTUDIO PROSPECTIVO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON FAME

N. Mena-Vázquez, C. Gómez-Cano, C. Aguilar-Hurtado, M. Rojas-Giménez, C. Domic, C. Fuego, S. Manrique-Arija, I. Ureña-Garnica, F.G. Jiménez-Núñez, M. Rodríguez-Pérez, G. Díaz-Cordovés, M.V. Irigoyen-Oyarábal, M. Padín-Martín y A. Fernández-Nebro

Servicio de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga (HRUM). Instituto de Investigación biomédica de Málaga (IBIMA). Hospitales Regional de Málaga y Virgen de la Victoria. Universidad de Málaga.

Objetivos: Estudiar prospectivamente a los pacientes con artritis reumatoide (AR) y enfermedad pulmonar intersticial (EPID) que están siendo tratados con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) en práctica clínica.

Métodos: Diseño: estudio observacional de una serie de casos prospectiva. Población: se incluyeron pacientes con AR (ACR/EULAR 2010) y EPID (TACAR), de 2 centros: Hospital Regional de Málaga y Hospital de Valme de Sevilla. Protocolo: se reclutaron consecutivamente todos los pacientes con AR (ACR/EULAR 2010) y EPID (American Thoracic Society/European Respiratory) que acudieron a consultas desde enero a diciembre de 2015. Fueron atendidos según un protocolo de recogida de datos (fecha índice) y se solicitaron tomografía axial computarizada de alta resolución (TACAR), pruebas funcionales respiratorias (PFR) y ecocardiograma a todos los pacientes que no lo tuvieran en el último año. Esta visita fue marcada como V0. A los 12 meses (v12) se evaluaron de nuevo la clínica, el ecocardiograma, PFR y TACAR. La evaluación radiológica la realizó una única radióloga experta en radiología de tórax. Aprobado por CEIC. Desenlaces: evolución en la v12 hacia: 1) la mejoría (i.e. mejora de CVF = 10% o de DLCO = 15% y no progresión radiológica), 2) no progresión (estabilización o mejora de CVF = 10% o DLCO < 15% y no progresión radiológica), 3) progresión (empeoramiento de CVF > 10% o la DLCO > 15% y progresión radiológica) o 4) muerte por causa relacionada con la EPID. Variables: descripción del tipo de EPID, función pulmonar por PFR, TACAR, presencia de HTP por ecocardiograma, disnea. Porcentaje de pacientes en remisión o baja actividad de la enfermedad por DAS28-VSG con FAME; efectos adversos. Análisis estadístico: descriptivo y pruebas t pareada/Wilcoxon entre v0 y v12, según procediera. Prueba de ANOVA de 1 factor para diferencias entre grupos terapia combinada, pacientes con FAMEb y FAMEs.

Resultados: Las principales características en Vo de los 22 pacientes se muestran en la tabla. Todos habían sido diagnosticados previamente de EPID por TACAR. Siete pacientes (31,8%) recibía un FAMEb con un FAMEs, siendo la combinación más común RTX+HCQ (8,6%) y MTX+ETN (8,6%); 12 (54,5%) monoterapia de FAMEs, siendo MTX el más frecuente (34,7%); 3 (13,6%) monoterapia con FAMEb (tabla). Tres pacientes (13,6%) tuvieron mejoría (1 con MTX, 1 con RTX y 1 con HCQ + RTX), 15 pacientes (68,2%) estabilización (4 con MTX, 3 LFN, 1 HCQ, 1 AZA, 1 ABT, 1ABT + SSZ, 2 MTX + ETN, 1 HCQ + RTX, y 1 HCQ + ADA); 3 (13,0%) empeoramiento de EPID (1 con MTX desarrolló una masa pulmonar, 1 LFN y 1 LFN+IFX). Un paciente murió durante el seguimiento por infección respiratoria (en tratamiento con RTX). Ningún paciente desarrolló HTP. No hubo diferencias significativas en la media (DE) entre DAS28 v0 y v12 (2,55 [0,75] vs 2,42 [1,22]; p = 0,567) ni en HAQ (1,15 [0,93] vs 1,25 [0,78]; p = 0,450). Tampoco hubo diferencias en PFR, TACAR ni DAS28 en v12 entre los pacientes en terapia combinada, mono-

terapia con FAMEb y con FAMEs. Cuatro pacientes (18,2%) tuvieron efecto adverso no grave: 2 infecciones respiratorias, 1 herpes labial y 1 infección dentaria.

Variable	n = 22
Características epidemiológicas	
Sexo, mujer, n (%)	12 (54,5)
Edad en años, media (DE)	69,4 (7,0)
Características clínicas y analíticas	
Fumador, n (%)	4 (18,2)
Índice de masa corporal, media (DE)	28,9 (6,0)
Tiempo evolución AR meses, media (DE)	211,9 (131,5)
Tiempo evolución EPID, meses (DE)	64,5 (47,1)
Factor reumatoide positivo, n (%)	21 (95,5)
Anticuerpos anti-péptidos citrulinados positivos, n (%)	21 (95,5)
Enfermedad erosiva, n (%)	16 (72,7)
DAS28 basal, media (DE)	55 (0,7)
HAQ basal, media (DE)	1,15 (0,9)
Tratamiento	
FAMEs, n (%)	19 (86,4)
Metotrexato, n (%)	8 (36,4)
Leflunomida, n (%)	5 (22,7)
Sulfasalazina, n (%)	1 (4,5)
Hidroxicloroquina, n (%)	4 (18,2)
Azatioprina, n (%)	1 (4,5)
FAMEb, n (%)	10 (45,5)
Rituximab, n (%)	4 (18,2)
Abatacept, n (%)	2 (9,1)
Etanercept, n (%)	2 (9,1)
Infliximab, n (%)	1 (4,5)
Adalimumab, n (%)	1 (4,5)

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con AR y EPID que están recibiendo tratamiento con FAME (82%) permanecen estable o mejoran después de al menos 1 año de tratamiento FAME tanto sintético como biológico. No obstante, queda un porcentaje de pacientes que tiene un resultado adverso. Son necesarios más estudios prospectivos con más pacientes y más prolongados para identificar la posible influencia de los FAME en esta evolución.

241. MODIFICACIÓN DE LOS PARÁMETROS DE INMUNIDAD CELULAR Y HUMORAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE BAJO TERAPIA BIOLÓGICA

M. Novella Navarro, J.L. Cabrera Alarcón, M.M. Muñoz Gómez, M. Pavo Blanco, A. Rodríguez Verdú, J. Salvatierra Ossorio y E. Raya Álvarez

Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Introducción: Existen estudios realizados en pacientes con artritis reumatoide (AR) que han tratado de valorar los cambios en las subpoblaciones linfocitarias como probables biomarcadores de respuesta a tratamiento biológico. Se trata sobre todo estudios con rituximab, en los que se ha observado que una depleción efectiva de células CD20+ conlleva a una mejor respuesta clínica al tratamiento. A este respecto también encontramos estudios experimentales con tocilizumab, abatacept y antiTNF, no aplicados a la práctica clínica.

Objetivos: En nuestro estudio, nos propusimos como objetivo principal, analizar las subpoblaciones linfocitarias disponibles en la cartera de servicios de nuestro centro, con el fin de poder establecer unos perfiles linfocitarios en los pacientes bajo terapia biológica y su asociación con la actividad de la enfermedad medida por DAS28.

Métodos: Estudio observacional longitudinal prospectivo de 87 pacientes (16 hombres y 71 mujeres) con artritis reumatoide atendidos en nuestro servicio, que iniciaron tratamiento con terapia biológica entre septiembre de 2014 y junio de 2016, (28 pacientes abatacept, 42 pacientes tocilizumab y 17 pacientes rituximab) cuyo periodo de seguimiento fue de seis meses. Se obtuvo consentimiento informado por parte de todos los participantes. Se recogieron variables al inicio del estudio y a los seis meses. Entre las

variables destacadas se encuentran las subpoblaciones linfocitarias disponibles en cartera de servicios del Hospital (CD3, CD4, CD8, CD19 y NK), Inmunoglobulinas (IgA, IgM, IgG) y complemento (C3 y C4). Junto con otras variables como factor reumatoide, anticuerpos anti-péptido citrulinado, PCR, VSG, dosis de corticoides, dosis de Metotrexato, DAS28, tratamientos previos, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar crónica, diabetes mellitus y cuestionario HAQ. También se tuvieron en cuenta los eventos adversos que ocurrieron durante el periodo de observación que conllevaron a la retirada del fármaco y por tanto a la salida del paciente del estudio. Análisis estadístico: Contraste de hipótesis mediante t-test para medidas repetidas y su equivalente no paramétrico (test de rangos de signos de Wilcoxon para muestras pareadas). R Statistics versión 3.2.2 (2015).

Resultados: Se observó una tendencia general al descenso de las subpoblaciones linfocitarias, estadísticamente significativo para CD3 ($p = 0,0098$), CD4 ($p = 0,04$), CD19 ($p = 0,0093$). Se analizó por grupo de tratamiento, siendo el descenso en la muestra global de CD19 atribuible al grupo de rituximab, y el descenso de CD3 y CD4 atribuible al grupo de tocilizumab. También se observaron diferencias significativas a nivel global para inmunoglobulinas: IgA ($p = 0,005$), IgG ($p = 0,0001$), IgM ($p = 0,00002$). Los linfocitos totales, CD8 y NK no presentaron diferencias estadísticamente significativas. Como medida de evaluación de la actividad de la enfermedad, se analizó la evolución del DAS28, observándose también un descenso estadísticamente significativo ($p = 0,0002$).

Conclusiones: Así como la depleción de linfocitos CD19 provocada por rituximab puede ser útil para la monitorización de la respuesta al tratamiento en estos pacientes, según nuestros resultados, la evolución de los linfocitos CD3 y CD4 podría servir para el control de los pacientes tratados con tocilizumab. Dado que tan solo contamos con una muestra de 42 pacientes, sería recomendable ampliar el tamaño muestral con el fin de corroborar dichos resultados.

242. ESTUDIO DE LAS REACCIONES ADVERSAS GRAVES ATRIBUIDAS A TERAPIAS BIOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS

P. Capdevila Río², L. Rosselló Aubach¹, C. Llobera Serentill², N. Montalà Palau¹, M. Conde Seijas¹, X. Fornos¹, M. Serra Miralles¹ y M. Navarro Brugueras²

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de Santa María. Lleida.

Objetivos: Analizar las reacciones adversas graves atribuidas al tratamiento con terapias biológicas en enfermedades reumáticas, observadas en hospital. Estimar su incidencia y comparar el resultado con otros estudios.

Métodos: Estudio descriptivo. Periodo de estudio: mayo 2010 a febrero 2016. El nº de reacciones adversas y el tipo de reacción se obtuvieron de la hoja Excel de seguimiento de los pacientes y de la historia clínica. Para evaluar la causalidad se ha aplicado el algoritmo de Naranjo. Las variables registradas han sido: edad y sexo del paciente, año, descripción y tipo de reacción adversa, fármaco implicado, escala de Naranjo, desenlace, si ha implicado cambio de tratamiento y si ha requerido atención hospitalaria o ambulatoria.

Resultados: El nº de pacientes totales en tratamiento con terapia biológica en el periodo descrito fue de 153 (media anual de 99 pacientes). El nº de reacciones adversas fue de 26 en 23 pacientes. El 52% son hombres y la edad media 61 años. El resultado del algoritmo de causalidad fue de 24 reacciones adversas con causa posible a la terapia biológica y 2 con causa probable. El fármaco causante de más reacciones adversas fue adalimumab (14), seguido de etanercept (6), certolizumab (3), golimumab (2), infliximab (1). De las 26 reacciones adversas: 12 (46,15% del total de RAM) fueron infecciones, 4 neo-

plasias (15,3%), trastornos cardíacos 3 (11,5%), trastornos vasculares 2 (7,69%), otros 5 (19,23%). En cuanto a la continuación del tratamiento, en 9 casos se suspendió el medicamento temporalmente, en 8 casos definitivamente, en un caso se disminuyó la dosis y en 4 casos hubo un cambio a otro biológico. En cuanto al desenlace, de las 26 reacciones adversas 11 se habían recuperado, 7 estaban en recuperación, 4 dejaron secuelas y 4 tuvieron un resultado final de muerte en que el fármaco pudo haber contribuido. Referente a la atención del cuadro clínico: en 9 casos hubo hospitalización y en 12 atención ambulatoria. La incidencia anual de efectos adversos relevantes ha sido de 3,8%. El informe de diciembre 2015 del estudio Biobadaser de la Sociedad Española de Reumatología da una incidencia de acontecimientos adversos relevantes del 8%. La frecuencia del tipo de reacción adversa (respecto al total de RAM) en este estudio ha sido de mayor a menor: infecciones e infestaciones (33%), neoplasias benignas y malignas (8%), trastornos cardíacos (8%).

Conclusiones: El tipo de reacción adversa y su frecuencia observados en nuestro estudio coincide con los datos del estudio Biobadaser, sin embargo el resultado de incidencia anual es inferior en nuestro estudio (con una muestra muy inferior). La gravedad y frecuencia de las reacciones adversas a este tipo de fármacos hace que sea imprescindible seguir estrechamente a estos pacientes para detectarlas lo más pronto posible.

243. EFECTO DE LA DIÁLISIS Y LOS FÁRMACOS REDUCTORES DE LA URICEMIA SOBRE LOS NIVELES SÉRICOS DE ÁCIDO ÚRICO EN PACIENTES CON GOTA

I. Urionagüena Onaindia^{1,3}, S.P. Chinchilla Gallo^{3,4}, G. García Erauzkin², M.L. Muñoz-Gómez² y F. Pérez-Ruiz^{1,3,4}

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Nefrología. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces. Barakaldo. ³Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces. Bilbao. ⁴Euskal Herriko Unibertsitatea/Universidad del País Vasco.

Introducción y objetivos: El efecto de la diálisis sobre los niveles de ácido úrico sérico (AUS) en pacientes con gota no está aun adecuadamente determinado; no existen en la literatura estudios prospectivos que lo caractericen y tampoco disponemos de recomendaciones realizadas por EULAR y ACR al respecto.

Métodos: Estudio exploratorio, observacional y prospectivo. Se realizó un seguimiento de pacientes con gota confirmada mediante detección microscópica de cristales y al menos un ataque durante el año previo a la inclusión en terapia de diálisis, independientemente de que ésta fuese diálisis peritoneal (DP) o hemodiálisis (HD). No se utilizaron tratamientos reductores de la uricemia (TRU) durante los primeros 3 meses de diálisis. A partir del mes 6 de seguimiento se prescribió alopurinol (ALO) a dosis bajas (50 mg/día) o febuxostat (FEB) en caso de contraindicación a ALO en aquellos pacientes con tofos (subcutáneos o ecográficos > 10 mm de diámetro mayor). Se recogieron datos de AUS previo a la primera sesión de diálisis (AUS0), así como uricemia pre-diálisis (pre-AUS) y post-diálisis (post-AUS) inmediata (en pacientes en hemodiálisis) a los 3, 6, y 12 meses de seguimiento. No se prescribió tratamiento profiláctico y en caso de ataques los pacientes fueron tratados con ACTH o corticosteroides.

Resultados: Hasta el momento se han analizado datos de 17 pacientes: 12 varones, edad media 69 (rango: 62-78). El tiempo medio desde el inicio de la gota hasta la inclusión en diálisis fue de 7 años (RIC 1-10) y 2 de los pacientes requirieron diálisis debido al uso crónico de AINES por episodios de gota recurrente durante más de 20 años. Previo a la inclusión en diálisis 6 pacientes habían recibido tratamiento con ALO y 2 con FEB. Se prescribió TRU en 10 de los pacientes según lo establecido en los métodos (4/4 de aquellos con DP y 6/13 en HD) con ALO 50 mg/día excepto en un paciente con positividad para el antígeno HLA-B58 que recibió FEB 80 mg cada 3 días. A partir de los

Tabla Póster 243

Diferencias globales pre-AUS y post-AUS (mg/dl) y según intervención

	AUS0	AUS3	PostHD-AUS3	AUS6	PostHD-AUS6	AUS12	PostHD-AUS12
Todos (N = 17)	9,8	7,2	2,8	5,8	3,1	5,5	1,2
Sin TRU (N = 10)	9,4	6,2	3,1	5,7	3,2	5,8	1,2
Tratados a partir de 6m (N = 7)	10,0	7,7	2,7	5,8	3,0	5,3	1,2
DP	10,2	8,0		6,0		5,0	
HD	9,7	6,9	2,8	5,7	3,0	5,7	1,2

12 meses hubo una pérdida de seguimiento para 5 de los pacientes: 2 recibieron trasplante renal y 3 fueron dializados en centros externos. El rango de seguimiento fue de 12-30 meses. Hubo una reducción significativa en los niveles de AUS desde el inicio hasta el mes 3 de seguimiento (diferencia - 2,6 mg/dl). La reducción de AUS durante los meses 3-6 y 3-12 fue mayor en los pacientes que recibieron terapia reductora (tabla). La tasa de ataques al mes 3 fue similar en los pacientes en HD (5/13) y en aquellos en DP (2/4). Un único ataque fue informado en la visita al mes 6 de seguimiento, ninguno en los meses posteriores. No se observaron efectos secundarios.

Conclusiones: En este estudio exploratorio, la diálisis reduce los niveles de AUS. En hemodiálisis, una determinación de AUS previa al procedimiento y otra inmediatamente posterior serían necesarias para estimar adecuadamente el efecto de la intervención sobre el AUS. En pacientes sometidos a diálisis la TRU a bajas dosis parece ser efectiva en el control adecuado de niveles de AUS y debería considerarse su uso solamente en aquellos pacientes con gota grave (tofácea).

244. ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS AL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Íñiguez Ubiaga, C. Moriano Morales, M. Retuerto Guerrero, M. Garijo Bufort, A. Crespo Golmar, A. López Robles, C. Álvarez Castro, E. Díez Álvarez, M. Martín Martínez y T. Pérez Sandoval

Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción: Las consultas hospitalarias al servicio de reumatología son frecuentes, debido a la elevada prevalencia en la población general de enfermedades reumatológicas y su tendencia a la cronicidad, con elevada morbilidad y costes socioeconómicos.

Objetivos: Evaluar las interconsultas recibidas en nuestro servicio de pacientes hospitalizados para identificar motivo de consulta y su correlación con el diagnóstico definitivo, valorar tratamiento y seguimiento posterior en consultas externas de reumatología.

Métodos: Análisis retrospectivo y descriptivo de todas las interconsultas recibidas en la Unidad de Reumatología durante 12 meses. Se incluyeron las variables: edad, sexo, factores clásicos de riesgo cardiovascular (FRCV), infecciones, servicio de procedencia, motivo de interconsulta, diagnóstico definitivo y fármacos pautados.

Resultados: Se incluyeron 158 pacientes: 79 varones con edad media 70,25 ± 11 años y 79 mujeres con edad media 64,5 ± 17,9 años. El 84,8% presentaron FRCV, predominando la HTA (65,7%). La mayor parte procedieron de servicios de especialidad médica (81,65%), destacando Medicina Interna (41%). El servicio quirúrgico que más interconsultó fue Cirugía vascular (5,7%). Los motivos de interconsulta fueron: evaluación clínica articular inflamatoria (38,6%), lumbalgia y artralgias (9,5%), manifestaciones extraarticulares (10,12%), alteraciones serológicas (8,9%), hallazgos de pruebas de imagen (3,15%), valoración necesidad de tratamiento y ajuste de terapia de fondo (19,6%). De los 61 pacientes con clínica articular inflamatoria se objetivó artritis en el 82%: 35 casos de artritis microcristalina y 11 de artritis reumatoide (AR). Un tercio de los pacientes valorados por lumbalgia y artralgias presentaron enfermedad inflamatoria reumatológica subyacente y de los 16 casos que precisaron valoración por manifestaciones extraarticulares, el 50% padecía una enfermedad autoinmune sistémica (EAS). El 57% de los pacientes con

alteraciones serológicas fueron diagnosticados de EAS, en el 28,57% se descartó patología inflamatoria y el 14,28% permanece en estudio en la actualidad. 34 pacientes precisaron valoración de tratamiento, 3 de ellos por posible toxicidad y 31 por ajuste de terapia de fondo en pacientes con AR y EAS de base. Se instauró tratamiento corticoide en monoterapia en el 17% de los casos y asociado a AINES/colchicina hasta en el 26,58%, pautándose inmunosupresor en el 9,5% de los pacientes. En total presentaron patología inflamatoria 116 pacientes (73,4%) y se descartó patología reumatológica en otros 20 casos. Se remitieron a consulta externa 91 pacientes, 62 de ellos ya conocidos por nuestro servicio. El 42,4% de las interconsultas se resolvieron durante el ingreso.

Conclusiones: La mayoría de las interconsultas realizadas procedieron de especialidades médicas. El 73,4% de todos los pacientes valorados durante el ingreso presentaron patología reumatológica inflamatoria. Uno de cada tres pacientes que consultaron por sintomatología mecánica, fueron diagnosticados de enfermedad inflamatoria subyacente. Destaca la presencia de EAS en el 21,5% de todos los pacientes valorados, así como una alta resolución de las consultas durante la estancia hospitalaria. En nuestro estudio, se demuestra el papel del reumatólogo para realizar un enfoque clínico adecuado y un buen diagnóstico diferencial de las diferentes enfermedades reumatológicas.

245. PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS DEL ÁREA SANITARIA DE FERROL

B.M. Correa Rey, Á. Hernández del Río, J. Vázquez Pérez-Coleman y J.L. Guerra Vázquez

Sección de Reumatología. Hospital Naval. Ferrol.

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo de las características demográficas y clínicas de los pacientes con artritis psoriásica en tratamiento con fármacos biológicos en el área sanitaria de Ferrol.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de 44 pacientes diagnosticados de artritis psoriásica en tratamiento con fármacos biológicos. Se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, tipo de artritis psoriásica y años de evolución, HLA-B27, factor reumatoide, dactilitis, onicopatía, uveítis, quimioprofilaxis de tuberculosis, fármaco antirreumático modificador de enfermedad (FAME), fármaco biológico, tiempo con éste, biológico previo, motivo de cambio, evolución clínica, optimización del tratamiento, tiempo total de exposición a biológicos, infecciones, neoplasias, prótesis, tratamiento en Unidad de Salud Mental, densitometría.

Resultados: De los 44 pacientes estudiados, 61% eran mujeres y 29% varones, la mayoría (64%) en el rango de edad de 50 a 69 años, con un tiempo de evolución de la enfermedad de 5 a 10 años en el 52% y de 11 a 20 años en el 25%. Un 57% presentaban una forma periférica, mayoritariamente afectación oligoarticular, seguida de la mixta (32%) y la axial (11%). El HLA-B27 fue positivo en un 7% (en 41% no realizado o no concluyente) y el factor reumatoide negativo en casi todos. Se objetivó dactilitis en un 25%, onicopatía en un 14% y un único caso de uveítis anterior. Se realizó quimioprofilaxis de tuberculosis en un 20% y casi todos los pacientes habían recibido un FAME que, en la mayoría, fue metotrexate. Los fármacos biológicos más utilizados fueron adalimumab (43%) y etanercept (39%), seguidos por golimumab (9%), certolizumab (5%) e infliximab y ustekinumab (2% cada uno). Un 66%

de pacientes llevaban de 1 a 5 años con el biológico actual y un 36% habían recibido un biológico previo; el motivo de cambio en el 69% se debió a fallo y en los restantes a secundarismo. El 89% de los pacientes mejoraron y, en el momento del estudio, 59% estaban en remisión total, 36% en remisión parcial y un 5% permanecían activos, con optimización de dosis en un tercio de casos. El tiempo total de exposición a biológicos fue de 0 a 6 años en el 80% de casos. Un 11% de pacientes desarrollaron infecciones, que incluyeron vías aéreas superiores, bronquitis, neumonía, herpes y absceso escrotal, de las que solo ésta última precisó ingreso hospitalario; no se registró ningún caso de tuberculosis activa. Hubo una sola neoplasia maligna, un carcinoma epidermoide cutáneo. El 7% de pacientes necesitaron prótesis (cadera, rodilla). Un 32% acudía a consulta de Psiquiatría. Se realizó densitometría ósea (DXA) al 25% de pacientes, con resultado normal en casi un tercio, osteopenia en dos tercios (la mayoría con T-score de -1 a -1,9) y osteoporosis en un solo caso.

Conclusiones: Este registro de pacientes nos aporta información sobre aspectos demográficos, clínicos, de eficacia terapéutica y complicaciones, que nos permite obtener conclusiones útiles en nuestra práctica clínica diaria y también puede servir como base para futuros estudios longitudinales. En nuestra serie, la terapia biológica ha demostrado buena eficacia para controlar la actividad de la enfermedad, con una baja incidencia de infecciones y un solo caso de neoplasia maligna.

246. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD REALIZADA POR REUMATÓLOGOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. VALORACIÓN DE UNA NUEVA CONSULTA ASISTENCIAL

M.V. Hernández, H. Flórez, R. Castellanos, S. Rodríguez, S. Mandelíkova y N. Guañabens

Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: La patología musculoesquelética es un motivo frecuente de consulta en los Servicios de Urgencias. Sin embargo, en la mayoría de hospitales esta patología es atendida por especialistas de Medicina Interna o Traumatología, siendo posteriormente derivada de forma ambulatoria al reumatólogo, lo que puede demorar, en ocasiones, un diagnóstico y tratamiento apropiado. Nuestro Servicio incorporó, desde febrero de 2016, la atención por parte de un reumatólogo especialista, de los pacientes que acudían al Servicio de Urgencias por patología reumática.

Objetivos: Analizar las visitas y diagnósticos de los pacientes que han consultado por patología reumática en el Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel y que han sido valorados por un mismo reumatólogo.

Métodos: Se analizaron todas las visitas realizadas por Reumatología en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital desde febrero a diciembre de 2016. El horario de atención de Urgencias era exclusivamente en días laborables, de 9 a 13h, y eran atendidas por un solo especialista. Se analizaron las siguientes variables: número de visitas realizadas, especificadas como primeras visitas y reconsultas; edad y género de los pacientes; y diagnóstico final. Se analizó también la procedencia de las solicitudes dentro del Servicio de Urgencias (Medicina, Traumatología, otros); y el destino de la derivación (consultas externas, ingreso, centro de salud); así como si el paciente se controlaba previamente en Reumatología o consultaba por primera vez al hospital.

Resultados: Durante este período (11 meses) se realizaron, en el Servicio de Urgencias, 139 visitas (123 primeras visitas y 16 reconsultas) en 123 pacientes: 69 mujeres (56,1%) y 54 hombres (43,9%); edad media 58,2 ± 17,5 (rango 18-96 años). Los principales diagnósticos fueron: 80 enfermedades articulares inflamatorias (57,6%), 34 artritis microcristalina (24,6%), 12 enfermedad degenerativa ar-

ticular (8,6%), 8 patología de partes blandas (5,7%), 5 fracturas de estrés o por fragilidad (3,6%). El 63,3% de las solicitudes procedían de Medicina, el 30,2% de Traumatología y el 6,5% de otros servicios. De las visitas realizadas, 21 requirieron ingreso hospitalario (15,1%); 82 (59%) se remitieron a consultas externas de Reumatología para completar estudio; y 36 (25,9%) se derivaron a su ambulatorio para continuar controles. La mayoría de pacientes consultaban por primera vez al hospital (79,7%), mientras que sólo un 20,3% de los pacientes se habían visitado previamente en Reumatología.

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio, a pesar del corto tiempo de esta nueva actividad, muestran que la consulta en Urgencias por patología reumática, principalmente inflamatoria, es frecuente. Además, en la mayoría de casos, constituye el primer lugar de consulta al que acude al paciente, lo que remarca la importancia del reumatólogo en la atención de Urgencias, favoreciendo un diagnóstico precoz.

247. EFECTO DEL TRATAMIENTO ANTI-TNF SOBRE LA FRECUENCIA DE CÉLULAS B CIRCULANTES CD19+CD24^{high}CD38^{hi} EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA)

M.B. Bautista Caro, E. de Miguel, D. Peiteado, Ch. Plasencia-Rodríguez, A. Villalba, I. Monjo Henry, A. Puig-Kröger, P. Sánchez-Mateos, E. Martín-Mola y M.E. Miranda Carús

Servicio de Reumatología. Hospital La Paz. Madrid.

Introducción: Las células B CD19+CD24^{high}CD38^{high} poseen capacidad reguladora y su frecuencia se encuentra alterada en sangre periférica de pacientes con varias enfermedades autoinmunes. Además se ha descrito una elevación de subpoblaciones de linfocitos B con fenotipo regulador en pacientes con espondiloartritis (Cantaert et al. *Arthritis Rheum.* 2012;64:1859-68).

Objetivos: Determinar la frecuencia de células B circulantes CD19+CD24^{hi}CD38^{hi} (Breg) en pacientes con EA y su posible modificación por el tratamiento con anti-TNF.

Métodos: Obtuvimos sangre periférica de pacientes con EA que nunca habían recibido tratamiento con fármacos biológicos (EA/nb) (n = 42), pacientes que ya estaban siendo tratados con anti-TNF (EA/b) (n = 59: 37 infliximab, 10 adalimumab, 10 golimumab, 2 certolizumab) y controles sanos (CS) pareados para edad y género (n = 101). Además, seis pacientes EA/nb que iniciaron tratamiento con anti-TNF (2 infliximab, 1 adalimumab, 2 golimumab, 1 certolizumab) donaron sangre en dos ocasiones: inmediatamente antes de la administración de la primera dosis de anti-TNF y seis meses después. Para cada uno de estos 6 pacientes, el mismo sujeto sano actuó como control en ambas ocasiones. Después de su aislamiento por gradiente de Ficoll a partir de sangre periférica, los PBMCs fueron teñidos con anticuerpos monoclonales frente a CD3, CD4, CD19, CD24 y CD38, y examinados por citometría de flujo.

Resultados: En comparación con los CS, los pacientes con EA/nb mostraron una frecuencia significativamente elevada de células Breg, que no se correlacionó significativamente con los valores de PCR, calprotectina sérica o ASDAS-PCR. Por el contrario, el porcentaje de Breg circulantes en pacientes que ya estaban recibiendo tratamiento con anti-TNF no fue diferente del observado en CS. Los pacientes EA/nb que iniciaron tratamiento con anti-TNF mostraron una modificación significativa del porcentaje de Breg circulantes, de modo que a los seis meses de tratamiento este porcentaje ya no se encontraba elevado. Al mismo tiempo se observó una disminución significativa de los valores de PCR, calprotectina sérica y ASDAS-PCR en todos los pacientes; en cuatro de ellos la reducción de ASDAS-PCR fue mayor de 2.0 unidades.

Conclusiones: Los pacientes con EA/nb muestran una frecuencia aumentada de células Breg circulantes, que no tiene relación con la actividad de la enfermedad. El tratamiento con anti-TNF se asocia a una normalización de la frecuencia de células Breg circulantes.

248. EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS ANTI-TNF, ANTI-IL6R Y ANTI-CTLA4 SOBRE LOS ISOTIPOS (IGG, IGA, IGM) DE ACPA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

D. Hernández-Flórez, T. del Río, J.C. Nieto, J.G. Ovalles, J. Martínez, I. Janta, B. Serrano, C. González, I. Monteagudo, J. López-Longo y L. Valor

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

Introducción: Las terapias biológicas (TBIol) que deplecionan el linfocito B (LB) reducen la formación de autoanticuerpos (AA) como factor reumatoide y ACPA (anti-citrullinated protein antibodies). Otras TBIol como anti-TNF (factor de necrosis tumoral), anti-IL-6R (receptor de interleucina 6) y anti-CTLA4 (cytotoxic T-Lymphocyte antigen 4) modulan la proliferación y maduración del LB e indirectamente la producción de AA. Se ha descrito que en pacientes con artritis reumatoide (AR) con títulos altos de AA, su disminución se asocia con la mejoría de la actividad inflamatoria.

Objetivos: Evaluar el efecto de anti-TNF, anti-IL6R y anti-CTLA4 sobre los niveles de ACPA en pacientes con AR.

Métodos: Estudio longitudinal de pacientes naïve a TB y ACPA positivos (N = 27), reclutados en el servicio de Reumatología de nuestro hospital. Los pacientes fueron evaluados antes del inicio de TB y a los 4-8-12-24-36 meses (m) postratamiento. La actividad clínica de AR se evaluó mediante el DAS28-PCR (Disease Activity Score 28 joints- proteína C-reactiva). Los isotipos-ACPA (IgG, IgA e IgM) se evaluaron utilizando placas de ELISA-CCP2 (Eurodiagnostica, Malmö, Suecia) y anticuerpos de oveja conjugados con peroxidasa (Binding Site, RU). Se evaluó la comparación de las 3 dianas terapéuticas (anti-TNF, anti-IL6R y anti-CTLA4) y los anti-TNF [infliximab (IFX), adalimumab (ADA), etanercept (ETN)].

Resultados: Se observó una reducción significativa en el DAS28-PCR en 2/3 dianas terapéuticas: anti-IL6R ($p = 0,017$; $p = 0,018$; $p = 0,018$; $p = 0,028$; $p = 0,028$) y anti-TNF ($p = 0,002$; $p = 0,002$; $p = 0,003$; $p = 0,004$; $p = 0,007$) a los 4, 8, 12, 24 y 36m. Al evaluar cada uno de los anti-TNF, observamos que la disminución del DAS28-PCR fue significativa únicamente en ADL y ETN a los 4, 8, 12 y 24m de tratamiento. Comparando dianas terapéuticas encontramos una mayor reducción del DAS28-PCR en anti-IL6R frente a anti-CTLA4 ($p = 0,017$) al 8m, probablemente debido a la mayor reducción de PCR en el grupo anti-IL6R ($p = 0,018$). En cuanto a los isotipos de ACPA, solo se observó una disminución significativa en IgA-ACPA en el grupo anti-IL6R a los 4, 8 y 12m ($p = 0,012$; $p = 0,036$; $p = 0,046$). No se encontraron diferencias significativas en el título de los ACPA en las otras dianas terapéuticas ni en cada uno de los anti-TNF. Comparando las dianas terapéuticas, observamos la disminución en la IgG-ACPA en anti-CTLA4 frente a anti-IL6R (50,25; 98,2 U/ml) a los 4m. Los títulos más altos de IgG-ACPA se observaron en anti-IL6R frente a anti-TNF y anti-CTLA4 ($p = 0,048$; $p = 0,024$) a los 24m de tratamiento. Respecto a IgM-ACPA, los títulos más bajos se observaron en anti-IL6R frente a anti-CTLA4 en los 4 y 12m ($p = 0,012$; $p = 0,017$; $p = 0,017$).

Conclusiones: La mayor reducción de DAS28-PCR se observó en los pacientes en tratamiento con anti-IL6R y anti-TNF en el 8m postratamiento. Respecto al isotipo ACPA, se observó que el grupo anti-CTLA4 tenía mayores títulos de IgM-ACPA comparado con anti-IL6R, probablemente debido a la inhibición del cambio de clase en los LB. Los pacientes en tratamiento con anti-IL6R presentaron una disminución progresiva de la IgA-ACPA y de la IgA total, así como títulos más altos IgG-ACPA (24m). Anti-CTLA4 y el anti-IL6R podrían modular la maduración/diferenciación/producción de AA del LB por diferentes vías de señalización. La evaluación del LB y los isotipos ACPA pueden ser útiles para comprender mejor la patogénesis de la AR y su asociación con el pronóstico y la respuesta clínica a TB.

249. ESTUDIO EN FASE III, ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO Y CONTROLADO CON PLACEBO PARA EVALUAR LAS ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO (CONTINUACIÓN FRENTE A RETIRADA) CON EL FIN DE MANTENER UNA BAJA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD TRAS 1 AÑO DE TRATAMIENTO CON CERTOLIZUMAB PEGOL EN PACIENTES NO TRATADOS ANTERIORMENTE CON FAME CON AR ACTIVA, PRECOZ Y EROSIVA

F.J. Blanco García, M.E. Weinblatt, C.O. Bingham, G.R. Burmester, V.P. Bykerk, D.E. Furst, X. Mariette, D. van der Heijde, R. van Vollenhoven, B. van Lunen, C. Ecoffet, C. Cioffi y P. Emery

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). A Coruña. Brigham and Women's Hospital. Boston. MA. Johns Hopkins University. Baltimore. MD. EE. UU. Charité-University Medicine. Berlín. Alemania. Weill Cornell Medical College. Nueva York. EE. UU. David Geffen School of Medicine at UCLA. Los Ángeles. CA. EE. UU. Université Paris-Sud. París. Francia. Leiden University Medical Center. Leiden. Holanda. Amsterdam Rheumatology and Immunology Center (ARC). Amsterdam. Holanda. UCB Pharma. Raleigh. NC. UCB Pharma. Bruselas. Bélgica. University of Leeds. Leeds. RU.

Introducción: Existe interés en reducir gradualmente o interrumpir el tratamiento con fármacos biológicos en pacientes (ptes) con AR en los cuáles se ha logrado controlar la enfermedad de forma sostenida. Presentamos los resultados del periodo 2 (P2) de C-EARLY, en el que se comparó a los ptes que siguieron con certolizumab pegol (CZP; dosis estándar y menor frecuencia de dosis) con aquellos que dejaron de recibir CZP.

Métodos: Los pacientes del periodo 1 (P1) de C-EARLY2 tratados con dosis óptimas de MTX y CZP (200 mg cada dos semanas [c/2 sem]) o placebo (PBO) para los que se logró una baja actividad de la enfermedad de forma sostenida (sLDA; DAS28 [VSG] = 3,2 en las sem 40 y 52) entraron en P2, un estudio de retirada del fármaco, aleatorizado y doble ciego. Los pacientes tratados con CZP se aleatorizaron en una proporción 2:3:2 para recibir la dosis estándar de CZP (200 mg c/2 sem+MTX), una menor frecuencia de dosis (200 mg c/4 sem+MTX) o para interrumpir CZP (PBO+MTX). El criterio de valoración principal fue el porcentaje de pacientes con LDA mantenida (sem 52-104 sin exacerbaciones). El esquema de pruebas jerárquicas comparó la dosis estándar de CZP con la interrupción de CZP; si se conseguía la $p < 0,05$, se comparaba CZP con menor frecuencia de dosis frente a la interrupción de CZP. Análisis de los datos presentados: Imputación de no respondedores (NRI) para el criterio de valoración principal; última observación llevada a cabo (LOCF) para variables continuas; extrapolación lineal para mTSS.

Resultados: La potencia del estudio se calculó asumiendo que 455 ptes tratados con CZP alcanzarían sLDA en P1 y entrarían en P2; sin embargo, sólo 293 ptes (64%) fueron aptos y entraron en P2. El 49% de los pacientes con CZP estándar y el 53% de los ptes con menor frecuencia de dosis en sLDA fueron capaces de mantener una LDA hasta la sem 104, frente a un 39% de ptes que interrumpieron el tratamiento con CZP ($p = 0,112$ y $p < 0,05$, respectivamente; el estudio no logró su criterio de valoración principal). El 44% de los ptes con CZP estándar y el 43% de los ptes con menor frecuencia de dosis fueron capaces de mantener REM hasta la sem 104 frente a un 33% de los pacientes que interrumpieron el tratamiento. Una mayor proporción de pacientes tratados con CZP logró LDA en la sem 104 en comparación con los que interrumpieron el tratamiento con CZP. En la sem 104, habían presentado progresión radiográfica (cambio desde el inicio mTSS = 0,5) más pacientes que interrumpieron CZP y recibieron sólo MTX que pacientes con CZP. Los perfiles de seguridad de los 4 grupos fueron similares, sin nuevas alertas de seguridad en los pacientes que continuaron con CZP hasta 2 años.

Conclusiones: En total, una mayor proporción de pacientes tratados con CZP (dosis estándar y menor frecuencia de dosis) logró

LDA y estabilización radiográfica en comparación con los pacientes que interrumpieron el tratamiento con CZP. Además, a pesar de la mejora clínica, más pacientes que recibieron MTX solo presentaron progresión radiográfica en comparación con pacientes tratados con CZP durante 2 años. El estudio no alcanzó su criterio de valoración principal de LDA en todas las visitas en los pacientes tratados con CZP (dosis estándar y menor frecuencia de dosis) frente a los pacientes que interrumpieron CZP. No obstante, hubo una diferencia numérica entre los grupos. Un posible motivo puede ser que hubo un 36% menos de pacientes aptos para P2 de lo que se había previsto.

Código EUDRACT: NCT01519791; NCT01521923.

250. PERFIL DE SEGURIDAD A LARGO PLAZO (156 SEMANAS) DEL APREMILAST DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: ANÁLISIS CONJUNTO DE LOS ESTUDIOS PALACE 1-3

J.J. Gómez-Reino, P.J. Mease, D.D. Gladman, S. Hall, A. Kavanaugh, E. Lespessailles, G. Schett, M. Paris, L. Teng, H. Marzo-Ortega y J. Wollenhaupt

Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. Centro Médico Sueco y Facultad de Medicina de la Universidad de Washington. Seattle. WA. EE. UU. Toronto Western Research Institute. Toronto. ON. Canadá. Universidad de Monash. Cabrini Health. Melbourne. Australia. Universidad de California. San Diego. Facultad de Medicina. La Jolla. CA. EE. UU. Universidad de Orleans. Orleans. Francia. Universidad de Erlangen-Nuremberg. Erlangen. Alemania. Celgene Corporation. Summit. NJ. EE. UU. Unidad de Investigación Biomédica Musculoesquelética de Leeds del NIHR. Leeds Teaching Hospitals y Universidad de Leeds. Leeds. Reino Unido. Schön Klinik Hamburg Eilbek. Hamburgo. Alemania.

Introducción: Los estudios PALACE 1, 2 y 3 compararon la eficacia y seguridad de apremilast (APR) frente a placebo en pacientes con artritis psoriásica activa a pesar de la administración previa de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) convencionales y/o una terapia biológica. Se evaluó la seguridad a largo plazo de APR durante un máximo de 3 años.

Métodos: Los pacientes fueron aleatorizados (1:1:1) a placebo, APR 30 mg 2 v/día (APR30), o APR 20 mg 2 v/día (APR20). Los pacientes

tratados con placebo fueron realeatorizados a APR30 o APR20 en la semana 16 (escape temprano) o en la semana 24. El tratamiento doble ciego con APR continuó hasta la semana 52 y los sujetos continuaron recibiendo APR durante la fase terapéutica abierta.

Resultados: Se aleatorizó a 1.493 pacientes; de ellos, 1.441 fueron tratados con APR entre las semanas 0 a = 52 del periodo de exposición a APR; 1.028 fueron tratados entre las semanas > 52 a = 104 y 865 entre las semanas > 104 a = 156 en la fecha de cierre de datos a los 3 años. Durante las Semanas 0 a = 52, los AA que aparecieron en = 5% de los pacientes expuestos a APR fueron diarrea, náuseas, cefalea, infección de las vías respiratorias superiores y nasofaringitis (tabla). La diarrea y las náuseas aparecieron por lo general temprano en el tratamiento (= 2 semanas) y se resolvieron en = 4 semanas sin intervención médica. Entre las semanas > 52 a = 104 y > 104 a = 156 disminuyó la frecuencia de los AA gastrointestinales; la frecuencia de otros AA frecuentes en = 5% de los pacientes expuestos a APR disminuyó o se mantuvo estable (tabla). La mayoría de AA fueron de gravedad leve a moderada. Los acontecimientos adversos graves se mantuvieron coherentes durante todos los periodos de exposición a APR en los 3 años (tabla). Las tasas de interrupción descendieron año a año, llegando al 1,6% entre las semanas > 104 y = 156 (tabla). La aparición de acontecimientos cardíacos graves, neoplasias malignas, infecciones oportunistas, y anomalías de laboratorio importantes continuó siendo infrecuente durante el tratamiento.

Conclusiones: APR demostró un perfil de seguridad favorable durante un máximo de 156 semanas; este periodo se caracterizó por la estabilidad o disminución de la incidencia de AA y la falta de inmunosupresión acumulada o de seguimiento analítico.

Código EUDRACT: 2010-018385-23 & 2010-018386-32 & 2010-019941-24.

251. EL APREMILAST, UN INHIBIDOR DE LA FOSFODIESTERASA 4 DE ADMINISTRACIÓN ORAL, SE ASOCIA A MEJORÍAS A LARGO PLAZO (52 SEMANAS) EN EL CUESTIONARIO BASDAI EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: RESULTADOS CONJUNTOS DE 3 ENSAYOS DE FASE III CONTROLADOS Y ALEATORIZADOS

A. Fernández Nebro, P.J. Mease, H. Marzo-Ortega, A. Poder, F. Van den Bosch, J. Wollenhaupt, E. Lespessailles, M. McIlraith, L. Teng y S. Hall

Tabla Póster 250

	Semanas 0 a = 52	Semanas 0 a = 52	Semanas > 52 a = 104	Semanas > 52 a = 104	Semanas > 104 a = 156	Semanas > 104 a = 156
	APR30 (n = 721)	APR20 (n = 720)	APR30 (n = 520)	APR20 (n = 508)	APR30 (n = 443)	APR20 (n = 422)
Pacientes, n (%)						
= 1 acontecimiento adverso	524 (72,7)	507 (70,4)	315 (60,6)	324 (63,8)	276 (62,3)	267 (63,3)
= 1 acontecimiento adverso grave	47 (6,5)	40 (5,6)	35 (6,7)	40 (7,9)	37 (8,4)	33 (7,8)
Acontecimiento adverso que da lugar a la retirada del fármaco	56 (7,8)	52 (7,2)	13 (2,5)	12 (2,4)	6 (1,4)	8 (1,9)
Muerte	0 (0,0)	1§ (0,1)	1‡ (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
AA en = 5% de los pacientes, cualquier grupo de tratamiento, n (%)						
Diarrea	112 (15,5)	88 (12,2)	20 (3,8)	10 (2,0)	11 (2,5)	13 (3,1)
Náuseas	108 (15,0)	69 (9,6)	11 (2,1)	8 (1,6)	10 (2,3)	4 (0,9)
Infección de las vías respiratorias superiores	60 (8,3)	71 (9,9)	27 (5,2)	40 (7,9)	23 (5,2)	29 (6,9)
Cefalea	75 (10,4)	61 (8,5)	17 (3,3)	14 (2,8)	12 (2,7)	11 (2,6)
Nasofaringitis	41 (5,7)	48 (6,7)	31 (6,0)	29 (5,7)	19 (4,3)	30 (7,1)
Anomalías importantes de los parámetros analíticos clínicos seleccionadas, n/m (%)						
Alanina aminotransferasa > 3 límite superior de la normalidad	9/713 (1,3)	8/713 (1,1)	2/518 (0,4)	1/502 (0,2)	2/442 (0,5)	2/419 (0,5)
Creatinina > 1,7 límite superior de la normalidad	1/713 (0,1)	1/713 (0,1)	0/518 (0,0)	0/502 (0,0)	0/442 (0,0)	1/419 (0,2)
Leucocitos < 1,5, 10 ⁹ /l	0/713 (0,0)	0/712 (0,0)	0/517 (0,0)	0/503 (0,0)	0/442 (0,0)	0/419 (0,0)
Neutrófilos < 1, 10 ⁹ /l	2/713 (0,3)	4/712 (0,6)	3/517 (0,6)	2/502 (0,4)	2/442 (0,5)	1/419 (0,2)
Plaquetas < 75, 10 ⁹ /l	0/713 (0,0)	0/712 (0,0)	0/517 (0,0)	1/503 (0,2)	1/441 (0,2)	1/419 (0,2)
Hemoglobina, hombres < 10,5 g/dl, mujeres < 8,5 g/dl	5/713 (0,7)	5/712 (0,7)	4/517 (0,8)	0/503 (0,0)	5/442 (1,1)	2/419 (0,5)

*Incluye a todos los pacientes tratados con APR durante el intervalo de tiempo en relación con el de la administración de APR. §El fallo multiorgánico no se consideró relacionado con el tratamiento ‡Accidente con vehículo a motor el día 489 del estudio APR30 = apremilast 30 mg 2 v/día; APR20 = apremilast 20 mg 2 v/día; n/m = número de pacientes con = 1 manifestación de la anomalía en cualquier momento/número de pacientes con = 1 valor posbasal.

Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Hospital Regional Universitario de Málaga. Universidad de Málaga. Málaga. Centro Médico Suecoy Facultad de Medicina de la Universidad de Washington. Seattle. WA. EE. UU. Unidad de Investigación Biomédica Musculoesquelética de Leeds del NIHR. Leeds. Reino Unido. Clinical Research Centre Ltd. Tartu. Estonia. UZ Gent. Gante. Bélgica. Schön Klinik Hamburg Eilbek. Hamburgo. Alemania. Universidad de Orleans.Orleans. Francia. Celgene Corporation. Summit. NJ. EE. UU. Universidad de Monash. Cabrini Health. Melbourne. Australia.

Introducción: Los ensayos sobre artritis psoriásica (APs) PALACE, recogieron la puntuación en la escala BASDAI (índice de actividad de la enfermedad en la espondilitis anquilosante de Bath) como parámetro de exploración en un subgrupo de pacientes con afectación axial a criterio de los investigadores, si bien la existencia de espondilitis psoriásica no se confirmó mediante pruebas de imagen. Evaluamos el impacto de apremilast 30 mg (APR) administrado dos veces al día en la puntuación BASDAI a lo largo de 52 semanas utilizando los datos conjuntos de pacientes de PALACE 1-3 con APs activa a pesar de la administración previa de FAME convencionales y/o una terapia biológica.

Métodos: Se comunican los resultados del tratamiento con APR en un subgrupo de pacientes con BASDAI basal = 4 (en adelante, “subgrupo”) a lo largo de 16, 24, y 52 semanas.

Resultados: En total, se incluyó a 454/1.493 (30%) pacientes en los análisis de subgrupos. Los sujetos del subgrupo presentaron una duración media de la APs similar a la del resto de población de PALACE 1-3 (n = 1.039). Un porcentaje ligeramente superior de pacientes del subgrupo presentaba antecedentes de psoriasis palmoplantar, ungueal, del cuero cabelludo o en placas; las medias del área de superficie corporal (BSA) con psoriasis basal y porcentual con un BSA = 3% fueron ligeramente superiores. El subgrupo presentó una media superior de los valores basales en proteína C reactiva (1,12 frente a 0,93), escala visual analógica del dolor (63,6 frente a 53,8), evaluación global de la enfermedad por parte del paciente (62,2 frente a 53,5), y evaluación global de la enfermedad por parte del médico (59,0 frente a 53,0), y una media manifiestamente peor en los valores de HAQ-DI (1,41 frente a 1,08), SF-36v2 del funcionamiento físico (30,6 frente a 35,8), y FACIT-F (25,7 frente a 31,8); el número de articulaciones dolorosas (NAD) fue superior (25,1 frente a 19,1), mientras que el número de articulaciones inflamadas (NAI) (12,4 frente a 10,9) y la puntuación en la DAS-28 presentaban menos discrepancias. El uso concomitante de FAME en el momento basal resultó similar en ambos grupos: 1 FAME en el 61,0% y 2 FAME en el 5,5% (subgrupo) frente a 1 en el 57,8% y 2 en el 6,4% (resto de la población de PALACE 1-3); metotrexato fue el FAME más habitual. El subgrupo presentó un uso basal de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y analgésicos ligeramente superior. En el subgrupo, el 73,6% había sido tratado únicamente con FAME antes del estudio; el 44,9% con solo 1 FAME. En total, el 25,1% había recibido terapia biológica anterior; y fracaso

de la terapia biológica en un 9%. La media basal del subgrupo en BASDAI fue de 6,6 en los pacientes tratados con APR y de 6,4 en los pacientes con placebo. APR produjo una reducción media superior en BASDAI frente a placebo en la semana 16 (-1,53 frente a -0,91; p = 0,0173) y en la semana 24 (-1,64 frente a -0,74; p = 0,0002); asimismo se observaron mejorías significativas en otros parámetros de la enfermedad, de carácter considerable en factores como HAQ-DI, evaluación global del médico y fatiga (tabla). Se observó una mejoría a largo plazo en todos los parámetros, con una reducción media en BASDAI en la semana 52 de 2,18 (tabla) y una mejoría media en HAQ-DI de -0,464.

Conclusiones: En este análisis post hoc, los pacientes que comunicaron una puntuación de BASDAI = 4 parecían tener una mayor carga de la enfermedad, con valores superiores de discapacidad, dolor, fatiga y enfermedad global; es posible que no se obtuvieran datos de algunos parámetros de la actividad de la enfermedad y que no se dispusiera de estrategias terapéuticas eficaces. APR produjo mejorías a largo plazo en BASDAI, así como en otros parámetros. Se ha asegurado la realización de evaluaciones posteriores para evaluar de manera objetiva la presencia de enfermedades inflamatorias de la columna vertebral en la APs y su respuesta a APR.

Código EUDRACT: 2010-018385-23 & 2010018386-32 & 2010-019941-24.

252. REMISIÓN DE DAS-28 Y MEJORÍA EN LA ENFERMEDAD CUTÁNEA A LO LARGO DE 3 AÑOS DE TRATAMIENTO CON APREMILAST: RESULTADOS DEL ESTUDIO PALACE 3 DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA ACTIVA TRATADOS CON FAME/TERAPIA BIOLÓGICA

F.J. Blanco, C.J. Edwards, J. Crowley, M. McIlraith, M. Paris, L. Teng y Ch.A. Birbara

INIBIC-Hospital Universitario A Coruña. Hospital de la Universidad de Southampton. Southampton. Reino Unido. Bakersfield Dermatology. Bakersfield. CA. EE. UU. Celgene Corporation. Summit. NJ. EE. UU. Facultad de Medicina de la Universidad de Massachusetts Medical School. Worcester. MA. EE. UU.

Introducción: Entre los objetivos terapéuticos en la artritis psoriásica (APs) se encuentran el control a largo plazo de los síntomas cutáneos y articulares. El estudio PALACE 3 incluyó a pacientes con APs con enfermedad articular activa y lesión cutánea activa en el momento de la inclusión. Se evaluaron las respuestas al tratamiento a largo plazo en todas las manifestaciones de la APs en pacientes tratados con apremilast (APR) durante 3 años.

Métodos: Los pacientes fueron estratificados en función del uso de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) (sí/no) y del área de superficie corporal afectada con psoriasis (< 3%/= 3%), y aleatorizados (1:1:1) para ser tratados con placebo, APR 30 mg 2 v/día (APR30) o APR 20 mg 2 v/día (APR20). Después de

Tabla Póster 251

	Semana 24 (LOCF)	Semana 24 (LOCF)	Semana 52 (datos según lo observado)
	APR (n = 156)	Placebo (n = 151)	APR 8 (n = 125)
BASDAI, media basal	6,6	6,4	6,6
BASDAI, cambio medio frente al valor basal	-1,64*	-0,74	-2,18
Número de articulaciones inflamadas, cambio medio	-5,5*	-2,4	-8,5
HAQ-DI, cambio medio	-0,301*	-0,117	-0,464
SF-36v2 del funcionamiento físico, cambio medio	4,98*	1,76	7,06
Escala visual analógica del dolor, cambio medio	-12,6*	-7,9	-22,1
FACIT-F, cambio medio	4,38*	1,29	6,77
Evaluación global de la enfermedad por parte del paciente, cambio medio	-10,9	-5,7	-19,8
Evaluación global de la enfermedad por parte del médico, cambio medio	-22,1	-7,4	-34,3

*p < 0,05.

la fase controlada con placebo de 24 semanas de duración, se trató a todos los pacientes con APR30 o APR20 y se les incluyó en la fase de seguimiento a largo plazo. Se llevaron a cabo evaluaciones de la eficacia a lo largo de 156 semanas.

Resultados: Un total de 505 pacientes fueron aleatorizados y tratados con = 1 dosis del fármaco del estudio (placebo: n = 169; APR30: n = 167; APR20: n = 169); 249 de 281 pacientes (89%) que iniciaron el tercer año del tratamiento con APR completaron la visita de la semana 156. Los pacientes tratados con APR30 presentaron una disminución sostenida de la actividad de la enfermedad en la semana 156, como indicaron las reducciones medias en la escala de actividad de la enfermedad 28 articulaciones con proteína C reactiva (DAS-28, por sus siglas en inglés) y la consecución de una respuesta buena o moderada de conformidad con la Liga europea contra el reumatismo y remisión DAS-28. Se demostró un alivio constante de las manifestaciones de la APs, como las articulaciones inflamadas (tabla); en la semana 156, el 65,5% de los pacientes tratados con APR30 presentaron un número de articulaciones inflamadas de 0 o 1. La reducción de la discapacidad y el mantenimiento de la funcionalidad se reflejaron en el descenso sostenido de las puntuaciones de HAQ-DI (tabla). El efecto continuado de APR30 sobre la enfermedad cutánea se demostró con la reducción de la afectación cutánea: el 54,7% presentó una puntuación basal en la escala de severidad y área de psoriasis (PASI, por sus siglas en inglés) > 5 y el 27,3% presentó PASI > 10; en la semana 156, el 64,7% presentó PASI < 3 y el 83,8% presentó PASI = 5. Las puntuaciones de PASI-75 y PASI-50 reflejaron asimismo un alivio clínicamente significativo (Tabla). No se identificaron nuevos problemas de seguridad tras 156 semanas de tratamiento. Los AA que se produjeron en = 5% de los pacientes fueron nasofaringitis e infección del tracto urinario (semanas > 104 a = 156 del periodo de exposición a APR); la mayoría de AA fueron de gravedad leve o moderada. Se produjeron pocas interrupciones a causa de AA en las semanas > 104 a = 156.

	Resultados en la semana 156
	APR30 (n = 140)*
DAS-28 (PCR), cambio medio	-1,58
DAS-28 (PCR) < 2,6, n/m (%)	57/139 (41,0)
Nº de articulaciones inflamadas, cambio % medio	-78,3
Nº de articulaciones dolorosas, cambio % medio	-65,0
HAQ-DI (0-3), cambio medio	-0,39
HAQ-DI MCID = 0,30; n/m (%)	65/140 (46,4)
ACR20, n/m§ (%)	89/138 (64,5)
ACR50, n/m§ (%)	56/137 (40,9)
ACR70, n/m§ (%)	29/137 (21,2)
PASI-75, n/m‡ (%)	33/68 (48,5)
PASI-50, n/m‡ (%)	46/68 (67,6)

Datos según lo observado. *La n refleja el número de pacientes tratados con APR30, con independencia de la fecha de inicio de la administración de APR (basal, semana 16 o semana 24) y con datos disponibles en la semana 156; es posible que el número real de pacientes en cada punto temporal varíe. §Los denominadores varían ligeramente al disponer de datos suficientes en cada nivel de la evaluación de la respuesta a ACR. ‡Examinado en pacientes con afectación psoriásica basal en = 3% del área de superficie corporal y con datos en la semana 156. APR30 = apremilast 30 mg 2 v/día; DAS-28 = escala de actividad de la enfermedad, 28 articulaciones; PCR = proteína C reactiva; HAQ-DI = cuestionario de evaluación de la salud-índice de discapacidad; DMCI = diferencia mínima clínicamente importante; n/m = número de respondedores/número de pacientes con datos suficientes para evaluación; ACR20/50/70 = 20%/50%/70% de mejoría conforme a los criterios del Colegio Americano de Reumatología; PASI-75/50 = 75%/50% de reducción de la escala de severidad y área de psoriasis frente al valor basal.

Conclusiones: Durante 156 semanas, APR continuó demostrando mejorías sostenidas y clínicamente importantes en los signos y síntomas de la APs, como el funcionamiento físico y la psoriasis asociada. APR fue generalmente bien tolerado, con un perfil de seguridad adecuado en el uso a largo plazo.

Código EUDRACT: 2010-019941-24.

253. RESULTADOS DE IMÁGENES DURANTE 4 AÑOS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL TRATADOS CON CERTOLIZUMAB PEGOL, INCLUYENDO PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE Y CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA

E. Chamizo Carmona, D. van der Heijde, X. Baraliakos, K.G. Hermann, R. Landewé, P.M. Machado, W.P. Maksymowych, O. Davies, N. de Peyrecave, B. Hoepken, L. Bauer, T. Nurminen y J. Braun

General Hospital of Mérida. Department of Rheumatology. Leiden University Medical Center. Leiden. Holanda. Ruhr-University Bochum. Herne. Alemania. Charité Medical School. Berlín. Alemania. Academic Medical Center. Amsterdam & Atrium Medical Center Heerlen. Holanda. Centre for Rheumatology Research & MRC Centre for Neuromuscular Diseases. University College London. Londres. RU. Department of Medicine. University of Alberta. Edmonton. Alberta. Canadá. UCB Pharma. Slough. RU. UCB Pharma. Monheim. Alemania. Rheumazentrum Ruhrgebiet. Herne. Alemania.

Introducción: RAPID-axSpA fue un estudio a largo plazo en pacientes con espondiloartritis axial (axSpA) tratados con certolizumab pegol (CZP). Primera comunicación de resultados de imágenes obtenidas durante 4 años en pacientes con axSpA tratados con CZP, incluidas espondilitis anquilosante (AS) y axSpA no radiográfica.

Métodos: RAPID-axSpA estudio doble ciego y controlado con placebo (PBO) hasta la sem24, dosis ciega hasta la sem48 y abierto hasta la sem204. Los pacientes presentaban actividad y aquellos que cumplían criterios ASAS para axSpA se estratificaron AS/nr-axSpA en la aleatorización. Se aleatorizaron en la sem0 para recibir CZP (200 mg c/2sem; 400 mg c/4sem) y siguieron con la dosis asignada en el periodo abierto. Se evaluaron radiografías laterales de la columna cervical/lumbar en el inicio, en la sem96 y en la sem204, usando mSASSS (media de 2 lectores centrales ciegos e independientes). 2 lectores centrales independientes puntuaron las radiografías de SI (un 3^{er} lector adjudicó diferencias en las escalas de puntuación) en el inicio y en la sem204. Se realizaron RM utilizando secuencias STIR en el inicio y en las sem12, 48, 96 y 204, que se evaluaron utilizando SPARCC y Berlín. Se muestran los datos de pacientes tratados con CZP (incluidos los que comenzaron recibiendo PBO). Los datos de mSASSS se estimaron para todos los puntos mediante análisis MMRM, considerando todas las observaciones disponibles. Los datos de las RM de cada momento se muestran tal como se observaron en los pacientes con una evaluación válida en ese momento. Los datos de las radiografías de la articulación SI se evaluaron en los pacientes con evaluaciones válidas tanto al inicio como en la sem 204.

Resultados: De 315 pacientes tratados con CZP, 196 tenían radiografías de columna disponibles que se incluyeron en el análisis MMRM (mSASSS media al inicio: 9,47). 158 pacientes tenían evaluaciones de RM (SPARCC media al inicio: 8,17 [n = 151]; Berlín: 6,10 [n = 153]) y 137 pacientes tenían radiografías de la articulación SI al inicio y en la sem204 (BL: 67,9% sacroileítis radiográfica). En pacientes con AS el cambio medio en mSASSS desde el inicio hasta la sem204 fue de 0,98 (IC95%: 0,34-1,63); de 0,67 (0,21-1,13) desde el inicio hasta la sem96 y de 0,31 (0,02-0,60) desde la sem96 hasta la sem204. Las cifras fueron 0,06 (0,17-0,28), -0,01 (-0,19-0,17) y 0,07 (-0,07-0,20), respectivamente, para nr-axSpA. Las estimaciones de MMRM fueron similares a los valores observados (cambio medio de axSpA en la sem204: 0,62 y 0,70, respectivamente). Se observaron cambios limitados en la puntuación de las radiografías de la articulación SI hasta la sem204: sólo 2 de 44 pacientes (4,5%) progresaron a AS, y 4 de 93 (4,3%) pasaron de una clasificación AS a nr-axSpA. Las evaluaciones de RM mostraron mejoras sostenidas en las puntuaciones SPARCC y Berlín desde la sem12 hasta la sem204 (tabla).

Conclusiones: Esta es la primera comunicación de datos de imágenes de un ensayo clínico que incluyó pacientes tanto de AS como de

Tabla Póster 253

	Inicio	Inicio	Semana 204	Semana 204	Semana 204	Semana 204
	N	Puntuación media (DE)	N	Puntuación media (DE)	N	Cambio medio desde el inicio (DE)
Inflamación de la articulación SI - SPARCC						
axSpA	151	8,17 (13,08)	72	1,90 (5,00)	72	-4,70 (9,40)
AS	91	8,50 (13,83)	41	1,84 (5,60)	41	-4,35 (8,49)
nr-axSpA	60	7,66 (11,93)	31	1,97 (4,18)	31	-5,16 (10,60)
Inflamación de la columna - Berlín						
axSpA	153	6,10 (8,68)	82	2,13 (4,46)	82	-4,84 (8,33)
AS	92	7,38 (8,80)	50	2,62 (5,23)	50	-5,51 (7,61)
nr-axSpA	61	4,17 (8,21)	32	1,36 (2,75)	32	-3,78 (9,38)

nr-axSpA a lo largo de cuatro años. En los pacientes tratados con CZP se observó una progresión radiográfica limitada en la columna, con una menor progresión entre las sem96 y 204 en comparación con las primeras 96sem. Se observó un cambio limitado en la sacroileítis radiográfica y las puntuaciones fueron incluso similares en ambas direcciones. Las reducciones tempranas de la inflamación observada mediante RM se mantuvieron hasta la sem204.
Código EUDRACT: NCT01087762.

254. EL SECUKINUMAB MUESTRA UNA EFICACIA SIGNIFICATIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS UNGUEAL: RESULTADOS A LA SEMANA 32 DEL ESTUDIO TRANSFIGURE

K. Reich¹, J. Sullivan², P. Arenberger³, U. Mrowietz⁴, S. Jazayeri⁵, M. Augustin⁶, A. Parneix⁷, P. Regnault⁸, R. You⁹ y M. Milutinovic⁸

¹Dermatologikum. Hamburgo. Alemania. ²Holdsworth House Dermatology. Sídney. Australia. ³Department of Dermatology. Charles University. Praga. República Checa. ⁴Psoriasis Center at the Department of Dermatology. University Medical Center Schleswig-Holstein. Kiel. Alemania. ⁵Alliance Dermatology and MOHS Center. Phoenix. EE. UU. ⁶Universität Hamburg. Hamburgo. Alemania. ⁷Novartis Pharmaceuticals Corporation. East Hanover. EE. UU. ⁸Novartis Pharma AG. Basel. Suiza. ⁹Beijing Novartis Pharma Co. Ltd. Shanghai. China.

Introducción: La psoriasis ungueal se asocia con una disminución de la movilidad dactilar, deterioro funcional, dolor y reducción de la calidad de vida, y es habitualmente resistente a las terapias disponibles. También se correlaciona con una psoriasis más grave y es un predictor importante de la artritis psoriásica (APs). La incidencia de la psoriasis ungueal en pacientes con APs es del 80%.

Objetivos: Hemos evaluado la superioridad de secukinumab 300 mg y/o 150 mg frente a placebo (PBO) en el tratamiento de pacientes con psoriasis moderada agrava e implicación ungueal significativa, evaluada por NAPSI (NAil Psoriasis Severity Index) a la semana 16 y 32 y por cambios en el PASI (Psoriasis Area and Severity Index) a la semana 32. El impacto en la calidad de vida se evaluó mediante NAPP (Nail Assessment in Psoriasis and Psoriatic Arthritis) -PBI (Patient Benefit Index) y -QOL (Quality of Life) a la semana 16.

Métodos: TRANSFIGURE es un estudio de fase 3b, multicéntrico, doble ciego, aleatorizado, controlado con PBO, y con grupos de tratamiento paralelos. Los pacientes (N = 198) fueron aleatorizados 1:1:1 para recibir secukinumab 300 mg, secukinumab 150 mg o PBO subcutáneamente hasta la semana 128. En la semana 16, todos los pacientes que recibían PBO fueron re-aleatorizados 1:1 para recibir el tratamiento de rescate secukinumab 300 mg o 150 mg.

Resultados: Se alcanzó el objetivo primario de este estudio. Ambas dosis de secukinumab fueron superiores a PBO a la semana 16 con un porcentaje medio de mejoría NAPSI desde la basal de -45,3%, -37,9%, y -10,8%, para secukinumab 300 mg, 150 mg y PBO, respectivamente (p < 0,0001). Las respuestas mejoraron aún más a la semana 32, con un cambio NAPSI de -63,2% y -52,6%, para secukinumab 300 mg y 150 mg, respectivamente. A la semana 32 de tratamiento, se alcanzaron respuestas PASI 90 en el 72,1% y 61,4% de

pacientes, y respuestas PASI 100 en el 36,9% y 28,1% para los pacientes tratados con secukinumab 300 mg y 150 mg, respectivamente. Los pacientes tratados con secukinumab mostraron mejorías significativas en el NAPP-QOL a la semana 16 con una mediana de descenso en la puntuación total del 60,9%, 49,9% y 15,8% para secukinumab 300 mg, 150 mg y placebo, respectivamente. El porcentaje de pacientes que alcanzaron una puntuación global NAPP-PBI ponderada de 2 y superior (es decir, al menos beneficios moderados) fue del 75,4%, 61,3% y 8,6% para secukinumab 300 mg, 150 mg y PBO, respectivamente. Los acontecimientos adversos más frecuentes fueron similares a los de estudios previos, nasofaringitis, dolor de cabeza e infecciones de las vías respiratorias altas.

Conclusiones: En el estudio TRANSFIGURE, ensayo prospectivo y controlado con placebo, secukinumab demostró una eficacia significativa y clínicamente relevante así como una mejoría de la calidad de vida y de los beneficios descritos por los pacientes con psoriasis ungueal.

Código EUDRACT: 2012-005413-40.

255. PERFIL DE EFICACIA Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO (156 SEMANAS) DEL APREMILAST, UN INHIBIDOR DE LA FOSFODIESTERASA 4 DE ADMINISTRACIÓN ORAL, EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: RESULTADOS DE UN ENSAYO DE EXTENSIÓN ABIERTO, DE FASE III, ALEATORIZADO Y CONTROLADO (PALACE 1)

J.J. Gómez-Reino, A. Kavanaugh, D.D. Gladman, S. Hall, E. Lespessailles, P.J. Mease, G. Schett, M. McIlraith, M. Paris, L. Teng y J. Wollenhaupt

Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. Universidad de California. San Diego. Facultad de Medicina. La Jolla. CA. EE. UU. Toronto Western Research Institute. Toronto. ON. Canadá. Universidad de Monash. Melbourne. Australia. Universidad de Orleans. Orleans. Francia. Centro Médico Sueco y Facultad de Medicina de la Universidad de Washington. Seattle. WA. EE. UU. Universidad de Erlangen-Nuremberg. Erlangen. Alemania. Celgene Corporation. Summit. NJ. EE. UU. Schön Klinik Hamburg Eilbek. Hamburgo. Alemania.

Introducción: Los datos de eficacia y seguridad a largo plazo proporcionan a los médicos información importante para la toma de decisiones terapéuticas en enfermedades crónicas como la artritis psoriásica. Recientemente se ha tenido acceso a los datos del estudio PALACE 1 del tratamiento a 3 años con apremilast (APR) en pacientes con artritis psoriásica activa a pesar de la administración previa de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) convencionales y/o una terapia biológica.

Métodos: Los pacientes fueron aleatorizados (1:1:1) a ser tratados con placebo, APR 30 mg 2 v/día (APR30) o APR 20 mg 2 v/día (APR20), estratificados según el uso basal de FAME (sí/no). La fase controlada con placebo continuó hasta la semana 24, con una opción de escape temprano en la semana 16. En la semana 24, se realeatorizó al resto de pacientes tratados con placebo a APR30 o APR20. El tratamiento doble ciego con APR continuó hasta la semana 52; los pacientes pudieron continuar con APR durante un máximo de

4 años más. Las evaluaciones de eficacia del 2º y 3º año se realizaron en las semanas 65, 78, 91, 104, 117, 130, 143 y 156.

Resultados: Se aleatorizó a un total de 504 pacientes (placebo: n = 168; APR30: n = 168; APR20: n = 168). En total, el 92% de los pacientes (260/284) que iniciaron el tercer año de tratamiento con APR completaron la visita de la semana 156; en resumen, eso significa un 52% (260/504) de los pacientes aleatorizados al inicio. En la semana 52, los datos observados demostraron que el 53,2% de los pacientes tratados con APR30 había obtenido una mejoría de un 20% en la respuesta de acuerdo con la escala del Colegio Americano de Reumatología (ACR20); la tasa de respuesta se mantuvo en la semana 104 (65,3%) (tabla). En la semana 156, los pacientes tratados con APR30 demostraron mejorías continuadas, según indicaron las tasas de respuesta de ACR20 del 65%, la reducción porcentual media del número de articulaciones inflamadas del 81,2%, la reducción porcentual media del número de articulaciones dolorosas del 73,2% y el 41,9% de pacientes que obtuvieron una puntuación < 2,6 en la Escala de actividad de la enfermedad de 28 articulaciones con proteína C reactiva (DAS-28, por sus siglas en inglés). De manera similar, se mantuvo el cambio medio en la puntuación del Cuestionario de evaluación de salud-índice de discapacidad (HAQ-DI, por sus siglas en inglés) de -0,37 y en el porcentaje de pacientes con mejorías en la puntuación de HAQ-DI que superaban los umbrales establecidos para la diferencia mínima clínicamente importante de = 0,30 o = 0,35 (51,1% en ambos casos), así como una mejoría media en la escala de evaluación funcional del tratamiento de enfermedades crónicas-fatiga (FACIT-F, por sus siglas en inglés) (5,5; alcanzando una puntuación media de FACIT-F de 34,8), del cambio medio en la DAS-28 (-1,90), y una reducción = 75% y = 50% frente al valor basal en las respuestas conforme al Índice de severidad y área de psoriasis (PASI, por sus siglas en inglés) (35,8% y 56,7%; respectivamente). No se identificaron nuevos problemas de seguridad después de 156 semanas de tratamiento con APR. La mayoría de acontecimientos adversos fueron de gravedad leve o moderada. Se produjeron algunas interrupciones del tratamiento por acontecimientos adversos (0,7%) entre las semanas > 104 y = 156.

	Semana 52	Semana 156
	APR30 (n = 193)*	APR30 (n = 139)*
ACR20, n/m§ (%)	101/190 (53,2)	89/137 (65,0)
ACR50, n/m§ (%)	49/191 (25,7)	56/138 (40,6)
ACR70, n/m§ (%)	27/191 (14,1)	32/138 (23,2)
NAI, cambio medio%	-50,5	-81,2
NAD, cambio medio%	-45,1	-73,2
HAQ-DI (0-3), cambio medio	-0,31	-0,37
HAQ-DI DMCI, = 0,30, n/m (%)	85/193 (44,0)	71/139 (51,1)
DAS-28 (CRP), cambio medio	-1,26	-1,90
DAS-28 (CRP) < 2,6, n/m (%)	41/189 (21,7)	57/136 (41,9)
PASI-75, n/m (%)‡	31/95 (32,6)	24/67 (35,8)
PASI-50, n/m (%)‡	52/95 (54,7)	38/67 (56,7)

Datos según lo observado. *La n refleja el número de pacientes tratados con APR30 y APR20, con independencia de la fecha de inicio de la administración de APR (inicio, semana 16 o semana 24) y de los datos de que se disponían en el punto temporal determinado; es posible que el número real de pacientes disponibles en cada punto temporal varíe. §Los denominadores varían ligeramente al disponerse de datos suficientes en la evaluación de cada nivel de respuesta a APR. ‡Examinado en pacientes con = 3% del área de superficie corporal afectada por psoriasis basal y de cuyos datos se disponían en el punto temporal concreto. n/m = número de respondedores/número de pacientes con datos suficientes para evaluación; DMCI = diferencia mínima clínicamente importante; PASI 75 = reducción = 75% en el índice de severidad y área de psoriasis frente al valor basal; PASI 50 = reducción = 50% en el índice de gravedad y área de psoriasis frente al valor basal.

Conclusiones: Entre los pacientes del estudio tratados durante 156 semanas, APR demostró mejorías continuadas y clínicamente significativas en distintas manifestaciones de la artritis psoriásica, como el número de articulaciones inflamadas y dolorosas, el funcionamiento físico y la psoriasis asociada. Asimismo, APR siguió demostrando un perfil de seguridad favorable y, en general, fue bien tolerado.

Código EUDRACT: 2010-018385-23.

256. SEGURIDAD Y TOLERABILIDAD CONSISTENTES EN LA EXPOSICIÓN A LARGO PLAZO A SECUKINUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA ACTIVA Y PSORIASIS EN PLACAS DE MODERADA A GRAVE: RESULTADOS ACTUALIZADOS DE UN ANÁLISIS AGREGADO DE SEGURIDAD

P.J. Mease¹, I.B. McInnes², K. Reich³, M. Andersson⁴, A. Tao⁵, T. Fox⁴ y Ch. Karyekar⁵

¹Swedish Medical Center and University of Washington. Seattle. WA. EE. UU. ²University of Glasgow. Glasgow. Reino Unido.

³Dermatologikum Hamburg and Georg-August-University Göttingen. Hamburgo. Alemania. ⁴Novartis Pharma AG. Basel. Suiza.

⁵Novartis Pharmaceuticals Corporation. East Hanover. NJ. EE. UU.

Introducción y objetivos: Los datos de seguridad agregados de los ensayos clínicos de secukinumab (SEC) en psoriasis (PsO) y artritis psoriásica (APs) a un año han sido previamente descritos. De manera específica, la tasa de incidencia ajustada por exposición (EAIR) de los acontecimientos adversos (AA) y acontecimientos adversos graves (AAG) para PsO y APs fue de 252,9 y 7,8, y 210,3 y 9,0 por 100 pacientes-año, respectivamente. Presentamos el análisis actualizado tras una exposición adicional (con datos de hasta el 25 de diciembre de 2015) de un estudio con una cohorte más grande de pacientes (PsO) y/o un período de seguimiento más extenso (PsO, APs).

Métodos: El análisis agregado actualizado de PsO incluyó 4 estudios de fase II y 9 estudios de fase III en pacientes con PsO en placas de moderada a grave, incluyendo 2 estudios con comparadores activos con etanercept y ustekinumab, respectivamente. El grupo de APs incluyó 2 estudios de fase III controlados con placebo (PBO) en pacientes con APs activa. Las dosis de SEC difieren entre los estudios e incluyen una dosis de carga intravenosa (3-10 mg/kg) o subcutánea (75-300 mg), seguida de una dosis de mantenimiento subcutánea (300, 150 o 75 mg). Los pacientes en el grupo PBO fueron re-aleatorizados a SEC a las 12-24 semanas. Se calcularon las EAIR para minimizar el impacto de las diferencias entre grupos en la exposición al tratamiento.

Resultados: Tanto en los conjuntos de PsO como de APs, los AA más frecuentes con SEC fueron las infecciones no graves, incluyendo nasofaringitis e infección de las vías respiratorias altas, cefalea y artralgia (tabla). Las EAIR de AAs de especial interés con SEC, incluyendo la enfermedad de Crohn, infecciones por Candida, infecciones graves, neutropenia, eventos adversos cardiovasculares graves y neoplasias malignas, fueron similares en los estudios de PsO y APs, y comparables a los notificados previamente (tabla).

Conclusiones: SEC fue bien tolerado en pacientes con PsO y APs. La evaluación de la seguridad a más largo plazo fue consistente con los informes anteriores y no identificó nuevas advertencias de seguridad. El perfil de seguridad a largo plazo de SEC fue comparable entre los pacientes con PsO y APs, permitiendo una comprensión más amplia de la seguridad de SEC en estas dos poblaciones con enfermedades estrechamente relacionadas.

Código EUDRACT: 2013-001241-13, 2012-004439-22, 2013-003434-32, 2010-022228-66, 2010-023512-13, 2011-006057-28, 2012-002609-22.

257. EFECTOS PROLIFERATIVOS Y ANTIINFLAMATORIOS DEL PLASMA RICO EN PLAQUETAS EN CONDROCITOS OA

L. Gato-Calvo¹, Á. Vela-Anero², E. Lourés-Fraga³, C. Ruiz-Romero^{1,4}, F.J. Blanco¹ y E.F. Burguera^{1,4}

¹Grupo de Investigación en Reumatología; ³Servicio de Hematología. INIBIC-Hospital Universitario A Coruña. ²Grupo de Terapia Celular y Medicina Regenerativa. Departamento de Medicina. Universidad de A Coruña. ⁴CIBER-BBN. Madrid.

La artrosis (OA) es una patología articular que provoca la destrucción del cartílago y tiene un importante componente inflamatorio.

Tabla Póster 256

Resumen del análisis conjunto de seguridad en 13 estudios de PsO y 2 estudios de APs (periodo total de seguridad)

	PsO			APs
	Cualquier dosis de secukinumab (N = 3.896) ^a	Etanercept (N = 323)	Ustekinumab (N = 336)	Cualquier dosis de secukinumab (N = 974) ^a
Exposición total, pacientes-año	7338,8	339,8	320,6	1446,3
Discontinúaciones por AAs, n (%)	216 (5,6) ^b	12 (3,7)	8 (2,4)	32 (3,3)
AAs, EAIR por 100 pacientes-año (IC95%)				
Cualquier AA	202,2 (195,4-209,1)	233,7 (206,2-263,9)	249,5 (221,1-280,6)	181,5 (169,2-194,5)
Cualquier AA grave	7,4 (6,8-8,1)	6,7 (4,2-10,1)	8,4 (5,5-12,4)	8,3 (6,8-10,0)
AAs más comunes ^c				
Nasofaringitis	20,0 (18,8-21,2)	33,8 (27,2-41,4)	30,9 (24,6-38,2)	13,0 (11,1-15,2)
URTI	6,6 (6,0-7,2)	5,5 (3,3-8,7)	9,9 (6,7-14,1)	14,5 (12,4-16,7)
Cefalea	6,8 (6,2-7,4)	13,5 (9,7-18,3)	14,1 (10,1-19,2)	5,6 (4,4-7,0)
Artralgia	5,7 (5,2-6,3)	9,0 (6,0-13,0)	9,2 (6,1-13,3)	3,8 (2,8-5,0)
AAs de especial interés				
Infecciones e infestaciones	71,9 (69,1-74,8)	85,2 (73,1-98,9)	95,5 (82,5-109,9)	70,6 (64,9-76,6)
Candida	1,93 (1,62-2,28)	1,18 (0,32-3,03)	1,57 (0,51-3,67)	1,75 (1,13-2,59)
Infecciones graves	1,5 (1,2-1,8)	1,2 (0,3-3,0)	1,9 (0,7-4,1)	1,9 (1,2-2,8)
Enfermedad de Crohn	0,08 (0,03-0,18)	0,0 (0,00-1,09)	0,0 (0,00-1,15)	0,07 (0,00-0,39)
Colitis ulcerosa	0,15 (0,07-0,27)	0,29 (0,01-1,64)	0,0 (0,00-1,15)	0,14 (0,02-0,50)
Neutropenia	0,77 (0,58-1,00)	1,48 (0,48-3,46)	0,0 (0,00-1,15)	1,33 (0,80-2,08)
MACE ^d	0,34 (0,22-0,50)	0,29 (0,01-1,64)	0,31 (0,01-1,74)	0,55 (0,24-1,09)
Neoplasias malignas o no especificadas	0,93 (0,73-1,18)	0,59 (0,07-2,13)	0,94 (0,19-2,74)	0,90 (0,48-1,54)

^aIncluye pacientes procedentes de los grupos placebo que fueron reasignados a secukinumab. ^bN = 3878; datos no recogidos para el estudio A2102. ^cLos AAs más comunes fueron acontecimientos que tuvieron una EAIR ≥ 5,0 casos por 100 pacientes-año en el grupo "cualquier dosis de secukinumab" durante todo el periodo de seguridad. ^dEventos no ajustados. AA, acontecimiento adverso; EAIR, tasa de incidencia ajustada por exposición; MACE, eventos adversos cardiovasculares graves; URTI, infecciones de las vías respiratorias altas.

El plasma rico en plaquetas (PRP) es un volumen de plasma con una concentración de plaquetas superior a la sangre periférica, pero sin una composición estandarizada. Hay evidencias de su potencial anti-inflamatorio, pero la gran variabilidad en su composición impide comparar resultados. Nuestro objetivo fue testar el potencial proliferativo y anti-inflamatorio del PRP en condrocitos (CH) OA, y determinar la dosis óptima de plaquetas para contrarrestar la inflamación. El PRP se obtuvo por centrifugación de sangre de donantes sanos, tras obtención de consentimiento informado. Se separó el plasma y se precipitaron las plaquetas para preparar cinco PRP con 75.000, 150.000, 300.000, 600.000 y 1.500.000 plaquetas/μL, que se coagularon con 50 μL/mL de CaCl₂ para obtener lisados de PRP (IPRP). Estos se emplearon como suplementos de cultivo. Los CH se aislaron de articulaciones de rodilla (CHr) y cadera (CHc). La actividad proliferativa se estudió estimulando (72h) los CH con 10% de IPRP en medio sin suero (MSS). Se determinó la viabilidad, se cuantificaron las células y la proteína total. El efecto anti-inflamatorio se probó co-estimulando los CH con IL1β (5 ng/mL) y un 10% de IPRP en MSS (48h). Se cuantificó la expresión relativa de iNOS, COX2, MMP13, PTGES, IL6, IL8, TNFα, IL1β, COL-2, ACAN y RUNX2 mediante qRT-PCR. Se determinaron también los contenidos proteicos de iNOS y COX2 mediante inmunotransferencia (IT) y tinción inmunocitoquímica (ICQ). El análisis estadístico se realizó con test paramétricos (ANOVA y test post hoc de Tuckey). Las diferencias se consideraron significativas si p < 0,05. Los CH proliferaron de 0,3 a 2,6 veces más con IPRP y el recuento proteico y la actividad celular confirmaron este efecto. Se identificó una ligera correlación positiva con la dosis plaquetaria, pero las diferencias no fueron significativas. Con microscopía óptica se vio que los CH estimulados con IL1β recuperaron su morfología normal in vitro al ser cultivados con los IPRP. La IL1β indujo un marcado aumento en los marcadores de inflamación y los IPRP lo revirtieron significativamente. En los CHr, ya con la concentración más baja de IPRP, la inflamación se vio reducida, de media, en un 60-80%, con máximos del 94-99% para iNOS y MMP13. Aumentar la concentración de plaquetas no aportó ninguna mejora anti-inflamatoria (p > 0,05). En el caso de los CHc, aumentar la concentración de plaquetas resulta incluso perjudicial. Para todos los genes (inflamación) la dosis de 7,5 × 10⁴ plaquetas/μL fue la mejor con reducciones entre 99% para iNOS o 70-80% para el resto de los genes, y en todos los casos, aumentar el número de plaquetas disminuyó este efecto de manera dosis-dependiente. Las

IT e ICQ siguieron la misma tendencia. No se encontró ningún efecto positivo del IPRP sobre los genes de matriz COL2 y ACAN, aunque el marcador de hipertrofia RUNX2 sí se redujo significativamente. En conclusión, el IPRP tiene una potente actividad proliferativa y anti-inflamatoria en CH OA, y se observan efectos diferentes en función del tipo articular. Aumentar la dosis de plaquetas por encima de 7,5 × 10⁴-1,5 × 10⁵ plaquetas/μL no conduce a una mejora, por lo que el enriquecimiento de plaquetas no parece ser necesario.

258. ALTERACIONES RADIOLÓGICAS EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA (APS). ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE 137 PACIENTES

P. Juárez, I. Morales, J. Lluch, X. Michelena, M. Mora y J. Rodríguez-Moreno

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: Determinar la prevalencia de alteraciones radiológicas en una serie de pacientes afectos de artritis psoriásica.

Métodos: Estudio retrospectivo de una muestra de una cohorte de pacientes diagnosticados de Aps (criterios CASPAR) en un hospital universitario. Se revisaron las radiografías de manos, pies y pelvis realizadas de forma sistemática por protocolo en los últimos 3 años. La valoración la realizaron dos médicos residentes y un reumatólogo senior. Se recogieron datos demográficos de los pacientes así como edad al inicio y duración de la Aps, patrón preferente de artritis periférica, historia de dactilitis o talalgia y afección axial según criterios de New York. De las radiografía de manos (AP), pies (AP y Perfil encarga) y pelvis (frente) se recogieron las siguientes variables radiológicas: sacroileítis (según criterios de New York), nº de articulaciones dañadas (erosiones y/o disminución interlineal) en manos (IFD, IFP y MCF) y pies (MTF + 1ª IFD), cambios proliferativos en manos y pies, carpitis, entesofitos aquíleos/plantares y formas mutilantes). Se analizaron las diferencias demográficas y de la enfermedad entre la muestra (137 pacientes) y el resto de la cohorte (376 pacientes). El análisis estadístico descriptivo se realizó con el paquete SPSS (v 15). Los datos se presentan en forma de valor absoluto, porcentaje (%) o media ± desviación estándar según corresponda.

Resultados: Se incluyeron 137 pacientes (50% mujeres, edad media 58 ± 13 años). No se hallaron diferencias entre la muestra y el resto

de la cohorte en cuanto a variables demográficas y de la propia enfermedad. Los datos demográficos, de la enfermedad y las alteraciones radiológicas observadas se resumen en la tabla.

	M ± DE	N (%)
Datos demográficos		
Edad	58 ± 13 años	-
Hábito tabáquico	-	46 (34%)
Hipertensión arterial	-	61 (44%)
Diabetes mellitus	-	22 (16%)
Dislipemia	-	53 (40%)
IMC	28 ± 5 kg/m ²	-
APs en familiar de primer grado	-	12 (9%)
Psoriasis en familiar de primer grado	-	58 (44%)
Características de la enfermedad		
Edad al inicio de la APs	40 ± 14 años	-
Tiempo de evolución de la APs	18 ± 11 años	-
Factor reumatoide +	-	9 (7%)
HLA-B27 +	-	17 (12%)
ACPA +	-	3 (2%)
Psoriasis moderada-severa	-	78 (58%)
Psoriasis palmo-plantar	-	28 (21%)
Onicopatía	-	78 (58%)
Afectación oligoarticular	-	68 (50%)
Afectación poliarticular	-	65 (48%)
Dactilitis	-	64 (47%)
Entesitis	-	45 (35%)
Uveítis	-	1 (0,8%)
Alteraciones radiológicas en manos		
Nº de art. dañadas en manos	5 ± 5	-
Cambios proliferativos	-	44 (36%)
Afectación de art. trapecio-metacarpiana	-	67 (55%)
Carpitis	-	42 (34%)
Deformidades en alas de gaviota (gull-wing)	-	17 (14%)
Deformidades en lápiz en copa (pencil and cup)	-	3 (2%)
Alteraciones radiológicas en pies		
Nº art dañadas en pies	4 ± 5	-
Cambios proliferativos	-	34 (28%)
Entesofitos aquíleos	-	35 (32%)
Entesofitos plantares	-	32 (30%)
Tarsitis	-	15 (12%)
Deformidades en lápiz en copa (pencil and cup)	-	5 (4%)
Sacroileítis Rx	-	23 (22%)

Conclusiones: Un porcentaje elevado de pacientes presenta daño estructural en manos y pies. Los cambios proliferativos también son frecuentes especialmente a nivel de interfalángicas distales así como los entesofitos a nivel del calcáneo.

259. EL TOCILIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: ENSAYO GIACTA VERSUS PRÁCTICA CLÍNICA

L.C. Domínguez-Casas¹, J. Loricera¹, A. Mera², E. Pérez-Pampín², J.L. Hernández¹, S. Castañeda³, N. Vegas-Revenga¹, E. Pons¹, A. Corrales¹, M.Á. González-Gay¹ y R. Blanco¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Universidad de Cantabria. Santander. ²Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. ³Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Objetivos: Recientemente se han publicado las características basales de los pacientes del ensayo GiACTA; ensayo clínico aleatorizado, controlado fase III más amplio; que evalúa la eficacia del tocilizumab (TCZ) en la arteritis de células gigantes (ACG) (Tuckwell et al. Semin Arthritis Rheum. 2016; pii: S0049-0172(16)30275-X). Asimismo, también se han comunicado en el congreso ACR-2016 los primeros resultados de dicho ensayo (Stone et al. Arthritis Rheumatol. 2016;68(suppl 10). Previamente, se ha publicado un estudio multicéntrico español en práctica clínica sobre el uso de TCZ en ACG refractarias a tratamiento habitual (Loricera et al. Semin Arthritis Rheum. 2015;44:717-23). Nuestro objetivo fue comparar ambos estudios, un ensayo clínico y un estudio de práctica clínica, haciendo énfasis en las características basales de los pacientes.

Métodos: Estudio comparativo entre el ensayo GiACTA y el estudio de Práctica Clínica multicéntrico mencionado. En éste último el diagnóstico de ACG se estableció por los criterios ACR-1990 y en el GiACTA por esos criterios modificados. En el estudio de práctica clínica el TCZ se utilizó a su dosis estándar iv (8 mg/kg/mes), mientras que en el GiACTA se administró de forma subcutánea (162 mg cada 1 o 2 semanas, según el brazo terapéutico). Las variables cuantitativas se expresaron como media ± DE y se compararon con la prueba t de Student. Las variables dicotómicas se expresaron como porcentajes y se compararon mediante la prueba de chi-cuadrado. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0.

Resultados: En el ensayo GiACTA el 47,4% de las ACG eran de reciente diagnóstico, mientras que en el de práctica clínica todas las ACG eran refractarias al tratamiento convencional. La tabla muestra las principales características de ambos estudios. En Práctica Clínica fue significativamente mayor a) el tiempo medio entre el diagnóstico de la ACG y el inicio del TCZ, b) la proporción de pacientes con polimialgia reumática y neuritis óptica isquémica y c) la proporción que habían recibido inmunosupresores convencionales (principalmente MTX) antes de iniciar el TCZ. Además parece haber una menor respuesta en Práctica Clínica (remisión mantenida 27,3 vs 54,6; p = 0,029).

	GiACTA (n = 251)	Práctica clínica (n = 22)	p
Mujeres/varones	188/63	17/5	0,99
Edad, media (DE)	69 (8,2)	69 (8)	1
Criterios de inclusión	ACR 1990 modificados	ACR 1990	-
ACG de reciente Dx/ACG recurrente	119/132	0/22	< 0,0001
Tiempo (meses) desde el Dx de ACG, media (DE)	9,1 (16,8)	32,1 (39,6)	0,01
Signos/síntomas de ACG al inicio de TCZ†	98 (39)	9 (41,0)	0,96
PMR, n (%)	49 (19,5)	16 (72,7)	< 0,0001
Ceguera unilateral, n (%)	4 (1,6)	1 (4,5)	0,87
Ceguera bilateral, n (%)	1 (0,4)	1 (4,5)	0,38
Neuropatía óptica isquémica, n (%)	2 (0,8)	2 (9,1)	0,003
Amaurosis fugax, n (%)	2 (0,8)	0 (0)	0,38
Visión borrosa, n (%)	14 (5,6)	0 (0)	0,53
VSG, media (DE)	24 (19,4); n = 246	51,7 (35,4)	0,002
PCR, media (DE)	7,5 (13,4); n = 250	4,1 (5,9)	0,03
BAT + n (%)	156/172 (90,7)	16 (72,7)	0,03
Técnicas de imagen realizadas, n (%)	138 (55)	16 (72,7)	0,17
RMN +, n (%)	8 (3,2)	1 (4,5)	0,77
TAC +, n (%)	13 (5,2)	1 (4,5)	0,71
PET/TAC +, n (%)	97 (38,7)	14 (63,6)	0,004
Pacientes con corticoides al inicio del estudio, n (%)	251 (100)	21 (95,4)	0,12
Dosis de prednisona al inicio de TCZ, media (DE)	ACG reciente: 40 (13,1) ACG recurrente: 30,2 (12)	26,2 (19,5)	-
Pacientes que habían tomado IS tradicionales, n (%)	27 (10,8)	19 (86,4)	< 0,0001
Pacientes que habían recibido biológicos, n (%)	-	2 (9,1)	-
Régimen de TCZ	SC	IV	-
Remisión mantenida, n (%)§	82 (54,6)	6 (27,3)	0,029
Infecciones graves, n (%)§	9/150 (6)	3 (13,6)	0,39

†Incluye cefalea localizada, anormalidad de las temporales o hiperalgesia en cuero cabelludo, claudicación mandibular, claudicación de extremidad. § En ECR solo se consideraron pacientes en tratamiento con TCZ. *p < 0,05 comparando cada ECR con el estudio retrospectivo.

Conclusiones: Los pacientes en los que se utilizó TCZ en práctica clínica son de mayor evolución de la ACG, más graves y han recibido MTX más frecuentemente que los del ensayo GiACTA. Por lo tanto determinados resultados del ensayo GiACTA podrían no reflejar la práctica clínica.

260. PREVALENCIA DE SACROILEÍTIS EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ARTROPATÍA PSORIÁSICA Y FACTORES CLÍNICOS, ANALÍTICOS Y DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A SU APARICIÓN

C. López-Medina^{1,2}, S. León-Idougourram¹, M.D. López-Montilla^{1,2}, L. Bautista Aguilar^{1,2}, L. Ladehesa-Pineda^{1,2} y E. Collantes-Estévez^{1,2}

¹Universidad de Córdoba. ²Departamento de Reumatología/IMIBIC. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de sacroileítis radiográfica en una población de pacientes con artropatía psoriásica (APso) y definir su asociación con factores clínicos analíticos y demográficos.

Métodos: Estudio observacional, transversal y unicéntrico, en el que se analizaron los datos clínicos, analíticos y demográficos de 359 pacientes pertenecientes a una consulta monográfica de APso. Todos ellos cumplían criterios CASPAR. Se utilizó como variable dependiente la presencia de sacroileítis en la radiografía simple de sacroilíacas, evaluada ésta por un Reumatólogo entrenado. Como variables independientes se utilizaron aquellas relacionadas con la artropatía, con la afectación cutánea y con las características sociodemográficas del paciente. Se llevó a cabo un análisis descriptivo para todas las variables y dos regresiones logísticas (univariante y multivariante) para relacionar la sacroileítis radiográfica con las diferentes covariables.

Resultados: De los 359 pacientes, 214 (59,6%) eran hombres con un tiempo medio de evolución de la APso de 10,05 ± 11,6 años. 127 participantes (35,4%) presentaban sacroileítis en la radiografía simple. El análisis univariante mostró que la sacroileítis radiográfica se relaciona de forma significativa (p < 0,05) con: el sexo (hombre), antecedente paterno de psoriasis, dolor lumbar inflamatorio (DLI), el antígeno HLA-B27 positivo, y una afectación cutánea mayor del 25% al diagnóstico. El análisis multivariante demostró que la sacroileítis radiográfica en estos pacientes se asocia principalmente con la presencia de DLI, al antígeno HLA-B27 positivo y al sexo (hombre) y es independiente de la edad de inicio de la APso.

Conclusiones: La prevalencia de sacroileítis en nuestra población fue del 35,4%, algo más alta que en otras series, por que en nuestro caso se realizaron radiografías de sacroilíacas a todos los pacientes, independiente de la clínica. La sacroileítis radiográfica en pacientes con APso se relaciona con la presencia de DLI, el antígeno HLAB27 y el sexo. Sin embargo, el tiempo de evolución de la artropatía y la edad de inicio de la APso no se relacionan con la aparición del daño radiográfico.

261. EXPERIENCIA CON LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS SUBCUTÁNEOS EN EL HOSPITAL DE DÍA DE REUMATOLOGÍA

L. López Vives¹, A. Fagil Piñero y A. Erra Durán

¹Servicio de Reumatología; ²Enfermera Hospital de día. Hospital San Rafael Barcelona.

Introducción: La hospitalización de día (HD) es la asistencia en el hospital durante unas horas, ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas y/o exploraciones múltiples, educación del paciente y la aplicación de tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en el hospital.

Objetivos: Analizar el número de visitas necesarias que un paciente debe realizar para la adquisición de un correcto aprendizaje en la

autoadministración de un fármaco subcutáneo. Valorar si existen diferencias entre el número de visitas realizadas en HD para los diferentes fármacos, y entre los diferentes grupos de edad de los pacientes.

Métodos: A todos los pacientes que, durante el período de tiempo enero 2015-diciembre 2016, se les prescribió un fármaco de administración subcutánea (excepto denosumab), fueron derivados a HD, donde la enfermera explicó la conservación y la correcta forma de administración del fármaco, monitorizó el aprendizaje del paciente y decidió si precisaba un nuevo control en HD. Se registraron los siguientes datos: sexo, edad, diagnóstico, fármaco, número de visitas que cada paciente realizó en HD, motivo de nueva derivación a HD en pacientes que ya habían sido dados de alta y la adherencia al tratamiento.

Resultados: Durante este período de tiempo se visitaron un total de 101 pacientes en HD (8 se derivaron en 2 ocasiones para educación de diferentes fármacos), de los cuales 79 fueron mujeres (78%) y 22 hombres (22%), con una edad media (EM) de 65 ± 17 años. Se realizaron un total de 238 visitas en HD. La adherencia al tratamiento fue del 98,2%. Seis pacientes (5,5%) requirieron una nueva derivación a HD: 1 por mala adherencia al tratamiento (ADA), 3 por lesiones cutáneas (2 MTX y 1 GOL), 2 control de correcta administración (1 CER y 1 MTX). En el 9% de los pacientes, la educación se realizó a una persona de referencia y no al propio paciente. El número de visitas de educación fueron: 1 en 26 pacientes (EM de 66 ± 19,6 años), 2 en 59 pacientes (EM 65 ± 18); 3 en 13 pacientes (EM 64 ± 13); 4 en 6 pacientes (EM 67 ± 14); 5 en 2 pacientes (EM 68 ± 17), 6 en 2 pacientes (EM 70 ± 22), 9 en 1 paciente (47 años). Se analizaron los grupos de tratamiento de PTH y MTX (por ser los que tenían una n más alta de pacientes) y se observó que en el grupo de PTH el 82% necesitaron ≤ 2 visitas, el 18% > de 2 visitas. Los pacientes con MTX el 77% ≤ 2 visitas y el 23% > 2 visitas de educación. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos (p = 0,576).

Conclusiones: La adherencia al tratamiento en los pacientes que se les realiza la educación HD es muy alta. La nueva derivación a HD por dudas o efectos secundarios a la mala administración del fármaco son muy bajos. Los pacientes en tratamiento con PTH, los cuales tenían mayor edad, no precisaron un mayor número de visitas ni un mayor número de nuevas derivaciones a HD. Por lo que la edad no es un factor limitante para el correcto aprendizaje de los pacientes. La educación en HD por parte del personal de enfermería es un tratamiento necesario para el correcto control de nuestros pacientes.

262. NOMENCLÁTOR DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN REUMATOLOGÍA

B. Yoldi Muñoz¹, M.A. Martín Martínez², C. Plana Veret³, A. Gómez Centeno⁴, M. Valero Expósito⁵, J.L. Andreu Sánchez⁶ y J.V. Moreno Muelas⁷

¹Hospital Universitari Dexeus. Grupo Quirón Salud. Barcelona. ²Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología. ³Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. ⁴Hospital Quirón. Grupo Quirón Salud. Barcelona. ⁵Hospital HM Sanchinarro. Madrid. Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda. Madrid. ⁷Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: Una misión de la Sociedad Española de Reumatología (SER) es la de facilitar los instrumentos necesarios para mejorar la

Tabla Póster 261

Diagnósticos EM ± DE	MTX	PTH	GOL	ETA	ADA	CER	ABA	SECU	Total
Artritis reumatoide (62 ± 16)	30	0	2	4	2	1	2	0	41
Artritis psoriásica (52 ± 17)	9	0	5	1	1	1	0	1	18
Espondilitis anquilosante (48 ± 12)	1	0	2	2	3	2	0	0	10
Osteoporosis (79 ± 7)	0	40	0	0	0	0	0	0	40
Total (%)	40(37%)	40(37%)	9(8%)	7(6%)	6(6%)	4(3%)	2(2%)	1(1%)	109

MTX: metotrexato; PTH: teriparatida; GOL: golimumab; ETA: etanercept; ADA: adalimumab; CER: certolizumab; ABA: abatacept; SECU: secukimumab; DE: desviación estándar.

calidad de vida de los pacientes garantizando la mejor asistencia a los mismos. En la actualidad no existe ninguna referencia que cuantifique la complejidad de los actos médicos en Reumatología. Con ese objeto se hace necesario el desarrollo de un baremo de actividad de los facultativos que permita valorar la pericia asistencial y facilitar las negociaciones con gestores.

Objetivos: Elaborar un nomenclátor de los procedimientos médicos, diagnósticos y terapéuticos en el ámbito de la Reumatología y establecer un sistema de clasificación jerárquica en función de un índice de complejidad.

Métodos: Se elaboró una relación de los actos asistenciales, diagnósticos y terapéuticos de la especialidad de Reumatología basados en el nomenclátor realizado por los Dres. Fernández Sueiro y Olivé Marqués. El sistema de clasificación jerárquica de los actos se llevó a cabo a partir de la construcción de un índice de complejidad calculado mediante el producto del tiempo de realización y el grado de complejidad de cada acto. El tiempo de realización se estipuló siguiendo el documento de "Estándares de tiempo de proceso y calidad asistencial" del Dr. Alberto Alonso. El grado de complejidad de cada acto se consensó con un panel de 30 expertos mediante una técnica Delphi a dos rondas, considerándose una escala de complejidad de 0 a 10. Posteriormente, se validó a partir de un cuestionario enviado a los 1.144 socios de la SER a través de su web.

Resultados: El total de actos incluidos fue de 54. Con una participación del 93,3% de los expertos, los resultados del método Delphi, tendieron a una opinión grupal consensuada (media $s2 - s1 = 0,75-1,43 = -0,68$, media IQR2 - IQR1 = $0,8-1,9 = -1,1$). Se llevó a cabo una validación de estos resultados mediante una encuesta masiva a los socios de la SER donde se preguntaba el grado de acuerdo-desacuerdo con los resultados obtenidos. Los resultados de esta encuesta mostraron un alto grado de acuerdo (al menos el 70,0% de los socios estuvieron de acuerdo o muy de acuerdo con la complejidad obtenida en cada acto). El grado de complejidad de las visitas sucesivas fue 100. En el apartado de consultas las mayores gradaciones las alcanzaron la primera visita a paciente hospitalizado (366) y visita a domicilio (369); en técnicas diagnósticas las biopsias: ósea (465), de nervio sural (416) y sinovial (380), destacar la puntuación de la ecografía (204), capilaroscopia (113) y densitometría (112). En técnicas terapéuticas, la inyección intraarticular o artrocentesis infantil bajo sedación puntuó una complejidad de 388 y la inyección intraarticular con control ecográfico, 163. El informe clínico de minusvalía fue consensuado con un índice de 323 y el informe pericial de 370.

Conclusiones: Este trabajo ha permitido elaborar un nomenclátor de 54 actos en Reumatología donde se identifican como actos más complejos la realización de biopsias, la visita a paciente hospitalizado, a domicilio, la infiltración infantil bajo sedación y la elaboración de un informe pericial. La ecografía osteomuscular es considerada el doble de compleja de una visita sucesiva, capilaroscopia o densitometría ósea. Estos resultados permitirán mejorar la atención de los pacientes y establecer una base sólida y consensuada para la negociación de la prestación de servicios del sistema público y privado.

263. GRADO DE SATISFACCIÓN PERCIBIDA EN LA ATENCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS DE REUMATOLOGÍA

S. García-Díaz, D. Roig-Vilaseca, S. Heredia, D. Cerdà, D. Reina, P. Estrada, V. Navarro, V. Torrente y H. Corominas

Hospital Transversal Sant Joan Despí Moisès Broggi-General Hospitalet. Consorci Sanitari Integral (CSI). Barcelona.

Introducción: La satisfacción del paciente es uno de los pilares fundamentales para evaluar la calidad asistencial en Reumatología (Muñoz-Fernández et al. *Reumatol Clin.* 2013;9:206-15; Nolla et al. *Reumatol Clin.* 2016;12:248-55).

Objetivos: Evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de Reumatología en un Hospital de nivel 2 del área de Barcelona.

Métodos: Estudio descriptivo, en pacientes con enfermedades reumáticas. La recogida de datos se hizo a través de un cuestionario de satisfacción desarrollado para dicho propósito y compuesto por 10 ítems valorados con la escala de Likert (con posibilidad de respuesta de 1 "totalmente de acuerdo" a 5 "totalmente desacuerdo"), el cual está basado en el cuestionario de satisfacción de Leeds, modificado y adaptado a nuestro entorno. La adaptación se realizó por consenso entre los miembros del equipo de reumatología del centro. Se incluyeron variables como: trato, accesibilidad, tiempo de espera, información al paciente, decisiones compartidas con el paciente, facilidad para contactar telefónicamente y satisfacción con la atención recibida. El cuestionario fue facilitado al paciente por el equipo administrativo de consultas externas una vez finalizada la visita médica y/o de enfermería, durante un período de dos semanas no consecutivas en noviembre y diciembre de 2016. Análisis estadístico mediante SPSS 19.00.

Resultados: Se recogieron y validaron 117 encuestas de 122, (5 mal cumplimentadas). El 68% fueron mujeres con una edad media de 58 ± 38 años y con un nivel de estudios mayoritariamente primarios (41%). En 8 variables se obtuvo más del 75% de estar "de acuerdo" o "totalmente de acuerdo" con: un trato recibido correcto (100%), una buena satisfacción con la atención recibida en general (100%), estar en buenas manos (98%), una buena información relacionada con la enfermedad y la medicación (97%) o con las pruebas realizadas (97%), una duración de la visita adecuada (95%), se considera su opinión en la toma de decisiones (90%) y una buena accesibilidad (79%). El tiempo de espera en la sala antes de la visita y la facilidad para conseguir nuevas citas fueron los ítems peor valorados, con un 50% y un 71% de pacientes "totalmente de acuerdo" o "de acuerdo" respectivamente (tabla).

Conclusiones: La valoración de la satisfacción de la atención recibida por los pacientes encuestados en las consultas externas de reumatología de nuestro centro fue positiva en la mayoría de las variables analizadas. Se constata un tiempo de espera y accesibilidad para obtener nuevas citas mejorable. Los datos nos obligan a revalorar el tiempo de visita asignado a cada paciente y la susceptible mejora de los circuitos de citación.

Tabla Póster 263

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	Desacuerdo	Totalmente desacuerdo
Ítem 1 (Estoy en buenas manos)	70%	28%	2%	0%	0%
Ítem 2 (Información sobre enfermedad y medicación)	68%	29%	3%	0%	0%
Ítem 3 (Información sobre pruebas)	67%	30%	3%	0%	0%
Ítem 4 (Duración visita adecuada)	59%	36%	4%	1%	0%
Ítem 5 (Facilidad conseguir nuevas citas)	42%	29%	24%	4%	1%
Ítem 6 (Se considera opinión toma decisiones)	56%	34%	8%	2%	0%
Ítem 7 (Tiempo espera largo sala espera)	19%	31%	9%	26%	15%
Ítem 8 (Accesibilidad si problemas)	51%	28%	15%	3%	3%
Ítem 9 (Trato recibido correcto)	76%	24%	0%	0%	0%
Ítem 10 (Satisfacción con atención recibida)	73%	27%	0%	0%	0%

264. ALTERACIÓN ANALÍTICA EN EL PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

M. Fernández Castro¹, J.L. Andreu², C. Sánchez-Piedra³, V. Martínez Taboada⁴, A. Olivé⁵, J. Rosas⁶, R. Menor⁷, B. Rodríguez⁸, Á. García Aparicio⁹, F.J. López Longo¹⁰, S. Manrique-Arija¹¹, J.A. García Vadillo¹², S. Gil Barato¹³, R. López-González¹⁴, F.J. Narváez García¹⁵, C. Galisteo¹⁶, J. González Martín¹⁷, E. Ruiz Lucea¹⁸, Í. Rúa-Figueroa¹⁹, Ó. Illera¹, L. Romaní²⁰, S. Melchor²¹, B. Moreira²², E. Raya²³, J.M. Pego²⁴, N. Cid²⁵, E. Júdez²⁶, C. Moriano²⁷, V. Torrente²⁸, H. Corominas²⁹, B. García Magallón³⁰, C. Guillén Astete³¹, I. Castellví³², C. Bohórquez³³, J. Loricera⁴, J. Belzunegui³⁴ y Proyecto SJOGRENSER del Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la SER

¹Hospital Infanta Sofía. Madrid. ²Hospital Puerta de Hierro. Madrid. ³Unidad de Investigación de la SER. Madrid. ⁴Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. ⁵Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁶Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ⁷Hospital General de Jerez de la Frontera. ⁸Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁹Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ¹⁰Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ¹¹Hospital Carlos Haya. Málaga. ¹²Hospital de La Princesa. Madrid. ¹³Hospital General de Alicante. ¹⁴Hospital Virgen de la Concha. Zamora. ¹⁵Hospital de Bellvitge. Barcelona. ¹⁶Hospital Parc Taulí. Sabadell. ¹⁷Hospital Madrid Norte Sanchinarro. Madrid. ¹⁸Hospital de Basurto. Vizcaya. ¹⁹Hospital Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ²⁰Hospital Virgen de las Nieves. Granada. ²¹Hospital 12 de Octubre. Madrid. ²²Hospital de Sierrallana. Torrelavega. ²³Hospital Clínico San Cecilio. Granada. ²⁴Hospital de Meixoeiro. Vigo. ²⁵Hospital de Valme. Sevilla. ²⁶Hospital de Albacete. ²⁷Hospital de León. ²⁸Hospital de L'Hospitalet. ²⁹Hospital Moisés Broggi. Sant Joan Despí. ³⁰Hospital Miguel Servet. Zaragoza. ³¹Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ³²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³³Hospital Príncipe de Asturias. Madrid. ³⁴Hospital de Donostia. San Sebastián.

Objetivos: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica que se acompaña con frecuencia de anomalías en la concentración de proteínas séricas, alteraciones hematológicas y autoanticuerpos. El objetivo de este estudio es evaluar la presencia de alteraciones analíticas y serológicas en los pacientes con SSp del registro SjogrenSER.

Métodos: Estudio transversal descriptivo multicéntrico de pacientes con SSp que cumplen criterios de clasificación europeo-americanos de 2002, atendidos en 33 unidades de reumatología españolas. Los datos se recogieron mediante revisión de historia clínica y entrevista con los pacientes. Previamente todos los pacientes firmaron un consentimiento informado y se obtuvo la aprobación de los CEIC locales. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva (medias, medianas y frecuencias). Se utilizó la prueba de chi cuadrado para establecer las asociaciones estadísticas ($p < 0,05 =$ significativa).

Resultados: Se incluyeron 437 pacientes. El 95% fueron mujeres. La mediana de edad de la cohorte fue de 58 años. El 93,6% de los pacientes presentaron AntiRo+, el 67,3% AntiLa+ y todos los pacientes fueron ANA+. El FR fue positivo en el 64,8% de los pacientes. La disminución de complemento C3 y C4 se observó en el 14,87% y 14,19% de los pacientes, respectivamente. El 53% de los pacientes presentaron hipergammaglobulinemia (HGG) policlonal, con una IgG elevada en el 47,83% de los pacientes, IgM elevada en el 10,53% e IgA elevada en el 20,14%. Trece pacientes presentaron crioglobulinas (2,97%). La $\beta 2$ microglobulina aumentada se observó en el 22,2% de los pacientes. El 56% de los pacientes presentaron afectación hematológica: el 29% de los pacientes presentaron anemia, el 38% leucopenia, el 38% linfopenia, el 10,5% neutropenia y el 9% trombopenia. La mediana de la VSG en la última visita fue de 25 (P25-P75, 14-43). La edad al diagnóstico y la edad de inicio de los síntomas fue significativamente menor en aquellos pacientes que presentaban FR+ vs FR- (48,71 vs 53,73, $p < 0,001$ y 44,76 vs 49,53, $p = 0,001$, respectiva-

mente), disminución de C3 vs C3 normal (45,66 vs 51,18, $p = 0,004$ y 42,2 vs 46,99, $p = 0,018$, respectivamente), disminución de C4 vs C4 normal (47,02 vs 50,89, $p = 0,042$, para edad al diagnóstico) e HGG (47,59 vs 54, $p < 0,001$, y 43,44 vs 50,16, $p < 0,001$, respectivamente). La VSG fue significativamente más elevada en aquellos pacientes que presentaban afectación hematológica (35,94 vs 26,24, $p < 0,001$), FR+ (36,39 vs 22,91, $p < 0,001$), disminución de C3 (37,8 vs 30,53, $p = 0,026$) y de C4 (38,71 vs 30,42, $p = 0,04$), HGG (36,21 vs 26,03, $p < 0,001$) y elevación de $\beta 2$ microglobulina (38,80 vs 29,71, $p = 0,009$). El ESSDAI (Eular Sjögren Syndrome Disease Activity Index) fue significativamente mayor en aquellos pacientes que presentaban afectación hematológica (5,58 vs 3,69, $p < 0,001$), FR+ (5,40 vs 3,53, $p < 0,001$) e HGG (5,31 vs 3,93, $p = 0,011$). La mediana del ESSDAI del registro fue de 2 (P25-P75, 0-4).

Conclusiones: En el registro SjogrenSER todos los pacientes fueron serológicamente positivos. Más de la mitad de los pacientes presentaron alteraciones en las proteínas séricas y un 14% disminución del complemento. Más de la mitad de los pacientes presentaron alteraciones hematológicas, siendo la más frecuente la leucopenia y la linfopenia. Los pacientes con alteraciones analíticas fueron más jóvenes en el momento del diagnóstico, presentaron VSG elevada con más frecuencia y un ESSDAI mayor.

265. REUMA T: APLICACIÓN TÁCTIL DESTINADA AL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

F.J. de Toro¹, M. Ramos Naveira², J. Barros Castro², B. Acasuso¹, E. Alonso Morales¹, B. Aspe de la Iglesia¹, A. Atanes Sandoval¹, M.C. Bejerano Herrería¹, F. Blanco García¹, M. Freire González¹, J. Graña Gil¹, J. Gromaz¹, C. López Fernández¹, A. Lois Iglesias¹, N. Oreiro Villar¹, J.A. Pinto Tasende¹, M.T. Silva Díaz¹, R. Varela Míguez¹, C. Ventín¹ y G. Vázquez González²

¹Servicio de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). Sergas. Universidade da Coruña. ²Avances en Telemedicina e Informática Sanitaria (ATIS). Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña.

Introducción: ReumaT es un proyecto cuyo objetivo es el desarrollo de un sistema digital que permita la realización de cuestionarios validados autoadministrados por los pacientes con enfermedades reumáticas sobre capacidad funcional y calidad de vida mientras esperan en la sala de espera a través de dispositivos de tipo tablet y sin la intervención del personal sanitario, e integrables en la historia clínica electrónica (HCE).

Objetivos: Optimizar la gestión de consultas. Digitalizar los cuestionarios autoadministrados y facilitar el cálculo automático. Integrar los datos en la historia clínica electrónica del paciente con criterios de seguridad.

Métodos: Identificación del alcance y de uso de los cuestionarios que deben cumplimentar los pacientes según las diferentes patologías: EVA para enfermedades inflamatorias y mecánicas, BASDAI, BASFI, ASQoL, HAQ, WOMAC, Lequesne de rodilla y cadera, SF-36, AUSCAN, BSAS y CHAQ. En la sala de espera, una auxiliar de enfermería proporciona tablets para que los pacientes rellenen los cuestionarios indicados para su enfermedad antes de ser visitado por el médico. El sistema está compuesto de una aplicación que está instalada en las tablets y constituye la interfaz del sistema con los pacientes y profesionales clínicos. Una aplicación empresarial que proporciona la funcionalidad necesaria (a través de servicios web REST) a la aplicación móvil. Aplicación móvil: Los pacientes visualizarán y contestarán los cuestionarios a través de una aplicación móvil que se instalará en las tablets (PhoneGap: Apache Cordova). Aplicación empresarial: La aplicación empresarial es la encargada de: implementar la API REST para permitir las operaciones de la

aplicación móvil, persistir en base de datos la información sobre los cuestionarios y respuestas, realizar la integración con los componentes necesarios de la infraestructura informática del CHUAC para permitir las operaciones de la aplicación móvil.

Resultados: Tras la realización del proyecto, puede concluirse que el objetivo inicial de mejorar la eficiencia se ha cumplido. Durante el primer mes de uso de la aplicación, tal y como se había previsto, se ha mejorado notablemente la eficiencia en el proceso de digitalización de los cuestionarios autoadministrados de pacientes en la HCE, que facilita un ahorro de tiempo administrativo.

Medida	Introducción a mano (antes de ReumaT) Enero-febrero-marzo 2016	Introducción con ReumaT Abril 2016
Número de consultas realizadas al mes	157	94
Número de cuestionarios introducidos al mes	198	413
Estimación de tiempo empleado al mes por el personal sanitario	Aproximadamente 10 horas	Automático

Conclusiones: El paso lógico de abandonar cuestionarios en papel y utilizar en su lugar dispositivos móviles con pantalla táctil supone una oportunidad para mejorar la eficiencia en el proceso de consulta, permite analizar los datos generados y un ahorro de tiempo en operaciones rutinarias en el día a día puede tener un impacto mucho más grande de lo esperado. Como líneas futuras podemos destacar: la utilización de la aplicación móvil desde el domicilio del paciente y empleo de estándares de interoperabilidad.

Bibliografía

1. Wright G., O'Mahony D., Kabuya C., Betts H. y Odama A. Nurses behaviour pre and post the implementation of data capture using tablet computers in a rural clinic in South Africa. *Stud Health Technol Inform.* 2015;210:803-7.
2. Buzzacchino S., Lanzola G., Bossi P., Licitra L. y Quagliani S. A mobile application supporting outpatient treatment and follow-up. *Stud Health Technol Inform.* 2015;210:788-92.

266. CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA DE DERMATOLOGÍA Y EL DEFINITIVO DE REUMATOLOGÍA

S.Á. Sánchez-Fernández, L.M. Rojas Vargas, P.V. García Morales y J.A. Carrasco Fernández

Hospital General La Mancha Centro. Ciudad Real.

Objetivos: Determinar la concordancia entre la sospecha diagnóstica de Dermatología y el diagnóstico definitivo de Reumatología entre los pacientes derivados a nuestra consulta, con el fin de establecer una posible necesidad de crear criterios de derivación o consultas conjuntas.

Métodos: Se examinaron las derivaciones solicitadas por Dermatología a Reumatología desde el 1 de enero de 2016 y durante 6 meses, recogiendo el motivo de consulta y la sospecha diagnóstica para finalmente recoger el diagnóstico definitivo por nuestro servicio de Reumatología. Por último se analizó la concordancia entre la sospecha y el diagnóstico definitivo.

Resultados: El número de pacientes derivado por parte de Dermatología con sospecha de algún tipo de patología reumática fue de 34. La sospecha diagnóstica fue de artropatía psoriásica (Apso) en 16 pacientes (47%), conectivopatía (ETC) en 13 (38,2%), espondiloartropatía inflamatoria (Spa) en 4 (11,8%) y gota en 1 (3%). Los motivos de sospecha diagnóstica de las distintas enfermedades por parte de Dermatología se exponen en la tabla. Se confirmó el diagnóstico de sospecha en 8 de los 34 pacientes derivados (23,5%); 3 Apso (18,7%), 3 ETC (23%), 1 Spa (25%) y 1 gota (100%). De los 13 pacientes con sospecha de Apso en los que no se confirmó el diagnóstico, 11 fueron

diagnosticados de osteoartrosis, 1 de osteomielitis y 1 sin diagnóstico alguno reumatológico. Los 10 pacientes no diagnosticados y con sospecha de ETC fueron diagnosticados de artrosis en 3 casos y sin diagnóstico alguno en 10. Por último, los 3 casos con sospecha de Spa en los que no se confirmó el diagnóstico fueron diagnosticados de espondiloartrosis. Los 3 pacientes con diagnóstico definitivo de Apso fueron derivados a nuestra consulta por artralgias de manos (2) y artritis de manos (1) mientras que los 3 pacientes diagnosticados de ETC se derivaron por alteración cutánea (2) y poliartralgias (1). El paciente confirmado con Spa se derivó por lumbalgia y el confirmado con gota por nódulos en manos. Los motivos de consulta que resultaron más rentables para el diagnóstico definitivo de enfermedad reumática inflamatoria fueron la presencia de artritis y artralgias de manos y las alteraciones cutáneas, mientras que las menos rentables fueron las poliartralgias y las alteraciones analíticas aisladas.

Sospecha Apso	Sospecha ETC	Sospecha Spa	Sospecha gota
Poliartralgias 8 (50%)	Alteración analítica 5 (38,5%)	Lumbalgia 4 (75%)	Nódulos manos 1 (100%)
Artralgias manos 5 (31%)	Poliartralgias 4 (30,7%)	Talalgia 1 (25%)	
Artritis manos 1 (6,3%)	Alteración cutánea 2 (15,4%)		
Onicopatía 1 (6,3%)	Aftas orales 1 (7,7%)		
Coxalgia 1 (6,3%)	Sequedad (7,7%)		

Conclusiones: Se observó una baja concordancia entre la sospecha diagnóstica de dermatología y el diagnóstico definitivo de Reumatología, por lo que podría ser necesario establecer una mejor formación en la sintomatología de sospecha reumática y unos mejores criterios clínicos de derivación a nuestra consulta.

3.ª sesión

Viernes, 26 de mayo

267. UTILIDAD DE LA ARTROSCOPIA EN LA VALORACIÓN MACROSCÓPICA DE LA MEMBRANA SINOVIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS

D. Palma-Sánchez¹, E. Peñas Martínez¹, N. Lozano², E. Saiz³, E. Pagán⁴ y C. Marras Fernández Cid²

¹Unidad de Reumatología. Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca. ²Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ³Servicio de Reumatología. Hospital Morales Meseguer. Murcia. ⁴Unidad de Reumatología. Hospital Los Arcos del Mar Menor. Murcia.

Introducción: La artroscopia es una técnica diagnóstica que puede ser utilizada en Reumatología proporcionando una visión directa de la cavidad articular, permitiendo una evaluación macroscópica de la sinovial, toma de muestras para una evaluación histopatológica y microbiológica y el potencial beneficio terapéutico del lavado articular. Aunque el valor diagnóstico definitivo de la biopsia sinovial en las artropatías inflamatorias es todavía dudoso desde el punto de vista práctico, la intensidad del infiltrado inflamatorio, puede ser de utilidad a la hora de la elección del lugar adecuado donde tomar las muestras histológicas y colaborar en el diagnóstico definitivo de estos casos.

Objetivos: Analizar las características macro y microscópicas de la membrana sinovial en un grupo de pacientes con artritis sin diagnóstico.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron las artroscopias realizadas en una consulta de reumatología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. Se

recogieron variables sociodemográficas y clínicas. Para la valoración macroscópica de la sinovial se utilizó un sistema de puntuación semicuantitativo basado en la existencia de vascularización, proliferación sinovial y vellosidades, puntuándose de 0 a 4 en función de su ausencia o presencia e intensidad. A nivel microscópico, la escala se basaba en la evaluación de la densidad de la capa sinovial, del infiltrado inflamatorio y densidad de células residentes con una puntuación de 0 a 5 en función de su ausencia o presencia e intensidad. También se analizó el porcentaje de macrófagos y células residentes. En el análisis estadístico descriptivo de variables cuantitativas se utilizaron la media y desviación estándar y para variables cualitativas se utilizaron frecuencias.

Resultados: Se incluyeron 29 pacientes a los que se les realizaron artroscopia. La edad media fue de $43,31 \pm 13,6$ años, siendo el 55,2% de los pacientes mujeres. A nivel microscópico encontramos que el 62% de las muestras presentaban sinovitis, siendo el 33,3% sinovitis leve, el 27,7% moderada y el 24,1% alta. En el 27,5% de las muestras se encontraron células residentes (50% en grado leve, 37,5% moderado y 12,5% alto). A nivel macroscópico, un 65,5% de los pacientes presentaban sinovitis, siendo el 36,84% sinovitis leve, el 31,57% moderada y el 31,57% alta. Se observaron vellosidades en el 86,2% de los casos y en un 72,4% aumento de la vascularización. En un 65,5% de los casos se encontró correlación entre la existencia de sinovitis y grado a nivel macroscópico y microscópico. Los diagnósticos tras la realización de la artroscopia fueron de: artritis inflamatorias 65,4% (indiferenciada (34,5%), artritis reumatoide (24,1%), espondiloartritis (3,4%), artritis psoriásica (3,4%).

Conclusiones: La correlación entre la existencia de sinovitis macroscópica y grado de inflamación microscópico es muy buena en la mayoría de los pacientes de esta serie de artritis indiferenciadas.

268. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN LA EVALUACIÓN DE LA ENTESIS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

C. Campos Fernández, A. Rueda Cid, M.D. Pastor Cubillo, J. Lerma Garrido, I. Balaguer Trull y J. Calvo Catalá

Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. 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.

Objetivos: 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.

Métodos: Se estudiaron 30 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 Esaote MyLab 70. Se buscaba la presencia de entesopatía: engrosamiento hipoeoico 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 30 pacientes con SpA activa (22 hombres y 8 mujeres) con una edad media de 52.4 que iniciaban tratamiento biológico (12 con adalimumab, 10 con etanercept, 7 con golimumab y 1 con certolizumab). Al inicio la media del BASDAI fue de 5.8 y del BASFI de 4.4. Al año la media del BASDAI era de 2,4 y del BASFI de 1.8. 22 de los pacientes presentaban alteraciones ecográficas en escala de grises en las entesis exploradas y 16 señal PD. Al año de tratamiento solo en 2 pacientes 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.

269. UTILIDAD DEL PET-TC COMO PRUEBA DE IMAGEN DIAGNÓSTICA EN LA AORTITIS INFLAMATORIA

C. Campos Fernández, A. Rueda Cid, M.D. Pastor Cubillo, I. Balaguer Trull, J. Lerma Garrido, M.I. González-Cruz Cervellera y J. Calvo Catalá

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

Introducción: La aortitis es una inflamación de la pared aórtica, independientemente de su causa. Varias entidades pueden ocasionar aortitis, desde procesos infecciosos hasta enfermedades autoinmunes, cuyo pronóstico y tratamiento son variables. La clínica es inespecífica y variable: dolor abdominal, fiebre y pérdida de peso. Son varias las técnicas de imagen que permiten evaluar tanto la luz como la pared vascular, entre ellas la tomografía por emisión de positrones (PET-TC). El PET-TC se usa cada vez más para el diagnóstico, ya que detecta el aumento del metabolismo en la pared aórtica representado por la acumulación de fluodeoxiglucosa en fases agudas. También es útil para el seguimiento de la enfermedad y el control de la respuesta al tratamiento.

Objetivos: Revisar la casuística de pacientes diagnosticados de aortitis en nuestro Servicio en los últimos 3 años, valorando características clínicas, métodos diagnósticos utilizados y tratamiento recibido.

Métodos: Caso 1: mujer de 29 años, en estudio por HTA, detectándose en angio-TAC, engrosamiento de aorta torácica y aorta abdominal, sugerente de arteritis de Takayasu. PET-TAC: signos inflamatorios en la pared aórtica, compatibles con la sospecha de aortitis. Se inicia tratamiento con corticoides y azatioprina (100 mg/día). Caso 2: mujer de 47 años diagnosticada con 20 años de e. Crohn y espondiloartritis. En 2009 inicia tratamiento biológico (infliximab 5 mg/cada 8 semanas). Acude a urgencias por dolor abdominal. En eco abdominal, signos de aortitis en aorta infrarrenal hasta bifurcación iliaca. PET-TC: signos inflamatorios en pared aórtica. La paciente responde a tratamiento con infliximab (5 mg/Kg cada 8 semanas) y corticoides con recidiva al suspender corticoides por lo que se cambia a adalimumab (40 mg cada 14 días). Caso 3: mujer de 54 años con artralgiyas y reactantes de fase aguda elevados. En TC: dilatación de aorta ascendente. PET-TAC: captación del radiotrazador desde la raíz hacia cayado y aorta descendente y menos en aorta abdominal. Tras tratamiento con corticoides y 10mg/semanales de metotrexato, queda clínicamente asintomática con normalización de analítica. Caso 4: mujer de 54 años con artralgiyas, anemia y reactantes de fase aguda elevados, sin otras alteraciones analíticas. Antecedentes de episodios de FOD con pérdida de peso resueltos con corticoides e IAM 2 años antes. Ecocardiograma: dilatación de aorta ascendente. Angio-TAC: engrosamiento aorta ascendente y aorta abdominal. PET-TAC: captación de radiotrazador en paredes de aorta ascendente, cayado aórtico, aorta descendente. Se inicia tratamiento con 15 mg/día de deflazacort y 10 mg/semanales de metotrexato quedando la paciente asintomática.

Resultados: Se valoran cuatro casos de aortitis, mujeres, edad media de 46 años. Dos pacientes presentaban aortitis primaria, una enfermedad de Crohn y espondilartropatía y una un Takayasu. Aunque de inicio se realizaron otras pruebas, en los cuatro casos se realizó un PET-TC que mostró afectación de la pared de la aorta de carácter inflamatorio en distintos niveles. Respondieron al tratamiento con corticoides e inmunosupresores y/o terapia biológica. En los cuatro casos se realizó un PET-TC de control que mostró descenso de la actividad metabólica, coincidiendo con mejoría clínica y normalización de reactantes de fase aguda.

Conclusiones: La presentación clínica de la aortitis es inespecífica y variable, por lo tanto las técnicas de imagen son de ayuda en el diagnóstico. El PET-TC se usa cada vez más para diagnosticar la aortitis, porque detecta el aumento del metabolismo en la pared aórtica. El PET-TC también es útil para seguir la enfermedad y para controlar la respuesta al tratamiento. Se ha demostrado que cuando desciende la actividad metabólica de los vasos afectados se normalizan los marcadores de inflamación y mejoran los síntomas.

270. DOLOR TROCANTÉRICO AGUDO: ECOGRAFÍA DE LA REGIÓN TROCANTEREA COMO HERRAMIENTA PREDICTIVA DE LA RESPUESTA TERAPÉUTICA

C. Guillén Astete y M. Terán Tinedo

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Estudios previos en patología tendinosa de la mano (tendinitis de D'Quervain) de entesopatías de la rodilla (entesitis anserina) han demostrado que los hallazgos ecográficos se relacionan bien con la respuesta terapéutica a distintos tratamientos. En términos generales, los signos inflamatorios agudos predicen una mejor respuesta a las infiltraciones que lo signos inflamatorios crónicos. La finalidad de este estudio es determinar la probabilidad de éxito terapéutico del manejo terapéutico de la trocanteritis en función de los hallazgos ecográficos.

Métodos: Se accedió a los registros electrónicos de pacientes atendidos y diagnosticados de trocanteritis entre junio de 2015 y junio de 2016 y que contaban con una exploración ecográfica de la región trocanterea documentada. Se recogieron datos dicotómicos sobre hallazgos ecográficos específicos en los siguientes dominios: bursitis superficial, bursitis profunda, irregularidades corticales, entesofitosis y presencia de señal PD cortical. Se revisaron los datos de la ficha de seguimiento y comunicación con atención primaria para determinar la respuesta al tratamiento. La tasa de éxito se calculó en función de los pacientes con una mejoría del dolor de al menos el 50% respecto de su EVA basal. Las correlaciones se realizaron en variables ecográficas independientes y compuestas.

Resultados: Se revisaron los datos de las historias de 126 pacientes con diagnóstico de trocanteritis, con estudios ecográficos disponibles y ficha de seguimiento accesible a los 6-9 días del abordaje terapéutico. Del total de los registros revisados, 119 correspondieron a pacientes del sexo femenino (94,4%). En las imágenes ecográficas se identificaron 43 estudios con bursitis superficial, 39 con bursitis profunda, 47 con irregularidades corticales, 32 con entesofitosis y 6 con señal PD positiva. Se practicaron 37 infiltraciones, 64 prescripciones de AINEs sistémicos y 66 prescripciones de AINEs transdérmicos. Se comprobó un éxito terapéutico superior al 75% en los pacientes infiltrados en los que se demostró bursitis superficial o bursitis profunda y en los pacientes tratados con AINEs transdérmicos con entesofitosis o presencia de irregularidades corticales. Por otro lado, se documentó fracaso terapéutico en más de la mitad de pacientes en quienes se hizo una infiltración y que mostraron entesofitosis o irregularidades corticales y en quienes fueron tratados con AINEs transdérmicos y presentaban cualquier

forma de bursitis. En general los AINEs sistémicos tuvieron una tasa de éxito inferior al 40% en pacientes con bursitis e inferior al 75% en pacientes con irregularidades corticales o entesofitosis. En el estudio de variables compuestas se identificó que pacientes con cualquier bursitis o ambas, independientemente de la presencia de irregularidades corticales o entesofitosis tuvieron un RR de 2,66 de éxito terapéutico respecto del uso de AINEs sistémicos y de 2,26 respecto del uso de AINEs transdérmicos ($p < 0,001$ y $p < 0,01$, respectivamente). El único factor independiente de éxito que alcanzó el 100% fue la infiltración en pacientes en quienes se detectó señal PD positiva.

Conclusiones: La presencia de signos ecográficos de agudeza se asocian a una tasa significativamente mayor de éxito terapéutico al tratar con infiltraciones mientras que la presencia de signos ecográficos de cronicidad parecen relacionarse con mejor respuesta terapéutica con el uso de AINEs sistémicos o transdérmicos.

271. RELACIÓN ENTRE FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA Y DENSIDAD MINERAL ÓSEA TRAS EL TRASPLANTE CARDÍACO

L. Bautista Aguilar¹, A. Salmoral Chamizo¹, R. Gasco¹, I. Gómez Gracia^{1,3}, P. Font Ugalde^{1,3,4}, M. Ruiz Ortiz², J.M. Arizón², C. Segura², M.L. Ladehesa Pineda¹, E.C. López Medina¹, L. Pérez¹, R. Segura¹, A. Escudero Contreras^{1,3,4} y E. Collantes-Estévez^{1,3,4}

¹Unidad de Reumatología; ²Unidad de Trasplante Cardíaco. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ³Instituto Maimónides de Investigación Biomédica. Córdoba. ⁴Universidad de Córdoba.

Introducción: El trasplante cardíaco se asocia a una baja densidad mineral ósea, con incremento del riesgo de fracturas por fragilidad y aumento de morbilidad. Distintos estudios relacionan la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) con la densidad mineral ósea (DMO), en pacientes con insuficiencia cardíaca. Nuestro objetivo fue evaluar la relación entre la FEVI con DMO y fracturas tras el trasplante cardíaco. Como objetivo secundario; evaluar la asociación FEVI con 25 OH vitamina D, PTH y marcadores de remodelado óseo (osteocalcina, telopéptido C terminal (CTX)).

Métodos: Estudio trasversal de 79 pacientes (66 hombres) con una edad media de $55,75 \pm 14,81$ años, con un índice de masa corporal (IMC) medio de $26,95 \pm 5,35$ kg/m² y un tiempo de evolución medio tras el trasplante de $8,46 \pm 8,71$ años. A cada paciente se realizó una ecocardiografía doppler transtorácica midiendo FEVI (%) y un estudio de masa ósea que incluyó: análisis densitométrico de columna lumbar y cadera, radiografía de columna vertebral, evaluación bioquímica del metabolismo óseo (calcio, fósforo, osteocalcina, CTX, hormona paratiroidea y 25OHvitaminaD). La asociación de la FEVI con la DMO y marcadores de remodelado óseo se realizó mediante un análisis de regresión lineal múltiple, ajustando por variables directamente relacionadas con la DMO (edad, sexo, IMC, tiempo de evolución desde el trasplante y tratamiento farmacológico (dosis corticoides, tratamiento inmunosupresor).

Resultados: El 31,2% de los pacientes presentaban una DMO en rango osteoporótico (17,7% en columna, 16,52% en cuello y 13% en fémur). El 68,4% de los pacientes presentaba un déficit de vitamina D ($= 20$ ng/dL). Un 30,4% presentaba fractura vertebral y un 2,6% fractura de cadera. En el análisis bivariante, el grupo con FEVI = 65% presentaban mayor proporción de osteoporosis en cuello femoral ($p = 0,04$) y en cadera total ($p = 0,03$) y mayor porcentaje de fracturas vertebrales ($p = 0,04$) respecto al grupo con FEVI > 65%. Tras realizar una regresión lineal múltiple: FEVI se asoció de forma independiente con osteoporosis en columna ($B = -5,225$; $p = 0,011$), osteoporosis en cuello femoral ($B = -5,411$; $p = 0,015$) y presencia de fracturas vertebrales ($B = -5,433$; $p = 0,002$). Además se asoció inversamente FEVI con los niveles de osteocalcina ($B = -0,105$; $p = 0,002$).

Conclusiones: Estos datos nos sugieren que la FEVI postrasplante tiene una influencia en el remodelado óseo, sin embargo para considerar la FEVI un factor de riesgo de osteoporosis y fracturas por fragilidad tras el trasplante cardíaco es necesario realizar más estudios.

Bibliografía

Kulak CA et al. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2014; 58(5):484-92.
Wang T.K.M, O'Sullivan GD et al. *Transplant Proc.* 2013; 45(1)2357-65.

272. LOS ANTICUERPOS ANTIPÉPTIDOS CITRULINADOS (ACPA) SE ASOCIAN CON BAJA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

L. Bautista Aguilar¹, A. Salmoral Chamizo¹, I. Gómez Gracia^{1,2}, P. Font Ugalde^{1,2,3}, M.L. Ladehesa Pineda¹, E.C. López Medina¹, R. Jiménez Gasco¹, L. Pérez¹, A. Escudero Contreras^{1,2,3}, C. Segura² y E. Collantes-Estévez^{1,2,3}

¹Unidad de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

²Instituto Maimónides de Investigación Biomédica. Córdoba.

³Universidad de Córdoba.

Introducción: Distintos estudios relacionan los ACPA con la presencia de erosión ósea en los pacientes con artritis reumatoide (AR) ya que inducen la diferenciación y activación de los osteoclastos. Nuestro objetivo es evaluar la asociación de los ACPA con la densidad mineral ósea (DMO) en AR.

Métodos: Estudio casos y controles de 74 pacientes con AR (criterios ACR, 2010) y un tiempo de evolución menor a 5 años. Se recogieron, de forma protocolizada, datos demográficos, clínicos, de laboratorio y de tratamiento, así como los valores de la DMO mediante densitometría a nivel de columna lumbar (CL), cadera total (CT) y cuello femoral (CF). Se comparó la presencia de baja densidad mineral ósea (osteopenia: tscore = -1) con los niveles de ACPA mediante análisis de regresión logística, ajustando variables relacionadas con la DMO: edad, sexo, menopausia, índice de masa corporal (IMC), hábito tabáquico, tiempo de evolución de la enfermedad, dosis corticoides diaria, tratamiento con metotrexate y actividad inflamatoria de la enfermedad (DAS28).

Resultados: Se estudiaron 73 pacientes (14 hombres) con una edad de 66,45 ± 10,41 años, IMC de 28,48 ± 5,22 kg/m², un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 2,28 ± 1,75 años y un DAS 28 de 3,17 ± 1,18. 29 pacientes eran ACPA negativo frente a 44 pacientes ACPA positivo. El 82,2% de los pacientes presentaban osteopenia en CL, 65,8% en CD y 75,3% en CF. Se realizó una regresión logística sin encontrar asociación estadísticamente significativa entre osteopenia con actividad inflamatoria (DAS 28), niveles de vitamina D ni positividad de factor reumatoide, ajustado por variables que pueden modificar la DMO. La positividad de ACPA (cualquier título) se asoció con la presencia de osteopenia en CL (OR 7,19; IC95% 1,77-29,17) (p = 0,006), en CT (OR 15,17; IC95% 3,96-58,18) (p = 0,001) y en CF (OR 3,76; IC95% 1,20-11,82) (p = 0,023). Adicionalmente se realizó un análisis de varianza simple (ANOVA) para comparar las puntuaciones de T score y los niveles de ACPA divididos en tres categorías: = 25 U/mL, 25 a 300 U/mL y > 300 U/mL. El grupo ACPA = 25 U/mL difería en los niveles medios de T score en CL, CT y CF con respecto a los otros dos grupos. No se encontró diferencias significativas entre los pacientes ACPA positivo con niveles bajos y altos para las puntuaciones T score.

Conclusiones: La positividad de ACPA en AR se asocia a mayor riesgo de osteopenia en CL, CT y CF independientemente de otras variables que puedan modificar la densidad mineral ósea. Estos datos sugieren que los ACPA pueden tener un papel en el remodelado óseo.

Bibliografía

Harre et al. *J Clin Invest* (2012), 122(5):1791-1802.
Bugatti et al. *Arthritis Research & Therapy* (2016), 18:226.
Geusens and Lem. *Arthritis Research & Therapy* (2011), 13:242.

273. DIFERENCIAS EN LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON AFECCIÓN INTERSTICIAL PULMONAR EN FUNCIÓN DEL TIPO DE SUBCLASIFICACIÓN DE ESCLEROSIS SISTÉMICA

I. Castellví¹, M. Laffont², D. Castillo³, M. Millán¹, C. Díaz-Torné¹, P. Moya¹, B.P. Magallares¹, A. Laiz¹, H.S. Park¹, J.M. de Llobet¹ y J. Casademont⁴

¹Unidad de Reumatología; ²Servicio de Neumología; ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital José María Ramos Mejía. Caba. Argentina.

Objetivos: 1. Describir las características clínicas de una cohorte de pacientes con esclerosis sistémica (SSc) y enfermedad intersticial pulmonar (EPI-SSc). 2. Determinar si existen diferencias en la presencia de los diferentes tipos de EPI-SSc y su evolución en pacientes con afección limitada de SSc (lcSSc) o afección difusa de SSc (dcSSc). 3. Determinar si existen diferencias en la presencia de los diferentes tipos de EPI-SSc y su evolución en función del autoanticuerpo específico de SSc presente.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes afectados de SSc y EPI controlada en una consulta monográfica de SSc de un hospital universitario. Se recogieron las siguientes variables: género, edad, años de evolución de la SSc y de la EPI, tipo de SSc, tipo de EPI, tabaquismo, úlceras, hipertensión pulmonar, afección digestiva, cáncer, tratamiento realizado para la EPI, dosis de corticoides y pruebas de función pulmonar al diagnóstico, al inicio del tratamiento y a los 24 meses. También se recogió la presencia de autoanticuerpos específicos (Ac) de la SSc. Se compararon las variables cualitativas y cuantitativas en función la subclasificación clínica (lcSSc o dcSSc) o en función de la subclasificación inmunológica. Se realizó la prueba de chi cuadrado o la t de Student cuando fue necesario, estableciendo los valores significativos aquellos con p < 0,05.

Resultados: De un total de 266 pacientes con SSc, se recogieron datos de 47 pt. SSc-EPI (89,4% mujeres) con una edad de 66,09 ± 15,1 años y 9,85 ± 10,2 y 4,38 ± 9,24 años de evolución de la SSc y de la EPI respectivamente. 33/47 eran lcSSc y los Ac más habituales fueron el Scl70/ATA (29,8%) y el ACA (26,1%). La EPI más frecuente fue el patrón NINE (76,6%). La mayoría de SSc realizó tratamiento (51,1%) siendo el MMF (34%) el más habitual. Un 36,2% de los enfermos realizó corticoterapia de manera concomitante con una dosis media de 15,73 ± 10,3 mg/d de prednisona. Los resultados de la muestra y la comparativa entre grupos se resume en la tabla. Al comparar a los enfermos con lcSSc-EPI vs dcSSc-EPI, los enfermos con dcSSc presentaron más prevalencia de UD (p < 0,01), menos uso de MMF (p < 0,02) y mayor uso de rituximab (p < 0,03) y peores valores de FEV1/FVC a los 24m de tto (p < 0,03). No se observaron diferencias según el tipo de EPI o el tiempo de evolución. Sin embargo, al analizar las variables según el Ac, los pacientes con ACA presentaron menos úlceras (p < 0,02), patrón NINE (p < 0,02) y más frecuencia de afección de pequeña vía (p < 0,01) y eran más jóvenes y con menos tiempo de evolución de la SSc que los que no presentaban ACA. El dx de EPI apareció significativamente antes en los pacientes con RNAPol y más tarde en los pacientes con U1RNP. No se observó asociación de ningún Ac con la presencia de neoplasia. Al analizar los tipos de EPI, los pacientes con NINE presentaron una tendencia a ser más jóvenes (p 0,054) y presentar peores valores espirométricos, en cambio los pt con NIU fueron mayores.

Conclusiones: Dado los resultados obtenidos, la subclasificación por Ac en los pt con EPI-SSc parece ser más específica que la subclasificación clínica para estratificar a los pacientes. La presencia de ACA se relaciono con menor aparición del patrón más habitual de EPI-SSc (NINE). A diferencia de lo descrito en la SSc de manera global, no se observó en pacientes con SSc-EPI asociación entre la presencia de Ac

y neoplasia. Son necesarios más trabajos para intentar estratificar mejor a los pacientes con SSC.

274. TOCILIZUMAB EN PACIENTES CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

M. Varela García, C. Fito Mateca, I. Paniagua Zudaire, L. Garrido Courel, N. del Val del Amo y L. Horcada Rubio

Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción: Tocilizumab (TCZ) es un anticuerpo monoclonal humanizado dirigido contra el receptor de IL-6 usado en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) y artritis idiopática juvenil. Se está estudiando su uso en el tratamiento de la arteritis de células gigantes (ACG) como fármaco ahorrador de corticoides (GC).

Objetivos: Describir los motivos de inicio del tratamiento con TCZ en pacientes con ACG; evaluar su eficacia como ahorrador de GC y en la disminución de los reactantes de fase inflamatoria aguda; y describir los efectos adversos observados durante el tratamiento.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de ACG en los que se inicia tratamiento con TCZ en el Complejo Hospitalario de Navarra. Se recoge el tiempo de evolución de la enfermedad, los tratamientos ahorradores de GC previos, motivo y fecha de inicio del TCZ, velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR), dosis de GC en los meses 0, 3, 6, 9 y 12 tras el inicio del fármaco y efectos adversos durante el tratamiento. Análisis estadístico: test de Wilcoxon para muestras apareadas.

Resultados: Se incluyeron 8 pacientes (7 mujeres y 1 varón, mediana de edad 77,2 años IQR 73,4-81,04) en tratamiento con GC y en los que se había usado previamente Metotrexate sin respuesta satisfactoria. En 3 de ellos se indicó tratamiento con TCZ por presentar efectos adversos a los GC y en los 5 restantes por la dificultad para el control de la enfermedad. La mediana del tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio de TCZ fue 1,95 años (IQR 1,00-3,53). La mediana de duración del tratamiento hasta la recogida de datos fue de 1,59 años (IQR 0,85-1,88). Al inicio del tratamiento 3 pacientes recibían > 15 mg prednisona/día. En el 3^{er} mes sólo 1 recibía > 15 mg/día y 3 tomaban < 5 mg/día; en el 6^o mes todos recibían < 15 mg/día y cuatro < 5 mg/día. La mediana de dosis de prednisona disminuyó en 4,6 mg/día entre los meses 0 y 3 ($p < 0,05$) y en 3,53 mg/día entre los meses 3 y 6 ($p < 0,05$). En 2 pacientes se suspendieron completamente los GC. Las medianas de VSG y PCR disminuyeron en 25 mm/h y 12,45 mg/dl respectivamente en los primeros 3 meses ($p < 0,05$). En los meses posteriores la mediana de la VSG se mantuvo en 2 mm/h y la de la PCR por debajo de 0,1 mg/dl. Los principales efectos adversos durante el tratamiento fueron infecciones en 3 pacientes (vías respiratorias altas, urinarias y una reactivación de VHZ). Sólo una infección urinaria requirió ingreso hospitalario. Otro paciente presentó pancitopenia leve por lo que se suspendió temporalmente el TCZ. No se observaron alteraciones de las enzimas hepáticas. A un paciente se le suspendió el tratamiento por estar asintomático tras suspender los GC y optimizar el TCZ. Doce meses después se reinició por presentar clínica polimiálgica junto con elevación de reactantes de fase aguda.

Conclusiones: El tratamiento con TCZ fue efectivo en la ACG permitiendo una reducción de la dosis de prednisona diaria en los 6 primeros meses con una disminución de la PCR y VSG en el primer trimestre de tratamiento. La principal complicación fueron las infecciones, aunque sólo una precisó ingreso hospitalario. El tratamiento con tocilizumab como ahorrador de GC en pacientes con ACG ha mostrado ser efectivo en esta corta serie. Son necesarios más estudios para establecer las indicaciones de su uso en esta enfermedad, el tiempo de tratamiento y la pauta de descenso de GC una vez iniciado el TCZ.

275. HÁBITOS DE PRESCRIPCIÓN DE GLUCOCORTICOIDES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO TRATADOS POR REUMATÓLOGOS ESPAÑOLES

Í. Rúa-Figueroa¹, M.J. García de Yébenes², E. Loza², C. Erasquin¹, J.M. Pego-Reigosa³ y Grupo EAS-SER

¹Hospital de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas. ²Instituto de Salud Musculoesquelética. ³Complejo Hospitalario de Vigo. Instituto de Investigación Biomédica de Vigo.

Introducción: El empleo de glucocorticoides (GC) es el principal responsable del daño en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Un 52,4% de los pacientes estaban recibiendo GC en la visita basal del registro de lupus de la SER (RELESSER). Con el propósito de evaluar la necesidad de llevar a cabo esfuerzos de consenso en esta área, se realizó una encuesta preliminar entre los miembros del grupo EAS-SER sobre el uso de GC y adecuación a las recomendaciones vigentes.

Métodos: Usando la plataforma online SurveyMonkey®, se realizó una encuesta de uso de GC, incluyendo preguntas dirigidas a cuantificar la experiencia profesional y conocimiento de guías y consensos. Se realizó un análisis comparativo en función de las dimensiones del centro de trabajo y la experiencia en el manejo del LES (nº de pacientes anualmente), usando chi-cuadrado con corrección de Fisher.

Resultados: Respondieron a la encuesta 59 miembros de EAS-SER (sobre un total de 101). El 96,5% de los encuestados manifestó experiencia profesional de al menos 5 años como especialista y el 69% ejerce en hospitales de = 500 camas. La experiencia manejando pacientes con LES varió desde = 10 pacientes manejados al año (3,4%) hasta > 90 pacientes al año (31,0%). La mayoría (87,9%) conocían las recomendaciones EULAR 2007 sobre el uso de GC en pacientes con enfermedades reumáticas y un 71% las de EULAR 2010 de monitorización de efectos adversos asociados. Algo menos, 69%, conocían el consenso ACR de 2004. El 84,8% usan pulsos de metilprednisolona ante manifestaciones graves, continuando con 0,5 mg/kg/día un 47% y con 1 mg/kg/día un 37,3%. El 40,7% no mantiene la dosis inicial más de 2-3 semanas y el 43,1% no más de 4-6 semanas. En la pauta de descenso fue donde se constató mayor variabilidad, siendo la más frecuente el alcanzar 5-10 mg en 3 meses (42,1%), un 13,6% en 2 meses y 15,2% en 4 meses. Un 22,4%, respondieron que individualizan en función de la gravedad o de la presencia de factores de riesgo de toxicidad. El 63,8% consideran necesario suspender el GC una vez controlada la enfermedad y un 28,8% opinan que depende de la indicación. El 97% consideraron que no hay dosis seguras de prednisona de mantenimiento o que esta no debe ser = 5 mg/día. El 69% emplean siempre inmunosupresores como ahorradores de GC y un 18,6% lo hacen solo en función de la manifestación. Para controlar los efectos adversos, la mayoría indica control regular de la glucemia (96,5%), TA (91,4%) y lípidos (93,1%), realizando DEXA basal el 81%. Menos frecuentes es el control del peso (66,1%) y aún menos el control de la presión intraocular (10,3%). No hubo diferencias significativas en función del nº de camas del hospital o el nº de pacientes controlados anualmente (< 30 versus = 30), salvo una tendencia ($p = 0,07$) a mayor uso de dosis no altas de prednisona (0,5 mg/Kg/día vs 1 mg/Kg/día) tras empleo de pulsos de metilprednisolona en reumatólogos que controlan > 30 pacientes/año.

Conclusiones: 1º En un grupo de reumatólogos con especial interés en LES y experiencia en su manejo, existe limitada variabilidad en los hábitos de empleo de GC en estos pacientes. Se detectó mayor variabilidad en las pautas de descenso. La adherencia a las recomendaciones disponibles es aceptable, salvo en lo que concierne a la monitorización de la toxicidad. 2º No hemos identificado diferencias en función del nº de pacientes manejados o el tamaño del centro, si bien la muestra resulta insuficiente. 3º Estos resultados preliminares deberían ser replicados en una muestra más amplia y representativa, no seleccionada, de reumatólogos españoles.

276. RELACIÓN ENTRE PERIODONTITIS CRÓNICA Y MASA ÓSEA EN UN ESTUDIO CASO-CONTROL DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y PATOLOGÍA ARTICULAR NO INFLAMATORIA

J.L. Garnier Rodríguez¹, J. González-Febles², S. Dadlani¹, A. González Díaz³, M.A. Gómez³, L. Expósito Pérez⁴, E. Trujillo⁴, M. García González⁴, B. Garnier Rodríguez¹ y B. Rodríguez-Lozano⁴

¹*Clinica Dental Dr. Garnier. Tenerife.* ²*Máster Periodoncia UCM. Madrid.* ³*Servicio de Medicina Nuclear;* ⁴*Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC). La Laguna.*

Introducción: La asociación entre dos enfermedades inflamatorias crónicas como artritis reumatoide (AR) y periodontitis (PD) se intenta explicar por un modelo o no de causalidad. Un factor favorecedor de PD atribuido a AR es la osteoporosis (OP). No está bien establecida la relación OP-PD, con resultados discordantes.

Objetivos: 1. Determinar si existe relación entre OP y PD crónica. 2. Establecer posible relación con severidad de PD.

Métodos: Estudio observacional, transversal, caso-grupo control de pacientes > 18 a con dg AR (ACR/EULAR 2010) en Servicio de Reumatología de un hospital de 3^{er} nivel y CAEs adscritos, y población control con patología articular no inflamatoria. Código aprobación CEIC 2015_06. Se analizaron variables sociodemográficas y antropométricas habituales más tabaquismo, escala social Graffar, nivel de estrés, limpieza dental anual, comorbilidades asociadas: diabetes mellitus (DM), dislipemia y se determinó DMO (g/cm²) mediante DXA LUNAR (GE HealthCare). Parámetros periodontales: índice placa (IP), sangrado sondaje (SS), profundidad sondaje (PS), recesión (REC), nivel de inserción clínico (NIC). Equipo dental: 2 periodoncistas/2 odontólogos. Registro y Rx periapical a boca completa. Nivel PD según Consenso Europeo 2005 Tonetti: N 0 (ausencia), N1 T (leve), N2 T (grave). Análisis estadístico: t-Student, Kruskal Wallis, chi-cuadrado mediante Stata 13.1.

Resultados: Se incluyeron 344 pacientes: 187 AR (147M) y 157 controles (101M), comparables en edad 54,9 (18) años, IMC 27,8 (4,6), nivel estrés y DM. Diferencias en nivel socioeconómico (estratificación inferior en AR), tabaquismo actual y pasado superior en AR (19,25% vs 8,92%/24,6% vs 11,46%). Presentaron PD de modo global 182 (97,33%) AR y 104 (66,24%) controles. Se realizó DEXA a 303 pacientes: 163 AR/140 controles que mostró OP en 38 (23,3%) y 13 (9,3%) del grupo AR y control; osteopenia en 47 (32,4%) y 16 (11,3%), respectivamente (p ≤ 0,001). Presentaron PD 81% de estos pacientes. Hubo asociación entre PD y OP/osteopenia, de modo que pacientes con PD presentaban mayor prevalencia alteraciones DMO (88%) vs 76,3% con DMO normal; entre los pacientes sin PD, predominó DMO normal (23,7% vs 11,1%) (p = 0,008). No se encontró relación con la gravedad de la PD.

Conclusiones: 1. Se observó PD en el 81% de los pacientes evaluados con DMO; de éstos, el 88,8% presentaron OP/osteopenia, y entre los pacientes sin PD predominó de modo significativo, una DMO normal. 2. Presentaron PD el 97% de pacientes AR y el 66% de controles, así como OP el 23,4% y el 7,8% de dichos pacientes respectivamente, con significación estadística. 3. No se encontró asociación entre la DMO y severidad de la PD.

277. DENSIDAD MINERAL ÓSEA Y NIVELES DE VITAMINA D EN PACIENTES CON PANCREATITIS CRÓNICA

A. Martínez-Ferrer, A. López Serrano, C. Vergara-Dangond, M. Aguilar Zamora, L. Montolio Chiva, È. Valls Pascual, D. Ybáñez García y J.J. Alegre Sancho

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción: La presencia de osteoporosis está bien establecida en otras patologías gastrointestinales, como la cirrosis biliar primaria, la enfermedad celíaca, la enfermedad inflamatoria intestinal y la

gastrectomía, sin embargo los datos en pacientes con pancreatitis crónica (PC) son escasos.

Objetivos: Conocer la relación entre la función exocrina pancreática, los niveles de vitamina D y la densidad mineral ósea (DMO) en pacientes con PC de nuestro medio.

Métodos: Estudio transversal en pacientes con PC. Se determinaron la densidad mineral ósea (DMO) lumbar y femoral, así como los parámetros del metabolismo fosfocálcico (Ca/P, PTH, 25OHD). Además, se evaluó la función pancreática exocrina mediante pruebas no invasivas: elastasa pancreática fecal-1 (EF-1) y test del aliento mediante 13C-triglicéridos mixtos (Pancreo-kit®).

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes 28 varones y 6 mujeres con una edad media de 58 ± 7,5 años; a los 29 (12-63) meses del diagnóstico de la PC, en su mayoría de etiología alcohólica (88%). Un 23,5% refería antecedente de fractura por fragilidad. El IMC fue < 18,5 kg/m² en el 15% de los pacientes. El 80% de los pacientes mostró niveles bajos de vitamina D (< 30 ng/ml) y hasta un 68% mostró insuficiencia (< 20 ng/ml). La mitad de los pacientes mostraron insuficiencia pancreática exocrina: el 50% presentaron niveles de EF-1 < 200 µg/g y hasta en un 47% el Pancreokit® fue patológico. La mayoría de pacientes (86%) tenía una baja masa ósea (el 65% osteopenia y el 21% osteoporosis). Se observó una correlación significativa entre la función pancreática, estudiada a través del Pancreo-kit® y los niveles de vitamina D (p 0,002), la EF-1 (p 0,003), el IMC (p 0,013) y la DMO lumbar (p 0,021). También observamos una asociación significativa entre el IMC y la DMO lumbar y femoral (p < 0,05).

Conclusiones: Los pacientes con PC presentan frecuentemente déficit de vitamina D y una baja masa ósea, lo que indica la necesidad de adoptar medidas preventivas en el abordaje terapéutico de estos pacientes.

278. CONSULTA DE INCAPACIDADES TEMPORALES MUSCULOESQUELÉTICAS (ITME) EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID: EXPERIENCIA DE 6 MESES

M.D. Sánchez González¹, C.C. Macía Villa², C. González-Montagut Gómez¹ y J. Medina Luezas¹

¹*Hospital Clínico Universitario de Valladolid.* ²*Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.*

Introducción: Las enfermedades musculoesqueléticas son la primera causa de discapacidad en el mundo y tienen un alto impacto en costes directos (sanitarios) e indirectos (bajas laborales). Las bajas laborales en España, cuando son temporales, se conocen como incapacidad temporal (IT). Desde 2013, se está llevando a cabo el seguimiento de los pacientes con IT (cuando el origen de la misma es una patología musculoesquelética) en una consulta monográfica dentro de las consultas externas del Servicio de Reumatología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: Describir la experiencia de los 6 últimos meses en la consulta de incapacidades temporales musculoesqueléticas (ITME) del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Métodos: La consulta de ITME está operativa 2 días a la semana. El sistema de derivación es directo desde Inspección Médica vía email (1er parte confirmatorio de baja). Los pacientes provienen de 7 Centros de Salud (población 82.000 personas). Se configura la agenda de forma diaria según los emails enviados, contactando telefónicamente con los pacientes, descartándose aquellos con traumatismos, cirugías, embarazos, no localizados, los que rechazan o las altas. Se realiza la valoración de los pacientes en consulta, según práctica clínica habitual. Se emite un informe médico (historia clínica, exploración física, pruebas complementarias realizadas o solicitadas, recomendaciones y tratamiento). Los datos se recogen en SPSS, procediendo a su posterior análisis.

Resultados: Durante estos últimos seis meses de seguimiento, se han recibido 354 emails. Han sido valorados en consulta 106 pacien-

tes, con las siguientes características: 54,3% mujeres y 45,7% hombres, media de edad 43,4 años, en el 95% realizaban trabajos físicos. Se objetivó patología axial en el 67,8% de los casos y periférica en el 32,2%. Los pacientes valorados con alguna patología reumática alcanzaron el 96%. La media de demora desde el inicio de la baja al envío del email fue de 12,2 día, y desde el inicio de la baja a la primera consulta de 6,7 días (incluyendo fines de semana). El 65,4% de los pacientes fueron dados de alta de la agenda ITME en la 1ª consulta, sin requerir interconsultas ni solicitud de pruebas diagnósticas, realizándose un Se realizaron infiltraciones al 8% de los pacientes, artrocentesis al 2%, ecografía en un 28% y se entregaron pautas de ejercicios al 76% de los pacientes. El número medio de consultas hasta el alta fue de 1,3. La media de tiempo desde el inicio de la baja hasta el alta fue de 21,1 días y desde la primera consulta hasta el alta por parte de Reumatología fue de 6,6 días.

Conclusiones: La consulta ITME hace posible la detección precoz de patología musculoesquelética reumatológica, permitiendo una actuación precoz que minimiza el número de pruebas solicitadas e interconsultas generadas y consigue un diagnóstico y tratamiento temprano de los pacientes, con los consiguientes beneficios que esto conlleva. Los pacientes valorados en consulta son principalmente de edad media, con trabajos físicos, patología mecánica, resolución del problema que causa la IT y reincorporación a la vida laboral de forma temprana. En el informe de alta, se incluyen recomendaciones de cara a minimizar futuras bajas (reenfoque laboral, ortesis, ejercicios, pautas de tratamiento en caso de reaparición de síntomas) y se les explica la importancia de involucrarse activamente en su patología para evitar que progrese.

279. VALIDACIÓN DE UNA APLICACIÓN PARA SMARTPHONES PARA EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON REUMATISMOS DE PARTES BLANDAS

C. Guillén Astete, V. Mendivil y J.L. Alba Barton

Centro Médico Fermín Caballero. Clínica Moncloa. Madrid.

Introducción: La adherencia terapéutica es el eje fundamental sobre el que se sustenta el éxito o fracaso terapéutico. Es de interés del clínico el contar con información referente a la respuesta terapéutica en el tiempo para comprender los condicionantes que hacen que un paciente limite su adherencia o la suspenda por completo. Sin embargo esta información es difícil de obtener en la práctica clínica por falta de tiempo o por dificultades del paciente al recordar detalles del día a día. El objetivo de este estudio es valorar la opinión de los usuarios de una aplicación de smartphone para el seguimiento de la evolución clínica y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades reumáticas.

Métodos: Se desarrolló una encuesta a los usuarios del REUMapp, un formulario desarrollado en la plataforma Google Form®. REUMapp es un formulario interactivo inteligente desarrollado para tres escenarios clínicos distintos: REUMapp-Esp (espondiloartritis), REUMapp-Cristal (gota y pseudogota), REUMapp-AR (artritis reumatoide) y

REUMapp-MSK (partes blandas). Los formularios fueron desarrollado sobre la base de unas fichas de papel previamente elaboradas para fines de seguimiento que los pacientes debían traer en cada consulta de revisión. Los formularios fueron diseñados para recoger información sobre la adherencia al tratamiento (dicotómica), modificaciones realizadas (nominal), efectos adversos (nominal) y respuesta terapéutica (escala numérica 1-10). Además, las aplicaciones REUMapp-Esp y REUMapp-AR incluyen recuentos de articulaciones dolorosas. Todas las aplicaciones requiere un tiempo de cumplimentación inferior a los 3 minutos y son de cumplimentación diaria. Según las respuestas que el paciente o su cuidador ingresan, el formulario se adapta para requerir otros datos adicionales. Todos los datos son remitidos a una base de datos a la que el clínico tiene acceso en cualquier momento y que ofrece información resumida consultable el día de la consulta o en cualquier momento. Entre el año 2014 y 2016, se instalaron 419 apps en teléfonos móviles de pacientes de la consulta privada de reumatología de dos centros de Madrid con expreso consentimiento de sus propietarios, pacientes de dichas consultas. Se realizó una encuesta anónima a todos los usuarios de las app a los 3 a 12 meses de su instalación que tuvieron al menos una consulta de revisión y que inicialmente utilizaron las fichas en papel. La encuesta se basó en preguntas de respuesta múltiple bajo el modelo de escala Likert de 7 niveles visuales horizontales equidistantes. Los apartados indagados fueron: Sencillez, consumo de tiempo y utilidad. Los encuestados fueron preguntados, además, por la utilidad del mismo modelo de formulario en su formato papel.

Resultados: 205 pacientes o cuidadores respondieron la encuesta. De ellos, 36 eran pacientes con artritis reumatoide, 23 con espondiloartritis, 68 con gota o pseudogota y el resto con reumatismos de partes blandas. Los resultados de las tres esferas de valoración se resumen en la tabla adjunta. En el análisis no paramétrico de la utilidad, la app fue más considerada más útil que el formulario en papel con un estadístico de contraste de Wilcoxon para datos pareados de -6,6589 (p < 0,0001).

Conclusiones: Las aplicaciones para smartphone descritas tienen una buena aceptación por parte de los pacientes en términos de utilidad, escaso consumo de tiempo y sencillez para su uso, y son consideradas más útiles que los modelos impresos.

280. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA AORTITIS PRIMARIA Y SECUNDARIA. ESTUDIO DE 93 CASOS DE UN MISMO CENTRO

N. Vegas-Revenga¹, J. Loricera¹, D. Prieto-Peña¹, J.L. Hernández², I. Martínez-Rodríguez³, J.I. Banzo³, M. Calderón-Goercke¹, V. Calvo-Río¹, L.C. Domínguez-Casas¹, C. González-Vela⁴, P. Fuentevilla¹, M.Á. González-Gay¹ y R. Blanco¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Interna; ³Servicio de Medicina Nuclear; ⁴Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Universidad de Cantabria. Santander.

Objetivos: La aortitis no infecciosa es una inflamación de la pared de la aorta que puede ser primaria o secundaria a otras patologías.

Tabla Póster 279

	Media	Mediana	Moda	Varianza	Desviación típica	Rango intercuartílico	Curtosis (EST)
Sencillez (1: Muy complejo de usar; 7: Muy simple de usar)	5,4927	5,0	7,0	2,2610	1,5037	2,0	0,8358
Completadas por el propio paciente	5,3453	5,0	6,0				
Completadas por un tercero, familiar o cuidador	5,5564	5,0	7,0				
Completados por el paciente y un terco, familiar o cuidador	5,6648	5,0	6,0				
Tiempo consumido (1: Muy poco tiempo; 7: Mucho tiempo)	3,4341	3,0	3,0	2,5911	1,6176	2,0	0,0678
Utilidad (1: Muy poca utilidad; 7: Muy útil).	5,4585	6,0	7,0	2,1319	1,4601	2,0	1,5696
Utilidad del modelo de papel (1: Muy poca utilidad; 7: Muy útil)	4,3902	5,0	5,0	3,5626	1,8875	3,0	-0,9363

Nuestro objetivo fue estudiar las diferencias existentes entre las aortitis primarias y secundarias.

Métodos: Estudio de los pacientes con aortitis diagnosticada por PET en un hospital universitario desde enero de 2010 hasta diciembre de 2016. Las aortitis las dividimos en dos grupos: grupo a) aortitis primarias y grupo b) aortitis secundarias a otros procesos. La comparación entre proporciones en ambos grupos, se realizó mediante el test de χ^2 de Pearson o el test de Fisher y entre las variables cuantitativas mediante las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney.

Resultados: En total se diagnosticaron 93 pacientes con aortitis mediante PET. De uno de los pacientes no disponíamos de los datos suficientes y se excluyó. El grupo a) estaba constituido por 54 pacientes (34 mujeres/20 varones) con una media de edad de $67,2 \pm 11,1$ años; el grupo b) estaba comprendido por 38 pacientes (28 mujeres/10 varones) con una edad media de $68,0 \pm 11,2$ años. En este grupo las patologías subyacentes fueron: arteritis de células gigantes (n = 24), arteritis de Takayasu (n = 3), espondiloartritis (n = 3), sd. Sjögren (n = 3), colitis ulcerosa (n = 2), sarcoidosis (n = 1), AR (n = 1), PAN (n = 1). El estudio comparativo entre los dos grupos se refleja en la tabla. Las únicas variables con diferencias significativas fueron la lumbalgia inflamatoria y el síndrome polimiálgico, que fueron más frecuentes en los pacientes con aortitis primaria. El resto de las variables no mostraron diferencia significativa entre ambos grupos.

	Grupo A (aortitis primaria) (n = 54)	Grupo B (aortitis secundaria) (n = 38)	P
Edad media \pm DE	67,2 \pm 11,1	68,0 \pm 11,2	0,73
Edad \geq 70 años, n (%)	21 (38,9)	18 (47,4)	0,42
Sexo (V/M)	20/34	10/28	0,28
Evolución desde inicio de los síntomas hasta realización de PET (meses), mediana [IQR]	12,5 [3-36]	19,5 [6-75,5]	0,29
Clínica al solicitar PET			
Síndrome constitucional, n (%)	15 (27,8)	14 (36,8)	0,24
Fiebre, n (%)	7 (13,0)	11 (28,9)	0,06
Lumbalgia inflamatoria, n (%)	23 (42,6)	7 (18,4)	0,015
Dolor irradiado EEII, n (%)	29 (53,7)	13 (34,2)	0,07
Sd. polimiálgico, n (%)	40 (74,1)	18 (47,4)	0,016
Cefalea, n (%)	7 (13,0)	11 (28,9)	0,06
Analítica al solicitar PET			
Anemia, n (%)	8 (14,8)	10 (26,3)	0,16
VSG, media \pm DE	44,7 \pm 31,6	42,1 \pm 38,3	0,42
PCR, mediana [IQR]	0,9 [0,6-2,3]	0,9 [0,2-2,6]	0,76
Tratamiento al realizar PET			
Proporción con esteroides, n (%)	25 (46,3)	23 (60,5)	0,18
Dosis de prednisona mg, mediana [IQR]	10 [5-10]	10 [7,5-16,9]	0,052
Proporción con inmunosupresor tradicional, n (%)	4 (7,4)	7 (18,4)	0,11

Conclusiones: En este estudio observamos que tanto la presencia de lumbalgia inflamatoria como el síndrome polimiálgico pueden tener relevancia clínica en la sospecha de una aortitis primaria. No obstante, se necesitan estudios más amplios para corroborar estos hallazgos.

281. ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: COMPARANDO EL ABORDAJE ENTRE DOS HOSPITALES DE DISTINTO NIVEL ASISTENCIAL

C. Peña¹, F. Rey¹, M.A. Blázquez¹, R. Blanco², A. Cruz¹ y P. Collado¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos: Describir las características clínicas, analíticas y manejo de arteritis de células gigantes (ACG) en dos centros sanitarios con diferente nivel asistencial y establecer si existen diferencias entre ellos.

Métodos: Estudio longitudinal retrospectivo (enero-1990 a nov-2015) de pacientes con ACG en HUMV y HUSO. Se revisaron variables demográficas, clínicas, analíticas y de tratamiento inicial y al año de seguimiento.

Resultados: Se identificó un total de 109 pacientes, 48 pacientes del HUMV y 61 pacientes del HUSO. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre las variables clínicas y analíticas entre ambos grupos. La realización de biopsia temporal se indicó en un alto porcentaje de pacientes de ambas poblaciones. Se observaron diferencias significativas en cuanto a la confirmación histológica, siendo positiva en más de un 75% del HUMV. Al analizar el manejo terapéutico, se encontraron diferencias significativas en la dosis de metilprednisolona (MP) inicial, siendo mayor en el HUSO. La dosis de esteroides al año del diagnóstico, el uso de bolos de MP y metotrexato fue similar en ambos grupos.

	HUMV (n = 48)	HUSO (n = 61)	Valor de p
Edad, media \pm DE (rango), años	75 \pm 7,1 (60-89)	78,3 \pm 8 (55-93)	0,03*
Mujeres (%)	33 (68,7)	45 (73,3)	
Tiempo medio hasta el diagnóstico (días)	59,5 \pm 61,4	62,7 +/- %44,6	0,76
VSG mm/h	83 \pm 28	80,1+/- ? 28	0,6
Biopsia de arteria temporal (%)	47 (97,95)	752 (85)	
Confirmación histológica (%)	39 (82,9)	31 (59)	0,05*
Dosis media inicio metilprednisolona (mg/d)	46,5 \pm 14,62	52 \pm 13,8	0,03*
Bolos de metilprednisolona 500 mg/d \times 3 días (%)	5 (10,4)	4 (6,5)	
Dosis media de prednisona al año (mg/d)	8,4+/-3,95	8,2+/-75,4	0,49
Pacientes con metotrexato en el primer año (%)	10 (20,8)	12 (19,6)	

HUMV: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, HUSO: Hospital Universitario Severo Ochoa, Dco: diagnóstico, MTP: metilprednisona, MTX: metotrexato. *Significación estadística.

Conclusiones: Los resultados reflejan que el manejo de la ACG es similar independientemente del nivel asistencial del centro sanitario.

282. APLICACIÓN DE NUEVOS MODELOS FORMATIVOS EN LA PEDAGOGÍA TRANSVERSAL DE LA REUMATOLOGÍA: EL APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS

C. Guillén Astete, A. Braña Cardeñosa, M. Zamorano Serrano, P. Gallego Rodríguez y C. de la Casa Resino

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Varios modelos pedagógicos se han ido incorporando a las estrategias docentes disponibles en distintas áreas del conocimiento en los últimos años. Entre ellas destaca el modelo del aprendizaje cooperativo (AC) cuya incursión en la formación médica data del año 2000 y de la que no existe antecedente documentado en la formación transversal de los contenidos de nuestra especialidad. El modelo AC consiste en un modelo pedagógico en el que el alumno debe resolver problemas propuestos por el profesor haciendo uso de múltiples herramientas (algunas de ellas provistas por el profesor y otras a su alcance individual o grupal) y sobre el que posteriormente el profesor media un debate constructivo del que se obtienen conclusiones globales. El objetivo del presente estudio fue medir el impacto del efecto de este modelo en contraposición con el modelo tradicional durante la puesta en marcha de un curso de formación para residentes de segundo año todas las especialidades médicas en el manejo de la lumbalgia aguda no traumática en un medio de urgencias.

Métodos: Se revisaron los registros de atención médica de pacientes que consultaron por lumbalgia a lo largo de 12 meses. Los registros se agruparon en función del modelo pedagógico de curso al que asistieron los residentes responsables de la atención inmediatamente antes del periodo de seguimiento. Los cursos fueron impartidos

por ponentes expertos en el tema, uno de ellos con conocimiento de la dinámica del AC. La adjudicación de residentes a cada curso se realizó en función de la disponibilidad horaria de los alumnos sin influir en ello su correspondiente programa formativo MIR, sin límite de plazas. Ambos cursos tuvieron una duración de 120 minutos con un intermedio de 15 minutos. El modelo FT incluyó una charla magistral apoyada en una presentación proyectada con casos clínicos representativos y orientado a la participación del alumno mediada por el profesor. En el análisis se excluyeron a los residentes de Reumatología. Las variables principales de análisis fueron: Adherencia a la indicación de pruebas de imagen AIPI, adherencia a las indicaciones de manejo terapéutico (AIMT) y tasa de recidivismo a los 15 días. Los contenidos de ambos cursos fueron consensuados para ser homogéneos en ambos cursos.

Resultados: En el grupo AC se incluyeron 175 registros y en el grupo de formación tradicional (FT) 219. Ambos grupos estuvieron formados por 20 MIRes. La proporción de AIPI fue 73,3% y 60,2% en los grupos AC y FT, respectivamente ($p < 0,01$), sin embargo en el primer trimestre de la evaluación ambas proporciones fueron 80,2% y 79,5%, respectivamente. La proporción de AIMT fue 69,9% y 55,7%, respectivamente ($p < 0,001$), sin embargo, sólo en el primer trimestre las proporciones fueron 77,1% y 76,9%, respectivamente. La tasa de recidivismo global del grupo AC fue 8,7% mientras que la del grupo FT fue 17,5% ($p < 0,001$). En las encuestas de satisfacción, el grupo AC valoró el curso con una puntuación de 9,1 DE 1,3 mientras que el grupo FT valoró el curso con una puntuación de 8,2 DE 1,4 ($p < 0,05$).

Conclusiones: El método pedagógico AC demuestra un mayor impacto académico en términos de retención de conceptos que el método FT y que se evidencian en el ejercicio clínico. Este beneficio es mucho más patente a largo plazo. En nuestra opinión, el modelo pedagógico AC es pedagógicamente superior.

283. PREVALENCIA ECOGRÁFICA DE SINOVITIS SUBCLÍNICA DE LA MANO EN PACIENTES LÚPICOS

C. Guillén Astete, M. Revenga Martínez y A. Zea Mendoza

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: De la misma forma que con otras patologías sistémicas con afectación articular, el interés por determinar la existencia de sinovitis en pacientes lúpicos es el propósito de la exploración física en cada revisión. En el lupus eritematoso sistémico el conocimiento de la existencia de sinovitis subclínica ciñe a escasos estudios de pacientes no seleccionados con o sin actividad clínica articular. Nuestro objetivo es determinar la prevalencia de sinovitis en una cohorte de pacientes con LES sin artropatía clínicamente evidente.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo sobre 96 pacientes con LES sin síntomas articulares (Grupo 0), con artralgias intermitentes (Grupo I) y con artritis intermitente sin deformaciones ni erosiones (Grupo II). Se realizó una ecografía sistemática del carpo, 2º y 3º MCF de la mano no dominante. Los hallazgos ecográficos se organizaron siguiendo las recomendaciones de nomenclatura de sinovitis y señal PD estándar de EULAR de forma categórica y semicuantitativa por medio del índice compuesto de sinovitis (ICT).

Resultados: Seis pacientes del grupo 0 presentaron algún grado de sinovitis (30%), 13 del grupo I (38,2%) y 18 del grupo II (42,8%). del total de pacientes, la proporción de sujetos con al menos un hallazgo ecográfico indicativo de sinovitis fue 38,5%. A nivel de la 2MCF, 4 pacientes (20%) del grupo 0 presentaron con algún grado de sinovitis, uno de los cuales 1 (5%) presentó señal PD positiva. El índice compuesto de sinovitis y señal PD (ICSa) fue 0,3 DE 0,36. En el grupo I, 9 pacientes (26,5%) presentaron algún grado de sinovitis, 4 de los cuales, además presentaron señal PD positiva (11,8%). El ICSa para este grupo fue 0,44 DE 0,48. En el grupo II 15 pacientes presentaron algún grado de sinovitis (35,7%) y 6 presentaron señal PD positiva

(14,3%). El ICSa para este grupo fue 0,59 DE 0,55. En total, se detectó sinovitis en 28 de los 96 pacientes (29,2%) y señal PD en 11 (11,5%). A nivel de la 3MCF, 5 pacientes (25%) del grupo 0 presentaron con algún grado de sinovitis, uno de los cuales 1 (5%) presentó señal PD positiva. El índice compuesto de sinovitis y señal PD (ICSa) fue 0,3 DE 0,36. En el grupo I, 8 pacientes (23,5%) presentaron algún grado de sinovitis, 3 de los cuales, además presentaron señal PD positiva (8,8%). El ICSa para este grupo fue 0,38 DE 0,46. En el grupo II, 15 pacientes presentaron algún grado de sinovitis (35,7%) y 4 presentaron señal PD positiva (9,5%). El ICSa para este grupo fue 0,57 DE 0,61. En total, se detectó sinovitis en 27 de los 96 pacientes (28,1%) y señal PD en 8 (8,3%). En el estudio de la región dorsal del carpo se identificó sinovitis en 5 pacientes del grupo 0 (25%) y señal PD en 3 (15%). El ICSa para este grupo fue 0,5 DE 0,54. En el grupo I se identificaron 12 pacientes con sinovitis (35,3%) y 5 con señal PD (14,7%). El ICSa para este grupo fue 0,58 DE 0,54. En el grupo II se identificaron 16 pacientes con sinovitis (38,1%) y 8 pacientes con señal PD (19,0%). El ICSa para este grupo fue 0,61 DE 0,51. En total, de los 96 pacientes, 33 (34,4%) presentaron algún grado de sinovitis en el carpo y 16 tuvieron señal PD (16,7%).

Conclusiones: Este es el primer estudio ecográfico de pacientes lúpicos en el que se excluyen las formas deformantes o con erosiones. Hemos demostrado que aproximadamente un 1/3 de pacientes sin clínica articular presentan algún grado de sinovitis detectable por ecografía. Su significado pronóstico requiere estudios posteriores.

284. AFECTACIÓN PULMONAR EN LA ARTRITIS REUMATOIDE TRATADA CON TERAPIAS BIOLÓGICAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

E. Guerrero Basterretxea¹, M.L. García Vivar¹,
E. Galíndez Aguirregoicoa¹, E. Ruíz-Lucea¹, I. Torre Salaberri¹,
L. Estopiñán Fortea¹, O. Fernández Berrizbeitia¹,
A. Inchaurre Pellejero¹, C. Pérez Velásquez¹, J.M. Blanco Madrigal¹,
I. Calvo Zorrilla¹, O. Ibaranguoitia Barrena¹, N. Rivera García¹
e Í. Gorostiza Hormaeche²

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Estadística. Hospital Universitario de Basurto. Vizcaya.

Introducción: La introducción de las terapias biológicas (TB) ha supuesto un cambio en el manejo y la evolución de la artritis reumatoide (AR). La afectación extraarticular clásica es mucho más infrecuente, salvo la afectación pulmonar, que puede tener diferentes causas y complicar el tratamiento y el pronóstico de nuestros pacientes.

Objetivos: Evaluar la presencia de afectación pulmonar en los pacientes con AR y tratamiento con TB en nuestro hospital, valorar su gravedad y las modificaciones de tratamiento que conlleva.

Métodos: Revisión de 208 pacientes con AR que han recibido tratamiento con TB en los últimos 5 años (enero del 2012 a diciembre del 2016). Se excluyen 23 casos de enfermedad pulmonar previa por otras causas (OCFA, asma, bronquiolitis del fumador). Se incluyen 26 pacientes de los que se recogen datos demográficos, de su AR en el momento del diagnóstico de la afectación pulmonar, subtipos de la misma, así como evolución y cambios de tratamiento. El análisis estadístico se realiza con SPSS v22.

Resultados: De los 26 pacientes incluidos, 73,1% son mujeres, con media de edad de 59 años (31-80); el 53,8% nunca han sido fumadores. Son pacientes con AR evolucionada (mediana 176,92 meses, DE 119,34); sólo 2 con AR de menos de un año. Son seropositivos (85% FR positivo, 57,7% a títulos medios-altos), con anti PCC positivo en 69,2% (40% a títulos medios-altos), y AR erosiva en 70%. El 25% presenta otras manifestaciones extraarticulares (3 nodulosis reumatoide, 4 afectación cardíaca). La mitad de los pacientes estaba en remisión o baja actividad (DAS 28), y la mediana de PCR fue

0,52 mg/dl (DE 1,72). El 90% de los pacientes había recibido metotrexato y casi la mitad leflunomida; un 30% había sido tratado con TB (la mitad con anti TNF). La afectación pulmonar más frecuente (57,7%) fue la enfermedad pulmonar intersticial (EPI), y la neumonía intersticial no específica (NINE) el patrón más prevalente (> 60%). También encontramos enfermedad obstructiva (11,5%) y afectación vascular (7,7%). El 40% de los pacientes tuvo una Rx normal (todos TC patológico). Las pruebas de función respiratoria fueron normales en un 58%, con patrón restrictivo en el 31,5% y DLCO disminuida en 3/4 de las EPI. El tratamiento se modificó en un 53,8% de los casos (el FAME se mantuvo en 68% y la TB en 64%). El tiempo medio de evolución de la afectación pulmonar es de 37,85 meses (1-156). El 80% de los pacientes han permanecido estables o han mejorado de su artritis y de la afectación respiratoria. Un paciente precisó trasplante pulmonar y otro falleció. No se demuestra asociación entre los diferentes tipos de afectación pulmonar y edad, género, exposición a los distintos fármacos ni con las demás variables analizadas en el estudio. Tampoco se observan diferencias significativas entre el tipo de afectación pulmonar y la evolución de nuestros pacientes con respecto a su AR, y hasta 80% de los pacientes con EPI se estabilizan o mejoran.

Conclusiones: La prevalencia de enfermedad pulmonar de nuestras AR en tratamiento biológico es similar a otros estudios observacionales (10-20%), ya que el diagnóstico viene dado por detección casual en Rx tórax o por estudio por clínica respiratoria (tos, disnea...). La evolución ha sido favorable por la alta prevalencia de NINE, que precisa menor intervención terapéutica. La búsqueda protocolizada de enfermedad pulmonar en pacientes con AR parece fundamental para el estudio de la misma, de su etiopatogenia y manejo.

285. ANÁLISIS DE LA RESISTENCIA A LA INSULINA EN UNA COHORTE DE INCEPCIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

S. Manrique-Arija¹, N. Mena-Vázquez¹, I. Ureña-Garnica¹, S. Abad-Sánchez², M. Rojas-Giménez¹, L. Ginel², L. Cano-García¹, C. Fuego¹, C. Domic¹, F.G. Jiménez-Núñez¹, G. Díaz-Cordovés¹, M. Rodríguez-Pérez¹, V. Coret¹, Á. Belmonte¹, M.V. Irigoyen¹ y A. Fernández-Nebro¹

¹UGC de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Hospital Regional Universitario de Málaga. Universidad de Málaga. ²Centro de Salud de Ciudad Jardín. Guadalmedina.

Objetivos: Describir la resistencia a la insulina (RI) en los pacientes con artritis reumatoide (AR) y compararla con controles sanos y analizar la asociación entre la carga inflamatoria acumulada en los pacientes con AR y la RI.

Métodos: Estudio observacional de casos y controles. Casos: pacientes con AR (ACR/EULAR 2010) diagnosticados durante los años 2007 a 2011, > 16 años, que están siendo seguidos prospectivamente con protocolo prediseñado. Los pacientes con diabetes mellitus (según criterios ADA 2010) fueron excluidos. Controles: fueron seleccionados aleatoriamente de un centro de Salud de la zona hospitalaria y fueron emparejados según sexo, edad e IMC. Protocolo: se recogieron todos los pacientes de una cohorte de incepción de pacientes con AR. Se citaron en consulta a todos los casos y controles y se determinaron los datos clínicos de actividad de la enfermedad, valores analíticos y prueba de sobrecarga de glucosa. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado y el estudio fue aprobado por el CEIC del hospital de Referencia. Desenlace primario: RI medida por el modelo de evaluación de la homeostasis para resistencia a la insulina (HOMA-RI) (> 2,29 $\mu\text{U}^*\text{mmol/ml}$). Desenlaces secundarios: RI medido por índice de sensibilidad a la Insulina (QUICKI) (< 0,337 $\mu\text{U}^*\text{mmol/ml}$) y por el modelo de evaluación de la homeostasis para predecir la producción de la célula

(HOMA β). Otras variables: Socio-demográficas, comorbilidades, clínico-analíticas: Obesidad (IMC = 30), DAS28-VSG. Valores de glucosa e insulina pre y post sobrecarga. Análisis estadístico: Análisis descriptivo, bivalente mediante t-Student y χ^2 , seguido de regresión logística binaria (RLB) en pacientes con AR (Vd: resistencia insulina). **Resultados:** Sesenta y dos sujetos fueron estudiados, de los cuales fueron excluidos 8 sujetos tras la realización del test de sobrecarga (4 pacientes diabéticos y sus respectivos controles). Finalmente se incluyeron 54 sujetos; 27 AR y 27 controles sanos. La media de edad de los pacientes con AR fue de 52,2 (12,1). La mayoría eran mujeres (88,9%), con AR seropositiva (FR 81,5% y ACPA 74,1%) y erosiva (63%). La duración media de la enfermedad fue de 85,6 meses (27,1) y una actividad promedio desde el inicio de la enfermedad (DAS28) de 2,98 (0,9). Las diferencias clínicas y en parámetros relacionados con RI entre casos y controles se muestran en la tabla. No se observaron diferencias significativas en la proporción de sujetos con RI en casos y controles. El 33,3% de los pacientes con AR tenían RI. En análisis multivariante se observó que la única variable independiente que se asociaba a la RI en los pacientes con AR fue la actividad de la enfermedad (OR [IC95%] = 3,6 [1,0-12,9]; p = 0,045).

Características clínicas de los casos y controles

Variable	Casos (n = 27)	Controles (n = 27)	P valor
Edad en años, media (\pm DE)	52,2 (12,0)	52,3 (12,3)	0,979
Sexo, mujer; n (%)	24 (88,9)	24 (88,9)	1
Comorbilidades			
IMC > 30 (obesidad), n (%)	5 (18,5)	4 (14,8)	0,715
IMC, media (\pm DE)	26,7 (4,6)	26,3 (5,4)	0,776
Perímetro cintura (cm), media (\pm DE)	88,7 (13,2)	89,1 (14,4)	0,891
Perímetro cadera (cm), media (\pm DE)	103,9 (9,5)	106,8 (15,8)	0,395
Dislipemia, n (%)	5 (18,5)	7 (25,9)	0,513
Hipertensión arterial, n(%)	3 (11,1)	6 (22,2)	0,273
Índices de resistencia a la insulina			
HOMA-RI > 2,25, n (%)	9 (33,3)	7 (25,9)	0,551
HOMA-RI, media (\pm DE)	1,9 (1,0)	1,7 (1,1)	0,514
HOMA-B, media (\pm DE)	41,03 (22,3)	37,7 (25,26)	0,630
QUICKI, media (\pm DE)	0,35 (0,0)	0,36 (0,0)	0,255

Conclusiones: El único predictor de RI en los pacientes con AR fue la actividad inflamatoria medida DAS28. No encontramos una mayor RI en pacientes con AR comparado con controles sanos, pudiendo asociarse a que los pacientes están bien tratados y la actividad inflamatoria controlado en la mayoría de ellos. El único predictor de RI en los pacientes con AR fue la actividad inflamatoria medida DAS28. Ayudas: beca FER 2015 para proyectos no financiados (Fundación Española de Reumatología).

286. ESTUDIO DE LA SARCOIDOSIS ARTICULAR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Garijo Bufort¹, E. Vallejo Pascual², C. Moriano Morales¹, M. Retuerto Guerrero¹, C. Íñiguez Ubiaga¹, A. Crespo Golmar¹, A. López Robles¹, C. Álvarez Castro¹, E. Díez Álvarez¹, M. Martín Martínez¹ y T. Pérez Sandoval¹

¹Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.

²Facultad de CC. EE. y Empresariales. Universidad de León.

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa sistémica, siendo la afectación articular una manifestación poco estudiada.

Objetivos: Describir las características clínicas y demográficas de los pacientes con sarcoidosis, atendiendo especialmente a la afectación articular y su posible relación con otras manifestaciones extra-articulares, así como la necesidad de tratamiento.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, en el que se incluyeron 104 pacientes ingresados en el Hospital de León entre enero 2011 y diciembre 2015 con diagnóstico principal o secundario de

sarcoidosis; en base a debut clínico, pruebas de imagen y/o estudio anatomopatológico. Las variables estudiadas fueron: edad al diagnóstico, sexo, tipo de afectación articular, formas de afectación extraarticular, parámetros serológicos: enzima convertidora de angiotensina (ECA), proteína C reactiva (PCR) y fármacos recibidos. El análisis estadístico se ha realizado mediante SPSSv22.0, con $p < 0,005$.

Resultados: El 57,7% de los pacientes incluidos fueron mujeres con una edad media al diagnóstico de $53,42 \pm 18,4$ años. A nivel sistémico, presentaron fiebre el 35%, linfadenopatías el 66,3% y esplenomegalia el 4,8%. El 97,1% de los pacientes presentó afectación pulmonar, siendo el estadio II el más frecuente (46,2%). Sólo 8 pacientes tuvieron alteraciones cardíacas, en forma de miopericardopatía, valvulopatía o arritmia. Se objetivó afectación ocular en el 10,6%, predominando la uveítis. La manifestación renal más frecuente fue la hipercalcúria (6,7%), asociando enfermedad renal crónica en un 3,8%. La presencia de afectación neurológica fue excepcional, detectándose 3 casos de neurosarcoidosis. Dentro de la afectación cutánea (2,9%), predominó el eritema nodoso (17,3%). Los niveles de PCR fueron normales en el 44,3% (< 5 mg/dl) y se observaron títulos elevados de la misma en el 25,3% de la muestra (> 30 mg/dl). El 62,6% presentaron cifras patológicas de ECA. La clínica articular estuvo presente en el 38,5% pacientes (14,4% en forma de artralgia, 2,9% periartritis, 13,5% artritis aguda, 4,8% artritis crónica y 2,9% sacroileítis). El 19,23% debutó como síndrome de Löefgren, viéndose asociación entre la presencia de artritis aguda y eritema nodoso ($p 0,000$). La edad media observada en los pacientes con artritis aguda fue inferior al resto de pacientes con otras manifestaciones articulares ($p 0,044$) y se observó una relación estadísticamente significativa entre la ausencia de clínica articular y ocular ($p 0,011$). En cuanto al tratamiento de las manifestaciones articulares, el 30,77% de los casos se resolvió con AINES, el 46,15% corticoides en monoterapia y el 15,38% precisó asociar un inmunosupresor. En nuestro estudio, la mayoría de los pacientes tratados con corticoides no presentaron afectación articular ni ocular ($p 0,018$), aunque al analizar la afectación ocular por separado, muchos recibieron tratamiento corticoideo (42,86%). Sólo un paciente precisó adalimumab por uveítis refractaria y otro presentó sarcoidosis inducida por anti-TNFa (infliximab).

Conclusiones: La afectación pulmonar es la predominante en los pacientes con sarcoidosis. La artritis aguda aparece en pacientes más jóvenes y se relaciona con la aparición de eritema nodoso. La clínica articular no suele ser grave y, aunque no ha podido demostrarse, parece que el uso de corticoides predomina en las manifestaciones extraarticulares. Sólo 1 de cada 4 pacientes presentó elevación de reactantes de fase aguda.

287. TOCILIZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN 31 PACIENTES CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES. EVOLUCIÓN A CORTO Y LARGO PLAZO

L.C. Domínguez-Casas¹, J. Loricera¹, J.L. Hernández¹, S. Castañeda², A. Mera³, E. Pérez-Pampín³, E. Peiró¹, A. Humbría², J. Calvo-Alén⁴, E. Aurrecochea⁴, J. Narváez⁵, A. Sánchez-Andrade⁶, P. Vela⁷, E. Díez⁸, C. Moriano⁸, C. Mata⁹, P. Lluch¹⁰, C. Moll¹⁰, Í. Hernández¹¹, V. Calvo-Río¹, J. Ivorra¹², A. Corrales¹, F. Ortiz-Sanjuán¹², C. González-Vela¹, M.Á. González-Gay¹ y R. Blanco¹

¹Servicio de Reumatología y Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Universidad de Cantabria. Santander. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-IP. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital de Sierrallana. Torrelavega. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital de Bellvitge. Barcelona. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. ⁸Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital de Laredo. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Mateu Orfila. Menorca. ¹¹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ¹²Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Objetivos: La arteritis de células gigantes (ACG) puede ser refractaria al tratamiento esteroideo habitual. La eficacia de los inmunosupresores clásicos no está bien establecida. Se ha demostrado la eficacia de tocilizumab (TCZ) en dos ensayos clínicos a corto plazo (1 año). Nuestro objetivo fue evaluar en práctica clínica habitual la eficacia del TCZ a corto y largo plazo en pacientes con ACG refractarias o con efectos secundarios al tratamiento esteroideo tradicional. **Métodos:** Estudio multicéntrico de 31 pacientes con ACG tratados con TCZ a dosis inicial de 8 mg/kg/iv/4 semanas ($n = 29$) y 162 mg/sem/sc ($n = 2$). Se evaluó la eficacia clínica, analítica, y en la reducción de la dosis de corticoides, así como los efectos secundarios tanto a corto como a largo plazo (más de un año), así como la posibilidad de suspensión y reducción de dosis.

Resultados: Los 31 pacientes (24 mujeres/7 varones) al inicio del TCZ tenían una edad media de 73 ± 9 años y las siguientes manifestaciones clínicas: polimialgia reumática ($n = 21$), síndrome constitucional ($n = 11$), astenia ($n = 8$), cefalea ($n = 8$), afectación visual ($n = 4$) y claudicación mandibular ($n = 3$). Además de los corticoides, 26 habían recibido inmunosupresores tradicionales y/o terapia biológica. Tras el inicio del TCZ en 27 de los 31 pacientes se alcanzó una mejoría clínica y analítica rápida y mantenida (tabla). Tras una mediana de tratamiento con TCZ de 18 [6-30] meses, se observó una disminución en la mediana de la: a) proteína C reactiva desde 1,9 [1,1-3,7] hasta 0,1 [0,1-0,7] mg/dL b) velocidad de sedimentación global desde 44 [16-79] hasta 12 [4-16] mm/1^a hora y c) dosis de prednisona desde 20 [10-45] hasta 2,5 [0-7,5] mg/día. En ese período de seguimiento la evolución del tratamiento con TCZ ha sido la siguiente: a) suspensión del TCZ ($n = 8$) por remisión prolongada, b) reducción de dosis por mejoría ($n = 5$) o efectos secundarios ($n = 2$), c) retirada por efectos secundarios ($n = 7$) y d) misma dosis que al inicio ($n = 8$). Las causas de suspensión fueron: neutropenia grave; neumonía recurrente; infección por citomegalovirus; crisis hipertensiva durante infusión; síndrome mielodisplásico; adenocarcinoma de colon; y deterioro general. Este último falleció a consecuencia de un ictus. Igualmente, otro paciente también falleció tras la segunda infusión de TCZ a consecuencia de un ictus en el contexto de una endocarditis infecciosa. En otro paciente hubo que reducir la dosis por ITU de repetición. Otro paciente mejoró con el TCZ pero también fue necesario reducir la dosis por neutropenia moderada.

Conclusiones: El TCZ parece eficaz a corto y largo plazo en ACG refractarias siendo posible la suspensión u optimización de la dosis por remisión de la ACG. Sin embargo, en la ACG que es una vasculitis de edad avanzada, no son infrecuentes los efectos secundarios, especialmente las infecciones y la neutropenia, por lo que es necesaria una monitorización adecuada.

Tabla Póster 287

	Basal	Mes 6	Mes 12	Mes 18	Mes 24
Mejoría clínica†,%		100** (27/27)	95** (20/21)	85** (11/13)	100** (11/11)
Parámetros analíticos, mediana [IQR]					
VSG	44 [17-74]** (28)	6 [2-11]** (24)	7,5 [3-23]** (18)	9,5 [2-19]* (12)	6 [2-14]** (10)
PCR	1,9 [1,1-3,7]** (31)	0,1 [0,1-0,7]** (27)	0,2 [0,1-0,7]** (19)	0,1 [0,1-0,5]** (13)	0,2 [0,1-0,4]** (11)
Dosis de corticoides, mediana [IQR]	20 [10-45]** (31)	5 [5-9]** (29)	3,75 [0-5]** (21)	2,5 [0-5]** (13)	2,5 [0-5]** (11)

Entre paréntesis se muestra el número de pacientes con dato disponible. †Mejoría en al menos uno de los motivos clínicos que motivó el tratamiento. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (test de Wilcoxon).

288. TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS A LO LARGO DE DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA

R. Roselló Pardo, B. García Magallón, G. Villacampa Naverac y M.L. Nogués Périz

Hospital San Jorge. Huesca.

Introducción: Estudiamos las características del uso de tratamientos biológicos (TB) en pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APso) y espondilitis anquilosante (EA) a lo largo de diferentes etapas de la vida: jóvenes, adultos y ancianos.

Métodos: Pacientes con una de estas enfermedades reumáticas (AR, APso, EA) tratados en Reumatología del Hospital San Jorge de Huesca con TB desde el año 2000. Se separan en tres grupos: jóvenes (< 30 años), adultos (entre 40 y 60 años) y ancianos (mayores 70 años) según la edad al inicio del tratamiento biológico. Variables: edad: jóvenes (< 30 años), adultos (entre 40 y 60 años) y ancianos (mayores 70 años) según la edad al inicio del tratamiento biológico. Sexo: varón o mujer. Diagnóstico: AR, APso o EA. Comorbilidades: (diabetes, osteoporosis, necesidad quimioprofilaxis de tuberculosis primaria) en el momento del inicio de TB. TB indicada en primer lugar: infliximab, etanercept, adalimumab, golimumab, rituximab, abatacept o tocilizumab. Actividad enfermedad (DAS28 en AR/APso o BASDAI en APso/EA) al inicio de TB y en la última visita. Duración de TB. Supervivencia del primer TB. Motivo de retirada o cambio de TB. Las variables están recogidas en base datos Access y tratadas mediante programa SPSS-12. Los resultados aparecen en las tablas 1 (AR), 2 (APso) y 3 (EA).

Tabla 1: A. reumatoide

	Edad < 30	Edad 40 a 60	Edad > 70
Nº casos	2	118	49
Edad	24 ± 2,8	48,9 ± 8,8	75,3 ± 3,5
Sexo	100% mujeres	78,8% mujeres	83,7% mujeres
Años evolución	2,5 ± 2,1	5,6 ± 6	9,8 ± 8,5
Quimioprofilaxis	0	27%	26,5%
Osteoporosis	0	21,5%	28,6%
Diabetes	0	6,5%	12,2%
Fármaco 1 ^{er} biológico			
Enbrel	0%	33%	45%
Humira	0	20%	20,4%
Simponi	100%	43%	30,6%
Roactemra	0	2%	2%
Actividad DAS-28 inicio	0	2%	0
Actividad BASDAI inicio	4,11 ± 0,44	5,16 ± 1,15	4,86 ± 1,11
Actividad BASDAI final	2,27 ± 1,24	2,74 ± 1,17	3,33 ± 1,17
Motivo retirada	0	143,8 +7-180,8	106,4 ± 94,6
Efectos adversos/Exitus	0	38%	36,7%
Otros: remisión, embarazo, pérdida seguimiento...	0	59%	61,3%

Tabla 2. A. psoriásica

	Edad < 30	Edad 40 a 60	Edad > 70
Nº casos	4	60	6
Edad	25,75 ± 0,9	55,8 ± 4,24	79,35 ± 8,13
Sexo	75% mujeres	51,7% mujeres	33,3% mujeres
Años evolución	3,5 ± 3,7	7,53 ± 6	11,2 ± 7,3
Quimioprofilaxis	0	41,7%	0
Osteoporosis	0	5%	16,7%
Diabetes	0	5%	16,7%
Fármaco 1 ^{er} biológico			
Enbrel	50%	21,7%	33,3%
Humira	25%	31,7%	66,7%
Simponi	25%	43,3%	
Ustekinumab		1,7%	
Actividad BASDAI inicio	4,01 ± 0,25	4 ± 1,2	4,64 ± 1,04
Actividad DAS final	4,5 ± 2,6	4,83 ± 2,12	3
Actividad BASDAI final	2,11 ± 0,81	2,57 ± 1,06	4 ± 0,91
Semana retirada	3,3 ± 2,19	3,75 ± 2,5	4 ± 4,24
Motivo retirada	23,7 ± 5,7	95 ± 2,1	76 ± 21,2
Efectos adversos/Exitus	50%	65%	16,7%
Otros: remisión, embarazo, pérdida seguimiento...	0	33%	66,6%

Tabla 3. Espondiloartritis

Nº casos	Edad < 30	Edad 40 a 60	Edad > 70
Edad	18	63	1
Sexo	24 ± 5	50 ± 5,8	71
Años evolución	61% mujeres	41,3% mujeres	100% mujer
Quimioprofilaxis	5 ± 4,6	10,4 ± 11,5	10
Osteoporosis	16,7%	28,6%	100%
Diabetes	0	6,5%	100%
Fármaco 1 ^{er} biológico			
Enbrel	22,20%	33%	100%
Humira	44,40%	37,50%	
Simponi	33,30%	29,50%	
Actividad BASDAI inicio	3,36 ± 1,42	3,52 ± 1,15	3,98
Actividad DAS final	5,11 ± 2	5,32 ± 1,87	7,28
Actividad BASDAI final	2,21 ± 0,98	2,47 ± 0,83	2,3 ± 0,8
Semana retirada	2,28 ± 1,71	3,91 ± 1,87	4,8 ± 0,28
Motivo retirada	127,3 ± 125,7	11,6 ± 170,3	38
Efectos adversos/Exitus	22,20%	15%	100%
Otros: remisión, embarazo, pérdida seguimiento...	13,60%	59%	0

Conclusiones: 1. Edad: En las tres enfermedades predomina el inicio de TB entre los 40 y 60 años. 2. Sexo: el TB se indica más frecuentemente en mujeres, sobre todo en AR. En el grupo de varones, predomina la indicación en APso ancianos (66,3%) y en EA adultos (58,7%). El diagnóstico más frecuente es el de AR, seguido de EA. 4. Tiempo evolución enfermedad previo al inicio TB: es mayor cuanto mayor es la edad del paciente. 5. La comorbilidad aumenta con la edad y es 4 veces más frecuente en pacientes con AR. Destaca la elevada prevalencia de osteoporosis en AR y de diabetes tanto en AR como en APso. Los jóvenes raramente precisan quimioprofilaxis para tuberculosis. 6. Actividad de la enfermedad (medida por DAS28/BASDAI) al inicio de TB resultó similar en todos los grupos de edad (entre 4 y 5 para DAS-28 y entre 4,5 y 5,5 para BASDAI). 7. La actividad de la enfermedad se reduce en todos los grupos de edad con TB, pero en los más jóvenes se llega más frecuentemente a la remisión, en los adultos a situación de baja actividad inflamatoria y en los ancianos, aunque mejoran, no se consigue generalmente cifras de baja actividad. 8. Uso de TB: Los antiTNF (infliximab, adalimumab, etanercept) son los de uso más frecuente en cualquier grupo de edad. Esto se puede explicar porque en Aragón existe un protocolo que prioriza como primera indicación terapia antiTNF, salvo contraindicaciones. En pacientes más jóvenes se prescribe más frecuentemente TB en forma subcutánea, mientras que infliximab se utiliza más en ancianos. 9. Supervivencia de la TB: Es de media 2 años (de 97,7 a 148 semanas). 10. Motivo de retirada de la TB: Los acontecimientos adversos suman hasta 2/3 de las causas de retirada de TB. La falta de respuesta o recaída es otro motivo frecuente de abandono (del 15 al 22,7% de los casos en EA, 37% en AR y del 50 al 65% de los casos en APso). Se explica porque se considera también motivo de retirada la falta de respuesta a nivel cutáneo. En "otros" se incluye: pérdidas de seguimiento, casos de remisión, voluntad del paciente, embarazo... que hemos agrupado por el escaso número de casos.

289. UNA BAJA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA SE ASOCIA CON CASI 4 VECES MÁS RIESGO DE MAL CONTROL DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

C. Fuego, N. Mena-Vázquez, M. Rojas-Giménez, S. Manrique-Arija, I. Ureña-Garnica, C. Domic, M.C. Ordóñez-Cañizares, F.G. Jiménez-Núñez, G. Díaz-Cordovés, L. Cano-García, R. Caparrós-Ruiz, M.V. Irigoyen-Oyarzábal y A. Fernández-Nebro

UGC de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Hospital Regional Universitario de Málaga. Universidad de Málaga.

Objetivos: Estudiar el grado de adherencia a la dieta mediterránea de los pacientes con artritis reumatoide (AR) y su relación con la actividad de la enfermedad.

Tabla Póster 289

Variables	Pacientes
Demográficas	
Edad (años), media (DE)	57 (11,38)
Sexo (mujer), n (%)	49 (72,1)
Erosiones, n (%)	43 (63,2)
Factor reumatoide positivo, n (%)	58 (85,3)
ACPA positivo, n (%)	54 (79,4)
Duración enfermedad, media (DE)	81,7 (26,2)
Predimed (cuestionario dieta mediterránea)	
Adherente, n (%)	41 (60,3)
No adherente, n (%)	27 (39,7)
1. ¿Usa usted el aceite de oliva principalmente para cocinar? n (%)	
2. ¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.)? 2 o más cucharadas n (%)	64 (94,1)
3. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consumen al día? Dos o más al día (al menos una de ellas en ensaladas o crudas) n (%)	26 (38,2)
4. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día? Tres o más al día, n (%)	15(22,1)
5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día? Menos de una al día (ración: 100-150 g) n (%)	62 (91,2)
6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día? Menos de una al día n (%) (porción individual: 12 g)	55 (80,9)
7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día? Menos de una al día n (%)	62 (91,2)
8. ¿Bebe usted vino? ¿Cuánto consume a la semana? Tres o más vasos por semana n (%)	14 (20,6)
9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? (1 plato o ración de 150 g) n (%)	17 (25)
10. ¿Cuántas raciones de pescado-mariscos consume a la semana? (1 plato pieza o ración: 100 - 150 de pescado o 4-5 piezas o 200 g de marisco) Tres o más por semana n (%)	22 (32,4)
11. ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles a la semana? Menos de tres por semana n (%)	45 (66,2)
12. ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana? (ración 30 g) Una o más por semana n (%)	29 (42,6)
13. ¿Consume usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas? (carne de pollo: 1 pieza o ración de 100-150 g) n (%)	46 (67,6)
14. ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)? Dos o más por semana n (%)	63 (92,6)

Métodos: Diseño: corte transversal de una cohorte incidente de pacientes con AR. Criterios de inclusión de casos: AR (ACR/EULAR 2010); diagnóstico entre 2007 a 2011, tener = 2 medidas de DAS28 por año de calendario y en seguimiento prospectivo con protocolos prediseñados. Criterios de exclusión de casos: falta de datos en la variable de desenlace principal. Protocolo: Se recogieron pacientes de una cohorte de inyección de pacientes con AR. Se determinaron los datos clínicos de actividad de la enfermedad, cuestionarios de alimentación y actividad física en la última revisión de 2016. Se utilizó un cuestionario de valoración del cumplimiento de la dieta mediterránea de 14 ítems, validado del estudio Predimed (<http://www.predimed.org>) e ingesta de alcohol. Desenlace primario: Nivel de cumplimiento de la dieta mediterránea categorizado como: adherente a la dieta mediterránea (i.e. = 9 ítems), o no adherente (i.e. < 9). Desenlaces secundarios: (1) Adherencia a cada ítem del cuestionario; (2) Consumo de alcohol (g/semana); Promedio de Disease Activity Score 28 articulaciones con VSG (DAS28-VSG) durante todo el seguimiento. Otras variables: Socio-demográficas, comorbilidades, clínico-analíticas: Obesidad (IMC = 30), DAS28-VSG, Clinical Disease Activity Index (CDAI) y Simplified Disease Activity Index (SDAI). Análisis estadístico: Análisis descriptivo, bivalente mediante t-Student y χ^2 ; seguido de regresión logística binaria (RLB) (Vd: buena adherencia a la dieta mediterránea).

Resultados: Las principales características de los pacientes incluidos (n = 68) se muestran en la tabla. El 72,1% eran mujeres con una edad media de 57 años. Más de la mitad de los pacientes (60,3%) fueron adherentes a la dieta mediterránea. El alimento más consumido en nuestra población fue el aceite de oliva (98,5%) y el menos consumido fue el vino (20,6%). La media de consumo de alcohol en fue de 41,9 g/día (83,5). La falta de adherencia a la dieta mediterránea se asoció en el análisis bivalente a obesidad (p = 0,012), a una mayor actividad promedio desde el inicio de la enfermedad (p = 0,011) y a un mayor número de comorbilidades (p = 0,027). En el análisis multivariante, las variables que se asociaron de forma independiente a la adherencia a la dieta mediterránea fueron la obesidad (OR [IC95%] = 3,6 [1,0-12,1]; p = 0,035) y actividad inflamatoria moderada-alta (OR [IC95%] = 3,7 [1,1-12,1]; p = 0,029).

Conclusiones: La adherencia a la dieta mediterránea en pacientes con AR es moderada (60,3%). Sin embargo, la adherencia al aceite de oliva es elevada en nuestra población (98,5%). Una baja adherencia a la dieta mediterránea en pacientes con AR se asoció a mayor fre-

cuencia de obesidad, así como a un estado acumulado de moderada-alta actividad de la enfermedad.

290. ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE INFLUYEN EN LA TOMA DE TERAPIA BIOLÓGICA

N. Mena-Vázquez, M. Rojas-Giménez, C. Fuego, S. Manrique-Arija, M.C. Ordóñez-Cañizares, I. Ureña-Garnica, C. Domic, B. Panero Lamothe, G. Díaz-Cordovés, L. Cano-García, R. Caparrós-Ruiz, M.V. Irigoyen-Oyarzábal, Á. Belmonte, A. Ponce Vargas y A. Fernández-Nebro

UGC de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Hospital Regional Universitario de Málaga. Universidad de Málaga.

Objetivos: Determinar si el perfil clínico de los pacientes con artritis reumatoide (AR) a los que se les prescribe terapia biológica (FAMEb) es diferente al de los pacientes con AR solo son tratados con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos (FAMEs). Así como estudiar si hay asociación entre la inflamación acumulada desde el diagnóstico de la enfermedad y el uso de FAMEb en pacientes con AR.

Métodos: Diseño: estudio de cohorte incidente. Población: pacientes con diagnóstico incidente de AR entre 2007 y 2011 (ambos incluidos) en seguimiento prospectivo con protocolos prediseñados de actividad. Criterios de inclusión: pacientes con AR (ACR/EULAR 2010) diagnosticados durante los años 2007 a 2011 (ambos incluidos). Diagnóstico y tratamiento de la AR con FAME y/o corticoides en primeros 12 meses desde inicio de síntomas. Tener = 2 medidas de DAS28 por año de calendario disponibles en los cuestionarios. Criterios de exclusión: falta de datos en la variable de desenlace principal. Protocolo: se recogieron pacientes de una cohorte de inyección de pacientes con AR. Todos los participantes han sido evaluados clínicamente a su entrada en el estudio, y se han recogido los datos relativos a la actividad clínica y la función física desde el inicio de la enfermedad. Desenlace de interés: inicio de FAME biológico. Desenlaces secundarios: Media de los valores DAS28-VSG, SDAI y CDA durante la evolución. Comorbilidades, multimorbilidad (= 3 comorbilidades distintas a la AR) y factores de riesgo cardiovasculares.

clínico-analíticas de severidad: valores de ACPA (continua, VN < 20), FR (continua, VN < 20), media de Health Assessment Questionnaire versión española o HAQ (continua, rango 0-3) y presencia de erosiones radiológicas (categórica, sí/no). Análisis estadístico: análisis descriptivo, bivalente mediante t-Student y χ^2 ; seguido de regresión logística binaria (RLB) (Vd: inicio de FAMEb).

Resultados: Las principales características de los pacientes incluidos (n = 68) se muestran en la tabla. Habían recibido terapia biológica 16 pacientes (23,5%), 8 de ellos en combinación con FAMES. La toma de FAMEb se asoció en el análisis bivalente con enfermedad erosiva (p = 0,039), FR positivo (p = 0,040) y ACPA positivo (p = 0,011), menos multimorbilidad (p = 0,028) y peor control promedio de la enfermedad medido por DAS28 (p = 0,006), SDAI (p < 0,001), CDAI (p < 0,001) y HAQ (p = 0,07). El análisis de regresión logística solo se asoció a DAS28 moderada-alta actividad (OR [IC95%] = 7,76 [1,78-33,8]; p = 0,001) y ausencia de multimorbilidad (OR [IC95%] = 6,1 [1,3-27,1]; p = 0,017).

VARIABLES	n = 68
Demográficas	
Edad (años), media (DE)	57 (11,3)
Sexo (mujer), n (%)	49 (72,1)
Erosiones, n (%)	43 (63,2)
Factor reumatoide positivo, n (%)	58 (85,3)
ACPA positivo, n (%)	54 (79,4)
Multimorbilidad, n (%)	26 (38,2)
Tratamientos	
Pacientes inician terapia biológica, n (%)	18 (26,5)
Promedio DAS28, media (DE)	3,6 (0,5)
Promedio SDAI, media (DE)	15,2 (3,8)
Promedio CDAI, media (DE)	14,4 (3,6)
Promedio HAQ, media (DE)	1,1 (0,6)
Pacientes con FAMES, n (%)	50 (73,5)
Promedio DAS28, media (DE)	2,9 (0,8)
Promedio SDAI, media (DE)	9,5 (5,3)
Promedio CDAI, media (DE)	8,8 (5,0)
Promedio HAQ, media (DE)	0,6 (0,5)

Conclusiones: En los pacientes con AR el estado de moderada-alta actividad de la enfermedad se asoció a la necesidad de utilizar terapia biológica durante la evolución de la enfermedad. Los pacientes que mantienen una media de actividad moderada o alta desde el inicio de la enfermedad tienen 7,7 veces más probabilidad de iniciar un FAMEb en comparación con los que están en remisión o tienen baja actividad. Así mismo, los pacientes que no tienen multimorbilidad tienen 6,1 veces más probabilidad de poder tomar un FAMEb que aquellos que presentan multimorbilidad.

291. ESTUDIO DE COMPOSICIÓN CORPORAL Y ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

M. Rojas-Giménez¹, N. Mena-Vázquez¹, C. Fuego¹, S. Abad-Sánchez², S. Manrique-Arija¹, I. Ureña-Garnica¹, C. Domic¹, F.G. Jiménez-Núñez¹, M.C. Ordóñez-Cañizares¹, R. Caparrós-Ruiz¹, L. Cano-García¹, Á. Belmonte¹, B. Panero Lamothe¹ y A. Fernández-Nebro¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga (HRUM). Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Universidad de Málaga. ²Centro de Salud Ciudad Jardín. Guadalmedina.

Objetivos: Describir la composición corporal y actividad física de pacientes con AR y compararla con controles.

Métodos: Diseño: estudio observacional de casos y controles. Población: 31 pacientes con diagnóstico incidente de AR entre 2005 y 2012 que están siendo seguidos prospectivamente con protocolo prediseñado, y 31 controles voluntarios emparejados por edad y sexo. Criterios de inclusión: pacientes con AR (ACR/EULAR 2010) diagnosticados de 2005 a 2012. Criterios de exclusión: falta

de datos. Protocolo: 65 pacientes que fueron evaluados mediante absorciometría dual de rayos X (DEXA) de cuerpo total, para la evaluación de la composición corporal. Se recogieron datos de actividad clínica desde el inicio de la enfermedad. El nivel de actividad física se valoró según el protocolo abreviado del Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), valora el nivel de actividad en los ámbitos laboral, de ocio y doméstico durante los 7 días de la semana previa; y se recogieron los datos relativos a la actividad clínica y la función física desde el inicio de la enfermedad, utilizando la medida de METs. La unidad utilizada, MET-minuto, se calcula multiplicando el MET correspondiente al tipo de actividad por los minutos de ejecución de la misma en un día o en una semana. Desenlace primario: describir el índice de masa grasa (IMG) and el índice de masa libre de grasa (IMLG) y compararla con los controles. IMG se definió como la masa grasa (kg)/talla (m²) y IMLG como masa magra (kg)/talla (m²). Desenlace secundario: descripción de los parámetros antropométricos en relación con obesidad: IMC (índice de masa corporal), ICC (índice cintura-cadera), así como medición de tejido graso y magro androide y ginoide. Variables: socio-demográficas, Disease Activity Score of 28 joints (DAS28-VSG), Clinical Disease Activity Index (CDAI) y Simplified Disease Activity Index (SDAI); valores de anticuerpos anti-péptidos cíclicos citrulinados (ACPA), factor reumatoide (FR), Health Assessment Questionnaire versión española (HAQ) y presencia de erosiones radiológicas (categórica, sí/no). ICC (obesidad central > 1 para hombres y > 0,8 para mujeres) calculado como la división entre perímetro de la cintura de una persona por el perímetro de su cadera medido en cm. Análisis: descriptivo, χ^2 y Prueba t pareada o prueba de Wilcoxon según procediera.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes, 31 AR (50%) y 31 controles (50%). La duración media (DE) de la enfermedad de los pacientes con AR fue 84,4 (26,7) meses. Con una media de DAS28 de 3,04 (0,8), media de HAQ de 0,77 (0,6), media de SDAI 10,3 (5,9) y media de CDAI 9,4 (5,7). La mayoría presentaban erosiones (64,5%) y FR (83,9%) y ACPA (77,4%) positivos. Las diferencias en parámetros antropométricos clínicos y densitométricos entre casos y controles se muestran en la tabla. Se observaron diferencias significativas en la proporción de sujetos con sobrepeso entre casos y controles (p = 0,03). Un mayor porcentaje de pacientes realizaba actividad física moderada-alta entre los controles que en los enfermos (65,5% vs 34,8%). La mayoría de los pacientes con AR realizaban actividad física baja (74,2%). Estos tenían una media (DE) de HAQ mayor que los pacientes con actividad física moderada-alta [1,2 (0,9) vs 0,66 (0,6); p = 0,09]. Así mismo, los pacientes que realizaban una actividad física moderada-alta tenían menos actividad inflamatoria que los que realizaban actividad física baja, con una media (DE) de DAS28 de 2,69 (0,7) vs 3,08 (0,9); p = 0,308.

Variable	Casos n = 31	Controles n = 31	P valor
Edad en años, media (± DE)	53,6 (12,1)	53,6 (12,3)	0,999
Sexo, mujer; n (%)	27 (87)	27 (87)	1
Raza caucásica, n (%)	30 (96,7)	31 (100)	0,313
Composición corporal			
IMC > 25 (sobrepeso) n (%)	25 (80,6)	17 (54,8)	0,03
Perímetro cintura, (cm), media (DE)	88,7 (13,2)	89,1 (14,4)	0,891
Perímetro cadera (cm), media (DE)	103,9 (9,5)	106,8 (15,8)	0,395
Índice cintura-cadera (ICC), media (DE)	0,85 (0,1)	0,84 (0,1)	0,653
DEXA			
Grasa total (kg), media (DE)	28,2 (9,3)	29,1 (10,9)	0,737
Magro total (kg), media (DE)	39,5 (7,6)	38,2 (9,6)	0,555
Masa total (kg), media (DE)	70,08 (13,8)	69,2 (15,5)	0,817
Grasa androide (kg), media (DE)	2,4 (1,1)	2,2 (1,1)	0,564
Grasa ginoide (kg), media (DE)	5,2 (1,6)	4,7 (1,7)	0,275
Magro androide (kg), media (DE)	2,8 (0,6)	2,7 (0,7)	0,806
Magro ginoide (kg), media (DE)	5,8 (1,2)	5,6 (1,2)	0,514
IMG (%) mediana (p25-p75)	10,44 (8,3-12,4)	9,51 (8,2-13,8)	0,882
IMLG (%) mediana (p25-p75)	14,27 (13,1-15,8)	13,83 (13,1-15,7)	0,522

Conclusiones: Los pacientes con AR en comparación con los controles muestran más sobrepeso y menor actividad física.

292. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y LA SEGURIDAD DE INFLECTRA® (INFLIXIMAB BIOSIMILAR) EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

M. Rojas-Giménez, N. Mena-Vázquez, C. Fuego, C. Domic, I. Ureña-Garnica, C.M. Romero-Barco, V. Coret, F.G. Jiménez-Núñez, G. Díaz-Cordovés, Á. Belmonte, M.V. Irigoyen-Oyarzábal, A. Ponce Vargas y S. Manrique-Arija

UGC de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Hospital Regional Universitario de Málaga. Universidad de Málaga.

Introducción: Inflectra® (biosimilar de infliximab) es el primer bio-similar aprobado en España para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR), la artritis psoriásica (APS) y la espondilitis anquilosante (EA). Aunque su uso estaba en regresión respecto a otros anti-TNF, su menor coste ha reactivado su prescripción.

Objetivos: Describir nuestra experiencia clínica con Inflectra®.

Métodos: Diseño: serie de casos retrospectiva de 6 meses. Pacientes: pacientes con AR, EA y APS en tratamiento con Inflectra en HRUM. Criterios de inclusión: AR (ACR/EULAR 2010), EA (ASAS 2009); APS (CASPAR 2006) que iniciaron tratamiento con Inflectra entre junio de 2015 y mayo de 2016. Criterios de exclusión: ninguno. Protocolo: los pacientes con FAMEb iv usualmente son seguidos prospectivamente por una reumatóloga en el hospital de día antes de cada infusión y cada 6 meses por su reumatólogo en consultas siguiendo un cuestionario preestablecido. El día de la primera dosis de Inflectra se marcó como la visita basal (v0). Variables de interés: cambio en DAS28, HAQ, BASDAI y BASFI, según corresponda al diagnóstico, a los 6 meses respecto a v0; recuento y descripción de efectos adversos graves/no-graves durante los 6 meses. Los pacientes que suspendieron el tratamiento fueron analizados con el resto arrastrando las últimas las variables de interés hacia el corte del 6º mes. Otras variables: Demográficas, clínico-analíticas: número de articulaciones dolorosas (NAD), número de articulaciones inflamadas (NAI), PCR, VSG, evaluación general del paciente, terapias biológicas usadas previamente, uso de concomitantes y efectos adversos (descripción, gravedad y número). Análisis estadístico: descriptivo y prueba t pareada o prueba de Wilcoxon entre basal y 6 meses, según procediera.

Resultados: Las principales características clínicas y de actividad de los 14 pacientes en tratamiento con Inflectra se muestran en la tabla. Las dosificaciones iniciales se ajustaron a ficha técnica: 5 mg/kg (EA y APs) y 3 mg/kg (AR) en las semanas 0, 2 y 6, seguido por un mantenimiento cada 8 semanas en todos los pacientes. Trece pacientes (92,9%) iniciaron inflectra en combinación con FAMES: 9 con MTX (64,3%), 4 LFN (28,6%) y 1 SSZ (7,1%). Sólo 3 pacientes (21,4%) habían tenido FAMEb previos: anti-TNF (2 Humira, 3 Enbrel, 2 Remicade), 1 RTX y 1 TCZ. Hubo reducción de DAS28, HAQ o BASDAI, según correspondiera, PCR y VSG a los 6 meses del tratamiento en comparación con v0. Tras 6 meses de tratamiento, según DAS28, 1 paciente se encontraba en remisión (7,1%), 3 con baja actividad (21,4%), 6 (42,9%) con actividad moderada y 2 (14,3%) con actividad alta de la enfermedad. Los otros dos pacientes ya lo habían suspendido. No encontramos diferencias significativas entre NAD, NAI y EVA general aunque si clínicamente significativas. Un total de 4 pacientes (28,5%) suspendieron el tratamiento con Inflectra 2 (14,2%) por ineficacia y 2 (14,2%) por efecto adverso: Psoriasis paradójica y neumonía, respectivamente, cuando llevaban una media (DE) de 132,25 (69,1) días de tratamiento.

Conclusiones: Aunque nuestra experiencia es todavía insuficiente, el tratamiento con Inflectra parece efectivo y seguro en práctica clínica.

Análisis de los pacientes tratados con Inflectra

Variables	Pacientes	Basal	6 meses	p-valor
Edad (años), media (DE)	53,46 (9,44)	-	-	-
Sexo (mujer), n (%)	8 (57,1)	-	-	-
Raza caucásica, n (%)	13 (92,9)	-	-	-
Diagnóstico				
Espondilitis anquilosante, n (%)	1 (7,1)	-	-	-
Artritis reumatoide, n (%)	10 (71,4)	-	-	-
Artritis psoriásica, n (%)	3 (21,4)	-	-	-
Factor reumatoide positivo, n (%)	9 (64,3)	-	-	-
ANA positivo, n (%)	1 (7,1)	-	-	-
ACPA positivo, n (%)	8 (57,1)	-	-	-
HLAB27 positivo, n (%)	1 (7,1)	-	-	-
Erosiones, n (%)	6 (42,9)	-	-	-
Sacroileítis, n (%)	1 (7,1%)	-	-	-
Actividad				
DAS28, media (DE)		4,7 (1)	3,8 (1,3)	0,97
HAQ, media (DE)		1,47 (0,8)	1,13 (1)	0,034
BASDAI, media (DE)		6,2	4	-
PCR, media (DE)		12,26 (9,4)	5,95 (5,7)	0,059
VSG, media (DE)		28,2 (18,7)	25,67 (16,19)	0,44
NAD, media (DE)		6,08 (5)	4,08 (6,9)	0,33
NAI, media (DE)		3,5 (4,7)	2,42 (5,7)	0,58
EVA general, media (DE)		70 (18,6)	51,67 (22,5)	0,23

FAMES: fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos; FAMEb: fármacos modificadores de la enfermedad biológicos; LF: leflunomida, MTX: metotrexato; SSZ: sulfasalacina, RTX: rituximab; TCZ: tocilizumab; Anti TNF: Anti factor de necrosis tumoral, EVA: escala visual analógica.

293. EVALUACIÓN DE LA PRESENCIA DE MANIFESTACIONES CLÍNICAS ARTICULARES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE MIOPATÍA INFLAMATORIA IDIOPÁTICA PERTENECIENTES AL REGISTRO SORCOM-REMICAM DE LA COMUNIDAD DE MADRID

L. Valor, D. Hernández-Flórez, J. Martínez-Barrio, B. Joven, P. Carreira, V. Maldonado, C. Larena, I. Llorente, E. Tomero, M.C. Barbadiillo, P. García de la Peña, L. Ruiz, J. López-Robledillo, H. Moruno, A. Pérez, T. Cobo-Ibáñez, R. Almodóvar, L. Lojok, M. García de Yébenes, I. Monteagudo, L. Nuño y F.J. López-Longo

SORCOM-REMICAM.

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) comprenden un grupo heterogéneo de enfermedades reumáticas autoinmunes caracterizadas por la inflamación no supurativa de la musculatura esquelética y debilidad muscular progresiva que puede estar acompañada de manifestaciones sistémicas. Se considera que la afectación articular forma parte de la manifestaciones sistémicas de estos pacientes junto a una posible afectación gastrointestinal, cardiovascular y/o pulmonar. Aunque se ha descrito que la afectación articular en las MII es variable e inespecífica, las artralgiyas y artritis inflamatorias pueden ser un síntoma precoz de dermatomiositis hasta en un 30% de los casos y aquellos pacientes con síndromes de solapamiento, tanto las artralgiyas como la artritis pueden ser crónicas.

Objetivos: Evaluar la afectación articular presente en aquellos pacientes diagnosticados de MII.

Métodos: Se evaluó una cohorte de 479 pacientes que incluyo a 12 hospitales de la Comunidad de Madrid pertenecientes al registro de MII de la Sociedad Madrileña de Reumatología (SORCOM-REMICAM) desde enero de 1980 y diciembre de 2014. Se tuvo en cuenta la presencia de manifestaciones articulares, la presencia de artralgiyas y artritis. Las MII fueron clasificadas como polimiositis (PM) y dermatomiositis (DM) (I) y también fueron clasificadas (II) como síndrome de solapamiento (SdS), miopatías juveniles (MJ), miopatías asociadas a neoplasias (MN) y miopatías necrosantes inmunomediadas y miositis por cuerpos de inclusión (OM).

Resultados: Se observó en el total de pacientes la presencia de artritis aguda (< 6 semanas) en 70 (18%), artritis crónica (> 6 semanas) en 74 (19%) y sin manifestaciones articulares en 245 (65%) pacientes. Utilizando el criterio de Tanimoto se observó la presencia de artritis

tis erosiva en 149/479 (38,3%) de los pacientes evaluados. Cuando se compararon las manifestaciones articulares entre los grupos PM (n = 250, 52,2%) vs DM (n = 229, 47,8%) no se observaron diferencias estadísticamente significativas. Mas sin embargo al evaluar las MII según la clasificación II, se observó que la mayor prevalencia de manifestaciones articulares se encontraban en el grupo SdS, seguido del grupo DM (p = 0,0001). El grupo que presentó menos manifestaciones articulares fue MJ comparado con SdS y DM (tabla).

		Comparación entre grupos		Frecuencia	P
Manifestaciones articulares	SdS vs	PM	90% vs 54%	0,0001	
		DM	90% vs 71%		
		MJ	90% vs 45%		
		MN	90% vs 49%		
		OM	90% vs 58%		
Artralgias	SdS vs	PM	90% vs 54%	0,0001	
		DM	90% vs 71%		
		MJ	90% vs 44%		
		MN	90% vs 49%		
		OM	90% vs 58%		
Artritis	SdS vs	PM	90% vs 34%	0,0001	
		MJ	90% vs 28%		
		MN	90% vs 33%		
		OM	90% vs 58%		
		DM	90% vs 71%		

Conclusiones: La presencia de las manifestaciones articulares asociadas a las MII de nuestra cohorte es consistente con las observaciones de la práctica clínica habitual, ha resultado ser más elevada que las cohortes descritas hasta la fecha en los distintos subgrupos de MII y resaltan la importancia de la evaluación articular en estos pacientes. Actualmente no existe una asociación los subtipos clínicos de MII y la presencia o persistencia de síntomas articulares, se conoce que los pacientes con artritis presentan frecuentemente afectación pulmonar. Ya que no existe un patrón de comportamiento claramente definido en términos de afectación articular que nos ayude a determinar el curso que va a seguir la enfermedad en un paciente en concreto sería de utilidad realizar un seguimiento y registro longitudinal de las mismas en cohortes que incluyan una mayor proporción de pacientes.

294. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PERFIL DE AUTOANTICUERPOS DE UNA COHORTE DE PACIENTES PERTENECIENTES AL REGISTRO DE MIOPATÍA INFLAMATORIA IDIOPÁTICA DE LA SOCIEDAD MADRILEÑA DE REUMATOLOGÍA (SORCOM-REMICAM)

D. Hernández-Flórez, L. Valor, J. Martínez-Barrio, B. Joven, P. Carreira, V. Maldonado, C. Larena, I. Llorente, E. Tomero, M.C. Barbadillo, P. García de la Peña, L. Ruiz, J. López-Robledillo, H. Moruno, A. Pérez, T. Cobo-Ibáñez, R. Almodóvar, L. Lojo, I. Monteagudo, M. García de Yébenes, L. Nuño y F.J. López-Longo

SORCOM-REMICAM.

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo heterogéneo de enfermedades reumáticas autoinmunes caracterizadas por inflamación de la musculatura esquelética y debilidad progresiva. Se presentan de forma aislada o asociadas a otras enfermedades autoinmunes, neoplasias o infección. La presencia de autoanticuerpos (AA) en la miopatía es variable y pueden reconocer componentes nucleares y citoplasmáticos. Los AA que encontramos asociados a las MII en los diferentes subtipos clínicos son: anti-Jo-1, PL-7, PL-12, MI-2, SRP, anti-PM-Scl Ku, AA antinucleares (ANA), anti-Ro, anti-RNP y anti-cardiolipina (ACA).

Objetivos: Evaluar el perfil de AA presente en aquellos pacientes diagnosticados de MII.

Métodos: Estudio transversal que evaluó una cohorte multicéntrica de 479 pacientes pertenecientes al registro de MII de la Sociedad Madrileña de Reumatología (SORCOM-REMICAM) desde enero de 1980 y diciembre de 2014. Los AA que fueron seguidos y determinados fueron ANA, anti-Ro, anti-Jo1, anti-RNP, anti-cardiolipina (ACA), anti-PM-Scl, anti-MI2, SRP y Ku. Los AA fueron evaluados según las técnicas estándar validadas y disponibles en los respectivos laborato-

rios de rutina. La presencia de ANA se consideró válida con al menos dos determinaciones positivas. Los AA fueron comparados dentro de las MII según su clasificación (I) como polimiositis (PM) y dermatomiositis (DM). Por otro lado, también fue tomada en cuenta la clasificación (II) como síndrome de solapamiento (SdS), miopatías juveniles (MJ), miopatías asociadas a neoplasias (MN) y miopatías necrosantes inmunomediadas y miositis por cuerpos de inclusión (OM).

Resultados: Cuando se utilizó la clasificación en PM (n = 250, 52,2%) y DM (n = 229, 47,8%) se observó una mayor presencia de ANA, anti-Jo1 y anti-RNP en el grupo PM con respecto al grupo DM (p = 0,21; p = 0,002; p = 0,0001, respectivamente), mientras que la presencia de anti-MI2 fue más elevada en pacientes del grupo DM (p = 0,024). Cuando evaluamos las MII de acuerdo a la clasificación (II), se observaron diferencias significativas con respecto a la detección de ANA, anti-Jo1 y anti-RNP y ACA. El grupo SdS tuvo la mayor proporción de ANA-positivo, Anti-RNP-positivo y ACA-positivo. Por otro lado, en el grupo MJ se observó la menor presencia de Anti-Jo1 (tabla).

Autoanticuerpo	Comparación entre grupos	Frecuencia	p	
ANA	SdS vs	PM	91% vs 54%	0,0001
		DM	91% vs 63%	
		MJ	91% vs 40%	
		MN	91% vs 63%	
		OM	91% vs 58%	
Anti-Jo1	DM vs MJ vs	MJ	63% vs 54%	0,0001
		PM	3% vs 25%	
		DM	3% vs 19%	
		OM	3% vs 36%	
		ACA	40% vs 3%	
Anti-RNP	SdS vs	PM	40% vs 6%	0,0001
		DM	40% vs 3%	
		MJ	40% vs 7%	
		MN	40% vs 5%	
		OM	40% vs 5%	
ACA	SdS vs	DM	18% vs 3%	0,002

Conclusiones: El perfil de AA asociada a los subtipos clínicos de MII de nuestra cohorte es consistente con la evidencia científica publicada sobre otras cohortes de pacientes para ANA, anti-Jo1 anti-RNP y anti-MI2. Llama la atención la presencia de ACA en un 3% de los pacientes con DM que solo ha sido reportada en pocos casos en la literatura y que podría atribuirse a casos en fases preclínicas de solapamiento p.e. con el síndrome antifosfolípido. Actualmente no existe una asociación entre el perfil de AA y los subtipos clínicos de MII y se postula que esto en parte se debe a el tamaño limitado de las cohortes estudiadas y sólo se sabe que aproximadamente la mitad de los pacientes con MII presentan algún tipo de AA detectable. Realizar estudios longitudinales de AA que incluyan una mayor proporción de pacientes podría ayudar a evaluar y predecir la evolución clínica de las MII. También nos ayudaría en la mejora del conocimiento del papel patogénico de los AA y con ello en el diseño de estrategias terapéuticas más personalizadas.

295. CAMBIAR ES BUENO, PERO, ¿QUÉ ES MEJOR?: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE PRIMER SWITCH CON DIFERENTES TERAPIAS BIOLÓGICAS EN ARTRITIS REUMATOIDE

F. Ojeda, C. Pérez-García, E. Beltrán, T. Salman, A. Pros, F. Castro-Domínguez I. Carrión, S. Castell, P. Corzo, L. Polino y P. Benito

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

Introducción: La eficacia del switch cuando el primer anti TNF fracasa en pacientes con artritis reumatoide (AR) ha sido demostrada en múltiples estudios. Pero que resulta más eficaz, si realizar el cambio a otro anti-TNF u otra molécula, no está definido con claridad.

Objetivos: Estudio retrospectivo en práctica clínica habitual, para determinar si existe respuesta DAS 28 a los 6 meses del cambio y si existe diferencia en la respuesta si el switch se realiza a otro anti-TNF o a otro biológico.

Métodos: De un total de 254 pacientes que cumplía criterios ACR 2010 para AR, que han realizado tratamiento biológico en el S. Reumatología del Parc Salut Mar desde el 2000 al 2016, previo firma de consentimiento informado, se han valorado 61 (24%) primer switch y la respuesta DAS 28 a los 3 y 6 meses de seguimiento. Se han analizado las siguientes variables: edad, sexo, años de evolución AR, erosiones, FR, ACPA, tipo de tratamiento biológico, DAS 28 al inicio del switch, 3 meses y 6 meses, % de pacientes que presentas DAS 28 < 2,6 a los 6 meses. El estudio estadístico se realizó con SPSS 20 para variables cuantitativas apareadas e independientes con t de Student y con χ^2 para variables cualitativas.

Resultados: Del total de 61 primeros cambios de tratamiento el 27 (44,3%) fue a otro anti TNF alfa, 23 (37,7) a tocilizumab (TCZ), 7 a abatacept (11,5%) y 4 a RTX (6,6). Los datos demográficos y de respuesta DAS 28 se recogen en la tabla. No existen diferencias en los años de evolución, % de mujeres, FR o ACPA positivo, erosiones y actividad de la enfermedad, medida por DAS 28, antes del switch, entre los dos grupos (anti TNF vs no anti TNF). Los pacientes del grupo anti TNF era ligeramente más jóvenes que los no anti TNF. Cuando se valora la respuesta DAS 28 a los 3 y 6 meses, modificar el tratamiento es eficaz (DAS 28 inicio 4,40 vs DAS 28 6 meses 2,8 p < 0,001). Al valorar la respuesta al cambio, no existe diferencia en la respuesta DAS 28 a los 3 meses o 6 meses, si cambias a un anti TNF o a no anti TNF (3,18 vs 2,52, p = 0,122). Al analizar cuantos pacientes están en remisión a los 6 meses (DAS 28 > 0 < 2,6), si se compara los paciente con anti TNF alfa vs TCZ, el 62,5% de los pacientes con TCZ están en remisión respecto al 38,5% (p = 0,047).

Tabla 1

	Total	Swich anti-TNF alfa	Swich No anti-TNF alfa	p
	n = 61	n = 26	n = 35	
Edad (años)	60,08 ± 11,5	56,19 ± 8,4	62,97 ± 12,8	0,023
Sexo (% M)	80,3	84,6	77,1	0,532
Años evolución (años)	17,44 ± 9,4	18,92 ± 11,6	16,34 ± 7,4	0,298
Erosiones (%)	90,2	92,3	88,6	1,000
FR + (%)	77,0	76,9	77,1	1,000
ACPA + (%)	91,8	88,5	94,3	0,642

Tabla 2

	Total	Swich anti-TNF alfa	Swich No anti-TNF alfa	p
	n = 61	n = 26	n = 35	
DAS 28 Swich	4,40 ± 1,38	4,61 ± 1,5	4,21 ± 1,3	0,216
DAS 28 3 meses	3,18 ± 1,52	3,52 ± 1,09	2,96 ± 1,7	0,167
DAS 28 6 meses	2,8 ± 1,54	3,18 ± 1,74	2,52 ± 1,3	0,122
52,5DAS 28 < 2,6 6 m (%)	52,5	38,5	62,5	0,047

Conclusiones: En este estudio retrospectivo en práctica clínica diaria, se evidencia eficacia al cambio de tratamiento tras fallo al primer biológico, sin existir diferencias si el cambio es a un anti TNF u otro tratamiento. El porcentaje de los pacientes que están en remisión a los 6 meses es mayor si el cambio es a TCZ. Dado el número reducido de pacientes sería necesario estudios más amplios para confirmar los resultados.

296. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS COMPLICACIONES ARTICULARES TRAS INMUNOTERAPIA CON BACILO DE CALMETTE-GUERIN INTRAVESICAL EN PACIENTES CON CÁNCER VESICAL. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE VILADECANS

D. de la Fuente¹, M. Ricse¹, S. Ros¹, S. Capdevila², C. Vargas² y J.M. Ruiz¹

¹Servicio de Reumatología; ² Servicio de Urología. Hospital de Viladecans.

Introducción: El tumor vesical es el segundo cáncer urológico en frecuencia. El tratamiento con instilaciones intravesicales de bacilo

de Calmette-Guérin (BCG) está indicado en casos de riesgo alto de recurrencia. Se ha publicado una incidencia de efectos secundarios articulares de 0,5-1%. No queda claro el mecanismo por el que se produce aunque se especula con un mecanismo similar al de la artritis reactiva.

Objetivos: Describir las características de los pacientes que presentan afectación articular tras tratamiento con BCG por tumor vesical de alto grado en el Hospital de Viladecans. Hospital comarcal de nivel II en la zona metropolitana de Barcelona.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes a los que se les ha realizado tratamiento con BCG en el servicio de Urología del hospital de Viladecans.

Resultados: Se revisan un total de 272 casos en los que se les ha realizado tratamiento con BCG intravesical. De ellos 7 pacientes (2,6%) presentan un total 8 eventos articulares que son catalogados como artritis secundaria al tratamiento con BCG. La edad media de los pacientes fue de 72 años (límites 58-79 años), 6H:1M. En ninguno de los casos se conocía patología reumatológica previa. Inician los síntomas articulares de forma aguda 15 días tras la inducción (1 instilación semanal durante 6 semanas). Excepto en dos de los casos en los que el inicio es durante la fase de mantenimiento (uno tras la octava y otro tras la quinceava instilación). A uno de los pacientes se le volvió a prescribir la inducción tras recidiva tumoral con nuevo episodio de artritis tras terminar la inducción. El patrón de afectación articular fue: oligoartritis (50%) con afectación asimétrica de rodillas, tobillos y tarso. Poliartritis (12%) con afectación de grandes y pequeñas articulaciones. Monoartritis de rodilla (38%). Se dispone analítica de 5 de los casos en los que todos los parámetros eran normales excepto elevación de los reactantes de fase aguda con una media VSG 46 mm/h (límites 31-61 mm/h) y PCR de 46 mg/dL (límites 14-78 mg/dL) con serologías e inmunología negativas (FR/ANA/HLA B 27) en todos los casos de los que se dispone dicho dato (5/7). Se realizó estudio de líquido sinovial en todos ellos, en 4 de los casos se objetivó líquido inflamatorio con predominio de linfocitos. Gram y Cultivo negativo. Cultivo en medio de Löwenstein negativo. En dos de los casos se realizó artroscopia con estudio anatomopatológico sinovial que ponía de manifiesto infiltrado linfocitario en uno de ellos con granulomas no caseificantes. Todos los casos remitieron al mes tras dejar las instilaciones de BCG y tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos. Se realizó infiltración en dos casos y el paciente con poliartritis requirió glucocorticoides a dosis bajas que se pudo discontinuar rápidamente. En todos los casos la artritis remitió sin secuelas.

Conclusiones: En nuestra serie la afectación articular tras tratamiento con BCG es de un 2,6% y de poca gravedad en la mayoría de los casos con afectación mono o oligoarticular y mejoría tras cese de tratamiento y antiinflamatorios no esteroideos. Sólo en algún caso se precisó infiltración o glucocorticoides.

297. EFECTIVIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL ABATACEPT INTRAVENOSO EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE: ESTUDIO ACTION, ANÁLISIS DE LA COHORTE ESPAÑOLA A LOS 24 MESES

F. Navarro Sarabia¹, A. Rodríguez de la Serna², F.J. Blanco García³, S. Marsal Barril⁴, J.A. González Ferrández⁵, D. Palma-Sánchez⁶, J.J. Sancho Jiménez⁷, A. Royo García⁷ y S. Luján Valdés⁷ en representación del Grupo ACTION en España

¹Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³INIBIC-Hospital Universitario A Coruña. ⁴Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ⁵Hospital General Universitario de Elche. ⁶Hospital Rafael Méndez. Lorca. ⁷Departamento Médico de Bristol-Myers Squibb.

Introducción: En ensayos clínicos previos se ha demostrado la eficacia y seguridad de abatacept (ABA) para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) (Kremer et al. Ann Intern Med.

2006;144:865-76). Los datos del estudio ACTION a 6 meses corroboran el efecto beneficioso de ABA como tratamiento en primera línea en práctica clínica habitual (Navarro et al. Reumatología Clínica. 2015. Abstract 274).

Objetivos: Evaluar las tasas de retención y la efectividad clínica de ABA intravenoso durante 24 meses en la cohorte española del estudio ACTION entre 2010 y 2013.

Métodos: Estudio internacional, no intervencionista, de dos años de duración que analiza las cohortes españolas de pacientes AR tratados con ABA intravenoso como primer agente biológico (naïve) y tras 1 o más fallos a agentes biológicos previos (fallo a biológico). Las variables evaluadas fueron la tasa de retención y la efectividad clínica mediante los índices DAS28-VSG, DAS28-PCR, CDAI, SDAI y remisión booleana. Se cumplimentó el cuestionario de valoración global del paciente (VGP: EVA 100 mm) y se evaluó la respuesta EULAR al tratamiento.

Resultados: De los 114 pacientes reclutados inicialmente, un 98,2% fueron evaluables (112 pacientes); de ellos, 27 (24,1%) eran pacientes naïve y 85 (75,9%) pacientes tratados previamente con biológicos. La edad media fue de 57,5 años, siendo el 80% mujeres. El tiempo medio de duración de la enfermedad fue de 7,44 años en el grupo naïve y de 12,3 años en el grupo fallo a biológico. Los valores basales del DAS28-VSG y DAS28-PCR fueron de 5,41 y 4,83 en el grupo naïve, así como de 5,14 y 4,63 en el grupo fallo a biológico. 107 pacientes (95,5%) recibieron tratamiento previo con metotrexato (MTX), 102 (91,1%) con corticosteroides y 78 pacientes (91,8%) del grupo fallo a biológico fueron tratados previamente con anti-TNF. De estos, 38 pacientes (44,7%) recibieron un anti-TNF previo y 40 (47,1%) ≥ 2 anti-TNFs. Un total de 36 pacientes (32,1%) recibieron ABA en monoterapia. La tasa de retención global fue del 66,7% a los 12 meses y del 51% a los 24 meses, siendo la falta de eficacia la causa principal de abandono (5/14 en naïve y 24/41 casos en fallo a biológico; 24 meses). Los porcentajes de remisión DAS28-PCR ($< 2,6$) fueron 87,5% y 71,4% en las cohortes naïve y fallo a biológico respectivamente. La remisión DAS28-VSG fue del 62,5% (naïve) y 54,5% (fallo a biológico). Se alcanzó baja actividad o remisión según CDAI y SDAI en el 83,3% y en el 100% de los pacientes naïve, así como en el 73,7% y 70,6% de los pacientes fallo a biológico. La remisión booleana fue del 50% en el grupo naïve y del 19% en el grupo fallo a biológico. La respuesta EULAR fue favorable para el grupo naïve con un 100% de pacientes respondedores, de los que el 75% tuvo una buena respuesta en comparación con el grupo fallo a biológico que fue del 57,1%. La puntuación obtenida en el VGP (EVA 100 mm) disminuyó drásticamente en ambos grupos de 68,54 (naïve) y 65,41 (fallo a biológico) como valores medios iniciales, a 25 (naïve) y 31,65 (fallo a biológico) a los 24 meses.

Índices de efectividad clínica a los 24 meses

	Naïve	Fallo a biológico
Remisión		
DAS28-PCR; % (n)	87,5 (8)	71,4 (21)
DAS28-VSG; % (n)	62,5 (8)	54,5 (22)
Baja actividad o remisión		
CDAI; % (n)	83,3 (12)	73,7 (19)
SDAI; % (n)	100,0 (8)	70,6 (17)
Remisión booleana; % (n)	50,0 (8)	19,0 (21)
Respuesta EULAR; (n)	(8)	(21)
Respuesta buena; %	75,0	57,1
Respuesta moderada; %	25,0	28,6
No respuesta; %	0,0	14,3

DAS28-PCR/DAS28-VSG: remisión = DAS28.

Conclusiones: Los resultados a los 24 meses del estudio ACTION en la cohorte española confirman la efectividad de ABA i.v. para el tratamiento de la AR, demostrando altas tasas de retención y un alto porcentaje de remisión de la enfermedad en ambos grupos, particularmente en los pacientes naïve. Estos resultados son muy similares a los observados en la población de pacientes total del ACTION.

298. SEGURIDAD Y EFICACIA DEL CERTOLIZUMAB PEGOL A LO LARGO DE 204 SEMANAS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL, INCLUYENDO ESPONDILITIS ANQUILOSANTE Y ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA

E. Chamizo Carmona, A. Deodhar, M. Dougados, R. Landewé, J. Sieper, W.P. Maksymowych, M. Rudwaleit, F. van den Bosch, J. Braun, P.J. Mease, A. Kivitz, J. Walsh, O. Davies, B. Hoepken, L. Peterson y D. van der Heijde

Hospital General de Mérida. Badajoz. Oregon Health & Science University. Portland. OR. EE. UU. Department of Rheumatology. Cochin Hospital. París. Francia. Academic Medical Center. University of Amsterdam and Zuyderland Medical Center. Heerlen. Holanda. Rheumatology Department. Charité-University Medicine. Berlín. Alemania. Department of Medicine. University of Alberta. Edmonton. Canadá. Department of Internal Medicine and Rheumatology. Klinikum Bielefeld. Bielefeld. Alemania. Ghent University Hospital. Ghent. Bélgica. Rheumazentrum Ruhrgebiet. Herne. Alemania. Swedish Medical Center and University of Washington. Seattle. WA. EE. UU. Altoona Center for Clinical Research. Duncansville. PA. EE. UU. University of Utah School of Medicine. Salt Lake City. UT. EE. UU. UCB Pharma. Slough. RU. UCB Pharma. Monheim. Alemania. UCB Pharma. Raleigh. NC. EE. UU. Department of Rheumatology. Leiden University Medical Centre. Leiden. Holanda.

Introducción y objetivos: RAPID-axSpA estudió la eficacia y la seguridad de certolizumab pegol (CZP) en pacientes (pcts) con espondiloartritis axial (axSpA), incluidas espondilitis anquilosante (AS) y espondiloartritis axial no radiográfica (nr-axSpA). Se ha observado que CZP mejora los signos y los síntomas de axSpA a lo largo de 96sem.

Métodos: El estudio RAPID-axSpA fue doble ciego y controlado con PBO hasta la sem24, dosis ciega hasta la sem48 y abierto hasta la sem204. Los pctos cumplían criterios ASAS y tenían axSpA activa con RM positiva de la articulación sacroilíaca y/o proteína C reactiva (PCR) elevada ($> 7,9$ mg/l). Los pacientes se aleatorizaron para recibir CZP (200 mg c/2sem o 400 mg c/4sem) y continuaron con su dosis asignada en el período abierto. Se presentan los datos de eficacia de los pacientes aleatorizados inicialmente para recibir CZP (dosis combinadas) como caso observado (CO) y con imputación de no respondedores (NRI) para medidas categóricas; última observación llevada a cabo (LOCF) para medidas continuas. El grupo de seguridad incluye todos los pctos que recibieron = 1 dosis de CZP.

Resultados: 218/325 pacientes recibieron CZP desde la sem0, de los cuales el 65% (n = 142) continuó el tratamiento hasta la sem204 (AS: 67% [n = 81]; nr-axSpA: 63% [n = 61]). En el período abierto, el 9,2% se retiró debido a un acontecimiento adverso (AA) y el 1,4% debido a la falta de eficacia. La proporción de pacientes que logró ASAS20/40 y remisión parcial (RP) en la sem24 se mantuvo hasta la sem204 en los pacientes que permanecieron en el estudio (tabla). Todos los demás resultados clínicos y notificados por el paciente también mostraron un mantenimiento de la eficacia hasta la sem204, con mejoras similares para los pacientes con AS y nr-axSpA (tabla) y para ambas pautas posológicas con CZP (datos no incluidos). La movilidad (BASMI) y la función (BASFI) también mejoraron en ambas subpoblaciones y estas mejoras se mantuvieron hasta la sem204. Los pacientes con nr-axSpA presentaron puntuaciones menores en la sem204, pero también menores niveles de deterioro en el inicio. 148 pctos presentaban entesitis inicial (MASES > 0). Una proporción cada vez mayor de pacientes de este grupo que continuaron el tratamiento hasta la sem204 lograron una desaparición total de la entesitis (MASES = 0; CO): 39,6% en la sem12, 52,5% en la sem24 y 63,5% en la sem204. De forma similar, de 52 pacientes con entesitis inicial en el talón (= 1 tendón inflamado; CO), el 48,0% la había superado totalmente en la sem12, el 65,3% en la sem24 y el 74,3% en la sem204. Los pacientes del grupo de seguridad (n = 315) tuvieron una exposición total a CZP

Tabla Póster 298

	Semana 0 CZP (dosis combinada: 200 mg c/2 sem. + 400 mg c/4 sem.)	Semana 0 CZP (dosis combinada: 200 mg c/2 sem. + 400 mg c/4 sem.)	Semana 0 CZP (dosis combinada: 200 mg c/2 sem. + 400 mg c/4 sem.)	Semana 0 CZP (dosis combinada: 200 mg c/2 sem. + 400 mg c/4 sem.)	Semana 0 CZP (dosis combinada: 200 mg c/2 sem. + 400 mg c/4 sem.)	Semana 0 CZP (dosis combinada: 200 mg c/2 sem. + 400 mg c/4 sem.)	Semana 0 CZP (dosis combinada: 200 mg c/2 sem. + 400 mg c/4 sem.)	Semana 0 CZP (dosis combinada: 200 mg c/2 sem. + 400 mg c/4 sem.)	Semana 0 CZP (dosis combinada: 200 mg c/2 sem. + 400 mg c/4 sem.)
	axSpA	axSpA	axSpA	AS	AS	AS	nr-axSpA	nr-axSpA	nr-axSpA
(%)	Semana 24 (NRI) n = 218	Semana 204 (NRI) n = 218	Semana 204 (CO) n = 135	Semana 24 (NRI) n = 121	Semana 204 (NRI) n = 121	Semana 204 (CO) n = 75	Semana 24 (NRI) n = 97	Semana 204 (NRI) n = 97	Semana 204 (CO) n = 60
ASAS20	68,3	54,1	83,7	68,6	56,2	85,3	68,0	51,5	81,7
ASAS40	51,8	44,0	68,1	52,9	44,6	68,0	50,5	43,3	68,3
ASAS RP	30,3	23,4	36,5	28,1	21,5	32,5	33,0	25,8	41,7
Media	BL n = 218	Semana 24 (LOCF) n = 218	Semana 204 (LOCF) n = 218	BL n = 121	Semana 24 (LOCF) n = 121	Semana 204 (LOCF) n = 121	BL n = 97	Semana 24 (LOCF) n = 97	Semana 204 (LOCF) n = 97
ASDAS	3,8	2,1	2,0	3,9	2,1	2,0	3,8	2,0	1,9
ASDAS-ID (%)	-	30,3	32,1	-	27,3	32,2	-	34,0	32,0
BASDAI	6,4	3,3	3,0	6,4	3,4	3,0	6,6	3,3	2,9
BASFI	5,3	3,0	2,7	5,6	3,3	3,0	5,0	2,6	2,2
BASMI-lineal	3,8	3,2	3,1	4,2	3,6	3,6	3,2	2,6	2,5
MASES	3,5	1,6	1,2	3,0	1,1	0,9	4,0	2,3	1,6
Dolor de espalda (NRS)	7,0	3,8	3,3	7,0	3,8	3,4	7,0	3,8	3,3
Dolor de espalda nocturno (NRS)	6,9	3,3	3,0	6,8	3,3	3,1	7,0	3,2	2,9
Escala de sueño MOS	48,1	31,8	29,9	46,4	33,0	30,1	50,2	30,4	29,6

de 981 pcts-año (PY), con una tasa de AA graves de 10,4/100 PY. La tasa de acontecimientos para infecciones graves fue de 2,3/100 PY, para neoplasias malignas de 0,5/100 PY y para acontecimientos cardiovasculares graves de 0,4/100 PY. De la sem96 a la sem204 no se identificaron nuevas alertas de seguridad y no se notificó ninguna muerte a lo largo de 4 años.

Conclusiones: El ensayo RAPID-axSpA es el primero en presentar resultados sobre la eficacia de un agente anti-TNF para toda la población axSpA, incluidos pacientes con AS y con nr-axSpA. Estos datos a largo plazo muestran que los pacientes de ambos subgrupos tratados con CZP fueron capaces de mantener mejoras en cuanto a la actividad de la enfermedad, medidas tanto clínicamente como notificados por el paciente, y sin alertas de seguridad nuevas durante 4 años de tratamiento.

Código EUDRACT: NCT01087762.

299. TRANSPORTE REVERSO DE COLESTEROL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: FACTORES CONTRIBUYENTES Y RELACIÓN CON ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA

B.Tejera-Segura¹, M. Macía-Díaz¹, J.D. Machado², A. de Vera-González³, A. González-Delgado³, J.M. Olmos⁴, J.L. Hernández⁴, F. Díaz-González^{1,5}, M.A. González-Gay^{6,7,8} e I. Ferraz-Amaro¹

¹Division of Rheumatology; ³Central Laboratory Division. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ²Department of Pharmacology; ⁵Department of Internal Medicine. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna. ⁴Division of Internal Medicine; ⁷Epidemiology. Genetics and Atherosclerosis Research Group on Systemic Inflammatory Diseases. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla-IDIVAL. Universidad de Cantabria. Santander. ⁶Division of Rheumatology. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander. ⁸Cardiovascular Pathophysiology and Genomics Research Unit. School of Physiology. Faculty of Health Sciences. University of the Witwatersrand. Johannesburgo. Sudáfrica.

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) presentan un perfil lipídico alterado que se ha relacionado con la actividad y

la inflamación de la enfermedad. El transporte reverso de colesterol (TRHDL), que se define como la capacidad del colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) para aceptar esteres de colesterol de los macrófagos, se ha relacionado con eventos cardiovasculares en la población general y también se conoce que está alterado en pacientes con AR.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue analizar si el TRHDL está relacionado con la aterosclerosis subclínica, determinada por la presencia de placa carotídea o por el aumento de los niveles de grosor de íntima-media carotídea (cIMT), en pacientes con AR. El objetivo secundario fue describir los factores relacionados con la enfermedad que están también relacionados con el TRHDL.

Métodos: Estudio transversal en el cual se incluyeron 401 individuos; 178 pacientes con AR y 223 controles emparejados por sexo. Se determinaron TRHDL mediante un bioensayo in vitro, así como las concentraciones séricas de lipoproteínas y el perfil lipídico estándar en pacientes y controles. Se realizó ecografía carotídea para evaluar el grosor íntima-media carotídea y la presencia de placa carotídea en pacientes con AR. Se realizó regresión logística y lineal múltiple para evaluar la relación del TRHDL con los datos relacionados con la AR, el perfil lipídico y la aterosclerosis carotídea subclínica.

Resultados: La media de TRHDL no fue significativamente diferente entre los pacientes con AR (18,9 ± DE 9,0%) y los controles (16,9 ± 10,4%), p = 0,11. Las variables demográficas no se asociaron con el TRHDL excepto por una correlación con el sexo masculino que sólo se encontró en pacientes con AR, pero no en los controles. La presión arterial sistólica se correlacionó inversamente con el TRHDL en los controles (coeficiente beta -0,1 [-0,2--0,0]%, p = 0,025). En pacientes con AR se encontró una tendencia similar aunque no se alcanzó una diferencia estadísticamente significativa. Ni los factores de riesgo cardiovascular tradicionales ni los datos relacionados con la comorbilidad cardiovascular se asociaron con el TRHDL. Del mismo modo, el perfil lipídico no mostró ninguna relación con la TRHDL en pacientes o controles. Por el contrario, los pacientes con AR con baja (coef. beta -5,2 [-10,0--0,3]%, p = 0,039) y moderada actividad de la enfermedad (coef. beta -4,6 [-8,5- 0,7]%, p = 0,020) se asociaron con niveles inferiores de TRHDL en comparación con los pacientes en remisión. Aunque el TRHDL no se asoció con cIMT, un mayor TRHDL

se asoció con un efecto protector para la presencia de placa carotídea en pacientes con AR. Esta relación se mantuvo incluso después del análisis multivariante (OR 0,94 [0,89-0,98], $p = 0,015$).

Conclusiones: Nuestro estudio, que incluye la mayor serie de pacientes con AR en los que se ha evaluado hasta ahora el TRHDL, demuestra por primera vez que éste está relacionado con la presencia de aterosclerosis subclínica en pacientes con AR. El hecho de que el TRHDL esté también asociado con la actividad de la enfermedad refuerza la idea de que el TRHDL puede ser un mediador entre la actividad de la enfermedad y la aterosclerosis subclínica en pacientes con AR.

300. RELACIÓN ENTRE LA CONCENTRACIÓN PLASMÁTICA DE CERTOLIZUMAB PEGOL Y LA MEJORA EN LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN LA ARTRITIS REUMATOIDE Y EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

A. Balsa Criado, G. Wolbink, P. Goupille, W. Sandborn, H. Marotte, D. Mulleman, D. Ternant, S. Paul, M. de Longueville, N. van de Castele, M. Zamacona, C. O'Brien, T.K. Kvien y A.F. Kavanaugh

Rheumatology Unit. University Hospital La Paz. Madrid. Amsterdam Rheumatology Immunology Center (ARC). Reade. Holanda. Department of Immunopathology. Sanquin. Université François Rabelais. Francia. Division of Gastroenterology. UC San Diego School of Medicine. EE. UU. Centre Hospitalier Universitaire de Saint Étienne. Francia. UCB Pharma. KU Leuven. Bélgica. Department of Pharmaceutical and Pharmacological Sciences. Department of Rheumatology. Diakonhjemmet Hospital. Division of Rheumatology. Allergy & Immunology. UC San Diego School of Medicine. EE. UU.

Introducción y objetivos: Los fármacos anti-TNF neutralizan el componente mediado por TNF de enfermedades inflamatorias como la artritis reumatoide (AR) y la enfermedad de Crohn (EC). En este estudio se identificaba el rango de concentraciones plasmáticas de certolizumab pegol [CZP] que se asocia a una mejora óptima de la actividad de la enfermedad en pacientes con AR y EC con distintas pautas posológicas.

Métodos: Los criterios de valoración de eficacia según [CZP] se evaluaron utilizando dos métodos: 1) correlación entre la [CZP] y la actividad de la enfermedad (AR); 2) modelos FC/FD de población (AR y EC). Los datos observados para AR proceden de RAPID1 y RAPID2. Los datos para los modelos FC/FD se obtuvieron de múltiples estudios con CZP controlados con placebo en AR y EC. Se administró a los pacientes con AR y EC una dosis de inducción (CZP 400 mg en las sem 0, 2 y 4) seguida de una dosis de mantenimiento (AR: 200 mg o 400 mg c/2 sem y EC: 400 mg c/4 sem). La [CZP] se midió utilizando un ELISA validado de acuerdo con las disposiciones reglamentarias de la FDA/EMA para métodos bioanalíticos. En AR, se correlacionó la [CZP] con el cambio desde el inicio en la puntuación DAS28 (PCR) (δ DAS) y con el índice de actividad clínica de la enfermedad en las sem 12 y 24. En EC, se correlacionó la [CZP] con la remisión del índice de actividad de la enfermedad de Crohn (CDAI) (≤ 150 puntos), con la respuesta PCR (≤ 5 mg/l), con la respuesta de calprotectina fecal (CF) (≤ 250 μ g/g) y con un resultado compuesto (CDAI ≤ 150 y FC ≤ 250 μ g/g) en las sem 6 y 26.

Resultados: En RAPID1/RAPID2 ($n = 1.479$ pacientes con AR; datos obtenidos para CZP 200 mg c/2sem y 400 mg c/2sem), el rango

intercuartílico (IQR) de la [CZP] medida fue de 20-50 μ g/ml y se asoció a un δ DAS $\geq 2,0$ en la semana 12 y a un δ DAS $\geq 2,4$ en la semana 24. La mejora en el índice de actividad de la enfermedad se asoció a un rango similar de [CZP] (no se muestra). Los modelos FC/FD para AR ($n = 2.621$ pacientes) confirmaron el rango de [CZP] observado para las pautas de CZP 200 mg c/2sem y 400 mg y c/2sem, con [CZP] ≥ 24 μ g/ml asociada a un δ DAS ≥ 2 en las sem 12 y 24. Para la pauta de 400 mg c/4sem., se predijeron mejoras similares de δ DAS para [CZP] ≥ 15 μ g/ml. En EC ($n = 2157$ pacientes), el análisis de la curva de características operativas del receptor mostró una [CZP] en dosis de inducción de 36 μ g/ml (sem 6) y una [CZP] de mantenimiento de 15 μ g/ml (sem 12), que se asociaron a una respuesta en los distintos resultados analizados (tabla). Tanto en AR como en EC, los umbrales previstos de [CZP] asociados con la respuesta concordaron con los IQR de [CZP] medidas.

Conclusiones: Según los datos procedentes del ELISA, en pacientes con AR tratados con pautas de 200 mg c/2sem o 400 mg c/2sem δ DAS aumentó con [CZP] por encima de 20 μ g/ml; la mayoría de los pacientes presentó una [CZP] ≥ 20 μ g/ml, lo que se asoció a un efecto meseta en δ DAS a partir de la semana 12, con valores medios de $-2,0$ en la sem 12 y $-3,0$ en la sem 24. Los modelos FC/FD predijeron un menor rango de CZP para la pauta de 400 mg c/4sem, con una eficacia similar. En pacientes con EC, el rango de dosis de inducción de [CZP] y su asociación con la eficacia concordaron con los resultados de AR; las [CZP] de mantenimiento oscilaron entre los 4 y los 28 μ g/ml.

301. CLINICAL, RADIOGRAPHIC, AND SAFETY OUTCOMES AFTER 2 YEARS OF SARILUMAB IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

M. Pombo Suárez¹, J. Fay², H. van Hoogstraten³, M. Iglesias-Rodríguez³, E.K. Mangan², N.M.H. Graham², C. Fan³, A. Spindler⁴ y M.C. Genovese⁵

¹Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ²Regeneron Pharmaceuticals. Inc. Tarrytown. NY. EE. UU. ³Sanofi Genzyme. Bridgewater. NJ. EE. UU. ⁴Universidad Nacional de Tucumán. Argentina. ⁵Stanford University Medical Center. Palo Alto. CA. EE. UU.

Introduction: Sarilumab is a human mAb blocking the IL-6R α that demonstrated statistically significant reductions in disease activity, improvements in physical function, and inhibition of radiographic progression in combination with MTX in adults with active, moderate-to-severe RA in the 1-year, phase 3 MOBILITY study (NCT01061736).

Objectives: Two-year clinical, radiographic, and safety outcomes were examined in patients who completed MOBILITY and continued in the long-term, open-label extension (OLE) study EXTEND (NCT01146652) and were treated with sarilumab 200 mg q2w.

Methods: Patients in MOBILITY were initially randomized to placebo or subcutaneous sarilumab 150 or 200 mg q2w for up to 1 year. Rescue with open-label sarilumab 200 mg q2w was allowed for insufficient response after week 16. After MOBILITY, patients were eligible for EXTEND, where all patients received active treatment (sarilumab 200 mg q2w after final dose selection) + MTX.

Tabla Póster 300

	[CZP] Corte semana 6 (μ g/ml)	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	[CZP] Corte semana 12 (μ g/ml)	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
Remisión CDAI, Semana 6	31,8	57,2	55,7	-	-	-
PCR = 5 mg/l, Semana 6	31,9	65,1	69,4	-	-	-
FC = 250 μ g/g						
Semana 6	32,7	73,9	60,3	-	-	-
Semana 26	-	-	-	13,8	68,1	56
CDAI = 150 y FC = 250 μ g/g						
Semana 6	34,5	66,7	59,7	-	-	-
Semana 26	36,1	67,1	65	14,8	73,2	57,3

Radiographs at baseline and at years 1 and 2 were read centrally by 2 independent readers. Statistical analysis was performed using patients' original randomized treatment (placebo, or sarilumab 150 or 200 mg), regardless of rescue during MOBILITY.

Results: Of the 1,197 randomized patients from MOBILITY, 901 patients entered EXTEND (table). In MOBILITY, treatment with sarilumab 150 or 200 mg q2w + MTX resulted in statistically significant improvements vs placebo + MTX in all coprimary endpoints: ACR20 response rate at week 24, 58.0%, 66.4%, and 33.4%, respectively; mean change in HAQ-DI at week 16, 0.53, 0.55, and -0.29, respectively; and mean change in mTSS at week 52, 0.90, 0.25, and 2.78, respectively; all $p < 0.0001$ vs placebo. Two-year radiographic data were available for 800 patients. The mTSS scores observed at year 1 in the initial placebo and sarilumab 150 and 200 mg q2w groups were maintained through year 2 in the OLE (table). At year 2, after 1 year of active treatment with sarilumab 200 mg q2w, disease activity (DAS28-CRP, SDAI), disease remission (DAS28-

CRp < 2.6 , SDAI ≤ 3.3 , Boolean based), mean HAQ-DI scores, and ACR20/50/70 response rates reached the same level regardless of initial treatment (Table). Safety at the end of year 2 was consistent with the safety profile observed at the end of year 1. Treatment-emergent AEs (TEAEs) occurred in 86.3% of patients over 2 years, and serious AEs occurred in 16.3% of patients. The most common TEAEs ($\geq 5\%$ in ≥ 1 treatment group) were neutropenia (17.8%), increased ALT (11.6%), and upper respiratory tract infection (11.1%).

Conclusions: In MOBILITY, sarilumab 150 or 200 mg q2w + MTX significantly reduced disease activity, improved physical function, and inhibited radiographic progression compared with placebo + MTX. Clinical response at year 2 was similar across patient groups irrespective of treatment during year 1, but patients initially randomized to sarilumab 200 mg q2w had the best radiographic outcomes. Adverse events were consistent with IL-6 signaling blockade and the known safety profile of sarilumab.

Código EUDRACT: 2009-016266-90.

Clinical and radiographic data at baseline, Year 1, and Year 2 for patients with RA enrolled in EXTEND

	Placebo + MTX -> sarilumab 200 mg q2w + MTX	Sarilumab 150 mg q2w + MTX -> sarilumab 200 mg q2w + MTX	Sarilumab 200 mg q2w + MTX
Randomized population	398	400	399
OLE population, n ^a	307	300	294
mTSS, mean \pm SEM			
Baseline (at randomization into MOBILITY)	45.8 \pm 3.8	49.2 \pm 3.6	43.2 \pm 3.4
Year 1 (randomized period)	48.4 \pm 3.9	49.6 \pm 3.6	43.1 \pm 3.4
Year 2 (completers)	48.3 \pm 3.9	50.5 \pm 3.7	43.3 \pm 3.4
mTSS change from baseline, mean \pm SEM			
Baseline - year 1 (randomized period)	2.4 \pm 0.3	0.5 \pm 0.2	0.2 \pm 0.2
Baseline - year 2 (completers)	2.5 \pm 0.3	1.1 \pm 0.3	0.2 \pm 0.2
DAS28-CRP, mean \pm SEM			
Baseline (at randomization into MOBILITY)	5.9 \pm 0.0	6.0 \pm 0.0	6.0 \pm 0.0
Year 1 (randomized period)	3.6 \pm 0.1	2.9 \pm 0.1	2.8 \pm 0.1
Year 2 (completers)	2.5 \pm 0.1	2.5 \pm 0.1	2.4 \pm 0.1
Incidence of DAS28-CRP			
Year 1 (randomized period) ^b	89/398 (22.4)	136/400 (34.0)	143/399 (35.8)
Year 2 (randomized population) ^c	162/398 (40.7)	159/400 (39.8)	163/399 (40.9)
Year 2 (entered OLE) ^d	162/307 (52.8)	159/300 (53.0)	163/294 (55.4)
Year 2 (completers)	162/270 (60.0)	159/258 (61.6)	163/262 (62.2)
SDAI, mean \pm SEM			
Baseline (at randomization into MOBILITY)	42.7 \pm 0.6	42.6 \pm 0.7	42.7 \pm 0.6
Year 1 (randomized period)	16.0 \pm 0.7	11.7 \pm 0.6	11.3 \pm 0.6
Year 2 (completers)	9.2 \pm 0.6	9.0 \pm 0.6	8.8 \pm 0.6
SDAI remission (SDAI ≤ 3.3), yes n/N (%)			
Year 1 (randomized period) ^b	37/398 (9.3)	62/400 (15.5)	77/399 (19.3)
Year 2 (randomized population) ^c	81/398 (20.4)	78/400 (19.5)	85/399 (21.3)
Year 2 (entered OLE) ^d	81/307 (26.4)	78/300 (26.0)	85/294 (28.9)
Year 2 (completers)	81/270 (30.0)	78/258 (30.2)	85/262 (32.4)
Incidence of Boolean-based ACR/EULAR remission, yes, n/N (%)			
Year 1 (randomized period) ^b	25/398 (6.3)	42/400 (10.5)	56/399 (14.0)
Year 2 (randomized population) ^c	47/398 (11.8)	52/400 (13.0)	60/399 (15.0)
Year 2 (entered OLE) ^d	47/307 (15.3)	52/300 (17.3)	60/294 (20.4)
Year 2 (completers)	47/272 (17.3)	52/259 (20.1)	60/262 (22.9)
HAQ-DI score, mean \pm SEM			
Baseline (at randomization into MOBILITY)	1.6 \pm 0.03	1.6 \pm 0.03	1.7 \pm 0.03
Year 1 (randomized period)	1.1 \pm 0.04	0.9 \pm 0.04	1.0 \pm 0.04
Year 2 (completers)	1.0 \pm 0.04	0.9 \pm 0.04	0.9 \pm 0.04
Incidence of ACR20 response, responders, n/N (%)			
Year 1 (randomized period) ^b	230/398 (57.8)	246/400 (61.5)	258/399 (64.7)
Year 2 (randomized population) ^c	228/398 (57.3)	214/400 (53.5)	227/399 (56.9)
Year 2 (entered OLE) ^d	228/307 (74.3)	214/300 (71.3)	227/294 (77.2)
Year 2 (completers)	228/272 (83.8)	214/258 (82.9)	227/262 (86.6)
Incidence of ACR50 response, responders, n/N (%)			
Year 1 (randomized period) ^b	142/398 (35.7)	178/400 (44.5)	184/399 (46.1)
Year 2 (randomized population) ^c	175/398 (44.0)	176/400 (44.0)	174/399 (43.6)
Year 2 (entered OLE) ^d	175/307 (57.0)	176/300 (58.7)	174/294 (59.2)
Year 2 (completers)	175/271 (64.6)	176/258 (68.2)	174/262 (66.4)
Incidence of ACR70 response, responders, n/N (%)			
Year 1 (randomized period) ^b	80/398 (20.1)	107/400 (26.8)	112/399 (28.1)
Year 2 (randomized population) ^c	112/398 (28.1)	114/400 (28.5)	119/399 (29.8)
Year 2 (entered OLE) ^d	112/307 (36.5)	114/300 (38.0)	119/294 (40.5)
Year 2 (completers)	112/270 (41.5)	114/256 (44.5)	119/261 (45.6)

^aPatients were tabulated according to their randomized treatment in MOBILITY. All patients received active treatment in EXTEND (sarilumab 200 mg q2w after final dose selection) + MTX. ^bYear 1 incidence of remission/response based on the number of patients who enrolled in MOBILITY (randomized population). ^cYear 2 incidence of remission/response based on the number of patients who enrolled in MOBILITY (randomized population). ^dYear 2 incidence of remission/response based on the number of patients who rolled over from MOBILITY into EXTEND (OLE).

302. NO EXISTE UN MAYOR RIESGO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ENTRE LOS PACIENTES TRATADOS CON SECUKINUMAB CON PSORIASIS MODERADA A GRAVE, ARTRITIS PSORIÁSICA O ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: DATOS DE 14 ESTUDIOS CLÍNICOS DE FASE 2 Y FASE 3

R. Blanco¹, A.A. Deodhar², S. Schreiber³, K. Gandhi⁴, T. Fox⁵, C. Gaillez⁵ y C. Karyekar⁴

¹Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. ²Oregon Health & Science University. Portland. OR. EE. UU. ³Christian-Albrechts-Universität Kiel. Kiel. Alemania. ⁴Novartis Pharmaceuticals Corporation. East Hanover. NJ. EE. UU. ⁵Novartis Pharma AG. Basel. Suiza.

Introducción y objetivos: Secukinumab, un anticuerpo monoclonal anti-interleucina-17A totalmente humano, está aprobado para el tratamiento de la psoriasis (PsO) moderada a grave, artritis psoriásica activa (APs) y espondilitis anquilosante activa (EA). La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), incluyendo la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU), se asocia frecuentemente con PsO, APs y EA. El riesgo de EC en pacientes con PsO moderada a grave es aproximadamente 2-4 veces mayor que en la población general, con una tasa de hasta 0,25 casos por 100 pacientes-año. La EC se ha notificado a una tasa de 0,06 casos por 100 pacientes-año en pacientes con APs, y 0,7 casos por 100 pacientes-año en pacientes tratados con placebo en los estudios de EA. La inflamación subclínica endoscópica se produce en hasta el 50% de los pacientes con EA. Presentamos la incidencia de EC y CU entre los pacientes tratados con secukinumab en los programas de ensayos clínicos de PsO, APs, y EA.

Métodos: Este análisis incluyó datos de 10 estudios de fase II y fase III en PsO moderada a grave, 2 estudios de fase III en APs activa y 2 estudios de fase III en EA activa, agrupados por indicación. La mayoría de los estudios incluyeron brazos de tratamiento con placebo a corto plazo; 1 estudio de PsO incluyó un brazo con comparador activo con etanercept. Los pacientes con historia previa de EII no activa podían ser incluidos en el estudio. Las duraciones de los estudios variaron; se incluyeron los datos de todos los pacientes que recibieron ≥ 1 dosis de secukinumab hasta la semana 52 (estudios de PsO) o la semana 112 (estudios de APs/EA). Los datos se presentan como tasa de incidencia (%) a corto plazo (semana 12 en los estudios de PsO y semana 16 en los estudios de APs/EA) y tasas de incidencia ajustadas por exposición (EAIR por 100 pacientes-año) en todo el período de tratamiento.

Tabla Póster 302

Incidencia de EC y CU en los programas de ensayos clínicos de secukinumab en PsO, APs y EA

	Periodo a corto plazo, n (%)							
	Estudios de PsO			Estudios de APs			Estudios de EA ¹	
	Cualquier dosis de SEC (N = 2.877)	PBO (N = 793)	ETN (n = 323)	Cualquier dosis de SEC (N = 703)	PBO (N = 300)	Cualquier dosis de SEC (N = 394)	PBO (N = 196)	
Tiempo de exposición medio, días	83,2	81,2	82,6	112,0	110,1	112,1	108,6	
Enfermedad de Crohn	1 (0,03)	0	0	0	1 (0,3)	2 (0,5)	0	
Exacerbaciones ^b	1	0	0	0	0	2	0	
Colitis ulcerosa	1 (0,03)	0	1 (0,3)	0	0	1 (0,3)	0	
Exacerbaciones ^b	0	0	0	0	0	0	0	
Periodo de tratamiento total, n (EAIR por 100 pacientes-año) [IC95%]								
	Estudios de PsO		Estudios de APs		Estudios de EA			
	Cualquier dosis de SEC ^a (N = 3430)	ETN (N = 323)	Cualquier dosis de SEC ^a (N = 974)	Cualquier dosis de SEC ^a (N = 591)				
Tiempo de exposición medio, días	290,1	331,9	542,4	670,0				
Enfermedad de Crohn	3 (0,11) [0,02-0,32]	0 [0-1,26]	1 (0,07) [0,00-0,39]	8* (0,77) [0,33-1,51]				
Exacerbaciones ^b	3	0	0	3				
Colitis ulcerosa	4 (0,15) [0,04-0,38]	1 (0,34) [0,01-1,90]	2 (0,14) [0,02-0,50]	3 (0,29) [0,06-0,84]				
Exacerbaciones ^b	2	0	1	1				

¹1 notificación de EII no se clasificó como EC o CU en un paciente tratado con SEC en el programa EA. *El diagnóstico final no se confirmó en 2 casos; ^aIncluye pacientes procedentes de placebo (PBO); ^bLas exacerbaciones cuentan para la tasa de incidencia global. APs, artritis psoriásica; EA, espondilitis anquilosante; EAIR, tasa de incidencia ajustada a la exposición; EII, enfermedad inflamatoria intestinal; ETN, etanercept; IC, intervalo de confianza; SEC, secukinumab.

Resultados: De manera global, 3430, 974 y 571 pacientes recibieron ≥ 1 dosis de secukinumab en los estudios de PsO, APs y EA, respectivamente. Se notificaron con poca frecuencia acontecimientos adversos de EC o CU entre los pacientes tratados con secukinumab tanto en los períodos de tratamiento a corto como a largo plazo (tabla). Las tasas de incidencia de EC y CU fueron similares en las cohortes de PsO y APs, y las tasas con secukinumab fueron similares a las observadas con etanercept en los pacientes con PsO. En todas las indicaciones, no hubo dependencia de dosis con respecto a la incidencia de EC o CU con secukinumab, y no existe un patrón en el tiempo hasta el inicio (datos no presentados).

Conclusiones: En los pacientes con PsO, APs, o EA tratados con secukinumab, los eventos de EC y CU se notificaron con poca frecuencia en los 14 estudios clínicos, y las tasas de incidencia fueron similares en las cohortes de PsO y APs. Las EAIR de EC y CU observadas en los pacientes tratados con secukinumab son consistentes con las notificadas en la literatura en poblaciones de PsO, APs y EA. Código EUDRACT: 2011-000276-34, 2013-001241-13, 2012-004439-22, 2010-024529-18, 2012-000046-35, 2010-022228-66, 2010-023512-13, 2011-006057-28, 2012-002609-22.

303. EL SECUKINUMAB PROPORCIONA MEJORÍAS SOSTENIDAS EN LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE ACTIVA: RESULTADOS A 2 AÑOS DEL ESTUDIO FASE 3 CON DOSIS DE INDUCCIÓN Y MANTENIMIENTO SUBCUTÁNEAS (MEASURE 2)

A. Balsa¹, H. Marzo-Ortega², C.W. Legerton³, J. Sieper⁴, A. Kivitz⁵, R. Blanco⁶, M. Cohen⁷, J. Zuazo⁸, A. Readie⁹, B. Porter⁹ y H. Richards⁸

¹Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Leeds Musculoskeletal Biomedical Research Unit. Leeds Teaching Hospitals Trust and Leeds Institute of Rheumatic and Musculoskeletal Medicine. University of Leeds. Leeds. Reino Unido. ³Low Country Rheumatology. Articularis Healthcare. Charleston. EE. UU. ⁴University Clinic Benjamin Franklin. Berlín. Alemania. ⁵Altoona Center for Clinical Research. Duncansville. EE. UU. ⁶Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁷Division of Rheumatology. McGill University. Montreal. Canadá. ⁸Novartis Pharma AG. Basel. Suiza. ⁹Novartis Pharmaceuticals Corporation. East Hanover. EEUU.

Introducción: Secukinumab, un anticuerpo monoclonal anti-interleucina-17A, mejoró los signos y síntomas de la espondilitis anqui-

losante (EA) durante las 52 semanas de tratamiento en el estudio de fase 3, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo (PBO) MEASURE 2 (NCT01649375).

Objetivos: Evaluar la eficacia y la seguridad de secukinumab a largo plazo (104 semanas) en el estudio MEASURE 2.

Métodos: 219 pacientes con EA activa, clasificados según los criterios modificados de Nueva York, y con fallo a terapia con AINEs, fueron aleatorizados a secukinumab 150 o 75 mg o PBO subcutáneo (s.c.) al inicio (VB), la semana 1, 2 y 3 y cada 4 semanas a partir de la semana 4. En la semana 16, los pacientes tratados con PBO fueron re-aleatorizados a secukinumab 150 o 75 mg s.c. cada 4 semanas. En la VB, el 39% de los pacientes presentaban una respuesta inadecuada/intolerancia al tratamiento anti-TNF (anti-TNF-IR). El objetivo primario fue la tasa de respuesta ASAS20 a la semana 16. Las variables de valoración secundarias incluyeron la puntuación ASAS40, hsCRP, ASAS5/6, BASDAI, SF-36 PCS y la remisión parcial según ASAS. Las variables de valoración se evaluaron hasta la semana 104, con imputación múltiple para variables binarias y un modelo mixto de medidas repetidas para variables continuas. Los análisis estratificados según la historia de tratamiento con anti-TNF fueron pre-establecidos y se notifican tal y como se observaron.

Resultados: 60/72 (83,3%), 57/73 (78,1%) y 57/74 (77%) pacientes completaron las 104 semanas de tratamiento con secukinumab 150 mg, 75 mg y PBO, respectivamente. Como se informó anteriormente, secukinumab 150 mg mejoró significativamente todas las variables de valoración pre-especificadas en la semana 16 vs PBO, excepto la remisión parcial ASAS; la dosis de 75 mg no alcanzó significación estadística en la semana 16 para las variables de valoración especificadas previamente. En la semana 104, las tasas de respuesta ASAS20/40 fueron de 71,5/47,5% con ambas dosis de secukinumab. Las mejorías clínicas con secukinumab se mantuvieron hasta la semana 104 en todas las variables de valoración secundarias. En el subgrupo de pacientes no tratados con anti-TNF, las tasas de respuesta ASAS20/40 en la semana 104 (datos observados) fueron 76,9/56,4% y 80,0/60,0% con secukinumab 150 mg y 75 mg, respectivamente; las tasas correspondientes a pacientes del subgrupo anti-TNF-IR fueron 85,0/50,0% y 68,8/43,8%. A lo largo del período de tratamiento (exposición media de secukinumab: 735,6 días), las tasas de incidencia ajustadas por exposición en el grupo secukinumab para infecciones/infestaciones graves, enfermedad inflamatoria intestinal (IBD), tumores malignos/no especificados y acontecimientos adversos cardiovasculares graves (MACE) fueron 1,2/1,4/0,5 y 0,7 por 100 pacientes-año, respectivamente. No se notificaron casos de tuberculosis, infecciones oportunistas o acontecimientos adversos relacionados con el suicidio.

Conclusiones: Secukinumab proporcionó una mejoría sostenida durante 2 años en los signos y síntomas de EA mejorando la función

física, independientemente del estado anti-TNF. Los datos de seguridad se corresponden con los informes anteriores.

Código EUDRACT: 2012-000046-35.

304. MEJORA EN LA EFICACIA ARTICULAR EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA A LO LARGO DE 4 AÑOS DE TRATAMIENTO CON CERTOLIZUMAB PEGOL EN PACIENTES CON Y SIN EXPOSICIÓN PREVIA A FÁRMACOS ANTI-TNF

E. Pérez-Pampín, P.J. Mease, R. Fleischmann, J. Wollenhaupt, A. Deodhar, D. Gladman, B. Hoepken, L. Peterson y D. van der Heijde

Department of Rheumatology Unit Hospital Clinico Universitario. Santiago de Compostela. Swedish Medical Center and University of Washington. Seattle. University of Texas SW Medical Center. Dallas. EE. UU. Schön Klinik. Hamburgo. Alemania. Oregon Health & Science University. Portland. EE. UU. Toronto Western Research Institute. Toronto. Canadá. UCB Pharma. Monheim. Alemania. UCB Pharma. Raleigh. EE. UU. Leiden University Medical Centre. Leiden. Holanda.

Introducción: Publicaciones previas del ensayo RAPID-PsA (NCT01087788) mostraban la eficacia de certolizumab pegol (CZP) a la hora de mejorar la actividad articular en pacientes con artritis psoriásica (APs) con y sin exposición previa a fármacos anti-TNF a 96 semanas de seguimiento.

Objetivos: Comunicar la eficacia desde el punto de vista articular de CZP a lo largo de 4 años en pacientes con APs con y sin exposición previa a fármacos anti-TNF.

Métodos: El ensayo RAPID-PsA, doble ciego y controlado con placebo hasta la semana 24, dosis ciega hasta la semana 48 y posteriormente fase abierta hasta la semana 216. Los pacientes incluidos presentaban APs activa, habían fracasado a tratamiento con ≥ 1 FAME y $\leq 40\%$ podía haber recibido un fármaco anti-TNF previamente. Los pacientes se aleatorizaron inicialmente para recibir CZP (200 mg c/2 sem. o 400 mg c/4 sem., tras una dosis de inducción de 400 mg en las semanas 0, 2 y 4) y continuaron con su dosis asignada en el período abierto. La actividad de la enfermedad a nivel articular se evaluó en todos los pacientes usando el recuento de articulaciones dolorosas (NAD), articulaciones inflamadas (NAT) y la puntuación DAS28 (PCR), así como las medidas compuestas de actividad de la enfermedad ACR20/50/70. Los datos se muestran como caso observado (CO) y con imputación: NRI para medidas categóricas y LOCF para medidas continuas. Se presentan los datos de todos los pacientes aleatorizados inicialmente para recibir CZP, con o sin exposición previa a fármacos anti-TNF.

Resultados: Se aleatorizaron 409 pacientes y 273 recibieron CZP desde la semana 0 (54/273 pacientes habían recibido previamente un

Tabla Póster 304

	Pacientes con exposición previa a fármacos anti-TNF Dosis combinada de CZP (n = 54)	Pacientes con exposición previa a fármacos anti-TNF Dosis combinada de CZP (n = 54)	Pacientes con exposición previa a fármacos anti-TNF Dosis combinada de CZP (n = 54)	Pacientes sin exposición previa a fármacos anti-TNF Dosis combinada de CZP (n = 219)	Pacientes sin exposición previa a fármacos anti-TNF Dosis combinada de CZP (n = 219)	Pacientes sin exposición previa a fármacos anti-TNF Dosis combinada de CZP (n = 219)
	Semana 24 (NRI)	Semana 216 (NRI)	Semana 216 (CO; n = 34)	Semana 24 (NRI)	Semana 216 (NRI)	Semana 216 (CO; n = 34)
Resultado, %						
ACR20	59,3	51,9	82,4	60,3	55,3	80,1
ACR50	44,4	40,7	64,7	41,6	43,8	63,6
ACR70	25,9	29,6	47,1	26	36,1	52,3
BL		Semana 24 (LOCF)	Semana 216 (LOCF)	BL	Semana 24 (LOCF)	Semana 216 (LOCF)
Resultado, media						
TJC	21,4	11,1	9,5 4,9 (n = 34)	20,3	8,4	6,4 3,7 (n = 151)
SJC	12,6	3,4	2,4 1,4 (n = 34)	10,3	3	1,9 1,1 (n = 151)
DAS28 (PCR)	5,2	3,1	2,9 2,4 (n = 34)	4,9	3	2,6 2,3 (n = 145)

fármaco anti-TNF). De los pacientes aleatorizados para recibir CZP al inicio, el 91% continuó hasta la semana 24, el 87% hasta la semana 48 y el 67% hasta la semana 216. El tratamiento con CZP se asoció a mejoras en todas las medidas de actividad de la enfermedad a nivel articular hasta la semana 24. Las mejoras en los resultados, que incluyeron NAD, NAT y DAS28 (PCR), además de las medidas compuestas ACR20/50/70, se mantuvieron hasta la semana 216 del ensayo y fueron similares en pacientes con y sin exposición previa a un fármaco anti-TNF. Se observaron mayores mejoras en los pacientes que continuaron hasta la semana 216. Los pacientes presentaron mejoras adicionales desde la semana 24 hasta la semana 216 en ACR70 cuando se usaron CO o NRI (Tabla). En la semana 216, las respuestas ACR20 fueron similares independientemente de la pauta posológica en pacientes con y sin exposición previa a un fármaco anti-TNF (pacientes con exposición a un fármaco anti-TNF [CO]: 200 mg c/2 sem.: 81,8%; 400 mg c/4 sem.: 83,3%; pacientes sin exposición previa a un fármaco anti-TNF [CO]: 200 mg c/2 sem.: 75,0%; 400 mg c/4 sem.: 85,3%).

Conclusiones: En pacientes con APs, se observaron mejoras en las mediciones de la actividad de la enfermedad a nivel articular hasta la semana 24 y la eficacia se mantuvo a lo largo de 4 años. La eficacia fue similar en los pacientes con o sin exposición previa a un fármaco anti-TNF para todos los resultados en articulaciones evaluados. Código EUDRACT: NCT01087788.

305. FACTORES PRONÓSTICOS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE: REVISIÓN DEL ALCANCE DEL MATERIAL PUBLICADO COMO BASE PARA UN EJERCICIO DE UTILIDAD. PROYECTO PROGRESAR

L. Carmona¹, T. Otón Sánchez¹, S. Luján Valdés², A. Royo García², J.L. Baquero Úbeda³ y S. Muñoz Fernández^{4,5}

¹Instituto de Salud Musculoesquelética-InMusc. Madrid. ²Departamento Médico de Bristol-Myers Squibb. Madrid. ³Departamento Científico de Scientia Salus. Madrid. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. ⁵Universidad Europea de Madrid.

Introducción: La medicina personalizada en la artritis reumatoide (AR) es de creciente interés y aplicabilidad con la disponibilidad de nuevas terapias. La selección de la terapia más adecuada para cada paciente es crucial para prevenir el daño articular, particularmente en pacientes con enfermedad rápidamente progresiva. Los reumatólogos usan algunos factores pronósticos en la práctica diaria pero pueden no ser los que tienen mayor capacidad predictiva.

Objetivos: Identificar factores bien establecidos en relación a la predicción del pronóstico a largo plazo en la AR como base para una encuesta a los reumatólogos.

Métodos: La identificación de los factores se realizó a través de una revisión de revisiones sistemáticas que estudiaran factores pronósticos en la AR seguida de una serie de revisiones de alcance para los factores identificados. Todas las búsquedas se realizaron en PubMed. Como criterios de inclusión para la revisión general, los estudios tenían que ser revisiones sistemática de factores pronósticos en relación a cualquiera de los siguientes desenlaces: discapacidad, mortalidad, remisión, respuesta al tratamiento, o daño radiológico. Todos los factores identificados, en asociación positiva o negativa con los desenlaces seleccionados, fueron compilados en una matriz de factores × resultados. Se realizaron revisiones de alcance subsecuentes para cada combinación de la matriz.

Resultados: La revisión de revisiones sistemáticas permitió identificar 36 factores pronósticos (tabla). Tras una ronda de discusiones, decidimos eliminar de la segunda revisión los factores dependientes del tratamiento o de la metodología de los estudios, por considerar que no podían considerarse propiamente factores pronósticos sino modificadores. Tras las revisiones del alcance se recabaron medidas de asociación de estudios individuales, obteniéndose como productos

de esta revisión un listado de estudios de factores pronósticos, con características metodológicas y 27 revisiones sobre factores y desenlaces concretos. Con esta información, hemos compilado los ítems de una encuesta dirigida a reumatólogos para evaluar la frecuencia con que usan los diversos factores para hacer predicciones a largo plazo, y lo fuerte que creen que es la asociación con el desenlace.

Factores pronósticos identificados en la revisión de revisiones sistemáticas

Desenlaces	Factores pronósticos	
Discapacidad	Marcadores genéticos Índice de calidad de vida	Polimorfismos genéticos Cuestionarios HAQ
Mortalidad	Marcadores genéticos Historia clínica	Epítipo compartido Afectación pulmonar
No remisión	Historia clínica	Presentación clínica Edad avanzada Edad de inicio de la enfermedad Duración de la enfermedad Consumo de tabaco Obesidad Comorbilidades Actividad de la enfermedad Monoterapia Tratamiento con biológico Respuesta al tratamiento
	Biomarcadores	FR ACPA RFA IL2 RANKL Vitamina D
	Datos radiográficos	Sinovitis ecográfica residual RM
	Tratamiento	Treat to target Remisión Calprotectina
No respuesta al tratamiento	Biomarcadores	FR
	Tratamiento	Fracaso al tratamiento
Daño estructural	Marcadores genéticos	Erosiones óseas Polimorfismos Calprotectina
	Biomarcadores	FR ACPA
	Tratamiento	Índices de actividad compuestos Mínimo tratamiento Efecto terapia combinada Tiempo de reclutamiento en ensayos clínicos

Conclusiones: Hemos compilado en un solo documento y tabla la asociación entre factores pronósticos y desenlaces a largo plazo de la AR. Este documento puede servir de base para la comparación entre factores y la asimilación de riesgos en base a evidencias. Financiación. Bristol-Myers Squibb.

306. EFECTOS DEL SECUKINUMAB, UN INHIBIDOR DE LA INTERLEUCINA-17A, EN LOS CAMBIOS RADIOGRÁFICOS DE LA COLUMNA VERTEBRAL EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE ACTIVA: RESULTADOS A LOS 2 AÑOS DEL ESTUDIO DE FASE 3 MEASURE 1

J. Braun¹, X. Baraliakos¹, A. Deodhar², D. Baeten³, J. Sieper⁴, P. Emery⁵, Z. Tallozy⁶, R. Martin⁶ y H.B. Richards⁷

¹Rheumazentrum Ruhrgebiet. Herne. Alemania. ²Oregon Health & Science University. Portland. EE. UU. ³Academic Medical Center. University of Amsterdam. Amsterdam. Holanda. ⁴Charité University Medicine Berlin. Alemania. ⁵Leeds Musculoskeletal Biomedical Research Unit/Institute Rheumatic and Musculoskeletal Medicine. University of Leeds. Leeds. Reino Unido. ⁶Novartis Pharmaceuticals Corporation. East Hanover. EE. UU. ⁷Novartis Pharma AG. Basel. Suiza.

Introducción: La inhibición de la progresión radiográfica en la columna vertebral de pacientes (pts) con espondilitis anquilosante (EA) activa, que es principalmente de naturaleza osteoproliferativa, representa un objetivo principal en el tratamiento de la EA.

Objetivos: Evaluar los efectos de secukinumab en la progresión radiográfica hasta las 104 semanas (sm) en el estudio MEASURE 1 (NCT01358175).

Métodos: En el MEASURE 1, se aleatorizaron 371 pacientes con EA activa a secukinumab o placebo (PBO). Los pts con secukinumab recibieron una dosis intravenosa (i.v.) de 10 mg/kg en la visita basal (VB), y en las sm2 y 4, seguida de 150 o 75 mg subcutáneos (s.c.) cada 4 sm desde la sm8. El PBO se administró siguiendo las mismas pautas. Los pts PBO fueron re-aleatorizados a 150 o 75 mg de secukinumab s.c. cada 4sm según la respuesta ASAS20 en la sm16 (los no respondedores cambiaron a la sm16 y los respondedores a la sm24). Las radiografías laterales de la zona cervical y lumbar de la columna realizadas en la VB y la sm104 se evaluaron de forma centralizada aplicando la puntuación mSASSS (modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spinal Score). Dos evaluadores independientes, ciegos al brazo de tratamiento y a la secuencia radiográfica del paciente, puntuaron las imágenes. Se incluyeron en este análisis los pts aleatorizados inicialmente a secukinumab que disponían de radiografías en la VB y en la sm104 (n = 168). Se muestran los datos observados.

Resultados: Debido a que no se observaron grandes diferencias en los resultados radiográficos entre las dos dosis (150 mg y 75 mg), los datos de secukinumab se agruparon. En la VB, 104/168 (62%) pts tenían sindesmofitos, 105/168 (63%) tenían niveles elevados de proteína C-reactiva (> 5 mg/L), 42/168 (25%) eran fumadores y 123/168 (73%) eran hombres. La puntuación mSASSS media (± DE) en la VB fue de 10,22 ± 16,62; el cambio medio desde la VB hasta la sm104 fue de 0,30 ± 2,53. Desde la VB hasta la sm104, aproximadamente el 80% de los pts no mostró ninguna progresión radiográfica (cambio mSASSS ≤ 0). En la sm104 se encontraron nuevos sindesmofitos en 3/64 (5%) pts que no mostraban sindesmofitos en la VB. Aproximadamente el 70% de los pacientes con sindesmofitos en la VB no desarrollaron sindesmofitos adicionales durante las 104 sm. En general, el mSASSS en la VB y el cambio medio de mSASSS en la sm104 fueron mayores en los hombres (cambio medio 0,38 ± 2,79 frente a 0,08 ± 1,58 en las mujeres), en los que presentaban sindesmofitos en la VB (0,47 ± 3,20 vs 0,02 ± 0,26 en los pacientes sin sindesmofitos en la VB), o los que tenían niveles elevados de proteína C-reactiva en la VB (0,47 ± 2,66 vs 0,02 ± 2,27 en los pts con niveles normales de proteína C-reactiva). No hubo grandes diferencias entre los grupos tratados con sólo secukinumab y los de PBO --> secukinumab en cuanto a cambios en el mSASSS durante las 104 sm. La correlación intra e inter-evaluadores en las puntuaciones mSASSS fue del 85% (Kappa 0,70) para ambos.

Conclusiones: En pacientes tratados con secukinumab, el cambio medio en mSASSS fue bajo, sin diferencias importantes entre las dosis. Los cambios fueron mayores en los hombres, en pacientes que tenían sindesmofitos en la VB, o en pacientes con niveles elevados de proteína C-reactiva en la VB. No se observó progresión radiográfica en ~ 80% de los pacientes que recibieron secukinumab en las 104 sm de tratamiento. Este es el primer estudio sobre la inhibición de interleucina-17A y los cambios estructurales en pacientes con EA. Código EUDRACT: 2010-024529-18.

307. EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL NO AFECTA A LA RETENCIÓN DE ABATACEPT EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CON FACTORES DE MAL PRONÓSTICO QUE NO HAN RECIBIDO TRATAMIENTO BIOLÓGICO PREVIO: UN ANÁLISIS INTERMEDIO DE 12 MESES DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL Y PROSPECTIVO

R. Alten¹, H.M. Lorenz², H.G. Nüßlein³, X. Mariette⁴, M. Galeazzi⁵, A. Cantagrel⁶, M. Chartier⁷, Y. Elbez⁸, C. Rauch⁹ y M. Le Bars¹⁰

¹Schlosspark-Klinik University Medicine. Berlín. Alemania. ²University Hospital. Heidelberg. Alemania. ³University of Erlangen. Nürnberg. Alemania. ⁴Université Paris-Sud. París. Francia. ⁵University of Siena. Siena. Italia. ⁶Purpan Hospital. Toulouse. Francia. ⁷Bristol-Myers Squibb. Rueil-Malmaison. Francia. ⁸Excelya. Boulogne-Billancourt. Francia.

⁹Bristol-Myers Squibb. Múnich. Alemania. ¹⁰Bristol-Myers Squibb. Rueil-Malmaison. Francia.

Introducción y objetivos: En pacientes con AR, la obesidad podría perjudicar la respuesta clínica a los agentes anti-TNF (Gremese et al. Arthritis Care Res. 2013;65:94-100; Iannone et al. Joint Bone Spine. 2015;82:187-91). En cambio, el IMC no parece afectar a la retención del tratamiento o la respuesta clínica a abatacept (ABA) (Nüßlein et al. Clin Exp Rheum. 2016;34:489-99); sin embargo, se dispone de pocos datos sobre los efectos del IMC en pacientes con factores de mal pronóstico (erosión radiográfica o doble seropositividad para FR/anticuerpos antipéptido citrulinado [ACPA]). Anteriormente, se encontró que los factores de mal pronóstico tenían un impacto positivo en la retención de ABA, independientemente de la línea de tratamiento (Alten et al. Ann Rheum Dis. 2016;75 (Suppl 2):202). Este análisis evaluó el impacto del IMC en la retención de ABA en pacientes con AR y factores de mal pronóstico que no habían recibido tratamiento biológico antes del inicio del estudio.

Métodos: ACTION es un estudio internacional observacional de 2 años en pacientes con AR que iniciaron ABA i.v. en la práctica clínica habitual. Se calculó el tiempo hasta la discontinuación de ABA en pacientes sin tratamiento biológico previo usando el análisis de supervivencia de Kaplan-Meier. Las variables clínicamente relevantes, los factores de riesgo conocidos y los posibles factores pronósticos con significancia en los modelos univariados (p ≤ 0,20) y de no colinealidad, se incluyeron en modelos de regresión de riesgos proporcionales de Cox de multivariados. Se evaluaron los factores pronósticos de retención de ABA en subgrupos de pacientes con y sin erosión radiográfica al inicio del estudio. Debido a que la obesidad comórbida ya se había relacionado con una reducción de la probabilidad de progresión del daño articular en pacientes con AR que eran ACPA positivos, se introdujo el IMC en el modelo multivariable después de estratificarlos en doble seropositividad frente a doble seronegatividad para FR/ACPA.

Resultados: Comunicamos los resultados del 1er año de 677 pacientes sin tratamiento biológico previo con fallo a ≥ 1 FAME sintético convencional, incluidos en el estudio ACTION en dos cohortes: 122 de Europa y Canadá entre mayo de 2008 y diciembre de 2010; 555 de toda Europa entre septiembre de 2010 y diciembre de 2013. Se combinaron los datos de las dos cohortes dado que tenían características basales similares. La tasa cruda de retención de ABA a los 12 meses (IC95%) en pacientes sin tratamiento biológico previo fue del 78,14% (74,72; 81,16). Cuando se incluyó en el modelo multivariable, el IMC no afectó significativamente a la retención de ABA en los subgrupos de pacientes con doble seropositividad (p = 0,142) o doble seronegatividad (p = 0,518) para FR/ACPA al inicio del estudio (tabla).

Pacientes con doble seropositividad para FR/ACPA

IMC	Nº pacientes (%)	HR (IC95%)	Valor p
< 25 kg/m ²	138 (46,78)	Ref	0,142
25-< 30 kg/m ²	95 (32,20)	0,491 (0,235; 1,028)	
≥ 30 kg/m ²	62 (21,02)	0,621 (0,279; 1,382)	

Pacientes con doble seronegatividad para FR/ACPA

IMC	Nº pacientes (%)	HR (IC95%)	Valor p
< 25 kg/m ²	50 (35,71)	Ref	0,518
25-< 30 kg/m ²	56 (40,00)	1,55 (0,445; 3,001)	
≥ 30 kg/m ²	34 (24,29)	0,64 (0,234; 1,75)	

IMC: índice de masa corporal.

Conclusiones: La evidencia de vida real demuestra que la doble seropositividad para FR/ACPA pronostica la retención de abatacept en pacientes sin tratamiento biológico previo. El IMC no tiene un impacto significativo en la retención de abatacept, incluso en subgrupos de pacientes con factores de mal pronóstico como la doble seropositividad para FR/ACPA.

308. ESTUDIO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIANTE GROSOR DE ÍNTIMA-MEDIA CAROTÍDEA EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN LA EDAD ADULTA JOVEN

J.J. Bethencourt Baute, L. Expósito Pérez y S. Bustabad Reyes

Servicio de Reumatología. Unidad de Reumatología Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

Introducción: La enfermedad cardiovascular se manifiesta generalmente en la edad adulta, aunque el proceso de arterioesclerosis puede iniciarse en la infancia. Se ha demostrado la relación existente entre inflamación y arterioesclerosis, por lo que es importante identificar marcadores precoces de la enfermedad. La medición del grosor de la íntima-media en carótida (GIMT) por ultrasonidos es una técnica no invasiva, reproducible, validada usada como marcador para identificar enfermedad arterioesclerótica subclínica. El riesgo a largo plazo de la enfermedad cardiovascular en pacientes adultos jóvenes con artritis idiopática juvenil (AIJ) no está claro y no existen guías del manejo de dicho riesgo en estos pacientes.

Objetivos: Evaluar si existe un aumento del grosor de íntima-media carotídea (GIMC) en el adulto joven con antecedentes de AIJ y relacionar el GIMC con factores de riesgo cardiovascular clásicos en estos pacientes.

Métodos: Se trata de un estudio observacional y transversal. Se seleccionaron pacientes en seguimiento en una consulta de transición entre los 18 y 36 años de edad, con diagnóstico de AIJ, de cualquiera de los subtipos de la clasificación de la ILAR. Se recogieron los datos de filiación, variables antropométricas y datos relacionados con la de actividad de la enfermedad. Se realizó, previo consentimiento informado, medición de grosor de íntima-media carotídea por radiofrecuencia con ecógrafo Esaote MyLab 70XVG. Se realizaron 3 mediciones en cada carótida calculando la media entre las mismas según protocolo de la Sociedad Americana de Ecocardiografía.

Resultados: De los 20 pacientes, 17 (85%) eran mujeres y 3 (15%) varones. La distribución por subtipos fue 8 (40%) oligoarticular, 1 de ellos ANA negativo; 8 (40%) poliarticulares siendo 4 seropositivos y 4 seronegativos; 1 sistémico (5%); 2 (10%) artropatía psoriásica y 1 (5%) artritis entesitis HLA B27 positivo. El 66,7% están con fármacos modificadores de la enfermedad (26,7% sintético y 40% biológico) mientras que el 33,3% no tiene tratamiento específico. Las principales variables estudiadas se describen en tabla adjunta (tabla). En dos estudios previos independientes llevados a cabo por Falaschi et al y Huang et al se observó que el GIMC fue de $0,54 \pm 0,03$ mm y $0,54 \pm 0,06$ mm en 26 y 38 pacientes, respectivamente. De estos resultados se obtiene una media y desviación estándar común de $0,54 \pm 0,05$ mm. Usando este último resultado como grupo de control, lo comparamos con el resultados de nuestra serie ($0,466 \pm 0,068$), observándose una diferencia significativa ($p < 0,001$). En el análisis estadístico, utilizando la Rho de Spearman, se observó una correlación significativa del GIMC con el tiempo de evolución de la enfermedad en años ($r = 0,579$) y cifras de tensión arterial sistólica ($r = 0,621$) al nivel 0,01 y con la PCR ($r = 0,524$) e IMC ($r = 0,471$) al nivel 0,05.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	20	18	36	24,75	5,350
Edad al diagnóstico	20	1	16	9,70	5,048
Tiempo evolución (años)	20	5	27	15	6,720
IMC (Kg/cm ²)	19	15,5	38,5	24,505	6,4347
Perímetro abdominal	20	58	126	81,33	19,392
Índice cintura-cadera	20	44	135	90,4	26,009
TAS(mmHg)	20	96	130	114,05	7,258
TAD(mmHg)	20	60	99	73,80	12,271
GIMC izq. (µm)	20	394	634	464,15	54,788
GIMC dcha.(µm)	20	337	600	467,45	80,275
HAQ	17	0,00	2,25	0,3529	0,59986
EVA dolor	18	0	8	3,17	2,618
PCR (mg/L)	17	0,3	57,7	9,419	14,6040
DAS28	16	0,97	3,97	1,8856	0,88204

Conclusiones: Las cifras del grosor de la íntima-media carotídea de los pacientes con AIJ fueron inferiores a los controles descritos previamente en la literatura, por lo que complementaremos este estudio con controles de nuestra población. Además de factores de riesgo cardiovascular clásicos como cifras de tensión arterial sistólica e IMC, existe correlación con los años de evolución de la enfermedad y la PCR por lo que en las consultas de transición debemos no sólo controlar la actividad de la enfermedad sino insistir en medidas de control y seguimiento de los factores clásicos asociados al riesgo cardiovascular.

309. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS ANTICUERPOS ASOCIADOS Y ESPECÍFICOS DE MIOSITIS

C. Carrasco Cubero¹, P.J. Cossío Jiménez², S.M. Rojas Herrera², M.L. Vargas Pérez³, I. Alcalá Peña³ y E. Chamizo Carmona²

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología y Genética. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. ³Servicio de Reumatología. Hospital de Mérida.

Introducción: Existen dos grupos de anticuerpos (Ac) relacionados con miopatías inflamatorias idiopáticas (MII): específicos (AEM) y asociados a miositis (AAM). AEM (SRP, Mi2 y antisintetasa (AAS), entre otros) podrían diferenciar subgrupos relativamente homogéneos de MII. El síndrome antisintetasa (SAS) se caracteriza por miositis, enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), artritis, fiebre, fenómeno de Raynaud (fR), "manos de mecánico" y AAS (Jo1, PL7, PL12, EJ, OJ, KS, Zo y Ha). El fenotipo clínico varía según las series publicadas y parece depender del Ac implicado. AAM (Ku, PM/Scl, U1RNP o Ro52) se asocian con mayor frecuencia a características clínicas de solapamiento.

Objetivos: Conocer la frecuencia de AEM y AAM, y su asociación con diferentes manifestaciones clínicas en nuestro medio.

Métodos: Seleccionamos los resultados positivos confirmados de AAM y AEM del Servicio de Inmunología, entre 2009 y 2016, revisamos las historias clínicas de todos los pacientes. El estudio de Ac se realizó mediante técnica de Immunoblot (EUROLINE Myositis Profile 3 (IgG)) e incluyó AEM: AAS (Jo1, PL7, PL12, EJ, OJ), SRP y Mi2 y AAM: PM-Scl, Ku y Ro52. Estudiamos la asociación entre cada tipo y grupo de Ac y las distintas manifestaciones clínicas de los pacientes.

Resultados: Encontramos 103 pacientes con algún Ac positivo, (66% mujeres), con una media de edad de 57,68 años (DE 14,91). El estudio fue solicitado expresamente por presencia de sintomatología muscular, articular o respiratoria, en la mitad de pacientes y realizado por el patrón de ANA (moteado o citoplasmático) en la otra mitad. Los AAS, presentes en 49 pacientes (47,6%), resultaron positivos con mayor frecuencia en el primer supuesto. Los más habituales fueron PL7 (21,4%) y Jo1 (19,4%). Otros AEM (SRP y Mi2) fueron positivos en 43 pacientes (41,7%). La coexistencia de los AEM fue < 10%. AAM (PM-Scl, Ro52 y Ku), encontrados en 46 pacientes (44,7%), coexistieron frecuentemente con AEM (24,3%), en especial Jo1 y Ro52 ($p < 0,01$). No hubo diferencias en la distribución de Ac por edad y sexo. En la tabla, se describe la asociación de cada anticuerpo con las manifestaciones clínicas, siendo la artritis la más frecuente (34%). 41 pacientes desarrollaron miositis y/o EPID, conjuntamente en 13 y de forma aislada en 14 pacientes cada una. De estos, 25 (61%) tenían AAS y fueron diagnosticados de SAS. Jo1 se asoció a miositis y EPID ($p < 0,01$ para ambas). PL12 y Pm-Scl se asociaron a fR ($p < 0,05$). Ningún otro Ac se asoció a ninguna manifestación clínica. La comorbilidad fue muy prevalente (82,5%), especialmente cardíaca, pulmonar y tiroidea. 13 pacientes tuvieron cáncer, 4 de ellos de pulmón, y otros 13 fallecieron durante el seguimiento, principalmente por neoplasias o infecciones respiratorias. Los pacientes con EPID (especialmente en ausencia de miositis), comorbilidad, riesgo cardiovascular (58,2%), neoplasias y éxitus tenían una edad media superior al resto ($p < 0,05$).

Anticuerpos	Pacientes n = 103	Artritis 35 (34,0)	Raynaud 19 (18,4)	Miositis 27 (26,2)	EPID 27 (26,2)
PL7: n (%)	22 (21,4)	10 (28,6)	2 (10,5)	2 (7,4)	5 (18,5)
Jo1: n (%)	20 (19,4)	7 (20,0)	4 (21,1)	14 (51,8)*	12 (44,4)*
PL12: n (%)	9 (8,7)	4 (11,4)	4 (21,1)*	0 (0,0)	0 (0,0)
OJ: n (%)	4 (3,9)	1 (2,9)	1 (5,3)	0 (0,0)	1 (3,7)
EJ: n (%)	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	1 (3,7)	1 (3,7)
Total AAS: n (%)	49 (47,6)	19 (54,3)	8 (42,1)	17 (62,9)	18 (66,7)
SRP: n (%)	27 (26,2)	11 (31,4)	4 (21,1)	3 (11,1)	5 (18,5)
Mi2: n (%)	18 (7,5)	7 (20,0)	2 (10,5)	3 (11,1)	2 (7,4)
Total anticuerpos específicos de miositis, n (%)	82 (79,6)	30 (87,5)	11 (57,9)	22 (81,5)	22 (81,5)
Total anticuerpos asociados a miositis, n (%)	46 (44,7)	14 (40,0)	15 (78,9)	13 (48,1)	14 (51,9)
PM-Scl: n(%)	19 (18,4)	6 (17,1)	7 (36,8)*	6 (22,2)	4 (14,8)
Ku: n (%)	14 (13,6)	5 (14,3)	5 (26,3)	1 (3,7)	3 (11,1)
Ro52: n (%)	19 (18,4)	5 (14,3)	5 (26,3)	8 (29,6)	8 (29,6)
Total no ASA: n (%)	54 (52,4)	16 (45,7)	11 (57,9)	10 (37,0)	9 (23,3)

*p < 0,01.

Conclusiones: Miositis y EPID asociadas a AEM, especialmente AAS, y a AAM se acompañan de elevada comorbilidad y mortalidad. El rendimiento de la determinación de AAS es mayor cuando existe una sospecha clínica. Jo1 fue el único AAS que tuvo una asociación estadísticamente significativa a miositis y a EPID. PL7, el AAS más frecuente en nuestra serie, y PL12 tuvieron una escasa y nula participación, respectivamente, en los casos de miositis y EPID. PL12 y PM-Scl se asociaron a la presencia de Raynaud.

310. INYECCIÓN INTRAARTICULAR DE 2 DOSIS DIFERENTES DE CÉLULAS MESENQUIMALES DE MÉDULA ÓSEA AUTÓLOGA VERSUS ÁCIDO HIALURÓNICO EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTROSIS DE RODILLA. ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO MULTICÉNTRICO (FASES I-II)

J.M. Lamo-Espinosa¹, E. Ornilla², G. Mora¹, J.F. Blanco^{3,4}, F. Granero-Moltó^{1,4,5,6}, J.M. Nuñez-Córdoba^{6,7,8}, C. Sánchez-Echenique¹, J.M. Bondía⁹, J. Dámaso Aquerreta⁹, E.J. Andreu^{4,5}, E.M. Villarón^{4,10,12}, A. Valentí-Azcárate¹, F. Sánchez-Guijo^{4,10,12}, M.C. del Cañizo^{4,10,12}, J.R. Valentí-Nin¹ y F. Prósper^{4,5,6,11}

¹Servicio Cirugía Ortopédica y Traumatología; ²Unidad de Reumatología; ³Área de Terapia Celular; ⁴Servicio de Bioestadística. Servicio de Apoyo a la Investigación. Unidad Central de Ensayos Clínicos; ⁵Servicio de Radiología; ⁶Servicio de Hematología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. ⁷Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología; ⁸Servicio de Hematología. IBSAL-Hospital Universitario de Salamanca. ⁹TerCel (Red Española de Terapia Celular. Instituto de Salud Carlos III). Madrid. ¹⁰Instituto Navarro para la Investigación Médica (IdiSNA). Pamplona. ¹¹Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona. ¹²Centro en Red de Medicina Regenerativa y Terapia Celular de Castilla y León. Castilla y León. Salamanca.

Introducción: Las células mesenquimales estromales se están posicionando como una opción prometedora en el tratamiento de la artrosis de rodilla. Sin embargo, aún debe confirmarse su seguridad y utilidad, así como la dosis óptima a utilizar. En este estudio se utilizaron dosis crecientes de células mesenquimales estromales de la médula ósea (BM-MSCs) en combinación con ácido hialurónico en un ensayo clínico aleatorizado.

Objetivos: El objetivo de nuestro trabajo era estudiar la seguridad, viabilidad y eficacia de la inyección intra-articular de dos dosis diferentes de BM-MSCs junto con ácido hialurónico en pacientes con artrosis de rodilla.

Métodos: Se realizó un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico fase I/II con control activo. 30 pacientes diagnosticados de gonartro-

sis fueron asignados de forma aleatoria a una administración única de ácido hialurónico (controles) o ácido hialurónico administrado conjuntamente con 10 × 10⁶ o 100 × 10⁶ BM-MSCs autólogas cultivadas. Los pacientes fueron seguidos por un periodo de 12 meses.

Resultados: No se observaron efectos adversos después de la administración de BM-MSC o durante el seguimiento. Los pacientes administrados BM-MSC mejoraron los valores del VAS durante todas las evaluaciones del periodo de seguimiento y el valor medio (IQR) para los grupos control, dosis bajas y dosis altas cambiaron de 5 (3, 7), 7 (5, 8) y 6 (4, 8) a 4 (3, 5), 2 (1, 3) y 2 (0,4) respectivamente a los 12 meses (dosis bajas vs grupo control p = 0,005 y dosis altas vs grupo control p < 0,009). Los pacientes del grupo BM-MSC también fueron superiores según la escala WOMAC aunque la mejoría en el grupo control y de dosis bajas no se sostuvo significativamente más allá de los 6 meses. Por otro lado, el grupo de dosis altas de BM-MSC mostró una mejoría de 16,5 puntos (12,19) a los 12 meses (p < 0,01). Consistente con los valores de VAS y WOMAC, los rangos de movimiento se mantuvieron inalterados en el grupo control pero mejoraron a los 12 meses en ambos grupos de BM-MSCs. Las radiografías mostraron una reducción de la amplitud del espacio articular en el grupo control que no se objetivó en el grupo con dosis altas de BM-MSCs. La resonancia magnética (según el protocolo WOMMS) mostró una ligera disminución del daño articular únicamente en el grupo con dosis altas de BM-MSCs.

Conclusiones: Nuestro estudio demuestra que una única inyección intra-articular de células mesenquimales estromales de médula ósea autóloga cultivadas in vitro junto con ácido hialurónico es un procedimiento seguro y viable que resulta en una mejoría clínica y funcional de los pacientes con artrosis de rodilla, especialmente cuando se administran a dosis de 100 × 10⁶ células. Estos resultados allanan el camino para un futuro ensayo clínico fase III.

Código EUDRACT: 2009-017624-72.

311. EVALUACIÓN DE LA AMIGDALECTOMÍA EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ)

I.C. Aranda-Valera¹, R. Roldán Molina², S. Masegosa Casanova², R. Sánchez Gutiérrez³ y E. Collantes Estévez²

¹Universidad de Córdoba (UCO). Córdoba. ²Servicio de Reumatología; ³Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: La amigdalectomía es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en la infancia. Sus dos indicaciones fundamentales son la apnea obstructiva del sueño y las infecciones recurrentes. Los otorrinolaringólogos (ORL) sugieren que esta técnica, es una opción para los niños con afectación severa debiéndose sopesar tanto el riesgo-beneficio como las preferencias de la familia y el niño. Las infecciones ORL de repetición en pacientes con AIJ pueden empeorar el estado inflamatorio y entorpecer el tratamiento inmunosupresor. Por este motivo estas infecciones en nuestros pacientes deben ser tenidas en cuenta en su indicación quirúrgica.

Objetivos: Valoración de la efectividad de la derivación rápida a la Consulta de ORL, de la indicación quirúrgica de la amigdalectomía y la evolución de la actividad de la enfermedad según los criterios JADAS(EULAR) en los pacientes con AIJ e infecciones recurrentes de ORL en el Área Sanitaria de Córdoba.

Métodos: Estudio descriptivo observacional, longitudinal y retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas, entre enero 2013 y enero 2017, de pacientes diagnosticados de AIJ (criterios ILAR 2001) con infecciones ORL de repetición. Se analizaron datos demográficos, inmunidad factor reumatoide (FR), anticuerpos antinucleares (ANA), HLA-B27, parámetros de reactantes de fase aguda (PCR y VSG), cultivo de exudado faríngeo y ASLO, presencia

de uveítis, tratamiento FAME y/o terapia biológica y el estado de remisión (criterios de Wallace). Se realiza el análisis estadístico con el programa IBM SPSS Statistics versión 22.0. De 39 pacientes: 20 (51,3%) presentan infecciones ORL recurrentes y 19 (48,7%) no presentaban infecciones. Todos los pacientes están diagnosticados de AIJ: 13 pacientes psoriásica (33,33%), 15 oligoarticular (38,46%), 6 poliarticular (15,38%), 1 sistémica (2,56%), 1 con afectación entesítica (2,56%) y 3 indiferenciadas (7,69%). La edad media es de 10,54 ± 5,2 años. Éstos presentaban: 1 FR+ (2,6%), 21 ANA+ (85,3%) y 4 HLA-B27+ (10,3), 11 (28,2%) pacientes presentaron uveítis crónica anterior (UCA).

Resultados: Del grupo con infecciones ORL (20 pacientes) 70% presentaron elevación de ASLO ($p < 0,001$), el 30% movilizó niveles de IgA ($p < 0,235$). El cultivo faríngeo fue negativo en 55% de los casos y positivos en 45% ($p < 0,01$) para *S. aureus*, *H. parainfluenzae* B-lactamasa negativo, *H. influenzae*, *S. pneumoniae* y *S. pyogenes* (grupo A). La amigdalectomía se realizó, sin complicaciones, a 6 pacientes del total de casos con ORL. Observamos que los pacientes que presentaban infecciones no alcanzaban en su mayoría la remisión y tenían mayor necesidad de terapia biológica (tabla). Se comparó la actividad de pacientes con infecciones recurrentes que fueron intervenidos, con aquellos que sufrían infecciones y no se intervinieron. De 6 pacientes intervenidos, 5 (83,3%) alcanzan remisión sin tratamiento en una media de 17,8 meses (entre 1-60 meses) tras la intervención; en aquellos pacientes que no han sido intervenidos (14 niños) persiste la actividad de la enfermedad en 8 (57,1%) de ellos a pesar de tratamiento ($p < 0,157$).

	Pacientes sin infecciones ORL	Pacientes con infecciones ORL	p
	Nº pacientes (%)	Sí Nº pacientes (%)	
Remisión	13 (68,4%)	11 (55%)	0,389
Tratamiento con FAME	18 (94,7%)	16 (80%)	0,342
Tratamiento con terapia biológica	6 (31,6%)	11 (55%)	0,140

Conclusiones: Las infecciones ORL de repetición en pacientes con AIJ pueden empeorar la actividad de la enfermedad y condicionar una intensificación del tratamiento. La colaboración con ORL ha beneficiado a un subgrupo de pacientes que actualmente se encuentran en remisión sin tratamiento. La significación estadística no se obtiene probablemente en relación con el pequeño tamaño muestral.

312. LOS PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA ACTIVA QUE ALCANZAN UNA ACTIVIDAD MÍNIMA DE LA ENFERMEDAD MEDIANTE EL TRATAMIENTO CON SECUKINUMAB DEMUESTRAN UNA MEJORÍA SOSTENIDA DE LAS FUNCIONES Y LA CALIDAD DE VIDA

L.C. Coates¹, P.J. Mease², L. Gossec³, B. Kirkham⁴, L. Rasouliyan⁵, S. Mpfu⁶, S. Jugl⁶, Ch. Karyekar⁷ y K. Gandhi⁷

¹University of Leeds. Leeds. Reino Unido. ²Rheumatology and Internal Medicine. Swedish Medical Center and University of Washington. Seattle. WA. EE. UU. ³Rheumatology Department. Hôpital Pitié Salpêtrière. Paris 06 University. París. Francia. ⁴Guy's & St Thomas' NHS Foundation Trust. Londres. Reino Unido. ⁵RTI Health Solutions. Barcelona. ⁶Novartis Pharma AG. Basel. Suiza. ⁷Novartis Pharmaceuticals Corporation. East Hanover. NJ. EE. UU.

Introducción y objetivos: Secukinumab, un anticuerpo monoclonal anti-interleucina-17A totalmente humano, demostró previamente, en pacientes con artritis psoriásica (APs) activa, tasas de respuesta de la actividad mínima de la enfermedad (MDA) más elevadas y mejorías sostenidas en los resultados comunicados por el paciente (PROs) durante 52 semanas en el estudio FUTURE 2. Este análisis

post-hoc evalúa el impacto de secukinumab en los componentes individuales del MDA y su relación con los PROs entre aquellos que alcanzaron o no la respuesta MDA durante las 52 semanas.

Métodos: 397 pacientes con APs activa fueron aleatorizados a secukinumab (300 mg, 150 mg, o 75 mg) subcutáneo (s.c.) o placebo en la visita basal, semanas 1, 2 y 3, y cada 4 semanas después de la semana 4. Los pacientes se consideraron MDA respondedores cuando cumplieron al menos 5 de los 7 criterios predeterminados. La proporción de pacientes que alcanzaron cada criterio individual del MDA y la proporción de pacientes que alcanzaron los siete criterios del MDA se calcularon en las semanas 24 y 52. Adicionalmente, se evaluaron SF-36 MCS, SF-36 PCS, FACIT-Fatiga, PsAQoL y DLQI en MDA respondedores y no respondedores en las semanas 24 y 52 utilizando el modelo mixto para el análisis de medidas repetidas.

Resultados: En la cohorte agrupada MDA respondedora de secukinumab (300 mg y 150 mg), los componentes individuales del MDA que lograron las tasas de respuesta más altas de manera consistente fueron el número de entésis dolorosas ≤ 1 (96%), HAQ-DI $\leq 0,5$ (95%) y PASI ≤ 1 (91%), seguidas por el recuento de articulaciones inflamadas (SJC) ≤ 1 (87%), la actividad global de la enfermedad evaluada por el paciente en una Escala Visual Analógica (EVA) ≤ 20 (87%), recuento de articulaciones dolorosas (TJC) ≤ 1 (80%) y la valoración del dolor evaluada por el paciente (EVA) ≤ 15 (78%) en la semana 24. Se observó una tendencia similar en la cohorte agrupada MDA respondedora tratada con secukinumab a la semana 52. Entre los MDA respondedores el 40% (27/68) y el 33% (30/93) cumplieron con los siete criterios en las semanas 24 y 52, respectivamente, en la población total del estudio. En las semanas 24 y 52, se observaron mejoras en las puntuaciones SFQ-36 MCS y PCS, PsAQoL, FACIT Fatigue y DLQI entre los MDA respondedores en comparación con los no respondedores.

Conclusiones: En los pacientes tratados con secukinumab, los componentes individuales asociados más frecuentemente a la respuesta MDA fueron los relacionados con la entesitis, la piel y el estado funcional; los componentes relacionados con la artritis también fueron alcanzados por muchos pacientes. Una alta proporción de pacientes logró y mantuvo su respuesta MDA durante 52 semanas y entre ellos del 33 al 40% fueron capaces de cumplir 7/7 criterios del MDA. La obtención del MDA con secukinumab se asoció a mejores resultados de calidad de vida evaluados por el paciente, indicando que el MDA puede ser un criterio relevante para el paciente. Código EUDRACT: 2012-004439-22.

313. FENÓMENO DE FLEXIÓN/RELAJACIÓN LUMBAR EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL

C. Aranda Valera¹, J.L. Garrido Castro², A.M. Galisteo¹, J. Peña Amaro¹, C. González Navas², P. Font Ugalde² y E. Collantes Estévez²

¹Universidad de Córdoba. ²Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba.

Introducción: La electromiografía de superficie (sEMG) se ha utilizado en diversos estudios para evaluar la actividad muscular en pacientes con dolor lumbar. También ha sido analizado el fenómeno de flexión/relajación lumbar que aparece en el erector espinal (EE) de individuos sanos, a través del ratio flexión/relajación (FRR) definido como la relación entre la actividad muscular durante la flexión lumbar y la que existe cuando el sujeto está completamente flexionado. En sujetos con dolor lumbar, se ha demostrado que esta relajación, respecto al valor alcanzado en la fase de flexión, es más pequeña e incluso inexistente. Son muy pocos los estudios que analizan este efecto en pacientes con espondiloartritis axial (EspAx).

Objetivos: Evaluar la actividad muscular en el erector espinal a través de sEMG en pacientes con EspAx.

Métodos: Participaron 39 sujetos: 25 pacientes de EA (49,3 ± 5,6 años, 75% hombres) y 14 sujetos sanos (46,7 ± 8,7 años, 71% hombres) como

Tabla Póster 313

	R1 (μv)	Flx (μv)	R2 (μv)	Ext (μv)	FRR	1/FRR	Flx/Ext
Espondiloartritis axial	10,3 (5,4)	20,3 (9,4)	11,7 (10,5)	46,7 (23,2)	2,8 (2,1)	0,59 (0,36)	0,48 (0,19)
Grupo Control	10,2 (3,2) NS	30,3 (8,8)**	5,8 (1,6)*	55,0 (17,4) NS	5,5 (1,8)**	0,21 (0,09)**	0,57 (0,12) NS

Resultados obtenidos expresados como valor medio (desv. estándar). R1: En pie; Flx: fase de flexión; R2: fase de relajación; Ext: fase de extensión; FRR: flexión-relajación ratio; 1/FRR: inversa de FRR; Flx/Ext: media de ratio de flexión-extensión. Diferencias entre EA y controles: NS: no significativas. *p < 0,05; **p < 0,01.

grupo control. Se recogieron datos demográficos, metrología convencional, metrología avanzada utilizando captura de movimiento y autocuestionarios. Se ubicaron electrodos en lado izquierdo y derecho, a nivel L4-L5 y separados 2 cm del proceso espinoso, sobre el EE. Se obtuvieron valores de actividad muscular en 4 fases (en pie, flexión, relajación y extensión). Con los valores de flexión y relajación se calculó el índice FRR y su inverso 1/FRR. Mediante pruebas t de Student se analizaron diferencias entre grupos.

Resultados: No existieron diferencias significativas entre lado derecho e izquierdo de las mediciones, por lo que se consideró un valor medio para el análisis. Tampoco hubo diferencias significativas en edad y género entre el grupo pacientes y control. Los resultados obtenidos en cada una de las fases aparecen en la tabla. El fenómeno de relajación se produjo en individuos sanos, no así en pacientes. Aparecieron diferencias significativas en la fase de flexión, relajación y en los ratios FRR y 1/FRR. El ratio 1/FRR presentó mejores correlaciones con diversos parámetros (edad, flexión lateral, schober, BASMI, BASFI, UCOASMI, BASG; todas ellas con p < 0,01), no así con indicadores de actividad (BASDAI, ASDAS). El área bajo la curva COR para discriminar sanos de pacientes fue de 0,85.

Conclusiones: En nuestro estudio aparecieron diferencias significativas entre sanos y pacientes con EspAx en el fenómeno de flexión/relajación, al igual que en otros estudios con pacientes con dolor lumbar. El índice 1/FRR exhibió el mejor comportamiento en cuanto a correlación con otros parámetros y fue donde aparecieron mayores diferencias. Hubo muy buena correlación con la valoración global del paciente (BASG) y con el índice funcional BASFI por lo que la evaluación con sEMG podría ser una prueba objetiva y cuantitativa para evaluar el estado funcional del paciente. Sería interesante analizar en futuros estudios la sensibilidad al cambio ante tratamientos lo cual nos daría una buena métrica para medir la eficacia de los mismos. Agradecimientos: estudio realizado con financiación del XXI Programa de Fomento de la Investigación de la Universidad de Córdoba.

314. LA INDUCCIÓN DE ESPECIES REACTIVAS DE OXÍGENO (ROS) EN NEUTRÓFILOS POR LA INTERLEUQUINA-8 REGULA SU EXTRAVASACIÓN MEDIANTE LA INDUCCIÓN DEL CORTE DE SELECTINA-L

M.J. Domínguez-Luis¹, E. Armas González¹, J. Castro Hernández¹, M. Arce-Franco¹, A. Martínez-Ruiz², F. Sánchez-Madrid² y F. Díaz-González^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. ²Servicio de Inmunología. Hospital Universitario de La Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IP). Madrid. ³Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna.

Introducción: La extravasación y reclutamiento de los neutrófilos en tejidos dañados es un componente esencial de la respuesta inflamatoria. En esta fase los neutrófilos ruedan sobre el endotelio vascular, un hecho en el que la selectina-L, una molécula de adhesión constitutivamente expresada en la membrana celular de los neutrófilos, juega un papel muy importante. Está bien establecido que los neutrófilos producen grandes cantidades de especies reactivas de oxígeno (ROS) en el foco inflamatorio tras la fagocitosis. Sin embargo, existen evidencias que sugieren que la producción de ROS se inicia en las fases iniciales de la cascada de adhesión. El papel de

los ROS en la regulación de las fases iniciales de la respuesta inflamatoria no es bien conocido.

Objetivos: 1) Estudiar los mecanismos envueltos en la producción de ROS por los neutrófilos durante las fases de la respuesta inflamatoria. 2) La implicación potencial de los derivados de oxígeno en la regulación de la extravasación de los neutrófilos.

Métodos: Los cambios de expresión en superficie de la selectina-L y el CD11b producida por ROS se estudiaron mediante citometría de flujo. Se realizaron experimentos de cámara de flujo para analizar la producción de ROS y el papel de la interleuquina-8, en los neutrófilos durante el "rolling" y transmigración sobre células endoteliales (HUVEC) y sobre ligando inmovilizado. Se utilizaron neutrófilos de donantes sanos sin manipular o cargados con dihidroethidium (DHE), un producto que fluoresce por anión superóxido. Para estudiar el papel regulador de los ROS sobre el "rolling" se utilizaron antioxidantes fisiológicos, como el superóxido dismutasa (SOD) y la catalasa, así como el diphenyleniodonium chloride (DPI), un inhibidor de la capacidad del complejo NADPH-oxidasa para producir anión superóxido.

Resultados: En experimentos de cámara de flujo, se observó un aumento significativo de la producción de ROS intracelular en neutrófilos de forma proporcional a la distancia recorrida haciendo "rolling" sobre HUVEC. El bloqueo de su producción extracelular de ROS al interferir con el complejo NADPH-oxidasa con DPI, influyó de manera significativa en el aumento del número de células que eran capaces de rodar, y transmigrar. Además, se observó que la producción de ROS requiere el reconocimiento de IL-8 por el neutrófilo durante la fase de "rolling", y que bloqueando la IL-8 (utilizando un anticuerpo bloqueante o un inhibidor sintético de su receptor) aumenta de manera significativa la capacidad de los neutrófilos de transmigrar.

Conclusiones: Estos datos indican que, en respuesta a la IL-8, los neutrófilos inician una producción intravascular de ROS durante la fase de rolling de la respuesta inflamatoria, que puede regular la expresión de selectina-L. Esta producción de ROS modula la capacidad de estas células para la extravasación.

315. PAPEL DE LAS QUIMIOQUINAS EN LA MIGRACIÓN DE LAS CÉLULAS B AL MICROAMBIENTE SINOVIAL DURANTE LA RESPUESTA INFLAMATORIA

E. Armas González^{1,2}, M.J. Domínguez Luis², J. Castro Hernández², M.T. Arce Franco², S. Bustabad² y F. Díaz González^{2,3}

¹Departamento de Medicina Física y Farmacología; ²Departamento de Medicina Interna. Universidad de La Laguna. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna.

Introducción: Los datos experimentales obtenidos in vivo han demostrado que las células B ejercen su acción pro-inflamatoria localmente en la membrana sinovial de los pacientes con artritis inflamatorias crónicas. Esto sugiere que, uno de los pasos más importantes en el desarrollo de la enfermedad podría ser la extravasación de las células B a la sinovial inflamada. Los receptores de quimioquinas y sus respectivos ligandos son esenciales en el reclutamiento de los linfocitos en el foco inflamatorio.

Objetivos: Determinar cuáles son las quimioquinas y receptores que juegan un papel más relevante en la acumulación de células B en la sinovial de pacientes con artritis. Estudiar si la presencia simultánea de los ligandos de estos receptores tiene un efecto sinérgico en la migración de los linfocitos B.

Métodos: Se analizó por citometría de flujo el nivel de expresión de diversos receptores de quimioquinas en células mononucleares CD20+ aisladas de (SP) y líquido sinovial (LS) de 20 pacientes con artritis por citometría de flujo. Además, se analizaron los linfocitos B CD20+ en función de si han estado en contacto (CD27+) o no (CD27-) con el antígeno, para ver si existe una diferencia de expresión en superficie de diversos receptores de las familias CXCR y CCR. También, se llevaron a cabo ensayos de quimiotaxis en transwells con linfocitos B aislados de buffy coats mediante inmunoselección negativa, obteniéndose una pureza > 95%. Para ello se utilizaron concentraciones crecientes de BCA-1 y MIP-3a (10, 100 y 1000 nM), o bien la concentración óptima de BCA-1 combinada con combinaciones crecientes de MIP-3a y viceversa.

Resultados: Los resultados de doble marcaje por citometría de flujo mostraron un aumento de los receptores CCR1, CCR2, CCR3, CCR4, CCR5, CCR7, CXCR2 y CXCR4 en las células B CD20+ de LS respecto a las de SP, en los pacientes con artritis inflamatoria. De manera interesante, se observó una disminución significativa de CXCR5, CCR6 y CXCR7 en linfocitos B de LS respecto a SP. Los experimentos de triple marcaje mostraron que no existen diferencias significativas en la expresión de estos receptores de quimioquinas entre los linfocitos B memoria (CD20+CD27+) y vírgenes (CD20+CD27-) pertenecientes a un mismo compartimento (SP o LS). Se observó un aumento de expresión de CXCR4 en las células CD20+CD27+ y CD20+CD27- de LS respecto a SP, mientras se produce una disminución en la expresión de CXCR5, CXCR7 y CCR6 en ambas subpoblaciones celulares. Los experimentos de trans migración revelaron una concentración óptima de migración de las células B en respuesta a BCA-1 y MIP-3a a 1.000 nM. Además, se observó un efecto sinérgico en la migración de las células B (alrededor del triple de migración en comparación con la suma en el número de células que migran en presencia de cada una de las quimioquinas por separado) cuando existe una combinación de 1.000 nM de BCA-1 y MIP-3a.

Conclusiones: En conjunto, estos datos sugieren que BCA-1 y MIP-3a son las quimioquinas que juegan un papel más relevante en la acumulación de los linfocitos B en la sinovial inflamada.

316. LOS RECEPTORES X DEL HÍGADO (LXRS) SUPRIMEN LA INFLAMACIÓN EN EL MODELO DE ARTRITIS INDUCIDO POR TRANSFERENCIA DE SUERO K/BXN

J. Castro-Hernández¹, N. Pérez-González¹, M. Arce-Franco¹, M.J. Domínguez-Luis¹, E. Armas-González¹, A. Castrillo^{2,3} y F. Díaz-González^{1,4}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. ²Instituto de Investigaciones Biomédicas Alberto Sols CSIC-UAM. Madrid. ³Unidad Asociada de Biomedicina IIBM CSIC-Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Departamento de Bioquímica y Biología Molecular. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. ⁴Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna.

Introducción: Los receptores LXR α y β son miembros de la superfamilia de receptores nucleares de factores de transcripción activados por ligando. LXRA se expresan de forma ubicua, mientras que LXR β se limita a los tejidos como el hígado, tejido adiposo o el intestino. Aunque el papel de los receptores LXR en diferentes enfermedades inflamatorias está bien establecido, nunca se ha estudiado cómo su delección modula la inflamación en el modelo de artritis por transferencia de suero K/BxN.

Objetivos: Estudiar la implicación de estos receptores en el modelo de artritis reumatoide inducido por transferencia de suero K/BxN.

Métodos: Se emplearon ratones deficientes para los receptores LXR α y β , y sus respectivos wild-type (WT). La inducción de artritis de realizó mediante la inyección intraperitoneal de 0,1 ml de suero artrítogénico en dos ocasiones separadas por 48h; los días 0 y 2.

Para caracterizar el nivel de inflamación en los animales, se utilizaron diversas técnicas de valoración clínica e histológica. La evaluación articular de los animales mediante una escala de severidad clínica de inflamación articular y por la medida objetiva del grosor articular con un caliper se realizó cada 24-48h en tobillos, desde el día -4 hasta el día 10 post inyección. La valoración histológica se realizó por un observador ciego en muestras de tobillos descalcificadas en parafina teñidas con hematoxilina-eosina o con Safranina-O.

Resultados: Los datos mostraron un significativo mayor grado de gravedad clínica de la artritis y un mayor grosor articular en los ratones deficientes para los receptores LXR α y β en comparación con los WT a partir del día 6 de la inyección del suero K/BxN. Los animales fueron sacrificados al día 10. La evaluación histológica de los tobillos mostró un grado significativo mayor de inflamación, resorción ósea y degradación del cartílago en los animales genéticamente deficientes que en los controles. La tinción con safranina-O mostró que los ratones KO para LXR α y β tenían una pérdida de proteoglicanos significativamente mayor que los WT en este modelo experimental de artritis.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que los receptores LXR α y β funcionan como moduladores de la inflamación en el modelo de artritis por transferencia de suero K/BxN, pudiendo ser usados como potenciales dianas terapéuticas para el manejo de las artropatías crónicas inflamatorias.

317. EL SECUKINUMAB PROPORCIONA REDUCCIONES RÁPIDAS Y SOSTENIDAS EN LA DACTILITIS Y LA ENTESITIS EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: ANÁLISIS DE LOS DATOS DEL ESTUDIO DE FASE 3, DOBLE CIEGO, MULTICÉNTRICO, ALEATORIZADO Y CONTROLADO CON PLACEBO FUTURE 2

B. Kirkham¹, P. Mease², I. McInnes³, V. Bhosekar⁴, S. Mpofu⁵, K. Gandhi⁶ y C. Gaillez⁵

¹Guy's and St Thomas' NHS. Londres. Reino Unido. ²Swedish Medical Centre and University of Washington. Seattle. EE. UU. ³University of Glasgow. Glasgow. Reino Unido. ⁴Novartis Healthcare Pvt Ltd. Hyderabad. India. ⁵Novartis Pharma AG. Basel. Suiza. ⁶Novartis Pharmaceuticals Corporation. East Hanover. EE. UU.

Introducción: La dactilitis y la entesitis son manifestaciones debilitantes comunes de la artritis psoriásica (APs). Secukinumab ha demostrado reducir el número de dactilitis y entesitis en pacientes con APs, con una mayor proporción de pacientes que lograron la resolución completa de la dactilitis y la entesitis en comparación con placebo (PBO) en la semana 24.

Objetivos: Evaluar los efectos de secukinumab sobre la dactilitis y la entesitis durante 52 semanas en el estudio FUTURE 2 (NCT01752634).

Métodos: El diseño del estudio FUTURE 2 ha sido presentado previamente. Las variables secundarias y exploratorias fueron la proporción de pacientes con resolución de la dactilitis y la entesitis en las semanas 24 y 52, respectivamente; el recuento de dactilitis y el recuento de entesitis fueron variables adicionales. Los análisis post-hoc incluyeron el análisis Kaplan Meier (KM) para la resolución de la entesitis y la dactilitis y la proporción de pacientes con resolución de la dactilitis y la entesitis según la gravedad en la visita basal (VB).

Resultados: De los 397 pacientes aleatorizados, 138 (35%) y 253 (64%) tenían dactilitis y entesitis en la VB, respectivamente. Las curvas KM indican que la mediana de tiempo hasta la resolución de la dactilitis y la entesitis fue de 4 semanas para secukinumab 300 y 150 mg. En la semana 24, una mayor proporción de pacientes tratados con secukinumab alcanzaron una resolución completa de la dactilitis y la entesitis comparado con PBO ($p < 0,05$); en la semana 52, más pacientes tratados con secukinumab tuvieron resolución completa de los síntomas en comparación con la semana 24. En las semanas 24 y 52 se observaron mejorías independientemente de la gravedad en la VB. Se observó una disminución sostenida en el cambio medio en el

Tabla Póster 317

Datos de dactilitis y entesitis en las semanas 24 y 52

Variable	Secukinumab 300 mg (N = 100)	Secukinumab 150 mg (N = 100)	Secukinumab 75 mg (N = 99)	PBO (N = 98)
Dactilitis en la basal, n (%)	46 (46,0)	32 (32,0)	33 (33,3)	27 (27,6)
Recuento de dactilitis en la basal, media	3,6	4,4	3,0	2,7
Recuento de dactilitis, cambio medio desde la basal [IC95%]				
Semana 24	-2,56 [-2,32; 0,89]	-2,53 [-3,16; 0,04]	-1,68 [-2,32; 0,89]	-0,97
Semana 52	-3,08 [-1,06; 1,11]	-3,11 [-2,31; -0,15]	-1,85 [-2,44; -0,07]	-
Entesitis en la basal, n (%)	56 (56,0)	64 (64,0)	68 (68,7)	65 (66,3)
Recuento de entesitis en la basal, media	2,82	3,19	3,16	3,06
Recuento de entesitis, cambio medio desde la basal [IC95%]				
Semana 24	-1,68 [-1,27; 0,12]	-1,83 [-1,40; -0,04]	-1,38 [-0,95; 0,40]	-1,11
Semana 52	-1,68 [-0,38; 0,84]	-1,91 [-0,78; 0,43]	-1,50 [-1,00; 0,19]	-

Síntomas en aquellos pacientes con dactilitis/entesitis en la basal; recuento de la dactilitis en 20 dedos (puntuación de 0-20) y recuento de la entesitis en 6 zonas (puntuación de 0-6); modelo de efecto mixto para datos de medidas repetidas.

recuento de dactilitis y entesitis desde la VB hasta las semanas 24 y 52 en aquellos pacientes con síntomas en la VB (tabla), con mejorías frente a PBO observadas en la semana 4 ($p < 0,05$).

Conclusiones: Secukinumab demostró una rápida resolución de la dactilitis y la entesitis desde la semana 4 que se mantuvo hasta la semana 52. En la semana 52, una proporción más elevada de pacientes alcanzó una resolución completa y un recuento medio de dactilitis y entesitis reducido respecto a la semana 24. Código EUDRACT: 2012-004439-22.

318. EL SECUKINUMAB PROPORCIONA MEJORÍAS SOSTENIDAS EN LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA ACTIVA: RESULTADOS A LAS 104 SEMANAS DEL ESTUDIO DE FASE 3 FUTURE 2

I.B. McInnes¹, P.J. Mease², C.T. Ritchlin³, P. Rahman⁴, A.B. Gottlieb⁵, B. Kirkham⁶, R. Kjekkar⁷, E.M. Delicha⁸, L. Pricop⁹ y S. Mpofo⁸

¹University of Glasgow. Glasgow. Gran Bretaña. ²Swedish Medical Center and University of Washington. Seattle. WA. EE. UU. ³Allergy Immunology & Rheumatology. University of Rochester Medical Center. Rochester. NY. EE. UU. ⁴Rheumatology. St Claires Mercy Hospital. St Johns. NF. Canadá. ⁵Tufts University School of Medicine. Boston. MA. EE. UU. ⁶Guy's & St Thomas' NHS Foundation Trust. Londres. Reino Unido. ⁷One Health Plaza. Novartis Pharmaceuticals Corporation. East Hanover. NJ. EE. UU. ⁸Novartis Pharma AG. Basel. Suiza. ⁹Novartis Pharmaceuticals Corporation. East Hanover. NJ. EE. UU.

Introducción y objetivos: Secukinumab, un anticuerpo monoclonal anti-interleucina-17A totalmente humano, mejoró significativamente los signos y síntomas de la artritis psoriásica (APs) durante 52 semanas en el estudio FUTURE 2 (NCT01752634). Se presentan los resultados de eficacia y seguridad de este mismo estudio a largo plazo (104 semanas).

Métodos: En total, 397 pacientes con APs activa fueron aleatorizados para recibir secukinumab (300, 150 o 75 mg) o placebo (PBO) por vía subcutánea (s.c.) en la visita basal (VB), en las semanas 1, 2, 3 y 4, y cada 4 semanas a partir de entonces. Los pacientes con PBO se volvieron a aleatorizar a secukinumab 300 o 150 mg s.c. cada 4 semanas dependiendo de la respuesta de ACR20 en la semana 16; los pacientes se clasificaron como respondedores (mejoría $\geq 20\%$ en el recuento de articulaciones dolorosas e inflamadas respecto a la VB) o no respondedores, con los no respondedores cambiando en la semana 16 y los respondedores en la semana 24. Los resultados exploratorios evaluados en la semana 104 son de pacientes aleatorizados originalmente a secukinumab al comienzo del estudio e incluían ACR20/50/70, PASI 75/90, DAS28-CRP, SF-36 PCS, HAQ-DI, dactilitis y entesitis. Los datos se evaluaron mediante imputación múltiple para variables binarias y mediante el modelo mixto de medidas repetidas para variables continuas. Los análisis estratificados según el estado de anti-TNF α (anti-TNF α -naïve [sin tratamiento previo con anti-TNF] y anti-TNF

α -IR [respuesta inadecuada o intolerancia a estos agentes]) fueron especificados previamente y se notificaron tal y como se observaron. El análisis de seguridad incluyó a todos los pacientes que recibieron ≥ 1 dosis de secukinumab durante todo el período de tratamiento y los datos se presentaron como tasa de incidencia ajustada por exposición (EAIR) por 100 pacientes-año.

Resultados: En total, 86/100 (86,0%), 76/100 (76,0%) y 65/99 (65,7%) pacientes en los grupos secukinumab 300, 150 y 75 mg respectivamente completaron las 104 semanas de tratamiento. En la semana 104, las tasas de respuesta ACR20 en los grupos de 300, 150 y 75 mg fueron 69,9%, 64,7% y 50,1%, respectivamente. Se observaron mejoras clínicas sostenidas con secukinumab en otros dominios de APs clínicamente importantes durante las 104 semanas de tratamiento (tabla). Las respuestas se mantuvieron hasta la semana 104 en pacientes anti-TNF α -naïve y anti-TNF α -IR. Las tasas de respuesta ACR20 en la semana 104 en pacientes anti-TNF α -naïve fueron 80,4%, 86,8% y 68,6% con 300, 150 y 75 mg, respectivamente; las tasas correspondientes a los pacientes anti-TNF α -IR fueron 60,7%, 41,7% y 43,8%, respectivamente. Durante todo el período de tratamiento (exposición media a secukinumab \pm DE) de 709 \pm 210,99 días), la incidencia, el tipo y la gravedad de los acontecimientos adversos fueron consistentes con los notificados anteriormente. Específicamente, la EAIR para infecciones/infestaciones graves, infecciones por cándida, enfermedad inflamatoria intestinal, tumores malignos/no especificados y acontecimientos adversos cardiovasculares graves con secukinumab fueron 1,6/2,3/0,5/1,3 y 0,3, respectivamente.

Resumen de los resultados de eficacia en la semana 104

Variable	Secukinumab 300 mg s.c. (N = 100)	Secukinumab 150 mg s.c. (N = 100)	Secukinumab 75 mg s.c. (N = 99)
ACR20,% de respondedores	69,4	64,4	50,3
ACR50,% de respondedores	50,6	36,0	28,2
ACR70,% de respondedores	33,1	23,1	14,9
^a PASI 75,% de respondedores	79,5	73,3	58,4
^a PASI 90,% de respondedores	69,6	52,5	33,7
SF-36 PCS, cambio medio en MC respecto a la basal (ES)	6,8 (0,85)	5,0 (0,87)	4,1 (0,91)
DAS28-CRP, cambio medio en MC respecto a la basal (ES)	-1,9 (0,12)	-1,7 (0,12)	-1,5 (0,13)
HAQ-DI, cambio medio en MC respecto a la basal (ES)	-0,58 (0,05)	-0,48 (0,06)	-0,27 (0,06)
^b Resolución de la entesitis, % de respondedores	71,5	61,8	68,4
^c Resolución de la dactilitis, % de respondedores	79,9	78,0	88,6

^aRespuestas PASI evaluadas en pacientes con psoriasis que afectaba a $\geq 3\%$ de la superficie corporal en VB (300 mg: n = 41; 150 mg: n = 58; 75 mg: n = 50); ^bEvaluado en pacientes con este síntoma en VB (n = 56 [300 mg s.c.], 64 [150 mg s.c.] y 67 [75 mg s.c.]); ^cEvaluado en pacientes con este síntoma en VB (n = 46 [300 mg s.c.], 32 [150 mg s.c.] y 33 [75 mg s.c.]). DAS28-CRP, índice de actividad de la enfermedad incluyendo 28 articulaciones basado en el uso de la proteína C reactiva; ES, error estándar; HAQ-DI, cuestionario de evaluación de la salud-índice de discapacidad; MC, mínimos cuadrados; N, número de pacientes aleatorizados; PASI, área de psoriasis e índice de gravedad; SF-36 PCS, resumen del componente físico del cuestionario de salud abreviado SF-36; VB, visita basal.

Conclusiones: Secukinumab 300 y 150 mg proporcionó mejorías sostenidas en signos y síntomas y múltiples dominios clínicos de la APs activa durante 2 años de terapia. Secukinumab fue bien tolerado, con un perfil de seguridad que se corresponde con el previamente notificado.

Código EUDRACT: 2012-004439-22.

319. EL SECUKINUMAB PROPORCIONA MEJORÍAS SOSTENIDAS HASTA LOS 3 AÑOS EN LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA ACTIVA: RESULTADOS DE EFICACIA Y SEGURIDAD DEL ESTUDIO DE FASE 3 FUTURE 1

P.J. Mease¹, A. Kavanaugh², A. Reimold³, H. Tahir⁴, J. Rech⁵, S. Hall⁶, P. Geusens^{7,8}, P. Pascale⁹, E.M. Delicha¹⁰, L. Pricop¹¹ y S. Mpofo¹⁰

¹Swedish Medical Center and University of Washington. Seattle. WA. EE. UU. ²UC San Diego School of Medicine. La Jolla. CA. EE. UU.

³Dallas VA Medical Center and University of Texas Southwestern Medical Center. Dallas. TX. EE. UU. ⁴Barts Health NHS Trust. Londres. Reino Unido. ⁵Department of Internal Medicine 3-Rheumatology and Immunology. Universitätsklinikum Erlangen. Friedrich-Alexander-University Erlangen-Nürnberg (FAU), Erlangen. Alemania.

⁶Monash University. Melbourne. Australia. ⁷University of Hasselt. Hasselt. Bélgica. ⁸Maastricht University Hospital. Maastricht. Holanda. ⁹Novartis Pharma AG. Basel. Suiza. ¹⁰Novartis Pharma AG. Basel. Suiza. ¹¹Novartis Pharmaceuticals Corporation. East Hanover. NJ. EE. UU.

Introducción y objetivos: Secukinumab, un anticuerpo monoclonal anti-interleucina-17A, proporcionó una mejoría rápida y significativa de la artritis psoriásica (APs) en los puntos clínicos clave del estudio FUTURE 1 (NCT01392326) con mejorías sostenidas durante 2 años. Presentamos los resultados de eficacia y seguridad hasta los 3 años en la extensión del estudio FUTURE 1.

Métodos: Un total de 606 adultos con APs activa fueron aleatorizados para recibir secukinumab o placebo (PBO). Los pacientes con secukinumab recibieron una dosis por vía intravenosa (i.v.) de 10 mg/kg en la visita basal (VB), y en las semanas 2 y 4, seguido de 150 mg (i.v. →150 mg) o 75 mg (i.v. → 75 mg) por vía subcutánea (s.c.) cada 4 semanas. El PBO se administró con la misma pauta de dosificación. En la semana 16 o 24, según la respuesta clínica, los pacientes tratados con PBO se volvieron a aleatorizar para reci-

bir secukinumab 150 o 75 mg s.c. En la semana 104, los pacientes podían entrar en la fase de extensión del estudio. Se presentan los resultados de eficacia en la semana 156 para pacientes que fueron originalmente aleatorizados a secukinumab (n = 308). Las evaluaciones clínicas en la semana 156 incluyeron: ACR20/50/70, PASI 75, DAS28-CRP, SF-36 PCS, HAQ-DI, dactilitis y entesitis. Se aplicó un método de imputación múltiple a las variables binarias. El análisis estadístico se basa en las frecuencias relativas para las variables binarias y la media (\pm DE) para las variables continuas. Los análisis estratificados según el estado de anti-TNF α (anti-TNF α -naïve [sin tratamiento previo con anti-TNF] y anti-TNF α -IR [respuesta inadecuada a anti-TNF]) fueron especificados previamente y se reportaron tal y como se observaron. El análisis de seguridad se basa en la tasa de incidencia ajustada por exposición (EAIR). Todos los pacientes (n = 587) que recibieron \geq 1 dosis del tratamiento de estudio durante las 156 semanas fueron incluidos en el análisis de seguridad.

Resultados: En total, 457 de los 606 pacientes originales entraron en el estudio de extensión (incluidos 308 aleatorizados originalmente a secukinumab), de los cuales 435 pacientes completaron 156 semanas (151 pacientes en el grupo i.v.→150 mg, 142 pacientes en el grupo i.v.→75 mg y 142 pacientes en PBO→grupos secukinumab). En la semana 156, las tasas de respuesta ACR 20/50/70 fueron respectivamente de 76,8/54,9/32,9% con i.v.→150 mg y 65,2/39,0/26,0% con i.v.→75 mg. Se observaron mejoras clínicas sostenidas durante 156 semanas en otros dominios de APs clínicamente importantes, tanto en pacientes anti-TNF α -naïve como en anti-TNF α -IR (tabla). A lo largo de todo el período de estudio (exposición media a secukinumab [\pm DE] de 1025,1 \pm 372,7 días) el tipo, la incidencia y la gravedad de los acontecimientos adversos (AA) fueron consistentes con los notificados anteriormente. EAIRs para infecciones/infestaciones graves, infecciones por *Candida*, enfermedad de Crohn, tumores malignos/no especificados y acontecimientos adversos cardiovasculares graves con secukinumab fueron respectivamente 1,7/1,2/0,1/0,9 y 0,7 por 100 pacientes-año.

Conclusiones: Secukinumab proporcionó mejorías sostenidas en signos y síntomas y múltiples dominios clínicos de APs activa en pacientes que completaron los 3 años de terapia. Secukinumab fue bien tolerado con un perfil de seguridad que se corresponde con el previamente notificado.

Código EUDRACT: 2013-001241-13.

Tabla Póster 319

Resumen de los resultados de eficacia en la semana 156

Variables	Secukinumab i.v. → 150 mg (n = 161)	Secukinumab i.v. → 75 mg (n = 147)
ACR 20/50/70 ^a (% de respondedores)	76,8/54,9/32,9	65,2/39,0/26,0
PASI 75 ^{ab} (% de respondedores)	75,6	58,6
DAS28-CRP ^c , cambio medio (DE)	-1,94 (1,3)	-1,85 (1,5)
SF-36 PCS ^c , cambio medio (DE)	6,0 (8,5)	5,5 (7,3)
HAQ-DI ^c , cambio medio (DE)	-0,43 (0,6)	-0,42 (0,6)
Resolución de la dactilitis ^d (%)	88,1	86,8
Resolución de la entesitis ^{ad} (%)	76,7	74,8
Análisis según el estado de anti-TNF α		
	Anti-TNF α -naïve	
	Secukinumab i.v. → 150 mg (n = 120)	Secukinumab i.v. → 75 mg (n = 110)
	Anti-TNF α -IR	
	Secukinumab i.v. → 150 mg (n = 41)	Secukinumab i.v. → 75 mg (n = 37)
ACR20/50/70 (% de respondedores)	81,0/62,9/38,8	67,3/43,0/28,0
PASI 75 (% de respondedores)	76,2	60,0
	Secukinumab i.v. → 150 mg (n = 41)	Secukinumab i.v. → 75 mg (n = 37)
ACR20/50/70 (% de respondedores)	61,5/35,9/17,9	55,6/27,8/19,4
PASI 75 (% de respondedores)	75,0	56,3

^aImputación múltiple (variables binarias); ^bAnálisis realizado en pacientes con psoriasis, es decir, pacientes con psoriasis en un área \geq 3% de la superficie corporal en el momento de la aleatorización (n = 89 en secukinumab i.v. → 150 mg y n = 82 en secukinumab i.v. → 75 mg); ^cDatos observados; ^dDatos de los pacientes con estos síntomas en VB (dactilitis, n = 83 en secukinumab i.v. → 150 mg y n = 77 en secukinumab i.v. → 75 mg y entesitis, n = 99 en secukinumab i.v. → 150 mg y n = 91 en secukinumab i.v. → 75 mg). ACR, criterios de respuesta de la American College of Rheumatology; DAS28-CRP, Puntuación de actividad de enfermedad 28 usando proteína C reactiva; HAQ-DI, Cuestionario de evaluación de la salud - Índice de discapacidad; i.v., intravenoso; n, número de pacientes en el estudio de extensión; PASI, Índice de Gravedad y Área de Psoriasis; SF-36 PCS, resumen del componente físico del cuestionario de salud abreviado SF-36; VB, visita basal.

320. MEJORAS SOSTENIDAS EN LOS SÍNTOMAS CUTÁNEOS, LA FUNCIÓN FÍSICA Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA A GRAVE Y ARTRITIS PSORIÁSICA CONCOMITANTE TRATADOS CON SECUKINUMAB VS. USTEKINUMAB: RESULTADOS A 52 SEMANAS DEL ESTUDIO CLEAR

A.B. Gottlieb¹, D. Thaçi², A. Blauvelt³, V. Bhoosekar⁴, M. Milutinovic⁵ y C. Karyekar⁶

¹Tufts Medical Center. Boston. EE. UU. ²University Hospital Schleswig-Holstein. Lübeck. Alemania. ³Oregon Medical Research Center. Portland. EE. UU. ⁴Novartis Healthcare Pvt Ltd. Hyderabad. India. ⁵Novartis Pharma AG. Basel. Suiza. ⁶Novartis Pharmaceuticals Corporation. East Hannover. EE. UU.

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una artritis inflamatoria asociada a la psoriasis. Secukinumab es un anticuerpo monoclonal anti-interleucina (IL) -17A totalmente humano. En el estudio prospectivo, aleatorizado y doble ciego CLEAR (NCT02074982), secukinumab demostró una eficacia superior (Psoriasis Area and Severity Index [PASI] 90) a la de ustekinumab (inhibidor de IL-12/23) en pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave. Los resultados a las 16 semanas mostraron que el tratamiento con secukinumab mejoró los síntomas cutáneos y la función física en el subgrupo de pacientes con APs concomitante.

Objetivos: Presentar los resultados del estudio CLEAR a 52 semanas en el subgrupo de pacientes con APs concomitante.

Métodos: Los pacientes fueron aleatorizados 1:1 para recibir secukinumab 300 mg subcutáneo (s.c.) o ustekinumab (45 mg s.c., pacientes ≤ 100 kg; 90 mg s.c., pacientes > 100 kg). Se administró secukinumab en la visita basal (VB), las semanas 1, 2, 3, y luego mensualmente comenzando en la semana 4, y ustekinumab en la VB, la semana 4 y cada 12 semanas desde la semana 16. El objetivo primario fue el porcentaje de pacientes que alcanzaron una reducción ≥ 90% en la puntuación PASI a la semana 16. Se analizaron también las respuestas PASI 75, PASI 90, PASI 100 y IGA mod 2011, y los cambios en HAQ-DI, WPAI y DLQI respecto a la VB en el subgrupo con APs concomitante. Los resultados se imputaron como no respondedores para las evaluaciones de eficacia y como datos observados para los resultados notificados por el paciente (PROs).

Resultados: De los 676 pacientes aleatorizados, 610 (93,7%) completaron las 52 semanas de estudio (grupo secukinumab, 312 [94,8%]; grupo ustekinumab, 298 [92,5%]). En la población total del estudio un 79,0% vs 57,6% (p < 0,0001) y un 74,9% vs 60,6% (p = 0,0001) de pacientes que recibieron secukinumab vs ustekinumab alcanzaron una respuesta PASI 90 en las semanas 16 y 52, respectivamente. Se describió la presencia de APs concomitante en 69/337 (20,5%) y 54/339 (15,9%) pacientes en los grupos de secukinumab y ustekinumab, respectivamente. En el subgrupo con APs concomitante, una mayor proporción de pacientes tratados con secukinumab (77,6%) vs ustekinumab (63,5%) (p < 0,05) alcanzó una respuesta PASI 90 a

la semana 52. El cambio medio en el HAQ-DI desde la VB hasta la semana 52 fue de -0,30 con secukinumab vs -0,13 con ustekinumab. En el grupo tratado con secukinumab una proporción más alta de pacientes alcanzó la respuesta HAQ-DI (diferencia mínima clínicamente relevante) vs ustekinumab a la semana 52 (39,4% vs 23,5%, respectivamente). En parámetros adicionales también se observó una mayor mejoría con secukinumab vs ustekinumab en el subgrupo de pacientes con APs.

Conclusiones: La eficacia de secukinumab vs ustekinumab en la mejoría de la psoriasis se mantuvo de manera significativa hasta la semana 52 en pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave. En el subgrupo de pacientes con APs concomitante, secukinumab se asoció con una mayor mejoría de los síntomas cutáneos, de la función física, la calidad de vida y la productividad en el trabajo en comparación con ustekinumab, durante las 52 semanas de tratamiento.

Código EUDRACT: 2013-003434-32.

321. ESTUDIO DE COSTE-EFECTIVIDAD DE CORTE PROSPECTIVO, INTERVENCIONISTA Y MULTICÉNTRICO SOBRE EL IMPACTO DE LA MONITORIZACIÓN DE LOS NIVELES DE ADALIMUMAB Y ANTICUERPOS ANTIADALIMUMAB EN LA REDUCCIÓN DE DOSIS DEL FÁRMACO EN PACIENTES DE REUMATOLOGÍA (RESULTADOS DESCRIPTIVOS A LA SEMANA 34): INGEBIO

Í. Gorostiza¹, E. Ucar², C. Gómez², C.E. Pérez¹, J.R. de Dios³, B. Álvarez³, A. Ruibal³, C. Stoye³, M. Vasques³, J. Belzunegui⁴, A. Escobar¹, Z. Trancho¹, A. Ruiz del Agua⁵, L. del Río⁵, E. Díez⁵, A. Martínez⁵ y D. Nagore⁵

¹Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. ³Hospital Universitario de Araba. ⁴Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. ⁵Progenika-Grifols.

Introducción: La reducción de dosis de adalimumab (ADL) basada en criterios clínicos es práctica habitual en pacientes en remisión. Objetivo principal: comparar los costes directos para el sistema de salud y QALYs asociados a un manejo personalizado del paciente complementado con la medida de niveles de ADL y anticuerpos anti-ADL (AAA), con un manejo en base a criterios clínicos exclusivamente en pacientes con artritis reumatoide (AR) moderada a grave, artritis psoriásica (APso) y espondilitis anquilosante (EA). Segundo, evaluar la efectividad de la monitorización en la reducción del número de días en alta actividad en comparación con la práctica habitual. El seguimiento se completó en diciembre de 2016. En esta comunicación presentamos resultados parciales descriptivos a la semana 34.

Métodos: Se reclutaron pacientes adultos con AR, APso o EA tratados con ADL que en el momento de la inclusión se encontraban clínicamente estables durante un mínimo de 6 meses en los servicios de reumatología del Hospital Universitario de Basurto (Bilbao), Hos-

Tabla Póster 320

Respuesta clínica y PROs con secukinumab en el subgrupo con APs en la semana 52

	Secukinumab (N = 68)	Ustekinumab (N = 54)
Respuesta PASI 75, n (%)	61 (91,0)*	39 (75,0)
Respuesta PASI 100, n (%)	30 (44,8)	21 (40,4)
Respuesta IGA 0/1, n (%)	49 (73,1)**	29 (55,8)
Respuesta DLQI 0/1, n (%)	39 (68,4)	24 (60,0)
DLQI puntuación total, cambio medio desde la visita basal, media ± DE	-12,3 ± 7,68	-9,0 ± 7,44
Evaluación del dolor, picor y descamación, cambio medio desde la visita basal, media ± DE		
Evaluación del dolor	-4,0 ± 2,80	-3,0 ± 2,94
Evaluación del picor	-5,2 ± 3,05	-3,9 ± 2,55
Evaluación de la descamación	-5,2 ± 3,12	-4,6 ± 2,54
WPAI, cambio medio desde la visita basal, media ± DE		
Porcentaje del tiempo de trabajo perdido debido a la psoriasis	-0,4 ± 15,12	0,8 ± 24,89
Porcentaje de la disminución en la productividad durante el trabajo debido a la psoriasis	-27,3 ± 26,81	-15,0 ± 22,90
Porcentaje de la disminución general de la productividad debido a la psoriasis	-20,4 ± 23,74	-18,4 ± 25,42
Porcentaje de la disminución de actividades habituales debido a la psoriasis	-35,4 ± 27,46	-24,3 ± 24,77

pital Universitario Araba (Vitoria) y Hospital Universitario Donostia (San Sebastián). Los pacientes se agruparon en el grupo de intervención o control en función del hospital. Todos los pacientes recibían 40 mg de ADL por vía subcutánea y la frecuencia del tratamiento se ajustaba en base al criterio del reumatólogo. Todos los pacientes fueron evaluados en 8 visitas durante un periodo de seguimiento de 18 meses y se midió la concentración valle de ADL y AAA en suero con tests ELISA comerciales Promonitor-ADL y Promonitor Anti-ADL (Progenika). Los resultados de niveles de ADL y AAA eran proporcionados a los médicos en el momento de la visita sólo en el grupo de intervención; en el grupo control los resultados permanecieron ocultos hasta el fin del estudio. El protocolo del estudio no incluye un algoritmo terapéutico que incorpore las medidas, sin embargo los médicos en el grupo de intervención podían utilizar la información de los tests para modificar la frecuencia del tratamiento en base a su criterio. La actividad clínica se determinó mediante DAS28, BASDAI, BASFI y HAQ-DI en cada visita. Los criterios de evaluación clínica eran los mismos en los tres centros. Se determinará el coste-efectividad mediante el cálculo de costes directos y QALY.

Resultados: Se reclutó un total de 169 pacientes (enfermedad, N Intervención, N Control, %) (AR, 30, 33, 37,3%; APso, 33, 21, 32%; y EA, 46, 6, 30,8%). La mediana de duración de la enfermedad fue de 117, 98,5 y 101,5 meses para AR, APso y EA, respectivamente. En el momento basal 10 (16,7%) y 29 (26,6%) pacientes mostraban baja actividad; 50 (83,3%) y 80 (73,4%) pacientes estaban en remisión en los grupos Control e Intervención, respectivamente; la mediana de la concentración valle de ADL era de 5,2 y 5,5 µg/mL en los grupos Control e Intervención, respectivamente. Del total de pacientes en remisión en el momento basal, el 69,9% (32/46) y 76,1% (54/71) permanecían en remisión en la semana 34 en los grupos Control e Intervención, respectivamente. Del total de pacientes con baja actividad en el momento basal, el 28,6% (2/7) y 35,7% (10/28) estaban en remisión en la semana 34 en los grupos Control e Intervención, respectivamente.

Conclusiones: El estudio proporcionará evidencias de la utilidad clínica del manejo personalizado de los pacientes utilizando medidas de niveles valle de ADL y AAA en comparación con un manejo empírico del paciente.

322. EFICACIA Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON TERAPIAS BIOLÓGICAS

N. Avilés Méndez¹, I. Serrano García¹, R. de la Varga Martínez², C. Rodríguez³ y F. Medina Varo¹

¹Servicio de Reumatología. UGC de Cirugía Ortopédica, Traumatología y Reumatología; ²Unidad de Investigación. Área de Investigación Clínica en Reumatología e Inmunología; ³Servicio de Inmunología. UGC de Hematología e Inmunología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: Actualmente, hay disponibles diferentes terapias biológicas autorizadas en España con indicaciones para la artritis reumatoide (AR). Estos tratamientos han cambiado el pronóstico de la artritis reumatoide. Sin embargo, debe realizarse un seguimiento clínico para el despistaje de efectos adversos, en especial desarrollo de inmunodeficiencia con episodios infecciosos o desarrollo de tumores, entre otros.

Objetivos: Realizar un seguimiento y análisis de la eficacia y efectos adversos en 170 pacientes con AR tratados con las siguientes terapias biológicas: infliximab (IFX), etanercept (ETN), adalimumab (ADA), certolizumab (CZP), golimumab (GLM), abatacept (ABT), rituximab (RTX), tocilizumab (TCZ).

Métodos: Se seleccionaron de forma retrospectiva 170 pacientes (38 hombres, 132 mujeres, 29-86 años) del Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, diagnosticados de AR en base a Criterios ACR-EULAR 2010 tratados con FAME biológicos originales (FAMEbo): IFX

(7), ETN (86), ADA (30), ABT (12), CZP (6), GLM (2) RTX (8) y TCZ (19), con un seguimiento mínimo de 18 meses. 128 pacientes tenían tratamiento FAME sintéticos convencionales (FAMEsc) en combinación. Se recogieron datos clínicos y de laboratorio relacionados con la actividad clínica de la AR (DAS28, PCR, VSG, factor reumatoide (FR), anticuerpos (Ac) anti-péptidos citrulinados (APCA) y con inmunodeficiencia (episodios infecciosos, desarrollo de tumores, leucopenia, hipogammaglobulinemia). El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS versión 21. Se utilizó la prueba t de muestras apareadas para las variables paramétricas y la prueba de Wilcoxon para no paramétricas.

Resultados: En cuanto a la eficacia del tratamiento, se compararon los datos de DAS28, PCR, VSG, FR y APCA pre y post-tratamiento, y se observó en los pacientes tratados con FAMEbo una disminución estadísticamente significativa en los valores de DAS28, PCR, VSG ($p < 0,001$). No hubo diferencias significativas en los valores de FR y APCA. El 31,2% (53/170) de los pacientes necesitaron un cambio de FAMEbo y 11/170 (6,5%) requirieron 2 cambios. En 12 pacientes se debieron a efectos adversos y en 52 pacientes a pérdida de eficacia. El FAMEbo que más cambios registró fue IFX (77,4% de los pacientes) y TCZ el que menos (5%). 66/170 (38,8%) de los pacientes tuvieron episodios infecciosos, 3/170 (1,8%) desarrollaron algún tumor, 7/170 (4,1%) pacientes presentaron hipogammaglobulinemia y 10/170 (5,8%) leucopenia.

Conclusiones: El índice de actividad clínica DAS28 y los parámetros inflamatorios disminuyeron en los pacientes tratados y no se observó variación significativa en el título de autoAc (FR, APCA). Alrededor de un tercio de los pacientes necesitaron cambiar de fármaco, principalmente por falta de eficacia. El fármaco que más cambios registró fue IFX. La frecuencia de efectos adversos fue baja: menos de un 10% de pacientes presentaron inmunodeficiencia y/o neoplasia, de los cuales un tercio de los pacientes tuvo episodios infecciosos, mayoritariamente menores.

323. DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE LOS BIOMARCADORES INFLAMATORIOS Y ANGIOGÉNICOS EN LA DISCRIMINACIÓN DE LOS DIFERENTES CRITERIOS DE REMISIÓN CLÍNICA EN AR

J. Ramírez García, A. Cuervo, R. Celis, V. Ruiz-Esquide, M.V. Hernández, J. Inciarte, R. Sanmartín y J.D. Cañete

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

Introducción: El objetivo terapéutico en la artritis reumatoide (AR) es suprimir el proceso inflamatorio y alcanzar la remisión clínica. Aunque se han propuesto varios criterios, no hay un acuerdo sobre la definición ideal de remisión en la AR. Los biomarcadores angiogénicos e inflamatorios son importantes en la patogénesis de la AR. Previamente habíamos demostrado que los pacientes con AR en remisión con sinovitis subclínica presentaban niveles más altos de factores angiogénicos. El objetivo de este estudio fue analizar las diferencias en niveles séricos de biomarcadores angiogénicos e inflamatorios entre los diferentes criterios de remisión en AR (SDAI, CDAI, ACR, DAS28 y remisión ecográfica).

Métodos: Se seleccionaron pacientes con AR en remisión clínica (definida como DAS28-VSG $< 2,6$ durante > 6 meses) evaluada por dos reumatólogos de manera independiente. Se analizaron datos clínicos, epidemiológicos, demográficos y serológicos. Se realizó una exploración ecográfica de rodillas y manos con una sonda lineal de 8-12 MHz. Los niveles séricos de biomarcadores de inflamación/angiogénesis fueron determinados mediante Quantibody® Human Array. Los pacientes fueron clasificados según 6 criterios de remisión diferentes: SDAI ($< 3,3$), CDAI ($< 2,8$), ACR, DAS28-VSG ($< 2,6$), Doppler (Score Doppler = 0) y UdAS (sinovitis activa definida por ultrasonido) articulaciones con SH $> 2 + PD = 0$).

Resultados: Se reclutaron 60 pacientes con AR según los criterios de ACR 2010. 76% mujeres con edad (media) de 53 años, duración de la enfermedad de 110 meses. Dieciséis pacientes (26%) estaban tomando prednisona oral, 47 (76%) fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad convencionales (FAMES) y 27 (45%) terapias biológicas. Al inicio del estudio, el 67% tenía señal PD y el 48% cumplía con los criterios previamente definidos de UdAS. Aunque los pacientes con remisión ecográfica (Doppler o UdAS) presentaban niveles más bajos de biomarcadores inflamatorios como IL-6, IL-17 o IL-23, no había diferencias significativas entre los 6 grupos de criterios de remisión. Los biomarcadores angiogénicos como CXCL6 (0,039), ENA78 (0,007), SDF1 (0,047) y VEGF-R1 (0,025) fueron significativamente más bajos en pacientes en remisión por CDAI. Los pacientes sin señal PD (0,009) y sin UdAS (0,006) tenían niveles significativamente más bajos de bFGF.

Conclusiones: Los pacientes con AR en remisión clínica según CDAI tenían niveles significativamente más bajos de citocinas angiogénicas. No se encontraron sin embargo, diferencias serológicas en biomarcadores inflamatorios entre los diferentes criterios de remisión clínicos (CDAI, SDAI, ACR y DAS28-VSG) o ecográficos (no Doppler o no UdAS).

324. DIFERENCIAS ENTRE LA CAPILAROSCOPIA CUALITATIVA Y CUANTITATIVA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA DIFUSA RESPECTO A PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA LIMITADA. DATOS DEL ESTUDIO QUANTICAP

I. Castellví¹, M. Gelman², S. Heredia³, P. Santo⁴, M. Moreno⁵, H. Corominas³, S. Martínez⁶, P. Reyner⁷, X. Juanola⁸, V. Ortiz-Santamaría⁹ y S. Ordóñez¹⁰

¹Unidad de Reumatología. Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Unidad de Reumatología. Hospital Sant Joan de Déu-Fundació Althaia. Manresa. ³Servicio de Reumatología. Hospital Comarcal Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ⁴Unidad de Reumatología. Hospital General-Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat. ⁵Servicio de Reumatología. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. ⁷Unidad de Reumatología. Hospital de Santa Caterina/Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. ⁹Unidad de Reumatología. Hospital General de Granollers. ¹⁰Unidad de Reumatología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

Objetivos: 1. Describir los hallazgos de capilaroscopia periungueal (CP) cualitativa y CP cuantitativa en pacientes con esclerosis sistémica limitada (ISSc) y con esclerosis sistémica difusa (dSSc). 2. Determinar si existen diferencias en la CP cualitativa y cuantitativa entre los pacientes con esclerosis sistémica limitada respecto a pacientes con esclerosis sistémica difusa. 3. Comparar la CP de pacientes con ISSc y sSSc con pacientes que presentan fenómeno de Raynaud primario (FRP) y un grupo control.

Métodos: Estudio prospectivo observacional multicéntrico. Se reclutaron pacientes con ISSc y dSSc según la clasificación de LeRoy. Se realizó una videoCP periungueal a 200x tomando imágenes del 2 a 5 lecho periungueal de ambas manos analizando la presencia de: megacapilares y capilares dilatados ($\geq 150 \mu\text{m}$ y ≥ 90 y $< 150 \mu\text{m}$ respectivamente de la parte externa y distal del asa aferente a la parte externa y distal asa eferente), capilares gigantes (diámetro apical $\geq 50 \mu\text{m}$), pérdida de densidad ($< 7/\text{mm}$), capilares tortuosos, ramificaciones, hemorragias, trombosis y desestructuración. También se midió en todos los dedos el diámetro de: asa aferente, asa eferente, ápex capilar, diámetro capilar y densidad/mm. Las variables epidemiológicas y clínicas recogidas fueron: género, edad, años de evolución de FR, uso de medicación para FR, hábito tabáquico, presencia de HTA y presencia de diabetes. Se realizó la comparación de hallazgos de CP de pacientes con ISSc vs dSSc y posteriormente de cada grupo con enfermos de características epidemiológicas similares con FRP y con un grupo control. Para comparar variables dicotómicas se usó el test chi-cuadrado o el test de Fisher. Para variables cuantitativas vs cualitativas se utilizó la prueba de t Student. Se consideró significancia estadística para aquellos valores con $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron las imágenes de 66 SSC (24 dSSc y 41 ISSc). El 86,8% de pacientes eran mujeres con una edad media de 58,41 \pm 13,53 años y siendo más jóvenes los pacientes con dSSc ($p < 0,05$). No se observaron diferencias entre el tiempo de evolución de enfermedad en ambos grupos. El 24,2% tenía historia de tabaquismo, 29,4% HTA y 5,9% diabetes. El 39,7% de la muestra de pacientes con SSC presentaban historia de UD, siendo su prevalencia mayor en la dSSc (66,7% vs 25%; $p < 0,001$) sin observarse diferencias en los enfermos que se trataban para el FR en los dos grupos. No se observaron diferencias entre grupos en la CP cuantitativa, sin embargo en la CP los pacientes con dSSc presentaron un perfil cualitativo con presencia de mayor presencia de pérdida de densidad ($p < 0,04$), ramificaciones en arbusto ($p < 0,003$), hemorragias pericapilares ($p < 0,02$), y desestructuración de lecho periungueal ($< 0,05$). Al comparar a los pacientes con el FRP y el grupo control se encontraron de manera

Tabla Póster 324

	dSSc n: 24	ISSc n: 44	FRP n: 44	Controles n: 145	dSSc vs ISSc	dSSc vs FRP	dSSc vs Control	ISSc vs FRP	ISSc vs Control
% mujeres	87,5	86,36	86,4	78,6	ns	ns	ns	ns	ns
Edad \pm DE (años)	54,33 \pm 14,03	60,64 \pm 12,85	46,32 \pm 15,95	47,47 \pm 15,39	< 0,05	ns	ns	< 0,001	< 0,001
Años evolución \pm DE	10,21 \pm 8,35	9,89 \pm 10,24	6,31 \pm 10,2	-	ns	ns	ns	-	-
% FR	100	97,72	100	-	-	ns	ns	-	ns
% fumadores/ex fumadores	34,7	18,6	38,1	27,1	ns	ns	ns	0,046	ns
% HTA	33,4	27,27	20	16,7	ns	ns	0,054	ns	ns
% diabetes mellitus	4,1	6,81	2,3	5,5	ns	ns	ns	ns	ns
% úlceras digitales	66,7	25	0	0	-	< 0,001	< 0,001	-	< 0,001
% medicación Raynaud	79,1	77,27	9,5	0,7	ns	-	-	-	< 0,001
% megacapilares	70,8	70,45	0	0,7	ns	-	-	-	< 0,001
% capilares dilatados	62,5	70,45	34,1	19,6	ns	-	-	< 0,001	< 0,001
% capilares gigantes	66,7	70,45	4,9	1,4	ns	-	-	-	< 0,001
% pérdida de densidad capilar	100	84,9	12,2	14,7	-	-	-	-	< 0,001
% capilares tortuosos	73,9	62,5	82,9	83,2	ns	ns	ns	-	< 0,01
% ramificaciones simples	58,3	40,91	31,7	18,2	ns	< 0,04	< 0,001	ns	< 0,01
% ramificaciones en arbusto	62,5	25	7,3	4,9	-	-	-	-	< 0,001
% hemorragias pericapilares	29,1	61,36	14,6	4,2	-	ns	-	-	< 0,001
% trombosis capilar	20,84	31,81	4,9	0,7	ns	-	-	-	< 0,001
% desestructuración lecho periungueal	79,1	54,54	0	0	-	-	-	-	< 0,001
Diámetro aferente \pm DE (μm)	43,67 \pm 24,53	49,07 \pm 27,89	18,48 \pm 9,37	20,44 \pm 7,2	ns	-	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Diámetro eferente \pm DE (μm)	56,88 \pm 34,86	61,54 \pm 23,97	22,33 \pm 10,33	24,4 \pm 8,49	ns	-	-	-	< 0,001
Diámetro del ápex \pm DE (μm)	63,38 \pm 38,42	89,56 \pm 76,89	24,28 \pm 10,91	27,55 \pm 9,64	ns	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Diámetro capilar \pm DE (μm)	144,9 \pm 72,66	152,09 \pm 84,03	59,93 \pm 26,28	65,18 \pm 22,94	ns	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Densidad capilar \pm DE (n ^o /mm)	4,25 \pm 5,25	4,06 \pm 1,83	7,79 \pm 1,8	7,38 \pm 2,04	ns	< 0,01	< 0,02	-	< 0,001

significativa mayor presencia de alteraciones capilaroscópicas cualitativas y cuantitativas. Los hallazgos se resumen en la tabla.

Conclusiones: A pesar de que los enfermos con dSSc eran más jóvenes y de que el tiempo de evolución de enfermedad fue similar al de los enfermos con ISSc, los pacientes con dSSc presentaron más alteraciones de CP cualitativa, que indican un daño microvascular más grave que pacientes con ISSc. Este hecho, junto a la presencia de mayor prevalencia de UD en la dSSc, evidencia un peor perfil vascular en estos pacientes dentro de la enfermedad.

325. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE FRACTURA DE CADERA SEGÚN LA HERRAMIENTA FRAX VS. LAS RECOMENDACIONES DE LA COMUNIDAD DE MADRID

M. Bernad Pineda y M.V. Garcés Puentes

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

²Servicios Integrales de Gestión Médica. Madrid.

Introducción: Las recomendaciones para la valoración y tratamiento de la osteoporosis primaria en mujeres de la Comunidad de Madrid (rCAM) (Consejería de Sanidad; 2015) y el FRAX (Fracture Risk Assessment Tool) son herramientas orientativas para evaluar el riesgo de fractura.

Objetivos: Evaluar las herramientas FRAX y rCAM en población femenina de Madrid, mayor de 50 años.

Métodos: Estudio retrospectivo y aleatorizado, realizado en 100 mujeres incluidas en una base de datos de 1.835 pacientes, seleccionadas al azar, utilizando la herramienta de generación de muestra aleatoria del programa MedCalc versión 16.4.1. Se recogieron la edad, los datos antropométricos y clínicos basales de la historia clínica. Se aplicaron las herramientas FRAX con densitometría y las recomendaciones de valoración de riesgo de la rCAM.

Resultados: La media de edad fue de $72,1 \pm 9,7$ años [IC95% 70,2; 74,0], IMC: $24,9 \pm 3,7$; T-score: $-2,317 \pm 0,86$ y Z-score: $-0,238 \pm 0,99$. El 71% había tenido alguna fractura (Fx) después de los 50 años (60,6% vertebrales, 4,2% cadera, 14,1% Colles y 21,1% otras localizaciones). El T-score era similar en las mujeres con y sin Fx ($p > 0,05$). Según el FRAX, el 17% tenía riesgo de Fx mayor = 20 y el 65%, riesgo de Fx cadera = 3. La media de riesgo de Fx de cadera fue de $3,14 \pm 3,27\%$ y de $7,55 \pm 8,63\%$ en mujeres sin y con Fx basal, respectivamente ($p < 0,001$). Según los criterios de rCAM el 42% de las pacientes presentaba una puntuación de riesgo de Fx de cadera $> 10\%$, lo que significa que solo se podría considerar iniciar tratamiento farmacológico en este grupo de pacientes. Entre las demás pacientes (58%), que presentaban riesgo de Fx de cadera según rCAM $< 10\%$, en el 46,6% el riesgo FRAX de Fx de cadera era = 3, el 40,8% había tenido alguna fractura previa y, sin embargo, según los criterios rCAM no estaría indicado ni solicitar densitometría ni poner tratamiento farmacológico.

Conclusiones: En nuestra población la herramienta FRAX discrimina mejor que las recomendaciones de la CAM el riesgo de fractura.

326. UTILIDAD DE LA VIDEOCAPILAROSCOPIA CUANTITATIVA EN LA COMPARACIÓN DEL FENÓMENO DE RAYNAUD PRIMARIO RESPECTO A UN GRUPO CONTROL. DATOS DEL ESTUDIO QUANTICAP

I. Castellví¹, S. Ordóñez², M. Gelman³, X. Juanola⁴, S. Heredia⁵, H. Corominas⁵, S. Martínez⁶, P. Reyner⁷, P. Santo⁸, V. Ortiz-Santamaría⁹ y M. Moreno¹⁰

¹Unidad de Reumatología. Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Unidad de Reumatología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. ³Unidad de Reumatología. Hospital Sant Joan de Déu-Fundació Althaia. Manresa. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Comarcal Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Mútua de Terrassa.

⁷Unidad de Reumatología. Hospital Santa Caterina/Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona. ⁸Unidad de Reumatología. Hospital General-Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat. ⁹Unidad de Reumatología. Hospital General de Granollers. ¹⁰Servicio de Reumatología. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

Objetivos: 1. Describir los hallazgos de capilaroscopia periungueal (CP) cualitativa y CP cuantitativa en pacientes con fenómeno de Raynaud primario (FRP) y en un grupo control sin presencia de fenómeno de Raynaud ni enfermedades inflamatorias o autoinmunitarias sistémicas. 2. Comparar los hallazgos de la capilaroscopia cualitativa y cuantitativa de ambos grupos.

Métodos: Estudio multicéntrico prospectivo observacional realizado en 10 centros hospitalarios con reumatólogos con experiencia en la realización de videoCP. Se reclutaron pacientes con FRP en los que se había descartado la presencia de enfermedades inflamatorias o autoinmunitarias sistémicas. A todos se realizó una videoCP periungueal a 200x. Se tomaron imágenes del 2 a 5 lecho periungueal de ambas manos analizando la presencia de: megacapilares y capilares dilatados ($\geq 150 \mu\text{m}$ y ≥ 90 y $< 150 \mu\text{m}$ respectivamente de la parte externa y distal del asa aferente a la parte externa y distal asa eferente), capilares gigantes (diámetro apical $\geq 50 \mu\text{m}$), pérdida de densidad ($< 7/ \text{mm}$), capilares tortuosos, ramificaciones, hemorragias, trombosis y desestructuración. También se realizó la cuantificación capilaroscópica mediante de: asas aferente y eferente, ápex, diámetro capilar y densidad. Posteriormente se compararon los hallazgos capilaroscópicos con un grupo control de pacientes sin FR ni presencia de enfermedades sistémicas reumatológicas. Para comparar variables dicotómicas se usó el test chi-cuadrado o el test de Fisher. Para variables cuantitativas vs cualitativas se utilizó la prueba de t Student. Se consideró significación para aquellos valores con $p < 0,05$.

Resultados: De mayo de 2014 a diciembre de 2016 se recogieron y analizaron las imágenes de 44 pacientes con FRP y 145 controles. El 84,6% de los pacientes con FRP eran mujeres, con una edad de $46,32 \pm 15,95$ años y $6,31 \pm 10,2$ años de evolución de FR. Excepto en la presencia de tratamiento para el FR, no se hallaron más diferencias en las variables epidemiológicas y clínicas respecto al grupo control. El hallazgo capilaroscópico más frecuente fue la presencia de tortuosidades (82,9%), dilatación capilar (34,1%) y pérdida de densidad (14,7%). Respecto al grupo control en la CP los pacientes con FRP presentaron de manera estadísticamente significativa mayor presencia de capilares dilatados (34,1% vs 19,6%; $p < 0,05$) y de hemorragias pericapilares (14,6% vs 4,2%; $p < 0,02$). No se objetivaron diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo control en el resto de variables cualitativas ni cuantitativas. Los resultados se resumen en la tabla.

	FRP n: 44	Grupo Control n: 145	p vs C
% mujeres	86,4	78,6	ns
Edad \pm DE(años)	$46,32 \pm 15,95$	$47,47 \pm 15,39$	ns
Años evolución \pm DE	$6,31 \pm 10,2$	-	-
% FR	100	-	-
% fumadores/exfumadores	38,1	27,1	ns
% HTA	20	16,7	ns
% diabetes mellitus	2,3	5,5	ns
% medicación Raynaud	9,5	0,7	$< 0,01$
% megacapilares	0	0,7	ns
% capilares dilatados	34,1	19,6	0,05
% capilares gigantes	4,9	1,4	ns
% pérdida de densidad capilar	12,2	14,7	ns
% capilares tortuosos	82,9	83,2	ns
% ramificaciones simples	31,7	18,2	ns
% ramificaciones en arbusto	7,3	4,9	ns
% hemorragias pericapilares	14,6	4,2	$< 0,02$
% trombosis capilar	4,9	0,7	ns
% desestructuración lecho periungueal	0	0	ns
Diámetro aferente \pm DE (μm)	$18,48 \pm 9,37$	$20,44 \pm 7,2$	ns
Diámetro eferente \pm DE (μm)	$22,33 \pm 10,33$	$24,4 \pm 8,49$	ns
Diámetro del ápex \pm DE (μm)	$24,28 \pm 10,91$	$27,55 \pm 9,64$	ns
Diámetro capilar \pm DE (μm)	$59,93 \pm 26,28$	$65,18 \pm 22,94$	ns
Densidad capilar \pm DE ($\text{n}^{\circ}/\text{mm}$)	$7,79 \pm 1,8$	$7,38 \pm 2,04$	ns

Conclusiones: La presencia de tortuosidades no fue diferente entre grupos y elevada en ambos por lo que su determinación en la CP es discutible. En un grupo homogéneo de pacientes con FRP comparado con un grupo control pareado en factores de riesgo y sin enfermedades reumatológicas ni presencia de fenómeno de Raynaud no es esperable la presencia de diferencias entre grupos. A pesar de que la frecuencia de aparición de alteraciones fue baja, en la capilaroscopia cualitativa se encontraron diferencias entre los grupos al analizar la presencia de capilares dilatados y la presencia de hemorragias pericapilares. Sin embargo la CP cuantitativa no objetivó diferencias, por lo que podría ser una técnica útil para diferencias el FRP de FR asociado. Son necesarios más estudios comparativos entre la CP en FRP respecto FR asociado a otras patologías para determinar esta relación.

327. EPICONDILITIS LATERAL: ¿QUÉ HAY DE NUEVO? REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA SOBRE DIAGNÓSTICO, IMAGEN Y TRATAMIENTO

A. Pieren, M. Dougados, P. Le Goux, M. Lavielle, C. Roux y A. Molto
Hospital La Paz. Madrid. Hospital Cochin. París. Francia.

Introducción: La epicondilitis lateral o codo de tenista es una patología extremadamente frecuente, de evolución natural larga. Se trata de una degeneración intratendinosa del tendón extensor común del carpo. El diagnóstico y el manejo terapéutico pueden suponer un desafío para el reumatólogo.

Objetivos: Revisar la evidencia científica del diagnóstico clínico y por imagen de las epicondilitis así como de su tratamiento.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura, incluyendo únicamente los ensayos clínicos controlados, revisiones sistemáticas y meta-análisis publicados en Pubmed (enero 1990 y mayo 2016). Uso de las palabras clave MESH: "Tennis elbow", "Lateral elbow tendinopathy", "Diagnostic imaging" y "Therapeutics".

Resultados: Entre los 1.314 artículos potenciales, finalmente fueron seleccionados 7 artículos de diagnóstico clínico, 21 de imagen y 18 de terapéutica. Diagnóstico: no se encontraron ensayos clínicos controlados sobre el diagnóstico de las epicondilitis. Los diferentes test clínicos empleados están basados sobre recomendaciones del experto. La triada clínica hallada en la mayoría de los artículos es: palpación del epicóndilo lateral, extensión resistida del carpo y extensión resistida del tercer y cuarto dedos. Imagen: La radiografía simple no parece necesaria en la evaluación inicial de las epicondilitis. El rol de la gammagrafía queda igualmente limitado. En contra, la ecografía parece una herramienta sensible (64-100%) y moderadamente específica (36-100%) para establecer el diagnóstico. La RM es igual de sensible (90-100%) que la ecografía con una mayor especificidad (83-100%) y una mejor reproducibilidad intra e interlector (0,41-0,53 vs 0,73-1). Ambas técnicas permiten establecer una correlación entre las lesiones objetivadas y los síntomas, la severidad de la lesión y la existencia de otras estructuras afectas. No hay evidencia científica que apoye el uso de técnicas de imagen para el seguimiento. Tratamiento: las infiltraciones de corticoides son eficaces sobre el dolor y la función a corto término y preferiblemente sobre epicondilitis de menos de doce semanas de evolución (mejoría sobre el dolor en la semana 1-3 = 1,18 (IC95% 0,27-2,09), 4-8 = 1,30 (IC95% 0,55-2,04), 12-24 = -0,38 (IC95% -0,85-0,08). Se encontraron resultados similares respecto al uso de AINES. El uso de un brazaletes o una férula de extensión del carpo permite una mejoría sobre el dolor en reposo y durante el ejercicio, a corto término. El tratamiento físico (masaje y ejercicio) podría aportar efectos suplementarios sobre el dolor y la fuerza. Otras modalidades terapéuticas tales como las infiltraciones de plasma rico en plaquetas, suero autólogo o toxina botulínica, presentan una evidencia pobre por el momento. Finalmente, se requiere más estudios concerniendo las infiltraciones de sustancias esclerosantes, de tenocitos autólogos así como del tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: Esta revisión resalta la ausencia de estudios de calidad en cuanto al manejo diagnóstico y terapéutico de las epicondilitis. El diagnóstico reposa sobre la clínica y la exploración del paciente. La ecografía y la RM parecen jugar un papel central en el diagnóstico por imagen. Las infiltraciones de corticoides y los AINES son eficaces a corto término. Se requieren más estudios para evaluar otras modalidades terapéuticas.

328. EL RIESGO DE FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS POSTERIORES ESTÁ DISMINUIDO EN PACIENTES QUE EXPERIMENTAN UNA FRACTURA MIENTRAS ESTÁN TRATADOS CON DENOSUMAB: RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS FREEDOM Y EXTENSIÓN DEL FREEDOM

M. Muñoz Torres¹, D.L. Kendler², A. Chines³, M.L. Brandi⁴, S. Papapoulos⁵, E.M. Lewiecki⁶, J.Y. Reginster⁷, C. Roux⁸, A. Wang³ y H.G. Bone⁹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Granada. ²University of British Columbia. Vancouver. BC. Canadá. ³Amgen Inc. Thousand Oaks. CA. EE. UU. ⁴University of Florence. Florencia. Italia. ⁵Leiden University Medical Center. Leiden. Holanda. ⁶New Mexico Clinical Research & Osteoporosis Center. Albuquerque. NM. EE. UU. ⁷University of Liège. Liège. Bélgica. ⁸Paris Descartes University. París. Francia. ⁹Michigan Bone and Mineral Clinic. Detroit. MI. EE. UU.

Objetivos: La osteoporosis es una afección progresiva común que provoca un aumento en la fragilidad ósea y la susceptibilidad a la fractura. Aunque el tratamiento para la osteoporosis disminuye el riesgo de fractura, las fracturas pueden ocurrir mientras se sigue cualquier tratamiento actual y no representan necesariamente un fallo del tratamiento. Es por tanto de interés evaluar si los pacientes que presentan fracturas estando con denosumab (DMAb; FREEDOM y Extensión del FREEDOM [Ext]) experimentan un riesgo menor de fracturas posteriores mientras continúan con la terapia que aquellos con placebo (pbo) que se han fracturado.

Métodos: Durante el FREEDOM, mujeres postmenopáusicas con osteoporosis fueron aleatorizadas a pbo o DMAB durante 3 años. Durante la Ext a 7 años, todas las participantes fueron asignadas para recibir DMAB. En este análisis, presentamos las fracturas osteoporóticas posteriores (vertebrales o no vertebrales nuevas) en sujetos que recibieron ≥ 2 dosis de DMAB durante FREEDOM o la Ext, tenían una fractura osteoporótica durante el tratamiento, y continuaron tratamiento post-fractura, comparado con fracturas posteriores en los sujetos pbo del FREEDOM. Estas fracturas posteriores fueron analizadas como eventos recurrentes usando el modelo estratificado Cox con la estimación robusta de la varianza ajustando por fractura previa.

Resultados: Durante FREEDOM, 438 sujetos pbo y 272 DMAB tuvieron una fractura osteoporótica (edad media en la primera fractura durante el estudio: 74,1 y 74,5 años, respectivamente). De estos, hubo 54 (12,3%) y 24 (8,8%) sujetos que tuvieron ≥ 1 fracturas posteriores en los grupos pbo y DMAB, respectivamente. La incidencia ajustada de sujetos por 100 pacientes-año fue inferior para DMAB (6,7) vs pbo (10,1). Combinando todos los sujetos con DMAB del FREEDOM y la Ext hasta 10 años, 794 (13,7%) sujetos tuvieron una fractura osteoporótica mientras estaban con DMAB (edad media en la primera fractura durante el estudio: 76,5 años). De estos, ≥ 1 fracturas posteriores ocurrieron en 144 (18,1%) sujetos, con una incidencia ajustada de sujetos de 5,8 por 100 pacientes-año, similar a la FREEDOM DMAB (6,7 por 100 pacientes-año). Entre los sujetos con ≥ 1 fractura posterior, el 90% tuvieron sólo 1, y la fractura vertebral fue la más frecuente. El riesgo de tener fracturas osteoporóticas posteriores en el estudio fue inferior en todos los sujetos DMAB comparado con sujetos pbo (HR 0,60 [IC95%: 0,43-0,81]; $p = 0,0012$).

Conclusiones: El riesgo de una segunda fractura con tratamiento continuo con DMAB permanece inferior que con pbo, sugiriendo por tanto que una fractura sufrida mientras se está tratado con DMAB no es necesariamente indicativa de un fallo del tratamiento, y la continuación del tratamiento debe ser considerada.

Código EUDRACT: 2007-001041-17.

329. BARICITINIB, METOTREXATO O BARICITINIB MÁS METOTREXATO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE MODERADA A GRAVEMENTE ACTIVA QUE HABÍAN RECIBIDO TRATAMIENTO LIMITADO O NO HABÍAN RECIBIDO TRATAMIENTO CON FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FAME): RESULTADOS DE EFICACIA Y SEGURIDAD DEL ESTUDIO DE FASE 3 RA-BEGIN DE 52 SEMANAS

P. Durez¹, D. Walker², P. Geusens³, F. van den Bosch⁴, S. Shaikh⁵, D. Roccatello⁶, H. Tahir⁷, O. Zamani⁸, I. Stoykov⁹, S. Otawa¹⁰, V. Rogai¹¹, E. Larsson¹², T. Holzkämper¹³, S. Arthanari¹⁴, G. Pum¹⁵, S. Liu Leage¹⁶, I. Gjertsson¹⁷, P. Sarzi Puttini¹⁸, J. Kekow¹⁹ e I. de la Torre²⁰

¹UCL-Saint Luc. Bruselas. Bélgica. ²The Newcastle upon Tyne Hospitals NHS Foundation Trust. Freeman Hospital. Newcastle upon Tyne. Reino Unido. ³Maastricht University Medical Center. Maastricht. Países Bajos y University Hasselt. Hasselt. Bélgica. ⁴UZ Gent. Reumatologie. Gent. Bélgica. ⁵McMaster University. Hamilton. Ontario. Canadá. ⁶Ospedale San Giovanni Bosco-Centro di Ricerca di Immunopatologia e Malattie Rare (CMID). Turín. Italia. ⁷Whipps Cross University Hospital. Londres. Reino Unido. ⁸Rheumazentrum Favoriten. Vienna. Austria. ⁹Lilly Belgium Eli Lilly Benelux. Bruselas. Bélgica. ¹⁰Eli Lilly Canada. Toronto. Canadá. ¹¹Eli Lilly Italia S.p.A. Sesto Fiorentino (FI). Italia. ¹²Eli Lilly Sweden AB. Solna. Suecia. ¹³Lilly Deutschland GmbH. Bad Homburg. Alemania. ¹⁴Lilly UK. Eli Lilly and Company Ltd. Basingstoke. Reino Unido. ¹⁵Eli Lilly Ges.m.b.H. Vienna. Austria. ¹⁶Eli Lilly and Company. Neuilly-sur-Seine. Francia. ¹⁷University of Gothenburg. Department of Rheumatology and Inflammation Research. Gothenburg. Suecia. ¹⁸Rheumatology Unit. L. Sacco Hospital. Milán. Italia. ¹⁹Klinik für Rheumatologie. Gommern. Alemania. ²⁰Eli Lilly and Company. Alcobendas.

Introducción: Baricitinib, un inhibidor oral de JAK1/JAK2, mejora la actividad de la enfermedad con un perfil de seguridad aceptable en pacientes con artritis reumatoide (AR) activa. Presentamos los datos de eficacia y seguridad para baricitinib en monoterapia o en combinación con metotrexato (MTX) en comparación con MTX en pacientes con AR moderada a gravemente activa con tratamiento limitado o sin tratamiento previo con FAME.

Métodos: Los pacientes (N = 584) con AR moderada a gravemente activa no tratados previamente con FAME (aparte de ≤ 3 dosis de MTX) se aleatorizaron con una razón 4:3:4 a MTX (dosis titulada a 20 mg/semana), baricitinib 4 mg una vez al día o baricitinib 4 mg una vez al día más MTX, durante 52 semanas. La variable principal fue la no inferioridad de la monoterapia con baricitinib frente a MTX para ACR20 en la semana 24.

Resultados: La tasa de respuesta ACR20 en la semana 24 fue mayor con baricitinib 4 mg en monoterapia que con MTX (77% vs 62%, $p \leq 0,01$). Baricitinib más MTX no aumentó los beneficios frente a baricitinib en monoterapia, pero fue significativamente superior a MTX para la mayoría de los resultados, con frecuencia a partir de la semana 1. Se observaron mejorías similares para ACR50/70 y DAS28. La proporción de pacientes con remisión clínica (DAS28 < 2,6, SDAI $\leq 3,3$, CDAI $\leq 2,8$) fue significativamente mayor entre los que recibieron baricitinib en monoterapia o baricitinib más MTX que entre los tratados con MTX. La proporción de pacientes sin progresión radiográfica de la enfermedad (mTSS $\leq 0,5$) fue del 88% para baricitinib más MTX ($p \leq 0,01$ vs MTX), del 84% para baricitinib en monoterapia (no significativa frente a MTX) y del 78% para MTX. En la semana 24 se observaron mejorías significativas con baricitinib en monoterapia y baricitinib más MTX en comparación con MTX en la función física y el dolor (tabla), así como en todos los componentes del WPAI-AR; la fatiga mejoró significativamente con baricitinib en monoterapia. La eficacia se mantuvo hasta la semana 52. Las tasas de acontecimientos adversos (AA) surgidos durante el tratamiento, entre ellas las infecciones y las de AA graves, fueron similares en todos los grupos (tabla). Los cambios en los parámetros de laboratorio (incluyendo anomalías hepáticas, linfopenia), las

infecciones no graves y los AA que llevaron a la interrupción del tratamiento fueron generalmente menos frecuentes con baricitinib en monoterapia que con MTX o baricitinib más MTX.

Medidas de eficacia y seguridad hasta la semana 24 en el estudio RA-BEGIN*

	MTX (N = 210)	Baricitinib 4 mg (N = 159)	Baricitinib 4 mg + MTX (N = 215)
Medidas de eficacia (semana 24)			
ACR20	62	77**	78***
ACR50	43	60**	63***
ACR70	21	42***	40***
DAS28-PCR $\leq 3,2$	38	57**	60***
DAS28-PCR < 2,6	24	40**	41***
DAS28-VSG $\leq 3,2$	23	36*	39**
DAS28-VSG < 2,6	12	21*	25**
mTSS $\leq 0,5$	78	84	88**
CDAI ≤ 10	39	60***	59***
CDAI $\leq 2,8$	11	21*	22**
SDAI ≤ 11	40	62***	61***
SDAI $\leq 3,3$	11	22**	23**
HAQ-DI DMCI $\geq 0,22$	70	81*	78*
FACIT-F DMCI $\geq 3,56$	65	76*	71
Valoración del dolor por el paciente	-30	-41***	-41***
Valoración global de la actividad de la enfermedad por el paciente	-31	-41***	-40***
Medidas de seguridad (semanas 0-24)			
AAST	65	64	67
Infecciones	28	27	34
Herpes zóster	< 1	2	1
TB	0	0	0
AAG	4	3	4
Infecciones graves	1	< 1	2
Neoplasias	0	0	1
AACM	1	< 1	0
Muertes	< 1	0	0
Cambio de grado CTCAE (aumento ≥ 1 grado desde el inicio)†			
Hemoglobina	25	28	31
Linfocitos	22	9	18
ALT	26	12	25

Datos en % de pacientes (que lograron respuesta [NRI], para las medidas de eficacia). Cambio medio respecto a basal por mínimos cuadrados (MC). * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$ vs MTX; †el porcentaje de pacientes con cambio de grado en los parámetros de laboratorio se basa en n observados por analito. AAST, acontecimientos adversos surgidos durante el tratamiento; AAG, acontecimientos adversos graves; AACM, acontecimientos adversos cardiovasculares mayores; CTCAE, Criterios Terminológicos Comunes de Acontecimientos Adversos.

Conclusiones: En los pacientes con AR moderada a gravemente activa no tratados previamente con FAME, baricitinib en monoterapia y baricitinib más MTX produjeron mejorías significativas tempranas y sostenidas en la actividad de la enfermedad y en los resultados comunicados por los pacientes, así como mayores tasas de remisión en comparación con MTX. La progresión radiográfica se redujo con baricitinib en comparación con MTX; la diferencia fue estadísticamente significativa con baricitinib más MTX. No se identificaron nuevos problemas de seguridad/tolerabilidad con baricitinib. Código EUDRACT: 2012-002324-32.

330. CHONDROITIN SULFATE AND GLUCOSAMINE COMBINATION TREATMENT FOR MUSCULOSKELETAL DISEASES AND OSTEOARTHRITIS: A CHANCE TO KILL TWO BIRDS WITH ONE STONE? RESULTS IN A RAT-INJURY MODEL

E. Montell¹, P. Contreras-Muñoz^{2,3}, A. Torrent¹, J. Vergés¹, M. de la Varga², G. Rodas^{2,4} y M. Marotta^{2,3}

¹Pre-Clinical R&D Area. Bioibérica S.A. Barcelona. ²Leitat Foundation. Leitat Technological Center. Barcelona. ³Bioengineering Cell Therapy and Surgery in Congenital Malformations Laboratory. Vall d'Hebron Institute. Barcelona. ⁴FC Barcelona Medical Services. Barcelona.

Introduction: Skeletal muscle injuries and osteoarthritis (OA) are prevalent in middle-aged active individuals and represent a significant disease burden, as well as both disorders share risk factors

such as genetic predisposition and specific age. The similarities between cartilage and muscle tissue may have clinical implications. Since skeletal muscle injuries are the most common sports-related lesions, there is an acute need to develop novel and effective therapeutic strategies on muscle healing.

Objectives: Our aim was to evaluate the beneficial effects of chondroitin sulfate (CS) and glucosamine hydrochloride (GLU) administration (both compounds used for the symptomatic OA treatment) on muscle healing in a recently established rat model of skeletal muscle injury which reproduces the lesions seen in human athletes.

Methods: Injured animals (male 8-weeks-old Wistar rats with a medial gastrocnemius injury) received daily treatment for 3 weeks with CS+GLU by oral gavage administration (140 and 175 mg/kg of CS and GLU, respectively) or intraperitoneal injection (400 and 500 mg/kg, respectively). Healthy and untreated animals were used as controls. Gastrocnemius muscle force was determined. Muscles were evaluated by histology (Hematoxylin & Eosin staining) and immunofluorescence microscopy for the determination of CS, collagen-I and dMHC (developmental Myosin Heavy Chain) levels. Muscle fibers cross-sectional area (CSA) and signal intensity were analyzed by Image J software (version 1.46).

Results: CS+GLU administration stimulated the growth of newly formed regenerating myofibers (1.35- and 1.77-fold of cross-sectional area increase after oral ($p < 0.01$) and i.p. ($p < 0.001$) administration, respectively), that was accompanied by 1.22- and 1.28-fold ($p < 0.01$) of improvement in skeletal muscle force. Both treatments showed a clear anti-fibrotic effect by reducing 21% (oral, $p < 0.05$) and 28% (i.p., $p < 0.01$) the intramuscular collagen-I deposition. Oral ($p < 0.01$) and i.p. ($p < 0.05$) administration induced and increase of more than 30% in CS intramuscular deposition. Treated animals also revealed a tendency (although data did not reach statistical significance) in accelerating the muscle regeneration process by showing a decrease of approximately 15% of dMHC-positive regenerating fibers which suggests the more rapid replacement of the embryonic/developmental myosin isoform by mature myosin isoforms.

Conclusions: CS and GLU administration improves muscle healing and force recovery of the injured skeletal muscle in rats, thus suggesting an important role of these products as potential new therapies for the treatment of muscle injuries in sports medicine. These results could help clinicians to account effects of comorbidities on musculoskeletal diseases and OA, as well as to consider new treatment options that show potential in both conditions.

331. CHONDROITIN SULPHATE INHIBITS MONOCYTE CHEMOATTRACTANT PROTEIN-1 RELEASE FROM 3T3L1 ADIPOCYTES: A NEW TREATMENT OPPORTUNITY FOR OBESITY-RELATED METABOLIC SYNDROMES?

E. Montell¹, T.V. Stabler², J. Vergés¹ y V. Byers Kraus^{2,3}

¹Pre-Clinical R&D Area, Bioibérica, S. A. Barcelona. ²Duke Molecular Physiology Institute; ³Division of Rheumatology, Duke University School of Medicine, Durham, USA.

Introduction: Monocyte chemoattractant protein-1 (MCP-1) overproduction from inflamed adipose tissue is a major contributor to obesity-related metabolic syndromes. We have recently published that chondroitin sulphate (CS) can attenuate the monosodium urate (MSU) crystal mediated THP-1 macrophage inflammatory response reflected by reduced release of pro-inflammatory cytokines IL-1 β and TNF α . We have also recently determined that the CS inhibitory effect is not acting at the inflammasome but upstream, most likely by inhibiting activation of NF- κ B.

Objectives: We sought to determine whether CS had a similar inhibitory effect on MCP-1 release from lipopolysaccharide (LPS) stimulated adipocytes.

Methods: We cultured 3T3-L1 embryonic fibroblasts and induced their differentiation into adipocytes. We then treated the adipocytes with LPS to induce inflammation and thus MCP-1 release. At the same time we added varying concentrations of CS (Bioibérica, Spain) in a physiologically relevant range (10-200 μ g/ml) and 24h after we measured MCP-1 release (R&D Systems, Minneapolis, MN, USA). We also cultured THP-1 monocytes and tested whether CS (200 μ g/ml) could inhibit cell migration induced by human recombinant MCP-1. Monocyte chemotaxis in response to 24h exposure to recombinant human MCP-1 (0, 3.125-100 ng/ml) (R&D Systems) was tested using the Cytoselect 96-well cell migration assay (Cell Biolabs, San Diego, CA, USA). All experiments were run a single time with each treatment group run in triplicate. Cell culture results were expressed as fold change from the media only negative control (no CS, no LPS). One-way ANOVA with Bonferroni's post-hoc test and post-hoc linear trend were performed on cell culture results using Graphpad Prism software (La Jolla, CA, USA).

Results: We found that LPS (1 μ g/ml) caused a significant rise in MCP-1 release ($p < 0.0001$) from 3T3-L1 adipocytes. CS in physiologically achievable concentrations (100-200 μ g/ml) produced a dose dependent reduction ($p < 0.01$ at 100 μ g/ml and $p < 0.001$ at 200 μ g/ml) of MCP-1 release from 3T3-L1 adipocytes in response to LPS. Recombinant MCP-1 (25-100 ng/ml) caused a dose dependent increase ($p < 0.001$ at 25 ng/ml and $p < 0.0001$ at 100 ng/ml) in cell migration of THP-1 monocytes. CS at the highest test concentration (200 μ g/ml) had no effect on MCP-1 mediated THP-1 migration.

Conclusions: Our data demonstrate that CS inhibits the release of MCP-1 from 3T3-L1 adipocytes that have been stimulated with LPS, but has no effect on the chemotactic action of MCP-1 on THP-1 monocytes. Furthermore, our work data strongly suggests that it is the inhibition of MCP-1 release by CS that underlies this effect and not a direct inhibition of the chemotactic action of MCP-1 by CS. Given the importance of MCP-1 over-production in obesity-related metabolic syndromes, inhibiting the release of MCP-1 from adipocytes by CS, and thus blocking the recruitment of macrophages to adipose tissue, could provide a new treatment opportunity for these syndromes.

332. UNA PUNTUACIÓN BASAL ≥ 2 DEL SPONDYLARTHRTIS RESEARCH CONSORTIUM OF CANADA (SPARCC) EN LAS ARTICULACIONES SI EN LA RM PREDICE MEJOR LA RESPUESTA A GOLIMUMAB QUE LA EVALUACIÓN DE LA POSITIVIDAD EN LA RM DE LA SPONDYLARTHRTIS INTERNATIONAL SOCIETY (ASAS) EN LA ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOLÓGICA

W. Maksymowych¹, A. Tzontcheva², G. Philip², G. Bergman², S. Huyck² y S.P. Curtis²

¹Medicine, University of Alberta, Edmonton, AB, Canadá. ²Merck & Co, Inc. Kenilworth, NJ, EE. UU.

Introducción y objetivos: Se ha demostrado la eficacia de golimumab (GLM) en la espondiloartritis axial no radiológica (EspAax-nr) en un estudio en fase 3, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo (GO-AHEAD; NCT01453725) (Sieper et al. *Arthritis Rheum.* 2015;67:2702-12). La puntuación de inflamación del SpondyloArthritis Research Consortium of Canada (SPARCC) en las articulaciones SI (ASI) en la RM valora la inflamación de una manera dicotómica en cuadrantes de ASI. La positividad de la Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) en las ASI en la RM y una puntuación de corte ≥ 2 del SPARCC en las ASI reflejan la positividad de la EspAax-nr en la RM, si bien cada uno de estos parámetros se basa en métodos diferentes con grados diferentes de precisión científica. Analizamos si una puntuación de corte ≥ 2 del SPARCC en las ASI predecía mejor la respuesta al tratamiento con GLM en el ensayo GO-AHEAD que la positividad de la ASAS en las ASI en la RM.

Tablas Póster 332

Tabla 1. Signos de inflamación en las ASI en la RM en el momento basal

Criterio de valoración	Sacroileítis ASAS (+) en la RM		Sacroileítis ASAS (-) en la RM		Puntuación del SPARCC ≥ 2 en las ASI en la RM		Puntuación del SPARCC < 2 en las ASI en la RM	
	Golimumab 50 mg	Placebo	Golimumab 50 mg	Placebo	Golimumab 50 mg	Placebo	Golimumab 50 mg	Placebo
ASAS 20 en la semana 16, respondedores, n/N (%)	47/61 (77,0%)	24/64 (37,5%)	20/30 (66,7%)	15/32 (46,9%)	49/60 (81,7%)	25/64 (39,1%)	18/31 (58,1%)	14/32 (43,8%)
Cálculo de la diferencia en % con el placebo (IC del 95%)*	39,5 (22,6, 54,1)		19,4 (-5,4,41,6)		42,2 (25,6, 56,6)		16,4 (-8,7, 39,0)	
Valor P*	< 0,0001		0,1257		< 0,0001		0,2012	
ASAS 40 en la semana 16, respondedores, n/N (%)	36/61 (59,0%)	15/64 (23,4%)	17/30 (56,7%)	8/32 (25,0%)	39/60 (65,0%)	14/64 (21,9%)	14/31 (45,2%)	9/32 (28,1%)
Cálculo de la diferencia en % con el placebo (IC del 95%)*	35,5 (18,6, 50,6)		31,3 (6,8, 52,6)		42,5 (25,5, 57,1)		19,1 (-5,1, 41,2)	
Valor P*	< 0,0001		0,0125		< 0,0001		0,1215	
RP ASAS en la semana 16, respondedores, n/N (%)	17/61 (27,9%)	12/64 (18,8%)	13/30 (43,3%)	6/32 (18,8%)	19/60 (31,7%)	11/64 (17,2%)	11/31 (35,5%)	7/32 (21,9%)
Cálculo de la diferencia en % con el placebo (IC del 95%)*	9,1 (-5,9, 24,0)		24,0 (1,4, 45,3)		14,0 (-1,2,29,1)		17,1 (-5,1, 38,3)	
Valor P*	0,2308		0,0373		0,0704		0,1294	
BASDAI 50 en la semana 16, respondedores, n/N (%)	33/61 (54,1%)	19/64 (29,7%)	19/30 (63,3%)	10/32 (31,3%)	36/60 (60,0%)	19/64 (29,7%)	16/31 (51,6%)	10/32 (31,3%)
Cálculo de la diferencia en % con el placebo (IC del 95%)*	24,3 (7,3, 40,2)		31,8 (6,7, 53,2)		29,1 (11,8, 44,9)		22,5 (-2,2, 44,5)	
Valor p*	0,0053		0,0131		0,0011		0,0744	

Tabla 2

Tratamiento	N	Momento basal		Media en la semana 16 (DE)	Variación de la media (DE) entre el momento y la semana 16	Diferencia con el placebo**	Diferencia con el placebo**
		Media	Mediana				
Sacroileítis ASAS en la RM (+)							
Golimumab 50 mg	51	13,4	10,5	6,3 (8,81)	-7,1 (8,42)	-3,7	0,0002
Placebo	59	17,7	12,0	16,3 (15,42)	-1,4 (10,09)		
Puntuación ≥ 2 del SPARCC en las ASI en la RM							
Golimumab 50 mg	50	14,5	11,5	6,8 (8,87)	-7,7 (8,32)	-3,9	< 0,0001
Placebo	59	18,5	13,0	17,1 (15,21)	-1,4 (10,35)		
Sacroileítis ASAS en la RM (-)							
Golimumab 50 mg	23	2,0	0	0,8 (3,15)	-1,1 (3,17)	-2,5	0,0125
Placebo	28	2,0	0	2,0 (6,50)	0 (3,45)		
Puntuación < 2 del SPARCC en las ASI en la RM							
Golimumab 50 mg	24	0,2	0	0,1 (0,34)	-0,1 (0,29)	-1,4	0,1562
Placebo	28	0,3	0	0,3 (0,70)	0 (0,43)		

*Obtenido basándose en el método de Miettinen y Nurminen. **Obtenido basándose en la prueba de Mann-Whitney.

Métodos: Se aleatorizó a pacientes con EspAax-nr (criterios ASAS, evaluación central de las radiografías de las ASI, duración de la enfermedad ≤ 5 años, dolor de espalda crónico ≥ 3 meses, gran actividad de la enfermedad y respuesta insuficiente o intolerancia a los AINE) (con la sacroileítis en la RM definida mediante los criterios ASAS por un solo evaluador central [sí, ASI+; no, ASI-] y la concentración de CRP [$< \text{LSN}$ o $> \text{LSN}$] como factores de estratificación) para recibir GLM 50 mg SC o placebo C4S durante 16 semanas. Un evaluador sometido a enmascaramiento evaluó la positividad de ASAS en las ASI en la RM. Dos evaluadores independientes sometidos a enmascaramiento otorgaron la puntuación del SPARCC en las ASI. Se empleó la puntuación validada del SPARCC en las ASI (en caso de haberla). Si no se precisaba validación, se usó la media de las puntuaciones de los dos evaluadores independientes.

Resultados: Se trató a 197 pacientes (GLM = 97; placebo = 100). Las diferencias entre los grupos de tratamiento en las respuestas ASAS 20, ASAS 40, ASAS PR y BASDAI 50 y la puntuación de la SPARCC en las ASI fueron mayores en los pacientes con una puntuación = 2 del SPARCC en las ASI que en los pacientes con positividad de ASAS en las ASI en la RM (tablas). En contraste con el grupo con negatividad de ASAS en la RM, no se observó ningún beneficio de GLM en los pacientes con una puntuación basal < 2 del SPARCC en las ASI. Los resultados deben interpretarse con precaución, teniendo en cuenta el pequeño tamaño de los subgrupos, la ausencia de multiplicidad y la naturaleza post-hoc del análisis.

Conclusiones: En comparación con la positividad de ASAS en las ASI en la RM, la clasificación de los pacientes según una definición más normalizada de la positividad en la RM, como define una puntuación de corte del SPARCC ≤ 2 , refleja con mayor exactitud la respuesta a GLM en los pacientes con EspAax-nr.

Código EUDRACT: 2011-000311-34.

333. PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES EN LAS DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS. ENCUESTA RHEU-LIFE

E. Batlle¹, C. González², L. Carmona³, A.I. Torralba Gómez-Portillo⁴, F.J. de Toro⁵ y L. Cea-Calvo⁶

¹Servicio de Reumatología. Departamento de Salud. San Juan de Alicante. ²Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ³Instituto de Salud Musculoesquelética. InMusc. Madrid. ⁴Presidente de la Coordinadora Nacional de Artritis. ⁵Servicio de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Universidad de La Coruña. ⁶Departamento de Medical Affairs. Merck Sharp & Dohme de España.

Objetivos: Conocer las preferencias de pacientes con enfermedades reumáticas sobre ser parte o no en la selección del tratamiento

Tabla Póster 333

Preferencias de los de los pacientes sobre su involucración en la decisión de seleccionar un tratamiento y descripción de cómo fue su caso por rangos de edad

	Edad, años (cuartiles)				p
	< 43	43-52	53-61	> 61	
¿Hasta qué punto prefiere ser parte de la decisión de seleccionar un tratamiento para su enfermedad?					
Prefiero tener información sobre las distintas opciones para el tratamiento de mi enfermedad, y tomar parte en la selección del tratamiento	38,7%	33,8%	25,2%	14,6%	< 0,001
Me gusta tener información sobre las distintas opciones de tratamiento, pero dejo la decisión del tratamiento al reumatólogo	53,5%	57,0%	65,2%	68,5%	
No solicito ninguna información sobre los tratamientos, simplemente dejo todas las decisiones a mi reumatólogo	7,7%	9,2%	9,6%	16,9%	
¿Cómo fue su caso cuando le recetaron el fármaco biológico subcutáneo?					
Me explicaron varias opciones, y el médico tuvo en cuenta mi opinión y mis preferencias para elegir el biológico subcutáneo	65,0%	54,6%	46,6%	54,8%	0,010
Me explicaron que había varias opciones, aunque el médico tomó la decisión sin preguntarme mi opinión o preferencia	25,7%	31,9%	33,8%	28,6%	
Me explicaron que había varias opciones, aunque el médico tomó la decisión sin preguntarme mi opinión o preferencia	7,1%	12,1%	13,5%	9,5%	
Ya tenía información suficiente, y no necesité ninguna información adicional	2,1%	1,4%	6,0%	7,1%	

biológico junto a su médico y cuál fue su participación cuando les prescribieron su fármaco biológico subcutáneo (SC).

Métodos: RHEU-LIFE fue una encuesta que 50 reumatólogos de distintos hospitales españoles entregaron a 20 pacientes con artritis reumatoide (AR), espondiloartritis axial (EsA) o artritis psoriásica (APs) en tratamiento con fármacos biológicos SC. Los pacientes la completaron anónimamente y la devolvieron por correo pre-franqueado. Mediante respuestas cerradas, los pacientes seleccionaron su preferencia y cuál había sido su caso en el momento de la selección del fármaco biológico SC. Se realizaron análisis por distintas variables demográficas y de la enfermedad.

Resultados: La encuesta la contestaron 592 de 1.000 pacientes (tasa de respuesta 59,2%, edad media 51,7 años [DE 13,2], 42,4% hombres y 57,6% mujeres). El 28,2% declaró preferir ser informado y tomar parte en la selección del tratamiento biológico, el 60,9% prefería tener información sobre las opciones, pero dejando la decisión al reumatólogo, y el 10,9% dejaban todas las decisiones a su reumatólogo sin solicitar ninguna información. Los% fueron similares en AR, EsA y APs (p = 0,670), y en hombres y mujeres (p = 0,390). Declararon con más frecuencia querer ser informados y ser parte de la decisión en la selección del tratamiento los pacientes más jóvenes (p < 0,001, tabla) y aquellos con nivel de estudios superior (% que prefieren tomar parte en la selección: sin estudios [12,2%]; primarios [15,7%]; secundarios [36,4%]; formación profesional [30,0%]; superiores [47,0%], p < 0,001). Respecto a cuándo se prescribió el biológico, un 56,3% de los pacientes mencionó que el médico planteó varias opciones y tuvo en cuenta su opinión y preferencias para elegir el biológico, a un 29,0% le explicaron las opciones pero fue el médico quien tomó la decisión sin preguntarle opinión o preferencia y al 14,7% se le prescribió el fármaco sin explicar las distintas opciones. Los % fueron similares por patologías (p = 0,511) y en hombres y mujeres (p = 0,736). Los pacientes más jóvenes mencionaron con más frecuencia que el médico les explicó y tuvo en cuenta su opinión y preferencias en la selección del fármaco (p = 0,010, tabla). Del mismo modo, el % que declaró que el médico tuvo en cuenta su preferencia fue mayor (p = 0,001) en los pacientes que prefieren ser parte de la decisión (64,8%) que en aquellos que prefieren ser informados pero no decidir (55,6%) o en los que dejan la decisión al médico sin solicitar información (37,7%).

Conclusiones: La gran mayoría de pacientes (cerca del 90%) con AR, EsA o APs quieren estar informados sobre las opciones de tratamiento biológico, aunque sólo un 28% manifiesta querer ser parte en la selección del mismo. Los % son mayores en pacientes más jóvenes o con formación superior. Más de la mitad de los pacientes declararon haber sido informados y participar en la selección del biológico, % mayor en el grupo que prefiere ser parte de la decisión.

Agradecimientos: este proyecto fue financiado por Merck Sharp & Dohme de España y contó con el aval de la asociación de pacientes ConArtritis (Coordinadora Nacional de Artritis).

334. ANÁLISIS MULTICÉNTRICO DE SUPERVIVENCIA AL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL

D. Ybáñez García, J.J. Alegre-Sancho¹, A. Martínez-Cristóbal², A. Casado Poveda², J.A. Castellano Cuesta³, M. Fernández Matilla³, N. Fernández-Llanio Comella³, E. Valls Pascual¹, M.Á. Martínez Ferrer¹, M. Aguilar Zamora¹, C. Vergara Dangond¹, A. Begazo Cruz³, I. Ríos⁴ y A.M. Martínez-Arroyo⁴

¹Reumatología. Hospital Doctor Peset. Valencia. ²Reumatología. Hospital de la Ribera. Alzira. ³Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ⁴PORIB Gestión Eficiente de la Salud.

Introducción: El tratamiento biológico (TB) ha cambiado la evolución de algunas enfermedades reumáticas. Una forma de evaluar la efectividad de la TB es considerar la supervivencia terapéutica como un marcador subrogado de la misma.

Objetivos: Describir el uso de TB y evaluar su supervivencia en las distintas indicaciones recogidas en su ficha técnica, en la práctica clínica, en 3 Hospitales de la Comunidad Valenciana.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, en base a la revisión de la historia clínica (HC) de pacientes con artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs), espondiloartritis (EA) y artritis idiopática juvenil (AIJ) en tratamiento con TB. La estandarización de las HC se ha realizado con datos recogidos por reumatólogos a través de la plataforma MEDiadd® REUMA, asegurando el acceso restringido y anonimización de la información según la LOPD. Se comienzan a recopilar datos en 2013. Variables: edad; sexo; indicación TB: AR, APs, EA, AIJ fecha de inicio y fin del TB: etanercept (ETN), adalimumab (ADA), certolizumab (CRT), golimumab (GOLI), infliximab (IFX), abatacept (ABA), tocilizumab (TCZ), rituximab (RTX). Desde ene-2002 hasta dic-2016, ambos inclusive. Criterios de inclusión/exclusión: pacientes que han recibido TB. Se excluyen pacientes y líneas de tratamiento con información incompleta o fuera de ficha técnica. Se excluyen los casos e indicaciones que no llegan al número mínimo (15): ustekinumab, secukinumab y AIJ. Estadísticos descriptivos y análisis de supervivencia de Kaplan-Meier con www.R-project.org.

Resultados: El registro consta de 1.155 pacientes de los cuales se excluyen 76 por datos incompletos. De 1.079 pacientes, la indicación que mayor porcentaje de pacientes presenta es AR (42,35%), seguida de EA (30,03%), APs (18,07%) y AIJ (1,02%); 92 pacientes (8,53%) presentan otras patologías (Behçet, uveítis...). Por sexos, el 79,46% de las AR son mujeres, como el 36,36% de EA, el 50,96% de APs y el 80% de AIJ. Por edades, la mayoría superan los 55 años, siendo el rango entre 36 a 54 años el que mayor porcentaje agrupa en todas las indicaciones (menos AIJ). Para el análisis de supervivencia, se ha analizado independientemente el conjunto de TB que ha recibido cada paciente, con lo que finalmente se han considerado

Tabla Póster 334

Indicación	Tiempo (meses)	Abatacept	Adalimumab	Certolizumab	Etanercept	Golimumab	Infliximab	Rituximab	Tocilizumab
AR	n	62	101	40	205	24	18	46	74
	Mínimo	0,8	0,3	0,7	0,4	0,8	0,5	7	0,7
	Media	29,7	28,6	28,8	57,4	24,6	27,3	60,5	35,7
	Maximo	99,8	191,9	65	158,7	67,6	89,5	128,8	102,7
	Desv. típica	22	42,5	17,7	39,7	20,4	25	32,8	27,1
	Estimación 1 año)	98,00%	93,00%	89,60%	98,50%	77,80%	94,40%	97,80%	88,40%
	IC95% 1 año)	0,942-1	0,881-0,981	0,805-0,998	0,968-1	0,6076-0,996	0,844-1	0,937-1	0,812-0,963
	Estimación 5 años)	49,20%	85,10%	65,90%	91,80%	20,40%	94,40%	73,00%	54,00%
	IC95% 5 años)	0,322-0,751	0,778-0,931	0,491-0,883	0,873-0,965	0,062-0,681	0,844-1	0,598-0,891	0,413-0,706
	P-valor a)	< 0,001*	0,011*	< 0,001*	< 0,001*	0,115	0,005*	< 0,001*	< 0,001*
	APs	n		68	10	105	36	19	1
Mínimo			1		0,7	5	20,8		
Media			43,4		59,6	37,3	51,8		
Máximo			143		170,1	69	97,8		
Desv. típica			33,7		46,6	19,1	27,5		
Estimación 1 año)			87,80%		99,00%	91,70%	100%		
IC95% 1 año)			0,802-0,961		0,971-1	0,831-1	NA		
Estimación 5 años)			63,00%		91,60%	61,20%	94,70%		
IC95% 5 años)			0,498-0,798		0,852-0,984	0,451-0,831	0,852-1		
P-valor a)			0,025*		0,894	0,007*			
EA		n	1		12	125	60	37	2	1
	Mínimo		1,4		1	5	4,1		
	Media		43,1		54,2	33,7	51,4		
	Máximo		121,7		144,5	69,5	168		
	Desv. típica		32,2		37,1	16,7	47,6		
	Estimación 1 año)		95,60%		95,80%	100%	93,50%		
	IC95% 1 año)		0,921-0,991		0,923-0,991		0,853-1		
	Estimación 5 años)		80,50%		86,40%	59,10%	84,50%		
	IC95% 5 años)		0,722-0,898		0,798-0,934	0,412-0,847	0,71-1		
	P-valor a)		0,04*		0,008*		0,06		

(a) El P-valor se corresponde a la comparativa entre el TB con mayor porcentaje de supervivencia al año vs el resto. *estadísticamente significativo, con $\alpha = 0.05$

1.206 casos. La tabla muestra tiempos medios y supervivencia estimada a 1 y 5 años distinguiendo por indicaciones. Al año, la mayor tasa de supervivencia la presenta ETN para AR (98,5%); IFX para APs (100%), muy seguido por ETN (99%); y GOLI para EA (100%), seguido de ETN (95,8%). Se han usado estos TB para comparar las curvas de supervivencia frente al resto de TB, hallándose diferencias en todos los casos ($\alpha = 0,05$) excepto en IFXvsETN para AR; ETNvsIFX para APs; e IFXvsGOLI para EA. A los 5 años es IFX el que mayores tasas de supervivencia presenta en AR (94,4%) y APs (94,7%), siendo ETN para EA (86,4%).

Conclusiones: Los TB que mayor supervivencia presentan son ETN e IFX para AR y APs (también son los primeros en comercializarse); para EA, GOLI presenta mayor tasa de supervivencia al año, aunque a los 5 años es superado por ETN. La estandarización de la información es necesaria en el seguimiento del impacto global de las distintas TB. El análisis de HC desvela comportamientos en la práctica clínica que describen la eficacia de los tratamientos en el mundo real (Real World Evidence) y que pueden ser de ayuda en la toma de decisiones (Evidence-Based Medicine).

335. INFORMACIÓN SOBRE PATOLOGÍA Y TRATAMIENTOS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD REUMÁTICA TRATADOS CON BIOLÓGICOS SUBCUTÁNEOS: FUENTES Y SATISFACCIÓN. ENCUESTA RHEU-LIFE

F.J. de Toro¹, E. Batlle², C. González³, M. Calvo⁴ y L. Cea-Calvo⁴

¹Servicio de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Universidad de La Coruña. ²Responsable de Reumatología. Departamento de Salud. San Juan de Alicante. ³Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁴Departamento de Medical Affairs. Merck Sharp & Dohme de España.

Objetivos: Conocer las fuentes mediante las que los pacientes con enfermedades reumáticas tratados con fármacos biológicos subcutáneos (SC) obtienen información, cuáles consideran más relevan-

tes, su satisfacción con la información recibida del equipo clínico y su percepción del grado que tienen de información.

Métodos: RHEU-LIFE fue una encuesta que 50 reumatólogos de distintos hospitales españoles entregaron a 20 pacientes con artritis reumatoide, espondiloartritis axial o artritis psoriásica tratados con fármacos biológicos SC. Los pacientes la completaron anónimamente y la devolvieron por correo pre-franqueado. Los pacientes seleccionaron de un listado: 1) quién le había informado sobre las distintas opciones de tratamiento para su enfermedad y sobre las características del fármaco biológico SC (múltiples opciones), 2) cómo de satisfechos se encontraban con la información recibida en el hospital, y 3) si habían buscado información adicional sobre el biológico en fuentes externas.

Resultados: La encuesta la contestaron 592 de 1.000 pacientes (tasa de respuesta 59,2%, edad media 51,7 años [DE 13,2], 42,4% hombres y 57,6% mujeres). La información sobre las opciones de tratamiento y las características del biológico provino principalmente del reumatólogo (en más del 90% de los casos), con poca frecuencia del personal de enfermería o de farmacia hospitalaria (tabla). El 46,1% mencionó haber recibido la información sobre el tratamiento biológico exclusivamente de forma verbal, el 6,0% por escrito y el 45,2% de ambas formas. Frente a la información recibida, el 44,5% expresaron sentirse "muy satisfechos" y el 42,6% "satisfechos", el 10,6% mencionó sentirse "ni satisfecho ni insatisfecho" y el 2,1% y 0,2% declararon estar "insatisfechos" o "muy insatisfechos". El% de pacientes bastante/muy satisfechos con la información recibida fue mayor cuando ésta provino del reumatólogo (89,6%) que cuando el reumatólogo no informó al paciente (59,6%, $p < 0,001$), y también cuando obtuvieron información oral y por escrito (92,8% frente a 86,1% en aquellos que sólo recibieron información oral, $p = 0,013$). Un 45,2% declaró haber buscado información sobre el tratamiento biológico en fuentes alternativas, siendo el % mayor en pacientes más jóvenes (< 43 años: 65,2%; 43-52 años: 51,4%; 53-61 años: 39,1%; ≥ 62 años: 20,6%, $p < 0,001$), de nivel de estudios superior (sin estudios: 14,3%; primarios: 31,6%, secundarios: 55,6%; formación profesional: 59,5% y superiores: 64,9%, $p < 0,001$), y en pacientes con un primer biológico (49,9%, vs 37,7% con un segundo y 37,2% con un tercero o más, $p = 0,014$).

Fuentes de las que los pacientes recibieron información sobre los tratamientos y sobre el fármaco biológico (los pacientes pudieron marcar más de una opción)

	Información general sobre tratamiento	Información específica sobre el biológico
Especialista en reumatología	91,9%	91,0%
Personal de enfermería	10,2%	17,9%
Farmacia hospitalaria	3,2%	11,5%
Otros	5,3%	3,6%
No recuerda	1,2%	0,8%
No recibió información	0,8%	1,7%

Conclusiones: La principal fuente de información de pacientes con enfermedades reumáticas es el especialista en reumatología, y el % que menciona el personal de enfermería o farmacia es bajo a pesar de ser frecuentemente visitados para la dispensación del fármaco. El grado de satisfacción con la información recibida es alto, pero claramente más bajo cuando el reumatólogo no informó al paciente. Casi la mitad declaró haber buscado información sobre el tratamiento biológico en fuentes alternativas al personal del hospital.

Agradecimientos: este proyecto fue financiado por Merck Sharp & Dohme de España y contó con el aval de la asociación de pacientes Con Artritis (Coordinadora Nacional de Artritis).

336. DIFERENCIAS EN LA CAPILAROSCOPIA CUALITATIVA Y CUANTITATIVA EN PACIENTES CON DERMATOMIOSITIS RESPECTO A PACIENTES CON POLIMIOSITIS. DATOS DEL ESTUDIO QUANTICAP

I. Castellví¹, S. Martínez², H. Corominas³, S. Heredia³, M. Moreno⁴, S. Ordóñez⁵, X. Juanola⁶, P. Santo⁷, M. Gelman⁸, P. Reyner⁹ y V. Ortiz-Santamaría¹⁰

¹Unidad de Reumatología. Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Terrassa. ³Servicio de Reumatología. Hospital Comarcal Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ⁴Servicio de Reumatología. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. ⁵Unidad de Reumatología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. ⁷Unidad de Reumatología. Hospital General-Parc Sanitari de Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat. ⁸Unidad de Reumatología. Hospital Sant Joan de Déu-Fundació Althaia. Manresa. ⁹Unidad de Reumatología. Hospital de Santa Caterina/Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona. ¹⁰Unidad de Reumatología. Hospital General de Granollers.

Introducción: La capilaroscopia periungueal (CP) es una técnica útil para el estudio del fenómeno de Raynaud (FR). Se han descrito diferentes hallazgos capilaroscópicos en las miopatías inflamatorias, sin embargo la mayor parte de los trabajos interpretan los hallazgos capilaroscópicos de manera conjunta. Actualmente carecemos de información sobre las características cuantitativas de las estructuras capilaroscópicas en este grupo de enfermos.

Objetivos: 1. Describir los hallazgos de CP cualitativa y CP cuantitativa en pacientes con DM y con PM. 2. Comparar los hallazgos entre grupos.

Métodos: Estudio multicéntrico prospectivo observacional realizado en 10 centros hospitalarios con reumatólogos con experiencia en la realización de videoCP. Se reclutaron pacientes con dermatomiositis (DM), polimiositis (PM), FR 1º (FRP) y un grupo control de pacientes sin presencia de FR ni de patología reumatológica. A todos se realizó una videoCP periungueal a 200x. Se tomaron imágenes del 2 a 5 lecho periungueal de ambas manos analizando la presencia de: megacapilares y capilares dilatados ($\geq 150 \mu\text{m}$ y ≥ 90 y $< 150 \mu\text{m}$ respectivamente de la parte externa y distal del asa aferente a la parte externa y distal asa eferente), capilares gigantes (diámetro apical $\geq 50 \mu\text{m}$), pérdida de densidad ($< 7/\text{mm}$), tortuosidades, ramificaciones, hemorragias, trombosis y desestructuración. También se midió el diámetro de asa aferente, eferente, ápex, diámetro capilar y densidad/mm. También se recogieron las variables: sexo, edad, años de evolución de la enferme-

dad y del FR, historia de úlceras digitales o medicación para FR, hábito tabáquico y presencia de HTA o diabetes. Para comparar variables se usó el test exacto de Fisher o la prueba de T cuando fue necesario. Se consideró significación para aquellos valores con $p < 0,05$.

Resultados: Se recogieron y analizaron las imágenes de 32 pacientes con miopatía inflamatoria: 18 DM y 14 PM. El 84,4% eran mujeres, 12 presentaban HTA y el 16,1% diabetes. Las características de la muestra se recogen en la tabla. Los pacientes con PM presentaron mayor edad respecto la DM ($62,38 \pm 10,44$ vs $50,94 \pm 17,46$; $p < 0,04$). No se observaron diferencias en tiempo de evolución de PM o DM o presencia de FR. En pacientes con PM el FR precedió la enfermedad. Al analizar las variables cualitativas los pacientes con DM presentaron mayor frecuencia de megacapilares ($< 0,01$) y capilares gigantes ($< 0,04$) respecto a los pacientes con PM, así como una tendencia a mayor frecuencia de pérdida de densidad ($p 0,06$). No hubo diferencias en la presencia de capilares ramificados entre grupos. El análisis cuantitativo evidenció un diámetro mayor de todas las estructuras en los pacientes con DM de manera estadísticamente significativa.

	Dermatomiositis (18)	Polimiositis (14)	p
Sexo H/M	3/15	2/12	ns
Edad \pm DE (años)	50,94 \pm 17,46	62,38 \pm 10,44	< 0,04
Años evolución	5,76 \pm 6,59	5,64 \pm 5,34	ns
Fenómeno de Raynaud	12/18	8/14	ns
Años evolución Raynaud \pm DE	3,8 \pm 2,59	13,71 \pm 18,7	ns
Tratamiento Raynaud	4/17	0/13	ns
Úlceras digitales	2/18	0/13	ns
Tabaco	8/18	3/13	ns
HTA	6/18	6/13	ns
Diabetes	1/18	4/13	ns
Megacapilares	10/17	1/12	< 0,01
Capilares dilatados	12/17	5/12	ns
Capilares gigantes	11/17	3/12	< 0,04
Pérdida densidad	14/17	6/12	ns
Tortuosidades	16/17	12/12	ns
Ramificaciones simples	11/17	8/12	ns
Ramificaciones en arbusto	12/17	6/12	ns
Hemorragias pericapilares	7/17	1/12	ns
Trombosis capilares	5/17	1/12	ns
Desestructuración	13/17	6/12	ns
Diámetro aferente \pm DE (μm)	41,71 \pm 33,73	21,5 \pm 10,46	< 0,04
Diámetro eferente \pm DE (μm)	52 \pm 45,39	27,84 \pm 14,74	0,054
Diámetro apical \pm DE (μm)	52,18 \pm 33,18	30,08 \pm 16,36	< 0,03
Diámetro capilar \pm DE (μm)	127,06 \pm 106,7	71,75 \pm 43,16	< 0,03
Densidad capilar (/mm)	4,11 \pm 2,2	6,58 \pm 2,53	< 0,02

Conclusiones: Los pacientes con DM presentaron menor tiempo de evolución de FR que los pacientes con PM, sin encontrar diferencias en los tiempos de evolución entre ambos grupos. La presencia de capilares gigantes o megacapilares fue mayor en el grupo DM de manera significativa. A diferencia de otros trabajos no se objetivan diferencias en la presencia de ramificaciones simples o en arbusto entre grupos. La medición cuantitativa estableció diferencias significativas entre ambos grupos, por lo que podría ser útil a la hora de determinar diferencias capilaroscópicas que podrían ser útiles para diferenciar ambos grupos de pacientes. Son necesarios más trabajos para establecer la importancia de la CP cuantitativa en la DM y PM.

337. ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA PARA LA ESCLEROSIS SISTÉMICA USANDO EL RASCH ANALYSIS

M. Ndosi¹, S. García-Díaz², B. Alcacer-Pitarch³, F. del Galdo³, V. Torrente-Segarra² y A.C. Redmond³

¹Facultad de Salud y Ciencias Aplicadas. Universidad West England. Bristol. Reino Unido. ²Hospital Transversal Sant Joan Despí Moisès Broggi-General Hospitalet. Barcelona. ³Instituto de Medicina Musculo-esquelética y Reumatología. Universidad de Leeds. Leeds. Reino Unido.

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) o esclerodermia representa un grupo de enfermedades autoinmunes heterogéneas del

tejido conectivo que se caracteriza por fibrosis progresiva de la piel y de los órganos internos. El espectro de la enfermedad va de una forma muy localizada (la cual causa discapacidad física) a una forma más sistémica, que afectaría los órganos internos y la vascularización, amenazando la vida del paciente. El cuestionario de calidad de vida de la esclerosis sistémica (SSc Quality of Life Questionnaire = SScQoL) tiene 29 ítems, y es una herramienta basada en necesidades, la cual mide el impacto de la salud y el bienestar de los pacientes con ES.

Objetivos: Adaptar el cuestionario de calidad de vida de la esclerosis sistémica del inglés al español y determinar la equivalencia de la medida de dicha herramienta entre las dos versiones.

Métodos: Estudio transversal de validación de una herramienta que envolvió las fases de adaptación y validación multicultural. En la primera fase, adaptamos el SScQoL inglés al español utilizando un proceso de 5 etapas: traducción directa al español, análisis y síntesis de traducciones, retrotraducción, revisión de comités de expertos y pruebas piloto con 30 pacientes. Este proceso garantizó la equivalencia conceptual entre la versión inglesa y la versión española del SScQoL. Para la fase de validación transcultural, se reclutaron a pacientes adultos con ES que eran capaces de completar el cuestionario sin ayuda. Se recogieron los datos de ambas versiones de SScQoL y se analizaron mediante la comparación con el modelo de Rasch utilizando estadísticas de ajuste. El ajuste al modelo de Rasch implica la validez de constructo, la unidimensionalidad, la confiabilidad y la suficiencia estadística. Para descontar la dependencia local, agrupamos los ítems en las siguientes subescalas: función, emoción, sueño, social y dolor y se repitió el análisis de Rasch en un nivel de subescala. Finalmente, se agruparon tanto los datos españoles como los ingleses, con el fin de probar la equivalencia de medición entre las dos culturas y calibrar así el SScQoL en una escala de intervalos.

Resultados: El SScQoL tradujo bien del inglés al español proporcionando una versión conceptualmente equivalente de la herramienta. Para la muestra de validación se incluyeron 121 pacientes del Reino Unido (hombres/mujeres = 15/106) y 106 de España (hombres/mujeres = 16/87). Su edad media (DE) fue de 57,1 ± 12,1 y 58,0 ± 13,9 para el Reino Unido y España respectivamente. La tabla presenta los parámetros del ítem, donde las probabilidades chi-cuadrado no

significativas indican que la mayoría de los ítems no se desviaron del modelo de Rasch, aunque la dependencia local fue evidente (datos no mostrados). Los ítems se agruparon en las 5 subescalas antes mencionadas y se volvieron a analizar, resultando en un ajuste adecuado al modelo de Rasch. No hubo ningún elemento diferencial funcionando por cultura, permitiendo así una escala común.

Conclusiones: El SScQoL se adaptó con éxito al español y cumplió los estrictos requisitos del modelo de medición de Rasch, estableciendo así su validez transcultural. Los datos de SScQoL obtenidos de España y del Reino Unido son por lo tanto comparables. Se requiere investigación adicional para determinar la validez transcultural de la SScQoL en las poblaciones hispanas.

338. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA FATIGA EN PACIENTES CON LES DE SEXO FEMENINO DEL HOSPITAL DEL MAR/PARC DE SALUT MAR

I. Carrión-Barberà, S. Castell, F. Castro, P. Corzo, F. Ojeda, L. Polino, T.C. Salman-Monte, J. Carbonell, E. Beltrán y C. Pérez

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

Introducción: En los pacientes con LES los parámetros subjetivos son muy importantes ya que tienen un gran impacto en la calidad de vida. Entre ellos la fatiga es el síntoma más prevalente en el LES, ya que se presenta en más del 90% de los pacientes (Zonana-Nacach et al, Lupus. 2000;9:101-9). A su vez, aproximadamente el 50% de los pacientes consideran que la fatiga es el síntoma más incapacitante de la enfermedad (Krupp et al. Arch Neurol. 1989;46:1121-3). A pesar de su gran prevalencia e impacto en la calidad de vida, la fatiga no ha sido ampliamente estudiada en pacientes con LES.

Objetivos: Determinar la prevalencia de fatiga en nuestra cohorte así como los factores a los que ésta se asocia; su relación con variables demográficas, niveles de vitamina D, tratamiento, síntomas del LES y de actividad de la enfermedad.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal incluyendo pacientes de sexo femenino con LES (criterios ACR 1997) que acudían

Tabla Póster 337

Ítem	Reino Unido				España			
	Location	Fit-residuals	Chi-cuadrado	P-valor	Location	Fit-residuals	Chi-cuadrado	P-valor
1	1,54	-0,11	0,04	0,84	1,01	-1,01	3,09	0,08
2	1,12	0,98	1,35	0,24	0,36	0,66	1,83	0,18
3	-0,62	0,34	2,63	0,10	0,06	0,66	0,09	0,77
4	0,18	0,19	3,12	0,08	0,42	-0,06	1,38	0,24
5	-1,56	0,01	0,32	0,57	-2,23	-1,13	2,07	0,15
6	-1,57	-0,51	0,13	0,72	-0,29	-1,21	0,13	0,72
7	-0,88	0,32	0,24	0,62	-1,14	1,42	2,23	0,14
8	-0,19	0,22	0,20	0,65	-0,31	-0,24	0,76	0,38
9	-1,97	0,90	3,86	0,05	-0,03	0,24	1,45	0,23
10	0,07	-2,48	8,73	0,00	0,64	0,22	1,82	0,18
11	1,51	1,48	1,54	0,21	1,81	1,99	2,92	0,09
12	-3,13	-0,51	1,10	0,29	-3,37	-0,58	0,77	0,38
13	0,62	-0,41	0,01	0,92	0,15	0,17	0,64	0,42
14	-2,45	0,62	3,78	0,05	-1,91	-0,98	2,13	0,14
15	-0,03	-1,25	0,47	0,49	-0,06	-0,66	0,94	0,33
16	1,30	-1,09	0,00	0,97	1,75	-0,73	1,65	0,20
17	0,55	1,52	0,43	0,51	-0,31	-0,34	2,24	0,13
18	-1,60	-1,00	1,01	0,32	-0,95	-0,72	0,57	0,45
19	4,30	-0,25	0,38	0,54	2,49	-0,45	1,87	0,17
20	0,22	-0,70	1,01	0,31	0,16	-0,04	3,34	0,07
21	1,72	-1,38	2,41	0,12	2,58	-0,49	1,36	0,24
22	-1,59	-1,16	5,22	0,02	-1,44	-1,14	2,46	0,12
23	-0,85	-0,79	0,24	0,63	-0,85	0,54	0,18	0,67
24	0,42	1,37	1,93	0,17	2,39	0,11	1,44	0,23
25	2,44	-0,71	2,18	0,14	0,72	-0,13	1,40	0,24
26	-1,15	0,98	0,21	0,65	-1,14	0,39	1,77	0,18
27	1,79	-0,91	1,28	0,26	0,20	-0,24	0,45	0,50
28	-0,30	0,03	0,20	0,66	-0,11	-0,34	1,48	0,22
29	0,12	-2,43	4,92	0,03	-0,60	-0,72	0,01	0,9

regularmente a la consulta monográfica de LES del Parc de Salut Mar- IMAS en Barcelona, entre enero de 2012 a mayo de 2014. Se recogieron datos sociodemográficos, suplementación de vitamina D, escala visual analógica del grado de fatiga (EVA Fatiga), tratamiento farmacológico, principales marcadores serológicos del LES -índices, escalas- y niveles plasmáticos de 25-hidroxivitamina D. La asociación entre fatiga y las diferentes variables mencionadas se evaluó mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman para las variables continuas y para las categóricas se utilizó la prueba de U Mann Whitney.

Resultados: Ciento dos pacientes consecutivas de sexo femenino fueron incluidas. La variable fatiga de nuestra muestra fue evaluada por medio de un EVA de fatiga con una media de puntuación de 52,84 (rango de 0-100), una mediana de 59,00 y una desviación estándar de 29,86. Se halló relación estadísticamente significativa entre fatiga y edad, MHAQ, SLICC y fotosensibilidad en el global de las 102 pacientes. En cuanto a la relación entre fatiga e insuficiencia de vitamina D (definida como niveles de 25 OH Vit D = 30) se dividió a la muestra entre pacientes que recibían suplementos de vitamina D (N = 60) y pacientes sin suplementación (N = 40), hallándose relación significativa entre fatiga e insuficiencia de vitamina D en el grupo de pacientes sin suplementación.

Correlación entre fatiga y las diferentes variables del LES estudiadas

Edad**	Coeficiente correlación	0,289
	p-valor	0,003
	N	102
MHAQ**	Coeficiente correlación	0,484
	p-valor	0,000
	N	102
SLICC**	Coeficiente correlación	0,256
	p-valor	0,009
	N	102
25-OH-VitD**	Coeficiente correlación	-0,356
	p-valor	0,024
	N (no suplementadas)	40
Fotosensibilidad*	55,32 [30-80]	p-valor = 0,043
	N	102

Valor p significativo p < 0,05. Med [P25-P75]. *Test de U Mann Whitney. **Test Rho de Spearman.

Conclusiones: La fatiga es altamente prevalente entre pacientes del sexo femenino con LES. Se halló asociación estadísticamente significativa entre la presencia de fatiga y la edad, MHAQ, SLICC y fotosensibilidad en el global de las 102 pacientes y con insuficiencia de vitamina D en el grupo de pacientes con LES sin suplementación (N = 40). Se necesita la realización de estudios con una muestra mayor y con escalas de medida de fatiga validadas para confirmar nuestros hallazgos.

339. SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO EN PACIENTES DEL REGISTRO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA

A. Lois-Iglesias¹, F.J. de Toro-Santos¹, A. Zea-Mendoza², M. Galindo-Izquierdo³, E. Uriarte-Isacelaya⁴, Í. Rúa-Figueroa⁵ y J.M. Pego-Reigosa^{6,7}

¹Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ²Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ³Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁴Hospital Universitario de Donostia. San Sebastián. ⁵Hospital Universitario Dr. Negrín. Gran Canaria. ⁶Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ⁷Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IISGS).

Introducción: Las manifestaciones hematológicas son muy frecuentes en el lupus eritematoso sistémico (LES). Algunas de ellas son muy poco frecuentes por lo que no existen grandes series.

Objetivos: Estudiar las características de los pacientes con síndrome hemofagocítico (SH) en una gran muestra de pacientes con LES.

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo a partir de la base de datos del Registro RELESSER, 3.656 pacientes diagnosticados de LES de 45 hospitales españoles. Se analizaron las manifestaciones clínicas/analíticas presentes a 12 niveles (mucocutáneo, renal, musculoesquelético, constitucional, hematológico, vascular, cardíaco, respiratorio, neuropsiquiátrico, gastrointestinal, oftalmológico y serológico) antes del SH, en el momento de diagnóstico del SH y en la última evaluación disponible del paciente. Además estudiamos

Tabla Póster 339

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6	Paciente 7
Nº de sistemas afectados por el LES previos al SH	9	4	5	5	6	LESy SH simultáneos	LESy SH simultáneos
Nº de sistemas afectados por el LES al diagnóstico del SH	4	1	2	4	2	4	3
Nº de sistemas afectados por el LES hasta la última evaluación	Exitus durante SH	2	2	Pérdida de seguimiento por traslado	1	5	1
SLEDAI/SDI al diagnóstico de SH	4/6	4/0	5/0	29/3	4/1	25/0	21/0
SLEDAI/SDI 1 año después del SH	Exitus durante SH	0/0	0/0	Pérdida de seguimiento por traslado	2/1	0/0	2/13
SLEDAI/SDI en la última evaluación	Exitus durante SH	0/0	0/0	Pérdida de seguimiento por traslado	0/1	2/0	2/13
Recidivas	Exitus durante SH	2	0	3	0	0	0
Líneas de tratamiento	1	0	3	2	2	4	4
Tratamientos utilizados	2: Glucocorticoides y ciclosporina A	Nada	5: Glucocorticoides, etopósido, Inmunoglobulinas, ciclosporina A, transfusión de plaquetas y hematíes	3: Glucocorticoides, ciclofosfamida e inmunoglobulinas	Anfotericina B y miltefosina	Glucocorticoides, inmunoglobulinas, ciclosporina A, micofenolato de mofetilo	Glucocorticoides, ciclosporina A, anakinra y ciclofosfamida
Tiempo de seguimiento tras SH (meses)	Éxitus durante SH	45	80	Pérdida de seguimiento por traslado	Desconocido	26	24

también los índices de actividad (SELENA-SLEDAI) y daño (SDI) en cada uno de esos momentos. Evaluamos los tratamientos recibidos y la respuesta a los mismos, recidivas y el número de exítus por esta manifestación.

Resultados: Se identificaron 7 pacientes con LES y SH. 71,4% eran mujeres, con una edad media (\pm DE) al diagnóstico del SH de 35,1 (\pm 17,1) años. En 5 de los 7 casos el SH se produjo 115,5 (\pm 162,9) meses tras el diagnóstico de LES. En los 2 casos restantes el diagnóstico de ambas entidades fue simultáneo. Los principales desencadenantes del SH fueron de origen infeccioso, seguidos de brotes de actividad del LES. En el momento del diagnóstico del SH presentaban alta actividad del LES con una puntuación media del SLEDAI de 13,1 (\pm 11,3) y con 1,4 (\pm 2,3) puntos en el SDI. Clínicamente el 100% presentó fiebre y alteraciones del perfil hepático, el 85,8% citopenias, el 71,5% manifestaciones dermatológicas. La afectación respiratoria y la anemia hemolítica se presentaron en un 57,2% de los casos, las adenopatías al igual que la coagulopatía en el 42,9%. La hepatomegalia se detectó en el 28,6%, al igual que las manifestaciones neuropsiquiátricas, digestivas y renales. La esplenomegalia se detectó en un 14,3%. En el momento del diagnóstico, la cifra media de hemoglobina fue de 8,6 (\pm 1,1) g/dl, plaquetas 85.585 (\pm 83.390)/mm³, de ferritina 7.410 (\pm 6470) ng/ml y de triglicéridos 404,7 (\pm 235,6) mg/dl. Se realizó estudio de médula ósea para confirmar el diagnóstico en todos los casos. Todos los pacientes requirieron ingreso hospitalario. Precisarón una media de 2,2 (\pm 1,5) líneas de tratamiento, utilizando 2,8 (\pm 1,7) fármacos. De los 7 pacientes, una paciente falleció durante el SH y otros 2 pacientes presentaron 2 y 3 recidivas respectivamente. En la tabla se muestran con mayor detalle los principales resultados del análisis de cada caso.

Conclusiones: El SH es una manifestación poco frecuente (< 0,5%) en el LES. Es grave, puede recidivar y es potencialmente mortal. Es importante su sospecha en pacientes con LES que presentan fiebre persistente que no responde a antibióticos, citopenias y evidencia de afectación multiorgánica.

Este estudio ha sido apoyado por el FIS (ISCIII)-Fondo Europeo de Desarrollo regional (FEDER), beca PI11/02857. También ha sido financiado parcialmente por: GSK, UCB, Roche y Novartis. El Dr. Pego-Reigosa recibe apoyo de BIOCAPS (beca 316265) del 7o Programa Marco de la Unión Europea (FP7/REGPOT-2012-2013.1).

340. ANTICUERPOS ATÍPICOS EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

M. Fernández Castro¹, J.L. Andreu², C. Sánchez-Piedra³, V. Martínez Taboada⁴, A. Olivé⁵, J. Rosas⁶, R. Menor⁷, B. Rodríguez⁸, Á. García Aparicio⁹, F.J. López Longo¹⁰, S. Manrique-Arija¹¹, J.A. García Vadillo¹², S. Gil Barato¹³, R. López-González¹⁴, F.J. Narváez García¹⁵, C. Galisteo¹⁶, J. González Martín¹⁷, E. Ruiz Lucea¹⁸, A. Naranjo¹⁹, Ó. Illera¹, L. Romaní²⁰, S. Melchor²¹, B. Moreira²², E. Raya²³, M. Rodríguez López²⁴, N. Cid²⁵, E. Júdez²⁶, C. Moriano²⁷, V. Torrente²⁸, H. Corominas²⁹, B. García Magallón³⁰, C. Guillén Astete³¹, I. Castellví³², C. Bohórquez³³, J. Loricera⁴, J. Belzunequi³⁴ y Proyecto SJOGRENSER del Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la SER

¹Hospital Infanta Sofía. Madrid. ²Hospital Puerta de Hierro. Madrid.

³Unidad de Investigación de la SER. ⁴Hospital Marqués de Valdecilla.

Santander. ⁵Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁶Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ⁷Hospital General de Jerez de la Frontera.

⁸Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁹Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ¹⁰Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ¹¹Hospital Carlos Haya. Málaga. ¹²Hospital de La Princesa. Madrid. ¹³Hospital General de Alicante. ¹⁴Hospital Virgen de la Concha. Zamora. ¹⁵Hospital de Bellvitge. Barcelona. ¹⁶Hospital Parc-Taulí. Sabadell. ¹⁷Hospital Madrid Norte Sanchinarro. Madrid. ¹⁸Hospital de Basurto. Bilbao. ¹⁹Hospital

Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ²⁰Hospital Virgen de las Nieves. Granada. ²¹Hospital 12 de Octubre. Madrid. ²²Complejo Hospitalario de Pontevedra. ²³Hospital Clínico San Cecilio. Granada. ²⁴Hospital de Meixoeiro. Vigo. ²⁵Hospital de Valme. Sevilla. ²⁶Hospital de Albacete. ²⁷Hospital de León. ²⁸Hospital de L'Hospitalet. ²⁹Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ³⁰Hospital Miguel Servet. Zaragoza. ³¹Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ³²Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³³Hospital Príncipe de Asturias. Madrid. ³⁴Hospital de Donostia. San Sebastián.

Objetivos: Una de las principales características del síndrome de Sjögren primario (SSp) es la activación policlonal de los linfocitos B, lo que origina la síntesis de una gran variedad de autoanticuerpos. El objetivo del presente estudio es describir la prevalencia de autoanticuerpos atípicos en pacientes con SSp del registro SjogrenSER.

Métodos: SjogrenSER es un estudio transversal multicéntrico de pacientes seleccionados al azar con SSp que cumplen criterios de clasificación europeo-americano 2002 atendidos en 33 unidades de reumatología españolas. Los datos se recogieron, mediante revisión de historia clínica y entrevista con los pacientes. Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado y el estudio obtuvo la autorización correspondiente de los comités de ética locales. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva, se analizaron medias, medianas y frecuencias, con sus respectivas desviaciones y rangos intercuartílicos (p25-p75). Se utilizó la prueba de chi cuadrado para establecer las asociaciones estadísticas, considerándose una $p < 0,05$ como significativa.

Resultados: Se incluyeron 437 pacientes. El 95% fueron mujeres. La mediana de edad de la cohorte fue de 58 años. Veintitrés pacientes presentaron AntiDNA (5,26%), 10 pacientes AntiSm (2,29%), 23 pacientes AntiRNP (5,26%) y 26 pacientes anticuerpos (Ac) antifosfolípido (5,95%). Respecto a los pacientes AntiDNA+, se observaron mínimas diferencias en la edad al diagnóstico y la edad de inicio de los síntomas comparado con los pacientes AntiDNA- (47 vs 50,5 años y 43,5 vs 46,5 años, respectivamente). La asociación con alguna manifestación sistémica solo se observó con la afectación articular, que se presentó de forma significativa con mayor frecuencia en los paciente AntiDNA+ (56,5% vs 34,2%; $p = 0,031$). Respecto a los pacientes AntiSm+, se observó una asociación negativa significativa con Ac AntiDNA, siendo el 70% de los pacientes AntiDNA-, y una asociación positiva significativa con AntiRo y AntiLa, siendo el 100% y el 68% de los pacientes AntiRo+ y AntiLa+ respectivamente. Se observó una asociación negativa significativa con la linfopenia (ningún paciente AntiSm+ presentó linfopenia). Respecto a los pacientes AntiRNP+, se observó una asociación negativa significativa con Ac antiDNA, siendo el 80% de los pacientes AntiDNA-, una asociación positiva significativa con AntiRo, siendo el 96% de los pacientes AntiRo+, y una asociación positiva significativa con C4 disminuido comparado con los pacientes AntiRNP- (28% vs 13,38%; $p = 0,025$). Respecto a los pacientes con Ac antifosfolipídicos+ se observó una asociación negativa significativa con Ac antiDNA, siendo el 93% de los pacientes AntiDNA-. La asociación positiva significativa con alguna manifestación sistémica solo se observó con la anemia (44% vs 17,7%). Se observó también una asociación positiva significativa con C4 y C3 disminuidos comparado con los pacientes AntiRNP- (C3 20% vs 13,67% y C4 33% vs 12,67%).

Conclusiones: En más de un 5% de los pacientes con SSp se encontraron anticuerpos característicos de otras enfermedades autoinmunes. Estos se relacionaron de forma significativa con alguna característica del SSp: antiSm, antiRNP y antifosfolipídicos se relacionaron significativamente con la presencia de antiRo, AntiDNA se relacionó significativamente con afectación articular y los antifosfolipídicos con anemia, AntiRNP y antifosfolipídicos se relacionaron significativamente con disminución del complemento.

341. UTILIDAD DE LA RADIOSINOVIOERTESIS ANTE LA SINOVITIS PERSISTENTE

M. Mínguez Vega¹, J. Verdú Rico², P. Bernabéu González¹, G. Panadero Tendero¹ y E. Batlle Gualda¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínico Universitario San Juan de Alicante.

Introducción: Nuestro hospital cuenta con la unidad de referencia de Medicina Nuclear de la provincia de Alicante, siendo por tanto donde se realizan todas las radiosinoviortesis.

Objetivos: Describir las patologías en las que con más frecuencia se ha prescrito la radiosinoviortesis, el tipo de articulación, si el paciente ha experimentado alguna mejoría pasados al menos 6 meses desde la realización del procedimiento derivada de la administración del isótopo y si ha presentado algún tipo de complicación secundaria al mismo

Métodos: Se recoge en el momento de realizar la radiosinoviortesis la patología que sufre el paciente, el tipo de tratamiento que lleva pautado, si ha sido previamente infiltrado con un corticoide intra-articular y cuál es la articulación afecta. También analizamos la aparición de alguna complicación inmediata a la administración del isótopo. Posteriormente, y pasados al menos seis meses de su administración, revisamos la historia clínica para valorar si la sinoviortesis ha sido beneficiosa o no, definiendo la mejoría si el paciente ha dejado de presentar derrames o ha podido suspender o espaciar medicación que llevaba por los mismos.

Resultados: En el último año hemos realizado un total de 49 radiosinoviortesis, todas ellas de manera ambulatoria y sin aparición de complicaciones. El 100% de los pacientes son pacientes con episodios de artritis de repetición, refractarios a los tratamientos que se les habían pautado, incluidas las infiltraciones con corticoides intraarticulares que habían recibido previamente en el 100% de los casos. Las patologías tratadas más frecuentemente han sido: artritis inespecíficas (26,5%), artritis reumatoide (16,3%), artrosis (16,3%), sinovitis villonodular pigmentada (10,2%) y espondiloartritis (10,2%), seguido de AIJ, gota y sinovitis sobre articulación protésica. En el 75,5% de los casos, la articulación sobre la que hemos actuado ha sido la rodilla, seguido del codo (6,1%) y tobillos (4,1%). Pasados al menos 6 meses, un 51% de los pacientes habían experimentado mejoría, frente a un 43% que seguían igual. En un 6% de los pacientes no hemos podido saber la evolución por pérdida de seguimiento.

Conclusiones: En los pacientes con derrames de repetición en una o dos articulaciones, refractarios a las infiltraciones locales con cor-

ticoides o a otros tratamientos sistémicos, o en aquellos pacientes complejos en los que otros tratamientos puedan estar contraindicados, debemos considerar la posibilidad de realizar una radiosinoviortesis, pues es una técnica sencilla, segura y con una tasa de éxito superior al 50%.

342. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA FRECUENCIA DE FRACTURAS VERTEBRALES EN LA ESPONDILOARTRITIS AXIAL

J.C. Nieto-González¹, R. Curbelo Rodríguez², S. Castañeda³, J. Ramírez⁴ y L. Carmona²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. IIS-IP. Madrid. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción: Algunos estudios recientes han puesto de manifiesto un aumento de la osteoporosis en los pacientes con espondiloartritis axial (EspAx), sin embargo, no queda claro si las fracturas deben ser un motivo de preocupación en estos pacientes.

Objetivos: Evaluar la prevalencia e incidencia de fracturas vertebrales en la EspAx.

Métodos: Se llevó a cabo una revisión sistemática de estudios transversales y longitudinales para la cual se revisaron las bases de datos Medline, Embase y Cochrane Library (01/2006+12/2015) en español, italiano e inglés. La estrategia de búsqueda combinó sinónimos de EspAx con un filtro por tipo de estudio. Se seleccionaron estudios que incluyeran pacientes adultos con EspAx y que estimaran la prevalencia (estudios transversales) o la incidencia (longitudinales) de fracturas vertebrales.

Resultados: Se recuperaron 3.944 referencias de las cuales 90 se revisaron en detalle, quedando incluidos finalmente 12 estudios. La mayoría de los estudios estimaban la prevalencia; solo dos de ellos estimaban la incidencia de fracturas vertebrales. Dependiendo de la definición de fractura vertebral la prevalencia de fracturas vertebrales en la EspAx varía entre 4,1% (fractura diagnosticada por la clínica) y 32,4% (fractura morfométrica según la definición de Genant). La tabla muestra los resultados de los estudios incluidos.

Conclusiones: En general, los estudios sobre la prevalencia de fracturas vertebrales en la EspAx son heterogéneos y muestran una prevalencia ligeramente superior a la esperada. Se necesitan más estudios que evalúen la incidencia de fracturas vertebrales en la EspAx.

Tabla Póster 342

Autor, año	País/es	Diseño	N	Población	Objetivo primario del estudio	Observaciones	Incidencia o prevalencia
Kang, 2014	Corea del Sur	Prospectivo	298	EA	Incidencia de fracturas	Fractura clínica diagnosticada	4,1% a 2 años; 13,6% a 4 años
Robinson, 2013	Suecia	Transversal (Encuesta)	17.764	EA	Prevalencia fracturas	Fractura clínica diagnosticada	4,1%
Feldtkeller, 2006	Alemania, Holanda, Bélgica	Encuesta retrospectiva	1.080	EA	Prevalencia e incidencia fracturas	Fractura clínica diagnosticada	5,7% (4,3% tras trauma)
Jun, 2006	Corea Sur	Transversal	68	EA	Prevalencia fracturas	Genant	16,2%
Klingberg, 2013	Suecia	Transversal	69	EA	Prevalencia fracturas	Genant	12%
Montala, 2011	España	Transversal	176	EA	Prevalencia fracturas	Genant	32,4% (25,5 – 39,3%)
Rossini, 2015	Italia	Transversal	71 EA; 71 sanos	EA	Relación fracturas y remodelado óseo	Genant	29%
Van der Weijden, 2012	Holanda	Transversal	113 EspA; 80 EA	EspAx	Prevalencia fracturas	Genant	15%
Mitra, 2000	Inglaterra	Transversal	66 EA; 39 sanos	EA varones	Prevalencia fracturas y relación con DMO	Mc Closkey	16,7%
Mehmet, 2007	Turquía	Transversal	59 EA; 40 sanos	EA	Prevalencia fracturas	Tourissot	31%
Ulu, 2013	Turquía	Transversal	86 EA; 50 sanos	EA	Prevalencia fracturas	Tourissot	28%
Ulu, 2014	Turquía	Transversal casos y controles	59	EA	Prevalencia fracturas	Tourissot	32,5%

Este proyecto fue financiado por Merck Sharp & Dohme España. Merck Sharp & Dohme no tuvo influencia ni en el desarrollo del proyecto ni en el contenido final del manuscrito.

343. MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN PACIENTES TRATADOS CON TERAPIA ANTI-TNF ALFA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

O. Ibaranguoitia Barrera, M.L. García Vivar, O. Fernández Berrizbeitia, E. Ruiz Lucea, I. Torre Salaberri, L. Estopiñan Fortea, N. Rivera García, M.J. Allande López Linares, A.R. Intxaurbe Pellejero, C. Pérez Velasquez, J.M. Blanco Madrigal, E. Guerrero Basterretxea, I. Calvo Zorrilla y E. Galíndez Agirregoikoa

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.

Introducción: Los fármacos antiTNF han sido la primera terapia biológica eficaz para pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias y han supuesto una modificación sustancial en su manejo y pronóstico, no sin potenciales efectos adversos graves como los neurológicos.

Métodos: Análisis descriptivo de 9 casos aparecidos en el Servicio de Reumatología del H.U. Basurto tras revisión de 463 historias clínicas de pacientes en tratamiento biológico evaluados en consultas de diciembre 2015 a diciembre 2016. Registramos características demográficas y clínicas, fármaco antiTNF, diagnóstico reumatológico, diagnóstico neurológico, tratamiento y evolución de ambos procesos.

Resultados: 6 pacientes (2 mujeres y 4 hombres) con edades entre 43 y 66 años presentaron 9 episodios de manifestaciones neurológicas (NLG); 5 diagnosticados de artritis psoriásica (Apsor) y 1 de espondiloartritis periférica. Todos los pacientes con Apsor asociaban factores de riesgo cardiovascular. Todos habían recibido tratamiento con MTX y 2 también con SZP previo a la introducción del antiTNF. Todos presentaron síntomas tras la introducción del primer fármaco antiTNF; casi todos en el primer año. Los antiTNF implicados fueron adalimumab (5), etanercept (1), certolizumab (2) e infliximab (1). Las 2 mujeres presentaron positividad para ANA (2) y anticuerpos antifosfolípidos (2). Los síntomas neurológicos fueron parestesias (3), afectación visual (4) y cefalea (2) con patrones neurológicos de neuritis óptica (NO, 4), afectación de SNP (2), enfermedad desmielinizante (1), y meningitis (1). Una paciente con NO con sospecha de etiología isquémica y APL positivo presenta años después afectación contralateral, lo que replantea la naturaleza del cuadro. El diagnóstico de la afectación NLG consistió en sospecha clínica (3), RMN (6), fondo de ojo (FO) en 4 pacientes y punción lumbar en 3 casos. 2 pacientes recibieron corticoides por la clínica NLG, 3 AAS, 1 Aciclovir por sospecha de meningitis vírica y otro hidrocortizida por hipertensión intracraneal asociada. En todos los casos se interrumpió el tratamiento antiTNF. 1 paciente con neuritis óptica presenta déficit visual persistente. 4 pacientes rebrotan de su artritis tras suspensión de antiTNF y requieren tratamiento con ustekinumab (1), secukinumab (1) y apremilast (1). En un caso se reintroduce antiTNF (certolizumab y luego infliximab), con pobre tolerancia. La imputabilidad del efecto adverso al fármaco biológico según el método de Naranjo oscila entre 4 y 6.

Conclusiones: Las manifestaciones neurológicas durante el tratamiento con antiTNF son infrecuentes pero pueden llegar a ser graves e irreversibles. En nuestra experiencia predomina la neuritis óptica, ante la que parece recomendable la búsqueda de autoinmunidad. Destaca que todos los pacientes padecen oligoartritis seronegativas. La asociación de los síntomas NLG con el antiTNF no siempre está bien definida, pero la secuencia cronológica es altamente sugestiva. Entre otros efectos adversos, el antiTNF puede empeorar o desencadenar cuadros desmielinizantes en pacientes predispuestos, como está publicado en la literatura. Siempre se debe valorar la interrupción del tratamiento ante sospecha de afectación neurológica.

Bibliografía

C.A. Naranjo et al. "A method for estimating the probability of adverse drug reactions". *Clin. Pharmacol. Ther.* 1981.
Raphaèle Seror et al. "Pattern of demyelination occurring during anti-TNF therapy:..." *Rheumatology*, 2013.

344. ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO PARA LA VALIDACIÓN DE PARÁMETROS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS DE LA CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL: ESTUDIO QUANTICAP. FASE I: ANÁLISIS DESCRIPTIVO

I. Castellví¹, P. Reyner², S. Martínez³, M. Moreno⁴, M. Gelman⁵, V. Ortiz-Santamaría⁶, S. Ordóñez⁷, P. Santo⁸, S. Heredia⁹, X. Juanola¹⁰ y H. Corominas⁹

¹Unidad de Reumatología. Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Unidad de Reumatología. Hospital de Santa Caterina/ Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. ⁴Servicio de Reumatología. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. ⁵Unidad de Reumatología. Hospital Sant Joan de Déu-Fundació Althaia. Manresa. ⁶Unidad de Reumatología. Hospital General de Granollers. ⁷Unidad de Reumatología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. ⁸Unidad de Reumatología. Hospital General Parc Sanitari de Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Comarcal Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La capilaroscopia periungueal (CP) es una técnica útil para el estudio del fenómeno de Raynaud (FR) y para estudio y seguimiento de otras enfermedades. Se han descrito hallazgos y patrones en diferentes patologías, sin embargo no existe en la actualidad un trabajo que valide los hallazgos cualitativos y cuantitativos de la CP.

Objetivos: 1. Detallar la metodología del estudio QuantiCAP. 2. Describir los hallazgos morfológicos y metrológicos de CP en pacientes con FR y varias enfermedades autoinmunes sistémicas.

Métodos: Estudio multicéntrico prospectivo observacional realizado en 10 centros hospitalarios con reumatólogos experimentados en CP. Se reclutaron pacientes con esclerosis sistémica difusa (dSSc), esclerosis sistémica limitada (ISSc), dermatomiositis (DM), polimiositis (PM), lupus eritematoso sistémico (LES), síndrome de Sjögren primario (SSP), artritis reumatoide (AR), FR1[®] (FRP) y un grupo control sin presencia de FR ni de patología reumatológica. A todos se realizó una videoCP a 200x con el mismo capilaroscopio. Se analizaron imágenes del 2 a 5 dedo de ambas manos en busca de: megacapilares y capilares dilatados, capilares gigantes, pérdida de densidad (< 7/mm), capilares tortuosos, ramificaciones, hemorragias, trombosis y desestructuración. También se midió en todos los dedos el diámetro de asa aferente, asa eferente, ápex capilar, diámetro capilar y densidad/mm. De todos los casos también se recogieron las variables: sexo, edad, años de evolución de la enfermedad y del FR, historia de úlceras digitales o medicación para FR, hábito tabáquico y presencia de HTA o diabetes. Para comparar variables dicotómicas se usó el test chi-cuadrado o el test de Fisher. Para variables cuantitativas vs cualitativas se utilizó la prueba de t Student. Se consideró significación para aquellos valores con $p < 0,05$.

Resultados: De mayo de 2014 a diciembre de 2016 se recogieron y analizaron las imágenes de 406 pacientes: 24 dSSc, 41 ISSc, 19 DM, 14 PM, 40 LES, 39 SSP, 37 AR, 44 FRP y 145 controles. Las características y resultados de la muestra quedan resumidos en la tabla. El 84,5% eran mujeres, siendo la edad de la muestra $51,32 \pm 15,21$ años. El 28,9% tenían historia de hábito tabáquico y el 21,1% y 5,5% HTA o diabetes respectivamente. Excluyendo a los casos de dSSc, ISSc, FRP y de los 145 controles, la presencia de FR se objetivó en 18/152 (11,84%), siendo 37,79% al incluir la SS. El diámetro aferente,

Tabla Póster 344

	n 406	Controles (C) n: 145	FRP (p vs C) n: 44	AR (p vs C) n: 37	LES (p vs C) n: 40	SSP (p vs C) n: 39	DM (p vs C) n: 19	PM (p vs C) n: 14	dSSC (p vs C) n: 24	ISSc (p vs C) n: 44
% mujeres	84,5	78,6	86,4 (ns)	75,7 (ns)	95 (< 0,02)	97,4 (	84,2 (ns)	85,7 (ns)	87,5 (ns)	86,36 (ns)
Edad ± DE (años)	51,32 ± 15,2	47,47 ± 15,39	46,32 ± 15,95	54,56 ± 13,74	48,22 ± 15,82	55,35 ± 9,25	50,94 ± 17,46	62,38 ± 10,43	54,33 ± 14,03	60,64 ± 12,85
Años evolución ± DE	9,45 ± 13,29	-	6,31 ± 10,2	14,92 ± 12,65	9,05 ± 8,85	7,35 ± 6,43	5,16 ± 6,74	5,64 ± 5,34	10,21 ± 8,35	9,89 ± 10,24
% FR	37,8	-	100	24,3	50	35,9	31,6	57,1	100	97,72
% fumadores/ exfumadores	28,9	27,1	38,1 (ns)	29,7 (ns)	43,6	12,8 (0,06)	44,4 (ns)	21,4 (ns)	34,7 (ns)	18,6 (ns)
% HTA	21,1	16,7	20 (ns)	21,6 (ns)	17,9 (ns)	12,8 (ns)	33,3 (ns)	46,2	33,4 (0,054)	27,27 (ns)
% diabetes mellitus	5,5	5,5	2,3 (ns)	2,7 (ns)	5 (ns)	2,6 (ns)	5,6 (ns)	30,8	4,1 (ns)	6,81 (ns)
% úlceras digitales	7,7	0	0	0	5 (< 0,05)	0	11,1 (< 0,02)	0	66,7	25 (< 0,001)
% medicación	18,2	0,7	9,5 (< 0,01)	0	12,5 (< 0,01)	15,4 (< 0,001)	23,5 (< 0,001)	0	79,1	77,27 (< 0,001)
Raynaud										
% megacapilares	16,1	0,7	0 (ns)	0 (ns)	2,5 (ns)	7,7 (< 0,04)	58,8	8,3 (ns)	70,8	70,45 (< 0,001)
% capilares dilatados	36,5	19,6	34,1 (0,05)	21,6 (ns)	37,5 (	30,8 (ns)	70,6	41,7 (ns)	62,5	70,45 (< 0,001)
% capilares gigantes	19,9	1,4	4,9 (ns)	8,1 (0,06)	12,5 (< 0,01)	15,4 (	64,7 (< 0,001)	25 (< 0,01)	66,7 (< 0,001)	70,45 (< 0,001)
% pérdida de densidad capilar	33,8	14,7	12,2 (ns)	16,2 (ns)	32,5 (< 0,02)	20,5 (ns)	82,4 (< 0,001)	50 (< 0,01)	100	84,9 (< 0,001)
% capilares tortuosos	81,1	83,2	82,9 (ns)	75,7 (ns)	85 (ns)	84,6 (ns)	94,1 (ns)	100 (ns)	73,9 (ns)	62,5 (< 0,01)
% ramificaciones simples	32,8	18,2	31,7 (ns)	30,6 (ns)	47,5 (	25,6 (ns)	64,7 (< 0,001)	66,7 (< 0,001)	58,3	40,91 (< 0,01)
% ramificaciones en arbusto	18,4	4,9	7,3 (ns)	21,6 (< 0,01)	17,5 (< 0,01)	10,3 (ns)	70,6	50 (< 0,001)	62,5	25 (< 0,001)
% hemorragias pericapilares	18,6	4,2	14,6	2,7 (ns)	20 (< 0,02)	28,2	41,2	8,3 (ns)	29,1	61,36 (< 0,001)
% trombosis capilar	8,3	0,7	4,9 (ns)	2,7 (ns)	7,5	2,6 (ns)	29,4 (< 0,001)	8,3	20,84	31,81 (< 0,001)
% desestructuración lecho periungueal	17,4	0	0	5,4	7,5	5,1 (< 0,05)	76,5 (< 0,001)	50 (< 0,001)	79,1 (< 0,001)	54,54 (< 0,001)
Diámetro aferente ± DE (µm)	26,01 ± 19,01	20,44 ± 7,2	18,48 ± 9,37	18,11 ± 6,8	23,73 ± 16,69	22,1 ± 14,92	42,24 ± 33,75	21,99 ± 10,41	43,67 ± 24,53	49,07 ± 27,89
Diámetro eferente ± DE (µm)	31,93 ± 24,51	24,4 ± 8,49	22,33 ± 10,33	22,15 ± 8,81	28,79 ± 21,07	26,5 ± 18,39	52,46 ± 45,41	28,15 ± 14,71	56,88 ± 34,86	61,54 ± 23,97
Diámetro del ápex ± DE (µm)	37,95 ± 36,67	27,55 ± 9,64	24,28 ± 10,91	25,69 ± 11,44	31,73 ± 21,78	30,01 ± 17,76	52,45 ± 33,19	30,52 ± 16,19	63,38 ± 38,42	89,56 ± 76,89
Diámetro capilar ± DE (µm)	82,68 ± 58,1	65,18 ± 22,94	59,93 ± 26,28	57,82 ± 22,07	74,3 ± 50,04	69,76 ± 37,18	127,29 ± 106,85	72,15 ± 43,03	144,9 ± 72,66	152,09 ± 84,03
Densidad capilar ± DE (nº/mm)	6,77 ± 2,55	7,38 ± 2,04	7,79 ± 1,8	7,38 ± 1,52	6,7 ± 2,03	7,58 ± 1,99	4,59 ± 2,27	6,84 ± 5,34	4,25 ± 5,25	4,06 ± 1,83

eferente, apical y capilar fue 26,01 ± 19,01 µm; 31,93 ± 24,51 µm; 37,95 ± 36,67 µm y 82,68 ± 58,10 µm respectivamente. Respecto los hallazgos cualitativos predominó la presencia de tortuosidades (81,1%). El hallazgo menos frecuente fue la presencia de trombosis (8,3%). El grupo control no presentó diferencias en presencia de HTA o diabetes excepto en pacientes con PM. También se observaron más mujeres en LES y SSP respecto control y mayor presencia de úlceras digitales en ISSc, dSSc, LES y DM. Solamente la ISSc presentó diferencias en la presencia de tortuosidades respecto el grupo control.

Conclusiones: La comparación de la CP cualitativa de un grupo control respecto diferentes trastornos reumatológicos evidencia diferencias en algunos hallazgos de la CP. La ISSc presentó los mayores valores cuantitativos de todas las estructuras y la menor densidad capilar. Excepto en la ISSc no se observó diferencias en la presencia de tortuosidades con el resto de grupos, por lo que se puede que su presencia descrita en diferentes enfermedades puede no ser relevante.

345. INFILTRACIÓN DE ÁCIDO HIALURÓNICO EN LA GONARTROSIS

M.R. Oliva Ruiz, E. Peñas Martínez, M.J. Moreno Martínez, M.J. Díaz Navarro y V.L. García Martínez

Hospital Comarcal del Noroeste. Murcia.

La osteoartritis (OA) es una enfermedad articular muy frecuente, que padecen entre 2 y 4 millones de españoles. Es causa común de dolor en las articulaciones y discapacidad. Su tratamiento (tto) se dirige hacia la reducción de los síntomas y la prevención de la limitación funcional. El tto de la OA consiste en la combinación de terapias no farmacológicas (ejercicio y educación del paciente), farmacológicas y por último, la quirúrgica. Respecto a la farmacológica, incluye analgésicos (paracetamol, opioides), AINEs, SYSADOAS

e infiltraciones intraarticulares (glucocorticoides (GC) y compuestos de ácido hialurónico (AH)). El ácido hialurónico intraarticular (AHI), se emplea cuando el resto de terapias farmacológicas tienen una respuesta insuficiente. Se han realizado varios metanálisis en gonartrosis, evaluando la disminución del dolor en escala EVA, comparado con placebo; con una reducción media estadísticamente significativa de 4,3-18,1 mm a las 10, 14, 22 y 30 semanas postinfiltración con AHI mientras que otros, se compara la reducción del dolor producida con infiltraciones de GC y AHI, encontrándose que, el AH no es superior a los GC a los tres meses de seguimiento. En nuestro centro, el uso de AH se realiza bajo protocolo hospitalario, en el cual, se han de cumplir tres criterios para poder realizarse la infiltración: OA de rodilla diagnosticada según los criterios ACR2 refractaria a otras terapias (incluida infiltración con GC); índice WOMAC en la subescala del dolor de al menos 7 puntos en una rodilla y no más de 15 en ambas y dolor en rodilla los 3 meses previos a la infiltración. El objetivo de este estudio, es comparar los efectos del AHI en la población de pacientes con OA de rodilla, que fueron infiltrados con este compuesto, a lo largo del 2016 en la consulta de Reumatología, con el resto de estudios realizados sobre dicho campo. De los pacientes valorados con OA, se infiltraron a un total de 51 pacientes, siendo la media de edad de 63,3 años; en cuanto al género, 39,2% son hombres y 60,7% mujeres. La gonartrosis fue primaria en el 70,6% de los casos, excepto en el 29,41% que fue secundaria; coincidiendo este dato con los pacientes de menor edad. La reducción media del dolor antes y después de la IAH fue de 56,9 mm en la escala EVA, medida a las 10, 14, 22 y 30 semanas postinfiltración (tabla). El 78,43% recibió previamente infiltraciones con GC, de los cuales, un 51,9% refiere haber obtenido la misma mejoría con éstos que con la IAH. Todos los pacientes fueron tratados previamente a la infiltración con analgésicos y AINEs; el 88,23% mantuvo tto con SYSADOAS y 92,16% con opioides. Respecto a la rehabilitación, 90,2% recibió esta terapia.

Como conclusión, podemos determinar que las IHA son útiles en los pacientes con gonartrosis, en los que han fallado las demás terapias farmacológicas y la rehabilitación. A pesar del tamaño de nuestra muestra, al igual que en estudios previos, la mejoría del dolor en escala EVA tras la IAH ha sido notable. Respecto a los estudios en los que se compara las IAH con las de GC, donde se obtiene la misma mejoría independientemente del tipo de infiltración; en nuestra población, sólo el 51% refiere haber obtenido los mismos resultados independientemente del fármaco infiltrado.

Sexo	Hombre	Mujer
Nº	20	31
RHB	17	29
SYSADOAS	15	30
AINES	16	28
Opioides	19	28
Paracetamol	20	31
Inf. corti. previa	15	25
Media EVAmm antes IAH	83.5	90
Media EVAmm después IAH	25.5	34.2
Diferencia EVA total	58	55.8

346. ECOE EN REUMATOLOGÍA: 7 AÑOS DE EXPERIENCIA (2010-2016)

F.J. de Toro, A. Naranjo, F.F. Hernández, J. Usón, C. Marras, J.M. Nolla, E. Uriarte, M. Aparicio-Espinar, V. Jovani, S. Castañeda, E. Vicente, E. Casado y C. Delgado

Servicio de Reumatología. A Coruña (CHUAC). Universidade da Coruña. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas. Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. Servicio de Reumatología. Hospital de La Princesa. Madrid. Servicio de Reumatología. Hospital Parc Taulí. Sabadell. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción: La Sociedad Española de Reumatología (SER) en colaboración con la comisión nacional de la especialidad de reumatología (CNE), desarrollamos un modelo de evaluación final de los MIR con el objetivo de conocer el nivel de competencia de los profesionales en la fase final de su período de formación de la especialidad. Además, será útil para acceder a la calificación de mención y mención especial de la especialidad por la necesidad de plantear una prueba objetiva para calificar a los MIR que finalizan su período formativo a partir del 2012 según recoge el Artículo 26 del Real Decreto 183/2008, aunque en la actualidad está aplazado su inicio. La prueba elegida está centrada en la evaluación de habilidades mediante metodología ECOE (evaluación de competencias objetiva y estructurada).

Métodos: Desde el año 2010 hasta la actualidad y de forma continuada, hemos ofertado a los MIR que finalizan su período formativo la posibilidad de presentarse a una ECOE para valorar su competencia profesional durante el congreso de la SER. Las ECOE propuestas son ruedas de 12 estaciones. El participante realiza la prueba en un

sistema rotatorio horario con una duración de 10 minutos por estación. Se hace un descanso de 2 minutos entre estación y nueva estación. Se han incluido el máximo número de áreas de conocimiento posibles, y evaluaron conocimientos, habilidades y actitudes. Se han utilizado pacientes estandarizados y actores adiestrados, pruebas tipo test, preguntas cortas, casos clínicos, imágenes radiológicas, de piel, de pruebas complementarias, modelos para simular infiltraciones, microscopios y ecógrafos. En un lugar discreto de cada estación hay un observador que evalúa las competencias señaladas por el comité que ha preparado la prueba.

Resultados: Se han presentado un total de 122 participantes a la evaluación a lo largo de estas 7 convocatorias. En el 2016 se han presentado el 44% de los médicos que han finalizado la especialidad, de los cuales el 68% son mujeres. La ponderación media de las competencias evaluadas es la siguiente: 13,3% anamnesis, 9,17% exploración, 3% comunicación, 50% manejo diagnóstico y terapéutico y el 24,2% habilidades técnicas. La puntuación media alcanzada por los participantes en estas 7 convocatorias es de 610,2 ± 86,2 puntos (máximo 1.000 puntos), con una mediana de 601 y una puntuación máxima de 872 puntos. A lo largo de de estos 7 años se han otorgado los siguientes certificados: 3 menciones especiales, 39 menciones de aprovechamiento, 77 certificados de suficiencia y 3 deficientes. En relación a la opinión de los participantes, sobre un total de 5 puntos han valorado con una media de 4,7 la importancia de evaluar sus competencias profesionales, y en relación a la prueba elegida con un 4.

Conclusiones: La Reumatología es la primera especialidad médica que desarrolla una prueba evaluativa (Ecoe) para certificar el grado de excelencia en la formación de MIR (mención y mención especial). Es útil para reorientar la formación y discriminar a los diferentes participantes evaluados. Se han mejorado a lo largo de estas ediciones habilidades como son: las infiltraciones, la utilización de la estadística y el manejo del ecógrafo. Mayoritariamente los MIR han mostrado su suficiencia. Hemos detectado como necesidad formativa a mejorar la interpretación de imágenes radiológicas en todas las convocatorias.

347. UTILIDAD DE LA TIRA REACTIVA DE ANÁLISIS DE ORINA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL LÍQUIDO ARTICULAR INFLAMATORIO

S. Rodríguez- Muguruza¹, S. Malumbres², A. Olivé³, O. Valero⁴, S. Holgado³, L. Mateo³ y M. Martínez-Morillo³

¹Servicio de Reumatología. Hospital Verge de la Cinta. Tarragona. ²Servicio de Bioquímica Clínica; ³Servicio de Reumatología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁴Servicio de Estadística Aplicada. Universidad Autónoma de Barcelona.

Introducción: Las tiras reactivas para análisis de orina se utilizan para el diagnóstico de infecciones urinarias mediante la detección de la actividad de la esterasa leucocitaria. Escasos estudios describen el uso de esta tira para el análisis de otros líquidos biológicos. El estudio del líquido sinovial es una herramienta útil en el estudio de las artritis. Con el objetivo de diferenciar un líquido mecánico de uno inflamatorio se usa el recuento manual de leucocitos. Para evitar pérdida celular en este recuento, el análisis debe realizarse con la máxima brevedad posible. El análisis del líquido sinovial en el

Tabla Póster 346

	2010 Tarragona	2011 Málaga	2012 Zaragoza	2013 Tenerife	2014 Santiago	2015 Sevilla	2016 Barcelona
Media	592	621	572,8	611,5	617,4	625,2	631,7
DT	70	74	48,8	69,3	93,8	61,9	85,4
Mediana	562	617	564	608,3	628,8	613,5	615
Mínimo	372	478	505	525	505	502,4	432,5
Máximo	872	718	652	785	765	734,1	809,6
Especial > 800	2	0	0	0	0	0	1
Mención > 650	2	4	4	3	7	11	8
Partic	14	14	16	13	14	28	23

lugar de la extracción, mediante el uso de la tira reactiva, permitirá una rápida detección del líquido articular inflamatorio.

Objetivos: Evaluar la utilidad de la tira reactiva de análisis de orina en el diagnóstico del líquido articular inflamatorio.

Métodos: Estudio prospectivo (noviembre 2015-diciembre 2016). Se analizaron los líquidos sinoviales extraídos de pacientes de un hospital universitario (área de referencia: 850.000 habitantes). Se analizó: - Presencia de esterasa leucocitaria mediante la tira reactiva (originalmente diseñada para el análisis de orina, URI-Clip Test, Menarini Diagnostics). Los resultados fueron negativos o positivos, categorizados semicuantitativamente en 1+ (> 25 leucocitos/uL), 2+ (> 75 leucocitos/uL), 3+ (> 500 leucocitos/uL), usando como referencia la escala de colores que se encuentra en el envase del reactivo. Apariencia del líquido sinovial, recuento leucocitario, diferenciación celular. Cuantificación de glucosa (método hexoquinasa) y proteínas (método colorimétrico Biuret). En el caso de sospecha de infección se envió la muestra para cultivo bacteriano. Se consideraron líquidos inflamatorios a los que presentaron más de 2000 leucocitos/mm³. Se determinó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VVP), valor predictivo negativo (VFN) de la prueba. Se correlacionó el resultado de la tira reactiva con el recuento leucocitario (prueba de referencia). Se utilizó el test de ANOVA y χ^2 para las variables cuantitativas y cualitativas respectivamente. Los valores de $p > 0,05$ se consideraron significativos estadísticamente.

Resultados: Se analizaron 125 líquidos sinoviales: 56 (44,8%) mecánicos y 69 (55,2%) inflamatorios. De los líquidos inflamatorios: 67 (97,1%) fueron positivos usando la tira reactiva. De los mecánicos: 33 (58,93%) fueron negativos usando la tira reactiva. La sensibilidad y la especificidad de la tira fue de 97,1% y 58,93% respectivamente. El VVP fue de 74,4% y VFN de 94,28%. Los 2 resultados falsos negativos (negativo para la tira pero con más de 2000 leucocitos/mm³) mostraron predominancia mononuclear ($\geq 91\%$), con una media de leucocitos de 2.775/mm³ y media de porcentaje de neutrófilos de 8,5%. En los líquidos inflamatorios se encontraron diferencias significativas entre resultado semicuantitativo (negativo, 1+, 2+, 3+) y la media de leucocitos, polimorfonucleares y mononucleares (tabla).

	Negativo	1+	2+	3+	Valor p
Células totales (cel/mm ³)	3.025	18.272	10.553	56.494	< 0,0001
Leucocitos (cel/mm ³)	2.775	12.907	8.528	30.870	< 0,0001
Linfocitos (%)	91,5	50,4	21,6	6,4	< 0,0001
Neutrófilos (%)	8,5	49,6	83,7	91,7	< 0,0001

Conclusiones: Los resultados sugieren que la tira reactiva es una herramienta sencilla, rápida y de bajo coste para la identificación del líquido sinovial inflamatorio. Su elevado VFN permite descartar razonablemente el carácter inflamatorio/infeccioso de una artritis. Dada su alta sensibilidad podría ser usada como herramienta de cribado en atención primaria o en lugares con escaso acceso al análisis bioquímico del líquido articular.

348. ANALIZAR LA SEGURIDAD A LARGO PLAZO DEL TOCILIZUMAB EN LA ARTRITIS REUMATOIDE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

C. Hidalgo Calleja¹, O. Martínez González¹, M.D. Sánchez González², L. Pérez Garrido¹, A. Quesada Moreno¹, G. Manzano Canabal¹, L. Gómez-Lechón Quirós¹, C.A. Montilla Morales¹, P. Pérez Ayuso¹, N. Crego Díez¹, N. Mariz Vázquez¹, A. Turrión Nieves¹ y J. del Pino Montes¹

¹Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ²Unidad de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: Tocilizumab (TCZ) es un fármaco anti receptor de IL6 que ha demostrado su eficacia y seguridad para el tratamiento

de la artritis reumatoide (AR) y constituye una alternativa terapéutica eficaz en cualquiera escenario.

Objetivos: Analizar las características clínicas y los motivos por los que se discontinúa el tratamiento con TCZ en pacientes con AR y valorar la retención de TCZ en nuestra cohorte.

Métodos: Estudio retrospectivo (2009-2016) de 61 pacientes con AR en tratamiento con TCZ. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, duración media de la enfermedad, FR, ACPA, erosiones, comorbilidad., actividad basal y cada 6 meses medida por DAS 28, tratamiento concomitante con FAMEs y/o glucocorticoides, línea de biológico, motivo de suspensión del fármaco. Se analizan las características clínicas de 22 pacientes que discontinuaron el tratamiento y los motivos de su suspensión. Se utilizó el programa SPSS v.20 para el análisis estadístico.

Resultados: Las características demográficas y clínicas de la población figuran en la tabla. Treinta y nueve (64%) de los pacientes de nuestra serie continúan en tratamiento con tocilizumab y aproximadamente la mitad (17 pacientes) han superado los 5 años. El 82% de los pacientes que suspenden el tratamiento reciben terapia combinada con FAMEs y/o glucocorticoides y solamente 4 (18%) pacientes están en monoterapia con TCZ. En 6 (28%) pacientes que lo retiran TCZ es su primer biológico. La retirada por fracaso terapéutico o por efectos adversos es similar siendo del 15%. El fracaso primario antes de los 6 meses es del 18% (4 pacientes) solo uno de ellos en monoterapia. Los efectos adversos causantes de retirada son muy diversos (infecciones (2), reacciones alérgicas, citopenias...) y en el 50% de los casos ocurre antes de los 6 meses de tratamiento (2 reacción local, 1 broncoespasmo, 1 cefalea y 1 neutropenia grave). Una paciente tuvo un embarazo no planificado durante el tratamiento en monoterapia siendo interrumpido éste de forma inmediata con parto a los 32 semanas de un neonato con malformaciones viscerales múltiples.

Sexo: V/M	4 (18%)/18 (82%)					
Edad media	59 años (34-80)					
Duración media de AR	12,5 años (3 a 38 años)					
FR+	18 (82%)					
ACPA+	17 (78%)					
Erosiones	15 (68%)					
Comorbilidad	14 (64%)					
		Mono	1ª línea	2ª Línea	3ª Línea	GC
Retirados:	22 (36%)	4	6	11	5	18 (82%)
Fracaso primario	9 (15%)					
secundario	4 (6,5%)	1	1	3		3
E.Adverso	5 (8,5%)		2	2	1	5
Infección: ITU recurrente	9 (15%)					
Infección grave osteomielitis (exitus)	1			1		1
Reacción local	1	1	1	1		
Cefalea	1			1		
Broncoespasmo	1		1			
Reacción transfusional	1	1			1	1
Citopenia grave (neutropenia)	1		1			1
Vasculitis leucocitoclástica	1				1	1
Embarazo	1	1		1		1
No conocida	3			2	1	3

Conclusiones: En nuestra cohorte TCZ presenta una alta supervivencia siendo las retiradas similares a lo publicado en la literatura. El porcentaje de pacientes que suspende el tratamiento antes de los 6 meses por ineficacia es muy bajo. No existe diferencia en el porcentaje de retirada por efectos adversos o ineficacia durante el seguimiento La suspensión de la terapia por efecto adversos se relaciona fundamentalmente con la comorbilidad, el tratamiento conco-

mitante sobre todo con glucocorticoides y cuando TCZ se administra en segunda línea y posteriores de biológico probablemente en el contexto de AR más graves.

349. CARACTERÍSTICAS COMUNES Y DIFERENCIALES DE LAS ESPONDILOARTRITIS HLAB27+ Y HLAB27-

P. Serrano^{1,2}, V. Navarro², S. Rodríguez³, M. Fernández⁴, P. Zarco⁵ y E. de Miguel²

¹Universidad Autónoma de Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla. ⁴Hospital Universitario de Guadalajara. ⁵Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Objetivos: La interrelación entre HLAB27 y espondilitis anquilosante se describe en 1973 y hasta hoy es la asociación conocida más intensa entre enfermedad y complejo mayor de histocompatibilidad. La importancia diagnóstica del gen ha quedado reconocida tras incluirse primero en los criterios de Amor y en el 2009 en los criterios ASAS de clasificación de las espondiloartritis (EspA). En cuanto a su relevancia clínica, todavía los datos son escasos pues la mayoría proviene de series hospitalarias de largo tiempo de evolución lo que puede tener sesgos de selección. El objetivo del presente trabajo es analizar la influencia de la presencia o ausencia de HLA B27 en la expresión de la EspA en su forma de inicio.

Métodos: Se han utilizado los datos basales de la cohorte ESPeranza. En este estudio, se seleccionaron pacientes entre 18-45 años, con dolor lumbar inflamatorio, artritis asimétrica o artralgiar/raquialgiar junto a ≥ 1 criterio EspA, con una duración de los síntomas entre 3-24 meses. Los datos fueron recogidos entre abril del 2008 y junio del 2011, existiendo un total de 377 pacientes que cumplían los criterios de clasificación ASAS para EspA. Un análisis descriptivo fue utilizado para comparar características demográficas y clínicas entre pacientes con EspA axial y EspA periférica, la significación estadística se obtuvo mediante chi cuadrado para variables cualitativas.

Resultados: Del total de 377 pacientes, 291 (77,2%) fueron clasificados como EspA axiales y 86 (22,8%) como EspA periféricas. Se estratificó cada grupo para HLAB27 \pm y el análisis de resultados puede observarse en la tabla.

Tabla Póster 349

Características	EspA axial-HLA-B27+ N (%) = 219 (75,3)	EspA axial-HLA-B27- N (%) = 72 (24,7)	EspA axial- valor p	EspA periférica - HLA-B27+ N (%) = 28 (32,5)	EspA periférica- HLA-B27- N (%) = 58 (67,5)	EspA periférica- valor p
Edad (años)	31,44 \pm 7,09	33,76 \pm 6,52	0,01	30,57 \pm 8,57	33,88 \pm 7,23	0,07
Sexo masculino	151 (68,9)	40 (55,6)	< 0,05	16 (57,1)	34 (58,6)	0,9
Duración de los síntomas (meses)	12,89 \pm 6,74	13,29 \pm 6,65	0,7	8,86 \pm 5,23	9,46 \pm 6,61	0,7
Artritis periférica	44 (20,1)	9 (12,5)	0,1	28 (100)	55 (94,8)	0,2
Entesitis	48 (21,9)	9 (12,5)	0,08	18 (64,3)	25 (43,1)	0,07
Psoriasis	18 (8,2)	15 (20,8)	< 0,01	2 (7,1)	26 (44,8)	< 0,001
Dactilitis	13 (5,9)	3 (4,2)	0,6	9 (32,1)	19 (32,8)	0,9
EII	4 (1,8)	5 (6,9)	< 0,05	2 (7,1)	8 (13,8)	0,4
Uveítis	20 (9,1)	3 (4,2)	0,2	1 (3,6)		NE
Diarrea, cervicitis, uretritis	9 (4,1)	2 (2,8)	0,6	3 (10,7)	2 (3,4)	0,2
Dolor lumbar inflamatorio	83 (37,9)	29 (40,3)	0,7			
Historia familiar	84 (38,4)	17 (23,6)	< 0,05	10 (35,7)	21 (36,2)	0,9
PCR (mg/L)	11,3 \pm 15,31	9,35 \pm 14,93	0,4	19,48 \pm 47,99	11,02 \pm 18,79	0,2
VSG (mm/h)	13,61 \pm 13,24	13,51 \pm 14,31	0,9	13,81 \pm 14,6	14,16 \pm 12,93	0,9
NAT	0,28 \pm 1,48	,24 \pm 0,78	0,8	1,57 \pm 3,01	1,28 \pm 1,98	0,6
EVA (0-10) médico	2,79 \pm 2,22	3,22 \pm 2,08	0,2	2,17 \pm 2,17	2,51 \pm 2,15	0,5
EVA (0-10) paciente	4,01 \pm 2,7	4,56 \pm 2,63	0,2	2,91 \pm 2,64	3,26 \pm 2,35	0,6
BASDAI	3,7 \pm 2,27	4,15 \pm 2,21	0,2	2,62 \pm 1,7	3,92 \pm 2,39	0,02
BASFI	2,22 \pm 2,31	2,75 \pm 2,23	0,1	1,16 \pm 1,4	1,94 \pm 2,05	0,09
Incapacidad laboral temporal	19 (8,7)	7 (9,7)	0,7	5 (17,9)	13 (22,4)	0,7
ASQoL	5,52 \pm 4,73	6,96 \pm 4,8	< 0,05	3,32 \pm 3,97	4,98 \pm 5,34	0,2

HLA: antígeno leucocitario humano. EII: enfermedad inflamatoria intestinal. PCR: proteína C reactiva. VSG: velocidad de sedimentación glomerular. NAT: número de articulaciones tumefactas. EVA: escala visual analógica. EVA médico: valoración global de la actividad de la enfermedad realizada por el médico según la escala EVA. EVA paciente: valoración global de la actividad de la enfermedad realizada por el paciente según la escala EVA. BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. ASQoL: Ankylosing Spondylitis Quality of Life questionnaire.

Conclusiones: El HLA B27 condiciona la expresión de la enfermedad. En la EspA axial la presencia de B27 induce un inicio más precoz de la enfermedad, predominio masculino e incremento de antecedentes familiares, por el contrario el B27 (-) se asocia a la presencia de psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal y peor calidad de vida. En la EspA periférica, el HLA-B27 asocia mayor actividad de la enfermedad y menor frecuencia de psoriasis.

350. ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO TRATADA CON CICLOFOSFAMIDA VS. RITUXIMAB: ESTUDIO UNICÉNTRICO, ABIERTO Y COMPARATIVO

C. López-Medina^{1,2}, F.J. Godoy-Navarrete², P. Peinado-Villén², P. Font-Ugalde^{1,2}, M.C. Castro-Villegas^{1,2}, R. Ortega-Castro^{1,2}, J. Calvo-Gutiérrez^{1,2}, L. Bautista-Aguilar^{1,2}, L. Ladehesa-Pineda^{1,2}, M.A. Aguirre Zamorano^{1,2}, M.A. Caracuel Ruiz^{1,2}, A. Escudero-Contreras^{1,2} y E. Collantes-Estévez^{1,2}

¹Hospital Universitario Reina Sofía. Departamento Reumatología/IMIBIC. Córdoba. ²Universidad de Córdoba.

Objetivos: Comparar la efectividad a largo plazo de ciclofosfamida (CFM) frente a rituximab (RTX) como tratamiento en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial asociada a enfermedad del tejido conectivo (EPI-ETC).

Métodos: Estudio unicéntrico y retrospectivo en el que se analizaron datos clínicos y de imagen en 26 pacientes con EPI-ETC, tratados con CFM o RTX entre los meses de junio 2004 a diciembre 2016. Previamente, se comprobó mediante los test de Fisher y t-Student que las características y los niveles basales en las pruebas de función respiratoria (PFR) en ambos grupos eran iguales. El efecto pronóstico de cada tratamiento en la estabilización de la función pulmonar fue evaluado usando el método Kaplan-Meier y el test Long-Rank. Para ello, se utilizaron datos obtenidos en las PFR y TAC-AR (tomografía axial computarizada de alta resolución), considerando como recaída: a) un deterioro $\geq 10\%$ en la CVF (capacidad vital forzada), o b) un decremento $\geq 15\%$ en DLCO (capacidad de difusión del dióxido de carbono), o c) un empeoramiento en el TAC-AR. Posteriormente, se compararon en ambos grupos los valores de FEV1 (volumen espiratorio forzado en el primer segundo), CVF, DLCO y DLCO/VA, tras

12 meses de tratamiento frente a sus respectivos valores basales, utilizando la prueba t-Student apareada. Finalmente, se llevaron a cabo comparaciones directas entre los valores de las PFRs de ambos grupos a los 12 meses, utilizando el test t-Student.

Resultados: El estudio incluye 20 mujeres y 6 hombres con una media de edad (DE) de 58,9 (14,2) años. 14/26 pacientes tienen un diagnóstico de esclerosis sistémica, mientras que 12/26 presentan otros tipos de ETC. De los 26 pacientes, 15 recibieron CFM y 11 RTX, según la decisión del médico. Ambos grupos presentaban características y niveles basales en las PFR similares. El método Kaplan-Meier mostró que el tratamiento influyó en la estabilización de la EPI-ETC, aunque el test Log-Rank no fue significativo. La media de meses (DE) sin recaída en el grupo de CFM y RTX fue de 59,79 (9,50) y 79,27 (7,81) respectivamente. Los pacientes del grupo CFM no presentaron cambios en los niveles de FEV1, FVC, DLCO y DLCO/VA durante el primer año de tratamiento. En cambio, los pacientes del grupo RTX mostraron un incremento en FEV1, FVC, DLCO y DLCO/VA durante el primer año de seguimiento, aunque estas diferencias no fueron significativas. La comparación directa entre ambos grupos de tratamiento a los 12 meses mostró niveles más bajos en todas las PFR en el grupo que recibió CYC, siendo DLCO/VA [media (DE) DLCO/VA: 67,30 (10,69) y 86,20 (54,59) en los grupos CYC y RTX, respectivamente] estadísticamente significativo.

Conclusiones: Este estudio sugiere que, en pacientes con EPI-ETC, el tratamiento con CFM estabiliza la función pulmonar, mientras que RTX muestra una tendencia a mejorarla. Además, pacientes en tratamiento con RTX muestran una media de tiempo de estabilización más larga que el grupo de CYC. Sin embargo, se necesitan ensayos clínicos controlados y aleatorizados a gran escala para confirmar estos resultados.

351. EL DAÑO ESTRUCTURAL Y LA DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD NO EXPLICAN LA POBRE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS. DATOS OBTENIDOS DEL REGISPONSER

C. López-Medina, P. Font-Ugalde, J.L. Garrido-Castro, M.C. Castro-Villegas, J. Calvo-Gutiérrez, R. Ortega-Castro, A. Escudero-Contreras, E. Collantes-Estévez y Grupo REGISPONSER

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba/Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Universidad de Córdoba.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida (CdV) en pacientes con espondiloartritis (EsA) y definir su asociación con factores relacionados con la enfermedad y características de los pacientes.

Métodos: Estudio transversal y multicéntrico en el que se incluyeron 2229 pacientes con EsA seleccionados del Registro Nacional de Espondiloartropatías REGISPONSER. En primer lugar, se evaluó la CdV en el total de la población a través del cuestionario ASQoL (Ankylosing Spondylitis Quality of Life). Posteriormente, se estudió la relación de ésta con diferentes variables organizadas en cinco grupos: sociodemográficas, emocionales, relacionadas con la enfermedad, funcionalidad y actividad de la enfermedad. Se llevaron a cabo varias regresiones logísticas univariantes y una regresión lineal multivariante (considerando ASQoL como una variable cualitativa y cuantitativa, respectivamente) para relacionar la CdV con las diferentes covariables estudiadas.

Resultados: La media de edad fue 47,74 ± 13,26 años y 698 pacientes (31,31%) eran mujeres. La puntuación media de ASQoL en la totalidad de la población estudiada fue 6,09 ± 5,12. Las regresiones logísticas univariantes mostraron diferencias significativas (p < 0,05) con respecto a diversas variables incluidas en los 5 grupos, de modo que la pobre CdV (ASQoL ≥ 9) se relaciona: con el sexo (mujer), la edad, el componente físico y mental del cuestionario SF-12, la duración de la enfermedad, el dolor lumbar inflamatorio, el dolor alternante

de nalgas, BASRI (Bath Ankylosing Spondylitis Radiographic Index), BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index), BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), VSG (Velocidad de Sedimentación Globular) y el EVA (Escala Visual Análoga) global del paciente. Finalmente, la regresión lineal multivariante mostró que el 61,1% de la variabilidad de ASQoL (R² = 0,611, p < 0,001) está explicada por el sexo (mujer), el componente físico y el 2º ítem del cuestionario SF-12 (relacionados ambos con la funcionalidad), el 6º y 7º ítems del SF-12 (ambos relacionados con el estatus mental), el EVA global del paciente, BASFI y BASDAI.

Regresión lineal múltiple considerando variable dependiente ASQoL

	Coefficiente de regresión (IC95%)	p-valor
Constante	3,166 (1,476 a 4,875)	< 0,001
Sexo	0,495 (0,170 a 0,820)	0,003
Ítem 2 SF-12		
Sí, me limita un poco (ref.: No me limita nada)	0,676 (0,225 a 1,126)	0,003
Sí, me limita mucho (ref.: No me limita nada)	2,319 (1,643 a 2,995)	< 0,001
Ítem 6 SF-12	0,823 (0,286 a 1,379)	0,003
Ítem 7 SF-12	1,041 (0,521 a 1,561)	< 0,001
Componente físico SF12	-0,076 (-0,111 a -0,040)	< 0,001
EVA global del paciente	0,186 (0,097 a 0,274)	< 0,001
BASFI	0,505 (0,415 a 0,596)	< 0,001
BASDAI	0,440 (0,327 a 0,552)	< 0,001

Coefficiente de determinación ajustado (R²) = 61,1%. F = 312,626 (p < 0,001).

Conclusiones: La pobre CdV en pacientes con EsA se puede explicar por una alta actividad de la enfermedad y por un deterioro en la funcionalidad y en el estatus mental. Sin embargo, la forma clínica de la EsA, la duración de la enfermedad y el daño estructural en la columna vertebral no explican este decremento de la CdV.

352. INSUFICIENTE CONSUMO DE CALCIO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON FACTORES DE RIESGO PARA OSTEOPOROSIS

B. Magallares, J. Betancourt², G. Fraga², N. Pardo², M. Torrent², A. Marín³, S. Herrera³, E. Carreras², J. Casademont⁴ y J.Malouf¹

¹Unidad de Reumatología; ²Servicio de Pediatría; ³Unidad de Metabolismo Óseo. Servicio de Medicina Interna; ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: El cumplimiento de las necesidades diarias de calcio en la edad pediátrica y en la juventud es necesario para adquirir el pico de masa ósea, en especial en población de riesgo que cumpla uno o más factores de riesgo para fracturas.

Objetivos: Estudiar las características de la población pediátrica con al menos un factor de riesgo para desarrollar baja masa ósea/osteoporosis y medir su consumo de calcio en la dieta.

Métodos: Se han recogido prospectivamente los datos demográficos y clínicos de pacientes de 2 a 20 años de edad, derivados a la consulta de Reumatología Pediátrica para valoración de salud ósea que cumplen algún factor de riesgo, entre ellos: enfermedades inflamatorias, tratamiento con inmunosupresores y/o corticoides, enfermedades malabsortivas, trastornos sistémicos crónicos como nefropatías o enfermedades hematológicas, etc. Los pacientes o sus tutores legales el Consentimiento Informado elaborado conjuntamente con el CEIC de nuestro hospital. La recogida del consumo medio de calcio diario se realizó mediante la encuesta del estudio español INDICAD 2001 junto a anamnesis abierta dirigida, consultando los alimentos no recogidos en la encuesta en la Base de Datos Española de Composición de Alimentos publicada por la Red BEDCA del Ministerio de Ciencia e Innovación.

Resultados: Se han recogido los datos de 50 pacientes, con una edad media de 9,2 años (2-20), 28 (56%) de sexo femenino, 86% de origen caucásico, 6% árabe, 2% asiática y 6% latina. Los diagnósticos más frecuentes fueron: Intolerancias alimentarias/malabsorción: 32%,

nefropatías: 22%, AIJ: 16%, vasculitis: 10%, otras enfermedades inflamatorias: 8%. El 42% habían recibido en algún momento corticoides sistémicos, y el 16% recibían en la actualidad. El consumo medio de calcio diario fue de 718 mg/d. Se dividieron por grupos de edad, atendiendo a las necesidades de calcio diario por grupo. En la tabla se puede observar la Cantidad Diaria Recomendada (CDR) de calcio por la asociación española de Pediatría y el consumo recogido, por grupo de edad. Sólo 3 niños de los que presentaban bajo consumo de calcio referían tomar suplementos. Se observó un descenso en la adherencia a la CDR de calcio con el aumento de la edad, estadísticamente significativo ($p = 0,009$). También se observó un menor consumo de calcio en el grupo de etnia no caucásica frente al de caucásica estadísticamente significativo ($p = 0,044$), que no se asoció a la distribución por edad de los grupos, aunque no había ningún preescolar en el grupo de no caucásicos.

Grupo edad	% grupo edad	CDR (mg/d)	Consumo med (mg/d) \pm DE	Rango: mín-máx (mg/d)	% que alcanza las CDR
Preescolar (2-3 a)	14%	700	819 \pm 280	513-1.346	57,1%
Escolar (4-9 a)	32%	1.000	702 \pm 240	254-1.075	18,8%
Adolescentes (10-17a)	48%	1.300	689 \pm 350	350-1.925	8,3%
Jóvenes (18-20 a)	6%	1.100	797 \pm 182	621-985	0%

Conclusiones: El consumo de calcio en población menor de 21 años con al menos 1 factor de riesgo para desarrollar baja masa ósea/osteoporosis es inferior al recomendado. Además las recomendaciones se basan en las necesidades fisiológicas de la población sana y se podría esperar que no fueran suficientes en aquellos con enfermedades crónicas. Destacar que el consumo de calcio en los grupos con mayores requerimientos (adolescentes y jóvenes) es menor, con una disminución en la proporción de cumplimiento de las CDR estadísticamente significativa según aumenta la edad. Se necesita estudios con mayor población para ratificar estos resultados junto a niveles séricos de calcidiol.

353. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y LA SEGURIDAD DEL TOCILIZUMAB EN LA ARTRITIS REUMATOIDE. COMPARACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS ESCENARIOS POSIBLES

C. Hidalgo Calleja¹, O. Martínez González¹, M.D. Sánchez González², A. Quesada Moreno¹, L. Pérez Garrido¹, G. Manzano Canabal¹, L. Gómez-Lechón Quirós¹, C.A. Montilla Morales¹, P. Pérez Ayuso¹, N. Crego Díez¹, N. Mariz Vázquez¹, A. Turrión Nieves¹ y J. del Pino Montes¹

¹Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ²Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: Tocilizumab es un fármaco anti receptor de IL6 que ha demostrado su eficacia para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) y constituye una alternativa terapéutica eficaz en cualquier escenario.

Objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes en tratamiento con TCZ y evaluar la efectividad y seguridad a los 6 meses en los distintos escenarios posibles: en monoterapia o combinado, como primer biológico o tras fallo a otro biológicos y analizar las causas de la retirada,

Métodos: Se estudiaron retrospectivamente (2009-2016) 60 pacientes con AR en tratamiento con TCZ. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, duración media de la enfermedad, FR, ACPA, erosiones y comorbilidad. Se analizan los resultados a los 6 meses de eficacia y de seguridad. La actividad clínica se evaluó por DAS 28 basal y a los 6 meses de tratamiento y se comparan los resultados en diferentes

subtipos: monoterapia versus combinado, primera línea de biológico o posterior, corticoides concomitante. Se utilizó el programa SPSS v.20 para el análisis estadístico descriptivo y de frecuencias.

Resultados: Las características demográficas y clínicas de la población figuran en la tabla 1. El 25% (15 pacientes) recibe TCZ en monoterapia, 27% (16) como primer biológico, 67% (40) presenta algún tipo de comorbilidad, el 70% de los pacientes continúan con corticoterapia a los 6 meses. El 67% de los pacientes consiguen el objetivo terapéutico (DAS 28 inferior a 3,2) y más del 50% la remisión clínica. La retirada por fracaso terapéutico a los 6 meses es baja y similar a la de por efectos adversos, siendo las causas diversas (infecciones, reacciones alérgicas, citopenias...). En la tabla 2 se presentan los datos de eficacia y seguridad según tipo de tratamiento.

Tabla 1

Sexo: V/M	13 (22%)/47 (78%)	Mono vs combinado	15 (25%)/45 (75%)
Edad media	57 años (17-85)	Primera vs 2ª línea	16 (27%)/44 (73%)
Duración media de AR	12,5 años	Mono primera línea	5 (8%)
AR temprana	10 (17%)	Mono segunda línea	10 (17%)
FR+	47 (78%)		
ACPA+	42 (70%)		
Erosiones	26 (45%)		
Comorbilidad	40 (67%)		
VSG inicial media	36,2 (2-108)	A los 6 meses	7,6 (1-46)
PCR inicial media	1,96 (0,02-8,3)	A los 6 meses	0,13 (0,01-1,7)
DAS 28 basal medio	5,04	A los 6 meses	1,83
GC inicial	53 (88%)	A los 6 meses	42 (70%)

Tabla 2

Activos a los 6 meses	47 (78%)	Mono 8 (17%)	FAMEs 39 (83%)	1ª línea 11 (23%)	2ª línea y posteriores 36 (76%)	GC 38 (80%)
Remisión	34 (57%)	4	30	9	25	26
Baja	6 (10%)	2	4	0	6	6
Moderada o grave	7 (12%)	2	5	2	5	6
Retirados	13(22%)	7 (53%)	6 (46%)	5 (38%)	8 (61%)	4 (3%)
Fracaso	4 (7%)	1	3	2	2	4
E.adverso	6 (10%)	0	6	1	5	5
No conocida	3	1	2	2	1	

Conclusiones: TCZ en nuestra cohorte se muestra eficaz en los distintos escenarios coincidiendo con lo publicado en la literatura siendo superior estadísticamente en terapia combinada y en fallo a biológicos constituyendo una alternativa terapéutica adecuada en cualquier situación de la AR. Los efectos adversos causantes de retirada son escasos y ocurren de forma significativa en pacientes con terapia combinada y cuando TCZ se administra en segunda línea y posteriores de biológico probablemente en el contexto de AR más graves.

354. CÉLULAS MESENQUIMALES ESTROMALES OVINAS: CARACTERIZACIÓN MORFOLÓGICA, FENOTÍPICA Y FUNCIONAL PARA LA INGENIERÍA DEL HUESO Y EL CARTÍLAGO

C. Sanjurjo-Rodríguez^{1,2}, R. Castro-Viñuelas^{1,2}, T. Hermida-Gómez¹, I. Fuentes-Boquete^{1,2}, F.J. de Toro^{1,2}, F. Blanco-García^{1,3} y S. Díaz-Prado^{1,2}

¹Unidad de Bioingeniería Tisular y Terapia Celular (CBTTC-CHUAC). CIBER-BBN/ISCIII. Grupo de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC). SERGAS. Universidade da Coruña (UDC). A Coruña. ²Unidad de Terapia Celular y Medicina Regenerativa. INIBIC. CHUAC. SERGAS. Departamento de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud. UDC. A Coruña. ³Grupo de Reumatología. INIBIC. SERGAS. Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela (USC). Santiago de Compostela.

Introducción: La ingeniería tisular es una terapia alternativa para la reparación de daños osteocondrales. Sin embargo, es necesario

testar las nuevas terapias en modelos con animales que presenten articulaciones similares a las humanas, antes de su aplicación en humanos. La utilización de *Ovis aries* en estos modelos ha incrementado su popularidad debido su similitud con los humanos tanto en peso, como en tamaño, estructura y procesos regenerativos del cartílago y el hueso articular. El objetivo de este estudio ha sido obtener células mesenquimales estromales ovinas (oCMEs) y evaluar su capacidad de diferenciación osteogénica y condrogénica, tras cultivarlas in vitro sobre biomateriales.

Métodos: Este estudio fue aprobado por el Comité Autonómico de Ética de Investigación de Galicia (CAEIG). En primer lugar, se aisló una población celular de la médula ósea ovina y se caracterizó mediante citometría de flujo y diferenciación multipotente. Se testó, mediante técnicas histológicas y microscopía electrónica, la capacidad de estas células de diferenciarse osteogénicamente sobre dos tipos de biomateriales: colágeno de tipo I (Col I) y beta fosfato tricálcico (β -FTC). Finalmente, se analizó la capacidad de las oCMEs sobre biomateriales de Col I de reparar lesiones condrales, en un modelo in vitro.

Resultados: La población celular aislada presentó morfología fibroblástica y positividad en la expresión de los marcadores de superficie CD29, CD44, CD166 y SSEA4. Además, estas células presentaron la capacidad de diferenciación multipotente, propia de las CMEs. Mediante análisis histológicos e inmunohistoquímicos se observó que las oCMEs formaron un neot Tejido con positividad para la tinción de Rojo Alizarina (RA; $42,99\% \pm 2,25\%$), Von Kossa (VK; $6,97\% \pm 1,31\%$) y las inmunotinciones Col-I ($11,85\% \pm 1,07\%$) y osteocalcina (OCN; $12,22\% \pm 1,46\%$), en los biomateriales de Col I. Sin embargo, en los constructos de β -FTC la matriz extracelular (MEC) presentó menor positividad (p -valores $< 0,05$) para las tinciones de RA ($10,30\% \pm 0,24\%$), VK ($2,21\% \pm 0,93\%$), Col-I ($2,47\% \pm 0,61\%$) y OCN ($5,51\% \pm 0,51\%$). Mediante microscopía electrónica de transmisión, se observó la presencia de precipitados en la MEC de los constructos osteogénicos de Col I. Se detectó, mediante energía dispersiva de rayos X, que estos precipitados estaban formados por calcio ($11,87\% \pm 0,41\%$) y fósforo ($6,51\% \pm 0,19\%$). En los modelos de reparación condral in vitro se observó la formación de un neot Tejido, al cultivar dentro de la lesión oCMEs sobre biomateriales de Col I. Utilizando la escala "International Cartilage Research Society II" (ICRS II), modificada, se obtuvo un valor de reparación del 70%, correspondiente con la formación, en el lugar de la lesión, de un tejido entre fibrocartílago y cartílago hialino.

Conclusiones: Se ha probado que las células ovinas aisladas de la médula ósea son CMEs. Estas células cultivadas sobre biomateriales de Col I son capaces de generar tejidos osteogénicos y condrogénicos. Los datos obtenidos sugieren que la Ingeniería Osteocondral, utilizando oMSCs y biomateriales de Col I, tiene un gran potencial para su utilización en modelos preclínicos.

Agradecimientos: Opocrin S.p.A.; ICIRO; CIBER-BBN; REDICENT y GPC (Xunta de Galicia); Xunta de Galicia; UCEX; Fundación Española de Reumatología (FER); Universidade dA Coruña (UDC); SAI-UDC.

355. LA PRESENCIA DE ANTICUERPOS ANTINUCLEARES Y EL AUMENTO DE PROTEÍNA C REACTIVA PUEDEN EMPEORAR LA ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN SUJETOS CON FENOTIPO DE HIPERCOLESTEROLEMIA PRIMARIA

E. Meriño-Ibarra¹, A. Cenarro² y F. Civeira²

¹Hospital Comarcal de Alcañiz. ²Unidad Clínica y de Investigación en Lípidos y Arteriosclerosis. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción: La medición del grosor íntima-media carotídeo (GIM) supone el engrosamiento aterosclerótico de la pared de la carótida, se corresponde con una fase precoz de la arteriosclerosis y por ello puede

ser utilizado para evaluar la arteriosclerosis (incluso subclínica) de un individuo. Se correlaciona con la presencia de factores de riesgo cardiovascular y con la carga inflamatoria del individuo medido por proteína C reactiva (PCR). Hipótesis: sujetos con autoinmunidad subclínica presentan mayor GIM relacionado con mayor nivel carga inflamatoria.

Métodos: Se estudió una muestra de sujetos con fenotipo de hipercolesterolemia primaria (sin mutaciones en el gen del LDLR, de ApoB, PCSK9 y ApoE) y del sexo femenino, se dividieron en dos grupos: grupo 1 compuesto por sujetos con anticuerpos antinucleares (ANA) positivos y grupo 2 compuesto por sujetos con ANA negativo. Se midió en GIM carotídeo, en ambos grupos, a nivel de seis territorios: centímetro final de carótida común y bulbo carotídeo y primer centímetro de carótida interna, en ambos lados.

Resultados: No se encontraron diferencias entre los grupos en las variables edad, colesterol, cHDL, PCR y mediciones ecográficas carotídeas. En el grupo 1, la medición máxima del GIM en el bulbo carotídeo izquierdo, la media aritmética de mediciones máximas del GIM sin la medición en carótida interna y la media aritmética de las mediciones máximas del GIM en bulbo carotídeo según tertiles de PCR mostró valores de p de 0,02, 0,031, 0,018, respectivamente, así como la comparativa entre titulación de ANA y tertiles de PCR en el grupo 1 mostró una $p = 0,015$.

Conclusiones: La concentración plasmática de PCR no está aumentada en sujetos con ANA positivos con respecto a aquellos con ANA negativo, ni hay diferencias en el GIM carotídeo, pero parece existir una relación directamente proporcional entre niveles de PCR y titulación de los ANA. El GIM carotídeo se asoció con los tertiles de PCR en el grupo de sujetos con autoanticuerpos positivos.

356. LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO EN LA GOTA ES BUENA SI SE EDUCA AL PACIENTE

F. Pérez Ruiz, I. Urionaguena y S.P. Cinchilla

Instituto de Investigación Biomédica Biocruces y Universidad del País Vasco.

Introducción: Sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con gota se han comunicado tasas menor del 50% al año y menor del 20% a los 2 años del inicio de la prescripción y ser peores que la de medicamentos para otras enfermedades, como hipertensión, diabetes o hiperlipidemia.

Objetivos: Evaluar la adherencia al tratamiento reductor de la uricemia globalmente y por estratos de tiempo de seguimiento, así como explorar variables asociadas a una alta tasa de adherencia en una consulta monográfica de pacientes complejos/pluripatológicos.

Métodos: estudio transversal, 12 meses de 2016, en una cohorte de pacientes con gota que acuden a revisión, de la que se obtienen al inicio y durante el seguimiento variables generales, de la enfermedad y de desenlace durante el seguimiento, así como de comorbilidades. En primera visita se educa al paciente y se refuerza la adherencia en las revisiones. La adherencia se obtuvo de registros electrónicos en el momento de la visita médica (tasa de posesión de medicamentos o MPR-Medication Possession Rate) que reflejan para cada paciente la retirada de medicamentos de los despachos de farmacia. Asimismo se obtuvieron MPR de otros medicamentos (solo administrados oralmente) y solo la mejor adherencia entre los prescritos para cada proceso), para la hipertensión arterial, la hiperlipidemia y la diabetes. Se definió una buena adherencia como $MPR > 80\%$ y diana de urato terapéutica a $sUA < 6$ mg/dl. Se excluyó a pacientes con ausencia de datos de adherencia (procedentes de otras autonomías o con prescripción en asistencia privada).

Resultados: Se obtuvieron datos de adherencia de 209 pacientes citados en el periodo de observación (media de seguimiento 48 meses, mediana 24 meses, 12-60; 90% eran varones, solo el 55% había recibido tratamiento previo a la primera visita, mediana de

edad 65 años (, 47% 44% con afección poliarticular y tofos en visita basal, respectivamente Catorce (6,7%) de ellos no acudieron (NA). La MPR fue del 89% (79-94, N = 209) para los medicamentos reductores de la uricemia (72% con MPR > 80%) y del 89% (81-94, N = 119), 88% (79-94, N = 65) y 82% (77-93, N = 28) para hipertensión, hiperlipidemia y diabetes, respectivamente ($p < 0,05$ solo para diabetes). La adherencia fue menor (58% vs 86%, MPR > 80% en 21% vs 75%, $p < 0,01$) en pacientes que no acudieron a la visita programada. La adherencia fue más baja el primer año (80%, N = 67) frente a los periodos 2-3 (N = 67), = 4 años (N = 75), en todos 86-90%. Las tasas de MPR > 80% fueron del 57%, 76% y 81% para los mismos periodos, respectivamente. La buena adherencia se asoció a una tasa de consecución de diana terapéutica de urato del 90%. El género masculino y el absentismo se asociaron a menor MPR > 80% en análisis multivariante, si bien el número de casos puede ser un factor limitante.

Conclusiones: La adherencia al tratamiento reductor de uricemia medida mediante MPR es alta y mantenida en el tiempo en una consulta específica y similar a las de otras medicaciones (hipertensión, hiperlipidemia, diabetes). El absentismo a consulta se asocia a una menor tasa de buena adherencia y supone una posibilidad de intervención y mejora. Las tasas de buena adherencia en nuestra cohorte duplican y cuadruplican las publicadas en otros entornos al año y dos años, respectivamente, manteniéndose altas a posteriori.

357. ADHERENCIA, SATISFACCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON BIOLÓGICOS SUBCUTÁNEOS. ESTUDIO ARCO

J. Calvo-Alén¹, C. Marras Fernández-Cid², I. Monteagudo³, G. Salvador Alarcón⁴, T.R. Vázquez-Rodríguez⁵, J.V. Tovar Beltrán⁶, P. Vela⁷, F. Maceiras⁸, M.S. Bustabad Reyes⁹, E. Peiró Callizo¹⁰, J. Rosas¹¹, M.J. Arteaga¹², S. Fernández¹², L. Cea-Calvo¹² y E. Raya Álvarez¹³

¹Servicio de Reumatología. Hospital Txagorritxu. Araba. Vitoria. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ³Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Mutua de Terrassa. ⁵Reumatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ⁶Reumatología. Hospital General Universitario de Elche. ⁷Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Elche. ⁸Unidad de Reumatología. Complejo Universitario de Vigo. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ¹¹Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ¹²Departamento de Medical Affairs. Merck Sharp & Dohme de España. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos: Se ha descrito una mayor adherencia al tratamiento biológico subcutáneo (SC) en pacientes con AR con una pauta de administración mensual. En este análisis valoramos si según la pauta de administración, hay diferencias en la satisfacción con el tratamiento y el cumplimiento de sus expectativas, utilizando el cuestionario de Carbonell.

Métodos: ARCO fue un estudio transversal con recogida retrospectiva de datos de historia clínica y registros de dispensación de fármacos biológicos SC de la farmacia hospitalaria en 42 hospitales españoles. Se incluyeron adultos con AR con un fármaco biológico SC prescrito entre 12-18 meses antes. Para evaluar satisfacción y cumplimiento de expectativas se utilizó el cuestionario de Carbonell, la adherencia a biológicos SC se calculó con la tasa de cobertura de la medicación (MPR).

Resultados: Se incluyeron 364 pacientes (54,9 años [DE 12,5] 77,5% mujeres, mediana de duración AR 7,8 años, periodo estudiado para el biológico 14,8 meses). El% de pacientes no adherentes fue 14,3% y

fue menor en pacientes con administración mensual (6,4%) que con administración semanal (17,4% $p = 0,034$) o cada 2 semanas (14,4% $p = 0,102$). Los % de pacientes satisfechos (bastante + muy satisfecho) fueron: satisfacción global con la eficacia 86,2%; con el control de los síntomas 86,0%; con el efecto general sobre el dolor en las articulaciones 83,1%; con el dolor en las manos 78,8%; con el dolor en los pies 68,9%; con la disminución de la inflamación 85,1%. El 64,4% declararon estar bastante/muy satisfechos con los efectos secundarios o molestias. El% de pacientes no adherentes al biológico SC fue similar en pacientes satisfechos con la eficacia y en neutrales/no satisfechos (14,7% vs 8,3% $p = 0,339$) o en pacientes satisfechos o no con los efectos secundarios (13,1% vs 15,4% $p = 0,504$). Con relación al cumplimiento de expectativas sobre el efecto del tratamiento, el 59,9% consideró que el efecto fue mayor al esperado, el 32,1% el esperado y el 8% menor al esperado, siendo los % similares según posología (tabla). Los% de no-adherencia fueron respectivamente 15,5% (efecto > al esperado) 12,6% (similar) y 10,7% (< al esperado) ($p = 0,667$). Respecto a las expectativas con la tolerabilidad, el 13% reportó molestias > a las esperadas, el 34,4% las esperadas y el 52,5% molestias < a las esperadas o ausencia de las mismas. Los % de pacientes que reportaron molestias menores o ninguna fueron mayores si la posología exigió menos inyecciones SC (tabla). Reportaron ausencia de molestias con la administración el 17,8% de los pacientes en tratamiento semanal, el 29,3% de los tratados cada 2 semanas y el 35,0% de los tratados con pauta mensual ($p = 0,013$). La no-adherencia fue 15,6% en aquellos con molestias > a las esperadas, 18,5% en aquellos con las molestias esperadas y 11,1% en aquellos con molestias < a las esperadas o sin molestias ($p = 0,189$).

Cumplimiento de expectativas de eficacia y tolerabilidad según pauta de administración del biológico SC

	Semanal (n = 152)	Cada 2 semanas (n = 133)	Mensual (n = 60)	p
Efecto producido por el tratamiento				
Mucho/bastante mayor al esperado	59,2%	57,2%	66,7%	0,573
Más o menos el esperado	33,6%	33,8%	25,0%	
Bastante/mucho menor al esperado	7,4%	9,0%	8,3%	
Molestias producidas por la administración del tratamiento				
Mucho/bastante mayor al esperado	15,8%	11,5%	10,1%	0,048
Más o menos el esperado	38,2%	35,3%	23,3%	
Bastante/mucho menor al esperado, o no se han producido molestias	38,2%	53,2%	66,6%	

Conclusiones: En pacientes con AR en tratamiento con biológico SC el grado de satisfacción y cumplimiento de expectativas de eficacia son elevados aunque ambos aspectos son menores para la tolerabilidad. La pauta posológica con menores inyecciones SC parece estar asociada a un mejor cumplimiento de expectativas de tolerabilidad que junto al menor número de inyecciones probablemente condicione una mejor adherencia.

Agradecimientos. El estudio ARCO fue financiado por MSD, España.

358. PERFILES DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEGÚN SUS CREENCIAS EN SUS FÁRMACOS BIOLÓGICOS. ESTUDIO ARCO

L. Cea-Calvo¹, E. Raya Álvarez², I. Monteagudo³, J. Calvo-Alén⁴, G. Salvador Alarcón⁵, T.R. Vázquez-Rodríguez⁶, J.V. Tovar Beltrán⁷, T.C. Salman-Monte⁸, V. Torrente-Segarra⁹, C. Díaz-Miguel Pérez¹⁰, P. Vela¹¹, E. Giner Serret¹², N. Lozano-Rivas¹³ y C. Marras Fernández-Cid¹³

¹Departamento de Medical Affairs. Merck Sharp & Dohme de España. ²Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ³Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Araba. Vitoria. ⁵Hospital Universitario Mutua de Terrassa. ⁶Reumatología. Hospital Universitario

Tabla Póster 358

Características de los pacientes según sus creencias en la medicación biológica SC

		Necesidad > 3		Necesidad ≤ 3		p
		Preocupación ≤ 3	Preocupación > 3	Preocupación ≤ 3	Preocupación > 3	
		Convencidos (n = 116)	Ambivalentes (n = 182)	Indiferentes (n = 16)	Escépticos (n = 7)	
Edad media (DE)		55,5 (12,6)	54,2 (12,5)	58,8 (13,2)	53,6 (10,2)	0,459
Sexo	Varones (%)	19,0%	23,1%	43,8%	43,9%	0,090
	Mujeres (%)	81,0%	76,9%	56,2%	57,1%	
Duración AR	> mediana	51,8%	50,3%	43,8%	28,6%	0,651
	≤ mediana	48,2%	49,7%	56,2%	71,4%	
Satisfacción con el control de los síntomas	Muy/bastante satisfecho	93,1%	82,9%	68,8%	85,7%	0,009
	Indiferente, bastante/muy insatisfecho	6,9%	17,1%	31,2%	14,3%	
Satisfacción con los efectos secundarios o molestias	Muy/bastante satisfecho	79,7%	57,0%	50,0%	57,1%	< 0,001
	Indiferente, bastante/muy insatisfecho	20,3%	43,0%	50,0%	42,9%	
Expectativa sobre el efecto del tratamiento	Ha sido mucho/bastante mayor que el esperado	69,6%	53,3%	75,0%	57,1%	0,031
	Ha sido más o menos el esperado	23,5%	39,0%	12,5%	28,6%	
	Ha sido bastante/mucho menor que el esperado	7,0%	7,7%	12,5%	14,3%	
Expectativa sobre las molestias producidas por el tratamiento	Han sido mucho/bastante mayor que el esperado	7,0%	17,0%	12,5%	0,0%	0,004
	Han sido más o menos lo esperado	27,0%	39,6%	25,0%	57,1%	
	Ha sido bastante/mucho menor que el esperado, o no se han producido molestias	66,0%	43,4%	62,5%	42,9%	

Lucus Augusti. Lugo. ⁷Reumatología. Hospital General Universitario de Elche. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital del Mar/Parc de Salut Mar. IMIM. Barcelona. ⁹Hospital Moisès Broggi-General Hospitalet. ¹⁰Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ¹¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Elche. ¹²Hospital Obispo Polanco. Teruel. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Objetivos: Identificar y describir perfiles de pacientes con artritis reumatoide (AR) de acuerdo a sus creencias en la medicación biológica subcutánea (SC) evaluadas por el cuestionario de creencias en la medicación (BMQ).

Métodos: ARCO fue un estudio realizado en 42 hospitales españoles. Se incluyeron pacientes adultos con AR a los que se les había prescrito un biológico SC 12-18 meses antes del estudio. Las creencias en la medicación SC se evaluaron con el BMQ (Beliefs About Medicines Questionnaire). De acuerdo a las puntuaciones en las sub-escalas de necesidad y preocupación, los pacientes fueron clasificados en 4 grupos: convencidos (alta necesidad > 3]/baja preocupación [≤ 3]), ambivalentes (alta necesidad > 3]/alta preocupación [≤ 3]), indiferentes (baja necesidad [≤ 3]/baja preocupación [≤ 3]) y escépticos (baja necesidad [≤ 3]/alta preocupación [≤ 3]). Para cada grupo se describen las características demográficas, y su satisfacción con el tratamiento y expectativas medidas por el cuestionario de Carbonell.

Resultados: Un total de 321 pacientes (edad media 55 años, 77% mujeres, mediana de duración de la AR 7,7 años) contestaron al cuestionario al completo. El 92,8% puntuó > 3 en la sub-escala de necesidades, mientras que un 58,9% lo hizo en la sub-escala de preocupaciones. Un porcentaje mayor de varones puntuó ≤ 3 en la sub-escala de necesidad (13,5% vs 5,2% mujeres, p = 0,031). En la sub-escala de preocupaciones, el porcentaje que puntuó > 3 fue mayor en aquellos con baja satisfacción en cuanto a control de síntomas (71,1% vs 56,7% en aquellos bastante/muy satisfechos, p = 0,098), o a los efectos secundarios del tratamiento (72,1% vs 52,0% en aquellos bastante/muy satisfechos, p < 0,001), así como en aquellos con menor cumplimiento de expectativas en cuanto a eficacia y tolerabilidad (p = 0,006 y p < 0,001 respectivamente). La combinación de necesidades y preocupaciones identificó 116 pacientes convencidos (36,1%), 182 ambivalentes (56,7%), 16 indiferentes (5,0%) y 7 escépticos (2,2%). Las características de estos cuatro grupos se muestran en la tabla. No se observaron diferencias en las características demográficas de los distintos grupos o en las características del fármaco biológico SC administrado, pero sí en la satisfacción con el tratamiento y en el cumplimiento de las expectativas. Respecto a los convencidos, los pacientes ambivalentes mostraron menor grado

de satisfacción y menor cumplimiento de expectativas en cuanto al efecto y tolerabilidad del tratamiento recibido.

Conclusiones: Los pacientes con AR muestran fuertes creencias sobre la necesidad de su fármaco biológico SC, aunque un porcentaje importante también muestra preocupaciones. Las creencias, y especialmente las preocupaciones, parecen guardar una mayor relación con la satisfacción y el cumplimiento de expectativas en cuanto a la eficacia y la tolerabilidad del fármaco, que con las características demográficas o de la AR.

Agradecimientos: el estudio ARCO fue financiado por MSD, España.

359. RENDIMIENTO DEL TEST DE MORISKY-GREEN PARA LA DETECCIÓN DE FALTA DE ADHERENCIA A FÁRMACOS BIOLÓGICOS SUBCUTÁNEOS Y A ANTIRREUMÁTICOS ORALES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. ESTUDIO ARCO

I. Monteagudo¹, E. Raya Álvarez², C. Marras Fernández-Cid³, G. Salvador Alarcón⁴, T.R. Vázquez-Rodríguez⁵, J.V. Tovar Beltrán⁶, A. Escudero-Contreras⁷, J.J. Alegre-Sancho⁸, A.M. Ortiz García⁹, A. Olivé¹⁰, L. Cea-Calvo¹¹, M. Calvo¹¹, Y. Mestre¹¹ y J. Calvo-Alén¹²

¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Mutua de Terrassa. ⁵Reumatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ⁶Reumatología. Hospital General Universitario de Elche. ⁷Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ⁸Sección de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹¹Departamento de Medical Affairs. Merck Sharp & Dohme de España. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital Txagorritxu. Araba.

Objetivos: Describir el rendimiento del test de cuatro preguntas de Morisky-Green (MG) con objeto de detectar la falta de adherencia a fármacos biológicos subcutáneos (SC) y a fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) orales en pacientes con artritis reumatoide (AR).

Métodos: ARCO fue un estudio transversal con recogida retrospectiva de datos de la historia clínica y de registros de dispensación de fármacos de la farmacia hospitalaria realizado en 42 hospitales españoles. Se incluyeron pacientes adultos con AR a los que se les había prescrito un fármaco biológico SC 12-18 meses antes del estudio. La adherencia al tratamiento biológico prescrito se eva-

luó mediante el índice de cobertura de la medicación (Medication Possession Ratio, MPR) y la adherencia a FAME orales mediante el cuestionario de cumplimiento en reumatología (Compliance Questionnaire in Rheumatology, CQR). Además, los pacientes contestaron a las cuatro preguntas del test de MG dos veces, una para fármacos biológicos SC y otra para FAME orales. Se consideró falta de adherencia a fármacos biológicos SC cuando el valor de MPR calculado fue $\leq 80\%$, y a FAME orales cuando el CQR mostró un riesgo de tomar $\leq 80\%$ de las dosis. Se clasificó a los pacientes en alta vs intermedia + baja adherencia con el test de MG, y se calcularon las medidas de rendimiento del test de MG respecto al MPR y CQR, los porcentajes de acuerdo y los coeficientes kappa.

Resultados: Se incluyeron 363 pacientes (edad 54,9 años [DE 12,5]; 77,5% mujeres). La mediana de duración del periodo de estudio para el fármaco biológico SC fue 14,8 meses (RIC 25-75: 13,0-16,8). De acuerdo al MPR, 52 de 363 pacientes fueron no adherentes a la pauta prescrita del fármaco biológico SC (14,3%; IC95%: 11,1-18,3), mientras que el test de MG clasificó al 76,7% como "alta adherencia" y al 23,3% como "no adherencia" (22,7% intermedia y 0,6% baja). El CQR fue completado por 234 pacientes con FAME orales, de los que 49 fueron no adherentes (20,9%; IC95%: 16,2-26,6). El test de MG para FAME orales clasificó como "alta adherencia" al 70,1% y como "no adherentes" al 29,9% (29,5% intermedia y 0,4% baja). Los porcentajes de acuerdo en el diagnóstico de adherente/no adherente fueron del 73,3% entre MG y MPR y del 68,8% entre MG y CQR (tabla). En ambos casos los coeficientes kappa mostraron sólo un acuerdo leve, y la sensibilidad y el valor predictivo positivo del test de MG para detectar la falta de adherencia fueron bajos en ambos casos (tabla).

Rendimiento del test de Morisky-Green de 4 preguntas respecto al MPR (para fármacos biológicos subcutáneos) y el CQR (para FAME orales)

Indicadores de rendimiento	Test de Morisky-Green de 4 preguntas frente a MPR (fármacos biológicos SC) (n = 363)	Test de Morisky-Green de 4 preguntas frente a CQR (FAME orales) (n = 234)
Coefficiente kappa de Cohen	0,142 (-0,005-0,290)	0,167 (0,028-0,306)
Porcentaje global de acuerdo en la clasificación adherente/no adherente	73,3% (68,3-77,8)	68,8% (62,4-74,6)
Sensibilidad	38,5% (25,6-53,0)	46,9% (32,8-61,6)
Especificidad	79,3% (74,2-83,6)	74,6% (67,6-80,6)
Valor predictivo positivo	24,1% (15,7-35,0)	32,9% (22,4-45,2)
Valor predictivo negativo	88,3% (83,7-91,7)	84,2% (77,4-89,2)

Conclusiones: El test de MG de cuatro preguntas mostró un bajo rendimiento para detectar la falta de adherencia a fármacos biológicos SC y a FAME orales respecto al MPR y al CQR. Los resultados están en parte condicionados por una prevalencia baja de falta de adherencia, y porque es posible que los distintos tests midan aspectos diferentes de la adherencia.

Agradecimientos. El estudio ARCO fue financiado por MSD, España.

360. EXPERIENCIA A 6 AÑOS EN LA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE ARTROPATÍA PSORIÁSICA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

I. Calvo Zorrilla¹, E. Guerrero Basterretxea¹, O. Ibaranguoitia Barrena¹, M.L. García Vivar¹, S. Pérez Barrio², E. Ruiz Lucea¹, I. Torre Salaberri¹, O. Fernández Berrizbeitia¹, J.M. Blanco Madrigal¹, L. Estopiñan Fortea¹, A.R. Intxaurre Pellejero¹, C. Gómez Arango¹, C. Pérez Velásquez¹, A. Bilbao González³, N. García Rivera¹, M.J. Allande López-Linares¹ y E. Galíndez Agirregoiakoa¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Dermatología; ³Unidad de Investigación. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Objetivos: Los pacientes con psoriasis presentan hasta en el 30% de los casos afectación articular. Se estima que hasta un 10-29% de

los pacientes con psoriasis en seguimiento por dermatología están infradiagnosticados, lo que conlleva a un retraso en el diagnóstico y tratamiento. La colaboración entre Dermatología y Reumatología permite una evaluación clínica completa, un diagnóstico más precoz y un abordaje terapéutico integral en estos pacientes. El objetivo de este trabajo es describir nuestra experiencia en la unidad multidisciplinaria de artritis psoriásica de nuestro hospital.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes valorados en la consulta multidisciplinaria de un hospital de referencia (enero 2011-diciembre 2016). Se recogen las variables epidemiológicas, tipo de psoriasis y artropatía, presencia de síndrome metabólico, tratamiento previo a la consulta, modificación terapéutica y evolución clínica. Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias y porcentajes en el caso de variables cualitativas, y media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico para las cuantitativas. El análisis estadístico se realizó mediante SAS System for Windows, V9.2.

Resultados: En 6 años se han visitado 343 pacientes (56,27% varones/43,73% mujeres) con una edad media \pm DE de 52,65 \pm 13,82 años y un peso de 80,35 \pm 17,86 kg. La derivación por Reumatología fue del 57% en los 3 primeros años y del 49,24% en 6 años. Dermatología derivó un 46,48% en 6 años. Los tratamientos previos fueron: tópico 84,84%, fototerapia 27,99%, FAME sintético 55,39% (el más utilizado metotrexate 51,58%) y FAME biológico 19,83% (predominando etanercept 57,35%). Un total de 321 (93,59%) presentaban psoriasis y 199 (58,02%) artropatía con una combinación de ambas en el 55,98% de los casos. La forma periférica fue la más frecuente (67,86%). El tipo más frecuente de psoriasis fue en placas (78,19%) y la localización en cuero cabelludo (25%). La onicopatía estuvo presente en el 52,77% de los pacientes. El diagnóstico de psoriasis fue previo al de artropatía en un 76,16% y simultáneo en el 15,12%. El 52,55% tenía síndrome metabólico. Se modificó el tratamiento en 154 pacientes (45,16%). La indicación fue cutánea en 42%, articular en 26,67% y ambas en 28,95%. No se consideró modificación el aumento o descenso en la dosis. En la mayoría de los casos se indicó fototerapia (42,48%) y se inició FAME sintético (predominando metotrexate 70,52%). Los FAME biológicos se prescribieron en un 26,02% de los pacientes (predominando adalimumab 34%). La evolución clínica articular y cutánea fue satisfactoria en el 55,02% de los pacientes y se observó estabilidad en el 43,25%. El 83,67% de los pacientes fueron dados de alta, con una mediana de seguimiento de 4 meses [1-14]. De éstos, solo el 6,71% fue remitido de nuevo a la consulta.

Tratamiento modificado	Total	n (%)
Fototerapia	65 (42,48%)	
csDMARD	95 (61,7%)	
Acitetrino		1 (1,05%)
Ciclosporina		5 (5,26%)
Metotrexate		67 (70,52%)
Leflunomida		14 (14,73%)
Salazopirina		8 (8,42%)
DMARDb	50 (26,62%)	
Etanercept		13 (26%)
Adalimumab		17 (34%)
Infliximab		2 (4%)
Ustekinumab		10 (20%)
Golimumab		2 (4%)
Sekukinumab		3 (6%)
Certolizumab		3 (6%)
TARGET synthetic	1 (0,65%)	
Apremilast		1 (100%)

Conclusiones: En nuestra experiencia, el manejo conjunto reumatólogo-dermatólogo es beneficioso para el paciente con artritis psoriásica y mejora indiscutiblemente la calidad asistencial. Es valorable el incremento en la derivación por parte de Dermatología, lo que se traduce en una mayor sensibilización de esta especialidad en el diagnóstico y tratamiento precoz. No obstante, es necesario potenciar e impulsar el funcionamiento de estas unidades así como la colaboración entre ambas especialidades para conseguir un con-

trol óptimo e integral de la enfermedad, mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.

361. ¿ES EFICAZ LA ASISTENCIA CONJUNTA PEDIATRÍA-REUMATOLOGÍA COMO MODELO DE TRANSICIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFANTILES?

A. Rubio¹, P. Collado¹, R. Díaz-Delgado² y E. Cruz¹

¹Sección de Reumatología; ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

Objetivos: El creciente interés de cómo debe ser la transición de pacientes con artritis idiopática juvenil (AIJ) hacia el modelo asistencial del adulto ha suscitado por parte de la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica (SERPE) la realización de un estudio sobre unidades de transición (NEXSTEP). (Rheumatol Int. 2015;35:1615-24). En nuestro hospital la asistencia de transición se lleva realizando desde hace años (Collado, 5º Congreso Nacional de Reumatología Pediátrica). El objetivo del presente estudio es mostrar la realidad de la implantación de una consulta multidisciplinar conjunta de pediatría y reumatología (CMPR) como uno de los modelos de transición sugeridos recientemente.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes transferidos desde la CMPR al reumatólogo, con un periodo de seguimiento reumatológico de al menos un año. Se incluye estudio descriptivo de características socio-demográficas y clínicas, así como adherencia de los pacientes. En los pacientes con AIJ se les aplicó el JADAS10 como herramienta de valoración de la actividad de la enfermedad (Consolaro. Arthritis Care Res. 2009;61:658-6) y los criterios de Wallace para valorar remisión en el momento de ser transferidos (Wallace. J Rheumatol. 2004;31:2290-4).

Resultados: En los 2 últimos años, 27 jóvenes con patología reumatológica crónica han sido atendidos por un reumatólogo en el área de adultos. La edad media en transferencia es de 21 ± 3 años y de 16 ± 3,4 años en la inclusión a la CMPR. Predomina el sexo femenino (63%). En orden de frecuencia, la AIJ ocupa el primer lugar y la dermatomiositis el último. Un 63% de los niños precisó tratamiento inmunosupresor en algún momento del seguimiento en la CMPR, pero solo un 37% lo mantiene actualmente, y 3 de ellos han precisado un cambio de diana biológica terapéutica. La adherencia del paciente es alta. Todos mantienen su actividad de estudiante, a excepción de 3 que se han incorporado a la vida laboral. A la transferencia, los 17 pacientes con AIJ mostraron un valor medio de JADAS10 de 2 ± 5 (rango 0-18), remisión con y sin tratamiento un 23% y 53% respectivamente. Respecto al daño estructural, se objetivó principalmente a nivel articular (articulación coxofemoral) en 2 AIJ y a nivel renal en 2 LES.

Conclusiones: La AIJ representa la patología más frecuente en el proceso de transición. El 76% de AIJ están en remisión cuando pasan al cuidado adulto manteniendo su participación activa en la continuidad. En ausencia de un modelo estándar de transición en España, los resultados del estudio muestran que una asistencia conjunta por pediatría y reumatología cumple los principales objetivos de una transición eficaz.

362. VARIACIÓN EN EL TIEMPO DE LOS NIVELES DE FR (FACTOR REUMATOIDE) Y ACPA (ANTICUERPOS CONTRA PROTEÍNAS CITRULINADAS) EN RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE TRATADA CON DIFERENTES FÁRMACOS BIOLÓGICOS

R. Roselló Pardo¹, B. García Magallón¹, M. Ferrer Giménez¹ y M.S. Moreno-García²

¹Hospital San Jorge. Huesca. ²Hospital de Tudela.

Introducción: Existe la presunción no confirmada de que los valores del factor reumatoide (FR) y de los anticuerpos anticitrulinados

Tablas Póster 362

Tabla 1.

	Casos		Varones		Mujeres		Edad		Años evol ar		Tabaco no		Fumadores		Exfumadores		No consta	
	FR	ACPA	DAS	FR	ACPA	DAS	FR	ACPA	DAS	FR	ACPA	DAS	FR	ACPA	DAS	FR	ACPA	DAS
Todos	177	177	23,60%	66,55	76,40%	11,8	48,60%	27,7%	20%	4%								
TB antiTfNF	48	48	21%	62,23	79%	13,02	42%	21%	30%	7%								
TB NO-antiTfNF	45	45	15,60%	62,27	84,40%	15,47	53,30%	30%	17%	0%								
SIN T biológica	81	81	32%	63,43	68%	9,16	51%	30%	15%	4%								

Tabla 2

	FR inicial		DAS inicial		ACPA inicial		FR mes-24		DAS mes-24		ACPA mes-24		FR 3-5 años		DAS 3-5 años		ACPA 3-5 años		FR 10-15 años		DAS 10-15 años			
	FR	ACPA	DAS	FR	ACPA	DAS	FR	ACPA	DAS	FR	ACPA	DAS	FR	ACPA	DAS	FR	ACPA	DAS	FR	ACPA	DAS			
TODOS	124,5	108,23	4,37	130,25	85,1	5,62	121,55	103,94	3,33	177,15	62,5	3,22	88,8	83	3,11	85,68	88,7	3,22	65,19	106,8	2,87	72,37	100,15	2,84
TB antiTfNF	164,4	148,8	4,71	221,15	122,6	5,09	199,4	165,12	3,27	185,6	85,26	2,97	73,38	114,12	2,92	106,19	124,2	2,6	83	143,49	2,83	42,1	133,9	2,84
TB no antiTfNF	111,48	108,6	4,45	66,8	71,57	5,2	91,76	54,14	3,95	67,9	52,3	3,76	68,2	30,9	3,52	65,35	62,14	3,93	45,3	104	2,93	38,6	64,1	2,73
SIN T Biológica	103,32	70,36	4,12	99,92	66	6,6	71,23	58,34	2,75	94,13	52	2,94	127,1	111,45	2,84	81,13	82	3,2	69	73,3	2,87	128,4	98,5	2,95

(ACPA) tienen relación con la actividad de la artritis reumatoide (AR) y que disminuyen conforme se reduce la actividad de ésta, así como con el uso de terapias biológicas (TB), principalmente con abatacept y tocilizumab. Para contrastar esta hipótesis hemos realizado un estudio retrospectivo de la evolución de las cifras de FR y de ACPA a lo largo de 10 años (2005 a 2015) en una serie de pacientes con AR, diferenciando si habían sido o no tratados con TB.

Métodos: Se han revisado los datos disponibles de 177 pacientes con AR recogiendo: sexo, edad, tabaquismo, fecha de diagnóstico de la AR, cifra de FR y de ACPA, valores del índice de actividad de enfermedad DAS28-VSG al inicio de la AR y a los 0, 6, 12, 18 meses y 2, 3, 5 y 10 años tras el inicio de la TB.

Resultados: En la tabla 1 se observa la evolución del FR y en la tabla 2 el valor ACPA en tres grupos de tratamiento: terapia antiTNF, terapia biológica no antiTNF o sin terapia biológica. En Aragón y Navarra es prioritario el inicio de terapia biológica con antiTNF, salvo excepciones clínicas (insuficiencia cardíaca, antecedentes de neoplasia...) independientemente de DAS, FR o ACPA del paciente, por lo que hay más pacientes tratados con terapia antiTNF.

Conclusiones: En nuestra serie, los valores de FR y de ACPA no se relacionan con la respuesta al tratamiento (medida con el índice DAS-28), ni con el tipo de tratamiento utilizado (FAME convencional o TB ya sea antiTNF u otra). Esta conclusión es congruente con la teoría actual de que a pesar que FR y antiPCC son marcadores de mal pronóstico si están elevados en el momento del diagnóstico, no son buenos marcadores de actividad inflamatoria, por su pobre capacidad predictiva.

363. AYUDAS TÉCNICAS CONSENSUADAS ENTRE ESPECIALISTAS PARA EL ABORDAJE DE LA COMORBILIDAD EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL. PROYECTO GECOAX

C. González¹, R. Curbelo Rodríguez², J.C. Torre-Alonso³, E. Collantes⁴, S. Castañeda⁵, M.V. Hernández⁶, A. Urruticochea-Arana⁷, J.C. Nieto¹, J. García⁸, M.Á. Abad⁹, J. Ramírez⁶, C. Suárez¹⁰, R. Dalmau¹¹, M.D. Martín-Arranz¹², L. León¹³, J.C. Hermosa¹⁴, J.C. Obaya¹⁵, T. Otón² y L. Carmona²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Monte Naranco. Oviedo. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. IIS-IP. Madrid. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Can Misses. Ibiza. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital de Plasencia. ¹⁰Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. ¹¹Servicio de Cardiología; ¹²Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. ¹⁴Centro de Salud Ciudades. Getafe. ¹⁵Centro de Salud Alcobendas.

Introducción: El manejo de la comorbilidad en los pacientes con espondiloartritis axial (EspAx) necesita mejorarse dado que la implantación de las guías de práctica clínica de manera rutinaria en las consultas es todavía bastante deficiente y heterogénea.

Objetivos: El consenso GECOAX tuvo como objetivo identificar la comorbilidad prioritaria en los pacientes con EspAx y elaborar unos criterios o pautas de seguimiento desde una perspectiva eminentemente práctica.

Métodos: Se seleccionó un grupo multidisciplinar [10 reumatólogos (6 expertos en EspAx y 4 en revisiones sistemáticas), 2 médicos de familia, una internista, una cardióloga, una gastroenteróloga, una psicóloga y 3 metodólogos]. En una primera reunión de discusión se votó una lista de comorbilidades en base a frecuencia e impacto.

Los panelistas debían defender con argumentos consistentes la inclusión de cada comorbilidad/ítem. En una segunda reunión se presentaron los argumentos de todos los ítems a incluir y se confeccionaron las ayudas técnicas.

Resultados: El documento final incluye dos ayudas técnicas a modo de *checklist*, uno para profesionales sanitarios y otro para pacientes, que recogen: riesgo cardiovascular, comorbilidad renal, riesgo gastrointestinal, estilo de vida, riesgo de infecciones y vacunación, fibrosis pulmonar, medicación concomitante, trastornos psicoafectivos y osteoporosis y riesgo de fractura. Cada ítem está apoyado por argumentos. En la tabla se explican, de manera esquemática, los ítems incluidos en sendos *checklist*.

Ítems incluidos en los *checklist* del consenso GECOAX

Apartados	Comentarios
Tratamiento habitual	Recoger la medicación que toma el paciente ayuda a reconocer la comorbilidad. Son especialmente importantes: anticoagulantes orales, antihipertensivos, AAS, corticoides y AINE.
Comorbilidades específicas	Por su frecuencia o interferencia con el pronóstico o el tratamiento, no se pueden dejar de comprobar: hipertensión, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, cirrosis hepática, úlcera de estómago, infecciones de repetición, tuberculosis, osteoporosis y enfermedad neurológica. Aunque no se trate de una comorbilidad, el embarazo, o el deseo gestacional, deben incluirse en una comprobación rutinaria.
Calendario vacunal e higiene dental	Conocer la situación vacunal del paciente (y actualizarlo calendario según guías) así como incidir en la adecuada higiene dental evitarán infecciones. Especialmente importante en caso de inmunosupresión.
Riesgo de fractura	Las fracturas vertebrales son más frecuentes de lo esperado en EspAx. Evaluar factores de riesgo de fractura generales y específicos de la EspAx.
Actividad física	Interrogar sobre la cantidad y tipo de actividad física realizada, para poder recomendar su intensificación (de ser necesario) y algún tipo de ejercicio adecuado a la situación funcional del paciente.
Cuestionarios de depresión, calidad de sueño y vida sexual	El impacto de esta enfermedad en el ámbito psicosocial es muy relevante y debe evaluarse detenidamente en la consulta, dadas sus implicaciones en la calidad de vida.
Consumo de alcohol	Es un importante factor de riesgo para otras comorbilidades (cirrosis, hipertensión, fracturas, depresión). Debe cuantificarse.
Patología no prevenible	Dada la asociación de la EspAx con la uveítis, la enfermedad inflamatoria intestinal y la patología cardíaca, conviene sistematizar el interrogatorio en todas las visitas.

Conclusiones: Estas recomendaciones pretenden facilitar la evaluación sistemática de la comorbilidad asociada a la EspAx y permitir una detección más temprana de la misma, lo que puede derivar en un mejor control y manejo de estos pacientes por parte del reumatólogo.

Financiación: este proyecto fue financiado por Merck Sharp & Dohme España. Merck Sharp & Dohme no tuvo influencia ni en el desarrollo del proyecto ni en el contenido final del abstract.

364. PRÁCTICAS QUE SE DEBEN EVITAR EN EL ABORDAJE DE LA COMORBILIDAD EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL (ESPAX). PROYECTO GECOAX

C. González¹, R. Curbelo Rodríguez², J.C. Torre-Alonso³, E. Collantes⁴, S. Castañeda⁵, M.V. Hernández⁶, A. Urruticochea-Arana⁷, J.C. Nieto¹, J. García⁸, M.Á. Abad⁹, J. Ramírez⁶, C. Suárez¹⁰, R. Dalmau¹¹, M.D. Martín-Arranz¹², L. León¹³, J.C. Hermosa¹⁴, J.C. Obaya¹⁵, T. Otón² y L. Carmona²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Instituto de Salud Musculoquelética. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Monte Naranco. Oviedo. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. IIS-IP. Madrid. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Can Misses. Ibiza. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital de Plasencia. ¹⁰Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. ¹¹Servicio de Cardiología; ¹²Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. ¹⁴Centro de Salud Ciudades. Getafe. ¹⁵Centro de Salud Alcobendas.

Introducción: El objetivo del proyecto GECOAx es identificar la comorbilidad que debería ser prioritaria para el reumatólogo en el manejo de los pacientes con espondiloartritis axial (EspAx) y sugerir recomendaciones sobre cómo hacer su seguimiento, haciendo énfasis en su aplicación práctica. Durante el desarrollo de las recomendaciones y de materiales de ayuda, se evidenció la importancia de evitar determinadas situaciones.

Objetivos: Reconocer qué prescripciones, evaluaciones del riesgo o vacunación, son prácticas erróneas y de este modo evitar su perpetuación en la práctica clínica. Establecer recomendaciones de prácticas a evitar en el manejo de la comorbilidad de la EspAx.

Métodos: Se seleccionó un grupo multidisciplinar [10 reumatólogos, 1 internista, 1 cardióloga, 1 gastroenteróloga, 1 psicóloga y 2 médicos de familia]. Con el apoyo de 3 metodólogos, redactaron un listado de prácticas a evitar, sugerencias claras sobre qué no hacer en determinados aspectos en el manejo de los pacientes con EspAx. Tras una segunda reunión de discusión se aportaron evidencias que apoyaban las recomendaciones, se eliminaron los ítems sin base suficiente y se redactó el documento final.

Resultados: Se elaboró un listado a modo de resumen (tabla) en la que se recogen una serie de recomendaciones sobre prácticas a evitar en relación con la comorbilidad en la EspAx.

Recomendaciones sobre prácticas a evitar ("No hacer") en relación con la comorbilidad en pacientes con EspAx

No prescribir AINEs a pacientes con riesgo cardiovascular alto y particularmente con hipertensión (Essers et al. <i>Annals of the Rheumatic Diseases</i> . 2016;75:203-9).
No prescribir AINEs a pacientes con enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca o cirrosis hepática, y en caso necesario prescribirlos con mucha precaución (SEMFYC, 2014).
No usar escalas de riesgo cardiovascular en pacientes que ya han sufrido un evento cardiovascular (ictus, infarto, revascularización) o los que sin haberlo sufrido tienen múltiples factores de riesgo (tabaquismo, obesidad, sedentarismo, diabetes, hipertensión, dislipemia) o antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura; deben ser considerados de alto riesgo cardiovascular sin necesidad de aplicar escalas (Castaneda et al. <i>Semin Arthritis Rheum</i> . 2015;44:618-26).
No basar el cribado de la enfermedad renal en una única determinación de filtrado glomerular y/o albuminuria (SIEMPRE deben confirmarse) (Martínez-Castelao et al. <i>Nefrología</i> . 2014;34:243-62; Ministerio de Sanidad, 2015); no debería utilizarse la concentración de creatinina sérica como única prueba para evaluar la función renal.
No administrar terapia biológica en caso de infecciones activas, graves y no controladas, sepsis o riesgo de sepsis o tuberculosis ni sin haber realizado cribado previo, incluyendo detección de infección crónica por VHB, VHC, VIH y tuberculosis (descartar TBC activa, tuberculosis latente y contacto reciente con enfermos con tuberculosis) (Gómez Reino et al. <i>Reumatología clínica</i> . 2011;7:284-98).
No repetir la vacunación del VHB.
No vacunar con virus vivos a un paciente en terapia con agentes biológicos ni en tratamiento inmunosupresor.

Conclusiones: Estas recomendaciones pretenden evitar que se cometan errores comunes en la práctica clínica y ayudar al mejor manejo de la comorbilidad más frecuente en los pacientes con EspAx.

Financiación: este proyecto fue financiado por Merck Sharp & Dohme España. Merck Sharp & Dohme no tuvo influencia ni en el desarrollo del proyecto ni en el contenido final del abstract.

365. PERCEPCIÓN POR PARTE DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO E INMUNOSUPRESOR DE LA APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS

P. Vela¹, J. Diéguez², J. López-Nieto² y R. Caño¹

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

²Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Elche.

Introducción: El uso de las terapias biológicas e inmunosupresoras ha supuesto un gran avance en el tratamiento de las enfermedades inflamatorias crónicas articulares y autoinmunes sistémicas, sin embargo dichos tratamientos no están exentos de riesgos; viéndose aumentado, especialmente, el riesgo de padecer una infección.

Objetivos: Evaluar la percepción de los pacientes sobre la aplicación de medidas para garantizar su seguridad con el fin de evitar los riesgos asociados a las terapias inmunosupresoras y biológicas. Secundarios: valorar si existe relación entre la percepción de seguridad y el tipo de enfermedad, los fármacos administrados y el nivel de estudios del paciente.

Métodos: Estudio transversal. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, con diagnóstico de artritis reumatoide (AR), espondiloartritis (EA), artritis psoriásica (APs), y conectivopatías (lupus, síndrome de Sjögren, vasculitis sistémicas u otras enfermedades autoinmunes sistémicas), en tratamiento con fármacos biológicos y/o inmunosupresores en el momento del estudio. Se encuestó a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión en el momento en que acudían a consultas externas de Reumatología del HGUA, y que firmaran el consentimiento informado. Se registró: sexo, edad, diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad, fármaco biológico o inmunosupresor en el momento del estudio, duración del tratamiento y nivel de estudios. Para evaluar seguridad autopercibida se elaboró un cuestionario (tabla), dado que no existe ninguno publicado y validado.

Resultados: Se incluyeron 120 sujetos, 86 mujeres (71,7%), 34 hombres (28,3%), edad media 59,68 ± 15,06 años, tiempo medio de evolución de la enfermedad de 12,95 ± 10,42 años (rango: < 1 - 55 años) y duración media del tratamiento de 65,76 ± 55,31 meses (rango: 1-263 meses). El 63,3% diagnosticados de AR, 13,35% de EA, 9,2% de APs y el 14,2% restante conectivopatías. Un 59,5% recibía tratamiento con fármaco biológico y un 40,8% con inmunosupresores. Seguridad autopercibida: el 69,2% considera haber sido informado adecuadamente acerca de los posibles efectos adversos y riesgos antes de iniciar el tratamiento, sin diferencias significativas entre tipo de fármaco, ni entre enfermedades. Un 93,3% afirmó que se le realizaron pruebas para garantizar su seguridad, pero solo el 42,5% refirió haber sido derivado a Medicina Preventiva o vacunado, con diferencia significativa entre tipos de fármacos (se derivó o vacunó al 54,9% de los pacientes con biológico frente al 24,5% de los tratados con inmunosupresores, p = 0,003). Un 89,2% se siente seguro con el tratamiento y un 95,8% se siente seguro frente a los posibles efectos adversos gracias al contacto y la vigilancia de su médico. El 87,5% considera que el beneficio del tratamiento es mayor que el riesgo. Un 74,2% cree que el tratamiento puede alterar sus defensas, pero solo un 30,8% considera haber enfermado en más ocasiones en el tiempo que lleva con el tratamiento. No hubo ninguna correlación significativa entre el nivel de estudios y las respuestas al test de seguridad.

Para cada pregunta, rodee con un círculo la respuesta de la derecha que considere más acorde con su opinión.

1. ¿Antes de iniciar el tratamiento, considera que se le informó adecuadamente acerca de los posibles efectos adversos y riesgos?	Sí	No	No recuerdo	Prefiero no contestar
2. ¿Antes de iniciar el tratamiento, se le realizaron pruebas para garantizar su seguridad? (radiografía de tórax, análisis)	Sí	No	No recuerdo	Prefiero no contestar
3. ¿Antes de iniciar el tratamiento se le derivó al servicio de Medicina Preventiva, o se le administraron vacunas?	Sí	No	No recuerdo	Prefiero no contestar
4. ¿Cree que el tratamiento puede alterar sus defensas?	Sí	No		Prefiero no contestar
5. ¿Considera haberse puesto, en más ocasiones, enfermo, en el tiempo que lleva con el tratamiento?	Sí	No	No recuerdo	Prefiero no contestar
6. ¿Cree que el beneficio es mayor que el riesgo?	Sí	No		Prefiero no contestar
7. ¿El contacto y la vigilancia del médico le hacen sentirse seguro frente a los posibles efectos adversos?	Sí	No		Prefiero no contestar
8. En general, ¿se siente seguro con el tratamiento?	Sí	No		Prefiero no contestar

Conclusiones: Los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas y autoinmunes sistémicas en tratamiento inmunosupresor del HGUA perciben una adecuada aplicación de las medidas de seguridad para evitar los riesgos asociados. Sin embargo, la derivación a Medicina Preventiva y/o vacunación, es inferior a lo deseado.

366. LA AUTOINMUNIDAD SUBCLÍNICA NO CAUSA FENOTIPO DE HIPERCOLESTEROLEMIA PRIMARIA PERO MODIFICA EL PERFIL LIPÍDICO

E. Meriño-Ibarra¹, A. Cenarro² y F. Civeira²

¹Hospital Comarcal de Alcañiz. ²Unidad Clínica y de Investigación en Lípidos y Arteriosclerosis. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción: Nuestro grupo de investigación recientemente publicó un caso de cirrosis biliar primaria en una mujer de 43 años con niveles de colesterol total que ascendían a 1.369 mg/dL y sin antecedentes de hipercolesterolemia. A pesar del tratamiento durante 3 meses con colestiramina y ácido ursodeoxicólico no se obtuvo mejoría de las cifras de colesterol total. Se encontraron niveles muy altos de esteroides no colesterol (fitoesteroides, precursores del colesterol y precursores de ácidos biliares). No pudo demostrarse un defecto en la absorción intestinal de esteroides al no encontrar mutaciones funcionales en las proteínas transportadoras de esteroides a pesar del aumento plasmático de esteroides no colesterol, lo que hace suponer que en este caso con CBP se produjo una reducción significativa de la excreción biliar de esteroides. Hipótesis: en un porcentaje de sujetos con fenotipo de hipercolesterolemia primaria, dicha hipercolesterolemia se produce por alteraciones de origen inmune en la eliminación biliar del colesterol.

Métodos: Se estudiaron dos grupos de sujetos, todos del sexo femenino: Grupo 1: sujetos con hipercolesterolemia primaria, sin mutaciones en el gen del LDLR, de ApoB, PCSK9 y ApoE. Grupo 2: sujetos de población general o grupo control. En ambos grupos se determinaron varios autoanticuerpos: títulos de anticuerpos antinucleares (ANA), anticuerpos antimitocondriales (AMA) y de anticuerpos anti-músculo liso (ASMA) y se midieron los niveles de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos, patrón perinuclear (pANCA). Se determinó la prevalencia de autoanticuerpos en ambos grupos y se compararon los perfiles lipídicos.

Resultados: La prevalencia de los ANA, AMA y ASMA en sujetos del grupo 1 fue del 7,36%, 0,98%, 0% para los ANA, AMA y ASMA. Los niveles de pANCA no mostraron diferencias entre los grupos,

estando todos los resultados dentro de la normalidad. La proporción de autoanticuerpos entre los grupos estudiados fue similar. El fenotipo lipídico de los sujetos con autoinmunidad positiva (ANA positivo) no se modificó con respecto a aquellos con autoinmunidad negativa (ANA negativos). Los sujetos con AMA/ASMA positivos vs negativos se encontró una media de cHDL 48,4 (DE 9,52) vs 62,9 (DE 14,1) con $p = 0,023$ y la mediana de apoA1 139 (RI 98-155) vs 166 (RI 146,2-186,7) con $p = 0,018$.

Conclusiones: La proporción de autoanticuerpos en sujetos con y sin hipercolesterolemia primaria (sin mutaciones) fue similar. La presencia de autoanticuerpos relacionados con la vía biliar puede inducir cifras más bajas de cHDL y de apoA1 que en los sujetos sin estos autoanticuerpos.

367. COMPARACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE TRATADOS CON ANTI-TNF O AINE. ¿EXISTE ALGUNA DIFERENCIA? UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

M. Arévalo¹, M. Zamora¹, M. Moreno¹, C. Pontes², R. Vives², J.M. Oliva³, M. Larrosa¹ y J. Gratacós¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Farmacología; ³Servicio de Estadística. Parc Taulí Hospital Universitari. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT. Universitat Autònoma de Barcelona. Sabadell.

Objetivos: Evaluar si existe alguna diferencia entre pacientes con espondilitis anquilosante (EA) tratados con AINE o antiTNF por lo que respecta a actividad de enfermedad.

Métodos: Se trata de un estudio observacional transversal unicéntrico utilizando datos retrospectivos de la historia clínica de todos los pacientes con EA primaria visitados en nuestro hospital durante el año 2016. Se compararon los datos demográficos y clínicos de los pacientes en tratamiento con antiTNF con aquellos en tratamiento con AINE. Como variable clínica principal se usó la escala de BASDAI. Se definió baja actividad de enfermedad en base a BASDAI < 4, e inactividad para BASDAI = 2. Como variables secundarias, se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y radiológicos de todos los pacientes.

Resultados: Se evaluaron un total de 221 pacientes, 69 (30%) de los mismos se excluyeron por falta de datos o por no cumplir criterios de inclusión. Al final se incluyeron en el estudio un total de 152 pacientes con EA primaria, de los cuales el 81% eran varones, con una edad media de $49,45 \pm 12,38$ años y duración media de enfermedad de $13,5 \pm 9,79$ años. 89 pacientes (58,6%) estaban en tratamiento con AINE y 63 (41,4%) con antiTNF. Los pacientes en tratamiento con antiTNF mostraron respecto a los tratados con AINE un porcentaje de varones significativamente mayor (89 vs 75 $p = 0,035$) y mayor duración de la enfermedad ($15,5$ vs $12,2$ años $p = 0,04$). La proporción de pacientes con baja actividad de enfermedad e inactividad fue significativamente mayor en el grupo de tratados con antiTNF comparado con el grupo de AINE (81 vs 47 $p = 0,0001$ y 44 vs 24 $p = 0,007$). Así mismo, los pacientes tratados con AINE marcaron puntuaciones significativamente mayores en cuanto a dolor nocturno ($p = 0,035$) y valoración global del paciente y médico ($p = 0,022$ y $0,01$ respectivamente), comparados con el grupo de tratados con antiTNF. El porcentaje de uveítis también fue significativamente mayor en el grupo de pacientes con AINE comparado con los que estaban con anti-TNF (16% vs 3% $p = 0,046$). El tipo de tratamiento (AINE o antiTNF) fue la variable independiente más asociada a un buen control clínico del paciente (baja actividad de enfermedad o inactividad).

Conclusiones: Los pacientes con EA tratados con antiTNF mostraron un mejor control de la actividad clínica que aquellos tratados con AINE.

368. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL USTEKINUMAB EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL: EXPERIENCIA DE UN CENTRO UNIVERSITARIO

A. Brandy, R. Queiro, A. Lorenzo, M. Alperi, J.L. Riestra, L. Arboleya y J. Ballina

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivos: Ustekinumab (UST) es un anticuerpo monoclonal frente a la subunidad común p40 de IL-12 e IL-23 que ha demostrado eficacia y seguridad en pacientes con artritis psoriásica (APs). No obstante, los datos de efectividad y seguridad en uso clínico real (UCR) son escasos, pues UST se viene usando para el tratamiento de la APs en nuestro país desde marzo del 2015. Nuestro objetivo ha sido analizar la efectividad y seguridad de UST en condiciones de UCR en un hospital universitario.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, abierto y no controlado de UST en condiciones de UCR. Se incluyen pacientes con APs que han recibido al menos tres dosis de UST (n: 40). Período de estudio: marzo 2015 a noviembre 2016. Se perdieron 6 pacientes (4 por falta de eficacia y 2 por intolerancia), por tanto los resultados corresponden a los 34 restantes. Edad media: 49,6 ± 13 años. 62% mujeres y 38% varones. Duración media de psoriasis: 14,1 ± 9,8 años. Duración de artritis: 7,5 ± 5,4 años. Se analizaron medidas centrales y de dispersión, y se emplearon test no paramétricos (U de Mann-Whitney y rangos de Wilcoxon).

Resultados: El 32,4% tenían un patrón oligoarticular, el 29,4% poliartrosis y el 38,2% mixto. El 18% eran naïve a inhibidores del TNF (iTNF), el 50% habían recibido un solo iTNF, y el 32% 2 o más iTNF. PASI basal 11,13 ± 7,7 vs PASI final 3 ± 2,8, p < 0,0001. HAQ basal 1,13 ± 0,42 vs HAQ final 0,62 ± 0,41, p < 0,0001. El número de articulaciones tumefactas (NAT) basal era de 5,5 ± 3,1 vs NAT final 3,2 ± 2,4, p < 0,05. El 56% de los pacientes llegó a una respuesta MDA (Coates et al. Ann Rheum Dis. 2010;69:48-53). No se observaron infecciones serias, tumores o eventos adversos graves.

Variable	MDA (n:19)	No MDA (n: 15)	Valores p
Edad (años)	48,8 ± 13,9	50,7 ± 12,8	NS
Evol psor (años)	12,8 ± 9,8	15,8 ± 9,9	NS
Evol art (años)	6,3 ± 4,7	9,1 ± 6,1	NS
Naïve	10,5%	26,7%	NS
1 iTNF	68,3%	26,7%	< 0,05
2 o más iTNF	21,2%	46,6%	NS
Uso UST (meses)	10,2 ± 3,9	6,8 ± 3,06	0,011
PASI basal	8,42 ± 4,7	14,1 ± 9,5	0,036
PASI final	1,94 ± 2,5	4 ± 2,8	0,008
HAQ basal	0,99 ± 0,34	1,31 ± 0,45	0,045
HAQ final	0,35 ± 0,17	0,95 ± 0,39	0,0001

MDA: Minimal Disease Activity.

Conclusiones: UST es un fármaco efectivo y seguro en condiciones de UCR. Los pacientes con menos tiempo de evolución, menos exposición previa a iTNF, más tiempo de uso con UST, con PASI y HAQ basales comparativamente más bajos, tienden a presentar mejor respuesta (MDA) al fármaco. Estos datos deben corroborarse en series más amplias de pacientes.

369. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y MÍNIMA ACTIVIDAD DE ENFERMEDAD EN ARTRITIS PSORIÁSICA: RESULTADOS DEL ESTUDIO MAAPS

R. Queiro y J.D. Cañete

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivos: Algunos factores de riesgo cardiovascular (FRCV), como la obesidad, se han asociado a peores respuestas con las terapias biológica en artritis psoriásica (APs) (Ogdie et al. Int J Clin Rheumatol. 2015;10:451-9). Nuestro objetivo ha sido analizar la

posible asociación entre FRCV y la probabilidad de estar en mínima actividad de enfermedad (MAE) en pacientes con APs tratados con terapias sistémicas convencionales y/o biológicas.

Métodos: El estudio MAAPS (Mínima Actividad en Artritis Psoriásica) es un estudio transversal, en condiciones de práctica clínica real, realizado en 25 Unidades de Reumatología de nuestro país, en pacientes con APs con al menos un año de evolución, y tratados con terapias sistémicas convencionales y/o biológicas. Los pacientes se consideraron en MAE si cumplían 5/7 criterios (Coates et al. Ann Rheum Dis. 2010;69:48-53). La asociación entre FRCV y MAE se analizó por modelos uni y multivariados.

Resultados: De los 227 pacientes incluidos, 133 (58,6%) estaban en situación de MAE (52% monoterapia anti-TNFa, 24% monoterapia con FAME sintéticos, 24% anti-TNFa con FAME sintéticos). Dentro de los FRCV clásicos, el tabaco (OR cruda: 0,54), el sedentarismo (OR cruda: 1,95), la hiperuricemia (OR cruda: 2,01) y la obesidad (OR cruda: 1,54) se asociaron con el estado MAE en el modelo univariado (p < 0,25). El único FRCV asociado a la respuesta MAE en el modelo multivariado fue el estilo de vida sedentario (OR 3,13, IC95%: 1,50-6,53; p = 0,002). No se encontró asociación entre la MAE y el número de FRCV.

Conclusiones: Contrariamente a lo hallado en otros estudios, en este estudio multicéntrico transversal no se encontró relación alguna entre FRCV y respuesta MAE. En todo caso, los pacientes con enfermedad psoriásica deben ser animados a mantener un estilo de vida cardiosaludable.

Este estudio ha sido financiado por Pfizer.

370. EL PAPEL DEL HLA-B27 EN EL FENOTIPO DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: RESULTADOS DE LA BASE DE DATOS REGISPONSER

M. Arévalo¹, P. Font², M. Moreno¹, D. Ruiz², M.C. Castro², P. Carreto², M. Larrosa¹, E. Collantes², J. Gratacós¹ y Grupo REGISPONSER

¹Servicio de Reumatología. Parc Taulí Hospital Universitari. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT. Universitat Autònoma de Barcelona. Sabadell. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía/IMIBIC/Universidad de Córdoba. ³Gerencia MFyC de Valladolid. Área Este. Valladolid.

Objetivos: Establecer diferentes patrones fenotípicos de pacientes con espondilitis anquilosante (EA) en relación a la positividad o negatividad del HLA-B27.

Métodos: Se trata de un estudio multicéntrico, observacional, transversal y descriptivo de pacientes con EA procedentes de la base de datos española REGISPONSER. Se compararon entre sí los pacientes B27 positivos y B27 negativos en cuanto a datos clínicos, demográficos, actividad inflamatoria y daño estructural. Para medir actividad inflamatoria se utilizó el Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) y los reactantes de fase aguda (VSG y PCR). La discapacidad funcional se valoró mediante el Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI), y el daño radiológico mediante el Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Score (BASRI). Para variables cualitativas se utilizó Chi cuadrado y para cuantitativas la prueba t. Se realizó el análisis comparativo uni y multivariante para establecer los rasgos que estuvieran relacionados con la negatividad o positividad del B27.

Resultados: Se recogieron datos de 1.235 pacientes con EA, de los cuales 1029 (83,3%) eran HLAB27 positivos y 206 (17,7%) HLAB27 negativos. 924 (74,8%) eran hombres. No se observaron diferencias en la positividad del HLAB27 entre hombres y mujeres ni tampoco diferencias en la distribución por sexos entre ambos grupos. Los pacientes HLAB27+ presentaron significativamente mayor agregación familiar (p = 0,002), eran más jóvenes (p = 0,012) y presentaron una edad de inicio y diagnóstico más precoz (p < 0,001), con un mayor tiempo de

evolución de la enfermedad ($p = 0,037$) y una tendencia a un menor retraso en el diagnóstico y mayor frecuencia de uveítis comparado con los HLAB27-. Por el contrario, los pacientes HLAB27- en comparación con los HLAB27+, mostraron significativamente más artritis periférica ($p = 0,022$), dactilitis ($p = 0,001$) y manifestaciones extraarticulares (psoriasis, pustulosis palmoplantar, enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y balanitis) ($p < 0,001$), así como mayores valores de BASDAI y BASFI ($p = 0,047$ y $p = 0,005$ respectivamente). El estudio no evidenció diferencias entre los dos grupos de pacientes en lo que respecta a presencia de manifestaciones axiales, entesitis, ni lesiones radiológicas (medidas por BASRI). En el análisis multivariante, la presencia de antecedentes familiares de espondiloartritis (OR 2,10, IC95% 1,27-3,49, $p = 0,004$), la edad al diagnóstico (OR 0,97, IC95% 0,96-0,98, $p < 0,001$), la presencia de dactilitis (OR 0,16, IC95% 0,05-0,56, $p = 0,004$), de manifestaciones extraarticulares especialmente EII (OR 0,22, IC95% 0,12-0,40, $p < 0,001$) y la de artritis periférica (OR 0,53, IC95% 0,32-0,89, $p = 0,016$) fueron los factores que mostraron una asociación independiente más fuerte con la presencia del HLAB27.

Conclusiones: La presencia del HLAB27 en pacientes con EA se asocia a una mayor agregación familiar e inicio más precoz de la enfermedad junto con menor frecuencia de dactilitis, manifestaciones extraarticulares y artritis periférica.

371. EL MODELO DE AUTOGESTIÓN EN LA AGENDA DE CONSULTAS SUCESIVAS EN REUMATOLOGÍA

D. Castro Corredor¹, M.D. Mínguez¹, J. Anino¹, J.J. Mateos¹, M. Paulino¹, A. Ariza¹, E. Revuelta¹, V. Salas¹, A. Sánchez¹, M.A. Tébar², E. Añó³, M.D. Sanz³, M.N. Ballester⁴, I.M. de Lara⁵ y J.L. Cuadra¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Calidad; ³Servicio de Información y Atención al Usuario; ⁴Servicio de Control de Gestión; ⁵Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Introducción: Dentro de los diferentes sistemas de gestión de citas en el ámbito de consultas externas hospitalarias, destacan el modelo de autogestión, en el que son los facultativos del propio Servicio los que gestionan las citas de revisión de los pacientes, en función de su patología, evolución, pruebas complementarias..., y por otra parte está el modelo de gestión externa a través del Servicio de Admisión De Consultas Externas, que se realiza en base a criterios organizativos tales como disponibilidad de agendas o tipología de pruebas solicitadas, entre otros. En el momento actual no se han encontrado evidencias que indiquen cual de los dos modelos es más eficiente y mejor valorado por los usuarios.

Objetivos: Realizar un análisis comparativo, en términos de indicadores de actividad y de calidad percibida por los usuarios, entre el Modelo de Autogestión de Citas Sucesivas del Servicio de Reumatología del Hospital de Ciudad Real, y el Modelo de gestión externa de citas implantado en ocho de los quince servicios médicos del hospital.

Métodos: Análisis de la actividad/rendimiento; a través del Servicio de Control de Gestión, se obtuvieron los datos de actividad entre el 1 de enero y 31 de mayo de 2016, tanto del Servicio de Reumatología como del resto de Servicios Médicos incluidos en el estudio. Se recogieron las siguientes variables: número de primeras consultas y de consultas sucesivas, tiempo medio de espera para primera consulta y para consultas sucesivas, número de pacientes dados de alta desde consultas externas, número de incomparecencias y número de reprogramaciones de primeras consultas y sucesivas. Se realizó un análisis multivariante para la identificación de variables con diferencias estadísticamente significativas. Análisis de Calidad Percibida a través de dos fuentes; análisis comparativo entre servicios, de la tasa de incidencia de reclamaciones (TIR), así como de las categorías/motivos principales de reclamación relacionados con las variables objeto de este estudio en el primer semestre de 2016, y encuesta telefónica realizada a una muestra representativa de pacientes atendidos en consultas externas del Servicio de Reumatología, que incluye una

pregunta para la evaluación de la satisfacción global con la atención recibida en consultas externas de otros Servicios médicos.

Resultados: Se obtuvieron los siguientes números: En el análisis de la actividad/rendimiento: se diseñó una base de datos con más de 100.000 registros de las citas del conjunto de servicios incluidos en el estudio, donde el tiempo medio de espera y los números de incomparecencias y reprogramaciones para consultas sucesivas de reumatología fueron significativamente inferiores al resto de servicios. El número de pacientes atendidos en consultas externas de reumatología fue de 7768, se realizó la encuesta a un total de 280 pacientes (tasa de respuesta 63,21%), donde destaca una gran satisfacción global, además, de una TIR baja.

Conclusiones: Se parte de la hipótesis de que el Modelo de autogestión de citas tiene mejores resultados tanto en indicadores de actividad como en la calidad percibida por los usuarios, pero la toma de decisiones estratégicas en cuanto a la implantación de uno u otro modelo requiere de un análisis robusto de la información y debe basarse en resultados, siendo buenos en nuestro estudio. Este estudio puede ser fundamental para la toma de decisiones en la mesogestión de organizaciones sanitarias.

372. SWITCHING DE TERAPIA BIOLÓGICA EN UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE ESPONDILOARTRITIS Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. Urruticochea-Arana¹, D. Figueiredo Gonçalves², A. García Valle¹, M. Novella³, C. Rodríguez³, A. Ruiz Rubi³, Z. Salma³, J.A. Lucero³ y M.J. García³

¹Servicio de Reumatología; ²Medicina Familiar y Comunitaria; ³Servicio de Digestivo. Hospital Can Misses. Ibiza.

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) engloba fundamentalmente dos entidades: la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC). Ambas de etiología desconocida y evolución crónica y recidivante de comportamiento muy heterogéneo que se pueden asociar a la espondiloartritis (EsA). El abordaje conjunto de estas enfermedades es una realidad ya constatada en muchos hospitales en las unidades multidisciplinares, entre especialistas de digestivo y reumatólogos.

Métodos: Se recogen los pacientes valorados en el servicio de Digestivo y Reumatología durante un periodo de 10 años, con EII y EsA simultánea y que además llevan terapia biológica en el momento del estudio. Dicha unidad multidisciplinar consiste en una consulta presencial o telefónica entre ambos especialistas, donde se analiza cada caso y se individualizan planes terapéuticos según acuerdo mutuo. Se realiza una recogida de datos de los pacientes, de forma retrospectiva, analizando diferentes variables como la edad, sexo, comorbilidades, inmunizaciones, la enfermedad presentada tanto digestiva, como reumática, así como su tiempo de evolución. Se revisan los tratamientos FAMES biológicos y no biológicos que han recibido los pacientes, así como los acontecimientos adversos presentados. Y también se recogen los cambios terapéuticos de los tratamientos biológicos y el motivo del *switching*.

Resultados: La muestra recogida $N = 10$, la mitad varones, edad media de 48 años. Antecedente de hábitos tóxicos: 4 fumadores de los cuales 1 caso con enolismo leve y 6 casos sin hábitos tóxicos referidos. Entre las comorbilidades asociadas se recogen: HTA en un sólo caso, dislipemia en 2, trastorno ansioso-depresivo en 4, hernia discal en 2, esferocitosis hereditaria en 1, otro de uveítis anterior con edema macular quístico complicado y 4 casos sin comorbilidad. El Mantoux previo a terapia biológica fue negativo y persiste negativo en todos los casos, así como la vacunación de VHB, neumococo y antigripal fue actualizada en todos ellos. En cuanto a la enfermedad digestiva encontramos 7 pacientes con EC y 3 con CU, y a nivel de la EsA, 6 casos con afectación exclusivamente periférica, 1 pura axial y 3 mixtas (axial y periférica). El tiempo de evolución de la EII

en los casos estudiados fue comprendido en un rango de 2-30 años y la EsA en un rango de 2-27 años. Respecto a las pruebas de imagen de RMN de sacroilíacas (SI) resultaron positivas con edema de SI en los 4 casos realizados. En cuanto a la terapéutica de la serie, encontramos corticoterapia en 7 casos, FAMES no biológicos azatioprina y salazopyrina en la mitad de la muestra y metotrexate en 4 pacientes. Los acontecimientos adversos reportados incluyeron intolerancia digestiva, mal estado general en el caso de metotrexate y anemia en el caso de azatioprina. Referente a los tratamientos biológicos, han llevado un solo biológico 3 pacientes, dos biológicos 5 y tres biológicos 2 casos (tabla). Los motivos de cambio de tratamiento biológico han sido diversos, por fallo en la enfermedad digestiva 2 casos, fallo en la EsA 3 casos, 1 por afectación de una uveítis complicada con edema macular quístico y otro por efecto paradójico de aparición de psoriasis cutánea; en 3 casos no hubo *switching* de tratamiento.

Casos	1º biológico	2º biológico	3º biológico	Motivo del cambio
1	Infliximab	Adalimumab	Certolizumab	Psoriasis paradójica
2	Etanercept	Adalimumab	No	Uveítis anterior + edema macular quístico
3	Infliximab	Adalimumab	No	EsA
4	Adalimumab	Golimumab	Certolizumab	1º cambio fallo secundario por EsA 2º cambio fallo secundario por EsA
5	Golimumab	No	No	No
6	Adalimumab	Golimumab	No	1º cambio fallo secundario por EsA
7	Infliximab	No	No	No
8	Adalimumab	Infliximab	No	1º cambio fallo primario por CU
9	Infliximab	No	No	No
10	Infliximab	Adalimumab	No	1º cambio fallo secundario por Crohn

Conclusiones: Las consultas multidisciplinares entre especialistas de Digestivo y Reumatología son de gran importancia en el control, seguimiento y toma de decisiones de forma consensuada en la enfermedad inflamatoria intestinal y la espondiloartritis. Son un tipo de consultas de excelencia con un alto beneficio para el abordaje clínico y terapéutico de dichos pacientes.

373. REVISIÓN SISTEMÁTICA ACTUALIZADA 2016: EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TERAPIA BIOLÓGICA COMPARADA CON LOS INMUNOSUPRESORES SINTÉTICOS O EL PLACEBO EN EL TRATAMIENTO DE LA UVEÍTIS ASOCIADA A ENFERMEDAD DE BEHÇET

A. Urruticoechea-Arana¹, T. Cobo-Ibáñez², V. Villaverde García³, M. Santos-Gómez¹, K. Vargas-Osorio⁴, L. Fariñas-Padrón⁴, F. Díaz-González⁵, V. Calvo-Río⁶ y R. Blanco Alonso⁶

¹Servicio de Reumatología; ⁴Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Can Misses. Ibiza. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Universidad Europea. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Móstoles. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: Los tratamientos sistémicos utilizados en la afectación ocular de la enfermedad de Behçet son corticoides, inmunosupresores sintéticos y biológicos. Las posibles complicaciones irreversibles oftalmológicas hacen prioritario conocer la eficacia de estos fármacos.

Objetivos: Analizar la eficacia y seguridad de la terapia biológica vs ciclosporina A (CsA), azatioprina (AZA), o placebo en la disminución del número de recidivas de uveítis y mejoría del pronóstico visual en pacientes con Behçet.

Métodos: Búsqueda sistemática de la literatura en MEDLINE, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials desde su inicio hasta 22 de agosto de 2016. Además una búsqueda manual en

Congresos Internacionales y en las referencias de los estudios incluidos. Los criterios de selección: 1) pacientes adultos con enfermedad de Behçet y uveítis, 2) tratamiento con terapias biológicas, 3) placebo o comparador activo con CsA o AZA, 4) medidas de desenlace para evaluar eficacia como nº de recidivas de uveítis, pronóstico visual, edema macular quístico, vasculitis retiniana, vitritis, hipopion, etc.; y/o eventos adversos. Se incluyeron meta-análisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y estudios observacionales de > 10 pacientes con comparador. La selección, revisión y evaluación de la calidad de los artículos fue realizada por 2 revisores de forma independiente. Se utilizó la escala de Oxford para determinar la calidad de los estudios.

Resultados: De 256 artículos, 9 cumplieron los criterios de inclusión: 3 observacionales retrospectivos y 6 ensayos clínicos aleatorizados en 378 pacientes con Behçet y uveítis refractaria a corticoides y/o inmunosupresores sintéticos. El rango de edad fue de 9-63 años con predominio de varones, con periodo de seguimiento de 6-36 meses. El diagnóstico de enfermedad de Behçet se estableció según criterios variables entre estudios y en cada uno de ellos se especificó el tipo de afectación oftalmológica. Los diferentes tratamientos: 3 estudios observacionales compararon infliximab (IFX) con CsA, IFX con CsA asociada a AZA o metotrexate (MTX) e IFNa2a con AZA asociada a CsA; 2 ECA compararon adalimumab (ADA) con placebo; 1 ECA rituximab (RTX) asociado a MTX con ciclofosfamida (CFM) asociada a AZA; 1 ECA secukinumab (SECUK) con placebo; Otro daclizumab (DACL) con placebo y el último pegIFN-a-2b con corticoides sistémicos y/o inmunosupresores. Se registraron los eventos adversos como medida de desenlace secundaria en los 9 estudios.

Conclusiones: Con evidencia variable, IFX parece seguro y más eficaz que CsA en reducir los brotes de uveítis a corto plazo y el nº de complicaciones graves y brotes de vasculitis retiniana a largo plazo así como RTX es similar a CFM asociado a AZA en mejorar los índices de actividad inflamatoria. ADA es más eficaz que placebo como ahorrador de corticoides alcanzando control de forma precoz y sostenida en pacientes con uveítis intermedia, posterior, o panuveítis activa, pero no fue tan seguro como placebo. El pegIFN-a-2b redujo significativamente la dosis de corticoides obteniendo mejor calidad de vida con tendencia en reducir el uso de otros inmunosupresores. El tratamiento con IFNa2a disminuye el número de ataques de uveítis/año y mejora la agudeza visual. SECUK al igual que DACL no es eficaz en reducir los brotes de uveítis pero podría tener un efecto en el ahorro de inmunosupresores. Los resultados de esta revisión apoyan el beneficio de realizar más estudios comparativos bien diseñados con IFX, ADA, RTX e IFN-a.

374. AFECTACIÓN ARTICULAR EN LA FASE CRÓNICA DE INFECCIÓN POR VIRUS DE CHIKUNGUNYA: DATOS DE UN CENTRO DE REFERENCIA

D. Benavent¹, E. Fernández¹, I. Monjo-Henry¹, F. de la Calle², E. Trigo², R. Madero³, E. de Miguel¹ y A. Balsa¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Enfermedades Tropicales. Hospital Carlos III. Madrid. ³Servicio de Bioestadística. Hospital La Paz-Idipaz. Madrid.

Introducción: La infección por virus de Chikungunya (CHIKV) es una enfermedad emergente, con aparición de numerosos brotes en los últimos años. El virus tiene predilección por la afectación articular en todas las fases de la enfermedad, pudiendo desencadenar artritis crónica durante meses y años tras la infección.

Objetivos: Describir las características clínicas y demográficas de una cohorte de pacientes con artralgias en fase crónica de la infección por CHIKV (más de 3 meses de la infección) en un centro de referencia de enfermedades Tropicales.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo observacional retrospectivo de pacientes con diagnóstico serológico confirmado de infección por CHIKV y persistencia de sintomatología articular en la

fase crónica de la infección. Se incluyeron 59 pacientes entre mayo de 2014 y diciembre de 2016. Se estudiaron un total de 56 variables sociodemográficas, clínicas, analíticas y terapéuticas que fueron analizadas con el programa SPSS versión 19.

Resultados: Del los 59 pacientes, 76,3% eran mujeres. La edad media al diagnóstico fue $46,08 \pm 13,65$ años. De los 15 países en los que se registraron contagios, la mayor tasa fue en Colombia (30,5%) y República Dominicana (28,8%). No hubo ningún caso autóctono. Las articulaciones más frecuentemente afectadas fueron carpos (77,6%), rodillas (77,6%), articulaciones de los pies (75,9%) y dedos de las manos (43,1%). El 95% tuvo fiebre y el 79,3% rash al inicio de la infección. El 91,5% de los pacientes presentaron rigidez matutina en algún momento de la evolución de la enfermedad. Los parámetros analíticos se muestran en la tabla. Los anticuerpos antinucleares y HLA B27 fueron negativos en todos los pacientes en los que se solicitó. El factor reumatoide y los anticuerpos antipeptido citrulinado fueron positivos en uno de ellos. Respecto a los antecedentes personales, el 15,5% presentaban hipertensión arterial, el 3,4% diabetes mellitus y el 17,2% dislipemia. El 75,8% de los pacientes no eran fumadores, 18,2% eran exfumadores y 6,1% fumadores activos. Seis pacientes (10,2%) presentaron artralgias o artritis persistente a pesar de glucocorticoides y AINEs, por lo que fueron remitidos a consultas de Reumatología. Estos ($n = 6$), eran en su mayoría mujeres (83,3%), con edad media similar a la cohorte (47,33 años), y aunque no alcanzó la significación estadística, tenían mayor frecuencia de artralgias previas a la infección por CHIKV (33,3% frente al 5,9% de los no remitidos, $p = 0,081$), y antecedentes familiares de artritis (50% de los remitidos frente a ninguno de los no remitidos). De los pacientes derivados a consulta de Reumatología, 5 de ellos (83,3%) fueron diagnosticados de artritis crónica post-Chikungunya, lo que supone el 8,47% de los pacientes de la cohorte.

Parámetro analítico	(n ± DE)
Hemoglobina (g/dl)	13,61 ± 1,29
Leucocitos	6.477 ± 1.866
Plaquetas	283.526 ± 94.990
VSG (mm/h)	20 ± 1.510
PCR (mg/L)	12 ± 19,84

Conclusiones: Las artralgias en la fase crónica son una manifestación muy frecuente tras la infección por CHIKV, y casi un 10% desarrolla artritis franca. En nuestra cohorte, en este subgrupo predominan las mujeres, con antecedentes previos de artralgias y antecedentes familiares de artritis.

375. REPERCUSIONES DE LA IMPLANTACIÓN DE UN FRACTURE LIAISON SERVICE EN EL GASTO FARMACÉUTICO PARA LA OSTEOPOROSIS

A. Naranjo¹, S. Ojeda¹, S. Rodríguez², I. Bernardos¹, A. Molina¹ y F. de la Nuez³

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Negrín. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. ²Unidad de Valoración Geriátrica. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ³Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación. Servicio Canario de la Salud. ⁴Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: En 2012 se implantó un Fracture Liaison Service (FLS) para pacientes ambulatorios en el área de salud Gran Canaria Norte, el cual desde febrero 2016 también atiende a pacientes ingresados por fractura de cadera. El objetivo de este trabajo fue analizar el impacto económico de la implantación del FLS en el gasto farmacéutico para la osteoporosis.

Métodos: Se recogió el gasto en medicación para osteoporosis desde el 1 de enero de 2011 al 1 de octubre de 2016. Los datos excluyen la aportación del usuario, distinguiendo el gasto en fármacos del grupo

I (calcio y vitamina D), fármacos del grupo II (bisfosfonatos, denosumab, moduladores del receptor estrogénico, estroncio, teriparatida) y gasto total (suma de los grupos I y II). La combinación de alendronato más calcifediol se incluyó en el grupo II. No se incluyeron los bisfosfonatos administrados en hospitales por vía parenteral. Para el análisis del número de prescripciones mensuales se realizó un ajuste ($\times 6$) para las dispensaciones de denosumab. Para este trabajo se analizó el gasto en osteoporosis en Gran Canaria, que está conformada por dos áreas de salud; el área Norte y el área Sur. La población de edad igual o superior a 65 años en las áreas Norte y Sur en el año 2016 es de 63.535 y 52.453 personas, respectivamente (un 21% superior en el área Norte). En el área Norte la densitometría ósea puede ser solicitada (cumpliendo ciertos criterios) por los médicos de atención primaria y especializada. En el área Gran Canaria Sur los pacientes han de ser derivados a la Unidad Metabólica Ósea que es la que valora la necesidad o no de densitometría ósea. En el área sur no existe formalmente un FLS, siendo la Unidad Metabólica Ósea el referente en osteoporosis desde hace más de 20 años. Se recogieron los pacientes atendidos en el FLS del área Norte desde su creación y se realizó una estimación de la cifra de casos de fractura que sigue en tratamiento en 2016.

Resultados: El gasto total en prescripciones para la osteoporosis en el año 2016 (enero a septiembre) en el área Norte fue de 1.226.702 euros, mientras en el área Sur fue de 1.069.606 euros (un 14% mayor en el área Norte). El gasto en 2016 para el grupo II (bisfosfonatos y equivalentes) fue de 799.840 euros y 656.301 euros respectivamente (un 22% mayor en el área Norte). La evolución del porcentaje del gasto total en osteoporosis para el área Norte en relación al total de Gran Canaria fue la siguiente: 53,6% en 2011; 54,2% en 2012; 54,4% en 2013; 54,3% en 2014; 53,4% en 2014 y 53,4% en 2016. Cuando se analizó por separado la evolución del gasto en fármacos del grupo II el porcentaje no varió entre 2011 y 2016 (55% corresponde al área Norte). El número de prescripciones de fármacos del grupo I fue de 7.551 unidades en el área Norte y 7.732 en el área Sur. Para el grupo II, las cifras fueron de 3.917 unidades en el área Norte y 2.873 unidades en el área Sur. Es decir, la prescripción en el periodo enero-septiembre 2016 de fármacos grupo I fue similar en ambas áreas (un 2% superior en el área Sur), mientras para el grupo II fue un 36% superior en el área Norte, permaneciendo estable esta diferencia entre 2011 y 2016. Entre 2012 y 2016 han sido valorados en el FLS del área Norte 1.297 pacientes, de los cuales tienen indicación de bisfosfonato o equivalente un 75%. La adherencia promedio al tratamiento a 12 y 24 meses es del 70%. La estimación es que aproximadamente 681 pacientes (17%) de los 3.917 que reciben un fármaco del grupo II en el área Norte en octubre de 2016 proceden del FLS.

Conclusiones: La implantación del FLS en el área de salud Gran Canaria Norte no ha supuesto un incremento del gasto farmacéutico para la osteoporosis.

376. EFECTIVIDAD DEL FLS ORTOGERIÁTRICO EN LA FRACTURA DE CADERA EN COMPARACIÓN CON EL ABORDAJE ORTOGERIÁTRICO ESTÁNDAR Y EL MODELO FLS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

A. Naranjo¹, S. Fernández Conde², S. Ojeda¹, S. Rodríguez³, L. Torres Hernández², I. Bernardos¹, I. Rodríguez³, V. Kraev³, C. Hernández Carballo² y P. Laynez²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife. ³Unidad de Valoración Geriátrica. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: El objetivo fue analizar la eficacia del Fracture Liaison Service (FLS) del HUGC Dr. Negrín para pacientes ingresados por fractura de cadera.

Métodos: Estudio observacional llevado a cabo en los hospitales Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC) y Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN), con una población > 65 años de 63.249 y 63.535 respectivamente. En el HUNSC el servicio de ortogeriatría es de modelo convencional. En el HUGCDN funciona desde 2012 un FLS para pacientes ambulatorios, que desde febrero 2016 incluye a los ingresados por fractura de cadera. En nuestro estudio se incluyeron pacientes > 65 años ingresados por fractura de cadera en el periodo 1/3/16 a 31/7/16. Se excluyeron los casos de demencia severa, las fracturas traumáticas así como los pacientes fallecidos durante el ingreso hospitalario. De las historias clínicas se recogieron los siguientes datos: fecha de la fractura, edad, sexo, historia previa de fractura por fragilidad, tratamiento para osteoporosis al ingreso (calcio, vitamina D, bisfosfonatos u otra medicación para prevenir fracturas como denosumab o teriparatida). Se recogió el tratamiento para la osteoporosis indicado en el informe de alta, así como el tratamiento 6 meses después del alta. La revisión tras el alta se llevó a cabo en noviembre de 2016, mediante la verificación de la prescripción en la receta electrónica. El análisis de los pacientes atendidos de manera ambulatoria se realizó tomando la base de datos del FLS del HUGCDN 2012-2016 para pacientes > 65 años con fractura de cadera.

Resultados: Se incluyeron 185 pacientes (105 del HUNSC y 80 del HUGCDN) con un promedio de edad de 82 años, sin diferencias estadísticamente significativas entre hospitales (tabla). El 13% del total de pacientes había presentado otras fracturas antes del ingreso. En el HUNSC la localización de dichas fracturas fue la siguiente: 5 de fémur, 3 de vértebra, 2 de húmero, 1 de rótula y 1 de pelvis. En el HUGCDN fueron 6 de fémur, 4 de antebrazo, 2 de vértebra y 1 de húmero. El porcentaje de pacientes que recibía un bisfosfonato antes del ingreso fue similar en ambos hospitales (8% en el HUNSC y 10% en el HUGCDN), sin embargo el porcentaje de pacientes tratados con calcio y vitamina D fue más elevado en el HUGCDN (OR 3,40 IC95%: 1,6-7,1). Al alta, el porcentaje de pacientes a los que se indicó un bisfosfonato o equivalente fue del 8% en el HUNSC y del 91% en el HUGCDN (p < 0,01). El tiempo promedio de valoración de la adherencia al tratamiento en los dos hospitales fue de 6,1 meses (rango 3,8-8,4 meses). El porcentaje de pacientes en tratamiento con bisfosfonato o equivalente fue del 15% en el HUNSC y del 74% en el HUGCDN (p < 0,01) (tabla). Datos de 93 pacientes; 4 no localizables, 8 exitus; Datos de 66 pacientes; 9 no localizables, 1 sin tratamiento por fractura atípica de fémur, 4 exitus). El tipo de tratamiento que recibían los pacientes fue el siguiente: en el HUNSC 8 bisfosfonato, 5 denosumab y 1 teriparatida. En el HUGCDN, 28 denosumab y 24 bisfosfonato. Se produjeron 12 fallecimientos durante el seguimiento; 8 (7,9%) en el HUNSC y 4 (5,3%) en el HUGCDN (p = 0,56). Los resultados de FLS ambulatorio HUGCDN fueron los siguientes: se han atendido 206 pacientes (el 27% de los ingresados en el periodo), edad media 79 años, realizaba tratamiento a los 6 meses el 81,7%.

	Hosp. Univ. N.S. Candelaria	Hosp. Univ. Dr. Negrín	p
Nº de pacientes	105	80	
Edad, media en años (DE)	82 (8)	82 (7)	0,96
Sexo, mujeres n (%)	71 (67)	64 (80)	0,06
Fractura previa, n (%)	12 (11)	13 (16)	0,34
Tratamiento al ingreso			
Ca y VD, n (%)	13 (12)	26 (32)	< 0,001
Bisfosfonatos o equivalentes, n (%)	9 (8)	8 (10)	0,73
Tratamiento al alta			
Ca y VD, n (%)	19 (18)	77 (96)	< 0,001
Bisfosfonatos o equivalentes, n (%)	9 (8)	73 (91)	< 0,001
Tratamiento a los 6 meses			
Ca y VD, n (%)	27 (29)*	60 (90)**	< 0,001
Bisfosfonatos o equivalentes, n (%)	14 (15)*	50 (75)**	< 0,001

Conclusiones: La aplicación del modelo FLS en pacientes ingresados por fractura de cadera consigue que el 75% de los pacientes inicie

tratamiento para osteoporosis en el año siguiente al ingreso, en comparación con el 81,7% en el modelo FLS para pacientes ambulatorios y el 15% con el manejo ortogeriatrico convencional.

377. UTILIDAD DE LA CUANTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-RO52 Y RO60 EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

S. Heredia¹, M. Martínez-Morillo¹, A. Riveros¹, L. Gifre¹, A. Teniente-Serra², B. Quirant², S. Holgado¹, L. Mateo¹, A. Prior¹, Y. García¹, J. Camins¹, E. Martínez-Cáceres² y A. Olivé¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: Los anticuerpos (Ac) anti-Ro van dirigidos especialmente frente a dos antígenos, Ro52 y Ro60, con diferente estructura y función. Estudios en lupus eritematoso sistémico (LES) han relacionado la presencia de Ac anti-Ro con: síndrome seco, lupus cutáneo subagudo, afectación miocárdica o menor afectación renal. Sin embargo, los estudios sobre la utilidad clínica de determinar las 2 especificidades de Ac anti-Ro en LES son dispares y poco concluyentes. Así, parece que anti-Ro52 podría asociarse con afectación articular e intersticio pulmonar, mientras que anti-Ro60 estaría relacionado con LES de inicio tardío. En este trabajo se valora la utilidad clínica de cuantificar por quimioluminiscencia los Ac anti-Ro52 y Ro60 en pacientes con LES.

Objetivos: Analizar la presencia de los Ac anti-Ro52 y Ro60 en una cohorte de pacientes con LES y valorar su correlación con parámetros clínicos, analíticos e inmunológicos.

Métodos: Se estudiaron 152 pacientes diagnosticados de LES (de acuerdo con los criterios SLICC del 2013) atendidos en un hospital universitario de tercer nivel. A todos ellos se les realizó un análisis cualitativo por inmunoblot de Ac anti-Ro, y en aquellos positivos una cuantificación por quimioluminiscencia de los Ac anti-Ro52 y Ro60 (normalidad < 19,9 CU). También se analizó por inmunoblot, inmunofluorescencia indirecta y ELISA la presencia de otros Ac propios del LES. Se recogieron variables clínicas (edad, aftas, alopecia, sinovitis, serositis, síndrome antifosfolípido (SAF), síndrome de Sjögren, afectación cutánea, neurológica y renal), analíticas (complemento, citopenias y test de Coombs) e índices de actividad y afectación (SLEDAI y SLICC). El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del centro, y todos los pacientes firmaron un consentimiento informado. El estudio estadístico se realizó mediante SPSS 20.

Resultados: Un 91% (138) eran mujeres con una media de edad de 46 ± 12 años (intervalo, 20-75) y una media de evolución del LES de 12 ± 7 años (intervalo, 1-40). El 32% (49) de los pacientes presentaban anti-Ro positivos por inmunoblot, de ellos 36 fueron anti-Ro52 positivos (valor medio 696 ± 726 CU) y 48 anti-Ro60 positivos (valor medio 504 ± 696 CU) por quimioluminiscencia. Sólo un paciente anti-Ro52 positivo resultó anti-Ro60 negativo. El 10,5% presentaban un LES de inicio tardío. El SLEDAI medio de los pacientes era de 1,84 ± 2,48 mientras que el SLICC era de 0,32 ± 0,7, con valores de Ac antiDNAds medio de 207,87 ± 357,15 UI/ml y el 37,5% presentaba hipocomplementemia. Los pacientes anti-Ro positivos por inmunoblot presentaron un valor mayor de antiDNAds que el resto de pacientes y los pacientes con doble positividad por quimioluminiscencia una menor prevalencia de SAF secundario, sin embargo los valores cuantitativos de anti-Ro52 y anti-Ro60 no se relacionaron con ningún parámetro clínico, analítico ni inmunológico.

Conclusiones: El 32% de los pacientes de la cohorte presentan Ac anti-Ro positivos, siendo la mayoría anti-Ro60 positivos. La presencia de Ac anti-Ro se relacionó con un valor mayor de antiDNAds y una menor prevalencia de SAF en aquellos con doble positividad. Sin

embargo, los valores cuantitativos de Ac anti-Ro52 y anti-Ro60 por quimioluminiscencia no se relacionaron con los diferentes parámetros analizados. Estos resultados indican la necesidad de realizar estudios sobre la cuantificación de Ac anti-Ro en muestras de mayor tamaño de pacientes con LES.

378. BACTERIEMIA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO PROCEDENTES DEL REGISTRO RELESSER: CARACTERÍSTICAS, DESENLACES Y FACTORES DE RIESGO

Í. Rúa-Figueroa¹, J. López-Longo², M. Galindo-Izquierdo³, V. del Campo⁴, J. de la Torre Cisneros⁵, E. Uriarte⁶, P. Vela⁷, E. Tomero⁸, D. Rúa-Figueroa¹, J. Narváez⁹, A. Olivé¹⁰, M. Freire¹¹, A. Naranjo¹, E. Salgado¹², J.L. Andreu¹³, V. Martínez-Taboada¹⁴, J. Calvo-Alén¹⁵, B. Hernández-Cruz¹⁶, E. Raya¹⁷, V. Quevedo¹⁸, L. Expósito¹⁹, A. Fernández-Nebro²⁰, È. Valls²¹ y J.M. Pego-Reigosa⁴, en representación de los investigadores del registro RELESSER y del grupo EAS-SER

¹Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ²Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ³Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁴Complejo Hospitalario e Instituto de Investigación Biomédica de Vigo. ⁵Hospital Reina Sofía. Córdoba. ⁶Hospital de Donostia. Guipúzcoa. ⁷Hospital General de Alicante. Universidad Miguel Hernández. Alicante. ⁸Hospital La Princesa. Madrid. ⁹Hospital de Bellvitge. Barcelona. ¹⁰Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹¹Hospital Juan Canalejo. A Coruña. ¹²Complejo Hospitalario de Ourense. ¹³Hospital Puerta del Hierro-Majadahonda. Madrid. ¹⁴Hospital Marqués de Valdecilla. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. ¹⁵Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. ¹⁶Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ¹⁷Hospital San Cecilio. Granada. ¹⁸Hospital de Monforte. Lugo. ¹⁹Hospital Clínico de Tenerife. ²⁰Hospital Carlos Haya. Málaga. ²¹Hospital Doctor Peset. Valencia.

Introducción: En el registro de lupus eritematoso sistémico (LES) de la SER (RELESSER), la principal causa de muerte por infección es la bacteriemia; sin embargo, existe limitada información sobre este tipo de infección en pacientes con LES.

Métodos: estudio retrospectivo, caso-control anidado, de pacientes con LES (criterios ACR-1997) y bacteriemia, procedentes de RELESSER (1 paciente/6 controles aleatorios). Descripción de las características de las bacteriemias y situación del LES en el momento de la infección. Análisis bivalente y multivariante, (regresión logística), de factores asociados.

Resultados: 114 episodios de bacteriemia, en 83 pacientes. Tasa de incidencia 2,7/1.000 pacientes-año (N total 3.658). Mediana de edad en el momento de la bacteriemia: 40,5 (± 17,6) años, 88,6% mujeres. Años de enfermedad: 9,7 (± 9,8). Mediana SELENA-SLEDAI: 4 (± 6,6), 66% en brote lúpico grave (criterios SFI). Nefritis activa: 16,7%. SLICC/ACR/DI: 3 (± 2,3). Un 64% tenían algún tipo de comorbilidad (McCabe-Jackson: 28,1% rápida o últimamente fatales), con más frecuencia insuficiencia renal (15,8%) y diabetes (11,4%). Un 88,6% recibía corticoides, el 68,6% > 10 mg/día (8% pulsos de metilprednisolona en el mes previo), el 57% inmunosupresores: micofenolato 17,5% y ciclofosfamida 12,3%. Sólo 27% recibía antipalúdicos. El 44,7% sufrieron procedimientos invasivos en el mes previo, con más frecuencia venoclisis (24,6%). La bacteriemia fue nosocomial en el 35,1% y el foco fue con más frecuencia urinario (27,2%). El 64% presentaron SRIS y 35% ingreso en UMI, con fallo multiorgánico en un 22,8%. El microorganismo más frecuentemente fue E. coli (29,8%) seguido de Staphylococcus aureus (16,7%) (22% SAMR) y Salmonella spp (10,5%). Un 16% de las enterobacterias fueron BLEE+. En un 17,5% se constató multi-resistencia. Un 68,4% recibió cobertura antibiótica previa al resultado del hemocultivo, que resultó activa según antibiograma en 56 casos (71,8%, 49% del total de bacteriemias). Mediana de retraso en ini-

cio de tratamiento: 1 (± 4,4) días. Un 14% de los pacientes falleció a consecuencia de la bacteriemia. Los pacientes con sepsis grave (índice de Pitt > 8), tenían un OR de muerte de 13 (IC95%: 3,71-45,17). La bacteriemia fue recurrente en un 26,3%. En el análisis bivalente (114 bacteriemias vs 688 pacientes sin bacteriemia), se asoció a bacteriemia: mayor actividad [S-SLEDAI: 5,89 (± 6,6) vs 3 (± 4,1)], mayor daño [SLICC/ACR/DI: 2,61 (± 2,2) vs 1,45 (± 1,8)], creatinina elevada, nefritis activa, infección por VHC, diabetes, cáncer, corticoides dosis > 10 mg, inmunosupresores, trasplante o diálisis. El uso de antipalúdicos resultó protector (tabla). En el análisis multivariante (ajustado para años de enfermedad), se mantuvo la significación para creatinina (OR 1,31 (IC95% 1,01-1,70), p = 0,045), diabetes (OR 6,01 (IC95% 2,26-15,95), p = 0,000), cáncer (OR 5,32 (IC95% 2,23-12,70), p = 0,000), inmunosupresores (OR 6,35 (3,42-11,77), p = 0,000), ciclofosfamida (OR 9,37 (5,12-17,14), p = 0,000) y SLICC/ACR/DI (OR 1,65 (1,31-2,09), p = 0,000).

	OR	P
S-SLEDAI	1,10 (1,06-1,14)	< 0,001
SLICC/ACR/DI	1,27 (1,16-1,38)	< 0,001
Creatinina elevada	2,08 (1,66-2,61)	< 0,001
Nefritis activa	3,52 (1,94-6,37)	= 0,001
Hepatitis C	4,82 (1,89-12,27)	= 0,002
Diabetes	3,87 (2,06-7,26)	= 0,0001
Cáncer	3,60 (2,01-6,42)	= 0,000
Corticoides (prednisona > 10 mg)	1,81 (1,07-3,09)	= 0,023
Inmunosupresores	11,44 (7,31-17,92)	= 0,000
Antipalúdicos	0,39 (0,25-0,61)	= 0,000
Trasplante renal	5,64 (2,63-12,1)	= 0,000
Diálisis	0,39 (0,25-0,61)	= 0,000

Conclusiones: La bacteriemia se asoció a LES activo, con frecuencia en brote grave. Predominaron gram negativos, con alta tasa de multiresistencia. El tratamiento empírico fue inadecuado en la mitad de los casos. Fueron con frecuencia recurrentes y con alta mortalidad. En el análisis multivariable, la bacteriemia se asoció a diversas comorbilidades, empleo de inmunosupresores (en particular ciclofosfamida) y mayor daño (medido por SLICC/ACR/DI).

Este estudio ha sido apoyado por el FIS (ISCIII)-Fondo Europeo de Desarrollo regional (FEDER), beca PI11/02857. También ha sido financiado parcialmente por la Sociedad Española de Reumatología, GSK, UCB, Roche y Novartis. El Dr. Pego-Reigosa recibe apoyo de BIOCAPS (beca 316265) del 7º Programa Marco de la Unión Europea (FP7/REGPOT-2012-2013.1).

379. SIGNIFICADO CLÍNICO DE LOS ANTICUERPOS ANTINUCLEOSOMA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

I. Serrano García¹, N. Avilés Méndez¹, R. de la Varga Martínez², C. Rodríguez³ y F. Medina Varo¹

¹Servicio de Reumatología. UGC de Cirugía Ortopédica, Traumatología y Reumatología; ²Unidad de Investigación. Área de investigación Clínica en Reumatología e Inmunología; ³Servicio de Inmunología. UGC de Hematología e Inmunología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: Los nucleosomas son la subunidad fundamental de la cromatina. Se han detectado anticuerpos (Ac) anti-nucleosoma en un 48-80% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). En estudios previos se ha descrito que su especificidad es similar a la de los Ac anti-dsDNA y que su presencia se relaciona con nefritis lúpica. Sin embargo, el valor diagnóstico no está completamente establecido.

Objetivos: Evaluar el valor diagnóstico de los Ac anti-nucleosoma en paciente con LES.

Tabla Póster 379

	Grupo 1 Ac anti-nucleosoma positivo y Ac anti-dsDNA negativo (n = 23)	Grupo 2 Ac anti-nucleosoma positivo y Ac anti-dsDNA positivo (n = 21)	Grupo 3 Ac anti-nucleosoma negativo y Ac anti-dsDNA positivo (n = 16)	Grupo 4 Ac anti-nucleosoma negativo y Ac anti-dsDNA negativo (n = 29)
Edad (mediana) (mín-máx)	43 (27-78)	41 (15-77)	42 (15-68)	48 (6-78)
Sexo	3 hombres 20 mujeres	3 hombres 18 mujeres	2 hombres 14 mujeres	5 hombres 24 mujeres
LES	16	19	15	3
Artritis reumatoide		1		2
Hepatitis autoinmune			1	1
Poliartritis	2	1		4
Síndrome de Sjögren	2			
Uveítis	1			
Enfermedad renal crónica	2			
Esclerodermia				4
Artritis idiopática juvenil				2
Artritis psoriásica				4
Trombocitopenia autoinmune				1
Enfermedad de Crohn				2
Enfermedad mixta del tejido conectivo				1
Otras: sin evidencias de enfermedad sistémica				5

Métodos: Se seleccionaron de forma retrospectiva 89 pacientes (13 hombres, 76 mujeres, 6-78 años) del Hospital Puerta del Mar, Cádiz, con Ac antinucleares con patrón homogéneo a título = 1:640, desde noviembre de 2015 hasta diciembre de 2016. Se recogieron datos clínicos de los pacientes y se determinaron Ac anti-nucleosoma y/o anti-dsDNA, estableciéndose 4 grupos: 1) Ac anti-nucleosoma+, anti-dsDNA-; 2) Ac anti-nucleosoma+, anti-dsDNA+; 3) Ac anti-nucleosoma-, anti-dsDNA+; 4) Ac anti-nucleosoma-, anti-dsDNA- (tabla). Se determinaron: sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y VP negativo (VPN) de estos Ac para el diagnóstico de LES. Así mismo, en los pacientes diagnosticados de LES (n = 53), se valoró la asociación de los Ac anti-nucleosoma con parámetros clínicos.

Resultados: De los 89 pacientes, 44 tenían Ac anti-nucleosoma. De ellos, 23 tenían sólo Ac anti-nucleosoma (grupo 1) y 21 tenían además Ac anti-dsDNA (grupo 2). 16/89 pacientes tenían Ac anti-dsDNA aisladamente (grupo 3). S, E, VPP, VPN de los Ac anti-nucleosoma y anti-dsDNA para diagnóstico de LES: Ac anti-nucleosoma: S = 66%, E = 75%, VPP = 79,5% y VPN = 60%. Ac anti-dsDNA: S = 64,2%, E = 91,7%, VPP = 91,9% y VPN = 63,5%. Asociación de los Ac anti-nucleosoma con las manifestaciones clínicas en LES: 35/44 pacientes con Ac anti-nucleosoma tenían diagnóstico de LES y 9 tenían otros diagnósticos. La proteinuria estuvo presente en: 23/35 pacientes con anti-nucleosoma positivos vs 5/15 pacientes anti-nucleosoma negativo ($p < 0,05$). También presentaron proteinuria 12/16 pacientes del grupo 1, 7/19 pacientes del grupo 2 y 6/15 pacientes del grupo 3. Hubo diferencias significativas entre los grupos 1 vs 3 ($p < 0,05$). La afectación hematológica estuvo presente en: 26/35 pacientes con anti-nucleosoma positivos vs 6/15 pacientes anti-nucleosoma negativo ($p < 0,05$, ?2). También la presentaron 12/16 pacientes del grupo 1, 11/19 pacientes del grupo 2 y 6/15 pacientes del grupo 3. Hubo diferencias significativas entre los grupos 1 vs 3 ($p < 0,05$). Los pacientes con Ac anti-nucleosoma positivo aisladamente tuvieron valores de SLICC mayores que los pacientes con sólo Ac anti-dsDNA ($p < 0,05$, Mann-Whitney). Además, el grupo 1 de pacientes tenía mayores valores de SLICC que el grupo 3 ($p < 0,05$, Kruskal Wallis y Dunn).

Conclusiones: Para el diagnóstico de LES, los Ac anti-nucleosoma tienen una sensibilidad del 66%, una especificidad del 75%, un VPP del 79,5% y un VPN del 60% LES. Globalmente, tienen menor especificidad y VPP que los Ac anti-dsDNA. Un 69% de pacientes con LES fueron Ac nucleosoma+/anti-dsDNA-, por lo que la presencia de Ac anti-nucleosomas aisladamente debe ser valorada en pacientes con sospecha de LES. La presencia de Ac anti-nucleosoma se relacionó de forma significativa con la aparición de proteinuria, de afectación

hematológica, así como de mayor daño crónico (mayor índice SLICC). Por ello, los Ac anti-nucleosoma podrían tener un valor pronóstico en los pacientes con LES.

380. DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE EL USO DE METOTREXATO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

J. Tornero Molina¹, E. Loza² y J.D. Cañete³

¹Servicio de Reumatología. Hospital de Guadalajara. ²Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid. ³Hospital Clínic e IDIBAPS. Barcelona.

Objetivos: Desarrollar recomendaciones sobre el uso de metotrexato (MTX) en pacientes con artritis psoriasisica (APs) basadas en la mejor evidencia y experiencia.

Métodos: En primer lugar los 2 coordinadores generaron 14 preguntas abordando distintos aspectos del uso de MTX (perfiles de indicación, eficacia y seguridad) para que se contestasen mediante una revisión sistemática de la literatura (RSL). En base a las preguntas 1) se definieron unos criterios de inclusión (pacientes con APs en tratamiento con MTX, cuyos resultados se obtienen de RSL y meta-análisis, ensayos clínicos, estudios observacionales y transversales; se excluyeron estudios en niños, animales, y de ciencia básica), y, con la ayuda de una experta documentalista, 2) las estrategias de búsqueda idóneas (utilizando términos Mesh y texto libre, entre otros) para interrogar Medline, Embase y la Cochrane Library (desde su inicio hasta Julio 2016). Dos revisores se encargaron de revisar y seleccionar los artículos resultantes de la búsqueda. Se generaron tablas de evidencia. Paralelamente se realizó una revisión de la literatura gris en los abstracts de congresos de EULAR y ACR (2 últimos años). Con toda esta evidencia los coordinadores generaron las recomendaciones preliminares. Estas serán evaluadas, discutidas y votadas por un grupo de 12 expertos reumatólogos (incluidos los coordinadores) de toda la geografía nacional en una reunión de grupo nominal. Para cada recomendación el nivel de evidencia (NE) y el grado de recomendación (GR) se clasificará según el modelo del Center for Evidence Based Medicine de Oxford y el grado de acuerdo se extraerá por técnica Delphi (hasta 3 rondas). Se definirá acuerdo si al menos el 80% de los participantes contestan sí a la recomendación (se votará sí o no). El documento completo se circulará entre los expertos para su última revisión. El proyecto está siendo coordinado por un experto metodólogo.

Resultados: En la RSL de las casi 2.000 citas recuperadas con la búsqueda finalmente se incluyeron 52 artículos, con los que se generaron un total de 12 recomendaciones preliminares que se muestran en la tabla.

Recomendación	NE; GR
1 En pacientes con APs activa periférica (oligo-poliarticular) se recomienda usar un FAME, preferentemente el MTX y especialmente en casos de afectación cutánea relevante	1b; A
2 Se recomienda una dosis de inicio de MTX no inferior a 10-15 mg/sem, teniendo en cuenta la gravedad de la enfermedad y los factores de mal pronóstico	5; C
3 Una vez establecida la dosis inicial de MTX, si no se consigue con ella la respuesta adecuada, se debe proceder a un incremento rápido de su dosis hasta alcanzar los 25-30 mg/semana en unas 8 semanas	5; C
4 Se recomienda iniciar MTX con la vía oral, valorando la vía parenteral en pacientes con alta actividad de la enfermedad y en pacientes con mal cumplimiento de la medicación oral, polimedicados, obesos y para evitar errores posológicos, teniendo en cuenta siempre las preferencias del paciente	5; C
5 Una vez conseguido el objetivo terapéutico y mantenido al menos 6 meses, se recomienda un ajuste de dosificación hasta conseguir la dosis mínima que mantenga el citado objetivo	5; D
6 MTX es eficaz en el tratamiento de la artritis periférica psoriásica	1b; A
7 En aquellos pacientes con entesitis/dactilitis en el contexto de artritis periférica se podría valorar el tratamiento con MTX, con la utilización de infiltraciones de glucocorticoides para las afecciones extrarticulares	2a; B
8 En general no se recomienda el tratamiento combinado de MTX con otros FAME sintéticos (clásicos)	2a; B
9 Cuando se indique terapia biológica se valorará en cada caso individual continuar o no con MTX en aquellos pacientes que lo recibieran previamente	1b; A
10 MTX mejora la supervivencia de los anti-TNFa (los anticuerpos monoclonales, especialmente los quiméricos)	2a; B
11 En la APs, el perfil de seguridad del MTX es similar al de la artritis reumatoide	1b; A
12 Una vez conseguido el control de la Aps con MTX, no se recomienda la suspensión del mismo, siempre y cuando se mantenga su eficacia y sea bien tolerado	3a; C

Conclusiones: Este documento pretende resolver algunos interrogantes clínicos habituales y facilitar la toma de decisiones en los pacientes con APs en tratamiento con MTX.

381. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL BARICITINIB FRENTE AL PLACEBO Y AL ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA DE MODERADA A GRAVE Y CON UNA RESPUESTA INADECUADA A METOTREXATO (RI-MTX): RESUMEN DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO DE FASE 3 RA-BEAM DE 52 SEMANAS

P.C. Taylor¹, M. Krogulec², A. Dudek³, J. Dudler⁴, E. Drescher⁵, R. Cseuz⁶, R. Kausiene⁷, D. Anderson⁸, D. Unikienė⁹, J. Sánchez Burson¹⁰, R. Blanco Alonso¹¹, Z. Dvorák¹², A. Ghizdavescu¹³, I. Irto¹⁴, E. Larsson¹⁵, N. Bello¹⁶, J. Barry¹⁷, F. Durand¹⁸, T. Holzkämper¹⁹, S. Otawa²⁰, S. de Bono¹⁷, E.C. Keystone²¹, A. Rubbert-Roth²², B. Combe²³ e I. de la Torre¹⁶

¹Nuffield Department of Orthopaedics, Rheumatology and Musculoskeletal Sciences, Kennedy Institute of Rheumatology, University of Oxford, Oxford, Reino Unido. ²Rheumatology Clinic, MAK-MED, Nadarzyn, Polonia. ³Centrum Medyczne AMED, Warsaw, Polonia.

⁴Hôpital Cantonal, Fribourg, Suiza. ⁵Szolnok Ferenc Hospital, Veszprém, Hungría. ⁶Revita Clinic, Budapest, Hungría. ⁷VSI Respublikine Siauliu Ligonine, Siauliai, Lituania. ⁸Pauls Stradins Clinical University Hospital, Riga, Letonia. ⁹Dr. Kildos Klinika, Kaunas, Lituania. ¹⁰Division of Rheumatology, Hospital de Valme, Sevilla. ¹¹Department of Rheumatology, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander. ¹²Arthromed, s.r.o. Pardubice, República Checa. ¹³Eli Lilly Romania S.R.L. Bucharest, Rumanía. ¹⁴Lilly Hungría, Budapest, Hungría. ¹⁵Eli Lilly Sweden AB, Solna, Suecia. ¹⁶Eli Lilly and Company (Spain), Alcobendas. ¹⁷Lilly UK, Eli Lilly and Company Ltd, Basingstoke, Reino Unido. ¹⁸Lilly France, Neuilly-sur-Seine, Francia. ¹⁹Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg, Alemania. ²⁰Eli Lilly Canada, Toronto, Canadá. ²¹The Rebecca MacDonald Centre, Mount Sinai Hospital, University of Toronto, Ontario, Canadá. ²²Klinik I für Innere Medizin, Uniklinik Köln, Köln, Alemania. ²³CHRU Montpellier, Montpellier, Francia.

¹⁶Eli Lilly and Company (Spain), Alcobendas. ¹⁷Lilly UK, Eli Lilly and Company Ltd, Basingstoke, Reino Unido. ¹⁸Lilly France, Neuilly-sur-Seine, Francia. ¹⁹Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg, Alemania. ²⁰Eli Lilly Canada, Toronto, Canadá. ²¹The Rebecca MacDonald Centre, Mount Sinai Hospital, University of Toronto, Ontario, Canadá. ²²Klinik I für Innere Medizin, Uniklinik Köln, Köln, Alemania. ²³CHRU Montpellier, Montpellier, Francia.

²¹The Rebecca MacDonald Centre, Mount Sinai Hospital, University of Toronto, Ontario, Canadá. ²²Klinik I für Innere Medizin, Uniklinik Köln, Köln, Alemania. ²³CHRU Montpellier, Montpellier, Francia.

²²Klinik I für Innere Medizin, Uniklinik Köln, Köln, Alemania. ²³CHRU Montpellier, Montpellier, Francia.

Introducción: Baricitinib, un inhibidor oral de JAK1/JAK2, ha demostrado resultados prometedores en pacientes con artritis reumatoide (AR) activa. Presentamos los resultados de eficacia y seguridad del estudio de fase 3 RA-BEAM en pacientes con AR activa y respuesta inadecuada (RI) a metotrexato (MTX).

Métodos: Se aleatorizaron pacientes con AR moderada a grave y RI-MTX a placebo, baricitinib 4 mg una vez al día o adalimumab 40 mg cada dos semanas con una razón 3:3:2. Todos los pacientes continuaron recibiendo MTX de fondo de forma estable. Los pacientes no respondedores recibieron medicación de rescate a partir de la semana 16. En la semana 24, los pacientes que recibían placebo pasaron a baricitinib 4 mg una vez al día. El estudio comparó baricitinib, placebo y adalimumab usando múltiples criterios de valoración, incluyendo evaluaciones de no inferioridad y de superioridad; la variable principal fue una tasa de respuesta ACR20 a baricitinib frente a placebo en la semana 12.

Resultados: De los 1.305 pacientes aleatorizados, el 83%, 88% y 87% completaron la semana 52 en el grupo de placebo, baricitinib y adalimumab, respectivamente; las tasas de rescate fueron del 27%, 9% y 15%. La tasa de respuesta ACR20 en la semana 12 fue mayor para baricitinib que para placebo ($p \leq 0,001$, tabla). En las semanas 12 y 24 se observaron mejorías significativas para baricitinib frente a placebo en ACR20/50/70 y tasas de baja actividad de la enfermedad y de remisión en DAS28, CDAI y SDAI, muchas de ellas en la semana 1. Baricitinib fue superior a adalimumab en las tasas de respuesta ACR20 en las semanas 12, 24 y 52 y en DAS28-PCR $\leq 3,2$ en las semanas 12 y 52. El cambio en el mTSS en las semanas 24 y 52 fue significativamente menor para baricitinib que para placebo (tabla). En la semana 24 hubo más pacientes con baricitinib que habían mejorado su función física y reducido la fatiga y el dolor que con placebo y adalimumab (tabla). Durante las semanas 0-24 hubo más acontecimientos adversos (AA) surgidos durante el tratamiento con baricitinib y adalimumab que con placebo (71%, 67%, 60%); las tasas de AA graves fueron del 5%, 2% y 4%, respectivamente. En la semana 52, las tasas de AA relacionados con el tratamiento con baricitinib frente a adalimumab fueron del 79% frente al 77%, y las tasas de AA graves del 8% frente al 4%; las tasas de infecciones graves fueron similares en todos los grupos; se comunicaron tres acontecimientos cardiovasculares importantes (2 baricitinib, 1 adalimumab), tres muertes (2 baricitinib, 1 adalimumab), un caso de tuberculosis (adalimumab) y cinco neoplasias (2 baricitinib, 3 placebo).

Conclusiones: En los pacientes con AR moderada a grave y RI-MTX que recibieron MTX de fondo, la adición de baricitinib se asoció a mejorías clínicas significativas frente a placebo y adalimumab, con un perfil de seguridad aceptable.

Código EUDRACT: 2012-002322-73.

382. APLICACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS DE SCREENING PARA APS EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON PSORIASIS CUTÁNEA

M.D. Ruiz Montesino¹, V. Moreira Navarrete¹, C. León Caro² y A.M. Carrizosa Esquivel³

¹Reumatología; ²Enfermería de Reumatología; ³Dermatología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria articular erosiva asociada a la psoriasis. Entre el 25 y el 35% de los pacientes con psoriasis pueden desarrollar APs. Existe un retraso en el diagnóstico de APs, por lo que se han desarrollado cuestionarios de cribado para dermatólogos con el fin de hacer sospechar qué pacientes deberían ser derivados al reumatólogo para su valoración.

Objetivos: Conocer el porcentaje de pacientes con APs que detectan los cuestionarios en un grupo de pacientes con psoriasis procedentes de una consulta de dermatología.

Tabla Póster 381

Medidas de eficacia hasta la semana 52 en el estudio RA-BEAM

	Semana 12			Semana 24			Semana 52	
	PBO (N = 488)	Bari (N = 487)	ADA (N = 330)	PBO (N = 488)	Bari (N = 487)	ADA (N = 330)	Bari (N = 487)	ADA (N = 330)
ACR20	40	70*** +	61***	37	74*** +	66***	71**	62
ACR50	17	45*** +	35***	19	50***	46***	56**	47
ACR70	5	19*** +	13***	8	30*** +	22***	37	31
DAS28-PCR ≤ 3,2	14	44*** +	35***	19	52***	48***	56*	48
DAS28-PCR < 2,6	4	24***	19***	8	35***	32***	40	39
DAS28-VSG ≤ 3,2	7	24***	21***	10	32***	34***	39	36
DAS28-VSG < 2,6	2	11***	12***	5	18***	18***	23	22
CDAI ≤ 10	17	40*** +	33***	20	50***	48***	57*	49
CDAI ≤ 2,8	2	8***	7**	4	16***	12***	22	18
SDAI ≤ 11	16	42*** +	35***	20	51***	49***	57*	49
SDAI ≤ 3,3	2	8***	8***	3	16***	14***	23	18
Medio por MC del mTSS‡				0,90	0,41***	0,33***	0,71***	0,60***
HAQ-DI DMCI ≥ 0,22	58	75***	71***	45	73*** +	64***	68**	58
FACIT-F DMCI ≥ 3,56	59	66*	68**	43	65*** +	59***	60	54
Medio por MC del DAS28-PCR‡	-1,0	-2,2*** +	-1,9***	-1,1	-2,4*** +	-2,2***		
Medio por MC de la valoración del dolor por el paciente‡	-17	-32*** +	-26***	-18	-34*** +	-29***	-36***	-30
Medio por MC de la valoración global del paciente de la actividad de la enfermedad‡	-17	-31*** +	-27***	-17	-33*** +	-29***	-36***	-30

PBO, placebo; Bari, baricitinib; AD, adalimumab. Los pacientes recibieron MTX de fondo durante todo el estudio de forma estable. Datos en% de pacientes (NRI), salvo que se indique lo contrario; ‡Cambio medio respecto a basal por mínimos cuadrados (MC); *p ≤ 0,05, **p ≤ 0,01, ***p ≤ 0,001 vs PBO; †p ≤ 0,05, **p ≤ 0,01, ***p ≤ 0,001 vs ADA

Métodos: El estudio se realizó en el servicio de reumatología en colaboración con dermatología. Se reclutaron de forma consecutiva pacientes con psoriasis cutáneo que no estuvieran diagnosticados de ningún tipo de artritis, procedentes de una consulta de dermatología. El paciente fue invitado a participar en el estudio y remitido a la unidad de investigación del servicio de reumatología donde firmó el consentimiento y se le entregaron los cuestionarios. Posteriormente el reumatólogo realizó la valoración clínica. Se recogieron variables demográficas, clínicas. Análisis estadístico: se realizó análisis descriptivo de todas las variables. Se utilizó el paquete estadístico Stata 8.

Resultados: Se reclutaron, desde noviembre de 2014 a diciembre de 2015, un total de 53 pacientes: 30 mujeres y 23 hombres. La media de edad fue de 44 (± 13) años. La media de duración del psoriasis de 11 (± 9) años. El 71% presentaba psoriasis en placas y el 61% afectación de uñas y piel. El 11% no recibía ningún tratamiento para la psoriasis y el 13% recibía tratamiento con MTX o PUVA. La media del PASI fue de 3 (± 4) y el PGA de 7 (± 13). Calidad de vida del psoriasis, medido por DLQI, 1 (± 2). El 50% de los pacientes tuvo todos los cuestionarios de screening positivos. El EARP fue el cuestionario que dio positivo en un porcentaje más alto de pacientes, un 70%. El 68% de los pacientes tenía alguna articulación dolorosa y sólo el 8% tenía alguna inflamada. El 90% no tenía puntos de fibromialgia positivos a la exploración. Solo 9 pacientes cumplieron los criterios CASPAR de clasificación de APs y fueron diagnosticados como APs, de ellos el 56% estaba en tratamiento tópico por dermatología. Estos 9 pacientes tenían PASI más elevado que los no diagnosticados y eran los únicos que tenían articulaciones inflamadas. El cuestionario de screening que detectó a esos 9 pacientes fue el EARP (PASE detectó a 3, TOPAS a 5 y PEST a 4). Pero el EARP fue positivo en un 65% de los pacientes que no cumplían criterios CASPAR.

Conclusiones: Según estudios publicados, el cuestionario EARP tiene una sensibilidad del 85,2% y una especificidad del 91,6%, en pacientes con sólo psoriasis cutáneo, naïve a DMARD y sin otras artritis inflamatorias. Con una tasa de falsos positivos (FP) del 22,2% y de falsos negativos (FN) del 3,5%. En nuestro estudio la proporción de FP ha sido del 75% y la de FN ha sido de 0. El hecho de que nuestra población sea de mayor edad que la del anterior estudio y la presencia de artrosis, ha podido aumentar la proporción de FP; incluso el haber incluido pacientes con psoriasis en tratamiento con MTX. El porcentaje de pacientes con APs que identificó el cuestionario EARP fue del 100%, pero con una proporción de FP muy alta. PASE detectó un 33%, TOPAS un 55% y PEST un 44%. Por tanto, los cuestionarios

de los que disponemos se muestran inútiles a la hora de identificar pacientes con APs, bien por falta de especificidad o de sensibilidad. El desarrollo de un pequeño cuestionario basado en los criterios de clasificación CASPAR para el dermatólogo podría ser más eficaz.

383. MUTACIONES DEL GEN DE LA FIEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR: UNA CAUSA POCO ESTUDIADA DE HIDRARTROSIS INTERMITENTE

M. Espinosa Malpartida¹, C. Barbadillo Mateos¹, B.J. Flores Robles¹, E. González Vioque², C. Ramos Giráldez¹, C. Merino Argúmanez¹, L.F. Villa Alcázar¹, J.L. Andréu Sánchez¹, M. Jiménez Palop¹, H. Godoy Tundidor¹, J. Campos Esteban¹, J. Sanz Sanz¹, C.M. Isasi Zaragoza¹ y J. Mulero Mendoza¹

¹Departamento de Reumatología; ²Departamento de Bioquímica. Hospital Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

Introducción: La fiebre mediterránea familiar (FMF) es un trastorno autoinflamatorio hereditario causado por mutaciones en el gen MEFV codificador de pirina, caracterizado por episodios recurrentes de fiebre y serositis. Algunas pacientes con FMF presentan formas de penetrancia incompleta de la enfermedad pudiendo manifestarse únicamente como artritis intermitente.

Objetivos: Caracterización de manifestaciones clínicas músculoesqueléticas en pacientes portadores de mutaciones del gen MEFV en nuestro hospital.

Métodos: Se revisaron retrospectivamente historias clínicas de pacientes con mutaciones detectadas en el gen MEFV de fiebre mediterránea familiar en nuestro hospital desde el 1 de enero de 2008 hasta 1 de octubre de 2016. Se recogieron parámetros como edad al diagnóstico, edad de inicio de los síntomas, sexo, articulaciones afectadas, otras manifestaciones extra-articulares y tipo de mutación del gen MEFV.

Resultados: Se revisaron 7 pacientes portadores de mutaciones para el gen MEFV, todos ellos mujeres, con un rango de edad entre 14 y 61 años. 2 de ellas presentaban monoartritis recurrente de rodilla, 1 un antecedente de artritis en manos y artralgias erráticas, 1 artralgias erráticas, otras 2 sin manifestaciones musculoesqueléticas. Los 2 pacientes con hidrartrosis intermitente respondieron de forma satisfactoria a colchicina, no así el resto de los pacientes con otras manifestaciones musculoesqueléticas.

Tabla Póster 383

Paciente	Sexo	Edad diagnóstico	Edad inicial	Artritis	Localización	Otras manifestaciones músculo-esqueléticas	Manifestaciones extraarticulares	Mutación MEFV	Homo/Heterozigosis
1	M	47	40	Sí	Rodilla	No	No	p Glu148Gln	Heterozigosis
2	M	14	13	Sí	Rodilla	No	No	R202Q	Heterozigosis
3	M	22	22	No		No	Miocarditis linfocítica	p Glu148Gln	Heterozigosis
4	M	52	47	No		Artralgias	Dolor abdominal. Pleuritis	R202Q	Heterozigosis
5	M	39	20	Sí	IFPs	Artralgias	Dolor abdominal	R202Q	Heterozigosis
6	M	61	54	No		Tendinopatía	Pericarditis recidivante	R202Q	Homozigosis
7	M	17	16	No		No	Dolor abdominal	R202Q	Heterozigosis

Conclusiones: En pacientes con episodios recurrentes de monoartritis sin causa que lo justifique (reumatismo palindrómico, hidrartrosis intermitente, etc.) se debe considerar realizar pruebas genéticas de las mutaciones comunes del gen MEFV.

384. EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD DEL FENÓMENO DE RAYNAUD EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

G. Santos-Soler¹, J.M. Senabre-Gallego¹, E. Salas¹, J. Rosas¹, C. Cano², M. Lorente², A. Pons², X. Barber³, M. Sanchís³ y Grupo AIRE-MB

¹ Servicio de Reumatología; ² Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ³ CIO-Universidad Miguel Hernández. Elche.

Introducción: El fenómeno de Raynaud (FR) es un fenómeno vasoespástico transitorio, reversible, inducido por el frío o el estrés. Es motivo de derivación de pacientes a nuestra consulta, al objeto principalmente de descartar una conectivopatía, en particular la esclerodermia sistémica, fundamentando este diagnóstico en base a la anamnesis, el examen físico, la capilaroscopia y el análisis de laboratorio. Sin embargo, el mismo FR supone una afectación del estado de salud del paciente, y por tanto genera su consulta médica.

Objetivos: Conocer la repercusión del FR en el paciente.

Métodos: Se recogieron los datos de los pacientes con FR en una consulta ambulatoria de Reumatología, durante el año 2016. Estudio descriptivo de los pacientes con diagnóstico confirmado de FR siguiendo las indicaciones de FM Wigley (N Engl J Med, 2002), en una consulta de Capilaroscopia durante 2016. Se recogieron datos demográficos (edad y sexo), y clínicos: clasificación como FR 1º o 2º (LeRoy, Clin Exp Rheumatol. 1992). Se valoró la severidad percibida por el paciente según la respuesta mediante una escala EVA, a la pregunta: ¿Esta situación, incluyendo dolor, adormecimiento, y otros síntomas, cuanto afecta al uso de sus manos y su vida en general? (Merkel, Arthritis Rheum. 2002); el Health Assessment Questionnaire-Disability Index (HAQ-DI), y la establecida según el médico: Medsger Severity Scale (Medsger, Jr. Clin Exp Rheumatol. 2003).

Resultados: Durante el año 2016 se analizaron 37 pacientes con FR, 92% mujeres, 18 (49%) asociados a enfermedad autoinmune sistémica (EAS).

	FR asociado a enfermedad sistémica autoinmune (1)	FR No asociado a ESA
Nº	18	19
Edad (años)	51	37
EVA ≤ 3	60%	47%
EVA 4-6	27%	31,6%
EVA ≥ 7	13%	21%
HAQ ≤ 1	87% (3)	89,5% (3)
HAQ > 1-	7%	21%
HAQ ≥ 2	7%	0
Tratamiento FR (Medsger gr 1) (4)	22%	26%

(1) 10 esclerodermia sistémica (2 con sdr. solapamiento con LES), 2 LES, 1 Sjögren 1º, 5 indiferenciadas. (2) Paciente con ESL, que sigue tratamiento psicoactivo por depresión mayor. (3) Los pacientes con HAQ = 1 son significativamente más que los que presentan un HAQ mayor p < 0.0001. (4) Medsger grado 1: FR que requiere/demanda tratamiento farmacológico.

Conclusiones: 1. El fenómeno de Raynaud (FR) es valorado por el paciente y el médico como leve: EVA ≤ 3: 53%, HAQ ≤ 1: 34%, y/o Medsger 0: 73,5%. Solo un 13% de los pacientes con EAS y 21% de los FR 1º refieren un RCS grave: EVA ≥ 7. Solo en el grupo de EAS refieren los pactes una afectación funcional grave: 7% tienen un HAQ ≥ 2.

385. PROTOCOLO DE DETECCIÓN TEMPRANA DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS

F. Millán Núñez¹, F. Gimeno Marco¹, H. Gutiérrez Pablo¹, J. Tenas Gonzalvo¹, B. García Magallón², R. Roselló Pardo² y J.A. Casajús Mallén¹

¹ Facultad de Ciencias, Salud y Deporte. Universidad de Zaragoza.

² Hospital San Jorge. Huesca

Introducción: En el tratamiento de enfermedades reumáticas (ER) es fundamental la detección temprana (DT) de esta patología. Esta línea es prioritaria considerando que en muchos pacientes el diagnóstico se demora hasta la confirmación e inicio del tratamiento. La SER propone la utilización de un cuestionario de DT de ER. ¿Cree que usted, o alguien que conoce, puede tener una enfermedad reumática? Para que este cuestionario contribuya a la detección de casos requiere que: 1) sea conocido y utilizado por un amplio número de personas y sectores de la población; y 2) que las fases del protocolo de su utilización (cumplimentación, consulta con médico de familia y reumatólogo) se realicen convenientemente.

Objetivos: 1) revisión de los protocolos de DT de ER existentes; 2) estudio del grado de comprensión de los ítems del cuestionario SER; y 3) implementado de este cuestionario a través de un grupo de entrenadores deportivos.

Métodos: Participaron un grupo de 7 entrenadores de un club de fútbol oscense, de equipos infantil-cadete (6 hombres y una mujer, edades entre 25 y 50 años); y un segundo grupo de 78 personas asistentes a actividades de divulgación sobre prevención de enfermedades reumáticas. Los primeros cumplimentaron el cuestionario de DT de ER en el caso de cada uno de los deportistas de sus equipos; mientras que a los segundos se les entregó este instrumento solicitándoles la cumplimentación de forma autorreferida.

Resultados: El cuestionario de DT de ER de la SER es el único que está diseñado para ser utilizado por la población general, a diferencia de otros instrumentos que requieren personal con formación sanitaria para su utilización. El 40% de los ítems de este cuestionario presenta dificultades de comprensión para el grupo de entrenadores que ha participado. Se encontró un caso positivo en el grupo de deportistas, detectado por el grupo entrenadores, derivando al jugador y sus padres al médico de familia quien decidió la realización de análisis de sangre. El grupo participantes en actividades divulgación, no mostró dificultades en la comprensión de los ítems, ni señaló ningún caso sospechoso. En la tabla 1 aparece la encuesta y en la tabla 2 tenemos los resultados

Tabla 1. Cuestionario SER

	Sí	No	Dificultades comprensión
1. ¿Tiene dolor en las articulaciones?			0
2. ¿Están sus manos y/o muñecas hinchadas?			0
3. ¿Le cuesta mover las articulaciones, sobre todo por las mañanas?			0
4. ¿Le duele la espalda, sobre todo por las mañanas cuando se levanta de la cama, y el dolor mejora a lo largo del día?			0
5. ¿El dolor hace que le resulte difícil conciliar el sueño?			0
6. ¿Se han visto afectadas por el dolor actividades importantes en su vida como el cuidado personal, o ha tenido que hacer cambios en su rutina de trabajo?			0
7. ¿Tiene una erupción cutánea que empeora con el sol?	Sí	25%	
8. ¿Le aparecen con frecuencia úlceras en la boca u otras mucosas?	Sí	15%	
9. ¿Alguna vez se le ha hinchado por completo un dedo de la mano o del pie asemejándose una salchicha?	Sí	10%	
10. ¿Le han diagnosticado a Ud o algún familiar una enfermedad de la piel llamada psoriasis?	Sí	40%	
11. ¿Le han diagnosticado a Ud o algún familiar una enfermedad del tubo digestivo llamada enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa?	Sí	40%	
12. ¿Ha tenido episodios de dolor y enrojecimiento de los ojos acompañados de alteración de la visión?			0
13. ¿Se siente muy cansado?	Sí	10%	
14. ¿Ha tenido estos síntomas durante más de 6 semanas?			0

Tabla 2. Hallazgos

	Entrenadores	Personas interesadas reumatología
Participantes	7: 6 varones y 1 mujer	78: 69 mujeres y 9 varones
Dificultades comprensión cuestionario	40%	0
Personas investigadas	96	78
Casos detectados	1	0

Conclusiones: La modificación de la redacción de los ítems del cuestionario de DT de ER de la SER, así como su utilización por entrenadores deportivos podría contribuir a la detección de casos positivos de ER en la población. Estas son algunas preguntas que puede plantearse si sospecha que el dolor puede ser “más que un dolor” y para saber en qué síntomas incidir cuando acuda al médico. Recuerde que este cuestionario* es solamente una orientación ya que únicamente el médico puede establecer un diagnóstico fiable (tabla 1). Si en este cuestionario se señalan más de 3 preguntas con un “sí”, se recomienda que visite a un médico (ej. médico de familia y/o pediatra en el caso de un menor de 14 años), quien decidirá si sus síntomas son realmente relevantes y, en ese caso, derivarle a un reumatólogo.

386. DEVELOPMENT AND VALIDATION OF A SPANISH TOOL FOR SEMI-AUTOMATIC QUANTIFICATION OF SACROILIAC INFLAMMATION BY MAGNETIC RESONANCE IN SPONDYLOARTHRITIS (SCAISS)

P. Zarco¹, R. Almodóvar¹, Á. Bueno² y L.M. Molinero³

¹Rheumatology Department. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. ²Radiology Department. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. ³ALCE Ingeniería. Madrid.

Introduction: Different systems to quantify inflammatory changes in sacroiliac MRI have been developed (van der Heijde et al. J Rheumatol. 2005;32:2042-7; Ostergaard et al. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2010;24:637-57). These systems include the Spondyloarthritis Research Consortium of Canada (SPARCC), the Berlin, the Aarhus-

Puhakka, and Aarhus-Madsen, the Leeds, the MR Imaging of Sero-negative SpA (MISS), Leeds, Sieper/Rudwaleit and Hermann/Bollow scoring systems. In addition, the use of these quantification methods is restricted to clinical trials, since their use in clinical practice is limited due to their complexity, need for trained personal, and prolonged procedural time. The development of computers and data processing software has led to significant advances in methods for image analysis. With the objective to improve interobserver quantification of sacroiliitis while maintaining a practical perspective, our group has developed a semi-automated method to measure bone marrow edema (BME) in MRI images from sacroiliac (SI) joints.

Objectives: The aim of this study is to analyze the validity and reliability of the method.

Methods: The development of the method to quantify inflammation in SI joints involved software selection from a list of potential programs, process-mapping based on discussion, and tuning. Once developed, feasibility (time spent) interobserver reliability (intraclass correlation coefficient), and construct validity (convergent validity) were analysed. Two rheumatologists and a radiologist independently quantified sacroiliitis from SI images from 12 patients with a diagnosis of axial SpA by the new method, and by non-automated methods to rate sacroiliitis (SPARCC* and Berlin). Convergent validity, reliability and feasibility were calculated. (*In the present study, for simplicity reasons and in order to make it closer to the developed technique, the authors modified the SPARCC method by using a single coronal section instead of the standard six consecutive ones).

Results: The interobserver reliability was high, with intraclass correlation coefficients for global score of 0.81 (IC95%: 0.59-0.94). Convergent validity was good, with high correlation with the Berlin (rho between 0.797 and 0.913) and the SPARCC methods (rho between 0.566 and 0.897). Mean time employed in the reading procedure was 30 seconds.

Conclusions: The developed semi-automatic technique permits a fast and valid calculation of overall BME lesion at the SI joint on MRI images.

387. CREACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL REINA SOFÍA DE TUDELA (NAVARRA)

M.P. Librada Sanz, M.P. Hernández Orta, M.T. Ollobarren Ripa, M. Blasco Zoco, M.Á. Pérez Sola, P. Ortiz Blasco y M.C. Martín de Aguilera Moro

Consultas Externas. Hospital Reina Sofía.Tudela.

Introducción: La Sociedad Española de Reumatología recomienda, en el libro de Estándares de tiempos de proceso y calidad asistencial en Reumatología, que en una unidad de Reumatología haya una consulta de Enfermería. La Liga Europea contra las Enfermedades Reumáticas (EULAR) en su Documento de Consenso de manejo, ha demostrado que la Consulta de Enfermería supone un importante ahorro al sistema sanitario, pues proporciona un mayor seguimiento del paciente. El manejo del paciente reumatológico por un equipo multidisciplinar, en el que cada profesional tenga un rol definido e integrado, permite obtener mejores resultados de salud, resultando muy eficaz en la conservación de la función y la productividad de estos pacientes.

Objetivos: Asistenciales: Promover el bienestar y la salud mediante la educación sanitaria. Mejorar la calidad asistencial. Información y formación sobre el proceso, tratamiento y cuidados necesarios para conseguir mejores resultados. Mejorar el seguimiento de distintas afecciones. Detección precoz de efectos adversos. Mejorar el cumplimiento terapéutico y por tanto la adherencia al mismo. De gestión: elaborar Agenda de Enfermería en Reumatología. Presentar la agenda a Dirección de Enfermería y recibir la aprobación. Administrar agendas de la propia actividad. Registrar la actividad realizada en

la historia clínica del paciente. Coordinar la actividad con el equipo de trabajo. Docencia: Documentarnos y formarnos en la actividad a realizar. Realizar reuniones de aprendizaje con enfermeras expertas. Asistencia a Jornadas y Congresos. Realizar Formación continuada. Realizar actividades de docencia a enfermeros, estudiantes de enfermería y otros profesionales de la salud. Investigación: Participar en proyectos de investigación para mejorar la calidad asistencial, de manera individual o en colaboración con otros profesionales. Realizar análisis de datos de actividades y resultados de las mismas. Cuantificar el ahorro sanitario al Sistema de Salud de las intervenciones de enfermería. Realizar encuestas de satisfacción.

Métodos: Apertura de Agenda Informatizada. Creación por el Servicio de Admisión de prestaciones. Coordinación con especialista en Reumatología. Creación de Protocolos y administración de tratamientos. Registro y gestión de citas.

Resultados: Se incluirá el análisis de los datos estadísticos del 2013 al 2016 de las de las actividades de enfermería de las prestaciones y los gráficos de los mismos en el póster.

Conclusiones: Mejoría en la comunicación, valoración y apoyo entre reumatólogo y enfermera. Se ha observado una mejoría en la comprensión del paciente de su proceso y de su implicación en el mismo y una mejoría en la confianza y valoración de Enfermería. Disminución de la saturación de las agendas médicas. Detección precoz de efectos adversos. Disminución del tiempo de espera en las revisiones médicas por estos procesos. Disminución indirecta de los Costes Sanitarios. Cumplimiento del tratamiento terapéutico y aumento de la adherencia al mismo. Realizado el 100% de los Registros en Historia Clínica en Enfermería. Comunicación con otros profesionales sanitarios de Consultas Externas y de Atención Primaria. Recogida de datos propios de Enfermería para desarrollar proyectos de investigación que aumenten la evidencia, la utilidad y la rentabilidad de las intervenciones de Enfermería en Reumatología. La participación y la implicación motivadas son factores que facilitan la adhesión a la docencia y a la investigación.

388. EXPERIENCIA EN EL SEGUIMIENTO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA REUMÁTICA CON TRATAMIENTO INTRAVENOSO

C. Nájera Herranz¹, I. Cánovas Olmos¹, J. Ivorra Cortés¹, E. Grau García¹, C. Alcañiz Escandell¹, K. Arévalo Ruales¹, I. Chalmeta Verdejo¹, C. Feced Olmos¹, J.J. Fragio Gil¹, R. González Mazarío¹, L. González Puig¹, E. Labrador Sánchez¹, I. Martínez Cordellat¹, R. Negueroles Albuixech¹, J.E. Oller Rodríguez¹, F.M. Ortiz Sanjuán¹, E. Vicens Bernabéu¹, D. Hervás Marín² y J.A. Román Ivorra¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia.

Introducción: En el manejo del paciente en tratamiento con fármacos intravenosos, es recomendable su monitorización periódica para garantizar su seguridad. La Consulta de Enfermería de pacientes con patología reumática en tratamiento intravenoso supone un gran apoyo, en ella se monitoriza al paciente cuando acude a la consulta antes de la administración del tratamiento y previo a la consulta médica.

Objetivos: Analizar el número y tipología de las incidencias detectadas por la Consulta de Enfermería previamente a la administración de tratamiento intravenoso.

Métodos: Estudio observacional transversal, con recogida de datos del protocolo de actuación de la Consulta de Enfermería de pacientes con patología reumática en tratamiento intravenoso del Servicio de Reumatología del HUP La Fe, que se inicia en el 2012. En dicho protocolo, el día anterior se contacta telefónicamente con el paciente recabando información de su estado para detectar cualquier incidencia que sea susceptible de ser tratada y/o que pueda

afectar al mismo. Con esto se asegura la correcta cumplimentación del tratamiento, mejorando la adherencia. Los datos recogidos han sido sexo y diagnóstico del paciente, tratamiento intravenoso administrado, si la enfermera ha detectado alguna incidencia previa a la administración, si se ha detectado de forma presencial o mediante llamada telefónica y el tipo de incidencia. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.3.2.

Resultados: Se han analizado 7.809 registros correspondientes a 545 pacientes, siendo mujeres el 73%. Del total de pacientes, el 48,25% eran osteoporosis (OP), 30,1% artritis reumatoide (AR), 5,7% espondilitis anquilosante (EA), 4,2% lupus eritematoso sistémico (LES), el 2,9 artritis psoriásica (APS) y el 8,3% otros diagnósticos. Los tratamientos administrados son por un lado terapias antirresortivas (7,8% de los tratamientos administrados) y por otro terapias biológicas e inmunosupresoras, siendo los tratamientos más numerosos tocilizumab (38,89%), infliximab (31,9%) y abatacept (18,05%). De los 7.809 registros, se registraron 477 incidencias (6,1%), correspondiendo a la terapia antirresortiva solo 33 de ellas y las 444 restantes a terapias inmunosupresoras. El 63,7% de las incidencias fueron detectadas de forma telefónica. De las 477, tan solo 33 de ellas corresponden a pacientes con osteoporosis, siendo la mayoría (93%) propias de enfermedades autoinmunes. El análisis bioestadístico muestra que en los pacientes con LES hay mayor probabilidad de incidencias (4,8% de las incidencias corresponden a 392 registros de LES; $p = 0,026$) que en el resto de enfermedades autoinmunes. Por otro lado, en los pacientes con AR y EA las incidencias detectadas son mayoritariamente por vía telefónica ($p = 0,047$ y $0,029$ respectivamente). También se observa un mayor número de incidencias en las administraciones intravenosas con TCZ ($p = 0,009$).

Conclusiones: La Consulta de Enfermería de pacientes con patología reumática en tratamiento intravenoso ha realizado el seguimiento de más de 500 pacientes con solo un 6% de incidencias, contribuyendo a mejorar el estado de salud del paciente y facilitando su monitorización. Además al identificar las incidencias, se reduce el número de consultas médicas presenciales, se evita la preparación de medicación que no se va a administrar y en resumen se mejora la gestión de los recursos sanitarios hospitalarios.

389. ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS PACIENTES CON ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS

A. López Esteban, I. Janta, J.C. Nieto, F. García, C. Garabayu, T. del Río, C. Barbero, C.M. González, J. López Longo e I. Monteagudo

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

Introducción: Las artropatías inflamatorias son un grupo de enfermedades que cursan con unas características comunes: etiología desconocida, patogenia autoinmune o autoinflamatoria, predisposición genética y cronicidad. Afectan a personas de todas las edades y pueden provocar discapacidad repercutiendo en la esfera física, psíquica y social de los pacientes. La actividad física es esencial para disminuir los síntomas dolor, fatiga y debilidad; mejorando la movilidad articular, aumentando la fuerza muscular, la flexibilidad y la salud psicosocial.

Objetivos: Describir la actividad física de los pacientes con artropatías inflamatorias y crear una cohorte para comprobar la eficacia de un programa de educación.

Métodos: Estudio observacional transversal descriptivo en el que se evalúan todos los pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria articular en tratamiento con terapia biológica endovenosa en nuestro hospital de día (HdD). Se analizan variables: 1) Sociodemográficas; 2) se calcula los índices correspondientes para la remisión de la enfermedad; 3) Cuestionario de fatiga FACIT; 4) Cuestionario de salud SF12, 5) Cuestionario de actividad física IPAQ, 6) Cuestio-

nario de fibromialgia FIRS. A todos los pacientes se les informa de los beneficios de la actividad física. Esto es una cohorte de pacientes que inician un programa de educación sobre la importancia de la actividad física en el comportamiento de la enfermedad.

Resultados: Se incluyeron 222 pacientes (135; 60,8% mujeres), edad media 56,19; rango 25-82; DE: 12,89 y una media de 16,54 años DE: 9,6 de evolución de la enfermedad. La distribución por patologías: 54,1% AR, 39,2% EA, 6,8% Aps, presentando remisión de la enfermedad 26,8%, actividad moderada 39,2% y actividad alta de la enfermedad 13,5%. De los 222 pacientes 45 (20,3%) tenían además fibromialgia. Los índices de IPAC de los pacientes fue: actividad física alta 44 (19,8%); actividad física media 55 (24,8%) y actividad física baja 123 (55,4%). Existen diferencias significativas en las medias de FACIT entre pacientes con IPAQ alto y bajo y entre pacientes con IPAQ medio y bajo ($p < 0,05$). El cansancio y la fatiga son más bajos en paciente con actividad física alta y son más altos en pacientes con actividad física baja. De los 222 pacientes 73% consideran que su enfermedad afecta a la realización de actividad física, con índices de FACIT, PCS Y MCS más altos ($p < 0,05$). El 67% de los pacientes tienen poca o ninguna actividad en su vida cotidiana, al 80% de los pacientes les gustaría realizar más ejercicio. Entre los deportes o actividades que realizan los pacientes con más frecuencia destaca el caminar el 65% seguido de la natación el 12%, ciclismo y gimnasio el 8%, correr el 6%. De los pacientes que realizan actividad física el 43% practica más de un deporte.

Conclusiones: Los pacientes con enfermedad inflamatoria articular realizan poco ejercicio físico. La enfermera es clave para educar e informar al paciente sobre su enfermedad, cambiar su estilo de vida y fomentar el incremento de la actividad física con programas adecuados dependiendo de las alteraciones que producen cada enfermedad para mejorar su calidad de vida.

390. EFECTIVIDAD DE LA CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

I. Balaguer Trull, R. Martín de la Leona Miñana, C. Campos Fernández, A. Rueda Cid, M.D. Pastor Cubillo, J.J. Lerma Garrido y J. Calvo Catalá

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

Introducción: Los pacientes de Reumatología presentan frecuentes reagudizaciones de su enfermedad con aumento de sus síntomas. Además, reciben tratamientos que pueden ocasionarles dudas sobre posibles efectos adversos o sobre la forma en que se los deben administrar. Por ello se crea la Consulta Telefónica de Enfermería, mediante la que se pueden resolver dudas sobre el estado de salud o el tratamiento, entre otras funciones.

Objetivos: Valorar la efectividad de la Consulta Telefónica de Enfermería en el Servicio de Reumatología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia durante el año 2016.

Métodos: La Consulta Telefónica se atiende de lunes a viernes durante el horario de mañana por dos profesionales de Enfermería del Servicio de Reumatología a través del teléfono 963131800 y la extensión 437213. Esta consulta se gestiona en el código ME48 dónde se registran una serie de datos: si la consulta es programada o a demanda, el diagnóstico del paciente, el médico responsable, el motivo de la consulta, si se finaliza o no la consulta, si precisa la intervención o no del reumatólogo y si precisa acudir o no al hospital.

Resultados: Durante el año 2016 se han registrado un total de 448 consultas telefónicas. A continuación se detallan los datos más importantes: El diagnóstico más prevalente ha sido la artritis reumatoide (AR) y el motivo de mayor consulta el control de la adhesión terapéutica y los efectos adversos del tratamiento. El 78% de las con-

sultas han sido programas y el 22% a demanda de las necesidades de los pacientes. Un 23% han precisado la intervención del reumatólogo, mientras que el 77% han podido ser resueltas por Enfermería. Sólo un 3% de los pacientes han precisado acudir al hospital, y el 100% de las consultas han sido resueltas.

Conclusiones: La Consulta Telefónica durante el año 2016 ha resultado de gran utilidad para los pacientes de Reumatología. Con ella se ha conseguido evitar desplazamientos innecesarios al hospital, llevar un mejor control de la adherencia terapéutica (sobre todo en los pacientes con tratamientos biológicos) y una continuidad de la atención, y aumentar la satisfacción del paciente por la atención recibida.

391. DERIVACIÓN A TELECUIDADOS. UN NUEVO MODELO DE SEGUIMIENTO DEL PACIENTE REUMÁTICO

L. Cano-García, N. Mena Vázquez, S. Manrique Arijia, F.G. Jiménez Núñez, I. Ureña Garnica, C. Domic Bueno, M. Rojas Giménez, C. Fuegos Varela, M.C. Ordóñez-Cañizares, M.V. Irigoyen Oyarzabal, E. Vílchez Ocaña y A. Fernández Nebro

Hospital Regional de Málaga. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Universidad de Málaga.

Objetivos: Analizar las derivaciones médicas que se hacen a la consulta de telecuidados de enfermería reumatológica (CTCER) de nuestro hospital y la actividad asistencial que ésta genera.

Métodos: Diseño: estudio observacional transversal. Pacientes: Se derivaron 301 pacientes para seguimiento en la CTCER de un hospital de tercer nivel de enero a noviembre de 2016. Nuestro hospital atiende una población de 600.000 habitantes. Protocolo: Disponemos de un documento específico para la derivación a CTCER donde el reumatólogo especifica el motivo de derivación, el plazo de la revisión enfermera y el diagnóstico. La enfermera cita al paciente en su agenda para el seguimiento telefónico en la fecha indicada y registra en la historia del paciente las gestiones realizadas el día de la cita. Las gestiones médicas más comunes que hace la enfermera están preestablecidas de forma consensuada con los reumatólogos. Las que se salen de lo esperado son revisadas con el reumatólogo responsable del paciente. Variables analizadas: diagnóstico, motivo de derivación, tipo de FAME, eventos adversos, aparición de comorbilidades, gestión enfermera, nuevos problemas tras la consulta telefónica. Análisis estadístico: Análisis descriptivo de las principales variables.

Resultados: De los 301 pacientes, el 68,4% fueron mujeres. Los diagnósticos fueron: artritis reumatoide (AR) 116 (38,5%), espondiloartropatía (SpA) 34 (11,3%), artritis psoriásica (APs) 45 (15%), lupus eritematoso sistémico (LES) (18,9%), vasculitis 1 (0,3%), artritis idiopática juvenil (AIJ) 5 (1,7%), enfermedad de Still adulto 3 (1%), osteoporosis 4 (1,3%), artritis indiferenciada 4 (1,3%). Los motivos de derivación fueron: control al mes de inicio de FAME sintético 120 (39,9%), Control al inicio de FAME biológico 28 (9,3%), revisión interconsultas 110 (36,5%), control toxicidad hepática 17 (5,6%), control alteración hematológica 7 (2,3%), control alteración renal 1 (0,3%), control de seguridad de tratamiento micofenolato 4 (1,3%), control de seguridad de teriparatida 6 (2%), deseo gestacional 1 (0,3%), control analítico no realizado en consulta 13 (4,3%). El FAME sintético más derivado fue metotrexato 174 (57,5%) y el FAME biológico más derivado fue etanercept 16 (5,3%). La enfermera gestionó la derivación de forma autónoma 298 (99%) derivaciones, necesitando ayuda del reumatólogo en 2 (0,7%) derivaciones y existe 1 derivación diferida a 2017. En 17 (5,6%) derivaciones aparecieron nuevos problemas con la llamada: intolerancia digestiva 11 (3,7%), dolor de cabeza 3 (1%), empeoramiento 1 (0,3%), infección leve-moderada 1 (0,3%), mala adherencia 3 (1%), nueva comorbilidad 3 (1%).

Conclusiones: La consulta de telecuidados es una forma de trabajo colaborativo reumatólogo-enfermera. La enfermera puede gestionar las derivaciones de forma independiente sin tener que acudir a

su reumatólogo. Este tipo de atención telefónica enfermera aporta mejoras en la atención al paciente, evita desplazamientos, disminuye las visitas presenciales y mejora la seguridad de los pacientes.

392. MANEJO INTRAHOSPITALARIO Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

N. Lozano-Rivas¹, F.J. Pastor Pérez², B.P. Mesa del Castillo¹, A. Paños Iniesta¹, J. Ruiz Sará¹, P. Castillo Dayer¹, L.F. Linares Ferrando¹, J.J. Martínez Ferrín¹, F.A. Martínez Angosto¹, A. Bermúdez Torrente¹ y C. Marras Fernández-Cid¹

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

Introducción: Los pacientes con enfermedades autoinmunes (EAI) presentan un peor pronóstico a corto plazo tras un síndrome coronario agudo (SCA). Son necesarios estudios en nuestro medio, que analicen sus posibles causas y el pronóstico a largo plazo tras el alta hospitalaria.

Objetivos: El objetivo principal fue determinar la influencia pronóstica de la EAI en la aparición, de forma individual, de muerte total y sangrado mayor, y en el evento combinado de infarto agudo de miocardio no fatal e ictus tras el alta. El objetivo secundario fue determinar las características, presentación y manejo del SCA en pacientes con y sin EAI.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados en un hospital terciario por SCA, desde enero de 2011 a febrero de 2016, siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki y tras aprobación por el Comité Ético del hospital. El efecto pronóstico de la EAI en el seguimiento se calculó mediante regresión de Cox ajustado.

Resultados: De los 2.236 pacientes con SCA, 78 tenían EAI (3,3%), edad media 67 ± 13 años, con una mediana de evolución de 10 [4-14] años. Hubo una mayor prevalencia de fibrilación auricular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica en pacientes con EAI. No hubo diferencias tanto en la presentación del SCA como en el manejo realizado. El porcentaje de eventos intrahospitalarios fue similar (10% vs 10%, p = 0,920). Tras un seguimiento de 397 [375-559] días, los pacientes con EAI tuvieron más eventos (44% vs 28% p < 0,001). En el ajuste multivariable, la EAI se asoció de forma independiente a una mayor mortalidad total (Hazard Ratio 2,1, IC95% 1,2 a 3,7, p = 0,008). El Hazard Ratio ajustado para ictus y reinfarto, fue de 1,66, IC95% 0,77-3,61, p = 0,200. Las hemorragias mayores fueron más frecuentes en pacientes con EAI (10,3% frente a 4,2%, p = 0,05) siendo casi un 70% de origen gastrointestinal. El 87% de los pacientes que sangraron estaban recibiendo tratamiento corticoideo. Tras el ajuste multivariable, el Hazard Ratio de sangrado ajustada fue de 2,35, IC95% 1,0-6,9, p = 0,055).

Conclusiones: La presencia de EAI no cambia la forma de presentación del SCA ni su manejo intrahospitalario si bien su presencia se asocia a una mayor mortalidad y hemorragias mayores en el seguimiento.

393. ESTUDIO OBSERVACIONAL DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA EN SEGUIMIENTO EN UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA Y DE TRANSICIÓN DE UN HOSPITAL TERCIARIO

A.L. Boteanu, M.Á. Blázquez Cañamero, M. Llop Vilaltella, C. Bouroncle Alaluna, S. Garrote Corral, M.L. Gamir Gamir y M. Vázquez Díaz

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

Introducción: La AIJ sistémica, incluida actualmente según la clasificación de ILAR en la categoría de AIJ, como una categoría más

a pesar de tener rasgos clínicos y fisiopatología diferente respecto a las demás categorías, representa aproximadamente 5-15% de la AIJ. Tiene una incidencia baja, según algunos estudios de 0,3-0,8 casos/100.000 niños de menos de 16 años. Dadas las peculiaridades clínicas, analíticas y la implicación de la alteración de la inmunidad innata en su patogenia se ha sugerido que la AIJs forme parte de las enfermedades autoinflamatorias poligénicas.

Objetivos: Describir las características generales de una cohorte de pacientes con AIJ sistémica en seguimiento en un único centro.

Métodos: Hemos realizado un estudio observacional, retrospectivo, incluyendo 19 pacientes con AIJs en seguimiento en la Unidad de Reumatología Pediátrica y de Transición de nuestro hospital.

Resultados: Los 19 pacientes en seguimiento en nuestras consultas, 10 niños y 9 niñas son provenientes de varias comunidades autónomas: Madrid, Andalucía, Extremadura, Castilla y León, Castilla la Mancha y Asturias, etc. La edad media al diagnóstico fue de 6,89 ± 5,3 años con una media en el retraso diagnóstico de 24,62 ± 35,1 meses. Las manifestaciones a lo largo de la evolución han sido: 100% han presentado fiebre, 94,4% manifestaciones articulares, 83,3% manifestaciones cutáneas, 50% adenopatías, 27,8% hepatomegalia, 16,7% esplenomegalia. Ninguno de nuestros pacientes ha presentado uveítis, aftas orales o manifestaciones neurológicas. 11,1% de los pacientes ha presentado episodios de SAM. En cuanto a los valores analíticos realizados durante los periodos de actividad, nuestros pacientes han presentado anemia leve (media Hb 10,4 ± 1,55), leucocitosis, trombocitosis y elevación de RFA con una media de VSG de 77 y PCR de 81,77. También se han observado valores elevados de ferritina con una media de 1.439. Han recibido tratamiento con CT el 100% de los pacientes a lo largo de la evolución. En cuanto a los FAMES, en 94,7% se ha administrado metotrexate y en 15,8% ciclosporina. Solamente 10,5% no han requerido tratamiento biológico mientras que un 36,8% de los pacientes han recibido más de un fármaco biológico. Los fármacos biológicos administrados han sido: tocilizumab 26,3%, canakinumab 10,5%, anakinra 5,3%, etanercept 5,3% y adalimumab 5,3%. Actualmente precisan tratamiento activo más de un 50% de los pacientes: 21,1% reciben CT, 47,5% tocilizumab y 10,5% canakinumab.

Conclusiones: En nuestra cohorte la distribución por sexos ha sido similar a la descrita en la literatura, con una distribución igual varones/mujeres. La fiebre, las manifestaciones articulares y cutáneas han sido las más frecuentes y no todos los pacientes han presentado artritis. A diferencia de las otras formas de artritis idiopática juvenil, ningún paciente ha presentado uveítis u otra forma de afectación ocular. El síndrome de activación macrofágica, una de las complicaciones más graves de la AIJ sistémica se ha observado en el 11,1% de nuestros pacientes. Durante los brotes de actividad se ha objetivado una elevación marcada de RFA, ferritina y plaquetas. En cuanto a los tratamientos administrados, solamente un escaso número de pacientes no ha requerido tratamiento biológico, mientras que más de 30% han recibido más de uno, siendo los fármacos anti IL-1 y anti IL-6 los más frecuentemente administrados. Actualmente más de un 50% de los pacientes reciben tratamiento biológico.

394. AUMENTO DE LA PREVALENCIA DE LA ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON PSORIASIS CUTÁNEA MODERADA-GRAVE

N. Vegas-Revenga¹, J.L. Martín-Varillas¹, S. Armesto², M. Drake², V. Portilla¹, P. Fuentevilla¹, J. Rueda-Gotor¹, C. Fernández-Díaz¹, L.C. Domínguez-Casas¹, B. Atienza-Mateo¹, R. Blanco¹, M.Á. González-Gay¹ y A. Corrales¹

¹Servicio de Reumatología. IDIVAL. Universidad de Cantabria; ²Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: En general, la presencia de psoriasis cutánea severa se asocia a aumento del riesgo de eventos cardiovasculares (CV).

Para la detección precoz de pacientes con alto-muy alto riesgo CV se han utilizado marcadores subrogados de aterosclerosis subclínica y de mortalidad CV, como son el espesor íntima-media carotídea (C-EIM), la presencia de placas carotídeas (PC) y la detección de rigidez arterial (RA) mediante la determinación de la velocidad de onda de pulso (VOP). En la mayoría de estudios de psoriasis cutánea se ha demostrado un aumento de la prevalencia de placas carotídeas, pero no de forma constante.

Objetivos: Determinar si los pacientes con psoriasis cutánea moderada-grave presentan una prevalencia aumentada de aterosclerosis subclínica respecto a la población general.

Métodos: Estudio transversal que incluyó a) 40 pacientes consecutivos con psoriasis cutánea moderada-grave (PASI > 10, BASI > 10%), que cumplieran criterios para inicio de tratamiento biológico según las guías de Práctica Clínica (11 de los cuales también diagnosticados de artritis psoriásica, Criterios Caspar) y b) 40 controles pareados por edad, sexo y factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos. Ninguno de los pacientes incluidos presentaba antecedentes de eventos CV, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica ni índice de masa corporal (IMC) > 35. Se valoró la presencia de placas de ateroma en territorio carotídeo, mediante ecografía carotídea (ESAOTE MyLab 70), siguiendo las recomendaciones de consenso de Mannheim. Así como la VOP en la arteria carótida común derecha por medio del ecógrafo (ESAOTE MyLab 70) equipado con software de radiofrecuencia (QAS- RF). Los resultados del análisis estadístico se expresaron como media ± DE para variables de distribución normal, mediana [IQR] para variables de distribución no normal y porcentaje para variables cualitativas. Las variables cuantitativas se compararon mediante t de Student o test U de Mann-Whitney.

Resultados: Los datos generales de los 40 pacientes con psoriasis y los 40 controles figuran en la tabla. Destaca por ser una población joven (edad media < 40 años) en ambos grupos sin diferencias significativas en cuanto a los FRCV clásicos y resto de parámetros estudiados. El riesgo CV medido por SCORE era bajo (0%) en la mayoría de los pacientes, con una media de 0,2 en grupo de psoriasis cutánea y 0,15 en grupo control, como cabe esperar dada la edad del grupo. Ningún paciente presentaba riesgo CV alto-muy alto medido por SCORE (SCORE > 5%). Los pacientes con psoriasis presentaban una enfermedad de larga evolución (17,05 ± 11,63 años) y el 30% presentaba historia de artritis psoriásica, aunque la principal afectación clínica dependía de las manifestaciones cutáneas (PASI y BASI elevados). Se demostró la presencia de placas carotídeas en 10 pacientes con psoriasis cutánea (25%, y en 5 pacientes placas bilaterales) y en uno del grupo control (2,5%, sin presencia de placas bilaterales en este), p < 0,003. Además, los pacientes con psoriasis presentaban un valor de VOP mayor (6,33 m/seg) que la población general respecto

al grupo control (6,13 m/seg), pero sin diferencias significativas (p = 0,72), que podría explicarse por la edad de la población estudiada y el tamaño muestral.

Conclusiones: Los pacientes con psoriasis cutánea moderada-grave presentan un aumento de aterosclerosis subclínica respecto al grupo control, pero no hubo diferencias en la evaluación de la rigidez arterial carotídea.

395. OSTEOPOROSIS Y CÁNCER DE MAMA: RESULTADOS EN UNA CONSULTA ESPECIALIZADA SIGUIENDO UNA EVALUACIÓN ESTRUCTURADA

S. López-Salguero¹, J.C. Ordóñez¹, L. Ranieri¹, M. Andrés^{1,2}, J. Ponce³ e I. Ibero¹

¹Sección de Reumatología; ³Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario de Alicante. ²Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Elche.

Introducción: Las mujeres con cáncer de mama (CM) se encuentran en riesgo de desarrollar pérdida de densidad mineral ósea (DMO) y osteoporosis, sobre todo por las terapias adyuvantes, como los inhibidores de la aromatasa (IA). Sería de especial interés en este grupo de pacientes, conocer sus características de salud ósea y aquellos factores que puedan predisponer a fracturas por fragilidad (FF) durante el tratamiento, para así optimizar vigilancia y manejo.

Objetivos: Los objetivos de este estudio fueron: a) describir las mujeres con CM que son remitidas por Oncología a una consulta especializada; b) analizar los factores de riesgo en la visita basal que pueden predecir la aparición de nuevas FF.

Métodos: Revisión retrospectiva de pacientes con CM de diagnóstico reciente y baja DMO remitidas a consulta especializada. Se presenta un análisis descriptivo de datos epidemiológicos, clínicos, de laboratorio, imagen y densitométrico, tanto en la visita basal como en la última visita. Asimismo, se han calculado los intervalos de confianza al 95% (IC95%) para la frecuencia de FF en la primera visita y durante el seguimiento (considerado si se produjo una visita al menos tras seis meses de la inicial). Para el análisis de los factores de riesgo que predisponen a FF, se han seleccionado aquellas pacientes con datos disponibles de seguimiento. Como variables explicativas se ha tomado los factores de riesgo recogidos por la herramienta FRAX (Kanis. Osteoporos Int. 11:120) para predecir FF. Se ha utilizado la t de Student para la comparación de medias en las variables cuantitativas, y la chi cuadrado o el test exacto de Fisher para la comparación de frecuencias, según la aparición o no de una nueva FF durante el seguimiento.

Tabla Póster 394

Variable	Psoriasis cutánea (n = 40)	Controles (n = 40)	p-valor
Edad media; media (DE)	37,68 (11,83)	38,63 (11,83)	0,75
Sexo (varón; n (%))	18 (45)	18 (45)	1,0
Duración psoriasis (años), media (DE)	17,05 (11,63)	NA	-
Artritis psoriásica (Sí); n (%)	11 (27,5)	NA	-
HLA-B27 Positivo; n (%)	5 (13)	NA	-
BASI; media (DE)	38,99 (17,08)	NA	-
PASI; media (DE)	19,33 (8,89)	NA	-
PCR-US (mg/L; media (DE))	3,26 (3,31)	1,69 (2,62)	0,001
VSG (mm/h); media (DE)	13,79 (13,23)	8,53 (7,01)	0,17
TAs (mmHg; media (DE))	121,33 (13,91)	120,08 (11,73)	0,86
Colesterol (mg/dl); media (DE)	196,08 (34,31)	193 (36,42)	0,69
HDL-C (mg/dl), media (DE)	55,58 (17,05)	63,88 (20,7)	0,051
Fumador actual (Sí) (n/%)	13 (33)	9 (22,5)	0,32
Dislipemia; n (%)	21 (53)	17 (42,5)	0,37
HTA; n (%)	2 (5)	3 (7,5)	0,99
Obesidad (Sí/%) (BMI > 30)	7 (18)	3 (7,5)	0,18
SCORE (%): Media (DE)	0,2 (0,46)	0,15 (0,43)	0,55
Placas carotídeas; Sí n (%)	10 (25)	1 (2,5)	0,003
Placas carotídeas; Bilaterales n (%)	5 (13)	0 (0)	0,02
Rigidez arterial carotídea VOP (m/seg); media (DE)	6,33 (1,47)	6,13 (1,18)	0,72

Resultados: Se han evaluado un total de 156 mujeres hasta enero de 2017. La edad media fue de 60,7 años (DE \pm 10,6), siendo un 89% de ellas posmenopáusicas. Predominó el CM no metastásico (117; 75%), y 110 mujeres (70%) fueron tratadas con IA. En la visita basal, 37 pacientes (24,2%, IC95% 20-37) tenían FF (19 vertebral, 13 no vertebral, 2 cadera, 3 fracturas múltiples). La DMO se encontró en rango osteoporótico en columna lumbar (T -2,6; -2,2, -3,2), y osteopéxico tanto en cadera total (T -1,9; -1,1, -2,3) como en cuello femoral (T -2,3; -1,5, -2,7). 36 pacientes (23%) eran fumadoras activas, y 17 (11%) eran exfumadoras. En cuanto al tratamiento antiosteoporótico, en 74 casos (69,1%) se prescribió bifosfonatos, denosumab en 19 pacientes (17,7%), y raloxifeno en 2 casos (1,8%). Al resto (11,2%) solamente se recomendó suplementos de calcio y vitamina D. Se dispuso de datos de seguimiento en 107 pacientes (69%), con una mediana de 2,1 años (p25-75 1,2-3,1), período durante el cual han presentado nueva FF 13 pacientes (12,1%, IC95% 6-19), siendo vertebral en 8 de ellas, no vertebral en 4, y múltiple en un caso. Tras análisis comparativo según desarrollo o no de nueva FF durante el seguimiento, ninguno de los factores de riesgo incluidos en la herramienta FRAX mostró asociación con el outcome (tabla).

Variables de resultados	Nueva fractura por fragilidad		p
	No	Sí	
Edad (años \pm DE)	62,0 \pm 10,7	62,1 \pm 9,9	0,956
IMC (kg/m ² \pm DE)	26,5 \pm 7,1	23,1 \pm 10,0	0,213
Tiempo de seguimiento (meses) media \pm DE	28,6 \pm 19,4	30,6 \pm 12,8	0,723
DMO lumbar (T-score), media \pm DE	-2,7 \pm 0,8	-2,9 \pm 0,6	0,256
Filtrado glomerular (ml/min), media \pm DE	91,7 \pm 16,0	97,2 \pm 11,2	0,282
Menopausia (%)	93,4	91,6	0,822
Fractura previa (%)	27,1	38,4	0,512
AF fractura cadera (%)	11,0	25,0	0,125
Fumador (%)	10,0	8,3	0,721
Corticoides (%)	9,9	7,7	1,000
Artritis reumatoide (%)	3,2	0,0	1,000
Inhibidor aromatasas (%)	70,9	69,2	0,897
Tratamiento antiosteoporótico (%)	88,4	92,3	0,676

Conclusiones: Se presentan los resultados de un seguimiento estructurado de pacientes con CM y baja DMO. No se ha encontrado relación entre los factores clásicos de riesgo de fractura osteoporótica y la aparición de nueva FF en mujeres con OP y CM, que ocurre en un 12% de los casos. Se trata por tanto de un grupo de pacientes con una forma de OP secundaria de características singulares.

396. LOS NIVELES ELEVADOS DE INTERFERÓN 1 ALFA E IL10 EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO SE ASOCIAN CON MAYOR ACTIVIDAD CLÍNICA

E. Grau García¹, M. Fernández Matilla², C. Feced Olmos¹, E. Labrador Sánchez¹, F.M. Ortiz-Sanjuán¹, N. Fernández-Llanio Comella², E. Tovar Sugreñes³, K. Arévalo Ruales¹, R. Negueroles Albuixech¹, J. Ivorra Cortés¹, J.J. Frago Gil¹, I. Martínez Cordellat¹, R. González Mazarío¹, I. Chalmeta Verdejo¹, L. González Puig¹, C. Alcañiz Escandell¹, C. Nájera Herranz¹, I. Cánovas Olmos¹, E. Vicens Bernabéu¹, J.E. Oller Rodríguez¹, J.A. Castellano Cuesta², V. Fornés Ferrer⁴, D. Hervás Marín⁴ y J.A. Román Ivorra¹⁻³

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Sección de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ³Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. ⁴Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune caracterizada por alteraciones en el sistema inmune a nivel celular y molecular, incluyendo la desregulación en la producción de citoquinas y la activación linfocitaria. Entre las citoquinas, el INF1A es una de las moléculas centrales en la etiopatogénesis del LES, siendo responsable de la diferenciación de monocitos a células dendríticas e indirectamente de la producción de citoquinas proinflamatorias como IL10. Por otro lado, el factor estimulador de linfocitos B (BLYS) está relacionado con la producción de autoanticuerpos, exacerbaciones y actividad en el LES, y su expresión está regulada por IL10 e INF1A en otras citoquinas.

Objetivos: Analizar los niveles de INF1A, IL10 y BLYS y su relación con la actividad clínica en el LES.

Métodos: Estudio observacional transversal de 142 pacientes diagnosticados de LES según criterios SLICC 2012 y 34 controles sanos. A todos los individuos se les realizó una evaluación clínica y analítica completa de donde se obtuvieron datos demográficos, clínicos y analíticos. Los niveles de INF1A, IL10 y BAFF/BLYS se determinaron por métodos colorimétricos, estableciéndose el valor de corte para los niveles altos en dos veces la desviación típica más uno del logaritmo del valor medio de la población control. El análisis bioestadístico se realizó con el software R versión 3.3.2.

Resultados: En los pacientes con LES obtenemos unos niveles de las tres citoquinas significativamente mayores que en controles sanos. Los niveles altos de IL10 se asociaban a actividad clínica (SLEDAI > 6) (p < 0,0001), consumo del complemento (p = 0,001) y a la presencia de linfopenia (p = 0,0001). Los niveles altos de INF1A se asociaron a títulos altos de anti-DNA (p = 0,002) y anticuerpos antifosfolípido (p = 0,009), mientras que los niveles altos de BLYS se asociaron a la presencia de ANAs (p = 0,0006) y linfopenia (p = 0,001). Observamos que los niveles de las tres citoquinas presentan cierta correlación, por lo que categorizamos los pacientes en función del nivel alto o bajo para las tres moléculas: 44 INF1a(-)IL10(-)BLYS(-); 61 INF1a(+)IL10(-)BLYS(-); 5 INF1a(+)IL10(-)BLYS(+); 18 INF1a(+)IL10(+)BLYS(-); 14 INF1a(+)IL10(+)BLYS(+). Hay una clara asociación significativa entre los pacientes con el perfil alto para INF1A-IL10 y un incremento de la actividad clínica (p < 0,0001). Los pacientes con niveles altos de INF1A-IL10 y de INF1A-IL10-BLYS presentan una relación significativa con el consumo del complemento (p < 0,001 y p = 0,001 respectivamente) y con títulos altos de anti-dsDNA (p = 0,001 y p = 0,002 respectivamente). El grupo con niveles altos de INF1A-BLYS se asocia a valores altos de anti-dsDNA (p = 0,004) y a la positividad de ENAs (p < 0,001). El grupo de pacientes con las tres moléculas con niveles altos además se asocia a positividad de ANAs (p < 0,001) y anticuerpos antifosfolípido (p = 0,004). No se observan diferencias significativas entre las manifestaciones clínicas y los perfiles de INF1A-IL10-BLYS establecidos.

Conclusiones: En nuestra cohorte observamos que el 69% de los pacientes tiene elevada al menos una de las citoquinas consideradas, siendo el INF1A la citoquina que mayormente se eleva. La elevación simultánea de IL10 e INF1A se asocia con parámetros de actividad clínica. Sin embargo, la elevación de IL10, con independencia de si se acompaña de la elevación de los otros dos biomarcadores, es mejor marcador de actividad clínica que INF1A.