

XXXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Granada, 23-25 de mayo de 2007

Abstracts aceptados para su publicación

287

LA ARTRITIS REUMATOIDE DE NUESTRO MEDIO CON EPITOPPO COMPARTIDO ASOCIA MAYOR ESTADO INFLAMATORIO. PRESENTAR HLA DR2 CONFIERE BENIGNIDAD A LA ENFERMEDAD

A. Romero Pérez*, M. Valverde Romera, P. Paule Sastre y E. Raya Álvarez

HGB de Baza*. Servicio de Reumatología. HU San Cecilio de Granada

Introducción. La presencia de una secuencia común de aminoácidos en la tercera región hipervariable de la cadena β en el antígeno de clase II DR (denominado epitopo compartido (EC)), se relaciona a riesgo de enfermedad reumatoide y a gravedad; se considera criterio de pronóstico desfavorable en artritis de reciente comienzo. Sin embargo, existen opiniones controvertidas de expertos cuando se analizan resultados obtenidos en poblaciones de diferentes latitudes.

Objetivo. Analizar asociabilidad de presencia de EC en pacientes con artritis reumatoide (AR) con variables inflamatorias de la enfermedad.

Metodología. Estudio de corte que selecciona pacientes del área de influencia del H.U San Cecilio (Granada centro y sur) con AR, de un periodo anterior al uso de terapia biológica, que incluyen tipaje HLA, para dividirse en 2 subgrupos según presencia o no de EC. Variables recogidas (VSG, PCR, FR, conteo plaquetario, hemoglobina, hierro, ferritina, volumen corpuscular medio eritrocitario y tipaje HLA-DR. Sobre los datos obtenidos se realiza la estadística descriptiva y los test adecuados para obtener resultados.

Resultados (ver tabla)

Tabla1. Distribución de HLA-DR y de promedios de variables inflamatorias.

Tipaje HLA DR	HLA en subgrupo EC	HLA en subgrupo sin EC	Media variables en EC	Media variables sin EC	Nivel de significación
DR4 (30,4%)	DR4 (63,3%)		VSG (53,6)	VSG (36,1)	p = 0,05
DR1 (13%)	DR1 (27,7%)		PCR (4,40)	PCR (1,86)	NS
DR10 (13%)	DR10 (27,7%)		FR (165)	FR (296)	NS
DR2 (39%)	DR2 (9%)	DR2 (66,6%)	PLQ (329)	PLQ (291)	NS
DR3 (17,4%)	DR3 (9%)	DR3 (25%)	HB (10,6)	HB (11,4)	NS
DR6 (4,3%)	DR6 (0%)	DR6 (8%)	Hierro (36)	Hierro (63)	p = 0,05
DR7 (13%)	DR7 (0%)	DR7 (25%)	Ferritina (31,7)	Ferritina (14,5)	NS
DR11 (4,3%)	DR11 (9%)	DR11 (0%)	VCM (79,5)	VCM (83,6)	NS
DRW52 (21,7%)	DRW52 (27%)	DRW52 (16,6%)			
DRW53 (8,7%)	DRW53 (9%)	DRW53 (8%)			
n = 23	n = 11	n = 12			

Conclusiones. 1. La presencia de EC en pacientes con AR en nuestro medio se asocia a mayor estado inflamatorio que redonda en mayor severidad de la enfermedad. 2. Los pacientes con AR y HLA-DR2 presentan menos inflamación y tienen 20 veces menos riesgo de presentar EC, su presencia es un factor de protección de gravedad de la enfermedad (RR: 1/20, IC 95% [0,3-0,008] p < 0,05). 3. No hemos encontrado en nuestra población "jerarquía de riesgo de severidad" del DR4 respecto al resto de EC, como sí se demuestra en zona de influencia de población anglosajona.

Serían necesarios estudios multicéntricos con un número suficiente de pacientes para dilucidar el verdadero papel del EC en la gravedad de la artritis reumatoide.

288

RADIOSINOVIORTESIS: NUESTRA EXPERIENCIA

M. Minguez Vega, G. Panadero Tendero, P. Bernabeu Gonzalez y A. Carbonell

Hospital Clínico Universitario San Juan.

Introducción. En nuestro hospital hemos tratado mediante radiosinoviortesis un total de 137 articulaciones. Pretendemos analizar la evolución clínica y gammagrafica así como las complicaciones que hayan surgido

Material y método. A todos los pacientes se les ha realizado un control clínico inicial, al mes y a los 6 meses, y un control gammagrafico inicial y a los 6 meses. Según la articulación hemos administrado 90Y, 186Re ó 169Er en diferentes dosis

Radioisotopos

Radiofármacos	Emisión	T1/2 física MeV (mm)	Articulación (días)	Dosis (mCi)
90Y	β 2,24 (3,6)	2,7	Rodilla	5-6
186Re	β 1,07 γ 0,137 (1,2)	3,7	Hombro/Codo/ Tobillo-Muñeca	4/2-3/2
169Er	β 0,34 (1,0)	9,4	MCFs, MTFs, IFs	1

Resultados. La articulación a la que con más frecuencia hemos administrado un isótopo ha sido la rodilla. En nuestra experiencia la única complicación que ha existido ha sido la sinovitis postinfiltración (6,9%) la cual es fácil de controlar. Aproximadamente el 60% de los pacientes mejoran clínica y gammagraficamente, llegando a desaparecer la clínica completamente en el 10%, no encontrándose diferencias entre la evolución clínica y gammagrafica respecto a los siguientes parámetros: edad, sexo, tipo de enfermedad, articulación tratada y radioisótopo. Respecto a la concordancia clínica y gammagrafica en la evolución podemos afirmar que

la clínica se correlaciona mejor con la fase vascular que con la fase tardía existiendo diferencias significativas entre ambas ($p < 0,05$)
Conclusión. Podemos considerar la radiosinoviotomía una técnica sencilla, útil para los reumatólogos y con baja probabilidad de complicaciones

289

TELÉFONO DE AYUDA PARA EL PACIENTE REUMATOLÓGICO

S. Sánchez, N. Aizpurua, J. Maymó, M.P. Lisboa, M. Almirall y J. Carbonell

Servicio de Reumatología. Unidad de Artritis. Hospital del Mar y Esperanza. IMAS. Barcelona.

Introducción. Las unidades de artritis (UA) hospitalarias han de disponer de un equipo multidisciplinar que permita una valoración global del paciente con la incorporación de enfermería especializada en los cuidados de los pacientes. La incorporación de un teléfono de contacto entre enfermería y el paciente debe permitir detectar las necesidades, inquietudes y dudas más frecuentes y así conseguir una educación sanitaria completa y satisfactoria.

Objetivo. Estudio descriptivo de las consultas realizadas por los pacientes atendidos en la UA del ámbito IMAS (Hospitales del Mar y la Esperanza) desde abril del 2005 hasta abril del 2006, a través del acceso telefónico continuado con enfermería.

Material y métodos. Se registraron todas las llamadas de los pacientes atendidos en la Unidad de Artritis del Hospital del Mar y la Esperanza (dispensario monográfico de Artritis Precoz, Hospital de Día y Consultas Externas en tratamiento biológico) durante un período de seguimiento de 1 año. En cada llamada se recogieron las siguientes variables: nombre del paciente, facultativo asignado, patología, tratamiento prescrito y registro del tipo de consulta (sobre el tratamiento, propias de enfermería y de tipo administrativo).

Resultados. 279 pacientes disponen del teléfono de contacto, procedentes de los siguientes dispensarios: monográfico de Artritis Precoz (59,63%), Hospital de Día (10,19%) y consultas externas (30,18%). El tratamiento pautado de estos pacientes es: FAME (53,05%), FAME asociado a terapia biológica (34,06%), corticoides orales y/o AINES (12,91%). Se han registrado un total de 1.280 llamadas telefónicas: consultas en relación a dudas de tratamiento (1127), consultas propias de enfermería (102) y administrativas (51). (Figura 1). La distribución de las principales consultas telefónicas de tratamiento, enfermería y problemas administrativos se presentan en la tabla 1. El 88% de las consultas telefónicas están relacionadas con el tratamiento y el 61% sobre la dosis y forma de administración del metotrexato.

Conclusiones. La puesta en marcha en las UA de un teléfono de ayuda a los pacientes reumatológicos refleja la necesidad de realizar una educación sanitaria más completa y específica resolviendo las principales dudas generadas por los pacientes. Aunque el 59,63% de las llamadas telefónicas procedían del dispensario monográfico de Artritis Precoz, no se registró ninguna consulta sobre la enfermedad reumatológica diagnosticada.

290

SÍNDROME DE FIBROMIALGIA: CONSUMO DE RECURSOS SANITARIOS

M. Acasuso Díaz*, A. Corral Peralba* y F. Galdo**

**SAP San José. **Hospital Juan Canalejo. SERGAS. La Coruña.*

Introducción. El Síndrome de Fibromialgia (FM) es un cuadro complejo tanto desde el punto de vista de su diagnóstico como de

su tratamiento, generando un gran consumo de recursos sanitarios.

Objetivo. Describir el consumo de recursos sanitarios y de Seguridad Social en un Centro de Atención Primaria del área urbana de La Coruña, por parte de un grupo de pacientes diagnosticados de FM.

Pacientes y métodos. Se realizó un estudio descriptivo transversal en el que participaron 123 pacientes diagnosticados previamente de FM (171 mujeres y 6 hombres), según los criterios del ACR. La edad media fue de 55,3 años. Un 16,4% tenían de 40-49 años, un 36,7% de 50 a 59 y un 27,1% de 60 a 69 años. Los datos son los referidos a la actividad asistencial durante el año 2005.

Resultados. El número de interconsultas a especialistas fue de 63, de las cuales un 52,3% lo fueron con el Servicio de Reumatología de referencia, un 28,6% con Traumatología y un 14,3% con Psiquiatría. El número de tratamientos realizados por el Servicio de Rehabilitación ha sido de 13. El número de pruebas complementarias solicitadas desde Atención Primaria ha sido de 124, un 71,8% pruebas de laboratorio y un 25,8% estudios radiológicos. El número de reagudizaciones que provocaron consultas con su médico de AP fue de 210, con una media de 1,19 por paciente. En nuestro estudio el número de incapacidades temporales de los pacientes con actividad laboral (48,6%), ha sido de 35, con una media de 0,41 por paciente activo. Un 20,9% de los pacientes activos estuvo incapacitado en el último año, siendo la media de duración de la incapacidad de 51,73 días.

Conclusiones. El Síndrome de Fibromialgia, en nuestro medio, constituye una causa importante de consumo de recursos sanitarios en Atención Primaria, y de incapacidad transitoria. Los resultados de nuestro estudio en cuanto al consumo de recursos sanitarios son inferiores a estudios previos (EPISER), lo que puede reflejar una mayor implicación y conocimiento de los médicos de AP en el tratamiento de la Fibromialgia. Nos llama la atención la baja frecuencia de tratamientos de Rehabilitación, por lo que sería interesante potenciar el papel de la Rehabilitación y Fisioterapia en el tratamiento de estos pacientes.

291

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA OSTEOPOROSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Acasuso Díaz*, A. Corral Peralba* y F. Galdo**

**SAP San José. **Hospital U. Juan Canalejo. SERGAS. La Coruña.*

Objetivo. Determinar los principales fármacos utilizados por los facultativos de un Centro de Atención Primaria en un área sanitaria urbana de La Coruña, para el tratamiento de los pacientes con osteoporosis (OP).

Pacientes y métodos. Se han revisado las historias clínicas de los pacientes atendidos con el diagnóstico de OP durante el año 2005, escogiendo aquellos que cumplían los criterios de la O.M.S. para el diagnóstico. Fueron diagnosticados de OP un total de 839 pacientes, de ellos 804 (95,8%) eran mujeres y 35 (4,2%) hombres. La edad media del diagnóstico era de 67,92 años y en la actualidad los pacientes diagnosticados de OP tenían una media de edad de 71,61 años.

Resultados. En el momento de realizar el estudio estaban siendo tratados con suplementos de calcio 89 pacientes (10,61%), y 367 (45,66%) con suplementos de calcio y vitamina D, en el grupo de las mujeres. Recibían tratamiento hormonal 39 (4,85%) pacientes, la mayoría (92,31%) en el grupo de edad entre los 50 y 69 años. Seguían tratamiento con Raloxifeno 71 (8,41) mujeres en el momento del estudio, aunque un 13,95% lo habían tomado en al-

gún momento desde el diagnóstico. El Alendronato era administrado a 201 (23,96%) pacientes y el Risedronato a 107 (12,75) pacientes. La Calcitonina era utilizada por 23 (2,74) pacientes, 22 de ellos en su forma intranasal y sólo uno de forma intramuscular, aunque un 17,28% la han utilizado en alguna ocasión desde que fueron diagnosticados. En cuanto a los varones, un 68,6% no sigue tratamiento alguno en la actualidad, y sólo un 20% toman suplementos de calcio y vitamina D, así como Alendronato un 11,43%.

Conclusiones. Solamente un 44,58% de los pacientes diagnosticados de OP están a tratamiento con suplementos de Calcio y Vitamina D. El Alendronato es el fármaco más utilizado, tanto en mujeres como en varones, siendo utilizado por un 23,96% de los pacientes. La Calcitonina ha pasado de ser el segundo tratamiento más prescrito a únicamente estar pautado en un 2,74% de los pacientes en la actualidad. Un 68,6% de los varones no sigue tratamiento alguno.

292

PRECISIÓN DE LA ULTRASONOGRAFÍA MÚSCULO-ESQUELÉTICA DE ALTA RESOLUCIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA DEL BÍCEPS BRAQUIAL Y SU CORREDERA

L. Silva Fernández*, J.L. Andreu Sánchez*, M. Pastrana Ledesma**, P. Muñoz Carreño*, J. Sanz Sanz*, M. Fernández Castro*, J.R. Godo* y J. Campos Esteban*

Servicios de *Reumatología e **Imagen. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivo. Actualmente la resonancia magnética (RM) está considerada como la técnica más precisa en el estudio de la patología del hombro, aunque cada vez se utiliza más la ultrasonografía de alta resolución del aparato locomotor para el estudio de partes blandas. Este estudio trata de comparar los hallazgos ecográficos del bíceps braquial y su corredera con los hallazgos de la RM en pacientes con hombro doloroso.

Material y métodos. Consecutivamente se reclutaron sujetos con un episodio agudo de hombro doloroso que acudieron a los servicios de Urgencias y Reumatología. Tras obtener un consentimiento informado, a todos ellos se les realizó una exploración ultrasonográfica y una RM del hombro doloroso, considerando a ésta última como el patrón oro. No se realizó exploración con Doppler-Color. Fueron estimadas sensibilidad, especificidad, valores predictivos y precisión de la ecografía para el diagnóstico de las diferentes lesiones del tendón del bíceps braquial y su corredera.

Resultados. Se incluyeron 29 pacientes con una edad media de 55 ± 14 años. Para la tendinosis bicipital, la ultrasonografía resultó tener una precisión del 93,1% con una sensibilidad del 50%. Con respecto al derrame en la vaina del bíceps, demostró una sensibilidad del 57,14% con una precisión del 72,41%. La ultrasonografía no logró objetivar ninguno de los 6 casos de tenosinovitis bicipital identificados por RM, condicionando una sensibilidad nula. Ninguna de las dos técnicas evidenció roturas ni luxaciones del tendón del bíceps.

Conclusiones. La ultrasonografía ha demostrado tener una alta precisión en el diagnóstico de la tendinosis del bíceps y el derrame en su vaina, no siendo útil en el diagnóstico de la tenosinovitis bicipital. El uso de exploración Doppler-Color podría haber mejorado la detección de la tenosinovitis bicipital. Los datos obtenidos en este estudio no permiten extraer conclusiones sobre la rotura y luxación del tendón del bíceps.

293

TRATAMIENTO DE LA ARTROSIS DE RODILLAS MEDIANTE VENDAJE ELÁSTICO

C. Beltrán y F.J. Manero

Servicio de Reumatología, Hosp. Univ. M. Servet, Zaragoza.

Introducción. El tratamiento de la artrosis de rodillas descansa en el uso combinado de medidas farmacológicas y no farmacológicas. Entre éstas últimas gozan de amplio uso popular el uso de rodilleras o vendajes elásticos, sin una base científica evidente.

Objetivos. Valorar la eficacia del tratamiento con vendaje elástico (Tubilast®) más paracetamol de manera comparativa frente a paracetamol sólo en mujeres con artrosis de rodilla primaria.

Pacientes y métodos. Estudio prospectivo de 8 semanas de duración. Se incluyeron 70 mujeres con artrosis de rodilla primaria según criterios de la ACR, sin tratamiento previo o tras periodo de lavado si se encontraban en tratamiento en el momento de la inclusión. Se excluyeron pacientes con artrosis secundaria y artrosis grado 4 según la escala de Kellgren. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a un grupo de tratamiento sólo con paracetamol, hasta 4g/día (grupo I, 33 pacientes), o a otro tratado con paracetamol y utilización de vendaje elástico (Tubilast®) (grupo II, 37 pacientes). El primer grupo actuó como grupo control. En la visita inicial se recogió edad, IMC, EVA para el dolor e índice algofuncional de Lequesne para la valoración de su artrosis de rodilla. En una segunda visita a las 2 semanas y en la final a las 8 semanas se recogieron los datos de la EVA e índice de Lequesne, y en la final además se realizó valoración semicuantitativa (valorado de 1 a 5 siendo 5 lo mejor) de la satisfacción global con el tratamiento, tanto por el paciente como por el médico.

Resultados. No había diferencias significativas entre ambos grupos en el momento de la inclusión en la edad (66,0 ± 5,1 vs 65,9 ± 5,6), IMC, EVA para el dolor (51,5 ± 7 vs 44,3 ± 18) o índice de Lequesne (12 ± 1,2 vs 11,9 ± 2,8). Terminaron el estudio 65 de los 70 pacientes (dos retiradas por intolerancia gastrointestinal, dos por pérdida de seguimiento y una por ineficacia), 32 del grupo I y 33 del grupo II. En el grupo I hubo empeoramiento significativo del dolor medido por EVA en la visita intermedia así como al final del estudio (75,06 ± 21 vs 51,5 ± 7, p < 0,0001), y mejora del índice de Lequesne (9,45 ± 1,52 vs 12,0 ± 1,2, p < 0,0001). En el grupo II hubo mejoría significativa de ambos parámetros en la visita final tanto en la EVA para dolor (37,6 ± 14 vs 44,3 ± 16, p = 0,01) como en el índice de Lequesne (8,5 ± 2,71 vs 11,9 ± 2,8, p < 0,0001). La respuesta en el grupo II medida por EVA fue significativamente mejor que en el grupo I (37,6 ± 14 vs. 75,0 ± 21, p < 0,0001), en tanto que no hubo diferencias significativas entre grupos en el índice de Lequesne obtenido en la visita final (8,5 ± 2,71 vs 9,54 ± 1,52, p = 0,05), aunque sí las había en la visita intermedia (9,3 ± 2,5 vs 10,5 ± 0,5, p = 0,01). La valoración global tanto del paciente como del médico fue significativamente mejor en el grupo II que en el grupo I.

	EVA		Lequesne		Valoración global	
	Edad inicial	2 semanas	inicial	2 semanas	paciente	médico
Grupo I	66,0 ± 5,1	51,5 ± 7	12 ± 1,2	10,5 ± 0,5	2,48 ± 0,50	3,33 ± 0,47
Grupo II	65,9 ± 5,6	44,3 ± 16	11,9 ± 2,8	9,3 ± 2,5	2,7 ± 1,01	4,00 ± 0,80

Conclusiones. La utilización de un vendaje elástico tipo Tubilast® es bien tolerada y valorada por los pacientes con artrosis de rodillas, y consigue mejoría sintomática significativamente superior al uso exclusivo de paracetamol. El uso de Tubilast mejora la capacidad funcional medida por el índice de Lequesne, sin diferencia significativa con el uso exclusivo de paracetamol.

294

CAMBIOS SOCIO-SANITARIOS EN LOS PACIENTES CON TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

R. Rosello Pardo, C. Vázquez Galeano, M.V. Arguis Nerin*, V. Majareñas Mascuñano*, L. Cavero Martínez* y E. Giménez Lacasta*

Reumatólogos y enfermeras, consulta Reumatología y Hospital de Día. Hospital San Jorge. Huesca.

Introducción. Desde jul-00 hasta dic-06 143 pacientes han iniciado tratamiento biológico en el HSJ. Recogemos los datos sociosanitarios que no suelen aparecer en las publicaciones médicas. **Metodología.** Se han recogido los datos de edad, sexo, diagnóstico, estado civil, situación laboral, años de evolución desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento biológico, comorbilidades antes y durante el tratamiento, tiempo de supervivencia del tto. y motivo de retirada.

Resultados. Datos sociosanitarios de los pacientes en tto biológico en el HSJ

Edad	53,83 ± 14 años	Sexo	92 mujeres	51 varones	
Diagnóstico	AR 86	EA 32	APSO 23	SAPHO 1	ACJ 2
Años evolución	AR 8,82 ± 9,12	EA 5,65 ± 8	APSO 9,51 ± 6,5	SAPHO 5	ACJ 36
Estado civil PRE-BIOL	Solteros 16	Casados 102	Viudos 21	Sep/divorc 4	
Estado civil postbiol	Solteros 12*	Casados 103*	Viudos 23	Sep/divorc 6	3 exitus 1 soltero y 2 casados
Situación laboral pre-Biol	Ama de casa 56	Activo 49	Incapacidad 23	Jubilado x 23	
Situación laboral postBiol	Ama de casa 53*	Activo 49*	Incapacidad 24*	Jubilado 15	
Tto Biológico inicial	INF 99	ETN 29	ADA 15	ANK 0	RIT 0
Supervivencia en meses	INF 43,75 ± 19,83	ETN 21,74 ± 9,4	ADA 7,85 ± 6,41	ANK 10	RIT 8 ± 2
Cambios en DAS/BASDAI	INF -0,91	ETN -1,45	ADA -1,19	ANK 0,32	RIT -0,27
Fracaso ttos Biol	INF 14,2%	ETN 13,5%	ADA 13,3%	ANK 100% (solo 1 pac)	RIT 25% (1 de 4 pac)
Comorbilidades antes BIOL	Diabetes 15	Osteoporosis 25	Hipotiroidismo 6	Obesidad 77	HTA 21
Comorbilidades tras BIOLOG	Diabetes 15	Osteoporosis 29	Hipotiroidismo 6	Obesidad 77	HTA 22
Neoplasia	INF 4 (1 Ca páncreas, 3 cutáneas)	ETN 2 (1 Ca vesical, 1 Ca epidermoide)	ADA 0	ANK 0	RIT 0
Infecciones severas	INF 14 (1 tbc, 7 herpes zoster, 4 candidiasis)	ETN 1 (neumonía)	ADA (1 candidiasis)	ANK 0	RIT 0
Alergia	INF 4	ETN 1	ADA 0	ANK 0	RIT 0

*Exitus

Los tratamientos, sus beneficios y efectos colaterales modifican la vida de los pacientes. En nuestra serie debemos lamentar 3 exitus (2 por neoplasia y 1 por insuf renal terminal)

Conclusiones: Nuestros datos de efectos secundarios y exitus son similares a los obtenidos en el registro BIOBADASER. El único

caso de tuberculosis miliar ocurrió en un paciente PPD + que no tomó la isoniacida prescrita. El 87% de los pacientes están contentos con los resultados obtenidos con los fármacos biológicos, a pesar de que tan solo el 60% consigue un DAS/BASDAI inferior a 3,2.

295

ARTOVASTATINA EN EL CONTROL DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

J. Sanchez Burson, R. Hernández Sánchez, J. Uceda Montañés, I. Gonzalez Agudo, P. Gonzalez, N. Cid y C. Sanchez Navarro Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción. La artovastatina ha demostrado su eficacia en el tratamiento de las hiperlipemias y cardiopatía isquémica. A nivel de respuesta inmune inhiben múltiples canales inflamatorios como IL1, IL6, IL15. Estudios epidemiológicos muestran que la mortalidad cardiovascular está aumentada en la AR, por el aumento de la arterioesclerosis debida al fenómeno inflamatorio, sobre todo en artritis reumatoides más activas.

Objetivo. Analizar la actividad clínica de la AR en pacientes que toman artovastatina, y el efecto del control del riesgo cardiovascular (RCV).

Material y metodos. Estudio de cohortes, una de pacientes con AR con RCV alto, en tratamiento con FARAL y Artovastatina a dosis crecientes, hasta alcanzar niveles de LDL entre 100-130 mg. Otra de pacientes con AR con RCV bajo en tratamiento con FARAL y medidas higienico dietéticas (MHD). Duración del estudio 12 meses, durante los cuales se realizaron mediciones de factores RCV y de actividad de la enfermedad. Objetivo primario cambios en la medición del DAS 28.

Resultados. De 170 pacientes incluidos, 137 han cumplimentado los 12 meses de seguimiento (80,5%) *Características basales:* El 65% mujeres, edad media de 57 años. EL 78% FR positivo, fumadores 19%, HTA 38%, diabeticos 16%, realizaban ejercicio 36%, historia familiar de hiperlipemia 10%, y que consumieran alcohol 12%. Tratamiento con FARAL: el 73%, de estos: MTX 56%, LFN 25%, CSA2%, HCQ 7%, SZP4%. EL 27% estaban en tratamiento con biológicos, y el 63% tomaban esteroides.

Características basales y finales

	Artovastatina basal	Artovastatina final	Medidas higienico-dietéticas basal	MHD final
Edad (años) (%)	57,9	57,9	55,4	55,4
DAS 28	4,41	2,46	3,95	2,54
Colesterol mg/dl (media)	246	200	194	193
HDLmg/dl (media)	66	68	58	64
LDLmg/dl (media)	149	114	116	101
Trigliceridos mg/dl(media)	144	115	112	130
VSG (media)	27	18	27	19
FR+(%)	79	79	75	75
Biológicos (%)	20	20	17	17

Los cambios en la medición del DAS fueron valorados, tras la comprobación de la normalidad de las muestras (Kolmogorov-Smirnov) con el test U-Mann whitney, obteniendo resultados estadísticamente significativos en la reducción del DAS, de la medición basal a la final, entre el grupo de artovastatina y el de MHD, con una p = 0,038.

En el estudio global de la muestra, (Artovastatina y MHD) no hay diferencias estadísticamente significativas en la reducción del DAS entre los pacientes en tratamiento con MTX p = 0,134, ni LFN p = 0,181, sí encontrándose dichas diferencias en el grupo de tratamiento con biológicos, p = 0,019.

Conclusiones: La artovastatina tiene un efecto favorable en la reducción de la actividad de la artritis reumatoide, especialmente en el grupo tratado con terapia biológica, además de optimizar el perfil lipídico reduciendo el RCV en estos pacientes.

1. Wallberg-Jonsson S, Backman C, Johnson O, Karp K, Lundstrom E, Sundqvist K-G, Rantapaa-Dahlqvist S: Increased prevalence of atherosclerosis in patients with medium term rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2001, 28:2597-2602.

296

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL-ALFA EN LA ARTRITIS REACTIVA

J.L. Andreu, L. Silva, J. Sanz, C. Isasi, J. Godó, J. Campos y M. Fernández-Castro

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

Antecedentes y objetivos. El tratamiento con antagonistas del factor de necrosis tumoral- α (anti-TNF) ha demostrado seguridad y eficacia en el control de la inflamación axial y periférica en diferentes espondiloartropatías, como la espondilitis anquilosante o la artritis psoriásica. No se han publicado ensayos clínicos aleatorizados que demuestren su seguridad y eficacia en la artritis reactiva. El objetivo del presente estudio es evaluar la seguridad y eficacia de los agentes anti-TNF en la artritis reactiva.

Métodos: Estudio observacional en condiciones de práctica clínica habitual del uso de agentes anti-TNF en artritis reactiva. Se identificó en la base de datos de la unidad el uso de agentes biológicos en pacientes con diagnóstico de artritis reactiva. El diagnóstico de artritis reactiva se basó en los criterios propuestos por Laasila et al. (*Ann Rheum Dis* 2003;62:655-658). Se revisaron las historias clínicas de los pacientes, recogiendo los datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, evolutivos y terapéuticos de cada paciente, la respuesta a la terapia anti-TNF y los acontecimientos adversos.

Resultados: Se identificaron 3 pacientes diagnosticados de artritis reactiva en tratamiento con agentes anti-TNF. Eran 3 varones, de 41, 42 y 29 años, y un tiempo de evolución de la artritis reactiva de 83 meses, 88 meses y 14 meses, respectivamente. Los 3 casos eran HLA-B27 positivo y factor reumatoide negativo. En todos los casos se utilizó, sin éxito, antes del inicio de la terapia anti-TNF diversos anti-inflamatorios no esteroideos, prednisona (dosis de 60 a 15 mg/día), sulfasalazina (SSZ) o metotrexato (MTX). En 2 casos, la combinación de MTX y SSZ tampoco fue eficaz. En dos casos se usó etanercept, a una dosis inicial de 25 mg dos veces por semana. En un caso se utilizó infliximab, a una dosis de 5 mg/kg (0, 2, 6 y cada 8 semanas) junto con 7,5 mg/semana de metotrexato. En todos los casos se produjo una respuesta espectacular y rápida, ya objetivada a la semana 2 de tratamiento, en el número de articulaciones tumefactas, BASDAI y reactantes de fase aguda. Los tres casos alcanzaron remisión clínica y analítica a los tres meses de tratamiento. En dos casos fue posible suspender el agente anti-TNF, tras una media de 11,35 meses de terapia, sin reaparición de los síntomas articulares. En un caso fue necesario subir la dosis de metotrexato para controlar la enfermedad. No se objetivaron efectos adversos relevantes atribuidos al agente anti-TNF que obligaran a suspender la medicación.

Conclusiones. El tratamiento con antagonistas del TNF- α puede ser una alternativa eficaz y segura en una proporción de pacientes con artritis reactiva refractaria a la terapia convencional. Es necesaria la realización de ensayos clínicos controlados que confirmen la seguridad y eficacia de los agentes anti-TNF en la artritis reactiva.

297

EFECTO DE LA COEXISTENCIA DE FIBROMIALGIA EN EL ÍNDICE DAS EN MUJERES CON ARTRITIS REUMATOIDE

D. Roig Vilaseca y C. Hoces Otero

Unidad de Reumatología, Centro de Atención Especializada, Servicio de Atención Primaria Baix Llobregat. Cornellà de Llobregat. Barcelona.

Introducción. El Disease Activity Index (DAS) se utiliza ampliamente en la evaluación de la actividad de la artritis reumatoide e influye en la toma de decisiones terapéuticas. Dos de los parámetros que intervienen en su cálculo (evaluación global por el paciente y número de articulaciones dolorosas) dependen de la opinión del paciente. Existe la percepción que en los pacientes con artritis reumatoide que además padecen fibromialgia el DAS es superior al de los pacientes sin este trastorno asociado.

Objetivo. Comparar el DAS en mujeres con artritis reumatoide con y sin fibromialgia asociada.

Material y métodos. Estudio transversal de mujeres con artritis reumatoide visitadas de forma consecutiva entre septiembre y diciembre de 2006 (ambos incluidos). Las mujeres se clasificaron en dos grupos, según cumplieran o no los criterios de fibromialgia de la ACR. El protocolo incluyó el recuento de los puntos de fibromialgia, las articulaciones dolorosas (NAD) y las tumefactas (NAT), la recogida de la VSG en el análisis realizado para la visita y la evaluación del estado general mediante escala analógica visual (EAV). También se recogieron la edad, el tiempo de evolución de la artritis reumatoide, PCR, HAQ resumido y tratamientos prescritos para la artritis reumatoide al final de la visita. En una escala de 0 a 10 (0 = situación más positiva; 10 = peor situación) se evaluó la ansiedad, el estado de ánimo, el dolor percibido y la capacidad funcional. Se realizó un estudio descriptivo y un análisis comparativo de los 2 grupos.

Resultados. Se reclutaron 65 mujeres, de las cuales 12 cumplían criterios de fibromialgia en el momento de la evaluación. Se excluyeron 3 mujeres con fibromialgia y 9 sin fibromialgia al no disponerse de la VSG, lo que impedía calcular el DAS. Las características de las restantes 53 mujeres y las diferencias entre los dos grupos se recogen en la tabla 1. El 17% de las mujeres incluidas tenían fibromialgia, porcentaje superior al observado para la población española femenina en el estudio EPISER (4,2%; $P = 0,000$). No se observaron diferencias en el tipo de tratamiento recibido, excepto para el metotrexato, que fue indicado en menor número, en mujeres con fibromialgia asociada (22 vs 1; $P = 0,032$).

Comparación de los parámetros evaluados en mujeres con artritis reumatoide con y sin fibromialgia (9 y 44 casos respectivamente).

	Sin fibromialgia	Con Fibromialgia	P
Edad (años)	60,8 \pm 15,1	64,0 \pm 14,4	NS
Años de evolución (años)	3,6 \pm 3,5	4,8 \pm 4,5	NS
Intensidad del dolor (0-10)	4,26 \pm 2,75	6,83 \pm 1,25	0,006
Grado de ansiedad (0-10)	4,96 \pm 2,93	7,22 \pm 1,84	0,035
Estado de ánimo (0-10)	4,48 \pm 2,82	6,89 \pm 3,17	0,015
Funcionalidad (0-10)	4,35 \pm 3,19	7,72 \pm 1,00	0,002
EAV (0-100)	39,7 \pm 26,6	56,2 \pm 21,0	0,048
VSG	28,1 \pm 16,1	30,8 \pm 17,3	NS
PCR (mg/dl)	1,38 \pm 3,10	0,66 \pm 0,42	NS
HAQ _m	0,46 \pm 0,48	1,44 \pm 0,43	0,000
NAD	3,3 \pm 6,6	26,8 \pm 15,5	0,000
NAT	0,8 \pm 1,8	1,1 \pm 1,4	NS
DAS	1,99 \pm 0,99	4,20 \pm 0,98	0,000
NAD-28	2,3 \pm 5,1	17,4 \pm 9,5	0,000
NAT-28	0,8 \pm 1,8	1,1 \pm 1,4	NS
DAS-28	3,39 \pm 1,15	5,55 \pm 0,78	0,000

Conclusión. El DAS calculado en mujeres con artritis reumatoide es superior en aquéllas que además padecen fibromialgia. En nuestra muestra, este efecto puede explicarse por la mayor sensibilidad dolorosa y peor percepción del estado general asociada a la presencia de fibromialgia.

298

IMPACTO SOBRE LA FUNCIÓN FÍSICA Y LA CALIDAD DE VIDA EN LA ESPONDILOARTROPATÍA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

M. Fernández-Castro*, L. Silva*, J. Sanz*, J. Godo*, J. Campos*, L. Abreu** y J.L. Andreu*

*Servicio Reumatología Hospital Universitario Puerta de Hierro, **Servicio Gastroenterología Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Antecedentes. Una proporción variable de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) presenta una espondiloartropatía (Esp) asociada. El impacto de dicha Esp sobre la función y calidad de vida de estos individuos es desconocido.

Objetivo. Evaluar la actividad, la función y el bienestar en una cohorte de pacientes con EII y Esp asociada.

Métodos. Estudio transversal en el que se incluyeron 81 pacientes no seleccionados con EII. Se realizó una valoración protocolizada clínica (anamnesis y exploración física) analítica y de imagen. Se determinó el cumplimiento de los criterios de clasificación del Grupo Europeo de Estudio de Esp (GEEE) y de Nueva York modificado (NYM). Se aplicaron diferentes instrumentos de medida de actividad de la enfermedad (BASDAI), de función física (BASFI) y de bienestar del paciente, como el cuestionario de calidad de vida en espondilitis anquilosante (EA) (ASQoL), la valoración del dolor vertebral nocturno (DVN) y del dolor vertebral total (DVT) por el paciente mediante escala analógica visual (EAV), valoración de la actividad global de la enfermedad por el paciente (AGEP) e índice de valoración global en EA (BAS-G) por el paciente mediante EAV.

Resultados. De los 81 pacientes, 11 (13,5%) cumplían los criterios de NYM, 37 (45,6%) los del GEEE, 9 presentaban sacroilitis subclínica (SS) (11,1%) y 12 (14,8%) referían dolor axial inflamatorio y/o dolor en nalgas sin sacroilitis radiológica (DANNS). Se obtuvieron cuestionarios en 9 de los 11 pacientes que cumplían los criterios de NYM. Tres pacientes (33%) presentaban un BASDAI >4, 3/9 (33%) un BASFI >4, 3/9 (33%) un ASQoL >6, 4/9 (44%) un DVN >4, 4/9 un DVT >4 (44%), 2/9 (22%) una AGEP >4 y 4/9 (44%) un BAS-G >4. De los 37 pacientes que cumplían los criterios del GEEE, 12/34 (35%) presentaban una puntuación > 4 en el BASDAI, 6/33 (18%) una puntuación > 4 en el BASFI, 9/34 (27%) una puntuación > 6 en el ASQoL, 8/33 (24%) y 8/33 (24%) una puntuación > 4 en la EVA que valora el DVN y el DVT respectivamente, 14/32 (44%) y 15/33 (45%) una puntuación >4 en la EAV que valora la AGEP y el BAS-G respectivamente. Ninguno de los 9 pacientes con SS presentaron una puntuación > 4 en el BASDAI, BASFI, en la EAV de DVN, DVT y la AGEP; 3/9 (33%) presentaban una puntuación > 4 en la EVA del BAS-G. De los 12 pacientes con DANNS, 4/12 (33%) presentaban una puntuación > 4 en el BASDAI, 2/12 (17%) una puntuación > 4 en el BASFI, 3/12 (25%) una puntuación > 6 en el ASQoL, 1/11 (9%) y 1/11 (9%) una puntuación >4 en la EAV de DVN y de DVT respectivamente, 5/10 (50%) y 5/11 (45%) una puntuación >4 de la EAV de la AGEP y el BAS-G, respectivamente.

Conclusiones. En el seno de la EII, un tercio de los pacientes con EA o con Esp no presenta un control aceptable de la actividad de

la enfermedad. Los pacientes con SS presentan un control adecuado de la actividad de la enfermedad, una función física aceptable y un buen estado de bienestar, a diferencia de los pacientes con dolor axial inflamatorio y/o dolor en nalgas sin sacroilitis. Los pacientes con EII presentan con frecuencia patología reumática infratratada.

299

LUMBALGIA Y FÁRMACOS BIOLÓGICOS

R. Roselló Pardo, C. Vázquez Galeano, C. Puyuelo Blecua* y D. Aguilá Villacampa*

Reumatología y Hospital de Día*. Hospital San Jorge de Huesca.

Introducción. Los pacientes en tratamiento biológico frecuentemente aquejan lumbalgia en las visitas de revisión.

Metodología. Durante 6 meses hemos recogido la incidencia y gravedad de la lumbalgia mediante el cuestionario Roland-Morris. Se han obtenido datos de 94 pacientes de los 144 actualmente en tratamiento en fármacos biológicos (Se escogieron los que llevan más de 3 años). En la tabla aparecen los datos relevantes al respecto.

Resultados. Lumbalgia y fármacos biológicos

Edad	56, 7 ± 10,7 años			
Sexo	54 mujeres		40 varones	
Diagnóstico	52 AR	23 APSO	19 EA	
Años evolución	7,8 ± 10,7	9,5 ± 3,7	5,8 ± 6,5	
Tto biológico	INF (65%) ETN (6%) (33 meses)	ADA (4%) (12 meses)	Dos o más (6%) (6 meses) (25 meses)	
Tipo de lumbalgia	Mecánica/ Crónica 61 (65%)	AGUDA 14 (15%)	EA 19 (20%)	
Hallazgos objetivos	Hernia discal 8 (9%)	Lumbarartrosis 61 (66%)	EA 19 (20%)	Osteoporosis 4 (5%)
Puntuación R-M según Dx	AR 4,02 ± 5,3	APSO 1,9 ± 3,2	EA 7,1 ± 2	
Puntuación R-M según hallazgos	Hernia discal 8,8 ± 3,1	Lumbarartrosis 4 ± 1,5	EA 7 ± 5,2	OP con aplastamientos 14 ± 2
Puntuación según fármaco Biol	INF 5,1 ± 5	ETN 4,4 ± 6,3	ADA 2 ± 1	Varios 4,7 ± 4
Evolución lumbalgia	7 mejor ° tras epidural	26 mejor tras tto médico	61 igual o a brotes	

El hallazgo más frecuente de lumbalgia en los pacientes en tratamiento biológico es la lumbarartrosis. Causa dolor poco intenso, de características mecánicas y persistente. Muchos de los enfermos reconocen que no lo hubieran mencionado de no haber sido interrogados al respecto. La Espondilitis Anquilosante es la siguiente causa de lumbalgia, esta vez más intensa. Sólo 3 de los 19 pacientes con EA interrogados referían no tener dolor en raquis desde que estaban con INF, lo que corresponde a un 16%. Los pacientes con A Reumatoide aquejan lumbalgia en un 26%, de intensidad mediana-baja y en relación con lumbarartrosis, y más raramente osteoporosis. Los aplastamientos vertebrales han sido raros 4 (0,6%) pero causan dolor intenso. Los pacientes con A Pso son los que menos lumbalgia aquejan. Respecto a los fármacos biológicos y la intensidad y frecuencia de la lumbalgia, INF es el que reúne mayor número e intensidad, sin ser las diferencias significativas. Hay que señalar que al ser INF el fármaco más utilizado en los pacientes con EA (92%) los resultados con éste fármaco quedan perjudicados. En el estudio EPISER (L. Carmona 2000) la incidencia estimada de lumbalgia entre la población española fue del 14,8%, pero se

trataba de población general, mientras nuestros casos están seleccionados por una patología reumática grave susceptible de tratamiento biológico.

Conclusiones. La mejoría de la situación articular periférica puede hacer que la lumbalgia sea más relevante en estos pacientes que son interrogados sobre la existencia de cualquier otro proceso intercurrente. La puntuación en el cuestionario Roland-Morris ha sido baja en todos ellos excepto en los casos de EA. No parece que los fármacos biológicos causen lumbalgia.

300

LABOR DE ENFERMERÍA EN LOS TRATAMIENTOS PARENTERALES DE LA TERIPARATIDA PARA LA OSTEOPOROSIS

M. Garro Lara

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Centro Periférico de Especialidades de Almería.

Introducción. La Teriparatida (FORSTEO), es un nuevo medicamento para el tratamiento de la osteoporosis en pacientes que han sufrido fracturas, esta compuesto de la secuencia N-Terminal de 34 aminoácidos, de la hormona paratiroidea humana endógena. Su administración es subcutánea. Se observó por parte de la enfermera la necesidad de desarrollar actuaciones sobre estos pacientes, debido a la complejidad del tratamiento en sí, para su administración y precauciones que requiere una serie de conocimientos, manejos y aprendizaje que la enfermera le puede proporcionar al propio paciente, la familia o cuidador, optando por una información individualizada. Se ha realizado un estudio retrospectivo de dos años 2004-2006 teniendo en cuenta los criterios de inclusión que los hacen candidatos al tratamiento; fracturas previas, aplastamiento vertebral y completadas con la valoración del DEXA.

Objetivos. Consolidar la actividad de enfermería.

Educarlos sobre conocimientos teóricos. Información sobre la enfermedad y tratamiento.

Manejo práctico. Se le enseñan un aprendizaje para la autoinyección, con técnicas reiteradas en pequeñas almohadillas colocadas en diversas zonas del cuerpo y con distintas plumas sin principio activo.

Herramientas.

Se le da al paciente neveras de viaje, para no romper la cadena de frío

Almanaques, señala diariamente el paciente la dosis administrada. Estuche, para guardar la pluma de medicación en la nevera de casa

Video

Métodos. Se ha hecho un estudio retrospectivo de la actividad de enfermería, de una forma descriptiva desde Junio 2004 a Octubre 2006 de las tres consultas de reumatología.

Número de pacientes: 43, duración del tratamiento: 18 meses.

- Comienzan: 43
- Finalizan: 23
- Pendientes: 20
- Retiradas o abandonos: 2

Disponemos de una sala de tratamientos, acondicionada para realizarlos donde el paciente, tiene un trato personal para efectuar su práctica de autoinyección y donde se administra la 1ª dosis, se observa y valora para ver su tolerancia, y se le da todo tipo de información sobre su enfermedad, el tiempo aproximado 1 hora.

Resultados. Los pacientes que hemos estudiado 99% son mujeres, 1% Varones

Edades 3% < 60 años, 50% entre 60-65 años, 47% > 65 años.

Registrando un abandono 4%.

Los pacientes que presentan una tolerancia buena al tratamiento 88%.

Solo el 6%, se ha observado reacciones adversas a tener en cuenta (calambres, erupciones cutáneas, dolor óseo, leucopenia)

Se ha demostrado que la inyección diaria subcutánea de la Teriparatida aumenta la formación del tejido óseo y disminuye, el riesgo a sufrir nuevas fracturas.

Conclusión. En este estudio realizado por enfermería, se ha tenido en cuenta que debido a la edad de nuestros pacientes, y a su tratamiento prolongado durante 18 meses, es muy importante el aprendizaje para la autoinyección diaria haciéndolo participe de técnicas rutinarias (marcar inmediatamente en el almanaque la administración de la dosis), y así conseguir su autocontrol.

La educación individualizada por parte de enfermería, sobre los la adhesión al tratamiento, es una de las estrategias que han demostrado su eficacia para mejorar el cumplimiento.

301

CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD DE PAGET EN UNA SERIE HOSPITALARIA

B. Varas de Dios, F. J. Bachiller Corral, O. Illera Martín, A.

Morales Piga, M. Revenga Martínez y A. Zea Mendoza

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción. La enfermedad de Paget (EP) es una osteopatía caracterizada por una excesiva resorción ósea seguida de una intensa formación osteoblástica desorganizada, que da lugar a un hueso con las propiedades biomecánicas alteradas.

Material y métodos. Presentamos un estudio retrospectivo que incluye 408 pacientes seguidos en nuestras consultas desde 1977. El diagnóstico se realizó mediante radiografía y gammagrafía ósea de cuerpo completo en todos los enfermos. Se recogieron variables epidemiológicas y clínicas, datos de laboratorio y radiología, así como tratamientos y complicaciones evolutivas.

Resultados. De los 408 pacientes, 215 son hombres (52,7%) y 193 mujeres (47,3%). La edad media al diagnóstico (\pm DE) es de 64,77 años (\pm 11,173) con un rango de 30 a 91 años de edad. En un 18,2% existe un familiar conocido del enfermo afectado por la EP y hallamos una relación con el medio rural en la juventud del 71,9% de los pacientes analizados. Existe una afectación poliostótica en 231 de nuestros pacientes (56,6%) con una media (\pm DE) de 2,87 (\pm 2,85) huesos (focos) afectados, siendo las localizaciones más frecuentes: iliaco (65,3%), fémur (29%), cráneo (28%), columna lumbar (25,5%), sacro (20,1%) y tibia (12,2%). En 20 pacientes (6,4%) ha sido necesario realizar biopsia para confirmar el diagnóstico. De nuestra serie aparecen síntomas en un 70% de los pacientes, presentando dolor óseo 172 pacientes (58,1%), aumento de temperatura cutánea 50 (18,1%), presencia de fractura sobre hueso pagético 40 (11,5%) y deformidad ósea 100 (33, 6%). De los pacientes que presentan afectación del iliaco, un 43,1% tienen coxopatía de vecindad y un 13,1% protrusión acetabular. La fosfatasa alcalina (FA) media al diagnóstico (\pm DE) antes de iniciar el tratamiento fue de 816,39 (\pm 823) U/L y la hidroxiprolina total en orina/24h (HPT) fue de 71,83 (\pm 60,9) mg/L. En cuanto al tratamiento, un 72,5% precisaron tratamiento farmacológico supresor y un 8,3% tratamiento quirúrgico en algún momento de la evolución.

Como dato a señalar, encontramos degeneración sarcomatosa en cuatro individuos que representan aproximadamente el 1% de los casos estudiados.

Conclusiones. Según nuestra serie la EP tiene una prevalencia similar entre hombres y mujeres, diagnosticándose de media a los 65 años. El 70% de los diagnosticados tienen síntomas siendo lo más frecuente dolor, deformidad, fractura y calor local. El hueso iliaco es la localización más frecuente afectándose en 2 de cada 3 pacientes. La fosfatasa alcalina y la HPT se encuentran aumentadas de forma significativa. Un 72% de los enfermos necesitan tratamiento antiresortivo.

302

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS CAMBIOS ENDOSCÓPICOS-HISTOLÓGICOS DE LA MEMBRANA SINOVIAL, CON EL USO DEL METOTREXATE Y ETARNECEPT

E. Pérez Araña* y O. Paez Mena**

*Centro Médico Ibiza, Baleares, España **Hospital Docente Ortopédico Fructuoso Rodríguez Habana Cuba**

Objetivo. Describir los cambios histológicos-endoscópicos en la membrana sinovial después de la utilización de metotrexato 15mg durante 24 semanas, y el uso combinado de metotrexato-etarnecept a las 48 semanas en pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoidea Seropositiva según criterios de la ACR.

Material y método. Los cambios histológicos de la membrana sinovial y sus imágenes artroscópicas nos pueden orientar hacia una terapéutica de choque en la Artritis Reumatoidea. Se realizó un estudio de cohorte prospectivo que incluyó a 8 pacientes diagnosticados según los criterios de la ACR, los mismos se trataron durante 24 semanas con metotrexato 15 mg y posteriormente se agrega etarnecept durante 24 semanas, se tomaron muestras sinoviales y se archivaron las imágenes endoscópicas a las 48 semanas. El análisis estadístico se efectuó aplicando Test de Chi al Cuadrado para detectar la significación estadística, las muestras fueron examinadas por el mismo patólogo.

Resultados. Los hallazgos MACROSCÓPICO de la membrana sinovial en el grupo A (24 semanas), presencia de vellosidades en forma de dedos de guante y en el grupo B (48 semanas) las vellosidades presentaban aspecto de penachos.

Microscópicamente en el grupo A, existe una hiperplasia de células epiteliales, edema, hipervascularización. en el grupo B (48 SEMANAS) infiltrado linfoplasmocitario, baja presencia de folículos linfoides.

Conclusiones. El uso del etarnecept+metotrexato actúa de manera directa sobre la membrana sinovial, los cambios vasculares, edema, y morfología de la vellosidad ofrecen al reumatólogo pautas en la terapéutica de la Artritis Reumatoidea, diferentes a las observadas con el uso del Metotrexato.

303

REVISIÓN DE LA EVIDENCIA EN LA EFICACIA DE CICLOFOSFAMIDA EN LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A CONECTIVOPATÍAS

M. Alcalde, A. Cruz, F. Cabero, E. Naredo, P. Collado y M. Crespo

Hospital Severo Ochoa, Leganés. Madrid.

Introducción. La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es una causa importante de morbimortalidad en las enfermedades del tejido conectivo (ETC). Son varios los estudios que, de forma heterogénea, han comunicado una mejoría de los

pacientes con EPID tratados con ciclofosfamida (CCF), tanto oral (VO) como intravenosa (IV). Con el fin de conocer mejor la eficacia de la CCF en la EPID asociada a conectivopatía (EPID-ETC), se ha realizado una revisión sistemática de la literatura.

Objetivo. Determinar la eficacia de la CCF, tanto VO como IV, en el tratamiento de la EPID asociada a esclerodermia (ES), dermatomiositis/polimiositis (DM/PM) y enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC).

Estrategia de búsqueda. Realizamos una búsqueda en Medline y Embase, en los archivos de resúmenes de los congresos EULAR y ACR 2002-2006 y en la base de datos de Cochrane. Incluimos los estudios con pacientes diagnosticados de ES o DM/PM o EMTC, y EPID, tratados con CCF. Los estudios debían contar con 10 o más participantes. Las variables a medir fueron: el grado de disnea, las pruebas funcionales respiratorias (capacidad vital forzada (CVF) y capacidad pulmonar total (CPT)), el test de difusión (DLCO), y la tomografía axial computerizada de alta resolución (TACAR). Por la estrategia de búsqueda encontramos 199 artículos. Seleccionamos por el título 117 y se examinaron los resúmenes, excluyéndose en este paso todos los que no cumplieren los criterios de inclusión. Se obtienen los artículos originales de todos aquellos estudios no excluidos por título o resumen (27). Se examinan 18 resúmenes encontrados en los archivos de ACR (11) y EULAR (7), a partir de los cuales incluimos 3 resúmenes y 5 artículos no hallados previamente. Finalmente se incluyen 22 artículos resultantes de la estrategia y selección sistemática. De estos 22 estudios, 17 corresponden a ES, cuatro a DM/PM y uno a EMTC. El tamaño de las muestras oscila entre 13 y 158 pacientes. La edad de los pacientes es de 18-75 años. La duración de los estudios de 6 meses-2 años. De los 22 estudios 5 son retrospectivos y 16 prospectivos, siendo dos de estos últimos los únicos ensayos clínicos randomizados, doble ciego y controlados con placebo. El resto son estudios de cohortes retrospectivos o prospectivos, de pequeño tamaño. En el estudio de EMTC no queda claro el tipo de diseño.

Conclusión. Catorce de los 22 estudios reflejan una mejoría de alguno de los parámetros de función respiratoria, aunque la calidad de estos estudios es discreta, dado que el diseño no es el adecuado. En los dos estudios con diseño adecuado los cambios observados tras el tratamiento no son significativos. En la revisión realizada exponemos y discutimos los datos correspondientes a los estudios incluidos.

304

VALORACIÓN DE EVENTOS TROMBÓTICOS, INFECCIONES, ÍNDICE DE ACTIVIDAD (SLEDAI) Y PARÁMETROS ANALÍTICOS EN UN GRUPO ALEATORIO DE 55 PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

R. Oropesa Juanes, C. Campos Fernández, J. Pérez Silvestre, A. Baixauli Rubio, J. Calvo Catalá, M.I. Glez-Cruz Cervellera y D. Pastor Cubillo

Sección Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital General Universitario. Valencia.

Introducción. Los Ac. Antinucleares son positivos en la mayoría de pacientes con LES. De ellos, el más importante por ser más específico y el que más se correlaciona con la actividad de la enfermedad es el Autoanticuerpo anti-DNA. En el LES, no siempre son positivos todos los reactantes de fase aguda, pudiendo

existir una "disociación" entre PCR y VS, lo que en ocasiones nos ayudará a discernir entre brote de LES e infección añadida.

Los fenómenos trombóticos son frecuentes, sobre todo en pacientes con Anticuerpos anticardiolipina y anticoagulante lúpico. Sin embargo las trombosis en diferentes territorios no solo son consecuencia de las alteraciones del sistema de coagulación por el LES, sino que influye el uso crónico de corticoides, acelerando la aterosclerosis vascular merced a alteración del metabolismo lipídico, inducción de diabetes, producción de HTA y aumento de peso. Se incrementa iatrogénicamente el riesgo cardiovascular.

Por su curso en brotes, es útil definir criterios de actividad, ya que de ellos dependerá evaluar órganos diana y plantear el mejor tratamiento. De hecho la actividad de cada paciente evaluada a lo largo del tiempo se considera el mejor predictor de daño orgánico por la enfermedad.

Objetivos. Calcular en los pacientes diagnosticados de LES la frecuencia de eventos trombóticos analizando a su vez su relación con la positividad de anticoagulante lúpico.

Describir las cifras medias analíticas en estos enfermos de reactantes de fase aguda, autoanticuerpos y valores de complemento y series hematológicas

Calcular la proporción de pacientes que tuvieron antecedente de infección

Material y métodos. Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y analítico de 55 pacientes de LES que han acudido a nuestra consulta en un trimestre.

Se estudiaron 51 mujeres (92,7%) y 4 varones (7,3%) con edad media de $46,93 \pm 12,50$ años, con rango de 22 a 76 años.

El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue $12,21 \pm 6,95$ años con un intervalo 1-28 años.

En el momento de la recogida de datos, analizamos la actividad de la enfermedad mediante el índice SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index).

Para el manejo de los datos se utilizó la herramienta informática de creación de base de datos MS Access. Las características generales de la muestra se analizaron mediante estadística descriptiva, y fueron procesadas con el paquete estadístico SPSS v 12.0

Resultados. Actividad (Índice SLEDAI): Se constató actividad del LES en 9 pacientes (16,4%), con remisión en 46 enfermos (83,6%).

Eventos cardiovasculares:

Accidente cerebrovascular en un caso (1,8%). Ningún paciente presentó ACV transitorio.

Embolismos periféricos en 2 pacientes (3,6%)

Trombosis venosa profunda en seis pacientes (10,9%) y flebitis superficial, en 4 casos (7,3%).

Infarto agudo de miocardio en dos pacientes (3,6%). No hubo ningún caso de ángor.

Infecciones:

Solo 10 pacientes (18,2%), presentaron procesos infecciosos: tres neumonías, una leishmaniosis y seis pacientes con infección del tracto urinario.

Autoanticuerpos: Los ANA fueron positivos en 47 pacientes (85,5%). Mientras que solo 28 pacientes (50,9%) tenían anti-DNA positivos (negativizándolos 27 enfermos: 49,1%).

Estudio de coagulación, con anticoagulante lúpico: El ACL fue positivo en 13 pacientes (23,6%), grupo en el que se incluyeron el 100% de pacientes con accidentes vasculares, salvo 3 pacientes con TVP y flebitis superficial.

Complemento: Constatamos un valor medio de C3 de $107,07 \pm 34,63$, con un intervalo entre 51,50-172. Mientras que el valor medio de la fracción C4 del complemento fue $16,97 \pm 7,24$, con un intervalo entre 2,46-29.

VSG: El valor medio de la velocidad globular de sedimentación fue de $32,09 \pm 22,76$ mm/h, con un intervalo entre 3 y 98mm/h.

PCR: El valor medio de la Proteína C Reactiva fue $1,76 \pm 4,85$, con un intervalo entre 0,01-22.

Recuento de células: Valoramos las tres series hemáticas, constatando unos valores normales en la mayoría de casos: Hemoglobina: $13,52 \pm 1,56$ g/dl, con un intervalo entre 8,80-17 g/dl. Valor medio de hematíes: $4,46 \pm 0,61$, con un intervalo entre 2,50-5,60. El valor medio de leucocitos fue $6761,90 \pm 2264,46$, con un intervalo entre 3100-13300. El valor medio de las plaquetas fue $257976,19 \pm 83312,95$, con un intervalo entre 128000-465000.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes (83,6%) no tenían actividad (Índice SLEDAI).

El 49,1% de pacientes, negativizaron antiDNA

La tasa de eventos trombóticos fue de un 25,4% (14 casos), relacionándose con la positividad del ACL (11 de los 14 pacientes). Todos los enfermos se trataban con corticoides. Debemos considerar la importancia de vigilar factores de riesgo en estos pacientes, así como incrementar el uso de antipalúdicos (¿a todos los pacientes con LES?)

Diez pacientes (18,2%) tuvo antecedentes de infección. Salvo tres casos de neumonía y uno de Leishmaniosis, el resto, fueron infecciones urinarias no complicadas.

El valor medio de PCR fue bajo con un valor de VSG elevado a semejanza de lo descrito en la literatura

La cifra media de Hemoglobina, Leucocitos, Hematíes, Plaquetas y factores C3 y C4 del complemento estaban dentro del rango de normalidad en nuestra muestra.

305

ENFERMEDAD CELÍACA DEL ADULTO DE RECIENTE DIAGNÓSTICO: ESTUDIO DE MASA ÓSEA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

A. Baixauli Rubio, J. Pérez Silvestre, J. Calvo Catalá, C. Campos Fernández, M.I. Glez-Cruz, D. Pastor, A.B. Durá*, J.M. Huguet*, L. Ruiz*, M. Latorre* y P. Suarez*

Hospital General Universitario de Valencia. Reumatología y Metabolismo Óseo. Digestivo*

Introducción. La enfermedad celíaca es una enteropatía de origen autoinmune ocasionada por una intolerancia permanente al gluten. La osteoporosis (OP) se considera "un trastorno generalizado del esqueleto caracterizado por una alteración de la resistencia ósea que predispone a la persona a un mayor riesgo de fractura". La OP es responsable de la mayor parte de las fracturas que se producen en personas mayores de 50 años. Los pacientes celíacos de edad adulta y no tratados tienen un alto riesgo de padecer osteoporosis.

Objetivo. Conocer la prevalencia y los factores de riesgo asociados a osteoporosis y osteopenia en la enfermedad celíaca del adulto de reciente diagnóstico en nuestro medio.

Material y métodos. Estudio descriptivo prospectivo, de enfermos diagnosticados en el último año de enfermedad celíaca en el Hospital General Universitario de Valencia. Se han incluido 22 pacientes diagnosticados desde noviembre de 2005 hasta noviembre de 2006, siendo 10 varones (45,5%) y 12 mujeres (54,5%), con una edad media de 38 años (rango 16-74). El diagnóstico de enfermedad celíaca se estableció mediante serología y biopsia duodenal y/o yeyunal. El estudio densitométrico se realizó mediante densitometría dual de rayos X (DEXA) en columna lumbar y cuello femoral, siguiendo los criterios de la OMS (osteopenia -1,0 a -2,5 T-Score, osteoporosis < -2,5 T-Score). Para determinar los factores de riesgo asociado todos los pacientes rellenan un cuestionario en el que se valoraba: ingesta de calcio,

ejercicio físico diario (sedentarismo), historia familiar de fracturas antes de los 50 años o de osteoporosis, tratamiento corticoideo durante más de 2 meses, menopausia precoz o amenorrea prolongada y hábito enólico.

Resultados. *Masa ósea normal:* 7 pacientes (31,8%); 4 varones (57,1%) de edad media 31,5 años; 3 mujeres (42,9%) con edad media 27,9 años. *Osteopenia:* 11 pacientes (50%), 4 varones (36,4%) de edad media 41 años; 7 mujeres (63,6%) con edad media 39,9 años. *Osteoporosis:* 4 pacientes (18,2%), 2 varones (50%) de edad media 41 años; 2 mujeres (50%) con edad media 51 años. Como factores de riesgo asociados encontramos una inadecuada ingesta de calcio en todos los grupos; el grupo osteopenia - osteoporosis realizan una escasa actividad física (en el grupo de osteopenia el 45% y en el grupo de osteoporosis el 75%), un antecedente de madre con fractura vertebral antes de los 50 años en el grupo de osteopenia y menopausia precoz en una paciente del grupo de osteoporosis.

Conclusiones. 1. Existe una alta prevalencia de alteraciones en la masa ósea (68,2%) en los pacientes celíacos de reciente diagnóstico de nuestra área, en relación con población general del mismo sexo y edad. Debemos descartar la intolerancia al gluten como causa de osteoporosis, sobre todo cuando la osteoporosis se presenta a una edad más temprana de lo habitual. 2. Ingesta inadecuada de calcio en la población de pacientes celíacos de reciente diagnóstico. 3. Como factores de riesgo asociados en el grupo de masa ósea alterada: baja actividad física y aunque sin significación estadística menopausia precoz e ingesta de alcohol.

306

PREVALENCIA DE ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILO EN DIVERSAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS REUMÁTICAS

J.L. Fernández Sueiro*, N. Oreiro Villar*, A. Willisch Domínguez#, S. Pértega&, J.A. Pinto*, M. Freire González, F. Galdo* y F.J. Blanco*

**Es Servicio de Reumatología y Unidad de Epidemiología, Hospital Universitario Juan Canalejo, La Coruña. Servicio de Reumatología, Hospital Cristal Piñor, Orense.*

Introducción. Los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) son autoanticuerpos útiles en el diagnóstico de determinadas enfermedades reumáticas como las vasculitis, sin embargo la presencia de P-ANCA puede encontrarse en enfermedades distintas a las vasculitis, desconociéndose cual es su relevancia y su utilidad clínica.

Objetivos. Evaluar la presencia de P-ANCA en diversas enfermedades reumáticas y valorar su utilidad como marcador diagnóstico.

Material y métodos. *Material:* se recogieron sueros de pacientes en seguimiento en el servicio de reumatología que presentaban los siguientes diagnósticos: EA primaria n = 81, Artritis Psoriásica (APs) n = 74, Artritis reumatoide (AR) 129, controles sanos n = 86. Los pacientes con EA y APs forman parte de una cohorte de seguimiento en consultas monográficas. Las muestras se tomaron previa información y consentimiento informado del paciente. *Métodos.* La determinación de los pANCA se realizó con el kit comercial NOVA Lite TM ANCA, INOVA Diagnostics®. La visualización de los pANCA se realizó por el método estándar de inmuno fluorescencia indirecta. En cada grupo se determinó la presencia de pANCA con su 95% intervalo de confianza.

Para contrastar si existían diferencias significativas en la presencia de pANCA entre los distintos diagnósticos se utilizó un modelo de regresión logística usando como control el grupo de pacientes sanos.

Resultados. Un total de 370 muestras fueron analizadas para la presencia de P-ANCA. La prevalencia de P-ANCA positivos de acuerdo a los grupos diagnósticos fue: EA primaria 23,5%, APs 79,7%, AR 73,6%, sujetos sanos 15,1%. En conjunto la prevalencia de P-ANCA fue mayor en pacientes con APs (p<0,001, OR 29,50) y en AR (p<0,001, OR 20,95) que en pacientes con EA primaria y sujetos sanos. Analizando la sensibilidad y especificidad de la presencia de P-ANCA para el diagnóstico de la AR, APs y EA se obtuvieron los siguientes resultados (sensibilidad/especificidad): AR 73,6%/62,2%, APs 79,7%/57,1%, EA 23,5%/42,2% respectivamente.

Conclusiones. La prevalencia de P-ANCA en este estudio es más alta en los pacientes con Artritis Psoriásica y Artritis Reumatoide. La presencia de P-ANCAs en la APs y en la AR sugiere, desde el punto de vista patogénico, un comportamiento distinto de la APs a la espondilitis anquilosante y subraya la necesidad de futuros estudios para analizar la relevancia de los P-ANCA en el diagnóstico y en la patogenia de la APs.

307

TRATAMIENTO SATISFACTORIO DE UN CASO DE SAPHO CON INFLIXIMAB

R. Morlà, O. Navarro*, A. Delegido* y J. Rodero**

Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina Interna. Servicio de Dermatología**. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.*

Introducción. El síndrome de SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis) desde que se describió en 1987 ha sido motivo de varias publicaciones. Es un síndrome heterogéneo para el que se han utilizado varios tratamientos (antiinflamatorios, bifosfonatos, inminsupresores como metotrexato,...), sin evidencia clara de superioridad terapéutica.

Objetivo. Utilizar un fármaco biológico anti-factor de necrosis tumoral, infliximab, como tratamiento en una paciente con SAPHO, sabiendo que su uso está aprobado en la artropatía psoriásica y que existen referencias en la literatura de pacientes con este síndrome tratados con buenos resultados.

Paciente y método. Paciente de 55 años que presenta un derrame articular de rodilla derecha sin antecedente traumático junto con una pustulosis palmoplantar pruriginosa. La artrocentesis muestra un líquido turbio con 4.800 leucocitos (Neutrófilos: 82%, Linfocitos: 18%), sin cristales y con tinción gram negativa para gérmenes. La analítica muestra una PCR de 204,6, VSG 64 y 12200 leucocitos (fórmula normal), con inmunología (FR, ANA, ANCAs y HLAB27) negativa y determinación negativa de proteínas en orina. La gammagrafía ósea muestra acúmulos patológicos en articulaciones acromioclavicular derecha, codos, femoropatelaes y tarsos. La biopsia de las lesiones de piel es compatible con una pustulosis exantemática, con frotis y cultivos de lesiones negativos para gérmenes (bacterias y hongos).

Se inicia tratamiento con antiinflamatorios, presentando inicialmente leve mejoría clínica y cutánea. Por persistencia de lesiones cutáneas y de sinovitis al cabo de 4 meses de inicio de la clínica, se indica tratamiento con infliximab, según dosis y pauta referenciadas en experiencias previas en la literatura (5 mg/kg en semanas 0,2 y 6).

Resultado. En la siguiente tabla se muestra los resultados de los parámetros clínicos: EVA (0 a 10), presencia e SINOVITIS en la

exploración (sí/no) y parámetros analíticos: PCR y VSG, antes de iniciar el tratamiento y a las dos semanas de finalizarlo.

	EVA	SINOVITIS	PCR	VSG
SEM 0	9	SI	204,6	64
SEM 8	0	NO	3,2	8

Conclusión. Describimos el caso de una paciente con SAPHO sin osteitis, que ha presentado una resolución completa de su sinovitis periférica y una mejoría notoria de la pustulosis palmo-plantar tras tratamiento con infliximab.

308

EFFECTOS SECUNDARIOS DERMATOLÓGICOS EN PACIENTES CON TERAPIA ANTI-TNF ALFA

A. Urruticoechea Arana, E. Aznar Villacampa*, F. Gallego García, F. Lafuente, L. Cross, M. Hergueta, M. Boddhi y S. Rozado

Hospital Can Misses de Ibiza. Baleares. Hospital Reina Sofía de Tudela. Navarra. Servicio de Reumatología. Servicio de Medicina Interna. Servicio de Dermatología.*

Introducción. Las terapias anti-TNF alfa constituyen una herramienta fundamental en el arsenal terapéutico de las enfermedades reumáticas inflamatorias. Se ha demostrado la eficacia y seguridad de estos tratamientos. Si bien se han encontrado efectos secundarios diversos, entre ellos efectos secundarios dermatológicos.

Objetivos. Analizar los efectos secundarios dermatológicos en pacientes con terapia anti-TNF alfa.

Métodos. Se estudian los tratamientos biológicos anti-TNF alfa de dos hospitales comarcales incluyendo dos Unidades de Terapias Biológicas del servicio de Reumatología. Se incluyen 118 terapias biológicas.

Resultados. Características de los pacientes: 35 hombres y 75 mujeres en tratamiento anti-TNF alfa: 71 Artritis Reumatoide (11:60), 14 Artritis Psoriásica (7:7), 15 Espondilitis Anquilosante (12:4), 4 Artritis Crónica Juvenil (1:3), 3 Espondiloartropatía asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (1:2), 2 enfermedad de Behcet (1:1), 1 E.Still (1:0). Edad 45 + ± 10. Se han encontrado 11 eventos dermatológicos, un 9,3% de los tratamientos anti-TNF alfa. Con suspensión de 6 tratamientos biológicos, un 5% del total de los tratamientos (4 con Infliximab y 2 con etanercept).

Se han encontrado 2 lesiones cancerosas: una Queratosis Actínica Bowenoides y un Carcinoma Espinocelular en el mismo paciente (AR mujer de 51 años), que precisaron la suspensión del tratamiento (infliximab). 2 casos de alopecia una autolimitada (etanercept) (AR mujer de 54 años) y la segunda precisó la suspensión del tratamiento (etanercept, ACJ mujer de 29 años). Un caso de perniosis en manos desde el inicio del tratamiento no invalidante, con posterior reacción eritematosa en hemifacies izquierda y extremidad superior a los 8 días de la infusión de infliximab con conversión a ANAs positivos, en una paciente con AR de 42 años, se suspende el tratamiento. Una reacción alérgica durante la primera infusión de infliximab, con reacción dermatológica eritematosa generalizada con prurito y taquicardia que precisó altas dosis de corticoide en un varón con EA de 33 años, con suspensión del tratamiento. Previamente en el mismo paciente reacción local con etanercept en brazo izquierdo con urticaria, lesión habonosa en región de la inoculación en varias ocasiones que precisaron tratamiento corticoideo. Una formación de un forúnculo autolimitado en un varón con EA de 34 años. Una reactivación de

lesiones cutáneas con pustulosis generalizada en una mujer de 52 años con enfermedad de Behcet con infliximab y suspensión del mismo. Y una mujer con AR de 43 años con un Herpes Zoster cutáneo intercostal con suspensión temporal del tratamiento con infliximab.

Conclusiones. Los eventos dermatológicos secundarios a los tratamientos anti-TNF alfa han constituido un 9,3% de los tratamientos, con suspensión del mismo en 6 terapias, un 5% del total de tratamientos anti-TNF alfa. Se ha encontrado 2 lesiones cancerosas, una alopecia, 3 reacciones alérgicas con manifestación urticarial y una reactivación de Behcet cutáneo con pustulosis generalizada que precisaron la suspensión del tratamiento. Los efectos dermatológicos secundarios no han ocasionado riesgo vital de los pacientes.

309

ARTRITIS REUMATOIDE REFRACTARIA A ANTI-TNF: TRATAMIENTO CON RITUXIMAB

A. García*, M. Mayor*, P. Vela*, J. Sánchez** y E. Pascual*
Servicio de Reumatología. Servicio de Medicina Preventiva**. Hospital General Universitario de Alicante.*

Introducción. El empleo de los tratamientos biológicos ha supuesto un gran avance en el manejo de la AR refractaria a FAMES clásicos. Actualmente el problema se plantea en aquellos pacientes que no responden o presentan contraindicación a los anti-TNF aprobados para el tratamiento de la AR.

Objetivo. Describir la experiencia clínica, respuesta terapéutica y efectos adversos del tratamiento con Rituximab en un grupo de pacientes refractarios a anti-TNF.

Material y métodos. Se estudió un grupo de 7 pacientes con AR tratados con Rituximab. Todos ellos habían recibido previamente al menos dos fármacos anti-TNF, a pesar de lo cual presentaban una actividad inflamatoria no controlada y/o reacciones adversas severas al tratamiento. Tres de los pacientes también habían sido tratados con Anakinra. Se incluye un caso en el que se indicó Rituximab tras el desarrollo de un linfoma de mama durante el tratamiento con Infliximab. Todos los pacientes recibieron uno o varios ciclos consistentes en dos infusiones intravenosas de 1gramo, salvo la paciente con linfoma que recibió un primer ciclo de 4 infusiones de 375 mg/m². La actividad inflamatoria fue evaluada antes del tratamiento (situación basal) y a lo largo de los diferentes ciclos. Fueron considerados para el estudio el DAS28, VSG, PCR, índice 68 articulaciones y la capacidad funcional (HAQ). Se realizó análisis mediante el paquete estadístico SPSS v11, utilizando para comparación de medias t-student para datos apareados.

Resultados. El grupo estudiado se compone de 6 mujeres y un hombre, con mediana de edad de 60 años (rango 44-76) y mediana de evolución de AR de 8 años (rango 4-29). La mediana del DAS28 previa a tratamiento fue de 6,76 (rango 4-7,22). Tres pacientes mostraron una respuesta favorable del DAS28, con un descenso del índice en el último ciclo administrado respecto al basal de 1,86, 3,14 y 3,04 respectivamente. A pesar de ello, ninguno de los pacientes presentó criterios de remisión. Dos pacientes no mostraron cambios clínicamente significativos tras inicio del tratamiento, mientras que otro presentó un empeoramiento del DAS28 tras una mejoría inicial. El análisis estadístico está limitado por el escaso tamaño muestral. Se observaron diferencias estadísticamente significativas (p<0,05) en cuanto al descenso en VSG y PCR respecto al basal. La media del DAS28 previa al tratamiento fue 6,5 ± 1,45 DE, descendiendo durante el 2º ciclo a 4,8 ± 1,04 DE (p = 0,063). Los descensos observados en NAD,

NAT y HAQ no fueron estadísticamente significativos. En cuanto a los efectos adversos graves durante el tratamiento, sólo se observó un caso de neumonía por Legionella.

Conclusión. El tratamiento con Rituximab se plantea como una alternativa terapéutica eficaz en la AR que no responde a tratamiento convencional con FAMES/anti-TNF. Los limitados resultados en cuanto a mejoría clínica estarían condicionados por la peculiar severidad de la AR en estos pacientes.

310

RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON TERIPARATIDE DURANTE 18 MESES. ASPECTOS CLÍNICOS Y DE DENSIDAD MINERAL ÓSEA (DMO)

J. Rovira, S. Martínez-Pardo, M. Rusiñol, M. Pujol, G. Salvador, E. Riera y F. Moyà

Servicio de Reumatología. Hospital Mutua de Terrassa. Barcelona.

Objetivo. Revisar la respuesta densitométrica y clínica obtenidas tras el tratamiento con teriparatide, en 20 pacientes. Se pretende, además, conocer las dificultades técnicas en la administración del fármaco.

Pacientes y método. Se analizan los cambios densitométricos, analíticos y clínicos de 20 pacientes (19 mujeres y un varón) osteoporóticos, tras 18 meses de tratamiento con 20 microgramos/día de teriparatide subcutáneo. Se registran edad, diagnóstico, número de fracturas y tratamientos previos, T basal y postratamiento en columna (CL) y fémur total (FT), alteraciones analíticas y fracturas nuevas presentadas. Se realizó un interrogatorio telefónico sobre la autoadministración del fármaco, sobre la facilidad de uso de la pluma, y sobre posibles efectos secundarios de la punción. Se aplicó Anova de un factor para cálculos estadísticos (SPSS 14.0)

Resultados. La edad media fue 74 (56-87), todos los pacientes sufrieron fracturas previas (1-12); 3 casos eran osteoporosis secundarias. La T media en CL era -3,14 (-1,26 a -5,69) y en FT -2,37 (-1,05 a -4,68). Todos menos uno habían realizado tratamiento antirresortivo previo y solo 3 llevaban con él más de 10 años.

Hasta ahora disponemos de densitometrías finales de 13 de los 20 pacientes: el incremento en la DMO fue > 3% en CL en 38,5% de los casos, y en FT en 30,8%. Hubo incremento en ambas zonas en 23,1% de pacientes. Se detecta una disminución > 3% en la DMO, en 23% y en 38% a nivel de CL y FT respectivamente. El 7,7% de los pacientes empeoraron en ambas localizaciones.

Un análisis bivariante solo mostró significación estadística entre el tiempo de tratamiento previo y la evolución de la DMO, de forma que los mayores incrementos, fueron los del paciente que nunca había tomado antirresortivos, (28,8% en CL y 11% en FT), y los tres pacientes que utilizaron bifosfonatos durante más de 10 años, mostraron las peores evoluciones de DMO.

No hubieron alteraciones analíticas secundarias a la administración de teriparatide. Solo un caso presentó hipercalcemia corregida al suspender el suplemento cálcico.

De la información telefónica de los 20 pacientes se obtuvo: Autoadministración: 65%, efectos secundarios a la punción: 15% (hematomas subcutáneos), manejo sencillo de la pluma a criterio de todos los manipuladores.

Evolución clínica: 35% de los pacientes refieren mejoría importante del dolor, 30% mejoría moderada, 15% mejoría leve y 20% niega mejoría. Dos pacientes desarrollaron fracturas durante el tratamiento: una mujer atropellada sufrió fracturas de varios metatarsianos y otra presentó fractura de muñeca y vértebra L2 tras una caída.

Conclusiones. Al valorar la respuesta a 18 meses de teriparatide entre nuestros pacientes, hemos observado una mejoría > 3% en la

DMO en un 38,5% de los casos en CL y en un 30,8% a nivel femoral, cifras mucho más bajas que las que describe la literatura. El incremento ha sido superior en un paciente que no había realizado tratamiento antirresortivo previo, y peor, en los que habían tomado bifosfonatos durante más de 10 años, apuntando una posible menor eficacia de teriparatide en pacientes previamente tratados.

La tolerancia general ha sido buena, la administración sencilla, con un 65% de casos autoadministrados y la mejoría del dolor de moderada a importante en unos 2 tercios de los pacientes. Una paciente desarrolló 2 fracturas por fragilidad.

311

EFICACIA Y TOLERANCIA DEL LAVADO ARTICULAR DE CADERA EN OSTEOARTRITIS: RESULTADOS PRELIMINARES.

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

Hospital de Día de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Objetivo. Determinar la eficacia a medio plazo (3 meses) del lavado articular de articulación coxofemoral (LAC) en pacientes con osteoartritis (OA).

Pacientes y métodos. Se seleccionaron 8 pacientes a los que se practicaron 9 LAC (1 paciente bilateral) con diagnóstico de OA grado I, II o III (Kellgren-Lawrence) sintomática, de la consulta ambulatoria de Reumatología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. El diseño del estudio consiste en realizar un control evolutivo a los 15 (1), 45 (2) y 90 (3) días mediante los siguientes parámetros: medición del balance articular por goniómetro de Flexión, Abducción y Adducción, realización índices de valoración para OA de WOMAC y LEQUESNE. La técnica del LAC consistió en una anestesia de la piel con mevipacaína al 2% y posteriormente punción articular con un trócar de punción lumbar tipo 20G (diámetro de 1,1 mm), se introducen 5 cc de mevipacaína al 2%. A continuación se inicia la perfusión con presión positiva de 500 ml de suero fisiológico al 0,9%. Cuando se han introducido 50 cc de suero, se practica una segunda punción articular paralela a la primera, por donde se extrae el líquido perfundido. Duración aproximada: 30-45 minutos. Se realizó análisis estadístico mediante paquete estadístico SPSS ver 14.

Resultados: se presentan los resultados preliminares de los n = 9 LAC realizados tras el primer control, en los que existe una mejoría no significativa en los índices evaluados a los 15 días, no así en los grados de movilidad articular:

Índices evaluados (n = 9)

	Basal (media)	Control 1 (media)
Lequesne	13,7	12
WOMAC_dolor	329,29	280,71
WOMAC_rigidez	138,57	118,57
WOMAC_función física	1052,14	924,57

*valor p no significativo en todos parámetros

Conclusiones. El LAC se muestra eficaz (15 días) en todas los índices de valoración aplicados, aunque debido al bajo número de pacientes incluidos en el momento actual las diferencias respecto al estado basal no son significativas. Asimismo ningún paciente ha presentado efecto adverso relevante. El LAC se ofrece como una seria alternativa al tratamiento de la OA coxofemoral, aunque deberemos confirmar estos resultados en los próximos controles evolutivos a los 45 y 90 días.

312

VALORACIÓN Y MANEJO DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA EN PACIENTES CANDIDATOS A TRATAMIENTO ANTI-TNF α

S. Casas*, O. Gasch*, J. Lora-Tamayo*, D. Reina**, X. Juanola**, L. González*, M.R. Guerra* y M. Santín*

Hospital Universitari de Bellvitge (L'Hospitalet del Llobregat, Barcelona): Unidad de Tuberculosis del servicio de Enfermedades Infecciosas y servicio de Reumatología***

Objetivos. Evaluar un protocolo para la valoración del riesgo de infección tuberculosa (TB) en pacientes candidatos a iniciar terapia anti-TNF α , y la eficacia y seguridad de la quimioprofilaxis.

Métodos. Seguimiento prospectivo de los pacientes remitidos a la Unidad de Tuberculosis de un hospital universitario de 3^o nivel (desde enero 2003 hasta octubre 2006) para valoración de infección TB, previa al inicio de tratamiento anti-TNF α . El diagnóstico de infección TB se basó en la anamnesis dirigida al riesgo de TB, PPD y booster, y radiografía de tórax. Los pacientes fueron controlados en consultas durante el periodo de quimioprofilaxis, y la adherencia al tratamiento fue monitorizada mediante la determinación de metabolitos de la isoniazida en orina (o el color de la orina cuando fuera necesario). Se consideró PPD positivo una induración > 5 mm.

Resultados. Se evaluaron 210 pacientes, 64% mujeres, con una edad media de 52 años. Las enfermedades de base fueron: 60,5% artritis reumatoide, 13,8% psoriasis cutánea, 13,3% artritis psoriásica, 11% espondilitis anquilosante y 1,4% enfermedad de Cröhn. 168 pacientes (80,2%) estaban tomando tratamiento inmunosupresor. 31 pacientes (14,9%) estaban vacunados con BCG, 6 habían recibido tratamiento de TB, y 2 tenían un PPD positivo conocido previo. De los 201 pacientes a los que se les practicó el PPD, 84 (41,8%) fueron positivos (59 tras el 1^o PPD y 25 tras el booster), y 117 (58,2%) fueron negativos. Se inició quimioprofilaxis en 79 pacientes (39,3%): 78 con isoniazida durante 9 meses, y 1 con rifampicina 4 meses. Tres pacientes (3,8%) presentaron un incremento de transaminasas de > 5 veces el límite superior de la normalidad. Después de un seguimiento de 237 pacientes-año, 1 de los 130 pacientes que finalmente iniciaron tratamiento anti-TNF α desarrolló TB (0,42%; CI 95% 0,01-1,71). Dicho paciente había presentado PPD y booster negativos; cinco meses después de haber iniciado adalimumab, presentó TB activa.

Conclusiones. La valoración sistemática y protocolizada del riesgo de infección TB y su tratamiento cuando es necesario, es útil y fiable como herramienta de prevención de la TB asociada al tratamiento anti-TNF α . Nuestros datos muestran que, con la realización del booster, se detecta un número significativo de casos de infección TB. La quimioprofilaxis prolongada con isoniazida parece ser bien tolerada por los pacientes tratados con agentes anti-TNF α .

313

FIBROMIALGIA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN

E. Sáiz, J. Gálvez, M.F. Pina*, A. Climent, L.F. Linares** y A. Carrillo

*Hospital Morales Meseguer, Murcia. *Hospital Rafael Méndez, Lorca, **Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia*

Objetivos. El objetivo de nuestro estudio es determinar la presencia de fibromialgia (FM) en un grupo de pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSP) y secundario (SSS).

Métodos. A todos los pacientes se les había realizado biopsia labial por sospecha de síndrome de Sjögren (SS). Se les realizó también; sialometría, test de Schirmer I, serología autoinmune y cuestionario validado sobre xerostomía y xeroftalmía. Las biopsias fueron revisadas a ciegas por dos patólogos. Se aplicaron los criterios del grupo de consenso americano-europeo (AECG) para clasificación del SS y los criterios europeos preliminares para la clasificación del SS. Dos reumatólogos, examinaron a ciegas respecto al diagnóstico y de forma independiente a cada uno de los pacientes para determinar la presencia de criterios del ACR para FM.

Resultados. De los 117 pacientes biopsiados, 88 pudieron ser examinados y por ello incluidos en el estudio. Dieciocho pacientes reunían criterios AECG para SSP y 12 para SSS. Treinta y tres pacientes (37,5%) tenían FM. Siete pacientes con SSP (7/18, 38,8%) y 2 pacientes con SSS (2/12, 16,6%) tenían FM. Veinticuatro pacientes sin criterios suficientes AECG para SS tenían FM (24/58, 41,3%) ($p = 0,271$). Por otro lado, 32 pacientes tenían criterios preliminares europeos para SSP y 13 para SSS. Dieciséis pacientes con SSP según estos criterios (16/32, 50%) y 2 pacientes con SSS (2/13, 15,4%) tenían FM. El 34,9% de los pacientes que no satisfacían estos criterios tenían FM. Las diferencias entre los grupos tampoco fueron significativas ($p = 0,067$). La concordancia entre reumatólogos ($\kappa = 0,833$) y patólogos ($\kappa = 0,841$) fue elevada.

Conclusiones. Hemos observado una alta prevalencia de FM en nuestra serie. Especialmente, en pacientes con SS primario y en aquellos con sospecha de SS que no satisfacían criterios de clasificación. Aunque las diferencias entre los grupos no alcanzaron significación estadística cuando se aplicaron criterios AECG ni cuando se utilizaron los criterios preliminares europeos de 1993.

314

EVOLUCIÓN DE LA MASA ÓSEA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO

I. Castrejón Fernández, E. Toledano Martínez, A.M. Ortiz García, I. Carvajal Méndez*, I. González-Alvaro y J.A. García-Vadillo

*S. de Reumatología. Hospital U. de la Princesa. Madrid. *Sanatorio Nuestra Señora del Rosario. Madrid.*

Introducción. En los pacientes con artritis reumatoide (AR) se ha descrito una mayor prevalencia de osteoporosis que en la población general. Este hallazgo es consecuencia de la propia enfermedad y del uso de esteroides y otros tratamientos. Un mejor conocimiento de los factores que influyen en la pérdida de masa ósea en pacientes con AR nos permitiría establecer qué pacientes tienen un mayor riesgo de padecer osteoporosis y poder así iniciar tratamiento de forma precoz.

Objetivo. Analizar la evolución de la densidad mineral ósea en una población de artritis de reciente comienzo (ARC).

Pacientes y métodos. Se han estudiado 60 pacientes de una cohorte de ARC seguidos durante dos años. El 71,6% eran mujeres y la edad al inicio de la enfermedad era $50 \pm 11,5$ años; el 65% cumplían criterios de AR y el resto eran artritis indiferenciadas (AI). A cada paciente se le realizó densitometría ósea (DMO; densitómetro Hologic QDR 4500/W) de columna lumbar (CL), cadera (C) y antebrazo (A) al inicio del estudio (tiempo de evolución de la enfermedad 6,4 meses [4,5-9] [mediana [rango intercuartílico]]) y al final del seguimiento. El 23,2% de las mujeres del estudio tenían la menopausia y, en ellas, el tiempo desde la menopausia hasta la segunda DMO del estudio era de 8 años [4,8-17]. Se estratificaron los pacientes, según la definición de la OMS, en

osteoporosis (OP), osteopenia (ON) y masa ósea normal. Se utilizó el test de Wilcoxon para datos apareados para estimar si las variaciones en la densidad mineral ósea entre las dos determinaciones eran significativas. Para determinar el efecto de variables categóricas en la variación de la masa ósea a lo largo del seguimiento, se utilizó el test de Mann-Whitney y para variables continuas, el test de Spearman.

Resultados. En la tabla se muestra el porcentaje de pacientes con OP, ON o masa ósea normal.

	Visita Basal						Visita Final							
	Total	hombre	mujer	p	AR	AI	Total	hombre	mujer	p	AR	AI	p	
Osteoporosis	25%	23%	25%		33%	10%	33%	29%	35%		41%	19%		
Osteopenia	47%	47%	47%	1	44%	52%	0,1	46%	53%	44%	0,9	41%	57%	0,2
Normal	28%	30%	29%		23%	38%	20%	18%	21%		18%	24%		

Se observó un aumento significativo de la masa ósea en CL (7 mg al año, $p = 0,002$) y en C total (9 mg al año, $p = 0,007$). Este aumento fue significativamente mayor en mujeres a nivel de CL ($p = 0,04$) y en hombres en C total ($p = 0,04$). El aumento de la masa ósea se relacionó con la edad al inicio de la enfermedad en el caso de CL ($p = 0,0041$). En A y cuello femoral la masa ósea disminuyó de forma significativa salvo en el tercio medio de A. No se encontraron variables que se asociasen a este descenso.

Conclusión: Aunque hemos encontrado variaciones de masa ósea contradictorias según la localización de la medición, el porcentaje de pacientes con OP fue mayor a los dos años de seguimiento. Dada la complejidad de los factores involucrados en la variación de la masa ósea en estos pacientes, probablemente nuestro tamaño muestral en este momento sea insuficiente para estimar factores predictivos de la disminución de la masa ósea.

315

PREVALENCIA DE FRACTURAS ASOCIADAS A OSTEOPOROSIS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EXTERNAS.

Morales Garrido, Ábalos Medina, García Contreras y Raya Álvarez

Servicio de Reumatología Hospital Clínico San Cecilio de Granada.

Objetivos. Según el III Simposio de Osteoporosis de la Sociedad Española de Reumatología, sólo un 10% de los pacientes con osteoporosis recibe tratamiento. Se estudia la prevalencia de fractura osteoporótica en el Servicio de Urgencias Externas.

Material/métodos. Estudio transversal con pacientes que acuden al Servicio de Urgencias Externas y son diagnosticados de alguna de éstas 3 fracturas: vertebral, de cadera o de Colles en un periodo de cuatro meses. Se recoge edad y sexo de los pacientes, tipo de fractura, antecedente de osteoporosis conocida previa a la fractura, si reciben tratamiento para ello en caso afirmativo y si han acudido al especialista reumatólogo en alguna ocasión por este motivo.

Resultados. De 102 pacientes, 79 mujeres y 23 varones, con una edad media de 71 ± 10 años, presentan un 51% fractura vertebral, un 43% fractura de cadera y un 8% fractura de Colles. De ellos, sólo un 42% conocía su diagnóstico y de éstos sólo un 56% tenían tratamiento correcto para ello. En su mayoría eran seguidos por su Médico de Atención Primaria; El 62% habían sido diagnosticados por el Reumatólogo.

Conclusión. Según nuestro estudio hay un gran número de pacientes con osteoporosis que no se diagnostican hasta que aparece la fractura. La fractura más frecuente es la vertebral. Quedan muchos pacientes que pese a conocer su diagnóstico no siguen

tratamiento para ello. Habría que indagar por que incumplen el tratamiento prescrito. Más de la mitad de los pacientes habían acudido al reumatólogo en alguna ocasión para el estudio de osteoporosis.

316

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA, CUTÁNEA Y ARTICULAR, DEL TRATAMIENTO CON ETANERCEPT A LOS SEIS MESES, EN PACIENTES CON PSORIASIS CUTÁNEA Y ARTRITIS PSORIÁSICA

M. Almirall Bernabé*, J. Maymó Guarch*, F. Gallardo Fernández**, C. Pérez García*, M.P. Lisbona Pérez* y J. Carbonell Abelló*.

**Servicio de Reumatología, **Servicio de Dermatología, Institut Municipal d'Assistència Sanitària, I.M.A.S.*

Introducción. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia, cutánea y articular, del tratamiento con Etanercept (ETN) a los seis meses de seguimiento, en un grupo de pacientes con psoriasis cutánea y artritis psoriásica.

Materiales y métodos. Estudio observacional sobre una cohorte de 24 pacientes con los diagnósticos de psoriasis cutánea y artritis psoriásica, controlados por los servicios de Dermatología y Reumatología del Hospital del Mar (Barcelona). Todos los pacientes presentaban enfermedad activa, cutánea y articular, refractaria a los tratamientos previos efectuados, y cumplían criterios para iniciar terapia con anti-TNF α . A todos se les inicia tratamiento biológico con ETN, a dosis de 25 mg/ 2 veces por semana, y se realiza un seguimiento clínico, basal y a las 24 semanas, que incluye la determinación del índice PASI (Psoriasis Area and Severity Index) y del número de articulaciones dolorosas (NAD) y tumefactas (NAT). Durante estos seis meses de evaluación no se modifica la dosis de Etanercept ni el tratamiento concomitante con FAMEs. Se evalúa la respuesta cutánea: porcentaje de pacientes que alcanzan respuestas PASI 50, 75 y 90 y reducción media del índice PASI (media \pm desviación estándar), y articular: reducción media del número de articulaciones dolorosas y tumefactas (media \pm desviación estándar) a las 24 semanas de tratamiento con ETN.

Resultados. Los 24 pacientes seleccionados son de ambos sexos (18 hombres, 6 mujeres), tienen una edad media de 44 años ($\pm 12,7$ DE) y como características clínicas basales destacan: un índice PASI medio de 13,7 ($\pm 6,9$ DE), un número medio de articulaciones dolorosas de 8,9 ($\pm 6,5$ DE) y tumefactas de 6,78 ($\pm 6,6$ DE). El 82%, 73% y 45% de los pacientes alcanzan respuestas PASI 50, PASI 75 y PASI 90, respectivamente, a las 24 semanas de tratamiento con ETN. También se objetiva una reducción media del índice PASI de 10,7 ($\pm 5,9$ DE) en el grupo de pacientes. Articularmente, se aprecia una disminución media de 7,83 ($\pm 7,6$ DE) en el número de articulaciones dolorosas y de 6,44 ($\pm 6,5$ DE) en el número de articulaciones tumefactas a los seis meses de seguimiento.

Reducción del índice PASI y del número de articulaciones dolorosas y tumefactas a las 24 semanas de tratamiento con Etanercept.

Variables	Basal	24 semanas	Reducción media a las 24 semanas	
PASI	13,7 ($\pm 6,9$ DE)	3 ($\pm 4,7$ DE)	10,7 ($\pm 5,9$ DE)	$P < 0,05$
NAD	8,9 ($\pm 6,5$ DE)	1,07 ($\pm 2,3$ DE)	7,83 ($\pm 7,6$ DE)	$P < 0,05$
NAT	6,78 ($\pm 6,6$ DE)	0,34 ($\pm 0,7$ DE)	6,44 ($\pm 6,5$ DE)	$P < 0,05$

PASI = Psoriasis Area and Severity Index, NAD = Número de articulaciones dolorosas, NAT = Número de articulaciones tumefactas, DE = desviación estándar

Conclusiones: El tratamiento con ETN fue efectivo, tanto para reducir la psoriasis cutánea (severidad y área afectada), como para disminuir la inflamación articular (NAD y NAT), a los seis meses de seguimiento, en nuestra cohorte de pacientes.

317

ADHERENCIA A LOS FÁRMACOS MODIFICADORES DE ENFERMEDAD DE TOMA SEMANAL Y QUINCENAL DE LOS PACIENTES CONTROLADOS EN UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA

M.A. Cortés, C. Geli, J.M. Llobet, C. Díaz Torné y C. Díaz

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Objetivos: Conocer la adherencia a los fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs) de administración semanal o quincenal en pacientes afectos de artropatía inflamatoria.

Material y métodos. Estudio descriptivo y prospectivo realizado en la consulta de enfermería del Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Se evaluaron 54 pacientes que acudieron a la consulta de enfermería, durante el mes de Enero del 2006 y que tomaban FAME semanal o quincenal (metotrexato(MTX), adalimumab o etanercept). Se les entregó un calendario de 6 meses (de Febrero a Junio) y se les indicó que marcaran el día de la toma de medicación. En caso de que hubiera variación del día o suspensión de la toma debían indicar el motivo. Para evaluar el cumplimiento se utilizó la metodología de Haynes-Sackett. El análisis de las frecuencias observadas se realizó mediante el paquete estadístico SPSSv.11.

Resultados. Se evaluaron 54 pacientes, 40 mujeres (74,1%) y 14 hombres (25,9%), de edad media $51,93 \pm 11,6$ años y rango de (23-78). De ellos 39 (72,2%) padecían artritis reumatoide, 9 (16,7%) artritis psoriásica, 5 (49,3%) espondilitis anquilopoiética y 1 (1,9%) lupus eritematoso sistémico. El tratamiento que efectuaban era MTX oral en 13 (24,1%) pacientes, MTX sc en 15 (27,8%), Adalimumab en otros 15(27,8%), etanercept en 8 (14,8) y la combinación MTX sc+Adalimumab en los restantes 3 (5,6%). El 74,1% de los enfermos no variaron ni suspendieron nunca en los seis meses el día de la toma. Catorce (25,9%) pacientes variaron el día de la toma. La adelantaron 2 pacientes y la retrasaron los otros 12. El cambio fue de un solo día en 9 (64,3%), de dos días en 3 (5,6%) y tres y cuatro días en un solo paciente respectivamente. La causa de esta modificación fue: falta de medicación (3), fin de semana (4), olvido (3) y proceso vírico (2). De estos 14 pacientes, 8 modificaron el día en una sola ocasión, 3 pacientes en dos ocasiones, un paciente en 3 ocasiones, uno en cuatro y otro en 10 ocasiones (Coincidió en fin de semana).

Treinta y seis (66,7%) pacientes no interrumpieron ninguna toma. Dieciocho (33,3%) pacientes interrumpieron alguna vez el tratamiento: una toma en 5 (27,8%) pacientes, 7 (38,9%) dos tomas, 3 (16,7%) tres tomas, 2 (11,1%) 4 tomas y un paciente interrumpió 11 tomas por artritis séptica.

Las causas fueron: 3 por procesos infecciosos, 1 por efectos secundarios, 9 por procesos víricos, 2 por vacaciones, 2 por olvido y 1 por falta de medicación. Por medicaciones observamos: (Ver tabla).

	Nº Pacientes	Modifica dia	Suspende toma
MTX oral	13	1 (7,7%)	5 (38,5%)
MTX sc	15	4 (26,7%)	5 (33,3%)
Adalimumab	15	4 (26,7%)	7 (46,7%)
Etanercept	8	4 (50%)	0
MTX sc+Adalimumab	3	1 (33,3%)	1 (33,3%)

Modificaciones y suspensiones de toma según fármaco.

Se les pregunto a los pacientes si el calendario les había ayudado a recordar las tomas. Un 50% contestó que no, por que ya tenían el hábito. Un 44,4% de los pacientes contestó que sí que les había servido. 3(5,5%) pacientes contestaron que ocasionalmente.

Conclusiones. Durante estos seis meses se observa un alto cumplimiento del tratamiento con un bajo porcentaje de cambios de día e interrupciones de toma. La mayoría de interrupciones de toma fueron por causa justificada. Se confirmó que la advertencia de la utilización de un día fijo en la toma de los FAMEs, así como la utilización de los calendarios podría ayudar en el correcto cumplimiento de estos tratamientos.

318

INTERCONSULTAS INTRAHOSPITALARIAS A REUMATOLOGÍA. EXPERIENCIA A UN AÑO

M.J. Moreno Ramos, J. Moreno Morales, F. García-Villalba Sánchez y A. Valcárcel Susarte

Sección de Reumatología. Hospital General de Área Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia.

Objetivos. Conocer el tipo de patología valorada a través de las Interconsultas Intrahospitalarias de pacientes ingresados, así como determinar qué Servicios médico-quirúrgicos demandan nuestra colaboración.

Métodos. Estudio Retrospectivo, descriptivo de las Hojas de Interconsulta realizadas por nuestra Sección de Reumatología, a lo largo del año 2006. Los principales datos valorados han sido Diagnóstico principal de la patología consultada y tipo de Servicio solicitante.

Resultados. Durante el año 2006 se remitieron a Reumatología 163 Hojas de Interconsulta. Por Servicios, Cardiología y Medicina Interna realizaron un 29% y 28% respectivamente, de las mismas. Les siguen en frecuencia, Neumología (15%), Neurología (12%), Digestivo (5%), Hematología y Urología (2,5% cada una de ellas) y por último los Servicios de Traumatología, Cirugía General, Nefrología y Oftalmología (6% restante).

El 37% de las Interconsultas correspondieron a patología inflamatoria (17% mono, oligo o poliartrosis, 7% Artropatías por Pirofosfato, 6% Gota, 4% Conectivopatías en estudio, 2% Espondiloartropatías, y 1% restante para Sacroileitis en estudio y Polimialgia Reumática), seguido por el 28% correspondiente a patología degenerativa y axial no inflamatoria, 13% a Patología de Partes Blandas, 13% a Osteoporosis, y el 9% restante a Artralgias inespecíficas, patología infecciosa (discitis), neoplásica (un caso de enfermedad metastásica ósea y un linfoma), 3 casos de neuropatía, una rotura de Tendón Aquileo y 2 casos correspondientes a patología visceral (colecistitis y cólico renoureteral). Destacar que más del 90% de las Interconsultas de Neumología correspondían a patología relacionada con Osteoporosis, sobre todo Aplastamientos vertebrales agudos sintomáticos, así como la mayor parte de las de Cardiología correspondía a patología de partes blandas (Tendinitis del manguito de los rotadores).

Conclusiones. Destacar la importancia de esta actividad dentro del tiempo que dedicamos a la práctica asistencial hospitalaria. Los Servicios que más han demandado nuestra colaboración son los de Cardiología y de Medicina Interna. La patología más frecuente ha sido la Inflamatoria, habiendo un porcentaje importante de etiología degenerativa, de Patología de partes blandas y de aquella relacionada con la Osteoporosis.

EFFECTIVIDAD EN LA PRÁCTICA DIARIA DE LOS FÁRMACOS ANTI TNF EN LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE. ESTUDIO EN EL ÁREA DE TARRAGONA

C. Llop¹, R. Morlà², J. Pujol², S. Paredes³, A. Lorenzo⁴, M.J. Poveda⁵, X. Arasa⁶, A. Conca⁷, A. Aubia⁷ y R. Fontova⁵

¹Regió Sanitaria Tarragona, CatSalut; ²Hosp St Pau i Sta Tecla, Tarragona; ³Hosp St Joan, Reus; ⁴Pius Hosp, Valls; ⁵Hosp Joan XXIII, Tarragona; ⁶Hosp Verge de la Cinta, Tortosa; ⁷Mútua REDDIS, Reus.

Introducción. La terapia biológica con antiTNF ha demostrado ser eficaz en diferentes ensayos clínicos en pacientes con espondilitis anquilosante (EA). Sin embargo, existen pocos trabajos que comparen su efectividad en la práctica real y posibles diferencias entre los antiTNF disponibles actualmente en esta indicación.

Objetivo. Valorar la efectividad de los fármacos antiTNF en pacientes con EA a diferentes tiempos desde su administración, así como comprobar si en estas condiciones se observan diferencias entre ellos.

Pacientes y métodos. Se diseñó un estudio multicéntrico, observacional retrospectivo-prospectivo para recoger los datos referentes a pacientes diagnosticados de EA a los cuales se indicó tratamiento con estos fármacos en los cinco hospitales de la provincia de Tarragona (población de 705,000 habitantes).

Los datos que se recogieron incluían la descripción de los pacientes, fármacos FAME utilizados hasta el inicio del tratamiento biológico, pauta terapéutica con antiTNF utilizada, y datos de efectividad antes del tratamiento, y a los 6 y 12 meses de haberse iniciado. La medida de la efectividad fue el índice BASDAI.

En el análisis estadístico, se utilizó el análisis de la variancia de medidas repetidas para evaluar los cambios de respuesta en los diferentes tiempos estudiados. La comparación entre los antiTNF se realizó mediante el análisis de la variancia. Todos los contrastes se plantearon de manera bilateral, con un nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados. Se estudiaron 19 casos (16 varones y 3 mujeres). La prevalencia de pacientes con EA en tratamiento con antiTNF crecía a partir de la 5ª década de vida. El promedio de FAMEs utilizados antes de los antiTNF fue de 1,26, siendo lo más frecuente un solo fármaco. Los más utilizados fueron sulfasalacina (63,2%) y MTX (57,9%). En casi el 95%, se empezó tratamiento con un antiTNF por falta de eficacia del FAME o FAMEs ensayados anteriormente. Los antiTNF utilizados fueron: infliximab 11 casos y etanercept 8 casos.

El BASDAI global antes, a los 6 y 12 meses del tratamiento fue de 5,65, 3,51 y 3,36 respectivamente.

El análisis estadístico encontró diferencias significativas entre la respuesta antes del tratamiento y la obtenida a los 6 meses ($F = 24,974$; $p = 0,000$) y entre la obtenida antes del tratamiento y a los 12 meses ($F = 16,482$; $p = 0,002$). No se encontraron diferencias significativas entre los resultados a los 6 y 12 meses ($F = 0,571$; $p = 0,464$).

En la comparación de los dos fármacos se obtuvieron los siguientes resultados mostrados en la tabla 1:

Tabla 1

Tiempo		BASDAI: Media (DS)	BASDAI: Mínimo	BASDAI: Máximo
Antes tto.	Infliximab	5,70 (0,82)	4,70	8,00
	Etanercept	5,55 (0,74)	5,00	7,00
	Total	5,65 (0,78)		
6 meses	Infliximab	3,54 (1,22)	1,40	5,60
	Etanercept	3,47 (1,07)	2,00	5,00
	Total	3,51 (1,14)		
12 meses	Infliximab	3,72 (1,69)	1,20	6,50
	Etanercept	2,73 (0,96)	1,30	4,00
	Total	3,36 (1,51)		

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos antiTNF ni a los 6 meses ($F = 0,016$; $p = 0,901$) ni a los 12 meses ($F = 1,418$; $p = 0,257$).

Conclusiones: Los dos antiTNF estudiados fueron efectivos en condiciones de práctica clínica real en pacientes con EA. Su efecto se muestra de manera precoz, observándose un cambio en el BASDAI muy importante a los 6 meses de iniciarse el tratamiento. Este efecto se mantiene e incluso tiene tendencia a aumentar al cabo de 12 meses de tratamiento. En el momento del estudio solamente existía la indicación para dos de los tres fármacos actualmente disponibles para esta indicación; entre estos dos fármacos no se detectaron diferencias relevantes.

ANÁLISIS DEL INGRESO HOSPITALARIO EN REUMATOLOGÍA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

L. Mateo, E. García Casares, E. García Melchor, S. Mínguez, S. Holgado, A. Olivé, E. Riera, J. Cañellas y X. Tena
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Objetivo. Analizar la actividad en hospitalización de un servicio de reumatología en un hospital universitario.

Material y método. Se realiza revisión de todos los ingresos hospitalarios del servicio de Reumatología del año 2006. A partir del registro de admisiones se realizó revisión de las altas del ingreso. Se presentarán datos de todo el año 2006, si bien los resultados actuales corresponden a los 10 primeros meses del año. Se recogen como variables de interés: edad, sexo, vía de ingreso (urgente/ programada), patología motivo del ingreso (diagnóstico principal), otros diagnósticos, comorbilidad, duración de la estancia y biopsias realizadas. También se registraron las exploraciones de imagen realizadas (gammagrafías, TC o resonancia magnética). Se recogieron las causas de fallecimientos producidos en ese periodo.

Resultados. Entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2006 ingresaron en el servicio de Reumatología de un hospital universitario 125 enfermos (83 mujeres/ 42 hombres) con una edad media de 58 ± 17 años en las mujeres y 62 ± 16 en los hombres. El ingreso fue realizado por vía urgente en 73 casos (58,4%), bien desde el servicio de urgencias del propio hospital o desde las consultas externas. Los ingresos fueron programados en 46 casos (36,8%). Seis enfermos fueron trasladados desde otros servicios (4,8%). La estancia media hospitalaria fue de 9 días $\pm 8,3$ (1-43 días). Los 10 diagnósticos más frecuentes como causa de ingreso quedan reflejados en la tabla.

Diagnósticos principales de los ingresos en Reumatología

Grupo diagnóstico	nº casos	%
AR- Complicaciones propias	26	20,8
AR- Complicaciones intercurrentes	11	8,8
Complicaciones intercurrentes otros reumatismos	17	13,6
Arteritis Horton-Polimialgia	11	8,8
Grupo espondiloartropatías	10	8
Artritis microcristalinas	9	7,2
Aplastamientos vertebrales- Osteoporosis	8	6,4
LES- Complicaciones propias	8	6,4
Neoplasias -Metástasis	7	5,6
Miopatías	5	4

Los procesos de comorbilidad observados con mayor frecuencia fueron: HTA (29%), diabetes mellitus (13%), dislipemias

(21%), insuficiencia renal (9,6%), neoplasias (8,8%), patología respiratoria crónica (16%), infecciones (16,8%), cardiopatías (19,2%), hepatopatías (8%) y trombosis (3,2%).

Cinco enfermos murieron durante su ingreso en Reumatología (4%). La causa de fallecimiento fue por shock séptico en 3 casos y neoplasia diseminada en 2. En el curso del ingreso hospitalario se realizó algún tipo de gammagrafía a 23 pacientes (18,4%), TC a 33 (26,4%) y RM a 21 (16,8%). Se realizaron durante el ingreso 22 biopsias (muscular, arteria temporal, glándula salivar) y 5 intervenciones quirúrgicas sobre articulaciones y bursas.

Conclusiones. 1. El perfil del paciente ingresado en reumatología es de enfermo grave o con múltiple patología. 2. Es menos frecuente el ingreso como proceso diagnóstico. 3. Predomina el ingreso de los enfermos con patología sistémica o inflamatoria.

321

RITUXIMAB: UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

J. García Feito*, C.A. Pereda** y C. Malagón Arquillo*

*Unidad de Reumatología, Hospital Torrecárdenas, Almería, **Reumatología, Clínica Mediterráneo, Almería, ***Pediatría EBAP Distrito Poniente, Almería.

Introducción. La Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática inflamatoria más frecuente en niños?. Aproximadamente en el 50% de casos desarrolla un curso tórpido provocando deterioro articular estructural y considerable discapacidad?. Si bien los agentes anti-TNF han surgido en los últimos años como una terapia prometedora y exitosa en el tratamiento de la AIJ, existe un determinado número de pacientes que no responden de forma satisfactoria a los tratamientos biológicos?. Se ha descrito la forma sistémica de inicio (AIJs) como de mayor refractariedad a estos agentes. Recientemente la estrategia terapéutica orientada a la depleción de linfocitos B en el tratamiento de la AR ha comenzado a mostrar resultados favorables. En esta línea Rituximab (RTX), un anticuerpo químico monoclonal que se une a los antígenos CD20, se ha empleado con buenos resultados en anemias hemolíticas y ciertas enfermedades autoinmunes^{5,6}

Objetivo. Presentar el caso clínico de una niña con AIJs resistente a FAME, inmunoglobulinas IV y agentes anti-TNF, en la que el empleo de Rituximab ha inducido en la actividad inflamatoria una rápida, ostensible y sostenida mejoría hasta la remisión

Caso clínico. Paciente de 4 años que en 2001 debutó con sinovitis de rodilla y fiebre en picos, desarrollando semanas después un cuadro florido de AIJs. El tratamiento inicial con AAS (80-100 mg/kgp/d) fue sustituido por indometacina (3 mg/kgp/d) + 6 metilprednisolona iv (2 mg/kgp/d) por ineficacia y toxicidad (hepatopatía). Pese a ello persistió una evolución como artritis poliarticular agresiva, instaurándose metotrexate (MTX 10-15 mg/m2s.c./sem), AINEs, prednisolona oral a dosis decrecientes y diversas infiltraciones articulares de triamcinolona, experimentando mejoría clínica y de parámetros analíticos de actividad durante casi 18 meses. Sin embargo durante el lento descenso de corticoterapia hacia el intento de retirada se reactiva gravemente la poliartritis y los síntomas generales, sin respuesta tras 6 semanas a la sustitución de MTX por Etanercept (ETN) (0,4 mg/kgp/2 veces sem) y requiriendo dosis altas (1-2 mg/kgp/d) de prednisolona; las mismas refractariedad y corticodependencia a altas dosis se aprecian con la sustitución de ETN por Infliximab (IFX 3 mg/kgp en pauta iv estándar para

AR) + MTX 15 mg/sem, que se mantiene hasta 4 meses antes de la suspensión por ineficacia y desarrollo de Sd. Cushing, retraso del crecimiento pondoestatural y múltiples fracturas dorsales y lumbares (que requirieron administración de pamidronato iv). Ante el fracaso de los tratamientos previos en controlar la enfermedad con un ahorro eficiente de esteroides, se decide iniciar tratamiento con RTX (Mab-TheraR, Roche) como uso compasivo, a 375 mg/m2s.c./sem/iv en 4 infusiones, en combinación con MTX a la misma dosis.

Resultados. A partir de la 3ª infusión exhibe una mejoría rápida de la actividad inflamatoria clínica y analítica, entrando en una remisión mantenida sin AINEs y permitiendo la suspensión definitiva de los corticoides (al mes de la finalización de la pauta) y recuperación paulatina de la velocidad de crecimiento, situación que se ha mantenido durante 15 meses hasta hoy. A los 6 meses se decidió un retratamiento con la misma pauta ante un rebrote moderado, que cedió rápidamente sin recidiva posterior. Actualmente la niña está asintomática, eufuncional y sin tratamiento alguno.

Conclusión. Rituximab sugiere poder ser una opción terapéutica prometedora en pacientes con AIJ refractaria a tratamiento anti-TNF, siendo necesarios trabajos con más pacientes.

322

CARACTERÍSTICAS DE UNA COHORTE DE 175 PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN SEGUIMIENTO: ESTUDIO PRELIMINAR

J. Rosas*, R. Martín*, G. Santos*, X. Barber**, C. Cano***, N. Llahí*** y G. Porcar***

*Sección Reumatología, **Centro de Investigación Operativa de la Universidad Miguel Hernández de Elche y ***Enfermería de Reumatología, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa (Alicante).

Objetivos. Conocer las características generales de una cohorte de pacientes con artritis reumatoide (AR), en seguimiento en las consultas de Reumatología del área de la Marina Baixa.

Método. Estudio descriptivo transversal, de 175 pacientes con AR, atendidos de forma habitual por uno de los reumatólogos, del Hospital Marina Baixa, de forma consecutiva, durante la última evaluación clínica del año 2006. Se recogieron: datos epidemiológicos generales y datos referidos al debut, diagnóstico y evolución de la AR; comorbilidad asociada; presencia de factor reumatoide (FR), anti-péptidos citrulinados (PCC), ANA y erosiones en radiología de manos y pies; uso de los fármacos inductores de remisión (FAME), terapia biológica, corticoides y AINE; y evaluación mediante DAS28.

Resultados. De los 175 pacientes, el 75% son mujeres, con una edad media de 65 años (rango: 32-92 años; mediana: 67 años). El 19% de los pacientes son extranjeros, siendo de origen británico el 56%. El 41% presentan algún factor de riesgo cardiovascular: HTA: 41%, hipercolesterolemia: 16%, cardiopatía: 15%, diabetes mellitus: 12%, vasculopatía periférica: 5%, ACVA/AIT: 1%. En el 7% de los pacientes, se conoce la presencia de alguna neoplasia, sin predominio entre ellas. La forma de debut de la AR, fue de predominio poliarticular en el 71%. La media de evolución de la AR hasta el diagnóstico fue de 8 meses (rango: 2-72 meses; mediana: 5 meses), siendo el 67% diagnosticado en Reumatología del Hospital Marina Baixa. El FR fue positivo en el 62%; los anti-PCC: 58%. Se detectaron erosiones en RX de manos en el 45% y en pies en el 30%. El primer FAME recibido fue: metotrexato (MTX): 61%, antipa-

lúdicos (APL): 22%, leflunomida (LFN): 2%; el 2º FAME recibido: MTX: 41%, LFN: 24%, APL: 20%; el 3º FAME recibido: MTX: 34%, LFN: 32%, APL: 16%. El 30% de los pacientes han seguido algún tipo de tratamiento combinado con FAMES: MTX+LFN: 43%, MTX+APL: 41%, MTX+Ciclosporina A: 8%, MTX+Salazopirina: 6%. El 15% de los pacientes ha seguido tratamiento con alguno de los fármacos anti-TNF. Durante el año 2006, el 52% seguían tratamiento con corticoides (dosis media: 2,5 mg.) y el 61% tomaban algún AINE, aunque el 90% de ellos de forma intermitente. El 42% presentaban DAS28 < 2,4 y el 16% DAS28 > 3,7.

Conclusiones. 1. La mediana de edad de la cohorte es de 67 años. 2. El 19% son de origen extranjero. 3. El 41% presentan algún factor de riesgo cardiovascular, especialmente HTA. 4. El retraso medio para el diagnóstico fue de 8 meses. 5. La prevalencia de FR es 62% de y de anti-PCC 58%. 6. El 45% de los pacientes presentaban erosiones radiológicas en manos. 7. El primero, segundo y tercer FAME recibido más frecuente fue MTX. 8. El tratamiento combinado de FAMES más frecuente fue MTX + LFN. 9. El 15% de los pacientes han recibido fármacos biológicos. 10. El 52% tomaban corticoides, habitualmente a dosis bajas y el 61% tomaban AINE, la mayoría intermitente. 11. El 42% presentaban un DAS28 < 2,4 y el 16% > 3,7.

323

UTILIDAD DE LA LUPA DE CONTACTO EN EL ESTUDIO DE LA CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL DE PACIENTES CON FENOMENO DE RAYNAUD

G. Santos*, R. Martín*, J. Rosas*, X. Barber**, C. Cano***, N. Llahí*** y G. Porcar***

*Sección Reumatología, **Centro de Investigación Operativa de la Universidad Miguel Hernández de Elche y ***Enfermería de Reumatología, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa (Alicante).

Objetivos. Conocer la utilidad de la lupa de contacto en el estudio de la capilaroscopia en pacientes con fenómeno de Raynaud (FR).

Método. Estudio prospectivo en 48 pacientes consecutivos durante el año 2006, remitidos para realización de capilaroscopia por FR. Se recogieron datos epidemiológicos generales de los pacientes, así como presencia de hábito tabáquico, tratamiento actual, diagnóstico clínico final, exploración del índice de Rodnan y datos propios de la capilaroscopia como: número de asas observadas, presencia de áreas avasculares, dilatación y tortuosidad de las asas, búsqueda de megacapilares y hemorragias. En todos los pacientes se realizó inicialmente una capilaroscopia con lupa de contacto (Light scope 1174, Eschenbach Optik, 30x) y posteriormente otro observador realizaba la capilaroscopia con microscopio (Estereo microscopio Zuzi).

Resultados. Se evaluaron 48 pacientes, de las que el 87,5% eran mujeres, con edad media de 42 años (rango: 13-72 años). El 31% eran fumadores activos. En el 33%, el FR era primario y en el 67% era secundario a Colagenopatía (Esclerodermia: 14 pacientes, LES: 7 pacientes, Otras: 11 pacientes). En el 27% de los pacientes, el índice de Rodnan estaba alterado. En el 66% se detectaron ANA, en el 15% anti-Ro/La, en el 6% anti-Sm/RNP, anti-centrómero y factor reumatoide en el 8% y anti-Scl 70 en el 2% de los pacientes. El 58% de los pacientes seguían tratamiento con antagonistas del calcio y el 4% con Bosentán.

Tabla 1. Resultados estadísticos de la capilaroscopia con lupa de contacto en pacientes con Fenómeno de Raynaud.

	Glogal (1)	Nº Asas	Áreas avasculares	Dilatación	Tortuosidad	Megacapilares	Hemorragias
Sensibilidad	43%	56%	37%	78%	74%	67%	27%
Especificidad	88%	88%	100%	95%	100%	97%	100%
Valor Predictivo Positivo	87,5%	87,5%	100%	95%	100%	80%	100%
Valor Predictivo Negativo	58%	58%	66%	78%	82%	95%	79,5%

(1) Presencia de áreas avasculares, megacapilares y/o hemorragias.

Conclusiones. 1. La lupa de contacto permite una evaluación rápida de la capilaroscopia en pacientes con FR. 2. La capilaroscopia mediante lupa de contacto, se caracteriza por alta especificidad y valor predictivo positivo. Sin embargo, se debe tener en cuenta que los resultados de la prueba de Capilaroscopia dependerán de la experiencia del observador.

324

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON LEFLUNOMIDA O METOTREXATE - LEFLUNOMIDA, EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE RECIENTE INICIO CON INTOLERANCIA O MALA RESPUESTA A METOTREXATE.

L.M. Rojas*, F.G. Martínez*, P. Font*, A. Ruiz*, J.A. Carrasco*, M. Santamaría** y R. González**

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Servicios de Reumatología* e Inmunología**

Introducción. El tratamiento precoz y agresivo con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) controla la actividad inflamatoria, mejora la evolución y retrasa el daño radiológico de la Artritis reumatoide (AR). El metotrexato (MTX) es generalmente el FAME de elección inicial por su eficacia y amplio segmento terapéutico y aunque otros FAMES como la salazopirina (SLZ), hidroxiquina (HCQ) y leflunomida (LF) son igualmente recomendados, solo la LF tiene similares índices de respuesta a variables clínicas. De las asociaciones que contienen MTX la asociación con SLZ e HCQ (triple terapia), ciclosporina (CP), LF y terapias biológicas anti TNF α (TB) son las más eficaces y mejor estudiadas. La asociación del MTX con LF, eficaz en ensayos clínicos, no ha sido suficientemente evaluada en escenarios clínicos reales de pacientes con artritis reumatoide de reciente inicio (ARRI), pudiendo ser considerada una alternativa coste-eficaz como paso previo al uso de la asociación del MTX a las TB.

Objetivos. Evaluar la efectividad clínica de la asociación del MTX - LF o LF en pacientes con ARRI con mala respuesta a dosis plenas o intolerancia a MTX.

Evaluar la seguridad del tratamiento MTX - LF o LF.

Determinar el tiempo de supervivencia del tratamiento MTX - LF o LF.

Evaluar el efecto del uso de MTX - LF o LF sobre las necesidades de corticosteroides en los pacientes tratados.

Evaluar la progresión radiológica a lo largo del tratamiento, desde el inicio de la intervención.

Material y método. Se realizó un estudio observacional, prospectivo y abierto, según práctica clínica, de una cohorte de 47 pacientes con ARRI según criterios ACR de la consulta de ARRI del Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) de Córdoba que presentaron mala respuesta o intolerancia al tratamiento con dosis de MTX de

hasta 25 mg/semana y no haber recibido tratamiento previo con TB. Se les administró LF adicional o sustitutiva. Se evalúan la edad, sexo, factor reumatoide (FR), anticuerpos anti-péptidos citrulinados cíclicos (ac PCC), presencia de epítipo reumatoide (DRB1-SE). Se realizó estudio descriptivo mediante cálculo de frecuencias d. Típica para \pm absolutas y relativas para variables cualitativas y media variables cuantitativas; análisis de varianza de medidas repetidas con ajuste de Sidak para contrastar el DAS28, HAQ, progresión radiológica y dosis de corticoesteroides a lo largo del estudio.

Resultados. En la actualidad la cohorte la componen 47 pacientes con una edad media de $64 \pm 14,6$ años siendo el 72% mujeres y el 78,3% FR positivo. La edad de inicio de los síntomas fue de $60 \pm 14,5$ años. El 71,1% de los pacientes eran AcPCC positivo. 3 pacientes (6,5%) eran pacientes homocigotos para los alelos de DRB1-SE, siendo el 47,8% heterocigotos. Más de la mitad de los pacientes (56,5%) mantienen el FAME previo, siendo el más frecuente el MTX (63%). Sólo un 15,3% (7 pacientes) presentaron efectos adversos. Se observó mejora con diferencias significativas ($p = 0,000$) al comparar el DAS28 basal con los 3, 6, 9 meses y 1 año, manteniéndose la diferencia observada en los 26 pacientes que completaron revisiones hasta ese momento. Asimismo el HAQ mostró una disminución significativa de 1,49 a 1,07 ($p = 0,007$). Se observó una tendencia a la baja en la dosis medias requeridas por los pacientes de corticoesteroides sin alcanzarse significación estadística. La valoración radiológica basal y al año mostró una progresión de 2 puntos tanto en manos como en el total ($p = 0,14$).

Conclusiones. La terapia MTX-LF o LF redujo significativamente los valores medios de DAS28 y HAQ en pacientes no respondedores a MTX. Sólo un 15% de los pacientes presentaron efectos adversos. El 65,4% de los pacientes tuvieron una respuesta moderada-buena al año de seguimiento. No se observó progresión significativa en el daño óseo. La intervención produce una ligera tendencia a la baja en las dosis de corticosteroides requeridas por los pacientes ($p > 0,05$).

325

PIOMIOSITIS EN NIÑOS: UNA SERIE DE 7 CASOS

D. Clemente* y L. León

*Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, **Hospital Clínico San Carlos.

Antecedentes. Se denomina piomiositis a la infección bacteriana del músculo estriado. Es una enfermedad poco frecuente en nuestro medio (la mayoría de los casos se registran en áreas tropicales) pero que origina una morbimortalidad importante y estancias hospitalarias prolongadas.

Objetivo. Descripción de las características de la piomiositis en pacientes pediátricos.

Métodos. Se trata de un estudio transversal, retrospectivo y descriptivo realizado en pacientes con piomiositis. Mediante la revisión de historias clínicas, se obtuvieron los datos referentes a las características epidemiológicas de los pacientes, la localización de la infección, los factores de riesgo asociados, el tratamiento recibido y la evolución posterior. El análisis de los datos se realizó mediante Stata 9.0 statistical software (Stata Corporation, College Station, TX).

Resultados. Se identificaron 7 pacientes diagnosticados de piomiositis, de edades comprendidas entre los 16 meses y 14 años, 5 de ellos varones. Las lesiones se localizaron en las extremidades inferiores en 5 pacientes (71,4%), siendo el lado izquierdo afectado en el 57,1%. Se realizaron hemocultivos en todos los pacientes, resultando 3 de ellos positivos (2 *Staphylococcus aureus* y 1 *Streptococcus pyogenes*). En dos casos se realizaron técnicas diagnósticas invasivas

(punción del absceso o cirugía). Se identificó antecedente de traumatismo como posible causa desencadenante en 3 pacientes (42,9%). Ningún paciente estaba inmunodeprimido ni presentaba otros factores de riesgo conocidos. En cuatro casos (57,1%) aparecieron complicaciones (2 artritis séptica, 1 sacroileitis, 1 osteomielitis). No falleció ningún paciente. Todos recibieron antibioterapia intravenosa durante al menos 9 días, continuándose el tratamiento antibiótico por vía oral durante un mínimo de 2 semanas más. La cloxacilina fue empleada en todos los pacientes, de forma exclusiva (1) o asociada a cefotaxima (5 pacientes) o gentamicina (1). En 2 casos (28,6%) fue requerida la realización de un drenaje quirúrgico. La estancia media fue de 13,9 días, con un rango entre 10 y 18 días. No hubo recidivas en el seguimiento posterior de los pacientes.

Conclusión. La prevalencia de piomiositis es baja, pero no excepcional. Puede aparecer en pacientes con antecedentes de traumatismos previos, pero pueden no existir factores de riesgo para la enfermedad. La sospecha diagnóstica y el tratamiento precoz son fundamentales para lograr una buena evolución.

326

EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE UVEITIS DEL HOSPITAL DE MÓSTOLES EN UVEITIS INTERMEDIA

R. Miguélez, T. Díaz, Y. Poza, MC. Fernández-Espartero, V. Villaverde y J. Usón

Unidad de Uveítis. Hospital de Móstoles. Móstoles.

Introducción. La Uveítis Intermedia (UI) es la inflamación de la retina periférica o pars plana y la cavidad vítrea. Las UI son las uveítis menos frecuentes (6 al 15% según autores) pero no por ello deben perder importancia ya que suelen ser una de las formas de uveítis de mayor duración clínica, son de las más frecuentes en niños y adultos jóvenes y además pueden ser la sintomatología de inicio de enfermedades graves.

Objetivos. Analizar la frecuencia, la etiología y la importancia de las UI en el área de influencia del Hospital de Móstoles (Madrid).

Material y métodos. Se evaluaron retrospectivamente 201 casos de uveítis procedentes de la base de datos de la Unidad de Uveítis del Hospital de Móstoles, habiendo realizado una exploración oftalmológica y pruebas complementarias concretas para llegar al diagnóstico, basadas en la anamnesis y el patrón de afectación ocular en cada caso.

Resultados. El número total de UI fue de 14 pacientes (6,95%), de las cuales 8 fueron mujeres y 6 varones. El diagnóstico más frecuente fue la "pars planitis" con 8 casos (57,1%) y después la UI idiopática con 3 casos (21,4%). En 12 pacientes la UI fue bilateral (85,7%). La edad media global fue de 43 años, si bien distinguimos claramente 2 grupos de edad: un grupo de UI de pacientes muy jóvenes, en los que los diagnósticos más frecuentes fueron la pars planitis, la UI idiopática y la Esclerosis Múltiple; y un segundo grupo de pacientes mayores, en los que los diagnósticos más frecuentes fueron vitritis senil y síndromes mascarada (neoplasias). Otro aspecto importante a considerar es la presencia de complicaciones entendiendo como tales: el edema macular quístico (apareció en 9 pacientes -64%-), la catarata subcapsular posterior (en 5 pacientes -35,7%-) y la vasculitis retiniana periférica (en 2 pacientes -14,2%-).

Conclusiones. Nuestros datos demuestran que las UI afectan con mayor frecuencia a adultos jóvenes, si bien hay 2 grupos diferenciados según la etiología de la UI; que predominan en el sexo femenino y suelen ser bilaterales y que su pronóstico depende de la asociación o existencia de enfermedad de base y de la presencia de complicaciones (vasculitis retiniana y/o edema macular quístico).

327

DÉFICITS COGNITIVOS EN EL SÍNDROME FIBROMIÁLGICO

M.D. Roldán Tapia*, M. Valverde Romera*, J.M. Cimadevilla Redondo*, R. Estévez Sánchez*, R. Cánovas López* e I. León Estrada*

**Dpto. Neurociencia y Ciencias de la Salud. Universidad de Almería.*

Objetivos. Determinar la presencia de trastornos cognitivos (atención, memoria, orientación espacial y percepción) en pacientes afectados por fibromialgia (SFM), así como determinar su posible relación con algunos síntomas habituales en el síndrome.

Métodos. Se entrevistó a 13 enfermas diagnosticadas de SFM, según criterios ACR 1990, con una media de edad de 46,38 años y 111,6 meses de duración de la enfermedad. Se utilizó un protocolo neuropsicológico centrado en pruebas de memoria de trabajo (Digitos WAIS), memoria visual (10/36 SRT), percepción (Benton judge orientation line test, Benton visual form discrimination test), orientación (Road map) e interferencia atencional (test Stroop). Se recogieron en la entrevista otras variables: clínicas (Cuestionario de Impacto de Fibromialgia: FIQ), de salud y calidad de vida (SF-36), y psicológicas (cuestionario STAI para ansiedad, Beck para depresión). El análisis estadístico realizado fue una correlación de Pearson bivariada, aceptándose como significativas las probabilidades menores de 0,05.

Resultados. Se han obtenido diferencias significativas en el subtest de Dígitos Directos e Inversos (WAIS) en relación a síntomas habituales en SFM, como la rigidez y tristeza (Pearson = -0,829 y -0,727 respectivamente para D y -0,687 para DI). La copia de la figura compleja de Rey es la que se ve más afectada por síntomas como la fatiga (Pearson = -0,75), ansiedad/ nerviosismo (-0,801), tristeza (-0,70), trastornos del sueño (-0,74), así como otros parámetros como la calidad de vida (-0,696). El recuerdo de esta figura se encuentra también relacionado a largo plazo con el trastorno del sueño (-0,712). No se han encontrado diferencias significativas en relación al síntoma guía de la enfermedad, el dolor generalizado.

Conclusión. Las habilidades visoperceptivas son las que se encuentran más relacionadas con los síntomas del síndrome fibromiálgico: cansancio, insomnio, nerviosismo y el impacto general en la calidad de vida. Llama la atención la falta de relación entre tareas de memoria visual y atencional con la sintomatología del SFM; estos déficits cognitivos, al igual que en los trastornos de ansiedad y la depresión en general, se observan incluso desde el comienzo de la enfermedad, independientemente de la sintomatología observada.

328

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA A TERAPIAS BIOLÓGICAS (ANTI TNF ALFA) SECUENCIALES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

M.J. Pérez Galán, P. Salas Blanca, M.D. Sánchez González, M.C. Ramírez Barberena, M.A. Ferrer González, A. Haro Martínez, S. Pérez Vicente, A. García Sánchez y M.A. Guzmán Úbeda

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción. Actualmente las terapias biológicas comercializadas (Infliximab, Etanercept, Adalimumab) frente al factor de necrosis tumoral alfa (TNF α) presentan efectividad en aproximadamente un 70% de los pacientes con Artritis reumatoide (AR). Además

existe un grupo de pacientes que tras una respuesta inicial, presentan refractariedad a dichos tratamientos. En este grupo de pacientes, distintos estudios clínicos apoyan el cambio de un anti TNF α a un segundo para rescatar respuestas terapéuticas.

Objetivos. Analizar en nuestra población de pacientes con AR en tratamiento biológico con anti TNF α , el porcentaje de respuesta a un segundo o tercer anti TNF α tras fracaso terapéutico ó intolerancia.

Material y métodos. Estudio retrospectivo (Mayo/2000 hasta Julio/2006) de una cohorte de 40 pacientes con AR (34 mujeres, 6 hombres), con edades comprendidas entre 25 y 79 años ($54,5 \pm 3,15$) que habían recibido al menos dos anti TNF α . La respuesta clínica se midió mediante el índice de actividad DAS 28. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 13.0 considerando significativa una $p < 0,05$.

Resultados. 25 de los 40 pacientes (62,5%) respondieron a un segundo agente biológico. De los 15 pacientes (37,5%) que habían recibido los tres biológicos, solamente el 33,3% respondieron clínicamente al tercero. En el grupo de no respondedores al tercer anti TNF α , todos suspendieron los tratamientos por falta de efectividad y ninguno por efectos adversos.

Conclusiones. Nuestros datos están en concordancia con los estudios previos que apoyan el uso de un segundo anti TNF α en pacientes no respondedores. Destacamos la ausencia de respuesta en un alto porcentaje de pacientes a un tercer biológico, por lo que en estos pacientes podrían estar indicadas terapias biológicas alternativas (Rituximab, Abatacept..)

329

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS ACONTECIMIENTOS ADVERSOS EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON ANTI-TNF

R. López-González*, E. Loza*, L. Abásolo*, L. Rodríguez*, C. Martínez-Prada*, C. Vadillo*, C. Lajas*, J. Jóver* y C. Hernández-García*.

**Hospital Clínico San Carlos, Madrid.*

Objetivo. Realizar un estudio descriptivo de los acontecimientos adversos (AA) presentados una población de pacientes diagnosticados de Artritis Reumatoide (AR) tratados con anti-TNF.

Material y métodos. Estudio retrospectivo observacional basado en la revisión de 75 historias clínicas de pacientes diagnosticados de AR que habían realizado tratamiento con anti-TNF. Se definió AA como todo signo, síntoma, enfermedad o diagnóstico de nueva aparición o empeoramiento de una ya existente durante el seguimiento del paciente. Se realizó un estudio descriptivo, y se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y los AA en función de los órganos y/o sistemas afectados, de la gravedad, y el grado de relación con la medicación pautada, de los AA recogidos desde el inicio de la enfermedad hasta Diciembre 2005. Se definió gravedad leve: como aquella que no interfiere con las actividades rutinarias y moderada-grave: imposibilita la realización de sus actividades rutinarias y puede amenazar la vida del paciente. Se definió relación con la medicación: segura / probable/ posible/ improbable/ ninguna, según los criterios de clasificación de la OMS. Se analizaron diferencias entre el tipo y número de AA previos y posteriores al inicio de tratamiento anti-TNF. Se realizó un análisis bivariado para describir las asociaciones entre las variables AA y tratamiento pautados recibidos para su AR.

Resultados. La edad media de inicio de la enfermedad fue $48,1 \pm 13,8$ años, el 75,3% eran mujeres y la duración media de la enfermedad fue $12 \pm 7,3$ años. Se registraron un total de 695 AA (promedio 9,2/paciente), de los cuales 16 previos al uso de cualquier Fármaco Modificador de la Enfermedad (FME) se excluyeron. El 36,2% (252) de los AA se juzgaron como no relacionados con la medicación, el 15,8% (110) improbablemente relacionados con la medicación, el 26,06% (177) posiblemente relacionados, el 17,5% (119) probablemente relacionados, y el 4,2% (29) seguro relacionados con la medicación para el tratamiento de la AR. Entre los 148 AA seguro o probablemente relacionados con la medicación, la media (\pm DE) de AA por paciente y año de exposición a FME previa a anti-TNF fue de $0,082 \pm 0,15$ y tras el inicio de anti-TNF de $0,18 \pm 0,29$. La mediana de AA relacionados con FME moderados a mortales por paciente y año de exposición a FME previa a anti-TNF fue de $0,01 \pm 0,04$ y tras el inicio de anti-TNF de $0,08 \pm 0,16$. Se registraron 89 infecciones totales; la media (\pm DE) de infecciones por paciente y año de exposición a FME previa a anti-TNF fue de $0,02 \pm 0,06$ y tras el inicio de anti-TNF de $0,14 \pm 0,29$.

Conclusiones. Globalmente la incidencia de AA relacionados con la medicación, moderados a severos, e infecciones es baja por año de exposición a FMEs tanto previa como posterior al inicio de anti-TNF. Existe un discreto aumento en la incidencia de AA después del inicio de anti-TNF lo cual puede deberse al efecto propio de los fármacos, pero también a la edad más avanzada, una enfermedad más evolucionada y posiblemente más severa cuando se realiza la pauta de los fármacos anti-TNF.

330

IMPLICACIÓN RESPONSABLE DEL PACIENTE EN SU CURACIÓN Y POTENCIAL AHORRO DE COSTES SANITARIOS MEDIANTE LA EDUCACIÓN SANITARIA

A. Campiña Gea, E. Pascual, J. de la Torre Aboki y A. García Palao

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. El éxito de una terapia farmacológica, no sólo depende de una adecuada prescripción médica tras un correcto diagnóstico, sino también del cumplimiento terapéutico. Uno de los principales objetivos a través de la educación sanitaria en nuestra consulta de enfermería es la correcta autoadministración s.c. del fármaco, para que así el paciente consiga autonomía, libertad y una implicación activa y responsable en su curación, en su defecto, se potencia la administración subcutánea por parte de un familiar, para conseguir en la medida de lo posible lo citado anteriormente, y con todo, un potencial ahorro de costes sanitarios.

Los objetivos principales de este estudio son: Relacionar el propósito de la educación sanitaria que recibe el paciente que se inicia en un fármaco s.c. con la posterior aplicación de éste. Relacionar la importancia que le da el paciente a la autoadministración del s.c. con el cumplimiento terapéutico. Identificar ptes que no cumplan el propósito de la educación, proponerles recibirla de nuevo y citarlos. E identificar las causas por las que no lo cumplan.

Material y métodos. Diseño; estudio observacional, descriptivo, transversal, ambispectivo. El ejercicio del estudio se realiza desde noviembre de 2006 hasta enero de 2007. Ámbito; Consultas Externas de Reumatología del H.G.U.Alicante. Población diana; pacientes incluidos en la base de datos del Servicio

que estén actualmente con un tto s.c. y lleven al menos un mes con él, que hayan recibido algún tipo de educación sanitaria sobre el uso y manejo del fármaco y hayan contestado el cuestionario, instrumento de recogida de datos. Coincide con la muestra un total de 89 pacientes. El tto de las variables se realiza con el paquete estadístico Excel.

Resultados. El 89,9% de la muestra no tenía pensamiento de autoadministrarse antes de recibir la educación sanitaria, el motivo común: el desconocimiento, seguido con un 21,25% por el miedo al pinchazo/aguja. Actualmente, tras la educación el 58,44% se autoadministra, el 7,86% también lo hacen pero a veces se apoyan en un familiar y el 19,10% se apoyan siempre en éstos. En total, el 85,40% cumple con el principal objetivo de la educación de los ttos s.c. Suponiendo así un ahorro medio anual de 29078,60€, 384,81€/pte/año. Del resto de ptes de la muestra, el 2,24% aceptaron y recibieron de nuevo educación. Las causas por las que el 12,36% restante de la muestra no la recibió fueron: "ir al C.S. me sirve para salir a pasear y relacionarme"(36,36%), miedo al pinchazo/aguja (27,26%), ser menor de edad (18,18%), "la enfermera viene a casa"(9,10%), "es mucho lio"(9,10%). Relacionando la importancia de la autoadministración con el cumplimiento terapéutico, el 16,85% de la muestra se la dan extrema, diciendo: "si tuviera que ir al C.S. c/semana no seguiría el tto", "ir al C.S 2 veces por semana, haría que me sintiera mas enferma" o señalando la incompatibilidad de sus horarios laborales con los del C.S. El 66,29% le da mucha importancia, frente al 3,37% que no de da ninguna.

Conclusiones. La educación sanitaria debe ser un eslabón más del proceso asistencial del paciente ya que, además de formar/educar sobre el uso y consumo de fcos, fomenta una participación activa y responsable del paciente en su propia curación, evitando un incumplimiento terapéutico y favoreciendo a la larga un ahorro sanitario. Aunque es conveniente desarrollar en la consulta de enfermería intervenciones destinadas a mejorar el registro de control del paciente una vez instaurado el tto.

331

PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB

P. Salas Blanca, M.J. Pérez Galán, C. Ramírez Barberena, M.D. Sánchez González, A. de Haro, S. Pérez Vicente, R. Cáliz Cáliz, J. Salvatierra Ossorio y M.A. Guzmán Ubeda

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Introducción. La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte en pacientes con artritis reumatoide (AR). En los últimos años, diversos trabajos demuestran la influencia de las citoquinas proinflamatorias, entre las que destaca el TNF- α , como factores fisiopatológicos implicados en este aumento de mortalidad por su influencia sobre el metabolismo lipídico y el endotelio.

Objetivos. Analizar la presencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con AR en tratamiento biológico con infliximab.

Material y métodos. Se estudia una cohorte de 43 pacientes con AR los que 30 eran mujeres y 13 varones con una media de edad de 55 años de los cuales 30 se encuentran en tratamiento con infliximab y 13 sin terapia biológica.

Se determinó glucemia en ayunas, tensión arterial, hábito tabáquico, antecedentes familiares de IAM o ACV prematura (<55

años en hombres y <65 años en mujeres), obesidad (IMC \geq 30), actividad física, dislipemia, edad e ingesta de alcohol. Mediante el programa SPSS 13.0 para $p < 0,05$ comparamos el mayor o menor número de factores de riesgo cardiovascular en ambos grupos.

Resultados. No existen diferencias significativas al analizar los factores de riesgo cardiovascular de forma individual, sin embargo, si se hallan diferencias significativas cuando se analizaron por número de factores de riesgo cardiovascular presentes en cada grupo ($p < 0,023$).

Conclusión. El tratamiento con infliximab podría disminuir el número global de factores de riesgo cardiovascular posiblemente a través de un efecto beneficioso sobre el metabolismo lipídico o el endotelio vascular.

332

SIROLIMUS (RAPAMICINA): UN NUEVO ENFOQUE TERAPÉUTICO EN ARTRITIS REUMATOIDE

F. Medina*, **, J. Fuentes**, A. Fraga** y J. Moreno*

*Unidad de Enfermedades Autoinmunes, **Depto. Reumatología, Centro Médico Nacional "Siglo XXI" IMSS, México

Antecedentes. El sirolimus (rapamicina) es un inmunosupresor que inhibe linfocitos al bloquear la proteína cinasa 12 (FKBP 12) o blanco de rapamicina (TOR), que controla translocación de RNAm, síntesis de proteínas y ciclo celular en fase G1. Es bien tolerado en pacientes con trasplantes, y por su acción sobre ciclofilinas, semejante a ciclosporina, aunque más selectivo y seguro, decidimos utilizarlo en pacientes con artritis reumatoide (AR).

Objetivo. Evaluar la eficacia de sirolimus en 5 pacientes con artritis reumatoide activos a pesar de manejo con fármacos modificadores de la enfermedad (FARME).

Métodos. Las 5 pacientes fueron mujeres que reunieron criterios de clasificación para AR seropositiva (ACR, 1987); con una edad media de 47,3 años (rango 38-60), con duración media de la AR de 86 meses (rango 62-192). Todas habían recibido FARME convencionales: metotrexato, cloroquina, sulfasalazina y/o azatioprina, sin respuesta significativa a estas terapias, o suspendida por desarrollo de eventos adversos, incluyendo maculopatía en 2 casos y toxicidad medular en otra paciente. El sirolimus se inició a dosis de 3 mg/día, y fue sostenido a lo largo del estudio, al igual que la dosis inicial de metotrexato 10 mg/semana VO.

Resultados. En 4 pacientes se observó mejoría importante en el puntaje DAS28 (DAS28 inicial 4.8 Vs DAS28 final 1,9), y discreto en la paciente restante (25%). La respuesta clínica se observó a partir del segundo mes y fue sostenida durante 11 meses (rango 10-14 meses). En las 5 pacientes se observó descenso en la PCR y VSG séricas. La dosis de metotrexato pudo reducirse a 5 mg/semana en 2 casos y a 7,5 mg/semana en otra paciente. El sirolimus fue bien tolerado sin presencia de eventos adversos importantes, a excepción de hipercolesterolemia en 4 casos que ameritó control dietético en las 4, y el uso de pravastatina en 3 de ellas. Al seguimiento, no se han presentado eventos infecciosos severos.

Conclusiones: Se observó una respuesta clínica sostenida de la AR en 4 de 5 pacientes durante 12 meses. El sirolimus puede ser una alternativa en pacientes con AR que no toleran o han fallado otros FARME "convencionales". El sirolimus es bien tolerado, efectivo y capaz de mantener remisión en pacientes con AR.

333

GESTACIÓN EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

C. Chalmeta, L. Abad, J.A. Román, J.J. Alegre-Sancho, N. Fernández-Llanio, R. Hortal, J. Ivorra, S. Muñoz-Gil, J.M. Senabre, E. Valls y C. Alcañiz

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción. El Lupus eritematoso sistémico (LES) y las alteraciones de la hemostasia de carácter trombofílico como el síndrome antifosfolípido (SAF) primario o secundario se asocian a un aumento de pérdidas gestacionales si se compara con mujeres de la misma edad sin patología asociada. En algunas de estas pacientes se producen, incluso, pérdidas fetales recurrentes.

Objetivos. Estudiar el perfil de las pacientes con LES y/o SAF que sufren pérdidas gestacionales así como la influencia del tratamiento asociado de acetilsalicílico (AAS) con heparina de bajo peso molecular (HBPM) en la evolución de la gestación.

Material y método. Revisamos las historias clínicas de 20 pacientes con LES y/o SAF, en edad gestacional. Para todas ellas recogimos datos de edad, tiempo de evolución de la enfermedad, nº de gestaciones (abortos, recién nacidos a término y pretérmino), patología gestacional (fundamentalmente preeclampsia), tratamiento farmacológico durante gestación y nº de gestaciones a término tras inicio de tratamiento con AAS y HBPM.

Resultados. Incluimos un total de 20 mujeres en edad gestacional. 6 pacientes con LES, 1 con LES cutáneo, 6 LES+SAF y 7 SAF 1º. El nº total de gestaciones fue 42: 29(45,2%) RN vivos (5 RN pretérmino) y 13 (31%) abortos de 6 pacientes (3 pacientes tuvieron 1 aborto, 2 pacientes 2 abortos/c.u. y 2 pacientes 3 abortos/c.u.). La presencia de anticuerpos antifosfolípido se detectó en 17 pacientes (ACA IgG), 15 (ACA IgM), 10 (Anti β 2 GP IgG), 9 (Anti β 2GP IgM) en cualquier momento de la evolución de su enfermedad. En 7 pacientes se detectó anticoagulante lúpico. En el análisis de las pacientes con abortos, 5 tenían SAF 1º y 2 LES+SAF. Únicamente en 4 pacientes se diagnosticó preeclampsia durante gestación (2 SAF primario y 2 LES con SAF secundario) aunque sin complicaciones maternas y/o fetales. Todas las pacientes con presencia de Acs antifosfolípido llevaban tratamiento con AAS previo a la gestación y en 7 pacientes se añadió HBPM al tratamiento con AAS por abortos de repetición, consiguiendo todas ellas recién nacidos vivos.

Conclusiones. La frecuencia de pérdidas gestacionales es alta en pacientes con LES y/o SAF. El tratamiento combinado con AAS y HBPM puede mejorar la evolución de las pacientes con estas patologías que presentan abortos de repetición.

334

PERFIL DEL FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL Y DE LA PERSONALIDAD EN LOS PACIENTES CON FIBROMIALGIA

J.J. Bethencourt*, I. Ferraz*, C. Botella**, C. Martín***, C. Luna*, S. Talaverano*, V. Hernandez*, S. Bustabad* y E. Trujillo*

*Sº de Reumatología, Hospital Universitario de Canarias. **Dirección de Atención Primaria, Servicio Canario de Salud. ***Dpto de Psicología Clínica, Universidad de La Laguna.

Objetivo. Evaluación intelectual y medida de la personalidad en pacientes con síndrome fibromiálgico

Pacientes. Participaron 150 pacientes (108 mujeres y 42 varones) con criterios diagnóstico de síndrome fibromiálgico del American College of Rheumatology.

Métodos. 1. La evaluación intelectual del paciente se realizó utilizando las Escalas para la medición de la inteligencia para adultos de Wechsler versión III (WAIS), editadas en 1991. Es el instrumento más utilizado en el mundo de medida de la inteligencia. Cada paciente debía completar el test en 40 minutos cronometrados. La aplicación de esta prueba nos permite obtener un coeficiente intelectual (I.Q.) verbal, un IQ manual y un IQ total, además de un índice de deterioro intelectual. 2. Empleamos la medida de la personalidad denominada "test de los 5 grandes" (BFT) que mide 5 aspectos diferentes de la personalidad, que es un buen método para obtener una amplia imagen de la personalidad: apertura a la experiencia, responsabilidad, extroversión, amabilidad y neuroticismo.

Resultados. El I.Q. total medio de los pacientes afectados de síndrome fibromiálgico, en nuestra muestra, es similar al de la población general. Los pacientes fibromiálgicos solo mostraron una menor puntuación no significativa en la valoración de la inteligencia numérica. No encontramos diferencias en el IQ entre hombres y mujeres. Los pacientes fibromiálgicos de nuestro estudio obtuvieron puntuaciones significativamente altas en las escalas de neuroticismo y puntuaciones significativamente bajas en las de apertura a la experiencia y extroversión. Tampoco encontramos diferencias entre las mujeres y los hombres.

Conclusiones. El perfil del funcionamiento intelectual de los pacientes afectados de fibromialgia no difiere del de la población general. Los pacientes de fibromialgia presentan puntuaciones altas en la medida del neuroticismo. No hay diferencias en el coeficiente intelectual y la medida de la personalidad entre hombres y mujeres afectados de fibromialgia.

335

FRECUENCIA DE LA UTILIZACIÓN DE TERAPIAS ALTERNATIVAS EN PACIENTES REUMÁTICOS

M.A. Cortés*, J. Lozano**, M. Peiró**, S. Fernández**, T. Bigorra**, C. Geli* y C. Diaz*

*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, **CAP Maragall, Barcelona.

Objetivo. Identificar el uso de diferentes terapias alternativas en un grupo de pacientes controlados en el Servicio de Reumatología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

Métodos. Estudio descriptivo realizado por enfermería en las consultas de Reumatología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, ubicadas en consultas externas, hospital de día y en el Centro de Atención Primaria Maragall, durante octubre-noviembre del 2006. Se incluyeron todos los pacientes que acudieron a las consultas de forma consecutiva. Se les autoadministró un cuestionario donde se registraron datos demográficos, patología reumática, tipo, supervisión, tiempo de utilización, beneficio, y fuente de información de las terapias alternativas.

Resultados. Se evaluaron un total de 118 pacientes. El 86%(101) fueron mujeres, y14% (17) hombres. La media de edad fue de 55,8 años (DS 12,7) (min.26, máx.86). Un 44% tenían estudios primarios, un 30% estudios secundarios, un 24% superiores y un 2% no tenía estudios. El 52% no posee un trabajo remunerado. Los principales diagnósticos fueron artritis reumatoidea (71%), osteoartritis (12%), osteoporosis (6%), fibromialgia (4%) y artritis psoriásica (3%). El 19,5%(23) utilizaba actualmente alguna terapia alternativa y el 66,1%(76) la uso, el (77%) lo hizo simultáneamente con el tratamiento médico,y38 pacientes (32,2)no utilizó nunca una terapia alternativa. Las terapias alternativas fueron:

	Nº de pacientes	Resultado	Utilizado para la enfermedad actual	Fuente de información
Acupuntura	35 (29,7%)	40% bien 31,4% regular	82,9%	74,3% amistades/familiares
Homeopatía	22 (18,6%)	31,8% bien 50% regular	86,4%	54,5% amistades/familiares 22,7% sanidad
Quiromasaje	30 (25,4%)	63,3% bien 30% regular	50%	60% amistades/familiares 23,3% sanidad
Reiki Relajación	14 (11,9%)	92,9% bien	57,1%	64,3% amistades/familiares 28,3% sanidad
Reflexología	14 (11,9%)	57,1% bien 28,6% regular	50%	50% amistades/familiares 21,4% sanidad
Fitoterapia	22 (18,6%)	45,5% bien 31,8% regular	54,5%	72,7% amistades/familiares 4,5% sanidad
Termalismo	21 (17,8%)	66,7% bien 28,6% regular	81%	42,9% amistades/familiares 42,9% sanidad
Osteopatía	6 (5,1%)	66,7% bien 16,7% regular	66,7%	66,7% amistades/familiares
Flores de Bach	10 (8,5%)	40% bien 60% regular	40%	44,4% amistades/familiares 33,3% otros
Otros	7 (5,9%)	28,6% bien 42,9% regular	71,4%	71,4% amistades/familiares 28,6% sanidad

Iridiología 1 paciente, que la utilizo por otra dolencia, con mal resultado, pulsera de cobre 4 pacientes, y cartilago de tiburón 7 pacientes, estas dos últimas las utilizaron por su patología reumática y los resultados fueron regulares y malos.

Conclusión. La mayoría de los pacientes han utilizado alguna vez terapias alternativas, más de un tercio lo hizo de forma simultánea al tratamiento convencional y el 61,2% (49) utilizo más de una. No se encontró relación con el nivel cultural ni la edad. La mayoría las utiliza para mejorar su patología reumática y la fuente de información principal fueron los familiares y amigos.

336

SÍNDROME DE ANTICUERPOS ANTISINTETASA: ESTUDIO CLÍNICO Y EVOLUTIVO DE CINCO CASOS

S. Fernández Aguado, B. Arca Barca, E. Pérez Pampín, A. Mera Varela y P. Eiras Martínez*

Servicio de Reumatología e Inmunología*. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Facultad de Medicina de la USC. Santiago de Compostela.

Introducción. El SAS es un subtipo clínico de miopatía inflamatoria idiopática (MII) caracterizado por la presencia de artritis, miositis, Raynaud, manos de mecánico, fiebre y enfermedad pulmonar intersticial. Otras manifestaciones menos frecuentes incluyen rash cutáneo y fotosensibilidad lupus-like. Aproximadamente el 50% de los pacientes presentan positividad para alguno de los anticuerpos antisintetasa descritos hasta el momento (anti-Jo 1, anti-PL7, anti-PL12, anti-EJ, anti-OJ, anti-KS y anti-Wa).

Material y métodos. Se describen las características clínicas y evolutivas de 5 pacientes con las manifestaciones clínicas de SAS. Se trata de 1 varón y 4 mujeres de edad media de 34 años (15-44). El diagnóstico se realizó en base a la presencia de al menos dos de las características clínicas que definen el cuadro más la presencia de miositis. La determinación de Ac. Antisintetasa se realizó por dot-blot para anticuerpos contra Jo1, PL-7, PL-12, Mi-2 y Ku. Anti-Jo1 presentaron 2 pacientes. En todos los casos se realizó biopsia muscular.

Resultados. La causa inicial de consulta fue en todos ellos la presencia de poliartritis, con afectación de pequeñas articulaciones de las manos. Además cuatro presentaron manos de mecánico, tres fenómeno de Raynaud y otros tres síndrome febril. La cifra media

inicial de CPK fue de 1395 UI/L (365-3901 para v.n.: 110 UI/L). Tenían afectación pulmonar intersticial (diagnosticada por TAC de alta resolución) ya al inicio una paciente, y otra la desarrolló 16 meses después. Ambas presentaban también moderada disminución de la difusión en los estudios funcionales respiratorios junto con la alteración del TAC. Todos los pacientes recibieron tratamiento con corticoides, cuatro de ellos a dosis de al menos 1 mg/kg/día inicialmente. Además a otros dos se les asoció azatioprina, los dos con afectación pulmonar recibieron ciclofosfamida, y a uno que recibió corticoides y azatioprina se le asoció cloroquina por la intensidad de las manifestaciones cutáneas. El tiempo de seguimiento medio ha sido de 8,4 meses (3-18 meses). Actualmente 2 pacientes están en remisión clínica con dosis bajas de esteroides y uno de ellos con azatioprina. En otro paciente leve artritis. Los dos pacientes con afectación pulmonar y tratamiento con ciclofosfamida han mejorado, aunque persiste la imagen de afectación intersticial radiológica. En todos ellos la presencia de miopatía inflamatoria fue poco o nada sintomática.

Conclusiones. El SAS es un subgrupo de miopatía inflamatoria idiopática en el que se debe pensar en presencia de afectación cutánea típica y artritis asociadas a la miositis. El diagnóstico precoz es necesario ya que existe una alta mortalidad (21%) respecto al conjunto global de miopatía inflamatoria (7%), debido a la frecuencia y gravedad de la afectación intersticial pulmonar.

337

ESTUDIO DE LA RELACIÓN FAMILIAR EN LOS PACIENTES AFECTOS DE ARTROPATÍA PSORIÁSICA

N. Busquets Pérez, C. Gómez Vaquero, J. Rodríguez- Moreno, J. Narváez García, D. Roig Vilaseca, J.M. Nolla y J. Valverde
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet. Barcelona.

Introducción. El concepto de artropatía psoriásica (PsA) como entidad clínica es reciente. A pesar de que las primeras publicaciones que relacionan psoriasis y artritis datan de inicios del siglo XIX, no es hasta 1973, cuando Moll y Wright, acuñan la actual definición de la enfermedad. No se conoce con detalle la patogénesis de esta enfermedad, sin embargo, los estudios poblacionales y de gemelos sugieren un importante componente hereditario en su etiología.

Objetivo. Conocer la prevalencia de psoriasis, y/o PsA en los familiares de nuestros pacientes con PsA, el porcentaje de familiares de primer grado afectados en cada familia, así como su relación con la actividad de la enfermedad en estos individuos.

Métodos. Se evaluó, mediante anamnesis, la prevalencia de psoriasis, y/o PsA, en los familiares de primer, segundo, y tercer grado, de 155 pacientes afectados de PsA periférica, controlados de manera periódica en un hospital universitario y en los centros de asistencia primaria asociados a éste. Asimismo, se elaboró un protocolo de recogida de datos, donde se recopiló la información correspondiente a la exploración física que incluyó parámetros antropométricos y variables demográficas y clínicas. La actividad de la enfermedad se evaluó mediante el Modified Health Assessment Questionnaire (HAQm) y el Disease Activity Score 28 (DAS28).

Resultados. El porcentaje de familiares de primer grado, afectados de psoriasis, entre los pacientes afectados de artropatía psoriásica fue de 38%, y el de artropatía psoriásica fue de 16,7%. El 47,3% de los pacientes estudiados tenía algún familiar afecto de psoriasis y el 18% tenía algún familiar afecto de PsA. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el porcentaje de familiares de 1º grado con PsA, y el porcentaje de familiares de primer grado

afectos de psoriasis ($r = 0,22$). Las mujeres tenían más antecedentes familiares de PsA que los hombres, de forma estadísticamente significativa. Asimismo, los pacientes con afectación de las IFD tenían más antecedentes familiares de psoriasis, de forma estadísticamente significativa. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la presencia de algún familiar afecto de psoriasis y la edad de inicio y la duración de la PsA. No se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre el porcentaje de familiares de 1º grado afectados de PsA, o psoriasis, y los parámetros de actividad de la PsA, en los pacientes estudiados.

Conclusiones. Existe una prevalencia importante de psoriasis y PsA en los familiares de los pacientes afectados de PsA. La edad de inicio de la psoriasis se relaciona con la presencia de antecedentes familiares de psoriasis. No existe una correlación entre los antecedentes familiares de psoriasis o PsA y la actividad o la discapacidad de la enfermedad.

338

FIBROMIALGIA PRIMARIA Y SECUNDARIA Y PATOLOGÍA ASOCIADA

V. Gonzalez Marí, M. de Haro Liger, J.L. Casals Sánchez, R. García Portales, J. Aguilar del Rey y J. Rodríguez Andréu
Sección de Reumatología Hospital Clínico Universitario de Málaga.

Identificar diferencias en la patología concomitante entre los pacientes con Fibromialgia primaria y aquellos con Fibromialgia secundaria a otra enfermedad reumatológica; y, secundariamente, identificar diferencias en la forma de presentación clínica.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de casos y controles de una cohorte de pacientes diagnosticados de Fibromialgia (según criterios de la ACR) en un Servicio de Reumatología de un Hospital de tercer nivel, durante el periodo 2004-2006. Se consideraron casos los pacientes con Fibromialgia primaria y controles cuando se pudo identificar proceso reumatológico asociado.

Resultados. Del total de casos, 200 correspondían a formas primarias y 58 a formas secundarias (22,48% de formas secundarias; IC95% 17,64-28,16%), el 99,5% eran mujeres, con una mayor frecuencia de presentación en mayores de 50 años (43% primarias y 72,4% secundarias, $p < 0,005$). El tiempo de evolución es mayor (> 10 años) con enfermedad reumatológica asociada (62,1% vs 28%, OR 5,14; IC 2,7-9,8). Encontramos en las formas secundarias mayor frecuencia de HTA, patología tiroidea, trastornos digestivos leves y úlcus gastroduodenal, mientras que las neoplasias son relativamente elevadas en ambas

	Fibromialgia aislada (N = 200)	Fibromialgia asociada (N = 58)	Odds ratioIC 95%	p
Hipertensión arterial	27/173 13,5%	17/41 29,3%	2,66 (1,32-5,33)	0,009
Diabetes mellitus	19/181 9,5%	7/51 12,1%	1,3 (0,5-3,28)	0,62
Hiperlipemia	27/173 13,5%	6/52 10,3%	0,74 (0,29-1,89)	0,65
Patología tiroidea	13/187 6,5%	12/46 20,7%	3,75 (1,6-8,76)	0,004
Tr. Digestivos leves	50/150 25%	27/31 46,6%	2,61 (1,42-4,8)	0,003
Úlcus gastroduodenal	4/196 2%	15/43 25,9%	17,1 (5,4-54,1)	<0,001
Patología respiratoria	18/182 9%	11/47 19%	2,36 (1,04-5,35)	0,056
Patología cardíaca	10/190 5%	4/54 6,9%	1,4 (0,42-4,66)	0,52
Cefalea	42/158 21%	9/49 15,5%	0,69 (0,31-1,52)	0,45
Tr. ansioso-depresivos	95/105 47,5%	21/37 36,2%	0,62 (0,34-1,15)	0,13
Neoplasia	23/177 11,5%	9/49 15,5%	1,41 (0,61-3,25)	0,5

Conclusiones. Las formas primarias presentan una menor prevalencia de patología tiroidea, digestiva y pulmonar asociadas, mientras que la prevalencia de cefaleas, diabetes mellitus, dislipemia y patología oncológica es similar en las dos formas de fibromialgia. Esta menor patología de las formas primarias puede explicarse por una menor edad en el momento del diagnóstico o por la patología asociada a las formas secundarias.

El grupo de formas primarias tiene una mayor edad en el momento del diagnóstico, sin embargo su tiempo de evolución también es mayor, lo que sugiere un retraso en el diagnóstico de fibromialgia cuando no está asociada a otra enfermedad reumatológica, o quizás por una mayor facilidad para el diagnóstico cuando el paciente es revisado en un Servicio de Reumatología, frente a la consulta de Atención Primaria.

Destacamos una elevada proporción de formas secundarias, lo que refuerza la necesidad de hacer un diagnóstico diferencial de esta patología.

339

POLIMORFISMO DEL PROMOTOR -308 DEL TNF-ALFA EN UNA COHORTE DE ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO RECIENTE

M. Lisbona, P. Cejas, J. Ramírez, M. Anaya, S. Reneses, F. González-Escribano* y A. García

Servicio de Reumatología y Servicio de Inmunología de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.*

Introducción. El factor de necrosis tumoral-alfa (TNF-alfa) es una citokina que ha sido implicada en la patogénesis de numerosas enfermedades autoinmunes, entre ellas la Artritis Reumatoide (AR). El gen que codifica el TNF-alfa se encuentra localizado en la región clase III del complejo mayor de histocompatibilidad en el cromosoma 6 (6p21.31), y es altamente polimórfico. Han sido descritos numerosos polimorfismos en el promotor del TNF-alfa, algunos de los cuales modifican la expresión de esta molécula pudiendo favorecer distinta severidad de la enfermedad y variable respuesta al tratamiento.

Objetivo. Analizar la distribución de los alelos A y G del Polimorfismo del Promotor -308 del TNF-alfa mediante la determinación de sus variables genotípicas G/G, A/G, A/A en una cohorte de pacientes AR de Inicio Reciente.

Pacientes y métodos. Estudio Observacional, descriptivo en el que estudiamos muestras de suero pertenecientes a una cohorte de 122 pacientes diagnosticados de A.R. según criterios ACR 1987 procedentes de nuestra consulta de Poliartritis de Inicio Reciente del área perteneciente al H.U Virgen del Rocío durante el periodo comprendido entre Febrero de 2002 hasta Mayo 2006. Las muestras de suero se analizaron en el laboratorio de Inmunología de nuestro Hospital que, mediante el procedimiento de PCR (Reacción en cadena de la polimerasa) determinó los genotipos G/G, A/G, A/A del polimorfismo-308 del TNF alfa.

Resultados. De los 122 pacientes diagnosticados de A.R (96 mujeres y 26 hombres), en los que se realizó la determinación genética, el grupo más prevalente resultó con un 84,4 % (103 pacientes) la variante genotípica G/G, de ellos 70 eran mujeres y 23 hombres. En segundo lugar el genotipo A/G con una frecuencia 14,75% (18 pacientes, 15 mujeres y 3 hombres) y por último, tan sólo una paciente presentó (0,83%) la variante A/A del polimorfismo-308 del TNF alfa.

Discusión. El TNF alfa es una citocina que juega un papel importante en la patogénesis de la Artritis Reumatoide. Se ha descrito polimorfismo en el gen del TNF alfa y sus regiones reguladoras. Estos polimorfismos podrían afectar a la producción del TNF alfa,

generando un desbalance en el equilibrio de citoquinas favoreciendo de esta manera los estados patológicos. Entre estos polimorfismos se encontraría el de la posición -308 del promotor del TNF alfa. Este polimorfismo, con sus distintas variables genotípicas (G/G + A/G carácter dominante y A/A carácter recesivo), se ha relacionado con una mayor predisposición a desarrollar A.R de acuerdo al origen étnico de la muestra así como distinta respuesta a los fármacos anti-TNF alfa. De esta manera, se ha descrito que aquellos pacientes portadores del alelo A presentan una peor respuesta a las terapias anti-TNF alfa. Por tanto, el estudio de estos marcadores genéticos nos podrían ayudar a identificar aquellos pacientes con peor pronóstico o con peor respuesta al tratamiento.

340

INCIDENCIA DE OSTEOPOROSIS Y FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS EN LA COHORTE EMECAR DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

E. Vicente*, Grupo EMECAR**

**Hospital Universitario de La Princesa, **Fundación Española de Reumatología*

Introducción. Existe una asociación entre osteoporosis (OP) y artritis reumatoide (AR). Estudios transversales han objetivado que los pacientes con AR tienen una menor densidad mineral ósea y un aumento de las fracturas osteoporóticas, asociadas al uso de corticosteroides, la inmovilización y la actividad de la enfermedad.

Objetivo. *Primario:* Evaluar la incidencia de OP y fracturas osteoporóticas clínicas en pacientes con AR, tanto vertebrales como periféricas. *Secundario:* Analizar la influencia de los posibles factores relacionados.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 4 años de duración de la cohorte EMECAR de pacientes con artritis reumatoide (n = 788) seleccionados de forma aleatoria a partir de la historias clínicas de los Servicios de Reumatología de 34 centros hospitalarios españoles. La OP se definió según los criterios densitométricos de la OMS y se evaluó en una submuestra representativa de pacientes (n = 143), en 7 centros, mediante densitómetro DXA a nivel de columna lumbar con mediciones en la visita basal y final. Se definieron las fracturas osteoporóticas como las producidas por un trauma de bajo impacto, de forma espontánea o desde una altura máxima igual o inferior a la de la posición erguida. Se recogieron las variables siguientes: demográficas, ginecológicas, terapia con corticosteroides y FAMEs, DAS (Disease activity score), HAQ (Health assessment questionnaire) e índice radiológico de Larsen. Análisis estadístico: se calcularon las tasas de incidencia por técnicas de supervivencia. Se evaluaron los factores relacionados con la aparición de fracturas y OP mediante modelos lineales generalizados siguiendo la distribución de Poisson. Se estimó un modelo de regresión multivariante con la distribución de Poisson a partir de las variables significativas en los análisis simples.

Resultados. La incidencia de OP y fracturas (total y desglosada por localizaciones) se recogen en la tabla 1.

Incidencia de osteoporosis y fracturas osteoporóticas

	Nº casos	Incidencia*	IC 95%
Osteoporosis (criterios DXA)	12	0,48	0,27 - 0,85
Fracturas osteoporóticas			
- Totales	58	2,34	1,81 - 3,03
- Cadera	3	0,12	0,04 - 0,37
- Vertebral	25	1,01	0,68 - 1,49
- Colles	4	0,16	0,06 - 0,43
- Resto de localizaciones	22	0,89	0,58 - 1,35

* Nº casos/100 pacientes-año

Los factores relacionados con la aparición de fracturas son: edad (IRR 1,04), sexo femenino (IRR 2,62), terapia corticoidea (IRR 2,10), peso (IRR 0,97), fracturas osteoporóticas previas (IRR 3,24), evolución > 2 años (3,90e-06) y HAQ (1,92). Tras el análisis de regresión multivariante se mantienen significativos todos ellos, salvo la edad y el sexo. En el caso de la incidencia de osteoporosis, la edad y el tiempo de evolución de la enfermedad son los factores relacionados tanto de forma individual como ajustada.

Conclusiones. En nuestra cohorte de pacientes con AR la incidencia de fracturas osteoporóticas se relaciona con el antecedente de fracturas previas, el tratamiento esteroideo y el bajo peso. Son más frecuentes en la enfermedad evolucionada y con HAQ elevado. La incidencia de osteoporosis se asocia con la edad y la evolución de la enfermedad.

341

SUPERVIVENCIA DEL PRIMER TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL TNF EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ESPONDILOARTROPATÍAS

E. Vicente*, J.M. Álvaro-Gracia*, S. Castañeda*, A. García-Vadillo*, R. García de Vicuña*, J.P. López-Bote*, R. González**, F. Rodríguez-Salvanes** y A. Laffon*

*Hospital Universitario de La Princesa, **Fundación de Investigación del Hospital de La Princesa

Introducción. La terapia con los antagonistas del TNF (aTNF) ha supuesto un avance considerable en el tratamiento de artropatías inflamatorias. La supervivencia a medio o largo plazo de estas terapias no es bien conocida.

Objetivo. Analizar la supervivencia del primer tratamiento con aTNF en nuestros pacientes con artritis reumatoide (AR) y espondiloartropatías (EA) y determinar los factores relacionados.

Pacientes y métodos. Se estudiaron 340 pacientes tratados con aTNF en nuestro servicio. El 65,3% eran mujeres. La edad media fue de 55,5 ± 13,9 años (media ± DE), con un tiempo de evolución de 11 [0,4 - 43,8] años (mediana [p25 - p75]). El 61,2% tenían AR (n = 208) y el 38,8% EA (n = 132). Las EA se distribuían en: 76 espondilitis anquilosantes, 37 artritis psoriásicas, 8 enfermedades inflamatorias intestinales, 1 Reiter, 2 SAP-HO y 8 indiferenciadas. La distribución por terapia biológica fue: 46,2% (n = 157) infliximab, 36,5% (n = 124) etanercept y 17,3% adalimumab (n = 59). El 83,8% de los pacientes asociaban FAMEs, siendo el metotrexato (48,2%) el más empleado. Se recogieron variables de actividad clínica según el protocolo de nuestro Servicio. Estudio estadístico: se calculó el tiempo de supervivencia de los distintos tratamientos biológicos mediante el método de Kaplan-Meier y la prueba de Log-Rank con el programa Stata 9®. Se ajustó por el posible efecto del sexo, tiempo de evolución, diagnóstico, terapia concomitante con FAMEs y la causa de suspensión del tratamiento mediante análisis de regresión de Cox.

Resultados. Se eligieron puntos de corte anuales para establecer las funciones de supervivencia de las distintas terapias biológicas, según tabla 1:

Funciones de supervivencia del primer tratamiento con aTNF

Tiempo de corte	Infliximab (n = 157)*	Etanercept (n = 124)*	Adalimumab (n = 59)*
1 año	83% (74 - 88)	82% (74 - 88)	84% (71 - 92)
2 años	71% (64 - 78)	67% (56 - 75)	79% (64 - 88)
3 años	56% (47 - 63)	55% (43 - 66)	63% (37 - 80)

* Resultados expresados en % (IC 95%)

El resultado de la prueba de Log-Rank indicó que existen diferencias significativas entre las funciones de supervivencia de los tres fármacos estudiados ($p \leq 0,01$), manteniendo su significación tras ajuste por la regresión de Cox [infiximab: HR 1, etanercept: HR 1,53 (IC 95%: 1,00-2,33), adalimumab: HR 2,48 (IC 95%: 1,29-4,79)]. El sexo femenino y el tiempo de evolución de la enfermedad se relacionaron significativamente con una menor supervivencia al tratamiento. Los motivos de abandono de la terapia fueron: ineficacia (52,1%), toxicidad (35,2%), remisión (7,1%) y otros (5,6%).

Conclusiones. En nuestra casuística hemos encontrado diferencias significativas en las funciones de supervivencia de los distintos aTNF. Es posible que la supervivencia de estos fármacos esté influenciada por una creciente exigencia de control estrecho de la actividad de la enfermedad y la disponibilidad de un mayor número de alternativas terapéuticas.

[No existe conflicto de intereses con la Industria Farmacéutica en la elaboración de este estudio].

342

CARACTERÍSTICAS CLINICO-RADIOLOGICAS Y ESTADO FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA

Peña-Ayala*, J.C. Fernández-López**, N. Oreiro**, F. Galdo**, R. Espinosa-Morales* y F.J. Blanco**

*Servicio de Reumatología, Instituto Nacional de Rehabilitación, México, **Servicio de Reumatología del CH Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Introducción. La artrosis de rodilla representa una causa común de dolor y discapacidad en pacientes mayores de 50 años. Estas variables no van necesariamente relacionadas con el grado radiológico.

Objetivos. Conocer las características clínicas de un grupo de pacientes con artrosis de rodilla y su relación con los cambios radiológicos y el estado funcional.

Sujetos y métodos. Se captó un grupo de pacientes con diagnóstico de artrosis de rodilla de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Reumatología, seguidos en las consultas externas de un servicio de Reumatología. Se les realizó un cuestionario que incluyó variables epidemiológicas, exploración física, medidas antropométricas, estado funcional de las articulaciones afectadas y calidad de vida. El grado radiológico se valoró mediante la escala de Kellgren-Lawrence (K-L) en una radiografía anteroposterior y se analizó el predominio de la disminución del espacio articular, medial (M) o lateral (L), en la rodilla con mayor grado radiológico considerando ésta como la predominante. Se valoró la intensidad del dolor mediante una escala analógica visual (EVA) de 0 a 100 mm. La capacidad funcional se valoró mediante la escala de WOMAC, y la calidad de vida mediante HAQ-DI (0-1 discapacidad leve, 1-2 moderada, 2-3 severa). Para el análisis estadístico se utilizó chi cuadrado y el test de Mann-Whitney para variables descriptivas, y un modelo de regresión logística para identificar las variables que se asociaban de modo independiente a un mayor grado radiológico.

Resultados. Se analizaron 92 pacientes (73 M/19 H). La edad media al día de la consulta fue de 66,1 ± 10,2 años. Índice de masa corporal (IMC) = 31,5 ± 4,6. El dolor referido durante la semana previa al día de la consulta por EVA fue de 57,6 ± 25,3. Los pacientes tenían una media de WOMAC-total de 28,5 ± 17,9, WOMAC-dolor 5,8 ± 3,9, WOMAC-rigidez 1,7 ± 1,6, y WOMAC-función 21,0 ± 13,7. Grado radiológico: 33% grado II, 38,5% grado III y 25,6% grado IV. El compartimento más

afectado en la rodilla predominante fue el medial en 73,1% de los casos, lateral en 12,8% y un 14,1% sin predominio. La discapacidad es leve (Media = 0,45). Sólo un 10,9% de los pacientes presentaba discapacidad moderada o severa. En el análisis univariado se encontró asociación significativa entre la edad ($p = 0,06$), el IMC ($p = 0,026$), una mayor puntuación de WOMAC-dolor ($p = 0,017$), WOMAC-función ($p = 0,006$), WOMAC-total ($p < 0,001$) y el HAQ-DI ($p < 0,001$). Tras ajustar en un modelo de regresión logística se observa que las variables que se asocian de forma independiente a un grado radiológico IV son el IMC ($p = 0,046$) y la puntuación HAQ-DI ($p = 0,046$). Igualmente, una mayor puntuación de WOMAC-dolor, función y total se asocia con discapacidad leve a moderada medida por el HAQ-DI ($p = 0,011$, $p = 0,001$ y $p = 0,001$ respectivamente). No se encontró asociación entre grado radiológico, dolor o discapacidad y el predominio de la afección medial o lateral.

Conclusiones. Los pacientes con artrosis de rodilla mantienen niveles de dolor y discapacidad de leves a moderados. Encontramos una relación clara entre un mayor grado radiológico, un mayor IMC y peor calidad de vida, independientemente del compartimento afectado.

343

CONSULTA MULTIDISCIPLINARIA DE UVEITIS: EXPERIENCIA A LOS 11 MESES DESDE SU INICIO

R.M. Hortal Alonso, L. Martínez-Costa*, J.A. Román Ivorra, J.M. Senabre Gallego, E. Valls Pascual, L. Abad Franch, C. Alcañiz Escandell, J.J. Alegre Sancho, C. Chalmeta Verdejo, N. Fernández-Llanio Comella, J. Ivorra Cortés y S. Muñoz Gil *S. de Reumatología. S. de Oftalmología*. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.*

Objetivo. Analizar las características clínicas y los diagnósticos de los pacientes valorados en una consulta de uveitis (U) tras 10 meses desde su implantación.

Material y métodos. Estudio descriptivo de los pacientes con uveitis, valorados en una consulta monográfica y multidisciplinar, llevada a cabo por un oftalmólogo y un reumatólogo conjuntamente, en el periodo de febrero-2006 a enero-2007. A todos los pacientes se les realiza un estudio oftalmológico completo y solicitud de pruebas complementarias dirigida según el patrón de afectación. Se revisaron las historias clínicas y recogieron datos demográficos, clínicos, diagnóstico definitivo y tratamiento. Se excluyeron las uveitis infecciosas y los síndromes puramente oftalmológicos.

Resultados. De los 36 pacientes incluidos, 22 (61%) eran mujeres y 14 (39%) varones, con una edad media de 48 años (DE = 15,8 y rango = 24-75). Formas de presentación: U. anterior 24 (67%), U. intermedia 2 (5%), U. posterior 4 (11%) y panuveitis 6 (17%). Fue unilateral en 31 (86%) pacientes y bilateral en 5 (14%). En relación al curso evolutivo, encontramos 11 (31%) agudas no recidivantes, 21 (58%) agudas recidivantes y 4 (11%) crónicas. En 20 (56%) pacientes la uveitis fue idiopática y en 15 (42%) había patología reumatológica asociada: 10 (28%) espondiloartropatías, 2 (5%) Behçet, 1 artritis reumatoide, 1 S. Sjögren, 1 sarcoidosis. Otros diagnósticos: 1 escleritis múltiple probable y 1 u. por bifosfonatos. En 12 casos (33%), la uveitis llevó al diagnóstico de la patología reumatológica. Los tratamientos instaurados fueron tópicos en 15 (42%), corticoides orales en 12 (33%), salazopirina en 4 (11%), metotrexato en 3 y ciclosporina en 2. Precisaron infiltraciones subtenonianas con corticoides 9 pacientes.

Conclusiones. La uveitis más frecuente fue la anterior aguda unilateral recidivante. La patología reumatológica asociada con más frecuencia es la espondiloartropatía, y se llegó a un diagnóstico reumatológico "de novo" en un 33% de los pacientes. La consulta multidisciplinaria permite una mejor evaluación diagnóstico-terapéutica de la patología ocular inflamatoria.

344

SEGUIMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN REUMATOLOGÍA

A. Carbonell Jorda, M. Mínguez Vega, G. Panadero Tendero y P. Bernabeu Gonzalez *Hospital Clínico Universitario San Juan.*

Trabajo descriptivo retrospectivo de la consulta monográfica de enfermería en Osteoporosis

Objetivos. Mejorar la calidad del aparato locomotor.

Prevenir fracturas óseas, aumentar la adherencia terapéutica.

Establecer a la enfermera como educadora, en la unidad de reumatología.

Métodos. Seguimiento compartido entre el Reumatólogo y la Enfermera de manera protocolizada, en unas agendas monográficas; en las cuales se incluye educación sanitaria, screening o.p., manejo fármacos, y tolerancia terapéuticas.

Resultados. En 17 meses se han atendido a 656 pacientes, 138 1ª visitas y 518 revisiones lo que supone el 15% de la actividad total de la consulta de Enfermería.

Conclusiones. Se consolida la imagen de enfermera educadora-consultora en la consulta monográfica.

Aumenta la información de esta patología en los pacientes, mejorando sus autocuidados y consiguiendo una mayor eficacia y rentabilidad de los tratamientos.

345

EN INFECCIÓN POR MYCOBACTERIUM AURUM PACIENTE CON INFILIXIMAB

P. León, M. LLanes, I. Macías, J.J. Pérez y S. García *Hospital Puerta del Mar, Cádiz.*

Introducción. El tratamiento con anti-TNF se ha asociado con un aumento de riesgo de infección por M. Tuberculosis. La realización sistemática de Mantoux y Rx de tórax, así como la quimioprofilaxis, ha hecho que disminuya la incidencia de infección. Presentamos un caso de infección por M. aurum en un paciente con panuveitis y E. Behçet tratado con Infiliximab.

Caso clínico. Paciente de 24 años diagnosticado de E. Behçet desde el año 2004 con afectación ocular en forma de panuveitis bilateral. Había realizado tratamiento con corticoides de forma continuada a dosis media/alta, metotrexate y ciclosporina, persistiendo actividad clínico/biológica de su enfermedad, por lo que se decide el inicio de terapia con anti-TNF: Infiliximab de forma compasiva. El paciente presentaba Mantoux negativo y tórax normal.

Quince días después de la segunda infusión el paciente acude con fiebre, malestar general y náuseas con vómitos, sin otra sintomatología a otro nivel. En la exploración destacó una auscultación con crepitantes en ambos hemitórax. En una Rx simple y TAC de tórax se observó un infiltrado bilateral de morfología nodular a nivel del LSI. Se tomaron muestras para cultivo de sangre, esputo y lavado bronquioalveolar que fueron negativos. El resto de pruebas complementarias (ecocardiografía, ecografía abdominal, estudio de autoinmunidad) fueron normales. Ante la sospecha de etiología

infecciosa del cuadro se trató con ATB y antifúngicos con mejoría clínica y radiológica del paciente.

10 días tras el alta el paciente ingresó de nuevo por un cuadro de fiebre alta, tos seca, malestar general sin otra sintomatología, impresionando de gravedad. Nueva radiografía de tórax puso de manifiesto el infiltrado pulmonar anterior y en el TAC focos nodulares e infiltrados parenquimatosos múltiples, algunos de ellos cavitados y adenopatías hiliares y mediastínicas. Se realizó fibrobroncoscopia y biopsia transbronquial con BAL, BAS y CTO, PAAF con baciloscopia, cultivo y cultivo de micobacterias. Estudio de orina con Ag neumococo, Ag legionella y baciloscopia. Cultivo de Sangre y serología atípicas y baciloscopia y cultivo micobacterias en heces. El cultivo de la biopsia transbronquial fue positivo para *M. aurum*. Se inició tratamiento con levofloxacino, claritromicina y rifampicina con mejoría clínica y desaparición de las lesiones radiológicas.

Conclusión. La mayor parte de infecciones por micobacterias, en el contexto de tratamiento con anti-TNF son causadas por *M. Tuberculosis*. No hemos encontrado en la literatura (Medline 1966-2007) ningún caso de infección pulmonar por *M. aurum* en humanos. La persistencia de infecciones pulmonares en relación con la administración de infliximab obliga a la búsqueda de patógenos poco frecuentes.

346

ISQUEMIA ARTERIAL SEVERA AGUDA POR ENFERMEDAD DEL SUERO TRAS RITUXIMAB EN ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO

M. Mayor, A. García, P. Vela, E. Batlle y E. Pascual
Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. El Rituximab (Ac. monoclonal anti-CD20) está siendo utilizado en reumatología en el tratamiento de conectivopatías y artritis reumatoide.

Presentamos un caso de complicación grave tras Rituximab.

Caso clínico. Mujer de 27 años diagnosticada de enfermedad mixta del tejido conectivo a los 16 años por: fenómeno de raynaud, telangiectasias, xeroftalmia y xerostomia (biopsia glándula salivar menor compatible con sd Sjögren), ANA (+), anti-Ro (+), anti-RNP (+) y FR (+). Ante el síndrome seco severo y fenómeno de Raynaud se decide iniciar tratamiento con bosentan y Rituximab. Se administra una primera dosis de Rituximab en agosto 2006, presentando nueve días después fiebre (38,5°C), poliartritis, aumento de reactantes de fase aguda y consumo de complemento, compatible con enfermedad del suero. Secundariamente presenta exacerbación severa del fenómeno de raynaud con isquemia arterial grave distal en manos y pies e hipertensión pulmonar (PAP 40 mmHg). Se inicia tratamiento con corticoides, anticoagulación, aumento de calcio-antagonista e Iloprost, Sildenafil y Ciclofosfamida. Desaparece la fiebre y la poliartritis, normalizándose los reactantes de fase aguda y el complemento. Al alta hospitalaria, la PAP es normal, el fenómeno de Raynaud es estable y se delimitan zonas de necrosis distal en 1º y 2º dedo pie derecho.

Discusión. La enfermedad del suero como complicación al tratamiento con Rituximab ha sido previamente descrita en pacientes oncológicos y hematológicos.

El fenómeno de raynaud severo basal de nuestro caso es sin duda el responsable de la complicación isquémica grave, situación que no ha sido comunicada hasta la fecha.

El caso que se presenta recibió premedicación exclusivamente con paracetamol y dexclorfeniramina; es posible que el tratamiento previo con corticoides hubiera evitado el desarrollo de la enferme-

dad del suero. No obstante, creemos de gran interés conocer la complicación isquémica grave secundaria, que puede ocurrir en pacientes con raynaud como nuestro caso.

347

SEGURIDAD DE LA INFUSIÓN IV CON RITUXIMAB

D. Blanes Zanon, T. Hernández Sanchez, M.A. Pacheco Martínez e I. Ibero Díaz
Hospital General de Elda. Alicante.

Antecedentes. El Rituximab es un anticuerpo monoclonal anti CD20 de uso reciente en el hospital de día de Reumatología. Previamente se ha utilizado ampliamente en patología linfoproliferativa. Se han descrito efectos adversos graves, incluso fallecimiento, con la infusión del fármaco en dichos pacientes.

Objetivo. El objetivo es comprobar la seguridad de la infusión del fármaco en los pacientes reumatológicos y analizar los efectos adversos que se produce.

Pacientes y métodos. Se revisan todos los tratamientos con Rituximab puestos en el Hospital de Día de Reumatología durante el periodo que va de Marzo del 2006 a Enero del 2007. Se han administrado 19 infusiones a un total de 8 pacientes (7 mujeres y un varón). Los diagnósticos de dichos pacientes fueron: Artritis reumatoide (6), Lupus Eritematoso Sistémico (1) y Síndrome de Sjögren primario (1). Se realizó un protocolo para la administración del fármaco que incluye premedicación con analgésicos, antihistamínicos y esteroides. el ritmo de infusión se aumentó de forma progresiva siempre que se mantuvieran estables las constantes (Tª, FC, TA). Se elaboró un protocolo de seguimiento que registraba el diagnóstico del paciente, la fecha de diagnóstico, los tratamientos previos modificadores de enfermedad (DMARD's) recibidos, otros tratamientos biológicos fracasados y la causa de su suspensión, los problemas clínicamente relevantes presentados durante la infusión y los efectos adversos posteriores tanto precoces como tardíos.

Resultados. Hasta ahora no se ha detectado ninguna reacción infusional clínicamente relevante. no han existido reacciones adversas postinfusionales precoces ni tardías. Durante la infusión un paciente tuvo una hipotensión no sintomática (TAS 90 mm Hg) que se solucionó disminuyendo el ritmo de infusión durante media hora. Un paciente, en su cuarta dosis, tuvo mareo y náuseas sin hipotensión ni sudoración. Otro paciente a los 45 minutos de infusión tuvo picor en ojos y garganta sin prurito generalizado, ni disnea, ni desaturación.

Conclusiones. Según nuestros resultados obtenidos en condiciones reales fuera del contexto de un estudio clínico, el Rituximab es un fármaco seguro de administrar en Hospital de Día por personal entrenado.

348

SEGURIDAD DE LA TERAPIA BIOLÓGICA COMBINADA CON LEFLUNOMIDA EN POLIARTRITIS CRÓNICAS

J.M. Senabre Gallego, J.J. Alegre Sancho, N. Fernández-Llanio, R. Hortal Alonso, J. Ivorra Cortés, S. Muñoz Gil, J.A. Román Ivorra, E. Valls Pascual, L. Abad Franch, C. Alcañiz Escandell y C. Chalmeta Verdejo
H. Dr. Peset (Valencia).

Introducción. La terapia biológica se utiliza con frecuencia en combinación con metotrexato (MTX) en pacientes con artritis

crónicas. La leflunomida (LFN), un inhibidor de la síntesis de novo de pirimidinas, sigue siendo un fármaco de segunda elección en la práctica clínica diaria.

Objetivo. Describir la seguridad a largo plazo de la combinación de terapia biológica (infiximab (INF), etanercept (ETN), adalimumab (ADA) y rituximab (RIT)) con LFN en pacientes con artritis crónica.

Material y método. Se han revisado las historias clínicas de 22 pacientes (3 varones y 19 mujeres) con artritis reumatoide y una mujer con artritis psoriásica que han recibido tratamiento biológico en combinación con LFN durante los últimos cuatro años (8 ETN+LFN, 5 ADA+LFN, 3 INF+LFN, 3 ADA+MTX+LFN, 2 RIT+LFN, 1 INF+MTX+LFN, 1 INF+LFN+sulfasalacina). Se han recogido datos del número y tipo de acontecimientos adversos ocurridos durante el tratamiento.

Resultados. La dosis de mantenimiento de LFN fue de 20 mg/día en 18 (85,7%) de los pacientes y de 10 mg en 3 (14,3%). Durante el tratamiento el 90% de los pacientes (5 INF (100%), 8 ADA (100%), 4 ETN (80%) y 1 RIT (50%)) presentaron algún acontecimiento adverso (Tabla), fundamentalmente reacciones cutáneas (prurito, urticaria y eritema) (RC), infecciones respiratorias de vías superiores (IRVS) e hipertensión arterial (HTA). También se ha observado cefalea (2), infecciones del tracto urinario (ITU) (2), herpes zoster (HZ) (2), gastroenteritis (1), vértigo periférico (1) y cólico nefrítico (1). No se han observado acontecimientos adversos graves ni alteraciones hepáticas o hematológicas. En la combinación de rituximab y leflunomida, de la que hay poca experiencia, hemos observado un caso de hipertensión arterial.

Acontecimientos adversos

	Nº pac. (% de nº total)	Nº pac. con BIO (% de nº total con BIO)
RC	6 (30%)	4 ADA (50%) 2 INF (40%)
IRVS	5 (25%)	2 INF (40%) 3 ADA (37,5%) 1 RIT (50%) 1 ETN (20%)
HTA	4 (20%)	1 INF (20%) 1 ADA (12,5%)
Cefalea	2 (10%)	1 ETN (20%) 1 INF (20%)
ITU	2 (10%)	1 INF (20%) 1 ADA (12,5%)
H. zoster	2 (10%)	1 INF (20%) 1 ADA (12,5%)

Conclusiones. Los acontecimientos adversos aparecidos con terapia biológica y leflunomida son similares a los observados habitualmente con tratamientos biológicos, a excepción de la hipertensión arterial que se atribuye a la leflunomida.

349

EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDE CON AGENTES INHIBIDORES DEL TNF EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE VALME

M.L. Velloso Feijoo, C. Pastor Mañosa, S. Rodríguez Montero, C. Escudero González, A. Fernández*, L. Mayordomo González, E. Rejón Gieb y J.L. Marencio de la Fuente
*Sección de Reumatología. *Unidad de Investigación. H. U. De Valme. Sevilla.*

Introducción. Los agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF) han mejorado considerablemente el curso y pronóstico de los pacientes con Artritis Reumatoide (AR) pasando a formar parte de la práctica clínica diaria.

El objetivo de este estudio es describir la experiencia de nuestro servicio con estos fármacos.

Pacientes y método. Revisamos los pacientes de nuestro servicio con AR que han iniciado tratamiento con anti-TNF en los últi-

mos 10 años (n = 85), y realizamos un estudio estadístico descriptivo.

Resultados. El 68,2% de la muestra son mujeres. La edad 14,70. El \pm 12,79, con una edad media al diagnóstico de 44,62 \pm media es de 53,94 77,4% son factor reumatoide positivo; un 60% tienen erosiones; 7 (8,2%) tienen nódulos reumatoides; 5 tienen síndrome seco (5,9%); 2 (2,4%) tienen neumopatía intersticial; y 1 (1,2%) vasculitis. La media del DAS 28 al inicio es 5,82 \pm 1,17.

17 pacientes (20%) reciben Infiximab, 39 (45,9%) Etanercept y 29 (34,1%) Adalimumab. El 22,4% ha precisado cambio de anti-TNF, por ineficacia.

La mediana del número de articulaciones dolorosas es 2 (0-5), inflamadas 0 (0-2), VSG 12 (7-20,50) y PCR 3 (1,25-7). La VGP media es 35,24 \pm 0,842. \pm 21,268; la media del HAQ es 0,981. En el momento de evaluación la mediana del DAS28 es 3,06 (2,28-4,03)

El 82,4% de los pacientes alcanzaron una respuesta satisfactoria en base a una mejoría del DAS28 >1,2 y un 12,9% está en remisión completa con DAS 28 <1,6.

8 pacientes han podido reducir la dosis, en concreto 6 de los que realizan tratamiento con etanercept, y 2 de los que reciben adalimumab.

Con respecto a las complicaciones, precisaron prótesis el 6% de los pacientes; tan sólo 2 pacientes desarrollaron una infección grave que precisó ingreso, en concreto una artritis séptica y una neumonía.

Conclusión. Observamos que el tratamiento de la AR con anti-TNF, es eficaz y seguro en pacientes con enfermedad agresiva; y permite en algunos casos reducir la dosis manteniendo sus efectos. Otro fenómeno a tener en cuenta es la pérdida de eficacia que obliga a cambiar de anti-TNF. Habrá que realizar nuevos estudios para analizar estos dos temas.

350

EVALUACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS EN DIVERSAS PATOLOGÍAS TRATADAS CON CICLOFOSFAMIDA IV

M.L. Velloso, C. Escudero, C. Pastor, S. Rodríguez, C. Almeida*, L. Mayordomo, E. Rejón y J.L. Marencio

*Sección de Reumatología. *Unidad de Investigación/estadística. H. U. De Valme. Sevilla*

Introducción. La ciclofosfamida iv está considerada como un fármaco con alta toxicidad, sin embargo en nuestra experiencia apenas hemos observado efectos adversos de importancia, lo que nos ha llevado a realizar una revisión de los pacientes tratados con este fármaco.

Pacientes y método. Revisamos 19 pacientes tratados con ciclofosfamida IV en nuestro servicio por diversas patologías, y analizamos datos demográficos, tratamiento concomitante, respuesta al tratamiento y efectos secundarios. Realizamos un estudio estadístico descriptivo.

Resultados. La edad media de los pacientes es 37,94. El 63,2% de la muestra son mujeres. Las patologías que se trataron fueron neumopatía intersticial en AR y DM (10,5%), Wegener con afectación pulmonar y vasculitis (21,1%), LES con afectación cutánea severa, nefritis o neumopatía (36,8%), neumopatía por esclerodermia (15,8%) y PAN cutánea (15,8%). La mediana de leucocitos al inicio fue de 7600 (5000-10200). 2815. Los pacientes \pm y con el tratamiento se mantuvieron en una media de 6936 3,7 bolos de ciclofosfamida. 36,8% recibían algún \pm recibieron una media de 8,63 otro fármaco de forma concomitante (cloroquina, D-

Penicilamina, cotrimoxazol, infliximab o rituximab). Tan solo en el 15,8% se observó una disminución de los leucocitos por debajo de 3000. Se obtuvo una respuesta satisfactoria en el 89,5% del total de los casos; y aparecieron efectos secundarios en 8 de los 18 pacientes (47,4%), la mayoría de carácter leve (gastroenteritis aguda, infecciones por virus herpes simple, infección por virus herpes zoster, tenosinovitis por *S. Aureus*, infecciones de vías respiratorias altas, ITU y urticaria).

Conclusiones. La ciclofosfamida, a pesar de estar considerada de alta toxicidad, en nuestra experiencia no hemos encontrado una alta tasa de efectos adversos, y en la mayoría se trata de efectos adversos de carácter leve.

351

NEOPLASIAS EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA

S. Castro, D. Taverner, E. Docampo, J. Calvet, A. Pros, P. Benito y J. Carbonell

Servicio de Reumatología. Hospitales del mar y Hospital de la Esperanza, IMAS. Barcelona.

Introducción. Los procesos neoplásicos pueden dar lugar, a numerosas manifestaciones a nivel del aparato músculo esquelético, lo que motiva la consulta reumatológica. La sintomatología reumática puede ser la primera manifestación de una neoplasia oculta, consecuencia de su afectación local, infiltración metastásica o secundaria a síndrome paraneoplásico.

Objetivo. Caracterizar, clínica y analíticamente, a aquellos pacientes que durante el ingreso en Servicio de reumatología fueron diagnosticados de enfermedad neoplásica, describiendo el tipo de neoplasia más frecuente y la existencia de afectación metastásica en el momento del diagnóstico.

Material y métodos. Estudio retrospectivo realizado mediante la revisión del Archivo general del Hospital del Mar de Barcelona, de las historias clínicas de los pacientes ingresados en Reumatología desde Enero de 2002 hasta diciembre 2006, seleccionando aquellos que fueron diagnosticados de patología neoplásica, durante su ingreso. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, síntoma principal que motivó ingreso, presencia de marcadores tumorales positivos, presencia de anemia definida como hemoglobina (Hb) < 12 (leve: Hb 10-12, moderada: Hb 8-10, severa: Hb < 7), localización del tumor, existencia de metástasis y la utilización de biopsia ósea como diagnóstico anatómo-patológico.

Resultados. Se incluyeron 25 pacientes (15 hombres y 10 mujeres) con edad media de 70,1 ± 2,3 años. En 7 casos, el síntoma guía fue lumbalgia inflamatoria (28%) y en 5 la existencia de clínica en EEII -1 coxalgia, 2 cruralgias, 2 casos de dolor localizado en sacroiliacas- (20%). Tanto el síndrome tóxico como la dorsalgia inflamatoria motivaron el ingreso en 4 de los casos, respectivamente (16%). Otras causas como dolor cervical, vasculitis cutánea, trombosis venosa profunda y parestesias en EEII aparecieron en un único paciente. En la evaluación de los parámetros analíticos se objetivó un aumento de reactantes de fase aguda en un 84% de los pacientes (68% aumento de VSG y PCR), y la presencia de anemia en un 56% de éstos, siendo la cifra de Hb > 8 en 92,9%. En cuanto al análisis de marcadores tumorales, resultaron positivos en un 66% de los casos, siendo el aumento de CEA, el más común con un 32%. Se diagnosticaron 9 neoplasias pulmonares (36%), 4 procesos mielo/linfoproliferativos (16%), 3 tumores ginecológicos (12%), 3 mielomas múltiples (12%), 2 neoplasias urológicas (8%), y 2 carcinomas pobre-

mente diferenciados (8%). La biopsia ósea fue realizada en 9 de los casos (36%), siendo diagnóstica en 7 de ellos, con una rentabilidad del 77%.

Se encontró enfermedad metastásica ósea en 72,2% de los tumores sólidos.

Síntomas guía que motivaron el ingreso

Síntoma guía	Frecuencia	Porcentaje
Lumbalgia inflamatoria	7/25	28%
Clínica en EEII	5/25	20%
Síndrome tóxico	4/25	16%
Dorsalgia inflamatoria	4/25	16%
Cervicalgia inflamatoria	1/25	4%
Otros	4/25	16%

Conclusiones. El 28% de los pacientes que fueron diagnosticados de enfermedad tumoral, durante el ingreso en una unidad de Reumatología, consultaron por lumbalgia inflamatoria. De los pacientes con patología tumoral, la neoplasia de origen pulmonar fue el diagnóstico más frecuente. Un 72% de los tumores sólidos diagnosticados presentaban metástasis óseas en momento del diagnóstico.

352

VALORACIÓN GRADO DE SATISFACCIÓN DEL TRATAMIENTO CONDROPROTECTOR EN PACIENTES CON ARTROSIS NODAL.

J.J. Lerma Garrido, M.A. Belmonte Serrano y J. Beltrán Fabregat

Sección de Reumatología. Hospital General de Castellón.

Objetivo. Determinar el grado de satisfacción que presentan los pacientes diagnosticados de artrosis nodal y tratados con fármacos condroprotectores.

Método. Se estudian 100 pacientes que de forma consecutiva acuden a las consultas externas de reumatología del hospital y que son diagnosticados de artrosis nodal. El grupo 1 (G1) corresponde a 50 pacientes que son tratados con fármacos condroprotectores (sulfato de glucosamina 1500 mg/día; condroitin sulfato 800 mg/día o diacerina 100 mg/día) junto a antiinflamatorios no esteroideos a demanda (diclofenaco 150 mg/día junto a misoprostol). El grupo 2 (G2) de 50 pacientes es tratado únicamente con el mismo tratamiento antiinflamatorio a demanda y con las mismas dosis/día. A ambos grupos se les recomienda la realización de una terapéutica rehabilitadora básica consistente en baños con agua caliente y Panreumol® y ejercicios de flexo-extensión de las articulaciones interfalángicas proximales y distales mediante una pelota de gomaespuma durante 15 minutos al día. Se les comenta que expliquen su dolor a través de una escala análoga visual (0-100 mm) y su rigidez matutina de manos mediante una escala verbal cuantitativa (nada, poca, regular o mucha), antes de empezar el tratamiento y a los 3 meses de terapéutica.

Resultados. 72 mujeres y 28 hombres. Situación basal: G1; EVA 7,4 y el 67% presentan una rigidez matutina comentada como regular/mucha. G2; EVA 7,2 y el 62% presentan regular/mucha rigidez. A los 3 meses de tratamiento: G1; EVA 2,5 y el 21% presentan rigidez en grado regular/mucha. G2; 5,4 y el 45% presentan regular/mucha rigidez. De forma global, el 77% de pacientes con tratamiento condroprotector están satisfechos con la terapéutica recibida frente al 45% del grupo tratado sólo con AINES.

Conclusiones. La introducción del tratamiento condroprotector en pacientes diagnosticados de artrosis nodal mejora la percep-

ción del dolor y la rigidez articular de predominio matutino. Esta mejoría empieza a ser más evidente para el paciente a partir de la sexta semana de tratamiento continuo. El grado de satisfacción alcanzado a los 3 meses de iniciado el tratamiento es notable.

353

PARACETAMOL, METAMIZOL Y KETOROLACO INTRAVENOSOS EN REAGUDIZACIONES DE DOLOR ARTICULAR EN ANCIANOS TRATADOS CON BUPRENORFINA TRANSDERMICA.

F.J. Pascual, M.R. Bosca*, S. Fons, A. Mancheño, J. Ferrando y S. Martín

Fundación Instituto Valenciano de Oncología (IVO). Valencia. Valencia.
*Hospital Francesc de Borja. Gandía. Valencia

Objetivos. Pretendíamos valorar la eficacia analgésica y tolerancia del paracetamol intravenoso (iv) frente a metamizol y ketorolaco iv en reagudizaciones del dolor articular en ancianos con artrosis de cadera (14) y rodilla (9) y tratados con buprenorfina transdermica.

Metodología. Se trata de un estudio descriptivo y prospectivo realizado entre en 2003-04 con 23 ancianos (18 mujeres) hospitalizados por otras patologías: control hipertensión arterial (5), descompensación diabetes mellitus (4), obstrucción crónica al flujo aéreo (4), insuficiencia cardiaca (5), íleo (3) e ictus (2). Se valoró el dolor mediante una escala verbal (sin dolor, dolor moderado y dolor severo) y la escala visual analgésica (EVA) de 0 a 10, al aviso de dolor y a los 15, 30 y 60 minutos de la administración de 1 gramo de paracetamol iv., 2 gramos de metamizol iv. o 30 mg de ketorolaco iv.

Resultados. El control del dolor se produjo de forma adecuada entre 15 y 20 minutos tras la administración de los fármacos (rango de 10 a 45'). En 7 pacientes (3 tras metamizol y 4 tras ketorolaco) hubo de administrarse una dosis de paracetamol a los 60 minutos por persistencia de dolor de intensidad moderada-severa. Como efectos secundarios aparecieron, hipotensión (3 con metamizol y 3 con ketorolaco), náuseas (3 con metamizol y 1 con paracetamol), dolor a la infusión (uno con cada fármaco), mareos (uno con metamizol y uno con ketorolaco) y vómitos (1 con ketorolaco).

Conclusiones. El paracetamol es un analgésico que a las dosis y en las situaciones utilizadas y con los datos recogidos nos muestra que es bien tolerado, útil, de fácil administración y seguro en ancianos tratados con buprenorfina y que presentan reagudizaciones de dolor artrosico.

354

SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS – AN ANALYSIS OF A POPULATION OF THE INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

F. Barcelos, C. Silva, L. Miranda, S. Cortes, R. Figueiredo, M. Sousa, D. Medeiros, C. Miguel, J. Vaz Pato y A. Teixeira
Instituto Português de Reumatologia.

Introduction. Among the rheumatic systemic diseases, Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is distinguished by the complexity of its clinical expression, which spans most medical areas, specially the musculoskeletal system, skin, blood, kidneys, nervous system and cardiopulmonary system. We aim to describe a group of patients with SLE, followed at our clinic, regarding clinical and immunologic manifestations and complications of the disease.

Material and methods. We included 156 patients diagnosed with SLE according to the American College of Rheumatology criteria. We examined clinical files retrospectively, and registered clinical and laboratory features and the presence of damage (SLICC score) or death.

Results. Of the 156 patients, 96,8% (151 patients) were women, and mostly were caucasians (95,8%). Average age at diagnosis was 39,2 years \pm 14,6 (8-76), and the average follow-up in our consultation was 6,6 years \pm 6,0 (0-25). Mucocutaneous involvement occurred in 91,7%, consisting in malar rash in 46,8%, discoid in 12,2%, photosensitivity in 67,3%, oral ulcers in 52,6%, vasculitis in 12,8%, Raynaud's phenomenon in 42,3%. Arthritis occurred in 85,3%, myositis in 5,8%, avascular necrosis in 3,4%, serositis in 11,5% and pneumonitis in 5,5%. Renal involvement occurred in 49 patients (31,4%): proteinuria (25,7%), cylindruria (2,1%), nephrotic syndrome (2,7%), non-terminal renal failure (6,6%), and hematuria (9,6%); of the patients with renal involvement, only 10 (20,4%) performed renal biopsy, revealing lupus nephritis in 9 cases. Neurological involvement occurred in 26 patients (16,7%): convulsions (2,7%), psychosis (2,1%), peripheral neuropathy (4,1%), cranial neuropathy (4,8%), transverse myelitis (1,4%) and migraine (7,5%). Haematological alterations occurred in 98 patients (67,1%): haemolytic anaemia (2,6%), leucopenia (46,2%), lymphopenia (58,2%), and thrombopenia (15,4%). Anti-Phospholipid Syndrome was present in 14,4% of patients, anticardiolipin IgG antibodies in 35,1%, IgM in 34,2%, and lupus anticoagulants in 31,3%. Venous or arterial thrombosis occurred in 16,2% and 3,7%, respectively, and cerebrovascular events in 7,3%. With respect to immunology, the antinuclear antibodies were detected in 98,7% of patients, anti-DNA in 56,2%, anti-SSA in 40,9%, anti-SSB in 16,1%, anti-RNP in 16,8%, and anti-Sm in 13,0%. Damage occurred in 33,1% of patients, with an average SLICC score of 1,94 (1-5) and only 10 patients (21,3%) with a score greater to or equal to 3. In 14 patients the SLICC was not calculable, and 95 did not suffer damage. Three patients died (2,1%), due to cerebrovascular disease (2), and intestinal cancer (1).

Conclusions. Our SLE population had a greater-than-expected prevalence of the female gender, which we can not fully clarify, but that might represent a particularity of the Portuguese population, together with referral biases. Mucocutaneous and musculoskeletal manifestations were the most frequent, but renal involvement was also important, although cases of nephrotic syndrome or renal failure were few. In general, severe manifestations of SLE were infrequent and, in most patients, accumulated damage was null or low, as indicated by the SLICC score.

355

SÍNDROME ANTISINTETASA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

P. Moreno Gil, M.A. Abad Hernández y M. Torresano Andrés
Unidad de Reumatología Hospital Virgen del Puerto. Plasencia, Cáceres.

Introducción. Los anticuerpos (AC) anti-aminoacil-tRNA sintetasa (AtrRNA), son anticuerpos específicos de miositis, que definen a un subgrupo de pacientes con unas características clínicas comunes, conocidas como síndrome antisintetasa: fiebre, artritis, miositis, fenómeno de Raynaud, polimiositis y manos de mecánico. El AtrRNA más frecuente es el anti-Jo1 (anti-histidil tRNA sintetasa), pero se han descrito al menos 6 anticuerpos diferentes.

Objetivo. Describir las características clínicas de los pacientes con AC AtRNA, vistos en un hospital comarcal en los últimos 5 años.

Método. Revisión retrospectiva de las historias clínicas de 5 pacientes con AC AtRNA, para describir sus características clínicas y analíticas.

Resultados. Se trata de 4 mujeres y un varón, con un rango de edad entre 34 y 60 años. El 80%(4/5) presentan afectación pulmonar diagnosticada por TACAR (aunque ninguno de ellos presentaba sintomatología respiratoria, siendo la afectación pulmonar intersticial leve y de localización periférica), poliartritis no erosiva y miopatía con aumento de enzimas musculares. El 60% (3/5) presenta fenómeno de Raynaud. Solo un paciente presentó fiebre y manos de mecánico. La sintomatología inicial fue en tres de los casos debilidad muscular con aumento de enzimas musculares asociada en uno de ellos a poliartritis no erosiva y en otro a fiebre; el fenómeno de Raynaud fue la manifestación inicial en los otros dos casos. El 100% tenía AC antinucleares y el 60% AC anti-Ro. Cuatro de los cinco pacientes tenían AC anti-Jo1 y un caso AC anti-PL7. Se realizó biopsia muscular en cuatro de ellos siendo los hallazgos compatibles con miopatía inflamatoria en tres. La paciente con anti-PL7 no presentó cambios inflamatorios en la biopsia muscular.

Conclusiones. Los pacientes de nuestra serie presentan todas las características clínicas descritas en el síndrome antisintetasa. No obstante el porcentaje de dichas características puede variar en cada caso particular. La forma más común de presentación es la miositis y el fenómeno de Raynaud. El 80% de nuestros pacientes presenta afectación pulmonar subclínica.

356

RADIOSINOVECTOMÍA CON YTRIO-90 Y SULFURO DE RENIO-186 EN LA ARTROPATÍA HEMOFÍLICA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO

P. Cejas, M. Lisbona, J. Ramírez, J.B. Povedano y A. García
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción. La hemofilia es una enfermedad hereditaria ligada al sexo, consistente en el déficit de factores de la coagulación, el Factor VIII en la hemofilia A y el factor IX en el caso de la hemofilia B. La manifestación músculo-esquelética más frecuente en los pacientes hemofílicos es la hemorragia intrarticular (hemartros), y uno de los condicionantes fundamentales a medio y largo plazo de la calidad de vida de estos pacientes. Los hemartros de repetición conducen a una sinovitis crónica, favorecedora de nuevos sangrados que pueden determinar, con el tiempo, el desarrollo de una artropatía progresiva e invalidante. La sinovec-

tomía mediante la inyección intrarticular de radioisótopos o sinoviortesis parece ser un tratamiento eficaz y seguro para evitar la progresión de la artropatía hemofílica.

Método. Analizamos de forma retrospectiva los resultados de 45 sinovectomías radiactivas realizadas según procedimientos recomendados (37 con Ytrio_90 y 8 con Renio_186) en una cohorte de 38 pacientes (pac) procedentes de la Unidad de Hemofilia del Hospital Universitario "Virgen del Rocío" con diferentes grados de artropatía (Estadio radiológico 1: 10 pac - Estadio radiológico 2: 20 pac - Estadio radiológico 3: 7 pac - Estadio radiológico 4: 5 pac) y su evolución respecto al número de hemartros tras un periodo de seguimiento de tres meses y un año.

Resultados. La media de hemartros mensuales en los tres meses previos a la sinoviortesis era de 4,3 (2-6), consiguiéndose una mejoría del 80% tras la intervención. Los resultados post-sinovectomía se resumen en la tabla adjunta:

Sangrados mensuales últimos tres meses	4,3 (2-6)
Media de hemartros mensuales tres meses después	0,86 (0-3)
Media hemartros mensuales con Ytrio	1,08
Media hemartros mensuales con Renio	0,64
Número de hemartros mensuales un año después	0,99

Comparando estadio por estadio no se encontraron diferencias entre ambos radioisótopos.

El mayor porcentaje de articulaciones con grado de artropatía más avanzada (estadios 3 y 4), se encontraba en las sinovectomías realizadas con Ytrio.

Durante el periodo de seguimiento, se produjeron 17 sinovitis post-sinovectomía en la primera semana, todas ellas resueltas con artrocentesis e infiltración esteroidea. No se recogió ningún otro efecto adverso.

Conclusiones. La sinoviortesis reduce de forma importante la aparición de hemartros, evitando así la progresión de la artropatía hemofílica.

La diferencia en los resultados del grupo de Ytrio, que parecen ser peores respecto al Renio, se pueden atribuir a que en este grupo había más articulaciones en estadio 4, con lo cual cabe esperar una menor mejoría.

A la vista de los resultados, aunque el número de pacientes es pequeño, y en base a otros estudios publicados, la radiosinoviortesis: *a)* constituye un tratamiento efectivo y seguro para la sinovitis hemofílica crónica, *b)* es una técnica muy poco invasora, lo que permite una mejor preservación del rango de movilidad, *c)* no precisa hospitalización y requiere cobertura mínima con factor de coagulación, *d)* en términos económicos supone un importante ahorro al reducir el consumo de factor (en nuestro hospital ha supuesto el ahorro de un 8% en factor en un año, equivalente a 474.276 Euros de ahorro en un año a pesar de aumentar el número de pacientes atendidos).