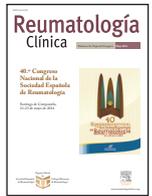




Reumatología clínica

www.reumatologiaclinica.org



PÓSTERS EXHIBIDOS

40.º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Santiago de Compostela, 21-23 de mayo de 2014

1.ª Sesión

Miércoles, 21 de mayo de 2014

1. SÍNDROMES REUMÁTICOS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN TUMOR NO CONOCIDO

M.A. Ramírez Huaranga, R. Arenal López, J. Anino Fernández, A. Ariza Hernández, J.L. Cuadra Díaz, M.D. Mínguez Sánchez, M. Paulino Huertas, E. Revuelta Evrard, V. Salas Manzanedo y A. Sánchez Trenado

Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real.

Introducción: Una gran variedad de manifestaciones reumáticas han sido asociadas con las neoplasias. Las manifestaciones musculoesqueléticas se pueden deber a invasión tumoral directa de los huesos, articulaciones y tejidos blandos pero también pueden aparecer por efecto a distancia del tumor, mediados por factores humorales (síndromes paraneoplásicos). Por lo que las manifestaciones van a depender del órgano comprometido, de las hormonas o péptidos sintetizados por estos, de su asociación con algunas enfermedades del tejido conectivo y aún de su tipo histológico.

Objetivos: Describir las diferentes características de los pacientes ingresados por un cuadro reumático como forma de presentación de un tumor oculto atendidos en el Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR).

Métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes ingresados en el servicio de Reumatología del HGUCR durante el periodo enero 2007- mayo 2013, obteniendo un total de 500 pacientes. Posteriormente se procedió a la revisión de los informes clínicos para la obtención de los datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, imagenológicos, histológicos, tratamientos recibidos así como la situación actual de dichos pacientes. Con la información obtenida se generó una base de datos en Excel 2007 y el posterior análisis estadístico y de frecuencias mediante el programa STATA.

Resultados: Obtuvimos un total de 28 pacientes; de ellos un 53,57% (15/28) ingresó para estudio y tratamiento de dolor axial, siendo el 50% de características mixtas. En cuanto a las pruebas de imágenes, la radiografía mostró ser una prueba básica para detectar lesiones sugestivas de malignidad. La gammagrafía ósea fue patológica en un 72,22% (13/18), la tomografía en un 91,3% (21/23), resonancia magnética en un 93,75% (15/16) y el PET-TAC en un 83,33% (5/6). Se determinó el foco primario en un 82,14% (23/28); 5 mieloma múltiple,

4 neoplasias de pulmón, 3 de mama, 3 de colon, 3 de próstata entre otros.

Conclusiones: El espectro de síndromes reumáticos asociados con procesos neoplásico comprende más de 30 entidades; un grupo importante lo constituye los originados por lesiones óseas de tipo metastásico. Los factores de riesgo más asociados son la edad, la presencia de antecedentes oncológicos y la presencia de hábitos o fármacos nocivos. En nuestra serie el dolor lumbar de origen metastásico fue la etiología más frecuente. Dado que esta es una sintomatología muy habitual y un problema de salud importante con una prevalencia del 70% en la población general, su correcta evaluación permitirá descartar otras etiologías que conlleven un tratamiento y pronóstico distinto. La presencia de anemia (Hb < 12 mg/dl) presentó un riesgo de 2,8 de morir ($p = 0,259$, IC95% 0,46 a 17,02). La presencia de alteración en los marcadores tumorales incrementa en 7,65 las chances de morir ($p = 0,022$, IC95% 1,34 a 43,43). Las variables VSG y PCR no presentaron asociación estadísticamente significativa con la evolución. Si bien una búsqueda extensa de neoplasia oculta dentro de la evaluación inicial de un paciente con manifestaciones reumáticas no se considera costo-eficiente, se recomienda realizarlo en los casos en los que exista una presentación atípica, signos de alarma o tengan algún hallazgo específico en las pruebas complementarias iniciales que sugieran malignidad.

2. FRACTURAS VERTEBRALES OSTEOPORÓTICAS Y SU IMPACTO ECONÓMICO EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

M.A. Ramírez Huaranga, C. Parraga Prieto, R. Arenal López, J. Anino Fernández, A. Ariza Hernández, J.L. Cuadra Díaz, M.D. Mínguez Sánchez, M. Paulino Huertas, E. Revuelta Evrard, V. Salas Manzanedo y A. Sánchez Trenado

Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real.

Introducción: La prevalencia de osteopenia y osteoporosis densitométrica en las personas mayores de 65 años es aproximadamente del 39,4% y 40% respectivamente, llegando a ser del 70% en las personas mayores de 80 años. La incidencia de fractura en esta población se encuentra aumentada de forma significativa, llegando a ser de un 60% en los mayores de 80 años, lo que genera un impacto negativo sobre diversos aspectos relacionados con el sistema sanitario y con la calidad de vida de los pacientes.

Objetivos: Describir las diferentes estrategias farmacológicas y su impacto económico en el abordaje de la fractura vertebral osteopo-

rótica de pacientes geriátricos en el Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR).

Métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo, incluyendo todos los pacientes geriátricos con ingreso por fractura vertebral de origen osteoporótico en el HGUCR, entre enero 2010 a diciembre 2012. Se consideraron enfermos geriátricos aquellos mayores de 65 años, pluripatológicos, con patología mental y/o alto riesgo de dependencia. De los informes clínicos de los pacientes se obtuvieron los factores de riesgo asociados de osteoporosis. El cálculo del impacto económico de ingreso por paciente fue estimado mediante el coste de estancia media por año y servicio implicado de nuestro hospital. El tratamiento de osteoporosis fue definido por el importe farmacológico registrado en vademécum. El análisis de los datos fue realizado mediante SPSS vs 18.0.

Resultados: Se identificaron 84 pacientes geriátricos con ingreso por fractura vertebral de origen osteoporótico en el periodo de estudio. El 38,1% (n = 32) de nuestra cohorte presentaba antecedente de fractura ósea previa por fragilidad, pero sólo el 21,4% (n = 18) de los enfermos fueron diagnosticados de osteoporosis y recibido tratamiento frente a ésta, con anterioridad al ingreso. La estancia media hospitalaria fue de $5,76 \pm 4,42$ días. El coste medio estimado por ingreso hospitalario fue de $3.873,06 \pm 1.717,02$ €, con un gasto medio por año de $107.405,44$ €. El importe farmacológico máximo estimado para el tratamiento de la osteoporosis por paciente y año, que incluye bifosfonato más calcio con vitamina D, fue de 2.019 €.

Conclusiones: Actualmente, además de las medidas no farmacológicas, existen diferentes fármacos que han demostrado efectos beneficiosos sobre el metabolismo óseo. De ellos, los bifosfonatos son los fármacos recomendados de primera línea, su eficacia antifractura ha quedado demostrada ampliamente. En nuestro estudio se objetivó un elevado impacto económico hospitalario por fractura vertebral osteoporótica en relación a un infratratamiento de una osteoporosis infradiagnosticada. La instauración precoz del tratamiento frente a esta patología, supondrá un importante descenso de la carga financiera sanitaria y mejor calidad de vida de estos enfermos.

3. ARTRITIS, BIOLÓGICOS Y FAMILIAS

R. Roselló Pardo, G. Buisan Casbas, E. Palero Díaz, M.D. Fábregas Canales y G. Villacampa Naverac

Hospital San Jorge y de Barbastro. Huesca.

Introducción: Las artritis (reumatoide, psoriásica, espondilitis) tienen agregación familiar. Aprovechando que en el HSJ tenemos controladas varias familias con artritis y tratamiento biológico

Tablas Póster 3

Resultados en familias	1ª familiar en B	2ª familiar en B
DAS inicio (S-0)	4,39 ± 1,62	4,26 ± 1,07
DAS final	2,76 ± 0,93	2,31 ± 1,25
Respuesta DAS	1,63 ± 1,59	1,95 ± 0,82
BASDAI inicio (S-0)	7,17 ± 2,23	5,73 ± 1,86
BASDAI final	4,97 ± 3,16	3,55 ± 2,96
Respuesta BASDAI	4,63 ± 2,93	3,97 ± 2,7
Tiempo hasta inicio B	11,5 años ± 5,46	5,53 años ± 2,61
Tiempo con biológico	76 ± 46 meses	45 ± 34 meses
Edad al diagnóstico	46,86 años ± 5,46	44,67 años ± 16,65

Correlación respuesta:	Mejoría en 11 familias	Falta respuesta 1 familia	2 familias discrepantes en respuesta ambos miembros		
Correlación efectos adversos:	Alergia: 5 casos, 4 de ellos en 2 familias	Problemas cutáneos: dos pacientes distintas familias psoriasis de novo	Varios: 5 personas: infección, leucemia, desmielinización, cirrosis	14 personas no presentan efectos adversos, 10 pertenecen a 5 familias	3 exitus por insuficiencia cardíaca, no emparentados
Correlación dosis biológico:	Aumento frecuencia dosis: en una familia con INF	Dosis normal en 19 pacientes pertenecientes a 8 familias	Disminución frecuencia dosis en 7 pacientes, 4 de ellos pacientes de 2 familias	En una familia retirada Biológico por efectos adversos graves en ambos miembros (cirrosis enólica)	

hemos recogido los datos (edad, sexo, diagnóstico, edad de inicio de la artritis, tiempo hasta llegar a biológico, respuesta al mismo y aparición de efectos colaterales) comparando entre los miembros de la misma familia, considerados como tales la relación padres-hijos o hermanos. No hemos encontrado bibliografía al respecto en las bases de datos revisadas.

Métodos: Se revisan las historias clínicas de los pacientes que cumplen la relación de familiaridad (padres-hijos o hermanos). Se ha investigado con los apellidos y confirmando con los pacientes el parentesco. Se evalúa actividad según los índices DAS o BASDAI.

Resultados: De un total de 372 pacientes en tratamiento biológico desde 2000, 29 son parientes, correspondientes a 14 familias. En 7 casos la relación es paterno-filial y 8 son hermanos. Una familia tiene al padre y dos hijos. En las tablas aparecen los resultados de la respuesta a los tratamientos y la aparición de efectos adversos.

Conclusiones: a) En el segundo familiar el inicio de biológico se produce antes y ante una gravedad de la enfermedad similar en el caso de ARs y algo menor en el caso de EAs. b) La respuesta clínica es similar entre parientes, tanto en AR como en EA, permitiendo en dos familias la bajada de dosis a ambos miembros. c) En dos familias se retiró el biológico por causas similares: en una infecciones y en la otra por alergia al biológico, tolerando las formas humanizadas. En otra familia se retiró por descompensación cirrosis enólica en ambos hermanos. d) Los 3 exitus son de distintas familias, fallecieron por insuficiencia cardíaca y mayores de 75 años. Hace falta estudiar mayor número de familias para mejorar el valor estadístico.

4. TIPIFICACIÓN HLA I Y II EN PACIENTES CON PSORIASIS Y ARTROPATÍA PSORIÁSICA. ASOCIACIÓN CON EVOLUCIÓN CLÍNICA Y RESPUESTA TERAPÉUTICA

C.M. Escudero González¹, M.V. Perna Rodríguez², L. Ferrándiz Pulido¹, F. Peral Rubio¹, A. Carrizosa Esquivel¹, T. Ojeda Vila¹ y D. Moreno Ramírez¹

¹Unidad de Gestión Clínica Dermatología; ²Unidad de Gestión Clínica Bioquímica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La psoriasis y la artritis psoriásica son patologías en las que los factores genéticos son muy importantes para su génesis, habiéndose descubierto al menos 10 loci de susceptibilidad (PSORS 1-10) para la psoriasis y uno para la artritis psoriásica (PSORAS1). El gen más relacionado con el desarrollo de psoriasis es el HLA-Cw*0602 y HLA-B27 con artritis psoriásica de predominio axial; mientras que el HLA-B38 y el HLA-B39 están asociados con poliartritis.

Objetivos: Tipificar diversos subtipos de HLA I y II en pacientes diagnosticados de psoriasis y/o artropatía psoriásica (APs) y analizar su posible papel predictor de la evolución clínica y respuesta terapéutica a los diversos fármacos sistémicos.

Métodos: Estudio transversal sobre pacientes con psoriasis y/o APs reclutados consecutivamente en las consultas del Área de Psoriasis y Consulta de Espondilartropatías del Hospital Virgen Macarena. Tras firma de consentimiento informado, fue obtenida muestra de sangre total en Tubo EDTA. A continuación, extracción de ADN,

amplificación por técnica de PCR y detección del HLAB, HLAC y HLADRB1 mediante line-blot. Posteriormente se procedió al análisis de variables demográficas (edad, sexo) y clínicas (tipo de psoriasis, presencia de artritis, tratamientos sistémicos precisados, etc.).

Resultados: Se incluyeron un total de 58 pacientes, con una edad media de 43,9 años, edad media de inicio de la clínica cutánea 26,8 años y articular de 39,9 años. Un 45,5% de los pacientes con psoriasis tipo I y 61,5% con psoriasis tipo II presentan afectación articular. En cuanto al estudio inmunogenético, la positividad mostrada por los diversos HLA fue la siguiente: Cw0602 35,09%, DRB1*07 31,58%, Ac antiPCC y B39 15,79%, DRB1*03 14,04%, B27 y B38: 8,77%, B13: 7,02%, DRB10402 5,06%. HLACw0602 demostró asociación con el desarrollo de psoriasis tipo I (OR 0,23, p 0,05). HLADRB10402 se asoció a desarrollo precoz tanto de clínica cutánea como articular (edad al inicio inferior a los 20 años). El HLADRB1*03 mostró una relación estadísticamente significativa con el desarrollo de APs (OR 8,59, p 0,03). Ac antiPCC se relacionó con el desarrollo de afectación articular en todos los casos. No objetivamos relación entre la necesidad de terapia sistémica, o número de las mismas precisas para control clínico cutáneo o articular, y ningún subtipo de HLA estudiados.

Conclusiones: En la serie analizada HLACW*0602 y HLAB27 presentan una positividad inferior respecto a la referenciada en la literatura (60 y 13% respectivamente). HLAB38 y 39 así como AntiPCC muestran concordancia con los datos de otras muestras poblacionales. Destaca la correlación de HLADRB1*03 y el desarrollo de APs, asociación no descrita en la literatura previamente. Se trata de una serie limitada, por lo que sería preciso un mayor tamaño muestral para validar los hallazgos evidenciados, y evaluar la utilidad de dichos hallazgos en la identificación de pacientes con mayor probabilidad de desarrollo de afectación articular, para un seguimiento cercano e inicio de un tratamiento precoz.

5. RIESGO DE INFECCIONES GRAVES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON RITUXIMAB: RESULTADOS DEL REGISTRO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS DE LA SOCIEDAD BRITÁNICA DE REUMATOLOGÍA (BSRBR)

L. Silva^{1,2}, M. Lunt², A.S. Low², K.D. Watson², BSRBR Control Centre Consortium², D.P. Symmons² y K.L. Hyrich², en representación del Registro de Fármacos Biológicos de la Sociedad Británica de Reumatología (BSRBR)

¹Sección de Reumatología. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. ²Arthritis Research UK Centre for Epidemiology. University of Manchester. Reino Unido.

Introducción: En Europa, el uso de rituximab (RTX), un anticuerpo monoclonal anti-CD20, está aprobado para pacientes con artri-

tis reumatoide (AR) tras el fallo a un fármaco anti-TNF. Existe una preocupación sobre si la depleción de linfocitos B y la posible hipogammaglobulinemia producidas por RTX aumentan el riesgo de infecciones graves.

Objetivos: El objetivo de este análisis es determinar si RTX aumenta el riesgo de infecciones graves en pacientes con AR durante el primer año de tratamiento en la práctica clínica diaria.

Métodos: El Registro de Fármacos Biológicos de la Sociedad Británica de Reumatología (BSRBR) es un estudio prospectivo nacional de pacientes con AR que inician un tratamiento biológico. Hasta la fecha se han reclutado más de 20.000 pacientes. Para este análisis, se seleccionaron aquellos pacientes en los que tras haber fallado un primer anti-TNF se pautó o bien un segundo anti-TNF o RTX entre los años 2001 y 2012. Todos los pacientes se siguieron mediante cuestionarios semestrales rellenos tanto por el médico como el paciente durante los tres primeros años y, posteriormente, cuestionarios anuales rellenos por el médico en los que se recogieron todos los datos referentes a los cambios de tratamiento y eventos adversos. Los fallecimientos se identificaron mediante el Centro de Información del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido (UK NHS-IC). Se definió infección grave como aquella que requiriese hospitalización y/o antibioterapia intravenosa, o que produjese la muerte. Se siguió a los pacientes hasta lo que ocurriese primero de entre: el primer año tras el inicio del segundo biológico, la primera infección grave, la muerte, la suspensión del tratamiento (con una ventana de 90 días para el grupo anti-TNF y de 9 meses para el RTX) o el 31/01/2013. Se compararon las tasas de infecciones graves en ambos grupos utilizando la regresión de Cox ajustada por el inverso de la probabilidad de recibir un tratamiento (IPTW). Las variables incluidas en el modelo para el ajuste fueron: edad, sexo, duración de la enfermedad, DAS28 y HAQ al inicio del segundo biológico, fumador, tratamiento con glucocorticoides, razón para suspender el primer anti-TNF, número de fármacos modificadores de la enfermedad recibidos antes de iniciar tratamiento biológico, diabetes, enfermedad pulmonar crónica, cardiopatía, hepatopatía, nefropatía, cáncer previo, tuberculosis y año en el que comenzó el primer tratamiento biológico.

Resultados: En total, 205 pacientes tuvieron al menos una infección grave en el primer año de seguimiento tras el inicio del segundo biológico (158 de 3.237 pacientes tratados con anti-TNF [2.688 paciente-años] y 47 de 1.018 pacientes tratados con RTX [866 paciente-años]). Tras el ajuste, el riesgo de infecciones grave en pacientes que recibieron RTX o un segundo anti-TNF fue similar: hazard ratio (HR) para RTX 0,74 (IC95% 0,37-1,50) (tabla).

Conclusiones: Los pacientes que reciben RTX tras el fallo de un anti-TNF no parecen tener más riesgo de infecciones graves durante el primer año de tratamiento que aquellos que reciben un segundo anti-TNF.

Tabla Póster 5

	Segundo anti-TNF (n = 3.237)	Rituximab (n = 1.018)
Edad (años), media (DE)	55,9 (12,3)	57,8 (12,3)
Sexo: n (%) mujeres	2.573 (79,5)	791 (77,7)
Duración de la enfermedad (años), mediana (IQR)	12 (6-19)	10 (5-18)
DAS28 en el momento de iniciar el segundo biológico, media (DE)	5,6 (1,5)	6,0 (1,3)
HAQ en el momento de iniciar el segundo biológico, media (DE)	1,9 (0,6)	2,0 (0,6)
Tratamiento con glucocorticoides (%)	57	68
Pacientes que suspendieron el primer biológico por un evento adverso: n (%)	1.009 (31,2)	269 (26,4)
Tiempo de seguimiento (paciente-años)	2.688	866
Mediana de seguimiento, paciente-años (IQR)	1,0 (0,7-1,0)	1,0 (0,7-1,0)
Primeras infecciones graves: n	158	47
Mediana de tiempo hasta la primera infección, años (IQR)	0,3 (0,2-0,5)	0,3 (0,2-0,5)
Tasa bruta de incidencia de infecciones graves por 1.000 paciente-años (IC95%)	60 (51-70)	56 (42-74)
Hazard Ratio no ajustado (IC95%)	Referente	0,90 (0,65-1,25)
Hazard Ratio ajustado por edad y sexo (IC95%)	Referente	0,85 (0,61-1,17)
Hazard Ratio ajustado por IPTW (IC95%)	Referente	0,74 (0,37-1,50)

6. LA INFLUENCIA DE LOS FÁRMACOS ANTI-TNF Y RITUXIMAB EN LA INCIDENCIA DE CÁNCER EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE E HISTORIA PREVIA DE CÁNCER

L. Silva^{1,2}, M. Lunt², K.D. Watson², W.G. Dixon², BSRBR Control Centre Consortium², D.P. Symmons² y K.L. Hyrich², en representación del Registro de Fármacos Biológicos de la Sociedad Británica de Reumatología (BSRBR)

¹Sección de Reumatología. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. ²Arthritis Research UK Centre for Epidemiology. University of Manchester. Reino Unido.

Introducción: La relación exacta entre los fármacos biológicos utilizados en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) y el cáncer todavía no está clara. A pesar de que no hay evidencia de un riesgo aumentado de cáncer en pacientes que reciben terapias biológicas (TB), todavía existe preocupación al iniciar una TB en pacientes con antecedentes de cáncer. Rituximab (RTX) se utiliza en el tratamiento de algunos cánceres como el linfoma. A diferencia de los anti-TNF, el antecedente de cáncer no constituye una contraindicación para recibir tratamiento con RTX. Por ello, a la hora de elegir un TB, es posible que haya una tendencia a prescribir RTX a aquellos pacientes con antecedentes de cáncer.

Objetivos: El objetivo de este estudio es explorar la relación entre los fármacos anti-TNF y RTX, y la incidencia de cáncer en pacientes con AR y un cáncer previo.

Métodos: El Registro de Fármacos Biológicos de la Sociedad Británica de Reumatología (BSRBR) es un estudio prospectivo nacional de pacientes con AR que inician un TB. En este análisis se incluyeron aquellos pacientes que recibieron un anti-TNF o RTX como primer biológico, y se les comparó con una cohorte de pacientes que nunca habían recibido TB (grupo FAME). En el momento de inclusión en el registro, se vinculó a todos los pacientes con el Centro de Información del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (UK NHS-IC), que proporcionó los detalles de todos los cánceres previos y nuevos de cada paciente, incluyendo la fecha de diagnóstico. Este análisis se limitó a aquellos pacientes con historia previa de cáncer según el UK NHS-IC con fecha de diagnóstico anterior a la fecha de inclusión en el BSRBR. Se excluyeron pacientes con cáncer de piel no melanoma y el carcinoma in situ. Todos los pacientes se siguieron mediante cuestionarios semestrales rellenos tanto por el médico como el paciente durante los tres primeros años desde el registro y, posteriormente, cuestionarios anuales rellenos por el médico en los que se recogieron todos los datos referentes a los cambios de tratamiento y eventos adversos. Se definió cáncer incidente como aquel diagnosticado tras la entrada del paciente en el BSRBR, incluyendo tumores primarios, recurrencias locales y metástasis. Se siguió a los pacientes hasta lo que ocurriese primero de entre: primer cáncer incidente, muerte, cambio de tratamiento o el 31/05/2013. Se compararon las tasas de incidencia de nuevos

cánceres entre las tres cohortes utilizando la regresión de Cox ajustando por edad y sexo.

Resultados: En total, se reclutaron 3.787 pacientes en la cohorte FAME, 14.168 pacientes en la cohorte anti-TNF y 257 pacientes en la cohorte que recibió RTX como primer biológico. De todos ellos, 425 pacientes habían tenido un cáncer previo (FAME: 159 (4,2%); anti-TNF: 243 (1,7%); RTX: 23 (8,9%); tabla). La mediana de tiempo entre el diagnóstico del cáncer previo y el comienzo de tratamiento biológico fue más baja en los pacientes que recibieron RTX en comparación con los que recibieron anti-TNF. En general, el hazard ratio ajustado de cánceres incidentes en pacientes que recibieron tanto un anti-TNF (HR 0,55 [IC95% 0,35-0,87]) como RTX (HR 0,47 [IC95% 0,11-1,94]) fue más bajo que en pacientes del grupo FAME que nunca recibieron tratamiento biológico.

Conclusiones: Aunque el número de pacientes es todavía pequeño, parece que los fármacos anti-TNF y el rituximab no aumentan el riesgo de un nuevo cáncer en pacientes con AR y cáncer previo.

7. DENOSUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN MUJERES CON OSTEOPOROSIS (OP) POSMENOPÁUSICA CON O SIN ANTECEDENTE DE C.A. DE MAMA. RESULTADOS A UN AÑO

K. Franco, A. Torrijos, D. Cajigas, I. Monjo, A. Salgado y E. Martín

Unidad Metabólica Ósea. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: La osteoporosis es una enfermedad producida por una disminución de la masa ósea y por ende de su resistencia mecánica, ocasionando en los pacientes una mayor susceptibilidad para las fracturas. Denosumab es un anticuerpo monoclonal humano que se une con gran afinidad al RANKL en la superficie de los osteoclastos, impidiendo que la interacción del RANKL/RANK se produzca y provocando la reducción del número y la función de los osteoclastos, lo que disminuyendo de esta manera la resorción ósea.

Objetivos: Seguir la evolución al año, de la densidad mineral ósea (DMO), incidencia de nuevas fracturas (Fx), factores de riesgo de Fx, retirada por efectos secundarios y repercusión bioquímica en pacientes con OP que han acudido a una consulta de OP.

Métodos: Se incluyeron pacientes con OP posmenopáusica con o sin asociación a C.A. de mama y riesgo de Fx, desde noviembre 2011 a marzo 2013, tratados con denosumab cada 6 meses y suplementos de calcio y vitamina-D para mantener los aportes y niveles recomendables. Se excluyeron las pacientes que no cumplieron el protocolo de DMO, analítica y radiografía de control. Se analizó la respuesta de la DMO, la incidencia de nuevas Fx vertebrales y no vertebrales y variaciones en la determinación analítica (Vit-D, D-piridolinolona).

Resultados: Se incluyeron un total de 41 mujeres con una edad media de 66,5 años (rango 39-82 años). 38 pacientes (92,6%) esta-

Tabla Póster 6

	FAME (n = 159)	Anti-TNF (n = 243)	Rituximab (n = 23)
Edad, años, media (DE)	66,1 (10,0)	62,7 (9,5)	67,3 (9,9)
Sexo, n (%) mujeres	118 (74)	199 (82)	15 (65)
Duración de la enfermedad, años, mediana (IQR)	8 (3-18)	12 (6-18)	14 (5-31)
DAS28, media (DE)	6,4 (10,7)	7,0 (6,1)	6,5 (1,0)
HAQ, media (DE)	1,7 (0,7)	2,2 (0,5)	2,1 (0,3)
Fumador, n (%)	32 (20)	48 (20)	4 (17)
Mediana de tiempo desde el cáncer más reciente hasta la entrada en el registro (IQR)	7,9 (3,0-13,3)	11,5 (5,8-17,6)	5,4 (3,0-9,2)
Cáncer previo > 10 años antes de entrar en el registro, n (%)	59 (37,1)	138 (56,8)	4 (17,4)
Número de cánceres incidentes	40	38	2
Seguimiento, paciente-años	855	1.591	81
Mediana de seguimiento, años (IQR)	6,6 (4,4-7,8)	6,9 (3,5-8,8)	3,9 (3,3-4,6)
Tasa bruta por 1.000 paciente-años (IC95%)	47 (33-64)	24 (17-32)	25 (3-89)
Hazard Ratio bruta (IC95%)	Referente	0,53 (0,34-0,82)	0,48 (0,12-1,99)
Hazard Ratio ajustada por edad y sexo (IC95%)	Referente	0,55 (0,35-0,87)	0,47 (0,11-1,94)

ban diagnosticadas solo de OP posmenopáusicas y 3 (7,31%) tenían además el antecedente de C.A. de mama en tratamiento con inhibidores de la aromatasas. Todas recibieron calcio y vitamina-D en caso de déficit o insuficiencia. 27 pacientes (65,8%) presentaron déficit de vit-D al inicio del tratamiento y de ellas 18 pacientes (66,6%) tuvieron una recuperación posterior con la suplementación adecuada. La DMO supuso una ganancia media de 4,16% en columna lumbar y 4,72% en cuello de fémur. En cuanto a la incidencia de fracturas, 32 pacientes (78,04%) no tenían antecedente de Fx (ni vertebrales ni periféricas) y 9 (21,95%) si tenían alguna Fx vertebral y de ellas, solo 1 paciente presentó una nueva Fx vertebral durante el seguimiento. Además se valoraron como otros factores de riesgo de Fx el antecedente de tabaquismo presente en el (34,1%) de las pacientes y el antecedente de terapia corticoidea presente en el (12,2%). Dos pacientes suspendieron el tratamiento por efectos secundarios (una por una erupción cutánea y la segunda por un incremento mantenido en la PTH tras el tratamiento). La D-piridolinolona tuvo una reducción media de 4,95% a los 12 meses de tratamiento.

Conclusiones: Denosumab mostró un incremento de la DMO en mujeres con OP post menopáusica con o sin asociación de C.A. de mama, con disminución del turnover óseo. Estos resultados presentados se seguirán valorando en seguimientos posteriores e incorporación de nuevos casos.

8. COMPARACIÓN DE DOS VERSIONES DE UN ELISA COMERCIAL PARA LA DETERMINACIÓN DE NIVELES DE INFILIXIMAB Y ANTICUERPOS ANTI-INFILIXIMAB EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

D. Hernández, J.C. Nieto, L. Valor, L. Martínez, I. de la Torre, T. del Río, C. González, J. López-Longo, I. Monteagudo, E. Naredo, M. Montoro y L. Carreño

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

Introducción: En pacientes con espondilitis anquilosante (EA) los motivos de fallo o pérdida de respuesta al tratamiento con infliximab (IFX) son controvertidos, se ha intentado asociar los niveles de IFX y la presencia de anticuerpos (Ac) anti-IFX con la respuesta clínica. En este estudio hemos determinado y comparado los niveles de IFX y Ac anti-IFX utilizando dos versiones de un enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) comercial (V.1 y V.2).

Métodos: Se evaluaron las muestras de suero de 40 pacientes diagnosticados con EA tratados con IFX (1ª línea de tratamiento biológico, > 12 meses de tratamiento), extraídas previamente a la infusión. Las concentraciones de IFX y Ac anti-IFX fueron medidas utilizando V.1 y V.2 de un kit de ELISA comercial (Progenika™). El análisis estadístico para establecer la correlación entre V.1 y V.2 fue realizado utilizando el coeficiente de variación (CV), el coeficiente de correlación de concordancia (CCC), el bias, la desviación estándar de la diferencia (SDD) y el límite de acuerdo (LOA).

Resultados: El CV para niveles IFX fue del 63%, para Ac anti-IFX fue del 15% comparando V1 y V2. El análisis de correlación demuestra para niveles IFX: precisión = 0,57, exactitud = 0,81 y CCC = 0,47 (IC95%: 0,26-0,67) lo cual indica baja asociación y concordancia entre versiones. Contrario a lo anterior al análisis de Bland-Altman donde se obtuvo un bias = 1,28 (SDD = 2,13; LOA = -3-5,57) evidenciando un mejor acuerdo. Al evaluar los resultados obtenidos para Ac anti-IFX encontramos una precisión = 0,99, exactitud = 0,18 y CCC = 0,19 (IC95%: 0,17-0,20) lo cual indica una muy buena asociación pero baja concordancia entre versiones.

Conclusiones: Se obtuvo una baja concordancia en ambas determinaciones, niveles en suero de IFX y Ac anti-IFX entre V.1 y V.2 que puede ser atribuible a que V.2 tiene menos variabilidad analítica. Evidenciándose la necesidad de establecer un consenso para la estandarización de las técnicas de laboratorio (variabilidad inter/intra-ensayo e inter/intra-laboratorio) con el objetivo de acordar su posible aplicación clínica.

9. TRATAMIENTO DEL DOLOR EN PACIENTES REUMÁTICOS. ESTUDIO EVADOR

J. Vidal¹, M. Gobbo², J. Tornero¹ y Grupo de Estudio EVADOR*

¹Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

²Sociedad Española de Reumatología.

Introducción: El tratamiento de las enfermedades reumáticas desde la perspectiva del dolor es poco conocido. Y desde el estudio EPIDOR (2002), los conocimientos en dolor y su tratamiento han aumentado, por lo que se plantea estudiar cuál es la situación en el momento actual.

Objetivos: Conocer el tratamiento su eficacia y tolerancia en los pacientes con patología reumática atendida en consultas de reumatología a nivel nacional.

Tabla Póster 9

Dolor controlado en relación a dolor previo que permite realizar mayor actividad y disfrutar de actividades de ocio (n = 1.038): PN 49,4% y PR 65% p < 0,001

		Pacientes nuevos N(%)	Pacientes en revisión N(%)	P valor	
Analgésicos	Analgésicos simples (paracetamol, metamizol)	135 (39,5)	324 (44,2)	0,163	
	AINES e ICOX2	141 (41,2)	355 (48,4)	0,032	
	Analgésicos centrales débiles (tramadol, codeína)	54 (15,8)	111 (15,1)	0,855	
	Asociaciones periférico/central débil	9 (2,6)	28 (3,8)	0,415	
	Analgésicos potentes (buprenorfina, morfina, hidromorfona, fentanilo, tapentadol, oxicodona)	5 (1,5)	41 (5,6)	0,003	
	Otros	14 (4,1)	47 (6,4)	0,126	
Coadyuvantes	Antidepresivos (tricíclicos, ISRS, IR duales SN, ISRN, melatoninérgicos, IMAO)	30 (8,8)	78 (10,6)	0,401	
	Anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina, cabamacepina, ecarbamacepina, topiramato, valproato)	23 (6,7)	74 (10,1)	0,093	
	Relajantes musculares (benzodiacepina, metocarbamol, ciclobenzaprina, tizanida, baclofeno)	34 (9,9)	90 (12,3)	0,31	
	Anestésicos locales (inyectados o tópicos)	1 (0,3)	9 (1,2)	0,183	
	Corticoides (orales o parenterales)	325 (95,0)	122 (16,6)	< 0,001	
	SYSADOA (condroitinsulfato, glucosamida, diacereína)	27 (7,9)	67 (9,1)	0,577	
	FAMES/Biológicos	7 (2,0)	180 (24,6)	< 0,001	
	Otros fármacos coadyuvantes	3 (0,9)	14 (1,9)	0,316	
	Técnicas intervencionistas	(infiltraciones, sinoviortesis, radiofrecuencia, ozonoterapia, ácido hialurónico intrarticular)	20 (5,8)	97 (13,2)	< 0,001
	Tratamientos no farmacológicos	(educación, psicoterapia, relajación, ejercicio, rehabilitación, fisioterapia, hidroterapia, masaje, quiropraxia, osteopatía, electroterapia, acupuntura, homeopatía)	64 (18,7)	219 (29,9)	< 0,001

Métodos: Diseño y población: estudio observacional transversal de pacientes nuevos (PN) o de revisión (PR) seleccionados aleatoriamente y manejados según práctica clínica habitual en 34 servicios de reumatología no monográficos en España. Criterios de exclusión: a) problemas físicos, psicológicos o sociales que impidan recoger información fiable, b) dolor por traumatismo no relacionado con enfermedad reumática. Variables: sociodemográficas, comorbilidades y su tratamiento, tratamiento del dolor el último mes con analgésicos, coadyuvantes, técnicas intervencionistas, o tratamientos no farmacológicos, grado de alivio (0 = nulo, 10 = completo) e ICGC, y tolerancia (0 = mala, 10 = excelente) al tratamiento y estado satisfactorio para el paciente. Análisis: frecuencias (variables cualitativas), y medias-desviaciones o medianas-rangos (cuantitativas). t-Student y chi-cuadrado según tipo de variable para diferencias entre grupos.

Resultados: 1.084 pacientes, 32% PN. Edad media 57 (DE: 14) años, 71% mujeres, casados (73%), estudios primarios (57%) y (37%) en activo. Comorbilidades: digestiva (20%), cardiovascular (27%), metabólica (25%) y nefropatía (2%), y son tratadas con AAS (6%), esteroides (10%), diuréticos (5%) y antihipertensivos (24%). El 86% de los pacientes tienen pautado un tratamiento para el dolor, siendo significativamente más frecuente en los PR (90%) vs PN (75%). El 82% tenía pautado al menos un analgésico, el 49% un coadyuvante y el 11% alguna técnica intervencionista. Sólo el 26% han tenido algún tratamiento no farmacológico. En los PR se incrementa el uso de AINES, de analgésicos potentes, de FAMES, de técnicas intervencionistas y de tratamientos no farmacológicos con respecto a PN, y disminuye el uso de corticoides (tabla). El grado de alivio con el tratamiento es significativamente mayor ($p < 0,001$) en los PR (Me 6, RI:4-8) que en los PN (Me 5 RI:2-7), lo mismo que la tolerancia al tratamiento ($p = 0,003$), PR (Me 8, RI:6-10) y PN (Me 8; RI: 5-9) aunque sin clara significación clínica.

Conclusiones: Los pacientes con dolor derivado de enfermedad reumática son tratados de forma diferencial cuando son seguidos en reumatología. El 63% siguen utilizando AINES o I-COX2, el uso de opioides débiles llega casi al 20% y el de opioides potentes al 6%, cifras muy superiores a las del estudio EPIDOR del 2002. Aun así hay un porcentaje elevado de pacientes con dolor no suficientemente ni satisfactoriamente controlado.

*Grupo de Estudio EVADOR: M.A. Caracuel, A. Escudero, A. Atanés, A. Ponce, A. Renau, A. Rodríguez, C. Porras, C. Díez, C. Alegre, C. Díaz, J. Duruelo, E. Loza, E. Garmendia, E. Salas, F. Francisco, F.J. Navarro, G. Jiménez, G. Pérez, G. Candelas, G. Santos, I. Gómez, I. Granados, J. Calvo, J. Bachiller, J. del Pino, J. García, J. Rivera, J. Vidal, J. Blanco, J.A. González, J.A. Pinto, J. González Vera, J.L. Casals, J.L. Cuadra, J.L. Riestra, J.R. Noguera, J. Rodríguez, J. Rosas, J.M. Piedra, J.V. Tovar, J.J. de Agustín, L. Pantoja, L. Morillas, V. Hernández, M.A. Belmonte, M. Ciria, R. Queiro, M. Revenga, M. del Puerto, M. Torresano, M.A. Abad, M.A. Campillo, M.A. González-Gay, M. Belmonte, M. Bernad, M. Cantalejo, M. Conde, N. Abdilla, N. Vázquez, N. Montalá, P. Fernández Dapica, P. Navarro, P. Trenor, R. Belenguer, R. Veiga,

R. Sánchez Perea, R. González Crespo, S. Bustabad, S. Insua, V. Quevedo, V. Coret y V. Villaverde.

10. DOLOR NEUROPÁTICO EN PACIENTES REUMÁTICOS

G. Candelas¹, J. Vidal², M. Gobbo³ y Grupo de Estudio EVADOR*

¹Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid. ²Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. ³Sociedad Española de Reumatología.

Introducción: No existen datos relevantes sobre la prevalencia y manejo de dolor neuropático en el ámbito de la reumatología. Además la repercusión clínica y el pronóstico se consideran peores al dolor nociceptivo. Por tanto, se considera de interés conocer estos aspectos, que han sido recogidos y evaluados de forma específica en el estudio epidemiológico EVADOR (Evaluación del Dolor en Reumatología).

Objetivos: Estudiar la prevalencia de dolor neuropático en las consultas de reumatología, sus características y el tratamiento utilizado para su manejo.

Métodos: Estudio observacional en 2 fases (transversal y prospectiva) de pacientes nuevos o de revisión seleccionados aleatoriamente y manejados según práctica clínica habitual en 34 servicios de reumatología no monográficos de España. La presencia de dolor neuropático se evaluó con la versión española del cuestionario DN4. Se realizó segunda visita a los pacientes con dolor ≥ 4 según EVA de dolor en la última semana, a los que se puso tratamiento o se esperaba un cambio analgésico por el tratamiento pautado con anterioridad. Criterios de exclusión: a) problemas físicos, psicológicos o sociales que impidan recogida fiable de información, b) traumatismo no relacionado con enfermedad reumática como responsable del dolor. Variables: sociodemográficas, EVA dolor última semana, Brief Pain Inventory (BPI), patrón y caracterización del dolor, tratamientos pautados (SF12) Estado emocional (HADS Y Zung). Análisis: frecuencias para las variables cualitativas, y medias+ DE o medianas-rangos para las cuantitativas. t-Student y chi²-según tipo de variable par diferencias.

Resultados: De los 1.084 pacientes incluidos en EVADOR, 166 (17%) cumplían criterios de dolor neuropático (DN4 ≥ 4). De ellos, el 80% son mujeres y el 58% tiene entre 46-65 años. El 95% son españoles, el 79% reside en entornos urbanos, el 37% es laboralmente activo y un 5% está de baja laboral. El 64% presentaba dolor continuo con predominio en reposo, en el 48% nocturno, estaba presente todo el día en un 54% y el 73% tenía dolor con picos o brotes a lo largo del día. El 73% sentía quemazón, el 45% sensación de frío doloroso y el 63% de descargas eléctricas. Los síntomas principales eran hormigueo y pinchazos (85% en ambos casos) seguidos de entumecimiento (69%) y en menor medida escozor (43%). El signo más frecuente es la intensificación del dolor por el roce, y en menor medida presentan hipoestesia al tacto (26%) o al pinchazo (11%). Los tratamientos

Tabla Póster 10

Intensidad de dolor y calidad de vida

	Visita 1	Visita 2	P valor
	Media (desviación estándar)	Media (desviación estándar)	
BPI Intensidad máxima últimas 24 horas	7,52 (1,62)	6,04 (2,41)	0
BPI Intensidad mínima últimas 24 horas	5,54 (2,35)	3,97 (2,67)	0,001
BPI Intensidad media últimas 24 horas	6,46 (1,72)	4,96 (2,41)	0,002
BPI Intensidad actual últimas 24 horas	7,01 (2,29)	5,39 (2,73)	0,003
Intensidad de dolor (EVA) promedio última semana	7,17 (1,61)	5,26 (2,37)	0
Componente físico SF12	32,19 (7,98)	35,92 (9,09)	0
Componente mental SF12	36,12 (12,53)	40,5 (13,96)	0,006

pautados fueron principalmente analgésicos (64%) y medicación coadyuvante (39%), siendo menor el uso de técnicas intervencionistas (10%) o tratamientos no farmacológicos (8%), y el 19% usó otros tratamientos. La intensidad del dolor y la calidad de vida mejoraron significativamente entre la primera y segunda visita aunque su repercusión clínica es mayor que en el dolor nociceptivo (tabla). Con una distribución: Patología mecánica n 58/36%; Artropatía inflamatoria crónica n18/ 11,2%, Reumatismos de partes blandas n 26/14%, Patología neuropática (radiculopatía, neuropatía periférica, DRC) 23/14%, fibromialgia 28/17,4%; Otras n 8/5%.

Conclusiones: La prevalencia de dolor neuropático en los pacientes reumatológicos es importante (17%). Su presencia indica fenómenos de sensibilización central y su pronóstico es peor. El manejo habitual realizado por los reumatólogos mejora significativamente tanto el dolor como la calidad de vida de estos pacientes.

*Grupo de estudio EVADOR: M.A. Caracuel, A. Escudero, A. Atanés, A. Ponce, A. Renau, A. Rodríguez, C. Porras, C. Díez, C. Alegre, C. Díaz, J. Duruelo, E. Loza, E. Garmendia, E. Salas, F. Francisco, F.J. Navarro, G. Jiménez, G. Pérez, G. Candelas, G. Santos, I. Gómez, I. Granados, J. Calvo, J. Bachiller, J. del Pino, J. García, J. Rivera, J. Vidal, J. Blanco, J.A. González, J.A. Pinto, J. González Vera, J.L. Casals, J.L. Cuadra, J.L. Riestra, J.R. Noguera, J. Rodríguez, J. Rosas, J.M. Piedra, J.V. Tovar, J.J. de Agustín, L. Pantoja, L. Morillas, V. Hernández, M.A. Belmonte, M. Ciria, R. Queiro, M. Revenga, M. del Puerto, M. Torresano, M.A. Abad, M.A. Campillo, M.A. González-Gay, M. Belmonte, M. Bernad, M. Cantalejo, M. Conde, N. Abdilla, N. Vázquez, N. Montalá, P. Fernández Dapica, P. Navarro, P. Trenor, R. Belenguer, R. Veiga, R. Sánchez Perea, R. González Crespo, S. Bustabad, S. Insua, V. Quevedo, V. Coret y V. Villaverde.

11. DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN ARTRITIS REUMATOIDE: RELACIÓN CON OSTEOPROTEGERINA, VITAMINA D Y MASA ÓSEA

E. Delgado-Frías¹, I. Ferraz-Amaro¹, R. López-Mejías⁴, F. Genre⁴, B. Ubilla⁴, V. Hernández-Hernández¹, M.A. Gómez Rodríguez-Bethencourt³, A. González-Díaz³, A.M. de Vera-González², A.F. González-Rivero², F. Díaz-González¹ y M.A. González-Gay⁴

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Laboratorio Central;

³Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander.

Introducción: En población general, niveles bajos de densidad mineral ósea se han relacionado, de forma independiente, con enfermedad cardiovascular. Esta relación en pacientes con artritis reumatoide (AR) no se conoce del todo.

Objetivos: Estudiar si los valores de densidad mineral ósea, así como los niveles de osteoprotegerina y vitamina D, influyen sobre la disfunción endotelial presente en pacientes con AR.

Métodos: Se reclutaron 197 mujeres (100 pacientes con AR y 97 controles) ajustados por edad y comorbilidad. Se determinaron en ambos grupos: masa ósea mediante radioabsorciometría de doble energía (DEXA) en cadera, columna lumbar y corporal total; niveles plasmáticos de vitamina D y osteoprotegerina; así como dilatación arterial mediada por flujo por medio de ecografía braquial. Se realizó análisis multivariante y tests de tendencia para estudiar la relación entre dicha masa ósea y la disfunción endotelial.

Resultados: Los pacientes con AR mostraron niveles inferiores de masa ósea lumbar (coef. beta -64 g/cm^2 , [IC95% -122 – -6], $p = 0,03$) y de porcentaje de masa ósea corporal total (coef beta $-0,3\%$, [IC95% $-0,5$ – $-0,1$], $p = 0,01$) tras ajustar por edad y comorbilidad. Aunque los valores tendieron a ser inferiores en AR en otras áreas como cuello femoral, cadera total, triángulo de Ward o diáfisis femoral, esta diferencia no fue estadísticamente signifi-

cativa. Los niveles de osteoprotegerina fueron significativamente superiores en AR (log osteoprotegerina coef. beta $-0,19$ vs $0,62 \text{ ng/mL}$, $p = 0,00$); mientras que los niveles de vitamina D tendieron a ser inferiores (log vitamina D, coef. beta $3,56$ vs $3,66 \text{ ng/mL}$, $p = 0,19$) si bien no se alcanzó la significación estadística en esta última. Los pacientes mostraron una dilatación mediada por flujo inferior a controles (beta $-5,5\%$, [IC95% $-9,9$ – $-1,1$], $p = 0,01$). Los niveles de vitamina D, en controles, se relacionaron positivamente con la dilatación braquial dependiente de flujo (coef. beta, $0,74\%$, [IC95% $-0,02$ – $1,48$], $p = 0,05$) tras ajuste por edad, porcentaje de masa ósea corporal total y comorbilidad vascular. Esta relación no se encontró en pacientes con AR. Los niveles de osteoprotegerina no se relacionaron, en nuestro estudio, con la disfunción endotelial tanto en controles como pacientes. En controles, por cada cuartil de disminución de dilatación braquial (tras ajuste por edad y otras variables) los valores de masa ósea mostraron una tendencia a ser también inferiores en cuello femoral (coef. beta. Ts score $0,68$ [IC95% $-0,00$ – $1,35$], p de tendencia lineal = $0,05$), cadera total (coef. beta. Ts score $0,84$ [IC95% $-0,21$ – $1,46$], p de tendencia lineal = $0,01$), trocánter femoral (coef. beta. Ts score $0,78$ [IC95% $0,13$ – $1,42$], p de tendencia lineal = $0,02$) y triángulo de Ward (coef. beta. Ts score $0,62$ [IC95% $-0,05$ – $1,28$], p de tendencia lineal = $0,06$); esta relación no se encontró en columna lumbar y porcentaje de masa ósea corporal total. Cuando este análisis se realizó en pacientes con AR, los valores de disfunción endotelial no se relacionaron con la masa ósea.

Conclusiones: En controles, la densidad mineral ósea y los niveles de vitamina D se relacionan con la disfunción endotelial. Esta asociación no se encuentra en pacientes con AR sugiriendo que este daño endotelial podría estar enmascarado por la enfermedad en sí y no en relación con estos parámetros.

12. BARICITINIB, INHIBIDOR ORAL DE JANUS KINASA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE: RESULTADOS DE SEGURIDAD Y EFICACIA A LAS 52 SEMANAS DEL ESTUDIO DE EXTENSIÓN ABIERTO A LARGO PLAZO

P. Taylor¹, M. Genovese², E. Keystone³, D. Schlichting⁴, S. Beattie⁴ y W. Macias⁴

¹Oxford University. London. Reino Unido. ²Stanford University. Palo Alto. EEUU. ³Mt. Sinai. Ontario. Canadá. ⁴Eli Lilly and Company. Indianapolis. EEUU.

Introducción: Baricitinib (anteriormente denominado LY3009104/ INCB028050) es un nuevo inhibidor oral de JAK1 y JAK2 en la vía de señalización JAK-STAT, en estudio para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR). Los resultados del estudio de fase 2b, muestran que baricitinib mejora significativamente los signos y síntomas de AR frente a placebo a las 12 semanas. Estas respuestas se mantuvieron, o mejoraron, en las 12 semanas posteriores de tratamiento.

Objetivos: Presentar los resultados de seguridad y eficacia a las 52 semanas del estudio de fase 2b de extensión abierta.

Métodos: Los pacientes fueron inicialmente aleatorizados a placebo (PBO) o a una de las cuatro ramas de tratamiento con baricitinib (1, 2, 4 u 8 mg, una vez al día) durante 12 semanas. Los pacientes en la rama de 2 mg, 4 mg u 8 mg continuaron con el tratamiento asignado. Los pacientes de la rama PBO o 1 mg se reasignaron a 4 mg, una vez al día o 2 mg, 2 veces al día, durante las 12 semanas siguientes de tratamiento ciego. En la fase abierta del estudio, los pacientes con 8 mg continuaron con la misma dosis y el resto de pacientes fueron reasignados a 4 mg, una vez al día. En la semana 28 o 32 según criterio del investigador, si los pacientes presentaban > 6 articulaciones inflamadas y dolorosas, las dosis podían ser escaladas a 8 mg, una vez al día. Los pacientes que abandonaron fueron imputados como no respondedores.

Resultados: De los 212 pacientes candidatos a participar, 201 (95%) pacientes entraron en la extensión abierta, 184 completaron las 52 semanas de tratamiento, 15 abandonaron y 2 pacientes no habían completado aún las 52 semanas. Entre los pacientes que permanecieron con 4 mg (n = 108): 57 (53%) presentaron efectos adversos relacionados con el tratamiento (TEASs), 14 (13%) efectos adversos graves, 34 (31%) infecciones y 4 (4%) infecciones graves. De los pacientes que recibieron 8 mg en cualquier momento (n = 93), 59 (63%) presentaron TEASs, 8 (9%) efectos adversos graves, 37 (40%) infecciones y 2 (2%) infecciones graves. No se observó infecciones oportunistas ni casos de tuberculosis. Hubo una muerte debida a infarto de miocardio en el grupo de 8 mg. De todos los pacientes, de forma conjunta, en la fase de extensión abierta, la proporción alcanzó ACR20, ACR50, ACR70, Remisión CDAI, Remisión SDAI, DAS-28CRp = 3.2, DAS28CRp < 2.6, DAS28ESR = 3.2, DAS28CRp < 2.6 o ACR/EULAR Boolean remission al comienzo de la extensión abierta (semana 24) fue similares o mayor que en la semana 52 (tabla). La mejoría clínica entre la semana 24 y 52 se debió, fundamentalmente, a la escalada de dosis en los pacientes que inicialmente recibieron PBO, 1 mg o 2 mg una vez al día.

Mejoría de la enfermedad/ Medida de actividad	Semana 24	Semana 52
ACR20	149/201 (74%)	139/196 (71%)
ACR50	83/201 (41%)	96/197 (49%)
ACR70	43/201 (21%)	53/197 (27%)
Remisión CDAI	34/200 (17%)	40/195 (21%)
Remisión SDAI	30/195 (15%)	42/194 (22%)
DAS28 ESR	35/200 (18%)	47/195 (24%)
DAS28 ESR = 3.2	55/200 (28%)	82/195 (42%)
DAS28 CRP	59/195 (30%)	80/194 (41%)
DAS28 CRp = 3.2	93/195 (48%)	116/194 (60%)
ACR/EULAR Boolean remission	19/195 (10%)	32/194 (16%)

Conclusiones: De los pacientes que completaron las 52 semanas del estudio de fase 2b, la mejoría clínica observada en la semana 24 se mantuvo o mejoró durante la fase de extensión. Además, los datos de seguridad observados durante la extensión abierta fueron consistentes con los resultados presentados previamente de bari-citininb.

13. AMILOIDOSIS SECUNDARIA EN LAS ESPONDILOARTROPATÍAS: A PROPÓSITO DE 12 CASOS. EXPERIENCIA DE 29 AÑOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

S. Rodríguez-Muguruza, M. Martínez-Morillo, S. Holgado, A. Olivé, A. Riveros-Frutos, J. Sanint, A. Prior, L. Mateo, J. Cañellas y X. Tená

Servicio de Reumatología. Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona.

Introducción: La amiloidosis secundaria (AAa) es una complicación de las enfermedades inflamatorias crónicas. Se caracteriza por el depósito extracelular de una sustancia fibrilar de origen proteico llamada amiloide que causa de alteraciones funcionales y estructurales. Hasta un 13% de los pacientes con artritis reumatoide la desarrollan a lo largo de su evolución, sin embargo, la prevalencia en las espondiloartropatías es menor, y por ende, menos descrita en la literatura.

Objetivos: Describir la prevalencia, características clínicas y evolución de AAa en una cohorte de pacientes con espondiloartropatía.

Métodos: Diseño retrospectivo (1984-2013) en un hospital universitario. Área de referencia: 850.000 habitantes. Se revisaron las historias clínicas de la base de datos del servicio de Reumatología hallando un total de 1.125 pacientes con espondiloartropatía: 509 (45%) artritis psoriásicas (APs), 263 (23%) espondilitis anquilosantes, 128 (EA) (11,3%) espondiloartropatías asociada a enfermedad infla-

Tabla Póster 13

Edad de inicio de Ea (años)/sexo	22/M	40/M	29/F	25/M	38/M	28/M	24/M	40/M	30/M	44/M	ND/F	ND/M
Diagnóstico	Artritis psoriásica	Artritis psoriásica	Artritis psoriásica	Espondilitis anquilosante	Espondilitis anquilosante	Espondilitis anquilosante	Espondilitis anquilosante	Espondiloartropatía relacionada EII	Espondiloartropatía relacionada EII	Espondiloartropatía relacionada EII	Artritis reactiva	Espondilitis anquilosante
Afectación axial	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	ND	ND
Afectación periférica	Poliarticular Positivo	Oligoarticular Nd	Poliarticular Positivo	No	Poliarticular Positivo	Poliarticular Positivo	Poliarticular Positivo	No	Poliarticular Negativo	Poliarticular Positivo	ND	ND
HLA B 27	Positivo	Nd	Positivo	Nd	Positivo	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo	Positivo	ND	ND
Terapia Anti-TNF/Infliximab/Artritis	Infliximab/Artritis	No	Infliximab/Artritis	No	No	Infliximab/Artritis	No	Infliximab/Artritis	No	Infliximab/Artritis	ND	ND
Indicación	49	28	4	37	6	36	21	24	10	17	ND	ND
Tiempo enfermedad (años)	71	68	33	62	44	64	45	67	40	61	50	64
Edad al diagnóstico	70	27	125	ND	ND	50	50	69	93	20	ND	ND
de amiloide (años)	87	3.8	80	ND	ND	17.5	6	10.6	3.4	40	ND	ND
VSC al diagnóstico (mm)	Vesícula Biliar	Vejiga	Riñón	Recto	Recto	Recto	Grasa subcutánea	Riñón	Recto	Riñón	Grasa subcutánea	Recto
PRC al diagnóstico (mg/dL)	Colecistectomía	Hematuria	Sd. nefrótico	IRA	IRA	IRA	IRA	IRA	IRC	Sd. nefrótico	ND	ND
Localización	Sí	Sí	No	Sí/Septis	Sí	No	No	Sí	Sí	No	ND	ND
Biopsia	Sí/Septis	Sí/Septis	No	No	Sí/Septis	No	Sí/Septis	No	Sí/Septis	No	ND	ND
Indicación de la biopsia												
Diálisis												
Exitus/ Motivo												

M: masculino; F: femenino; ND: no determinado; IRC: insuficiencia renal crónica; IRA: insuficiencia renal aguda.

matoria intestinal (EI), 190 (16,8%) espondiloartropatías indiferenciadas y 35 (3%) artritis reactivas. Se seleccionaron los que disponían de un diagnóstico anatomopatológico de AAa.

Resultados: Se identificaron 1125 pacientes con espondiloartropatía, 41% mujeres y 59% hombres. De ellos, 12 (1,06%) pacientes presentaban AAa: 10 (83%) varones y 2 (16,6%) mujeres. Cinco (41,6%) estaban diagnosticados de EA, 3 (25%) APs, 3 (25%) espondiloartropatía asociada a EI y 1 (8%) artritis reactiva. La media de edad al diagnóstico de amiloidosis fue de 55,75 años. La localización de la biopsia diagnóstica fue mucosa rectal (5), riñón (3), grasa subcutánea (2), vesícula biliar (1) y vejiga (1). El hallazgo se realizó de manera incidental en estos dos últimos casos. Las características clínicas y analíticas de los pacientes se resumen en la tabla 1. Para el análisis de las características clínicas se excluyeron 2 pacientes por pérdida de información por la digitalización de historias clínicas. La media de edad al diagnóstico de espondiloartropatía fue de 32 años, y de duración de la enfermedad de 23,2 años hasta el diagnóstico de amiloidosis. Los valores medios de VSG y PCR previos al diagnóstico de AAa fueron 58,71 mm y 35,47 mg/L respectivamente. Las causas que hicieron sospechar la presencia de AAa fueron: fracaso renal agudo (5), síndrome nefrótico (2) y malabsorción (1). En los otros dos casos el diagnóstico fue incidental. Cinco pacientes recibieron tratamiento con anti-TNF, en todos ellos se utilizó infliximab, cuya indicación fue la AAa en 4 casos. Con la evolución 4 pacientes presentaron insuficiencia renal terminal con necesidad de hemodiálisis. Cinco fallecieron entre el mes y los 18 años del diagnóstico: 1 por causas secundarias a la insuficiencia renal y 4 por sepsis.

Conclusiones: La prevalencia de AAa fue del 1,06%. La mayoría de los pacientes fueron varones con una EA de larga evolución. El motivo de sospecha del desarrollo de amiloidosis más frecuente fue el síndrome nefrótico y la alteración de la función renal. Cabe destacar que en dos pacientes el hallazgo de amiloidosis se hizo de manera casual. De acuerdo a lo observado, en práctica clínica debería plantearse el diagnóstico de AAa en los pacientes con espondiloartropatías de larga evolución y deterioro inexplicado de la función renal.

14. AMILOIDOSIS SECUNDARIA Y ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO. REVISIÓN SISTEMÁTICA

B. Tejera Segura, S. Holgado, M. Martínez-Morillo, A. Riveros Frutos, S. Rodríguez Muguruza, J. Sanint, L. Mateo y A. Olivé

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

Introducción: La enfermedad de Still del adulto (ESA) es una enfermedad sistémica que se caracteriza por presentar fiebre, exantema evanescente, artritis, adenopatías y/o hepatoesplenomegalia. Aproximadamente un 5% de los pacientes desarrollan amiloidosis secundaria, una complicación infrecuente pero grave que condiciona el pronóstico de la enfermedad.

Objetivos: Describir un caso de enfermedad de Still y amiloidosis presente en nuestro centro y realizar una revisión sistemática de los casos publicados con esta asociación.

Métodos: Se identificaron todos los pacientes con enfermedad de Still del adulto y amiloidosis registrados en la base de datos del servicio de Reumatología de un hospital universitario con un área de referencia de 800.000 habitantes. Se realizó asimismo, una búsqueda sistemática de todos los casos publicados con estos diagnósticos en Medlars Online International Literature (MEDLINE) a través de PubMed así como búsqueda manual.

Resultados: Se identificó un caso con enfermedad de Still y amiloidosis secundaria entre los 33 pacientes con enfermedad de Still tratados en nuestro centro hospitalario. Tras una revisión sistemática se encontraron 30 casos descritos en la literatura anglosajona. En la serie total de 31 pacientes, la mayoría son pacientes con enfermedad de Still del adulto de patrón policíclico, síntomas constitucionales al inicio, artritis destructiva y/o anquilosis. La amiloidosis suele aparecer entre los 5-10 años después del diagnóstico inicial y la incidencia varía según las diferentes series, con una media de un 5%. No se ha descrito relación con el género aunque predominan las mujeres: 20 mujeres frente a 10 hombres. La forma de inicio más frecuente es la proteinuria, que suele ser de rango nefrótico (13 de 31 pacientes). La hipertensión arterial suele estar ausente. La

Tabla Póster 14

Autor	Casos	Sexo	Edad	Años de evolución de la enfermedad	Tipo de patrón	Tipo de amiloidosis	Tratamiento	Evolución
Smith et al. (1968)	16	8 Mujeres 8 Hombres	—	10	Policíclico	AA	-Glucoc. -Sales de oro	7 fallecidos
Harrington et al. (1981)	1	Mujer	26	30	Policíclico	AA	-Glucoc. -Salicilatos -Colchicina -Diuréticos	-
Vigneron (1986)	2	Mujer	23	1,5	Policíclico	AA	-Glucoc.	Fallece
Wendling et al. (1990)	1	Mujer	27	4	Policíclico	AA	—	Fallece
Bambery et al. (1991)	1	Mujer	57	4	Policíclico	AA	—	—
Cancio et al. (1991)	1	Mujer	36	8	Policíclico	AA	-Glucoc.	Fallece
Ishii et al. (1993)	1	Hombre	34	17	Policíclico	AA	-Glucoc.	Fallece
Ishii et al. (1993)	1	Mujer	32	7	Policíclico	AA/AL	-Glucoc. -Ciclofosfamida	Fallece
Hashimoto et al. (1995)	2	Mujer	25	—	Policíclico	AA	-Glucoc.	Fallece
Rivera et al. (1997)	1	Mujer	26	16	Policíclico	AA	-Glucoc.	Respuesta parcial
Fautrel et al. (1999)	1	Mujer	26	16	Policíclico	AA	-AZA -Glucoc.	Fallece
Young Bae Oh et al. (2000)	1	Mujer	32	—	Policíclico	AA	-MTX -Glucoc.	Respuesta a tratamiento
Serratrice et al. (2003)	1	Mujer	25	4	Policíclico	AA	-Colchicina -Ciclofosfamida -Glucoc.	Respuesta a tratamiento
Kishida D et al. (2010)	1	Hombre	37	5	Policíclico	AA	-Etanercept -Glucoc.	Respuesta a tratamiento
Caso expuesto (2012)	1	Hombre	18	22	Policíclico	AA	-Tocilizumab -Glucoc.	Respuesta a tratamiento
			38	10	Policíclico	AA	-Anakinra	Respuesta a tratamiento

amiloidosis asociada a la enfermedad de Still del adulto es la tipo AA o secundaria., respectivamente. Habitualmente el paciente ya se encuentra en tratamiento con glucocorticoides cuando se establece la amiloidosis. La mortalidad en el seguimiento es alta: 11 (35%) pacientes Se han empleado otros fármacos como los FAMES y actualmente, los fármacos biológicos. Sin embargo, es difícil decidir el mejor tratamiento dado a la escasez de casos y la ausencia de estudios aleatorizados. Las características de nuestra serie y del resto de series, se resumen en la tabla.

Conclusiones: la amiloidosis es una complicación poco frecuente de la enfermedad de Still del adulto pero que debemos tener en cuenta en pacientes con mal control de la enfermedad o con instauración de proteinuria. Dada la baja incidencia de esta complicación no existe en la actualidad ningún tratamiento específico salvo los utilizados habitualmente para el control de la propia enfermedad. La introducción de los tratamientos biológicos, abre una prometedora puerta para poder tratar esta grave complicación.

15. UNA MIRADA AL SÍNDROME DE LÖFGREN: 80 CASOS

B. Tejera Segura¹, S. Holgado¹, L. Mateo¹, M. Martínez-Morillo¹, A. Riveros Frutos¹, J.M. Pego-Reigosa^{2,3}, M. Carnicero Iglesias², C. Mouriño Rodríguez², I. Hernández Rodríguez², S. Rodríguez Muguruza¹, X. Tena Marsà¹ y A. Olivé Marqués¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. ²Sección de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra.

³Instituto de Investigación Biomédica de Vigo (IBIV). Pontevedra.

Introducción: El síndrome de Löfgren es una forma de sarcoidosis frecuente en la región mediterránea. Se caracteriza por adenopatías hiliares bilaterales, eritema nodoso y artritis, que suele ser simétrica y predominar en extremidades inferiores.

Objetivos: describir las características clínicas, el tratamiento y la evolución, de una serie de pacientes diagnosticados de síndrome de Löfgren.

Métodos: diseño retrospectivo (1984-2013) y multicéntrico (2 hospitales universitarios) con un área total de referencia de 1.015.000 habitantes. El síndrome de Löfgren se definió como la asociación de eritema nodoso y/o artritis o periartrosis de tobillo y adenopatías hiliares unilaterales o bilaterales en la radiografía de tórax. Criterio de exclusión: presencia de alguna otra enfermedad granulomatosa.

Resultados: Se diagnosticaron 80 pacientes: 29 hombres y 51 mujeres (media de edad: 42,3 ± 13,4 años). El tiempo medio de seguimiento fue de 54 ± 62,7 meses. Cuarenta y ocho pacientes (60%) presentaron la triada clásica de la enfermedad: adenopatías hiliares, artritis y eritema nodoso; 18 (22,5%) adenopatía hiliares y artritis; 13 (16,7%) adenopatías hiliares y eritema nodoso. En un caso el diagnóstico fue casual mediante radiografía simple de tórax. Las manifestaciones oculares se dieron en 11 pacientes siendo la más común la xeroftalmia. Veintiocho pacientes presentaron fiebre, 18 astenia marcada y 4 pérdida de más de 5 kg de peso en el mes previo al diagnóstico. Todos presentaron alteraciones en el estudio del tórax y se clasificaron dentro del estadio I-II. Se realizaron pruebas funcionales respiratorias en 55 (68%) pacientes, siendo patológicas en 6 (10,9%). Se evidenció un patrón ventilatorio restrictivo leve en todos. En las pruebas de laboratorio se objetivó: hematemetría: anemia normocítica normocrómica en 26 pacientes (32,5%), linfopenia en 6 (7,5%) y bicitopenia en 4 (5%), hipercalcemia en 4 (5%); bioquímica plasmática: hipercalcemia en 1. La VSG se determinó en 78 pacientes siendo la media de 52,4 ± 37,2 mm/hora. La ECA se halló elevada en 13 (20%). La prueba de la tuberculina fue positiva en 6 casos (7,5%). En estos pacientes se excluyó enfermedad tuberculosa activa. Se practicaron de 39 biopsias: 23 transbronquiales, 11 biopsias de piel,

Tabla Póster 15

	Manifestaciones cutáneas	Manifestaciones articulares	Manifestaciones respiratorias	Manifestaciones oculares	Fiebre	ECA elevado	Biopsia	Tratamiento	Remisión 2 primeros años
Tejera et al. (n: 80)	61 pacientes (76%)	66 pacientes (82,5%)	Estadio I-II: 80 pacientes (100%)	11 pacientes (13,7%)	28 pacientes (35%)	13 de 65 pacientes (20%)	Total: 39 - Piel (11) - Transbronquial (23) - Músculo (2) - Ganglio (3) Total: 17	AINES 54 pacientes (67,5%) GC 33 pacientes (41,2%)	70 pacientes (87,5%)
Theulier et al. (n: 43)	39 pacientes (90%)	42 pacientes (97,6%)	Estadio I-II: 39 pacientes (90%) Estadio III-IV: 8 pacientes (18,6%)	4 pacientes (9,3%)	-	17 de 43 pacientes (39,5%)	No más datos	AINES 38 pacientes (88,3%) GC 7 pacientes (16,2%)	-
Maña et al. (n: 186)	173 pacientes (93%)	59 pacientes (31,7%)	Estadio 0: 6 pacientes (3,2%) Estadio I-II: 180 pacientes (96,7%)	10 pacientes (5,3%)	70 pacientes (37,6%)	71 de 141 pacientes (50,3%)	Total: 220 - Músculo (122) - Ganglio (33) - Transbronquial (29) - Hígado (20) - Piel (16)	AINES 173 pacientes (93%) GC 13 pacientes (7%)	114 pacientes (61,2%)
Demirkok et al. (n: 87)	87 pacientes (100%)	40 pacientes (46%)	Estadio I-II: 87 pacientes (100%)	8 pacientes (9,1%)	28 pacientes (32,1%)	-	-	-	80 pacientes (92%)

3 de ganglio linfático (una de ellas por mediastinoscopia) 2 musculares y 1 de párpado inferior. Se dispuso de confirmación anatómopatológica para sarcoidosis en 28 casos (35%). Fue inespecífico o no concluyente en 11 pacientes (28,2%). El tratamiento realizado fue AINE en 54 (67%) pacientes, y glucocorticoides en 33 (41%) pacientes. La remisión en los 2 primeros años del diagnóstico se observó en un 87,5% de los casos (70 pacientes). Catorce pacientes (17,5%) sufrieron recaída: 7 realizaban tratamiento con glucocorticoides, 3 con AINE, 4 no habían recibido tratamiento. En la tabla se recogen las principales características de los pacientes de nuestra serie en comparación con las series más relevantes de la literatura.

Conclusiones: El síndrome de Löfgren es una forma clínica común de sarcoidosis en el área Mediterránea que el reumatólogo puede encontrar en su consulta habitual. Se debe sospechar ante la presencia de eritema nodoso o inflamación periarticular de tobillos. El patrón clínico-radiológico permite obviar la biopsia. El pronóstico es bueno y la recurrencia escasa.

16. MODULACIÓN DE FACTORES DE TRANSCRIPCIÓN PROINFLAMATORIOS EN SINOVIOCIOS TIPO FIBROBLASTO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE POR RECEPTORES X DEL HÍGADO (LXRS)

M.J. Domínguez Luis¹, M. Arce-Franco², E. Armas González¹, M.E. Miranda-Carús³, M. Díaz^{4,5}, A. Castrillo^{4,5} y F. Díaz-González^{1,2}

¹Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna. Tenerife. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁴Instituto de Investigaciones Biomédicas Alberto Sols CSIC-UAM. Madrid. ⁵Unidad Asociada de Biomedicina IIBM. CSIC-Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Departamento de Bioquímica y Biología Molecular. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas.

Introducción: Los receptores LXR α y β , son miembros de la superfamilia de receptores nucleares de factores de transcripción activados por ligando. LXRA se expresan de forma ubicua, mientras que LXR β se limita a los tejidos como el hígado, tejido adiposo o el intestino. Los sinoviocitos tipo fibroblasto (FLS) de pacientes con artritis reumatoide (AR) expresan de forma constitutiva receptores LXRS funcionantes. Varios ligandos sintéticos, T1317 y GW3965, están actualmente disponibles y tienen una mayor potencia y eficacia en la activación de LXRs en comparación con sus ligandos naturales (oxicolesteroles). Se ha descrito en diversas estirpes celulares que estos agonistas modulan la actividad de factores de transcripción proinflamatorios como el NF- κ B o AP-1, los cuales son promotores esenciales que regulan los genes de MMPs. Estos agonistas también se cree que modulan la proliferación y supervivencia celular, mediante el sistema PI-3K/Akt.

Objetivos: 1) Estudiar la implicación de estos receptores en la regulación de las funciones efectoras de la destrucción articular que ejercen los FLS durante la patogenia de la AR como son: proliferación celular y producción de MMPs. 2) Determinar el efecto de los agonistas sintéticos de los LXRs sobre vías de señalización proinflamatorias, como AP-1 y PI-3K/Akt, en los FLS de pacientes con AR. **Métodos:** La proliferación de FLS de AR se analizó mediante ensayos de fluorescencia, CyQuant cell-proliferation assay. La actividad colagenasa se determinó en el sobrenadantes de FLS de pacientes con AR mediante ensayos de degradación fibrilar de colágeno tipo I con fluorescencia enmascarada. Por western blot y utilizando fosfoanticuerpos estudiamos el efecto que GW3965 ejerce sobre la fosforilación de Akt y AP-1 en FLS de AR estimulados con TNF- α .

Resultados: La proliferación de los FLS de AR activados con TNF- α se redujo significativamente en presencia de GW3965 (2 μ M). La actividad colagenasa también fue significativamente menor en el

sobrenadantes de FLS preincubados con este agonista y activados con TNF- α . Mediante técnicas de cuantificación de western blot se observó una disminución significativa de la proteína Akt fosforilada de FLS incubados con GW3965 y TNF- α durante 24 h con respecto a su control. Además, con esta misma técnica también mostró una disminución significativa de la fosforilación de c-Jun (AP-1) con estas mismas condiciones pero incubados durante 15 min.

Conclusiones: Todos estos datos indican que la activación de LXR es capaz de interferir en la proliferación y la producción de MMP de FLS de pacientes con AR actuando sobre la señalización por Akt y AP-1. Estos datos sugieren que los receptores LXR podrían ser usados como potenciales dianas terapéuticas para el manejo de las artropatías crónicas inflamatorias.

17. PAPEL DE LAS QUIMIOQUINAS EN EL RECLUTAMIENTO DE LINFOCITOS B AL FOCO INFLAMATORIO EN ARTRITIS REUMATOIDE

E. Armas González¹, A. Díaz Martín¹, M.J. Domínguez Luis¹, A. Herrera García¹, M.T. Arce Franco², S. Bustabad² y F. Díaz González^{1,2}

¹Departamento de Medicina. Universidad de La Laguna. Tenerife.

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

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica autoinmune que causa la inflamación crónica y la destrucción progresiva de las articulaciones diartrodiales. En la patogénesis de la AR se incluyen: 1) la proliferación de las células endoteliales y sinoviales; 2) el reclutamiento y activación de células proinflamatorias circulantes y 3) la secreción de citoquinas y quimioquinas. A pesar de que se ha considerado que las células B tienen un papel secundario en la patogenia de la artritis reumatoide (AR), la buena respuesta clínica que la depleción sistémica de células B ha demostrado en ensayos clínicos en pacientes con AR, ha aumentado el interés por el estudio del papel que esta estirpe celular juega en la patogénesis de esta enfermedad. Sin embargo, el conocimiento de los mecanismos implicados en la trans migración de células B desde el torrente sanguíneo hacia el tejido sinovial y el papel que las quimioquinas juegan en su acumulación en el microambiente sinovial reumatoide es aún limitado.

Objetivos: Intentar determinar que quimioquinas pueden jugar un papel más relevante en la acumulación de células B en la sinovial reumatoide.

Métodos: Se llevaron a cabo ensayos de quimiotaxis en transwells con linfocitos B aislados de buffy coats por inmunoselección negativa mediante bolas magnéticas, obteniéndose una pureza > 95% de células CD19+. Además, se analizó el nivel de expresión de diversos receptores de citoquinas en células mononucleares CD20+ aisladas de (SP) y líquido sinovial (LS) de 5 pacientes con AR por citometría de flujo con doble marcaje. Por último, se estudió el nivel de expresión génica de receptores de citoquinas por PCR a tiempo real (qRT-PCR) en los linfocitos B de SP y LS de pacientes AR, aislados por selección negativa.

Resultados: Los experimentos de quimiotaxis revelaron un aumento en la migración de las células B en respuesta a IL-6, IL-8, IL-10, SDF-1 y BCA-1 con respecto al control. Los resultados de citometría y RT-PCR mostraron que existe una expresión diferencial de receptores de citoquinas y génica diferencial en linfocitos B de SP respecto a los de LS. Se observó un aumento significativo de la expresión en superficie de CXCR2, CXCR4, CCR1, CCR2, CCR4 y CCR5 en LS respecto a SP, mientras que la de CXCR5, CXCR6 y CCR3 disminuyó en LS respecto a SP. Por otro lado, el nivel de mRNA de CCR2, CXCR3 fue mayor en LS que en SP, mostrándose una tendencia opuesta para CCR5, CXCR2, CXCR4 y CXCR5.

Conclusiones: Dado que la estimulación de receptores de quimioquinas produce su internalización, la pérdida de expresión de CXCR5, CXCR6 y CCR3 en los linfocitos B de LS respecto de SP parece indicar que las quimioquinas BCA-1, CXCL16 y RANTES juegan un papel relevante en el proceso de acumulación de esta estirpe celular en el microambiente sinovial. Consecuentemente, estos datos pueden contribuir al desarrollo de estrategias anti-B que puedan ser utilizadas en el manejo de la AR.

18. RIESGO CARDIOVASCULAR EN ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO. COHORTE PANLAR-EOA DE ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO DE PARAGUAY

P. de Abreu Paloma¹, M.C. Martínez¹, P. Babak¹, J. Mazzoleni¹ y A. Ramagli²

¹Hospital Central del IPS de Asunción. Paraguay.

²Grupo de Estudio PANLAR-EOA.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de riesgo cardiovascular en la cohorte PANLAR de artritis de reciente comienzo (PANLAR-EOA) del Hospital Central del IPS de Paraguay.

Métodos: Los pacientes se protocolizaron, según el proyecto PANLAR-EOA, en 6 visitas (visita 1 a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses). Criterios de inclusión: 1) Edad mayor de 16 años, 2) Inflamación de una o más articulaciones, 3) Duración de los síntomas igual o menor de 1 año. Los pacientes se registraron en la base de datos REPANARC (www.panlareoa.org). En la primera visita se determinó el RCV (habito tabáquico, diabetes, presencia de eventos cardiovasculares previos, medición de tensión arterial, índice de masa corporal (IMC), DAS28, SDAI, factor reumatoide (FR), y anti-CCP, perfil lipídico, índice aterogénico, SCORE (Estimación de riesgo a los 10 años de enfermedad cardiovascular mortal), REGICOR (estimación del riesgo coronario mediante la ecuación de Framingham calibrada) y ecografía Doppler de carótidas.

Resultados: Del análisis de 70 pacientes ingresados en el registro de la primera visita, entre el 20/03/2012 y el 20/11/2013, predominó el sexo femenino 84,29%, con una edad media de 43,08 DE ($\pm 12,89$) años. el 88,58% eran de raza blanca y el 11,42% mestiza. La mediana de demora diagnóstica desde el inicio de los síntomas fue de 4 meses. La forma más frecuente de inicio de la artritis fue: insidiosa (92%), poliarticular (67,14%) y aditiva (92,85%). En la primera visita el diagnóstico fue: 17 (27,14%) artritis indiferenciadas (AI), 49 (70%) artritis reumatoide (AR), 1 (1,43%) espondilitis anquilosante y 1 (1,43%) conectivopatía indiferenciada. En su evolución, 6 AI se diagnosticaron de AR y 1 AI se autolimitó. En la primera visita la media del HAQ fue $0,9 \pm 0,759$. La media de la actividad de la enfermedad al inicio: $4,10 \pm 1,30$ para el DAS28 y $21,91 \pm 14,29$ para el SDAI. Presentaron FR positivo 34 (48,57%) pacientes y anti-CCP

positivo 34 (48,57%) pacientes. Dos pacientes presentaron erosiones radiológicas al inicio. El fármaco más utilizado en monoterapia fue el metotrexato en el 71,42%. El 11,14% eran hipertensos, el 14% diabéticos, el 5,71% fumadores y ninguno había presentado un evento cardiovascular previo. La media del IMC $26,31 \pm 4,64$ (peso normal 29,78%, sobrepeso 44,69% y obesidad 25,53%). La media de glucemia fue $87,42 \pm 14,20$, el colesterol total $190,04 \pm 40,67$, LDL $117,17 \pm 32,28$, HDL $50,27 \pm 11,31$ y triglicéridos $150,78 \pm 110,10$. La media del índice aterogénico (colesterol total/HDL) fue $3,97 \pm 1,20$. El SCORE de riesgo cardiovascular a los 10 años fue $0,47\% \pm 1,38$ (0-8). REGICOR fue de $2,92\% \pm 2,54$ (1-12). Se realizó ecografía Doppler de carótidas en 13 pacientes no mostrando alteraciones.

Conclusiones: En la cohorte estudiada, no se detectó un riesgo alto de desarrollo de enfermedad cardiovascular a los 10 años. A pesar ello si encontramos factores modificables que podría en un futuro ensombrecer su pronóstico: 1) La media de IMC mostro sobrepeso y/o obesidad en el 70,21% de los pacientes, 2) La media de los valores de colesterol total y triglicéridos estaban en el límite alto de la normalidad, 3) La media de la actividad de la enfermedad era moderada para el DAS28 y el SDAI. Por ello la modificación del estilo de vida, la instauración de tratamiento para reducir el riesgo cardiovascular y el seguimiento a largo plazo son pilares básicos para disminuir la posible morbimortalidad cardiovascular futura.

19. EVOLUCIÓN DE LAS ARTRITIS INDIFERENCIADAS

S. Rodríguez-Muguruza, M. Martínez-Morillo, X. Tena Marsá, A. Olivé Marqués, A. Riveros Frutos, J. Sanint, A. Prior, S. Holgado Pérez, L. Mateo Soria y J. Cañellas

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

Introducción: El uso de un sistema de codificación en reumatología permite mejorar el rendimiento y la calidad de la atención al paciente. En el servicio de reumatología de nuestro hospital se lleva a cabo una tarea de codificación desde 1984. Varios reumatólogos recogen prospectivamente, a los 6 meses de la primera visita, la filiación y el diagnóstico de los pacientes atendidos. Se utiliza la nomenclatura del American College of Rheumatology de 1983, convenientemente modificada para incluir un apartado de artritis no diagnosticadas en el que se incluyen las mono, oligo y poliartitis (más de 4 articulaciones) sin una causa identificada.

Objetivos: Describir la evolución después de un mínimo de 30 meses de seguimiento de las artritis que fueron clasificadas como no diagnosticadas a los 6 meses de la primera visita.

Métodos: Diseño retrospectivo en un hospital universitario con un área de referencia de 850.000 habitantes. Se revisaron las historias clínicas procedentes de la base de datos de reumatología codifica-

Tabla Póster 19

Evolución/Artritis	Monoarticular 36 (23,3%)	Oligoarticular 71 (46,1%)	Poliarticular 47 (30,5%)
Indiferenciadas, 67 (43,5%)	9	27	31
	5 siguen controles	16 siguen controles,	11 siguen controles
	4 no siguen controles	11 no siguen controles	20 no siguen controles
Autolimitadas 30 (19,5%)	16	7	7
Otros diagnósticos 57 (65%)	11	37	9
	3 espondiloartropatía	8 espondiloartropatía	2 artritis reumatoide
	2 microcristalina	7 artritis reumatoide	2 microcristalina
	2 artritis idiopática juvenil	6 microcristalina	1 lupus eritematoso sistémico
	4 otras	3 reumatismo palindrómico	1 reumatismo palindrómico
		2 sarcoidosis	1 artritis psoriásica
		1 enfermedad de Still	2 otras
		1 lupus eritematoso sistémico	
		9 otras	

das como "artritis no diagnosticadas" entre 2006 y 2011. De estos pacientes se recogió la localización de la artritis, el seguimiento y el diagnóstico final al que se había llegado en diciembre del 2013, trascurrido un mínimo de 2,5 años desde la primera visita (intervalo: 2,5-6,5 años).

Resultados: En este periodo se codificaron como artritis no diagnosticadas un total de 154 casos, cuyos resultados se resumen en la tabla. Por otro lado, de los 57 pacientes en los que se llegó a filiar la causa de la artritis: 38 (66,6%) siguen controles, 16 (28%) los abandonaron y 3 (5,3%) pacientes fueron dados de alta. La articulación más implicada en las monoartritis fue la rodilla en 21 casos (58,3%). Cabe mencionar que de los 36 pacientes con monoartritis, 4 evolucionaron a oligo o poliartritis seronegativa y tres de los pacientes con oligoartritis indiferenciada evolucionaron a una forma poliarticular, también indiferenciada.

Conclusiones: Una artritis indiferenciada de comienzo reciente puede evolucionar a una enfermedad inflamatoria clasificable, autolimitarse o persistir indiferenciada, por lo que supone un reto para el reumatólogo. El porcentaje de resolución espontánea de las artritis indiferenciadas es de 44,4%, 9,8% y 14,9% para las mono, oligo y poliartritis, respectivamente. Las primeras son más declives a resolverse espontáneamente mientras que las formas de inicio oligoarticular y poliarticular tienden más a la cronicidad. En la presente serie, las artritis indiferenciadas que en mayor número de casos llegan a un diagnóstico establecido son las de inicio oligoarticular. La mayoría de las poliartritis no diagnosticadas en los primeros 6 meses continúan sin causa filiada tras el seguimiento. El porcentaje de pacientes que continúan en seguimiento es mayor en las artritis clasificables que en las indiferenciadas (66,6% frente al 47,7%). En base a estos datos, es importante que los sistemas de codificación en reumatología sean dinámicos dados los cambios evolutivos de las enfermedades inflamatorias articulares.

20. VALOR DEL PÉPTIDO CITRULINADO EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET

J. Sánchez Bursón, R. Montero Granado y A. Piñero Bustamante

Unidad de Uveítis. Hospital de Valme. Sevilla.

Introducción: El anticuerpo del péptido citrulinado (CCP) se encuentra elevado en múltiples enfermedades autoinmune e inflamatorias, como la artritis reumatoide donde puede indicar pronóstico o en el lupus eritematoso sistémico que se asocia a pacientes con artritis. Un estudio previo en Corea ha demostrado la positividad de los CCP en pacientes con enfermedad de Behçet (EB) que presentan fundamentalmente manifestaciones articulares.

Métodos: Realizamos un estudio prospectivo en pacientes diagnosticados previamente de EB tanto con o sin afectación articular, a estos se les realizó determinaciones de CCP y FR.

	Pacientes con enfermedad de Behçet	Pacientes con enfermedad de Behçet y manifestaciones articulares	Pacientes con enfermedad de Behçet sin manifestaciones articulares
Hombres	36	22	14
Mujeres	58	40	18
Aftas orales	94	62	32
Úlceras genitales	79	50	29
Lesiones cutáneas	82	58	24
Uveítis	65	39	26
Afectación SNC	34	24	10
Afectación digestiva	28	17	11
Afectación vascular	12	8	4
CCP +	9	9	0
FR +	13	8	5
CCP + FR +	5	5	0

Resultados: Un total de 94 pacientes diagnosticados previamente de EB fueron evaluados, la edad media era de 42,6 años (10-70), 58 eran mujeres. De estos el 66% presentaron manifestaciones articulares en el curso de la enfermedad. Las características clínicas de los pacientes se expresan en la tabla. En 9 pacientes con EB estaba presente los CCP + y 5 presentaban CCP y FR + de forma conjunta, en todos los casos eran en pacientes con manifestaciones articulares fundamentalmente poliartritis y oligoartritis de mmii. No se observó erosiones articulares en ninguno de ellos.

Conclusiones: La determinación del CCP + en pacientes con EB puede determinar un subgrupo de estos pacientes con alta frecuencia de manifestaciones articulares.

21. REDUCCIÓN DE DOSIS DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN REMISIÓN CLÍNICA PERSISTENTE

M. Almirall, T. Salman, M.P. Lisbona, S. Iniesta y J. Maymó

Servicio de Reumatología. Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción: La eficacia de las terapias biológicas anti-TNF en el tratamiento de pacientes con espondiloartritis axial activa es bien conocida pero hay poca evidencia sobre la reducción de dosis en pacientes en remisión clínica. Nuestro objetivo principal es evaluar el porcentaje de pacientes con espondiloartritis axial en remisión mantenida, a los que se ha reducido la dosis de terapia biológica, que permanecen en remisión o en baja actividad de la enfermedad, BAE, a los 3, 6 y 12 meses de seguimiento.

Métodos: Estudio observacional prospectivo, de 12 meses de duración, seleccionando pacientes de nuestro servicio con espondiloartritis axial según criterios ASAS, incluyendo la espondilitis anquilosante, en remisión mantenida (puntuación BASDAI igual o inferior a 2, ausencia de artritis o entesitis y valor de PCR dentro de la normalidad), durante un mínimo de 6 meses, sin consumo continuado de AINEs, a los que se reduce la dosis de terapia anti-TNF según un protocolo establecido (etanercept 50 mg cada 10 días o 25 mg cada semana, infliximab 3 mg/kg cada 8 semanas y adalimumab 40 mg cada 3 semanas). Las características basales que se analizaron fueron: edad, sexo, tabaquismo, diagnóstico, presencia de HLAB27 positivo, afectación periférica, antecedentes de uveítis, terapia combinada con fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos (FAMES), PCR y VSG elevadas antes del inicio del tratamiento (PCR mayor a 0,6 mg/dl y VSG mayor a 20 mm/hora), presencia de lesiones estructurales en columna en radiología simple, duración de la remisión clínica, duración de la enfermedad, tratamiento biológico utilizado y duración media del mismo. A los 3, 6 y 12 meses de seguimiento se evaluaron el porcentaje de pacientes que seguían en remisión (BASDAI ≤ 2), el porcentaje que presentaban BAE (BASDAI entre 2 y 4 unidades) y el porcentaje que recidivaban (BASDAI ≥ 4), y requerían volver a la dosis anterior de terapia biológica.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes (73,8% hombres) con una edad media de 41,2 ± 12,2 años. Los diagnósticos fueron: 33 espondilitis anquilosante, 7 espondiloartritis axial no radiológica y 2 espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal y el 76,2% eran HLAB27 positivos. El 42,8% eran fumadores, el 50% presentaban afectación periférica, el 16,6% tenían antecedentes de uveítis, el 9,5% seguían terapia combinada con FAMES, el 73,8% presentaban cifras elevadas de PCR y el 57,1% de VSG antes del inicio de la terapia biológica y el 45,2% tenían lesiones estructurales en columna. Presentaban una duración media de remisión de 27,5 ± 18,2 meses y tenían una duración media de la enfermedad de 6,6 ± 5,7 años. 8 pacientes recibían tratamiento con etanercept, 7 con infliximab y 27 con adalimumab con una duración media de tratamiento de 40,7 ± 23,7 meses. A los 3 meses de seguimiento el

85,7% de los pacientes seguían en remisión, el 9,5% presentaban BAE y sólo el 4,8% recidivaron. A los 6 meses el 76,2% seguían en remisión, el 7,1% presentaban BAE y el 16,7% recidivaron. A los 12 meses de seguimiento el 69,1% permanecían en remisión, el 7,1% presentaban BAE y el 23,8% recidivaron.

Tabla Póster 21

Número de pacientes (porcentaje)	3 meses	6 meses	12 meses
Total	42 (100%)	42 (100%)	42 (100%)
Remisión	36 (85,7%)	32 (76,2%)	29 (69,1%)
Baja actividad	4 (9,5%)	3 (7,1%)	3 (7,1%)
Recidiva	2 (4,8%)	7 (16,7%)	10 (23,8%)

Conclusiones: La mayoría de nuestros pacientes con Espondiloartritis axial permanecieron en remisión a los 3, 6 y 12 meses de reducir la dosis de terapia biológica. Sólo un pequeño porcentaje de los pacientes recidivaron y necesitaron volver a la dosis anterior.

22. ¿HAY DIFERENCIAS EN LAS CARACTERÍSTICAS BASALES ENTRE PACIENTES QUE RECIDIVAN Y PACIENTES QUE PERMANECEN EN REMISIÓN O BAJA ACTIVIDAD, AL AÑO, TRAS REDUCCIÓN DE DOSIS DE TERAPIA BIOLÓGICA EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL?

M. Almirall, T. Salman, M.P. Lisbona, S. Iniesta y J. Maymó

Servicio de Reumatología. Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción: Hay poca evidencia sobre la reducción de dosis de terapia biológica en pacientes con espondiloartritis axial en remisión clínica mantenida y no están estudiados los probables factores que predispondrían a la recidiva en estos pacientes. Nuestro objetivo principal es establecer si existen diferencias en las características basales entre pacientes que recidivan y pacientes que permanecen en remisión o baja actividad de la enfermedad, BAE, al año tras reducción de dosis de terapia biológica en espondiloartritis axial.

Métodos: Inicialmente, se realizó un primer estudio, observacional prospectivo, que evaluaba el porcentaje de pacientes que seguían en remisión o BAE (índice BASDAI menor a 4), y el porcentaje que recidivaban (índice BASDAI igual o mayor a 4) al año de reducción de dosis de terapia biológica en pacientes con espondiloartritis axial en remisión clínica persistente (mayor a seis meses) según un protocolo establecido (etanercept 50 mg cada 10 días o 25 mg cada semana, infliximab 3 mg/kg cada 8 semanas y adalimumab 40 mg cada 3 semanas). Posteriormente, se estudió si existían diferencias en las características basales entre los pacientes que recidivaban y los pacientes que permanecían en remisión o BAE, a los 12 meses de reducción de dosis de terapia biológica. Las características basales,

Tabla Póster 22

Diferencias en las características basales de los pacientes que permanecen en remisión o baja actividad de la enfermedad y de los pacientes que recidivan a los 12 meses de reducción de dosis de la terapia biológica

Parámetros	Pacientes en remisión o BAE (32)	Pacientes que recidivan (10)	p
Edad, media ± DE (años)	42,9 ± 12,1	35,9 ± 11,8	0,116
Sexo masculino, número (%)	26 (81,2%)	5 (50%)	0,050
Fumadores activos, número (%)	16 (50%)	2 (20%)	0,094
Espondilitis anquilosante, número (%)	25 (78,1%)	8 (80%)	0,900
HLAB27, número (%)	26 (81,2%)	6 (60%)	0,168
Afectación periférica, número (%)	16 (50%)	5 (50%)	1
Antecedentes de uveítis, número (%)	5 (15,6%)	2 (20%)	0,746
Terapia combinada con FAMES, número (%)	4 (12,5%)	0 (0%)	0,240
PCR ATB > 0,6 mg/dl, número (%)	26 (81,2%)	5 (50%)	0,050
VSG ATB > 20 mm/hora, número (%)	20 (62,5%)	4 (40%)	0,210
Daño radiológico en columna, número (%)	14 (43,7%)	5 (50%)	0,729
Duración de la remisión clínica, media ± DE (meses)	30,6 ± 18,9	17,7 ± 11,9	0,049
Duración de la enfermedad, media ± DE (años)	7,3 ± 5,9	4,7 ± 4,9	0,215
Duración del tratamiento biológico, media ± DE (meses)	43,6 ± 22,3	31,6 ± 26,7	0,164

clínicas y demográficas, analizadas fueron: edad y sexo, número de pacientes fumadores activos, con diagnóstico de espondilitis anquilosante, con HLAB27 positivo, con afectación periférica, con antecedente de uveítis, con terapia combinada con fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos, FAMES, con PCR mayor a 0,6 mg/dl y VSG mayor a 20 mm/hora anterior a la terapia biológica, con daño radiológico en columna, duración media de la remisión clínica (en meses), de la enfermedad (en años) y del tratamiento biológico (en meses). Las diferencias en las características basales entre los dos grupos de pacientes se evaluaron mediante el test t de Student para datos independientes en las variables cuantitativas y el test de ji-cuadrado para las variables categóricas.

Resultados: A los 12 meses de seguimiento tras la reducción de dosis el 76,2% de los pacientes permanecían en remisión o BAE (32) y el 23,8% recidivaron (10 pacientes). Se objetivó una menor duración de la remisión clínica, estadísticamente significativa, en el grupo de pacientes que recidivaban en comparación con el grupo que permanecían en remisión o BAE al año de reducción de dosis de la terapia biológica (17,7 ± 11,9 vs 30,6 ± 18,9 meses, p = 0,049). No se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en las otras características basales estudiadas entre los dos grupos de pacientes.

Conclusiones: Comparando las características basales entre el grupo de pacientes con Espondiloartritis axial que recidivaban y el grupo que permanecían en remisión o BAE al año de reducción de dosis de la terapia biológica, únicamente se objetivó una menor duración de la remisión clínica, estadísticamente significativa, en el grupo que recidivaba y requería volver a la dosis anterior de tratamiento.

23. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS DE ADMINISTRACIÓN SUBCUTÁNEA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA REUMÁTICA: DATOS DE UN REGISTRO LOCAL

J. Rosas¹, R. Prats², A. Pons³, J.M. Senabre¹, E. Salas¹, A. Raga², G. Santos-Soler¹, C. Santos-Ramírez⁴, R. Ortega⁴, C. Cano³, M. Lorente³, X. Barber⁵ y Grupo AIRE-MB

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Farmacia Hospitalaria; ³Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Marina Alta. Denia. Alicante. ⁵CIO-Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante.

Objetivos: Evaluar la adherencia y cumplimentación del tratamiento con fármacos biológicos de administración subcutánea, en pacientes con patología reumática.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, realizado durante los meses de julio a diciembre de 2013. Coincidiendo con la cita mensual/

bimensual en el Servicio de Farmacia del Hospital Marina Baixa, para recoger la medicación, los pacientes de reumatología en tratamiento con fármacos biológicos de administración subcutánea, acudían a la consulta de reumatología, donde enfermería de reumatología les realizaba una encuesta para conocer la cumplimentación del tratamiento en el mes anterior. Se recogieron de los pacientes datos epidemiológicos (edad, sexo), diagnóstico de la enfermedad reumatológica, tipo de fármaco biológico con fecha de inicio y pauta aconsejada por su reumatólogo y cumplimentación de la misma. En caso de no cumplimentación correcta, la causa de las mismas y durante cuantos días. Posteriormente, enfermería de reumatología realizaba un repaso de los aspectos beneficiosos de la cumplimentación adecuada y resolvía las posibles dudas de los pacientes ante situaciones frecuentes.

Resultados: Durante el mes de julio se incluyeron 120 pacientes, a los que se les realizó la encuesta sobre cumplimentación. En 30 pacientes (25%), se comprobó algún fallo en la cumplimentación de los fármacos biológicos subcutáneos. El grupo de cumplimentación parcial: el 68% eran mujeres, con edad media de 58 años. La distribución por diagnóstico era: espondilitis anquilosante: 57%, artritis reumatoide: 30%, artritis psoriásica: 7% y otros, el 6%. El 43% estaba recibiendo etanercept (ETN), el 33% adalimumab (ADL), el 17% golimumab y el 3% certolizumab. La media de tiempo en tratamiento con el fármaco biológico fue de 2,4 años (rango: 1-120 meses). El retraso medio fue de 14 días (rango: 1-42 días). En 6 pacientes (20%), recibían el tratamiento en pauta alargada (4 con ETN y 2 con ADL). Las causas referidas por lo pacientes del fallo en la cumplimentación fueron: olvido: 40%, viaje: 20%, enfermedad intercurrente o efectos secundarios del fármacos: 20% y miscelánea: 20%. A los 3 meses (octubre), de este grupo inicial, solo 4/30 pacientes (13%) presentaron algún fallo en la cumplimentación; y en el grupo global, 9 de los 140 (6%) pacientes en estudio, presentaron fallos, con un retraso medio de 7 días; 5 (55%) de ellos por olvido y en el resto, un paciente en cada caso siguiente: ineficacia, neumonía, cirugía prótesis, vacunación antigripal.

Conclusiones: 1. EL 25% de los pacientes con patología reumática en tratamiento con fármacos biológicos subcutáneos, sufre algún fallo en la cumplimentación. 2. Con estímulos directos, la cumplimentación incorrecta, se reduce considerablemente. 3. La causa más frecuente del fallo en la cumplimentación es el olvido.

24. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EVALUADOS EN CONSULTA DE REUMATOLOGÍA: HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA CALIDAD PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES

J. Rosas¹, A. Pons², C. Cano², M. Lorente², J.M. Senabre¹, E. Salas¹, G. Santos-Soler¹, X. Barber³, M. Sánchez-Barrioluengo⁴ y Grupo AIRE-MB

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

Introducción: La realización de encuestas de satisfacción, se considera una herramienta práctica y útil para proponer medidas de mejora en la calidad asistencial.

Objetivos: Conocer la satisfacción en la atención de los pacientes que son evaluados, en las consultas de Reumatología del área sanitaria de la Marina Baixa.

Métodos: Estudio transversal, descriptivo en 170 pacientes consecutivos, que acudían a la consulta de Reumatología, del Hospital Marina Baixa o del Centro de especialidades de Benidorm y participaron de forma voluntaria y anónima, en una encuesta de satisfacción, sobre la atención recibida. Uno de los 4 reumatólogos de la Sección diseñó la encuesta y se realizó, sin el conocimiento previo del resto. Incluye un primer apartado con datos del paciente genera-

les (edad, sexo, estado civil, estudios, situación laboral), número de consultas en Reumatología en el último año, conocimiento del nombre de su enfermedad reumática, nombre del reumatólogo y enfermera de reumatología que le atiende. Un segundo apartado recoge el grado de satisfacción global de la atención: si recomendaría este equipo de reumatología, realización de pruebas o técnicas sin autorización definida, información suficiente sobre su proceso, conocimiento del procedimiento para contactar. El tercer apartado recoge datos de calidad, de 1-5: 1 = mucho peor de lo que esperaba; 2 = peor, 3 = como esperaba, 4 = mejor, 5 = mucho mejor de lo que esperaba **Resultados:** De los 168 pacientes evaluados, el 80% eran mujeres, de 59,6 años edad media, el 60% atendidos en la consulta del hospital. El 64% estaban casados, 15% solteros, 11% separados y el 10% viudos. El 80% tenían estudios (primarios: 46%, bachiller: 22%, universitarios: 12%). El 36% estaban jubilados, 31% trabajadores en activo, 23% amas de casa, 10% en paro. El número medio de consultas en reumatología del último año era de 2,2 (primera visita: 27%). El 95% de los pacientes recomendarían sin ninguna duda este equipo de reumatología y el 63% se mostraban muy satisfechos y el 37% satisfechos con la atención recibida. El 9% refieren que se les realizó alguna prueba o técnica sin autorización previa. El 38% conoce la enfermedad que padece; El 58% conoce como contactar con el equipo de reumatología y el 90% cree haber recibido la información adecuada. El resultado medio del apartado de calidad sanitaria percibida fue de 4,1 (tabla).

Resultado de la encuesta en calidad sanitaria percibida, en la consulta de Reumatología. El paciente señala entre 1 (mucho peor) a 5 (mucho mejor), según su expectativa de atención

Pregunta	Valor (1-5)
Facilidad para llegar al hospital	3,6
Estado de salas y consultas de Reumatología (apariciencia agradable)	3,6
Tiempo en lista de espera para atención en Reumatología	3,6
Tiempo en sala de espera para ser atendido por el reumatólogo	3,5
Confianza/seguridad que el personal de la consulta transmite a la consulta	4,3
Amabilidad/cortesía en el trato del personal de consulta Reumatología	4,5
Trato personalizado que se da a los pacientes	4,5
Interés del reumatólogo y enfermera por solucionar sus problemas	4,6
Información que los reumatólogos proporcionan	4,4
Información que las enfermeras de reumatología proporcionan	4,4
Preparación del personal para realizar su trabajo	4,5
Capacidad del personal para comprender las necesidades del paciente	4,1
Comunicación del personal con los familiares	4
Información referida sobre la medicación (pauta, fármacos, indicaciones, opciones)	4,4

Conclusiones: 1. La encuesta de satisfacción percibida sobre la calidad en la atención recibida, señala aspectos de mejora. 2. El valor medio de la calidad es de 4,1. 3. La puntuación peor se refiere a aspectos de la estructura del Centro, tiempo en la sala de espera y en lista de espera de Reumatología (tiempo medio en lista de espera durante 2013, de 20 días).

25. RESULTADOS DE LA 1ª JORNADA ARAGONESA DE ENFERMEDEDES REUMÁTICAS PARA PACIENTES

E. Meriño Ibarra¹, M. Medrano², E. Aznar Villacampa¹, C. Beltrán Audera², V. Cuéllar Cruz¹, C. Delgado Beltrán¹, E. Giménez Úbeda², J. Marzo Gracia², M.J. Monreal Villanueva³, E. Palero Díaz⁴, R. Roselló Pardo⁴ y resto de miembros de la SAR

¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

²Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ³Centro Médico Palafox. Zaragoza. ⁴Hospital General San Jorge. Huesca.

Introducción: Se calcula que en España hay más de 10 millones de personas con enfermedades reumáticas, pero consideramos que el conocimiento de estas enfermedades es limitado en la población

general, es muy frecuente escuchar el término “tengo reuma”. No conocemos cuáles son los síntomas que la población más relaciona con nuestra especialidad.

Objetivos: 1. Proporcionar un mayor acercamiento de los especialistas en Reumatología a la población aragonesa. 2. Ofrecer información básica y necesaria sobre las principales patologías del aparato locomotor. 3. Conocer si hay necesidad de información y la percepción que hay en la población general acerca de la especialidad de Reumatología.

Métodos: Este estudio se ha realizado con los datos obtenidos a partir de la 1ª Jornada Aragonesa de Enfermedades Reumáticas para pacientes, de carácter público, con entrada libre y en una zona de la ciudad de Zaragoza muy accesible, en mayo de 2013, previa publicación del evento. Se dividió en dos partes: la primera dedicada a la realización de una historia clínica sencilla y a responder preguntas de pacientes o personas sanas que acudieran, así como también a la realización de diferentes exploraciones: cálculo del FRAX, densitometría de calcáneo, ecografía y capilaroscopia, según criterio del reumatólogo. Se concluyó con una aproximación diagnóstica y recomendaciones. En la segunda parte se realizaron charlas divulgativas por parte de reumatólogos y pacientes dirigidas al público en general.

Resultados: Acudieron alrededor de 200 personas, de ellos los casos válidos para la obtención de estos resultados fueron un total de 78 sujetos, con una edad media de 59 años y un 87% del sexo femenino. Los motivos de consulta que predominaron entre los asistentes fueron: dudas acerca de la osteoporosis (55%), dolor generalizado (15%) y dolor en articulaciones específicas (gonalgia, coxalgia, dolor axial, otras) comprendió entre el 5-7%. El 79,4% de los sujetos tenían un reumatismo conocido. El cálculo del FRAX y la densitometría de calcáneo se realizó en el 73 y 60% de los sujetos, respectivamente, la ecografía articular en el 7,6% de los sujetos. Los diagnósticos más frecuentes fueron las alteraciones degenerativas (41%) y la osteoporosis/osteopenia (21,7%), las enfermedades inflamatorias (artritis reumatoide, espondiloartritis) constituyeron el 20% de los diagnósticos, las enfermedades autoinmunes sistémicas el 6% y no se encontró patología reumática en el 10,2%. Al 51% de los sujetos participantes se les recomendó acudir al reumatólogo. La colocación de carteles en los Centros de Salud/Hospital e información a través de la radio o la prensa escrita (84,5%) fueron las principales vías por las que los participantes conocieron de la existencia del evento. Solamente un 11% acudió porque pasaba por allí. El 83% de los participantes mostraron niveles altos de satisfacción (4-5 de una escala del 1 al 5, siendo el 5 el más alto grado de satisfacción).

Conclusiones: La asistencia al evento sugiere una necesidad de información en la población general acerca de las enfermedades reumáticas. La osteoporosis y el dolor generalizado son los síntomas o preocupaciones más relacionadas con nuestra especialidad por parte de la población general.

26. RELACIÓN ENTRE LOS ANTICUERPOS ANTI-SM CON OTRAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES DISTINTAS AL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SU RELACIÓN CLÍNICA Y ANALÍTICA CON EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

C.A. Egües Dubuc, M. Uriarte Ecenarro, C. Meneses Villalba, N. Errazquin Aguirre, O. Maíz Alonso, J. Cancio Fanlo, I. Hernando Rubio, E. Uriarte Isacelaya, I. Bañegil Espinosa, M. Yagüe Asensio y J. Belzunegui Otano

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.

Introducción: Los anticuerpos anti-Sm son específicos para el lupus eritematoso Sistémico (LES), presenta una sensibilidad del 39,2%,

una especificidad del 99,7% y un valor predictivo positivo del 96,5%. Están presentes en el 20-30% de los pacientes con LES y es no es habitual su presencia en otras enfermedades autoinmunes (EA). La artritis y las alteraciones dermatológicas son las manifestaciones clínicas más frecuentes en el LES en un 69-95% y 78-93% respectivamente. Los anticuerpos anti-Sm forman parte de los criterios diagnósticos de LES, pero en la práctica clínica diaria se pueden observar en otras EA.

Objetivos: Determinar la existencia de anticuerpos anti-Sm en otras EA distintas al LES. Determinar su relación con las manifestaciones clínicas y otros anticuerpos en el LES.

Métodos: Se realizó una búsqueda retrospectiva de las historias clínicas informatizadas y en papel de los pacientes que presentaron al menos una detección positiva para anticuerpos anti-Sm durante el periodo enero 2011 y diciembre 2012 en el Hospital Universitario Donostia. Se obtuvieron 2 grupos: pacientes con diagnóstico de LES y pacientes con otros diagnósticos distintos al LES. Los pacientes que no presentaron el diagnóstico LES, se les revisó las historias clínicas desde que las tienen abiertas hasta junio 2013 en busca de otras EA, además de cuantas determinaciones presentaron positivas y negativas para este anticuerpo. Los pacientes con diagnóstico de LES se les revisó las historias clínicas desde el diagnóstico del LES hasta junio 2013. Las variables recolectadas en estos pacientes fueron: demográficas, manifestaciones clínicas y otros anticuerpos autoinmunes. Los anticuerpos recolectados fueron desde el diagnóstico de LES o desde enero 2000 (si el diagnóstico fue previo a esta fecha) hasta junio 2013.

Resultados: Se estudiaron 33 pacientes (30 mujeres) con una edad media de 42,1 años (16-92). En la tabla se muestran las prevalencias de EA y no autoinmunes en pacientes con al menos una detección positiva para los anticuerpos anti-Sm. Se encontraron: 17 pacientes solamente con LES, 9 pacientes con otras EA y LES concomitantemente, 5 pacientes con otras EA distintas al LES y 2 con enfermedades no autoinmunes. Los diagnósticos de los 5 pacientes con EA distinta al LES fueron: síndrome de Sjögren primario (1 anticuerpo positivo para anti-Sm y 6 negativos), conectivopatía no diferenciada (7 anticuerpos positivos para anti-Sm y 7 negativos), Esclerodermia (4 anticuerpos positivos para anti-Sm y 1 negativo), polimialgia reumática (1 anticuerpo positivo para anti-Sm y ninguno negativo) y artritis reumatoide (1 anticuerpo positivo para anti-Sm y 7 negativos). Los 2 pacientes sin EA incluidos en el estudio presentaron una sola determinación de los anticuerpos anti-Sm positivo asociado con la presencia del anticuerpo antinucleares a título 1/80 concomitantemente. Las manifestaciones clínicas más frecuentes encontradas en los pacientes con LES y anti-Sm positivo fueron: artritis (53,8%), rash malar (42,3%), fotosensibilidad (33,8%), leucopenia (33,8%) y alopecia (23,1%); y los anticuerpos fueron: anti-DNA (65,4%), anti-histona (57,7%), anti-RNP (53%), anti-Ro (42%) y anti-cardiolipina (30,8%).

1)	LES solo	17 (52%)
2)	LES asociado a otras EA:	9 (27%)
	a) Crioglobulinemia mixta	3
	b) Tiroiditis autoinmune	2
	c) Síndrome de Sjögren secundario	2
	d) Enfermedad mixta del tejido conectivo	2
	e) Vasculitis secundaria	2
	f) Hepatitis autoinmune	1
	g) Psoriasis	1
	h) Cirrosis biliar primaria	1
3)	Otras EA distintas a LES	5 (15%)
	a) Esclerodermia	1
	b) Conectivopatía indiferenciada	1
	c) Polimialgia reumática	1
	d) Artritis reumatoide	1
	e) Síndrome de Sjögren primario	1
4)	Otras enfermedades no autoinmunes	2 (6%)

Conclusiones: El 15% de los pacientes con anti-Sm presentaron otras EA distintas al LES. Las manifestaciones clínicas y analíticas encontradas en los pacientes con LES no muestran diferencias respecto a otros estudios.

27. ESTRATEGIA PARA LA DETECCIÓN Y DERIVACIÓN PRECOZ DE PACIENTES CON POSIBLE ESPONDILOARTRITIS

X. Juanola¹, E. Collantes Estévez², F. León Vázquez³, A. Torres Villamor⁴, M.J. García de Yébenes⁵, R. Queiro Silva⁶, J. Gratacós Masmitja⁷, E. García Criado⁸, S. Giménez⁹, L. Carmona⁵ y Grupo de Estudio para el Dolor Lumbar Inflamatorio

¹Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ²IMIBIC. Córdoba.

³CS Universitario San Juan de la Cruz. Pozuelo de Alarcón. Madrid.

⁴CS Arroyo de la Media Legua. SERMAS. Madrid. ⁵Instituto de Salud Musculo-esquelética. Madrid. ⁶Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ⁷Hospital Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

⁸UGC Fuensanta. Córdoba. ⁹UGC Limonar. Málaga.

Objetivos: Diseñar una estrategia de detección y derivación precoz de pacientes con posible espondiloartritis mediante el desarrollo de recomendaciones consensuadas dirigidas a los médicos de Atención Primaria (AP).

Métodos: Se utilizó una metodología modificada de RAND/UCLA y revisión sistemática de la literatura. Se seleccionó un grupo de discusión formado por reumatólogos y médicos de AP. Se estudió el mapa del proceso y se propusieron recomendaciones y algoritmos que fueron sometidos a dos rondas Delphi para evaluar el grado de aceptación y preferencia de criterios en un grupo amplio de reumatólogos y médicos de AP. Del análisis de la segunda ronda Delphi se extrajeron las recomendaciones finales.

Resultados: Se presentan recomendaciones (tabla), junto con su grado medio de acuerdo, para la derivación rápida de pacientes con sospecha de espondiloartritis. En concreto, se recomienda investigar el dolor lumbar crónico en menores de 45 años en cuatro fases 1) clínica: preguntas clave, 2) clínica: preguntas extra, 3) exploración física, y 4) pruebas complementarias. Se debe derivar a Reumatología si existen: 1) dolor lumbar inflamatorio, 2) signos sugestivos de espondiloartritis, o 3) HLA B27 positivo, elevación de PCR o signos radiológicos de sacroileítis. Se incluyen recomendaciones sobre el proceso de derivación y otras adicionales.

Conclusiones: El grado de acuerdo con estas sencillas recomendaciones es amplio. Es necesario diseñar estrategias de formación y sensibilización desde los servicios de reumatología para mantener una óptima colaboración de AP en la identificación de los casos y facilitar que los servicios de reumatología estén preparados para asumir las derivaciones.

Tabla Póster 27

Recomendación	Acuerdo medio (/10)
Se recomienda que, como criterio de entrada, se investigue la presencia de dolor lumbar inflamatorio (DLI) en pacientes	(1) 8,6 (2) 7,6 (3) 8,3 (4) 7,4 8,4
Se recomienda realizar el examen de un dolor lumbar crónico en menores de 45 en tres fases 1) preguntas clave, 2) preguntas extra, 3) exploración física, y 4) pruebas complementarias.	
Si el paciente tuviera dolor preferentemente nocturno, definido como dolor que despierta, sobre todo o preferentemente en la segunda parte de la noche y que le obliga a levantarse (1), o dolor que mejora con la actividad física y empeorara con el reposo (2).	(1) 8,8 (2) 8,0
Si la respuesta a las preguntas previas es negativa pero deja dudas suficientes de si se tratara de un DLI, se debe indagar sobre el DLI	
– con 3 preguntas extra:	
• dolor alternante en nalgas como una ciática que cambia de lado (1),	(1) 7,7
• comienzo gradual no brusco (2),	(2) 7,0
• respuesta a AINE a dosis plena, pero no a analgésicos, y reaparece en cuanto se suprimen (3)	(3) 8,0
– o valorar la presencia de otras manifestaciones	
• músculo esqueléticas (ME):	
talalgia (4)	(4) 7,0
artritis en EEII (5)	(5) 8,0
• no ME:	
psoriasis (6)	(6) 7,9
uveítis (7) o	(7) 8,6
enfermedad inflamatoria intestinal [EII] (8)	(8) 8,1
espondilitis anquilosante (9)	(9) 8,5
• antecedentes familiares	
de psoriasis (10)	(10) 6,8
de EII (11) o	(11) 6,6
de espondilitis anquilosante (EA) (12)	(12) 7,4
Puede considerarse la exploración física si se observa dactilitis o artritis.	8,3
En caso positivo de alguna pregunta extra o exploración, es oportuno derivar a reumatólogo.	
Las únicas pruebas que podrían orientar y que deberían realizarse en primaria dependiendo de la disponibilidad son:	
Rx posteroanterior (PA) de sacroilíacas (1)	(1) 8,4
Analítica que contenga VSG (2)	(2) 7,5
PCR (3) y	(3) 7,9
HLAB27 (4)	(4) 8,3
En áreas donde el acceso a pruebas o a su resultado sea limitado, se sugiere que se remitan los casos dudosos al reumatólogo a falta de realización de las pruebas.	7,9
Se sugiere que el servicio de reumatología de referencia diseñe estrategias de feed-back y sensibilización para que la derivación no se frene	8,3
Para mejorar la rapidez de derivación, el panel recomienda:	
– que la lista de espera en reumatología se mantenga por debajo de unos límites razonables (idealmente de 1 mes) (1), o	(1) 8,7
– el establecimiento de unidades de espondiloartritis precoz (2), o	(2) 8,8
– que se pacten vías rápidas para SpA adaptadas al área (3)	(3) 8,3
Se recomienda que se forme a los MAP en la lectura de placas de sacroilíacas.	6,9
Se recomienda la medición de su calidad de la derivación, para lo que se sugieren los siguientes criterios de calidad de la derivación:	(1) 7,7
1) En el volante (o sistema) de derivación pone que se deriva a unidad de SpA y	(2) 7,6
2) El tiempo que transcurre desde que en AP se detecta el caso hasta que es visto por primera vez en reumatología es de media inferior a 15 días	
El panel recomienda que este documento se plasme en materiales muy sencillos y sobre todo que encuentre un lugar en el currículo formativo de AP, con objeto de que forme parte de los protocolos habituales	8,9

28. INTERVALOS DE REFERENCIA DE LOS MARCADORES DEL RECAMBIO ÓSEO EN MUJERES PREMENOPÁUSICAS ESPAÑOLAS

N. Guañabens, X. Filella¹, A. Monegal¹, C. Gómez-Vaquero², M. Bonet³, D. Buquet⁴, E. Casado⁵, D. Cerdá⁶, A. Erra⁷, S. Martínez⁸, N. Montalá⁹, C. Pitarch¹⁰, E. Kanterewicz¹¹, M. Sala¹², X. Surís¹³, F. Torres¹⁴ y Grupo de Estudio LabOscat

¹Hospital Clínic. Ciberehd. Barcelona. ²Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ³Hospital de l'Alt Penedés. Vilafranca del Penedés. Barcelona. ⁴Hospital Arnau de Vilanova. Lleida. ⁵Hospital Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. ⁶Hospital Moisès Broggi. Barcelona. ⁷Hospital San Rafael. Barcelona. ⁸Hospital Mutua de Terrassa. Terrassa. Barcelona. ⁹Hospital Santa Maria. Lleida. ¹⁰Hospital Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. ¹¹Hospital de Vic. Vic. Barcelona. ¹²Hospital de Figueres. Figueres. Girona. ¹³Hospital de Granollers. Granollers. Barcelona. ¹⁴Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.

Introducción y objetivos: Los marcadores del recambio óseo (MROs) se utilizan en la práctica clínica para la evaluación de pacientes con osteoporosis y su tratamiento. Sus intervalos de referencia en población española se establecieron hace años y en un número reducido de individuos, por lo que deberían ajustarse. Los objetivos de este estudio han sido: establecer intervalos de referencia sólidos para los MROs en mujeres españolas premenopáusicas sanas e investigar los factores que influyen en sus concentraciones.

Métodos: Entre febrero y junio del 2013, se reclutaron 185 mujeres con edades comprendidas entre 35 y 45 años en 13 centros hospitalarios de Cataluña, incluidos en el Grupo de Trabajo de patología metabólica ósea de la Sociedad Catalana de Reumatología. Las muestras de sangre y la segunda orina se recogieron entre 8 y 10 am, después de una noche de ayuno. PINP y β CTX se midieron en suero mediante dos métodos automatizados (Elecsys, Rochea e IDS – ISYS, Immunodiagnostic Systems), fosfatasa alcalina ósea (FAO) mediante ELISA (IDS, Vitro), osteocalcina por IRMA (Cis, Bio) y NTX urinario por ELISA (Osteomark, Vitro). Se determinaron los niveles de PTH y 25OHD en todas las participantes, que además completaron un cuestionario sobre factores de estilo de vida. Se estimaron los percentiles 5%, 50% y 95% para los MROs mediante una regresión de cuantiles, y se utilizaron la prueba exacta de Fisher y pruebas no paramétricas para evaluar la influencia de factores sobre los MROs.

Resultados: Los intervalos de referencia de los MROs se muestran en la tabla. El 10,9% de las participantes utilizaban anticonceptivos orales, la media del IMC fue de 23 kg/m² y el 60% tenían concentraciones de 25OHD inferiores a 20 ng/ml. Las mujeres que tomaban anticonceptivos tenían concentraciones de PINP inferiores ($p = 0,007$). Las concentraciones de 25OHD no influyeron en los MROs, pero un bajo IMC se asoció a concentraciones más altas de casi todos los MROs. Todos los MROs se correlacionaron entre sí de forma significativa.

Conclusiones: Se proporcionan intervalos de referencia sólidos de los marcadores bioquímicos del recambio óseo en nuestro medio.

Tabla Póster 28

	FAO (ng/mL)	PINP ^a (ng/mL)	PINP ^b (ng/mL)	NTX (nM/mM)	CTX ^a (ng/mL)	CTX ^b (ng/mL)	Osteocalcina (ng/ml)
mediana	9,3	35,9	35,8	32,7	0,250	0,246	14,0
P5	6,0	20,8	20,8	19,3	0,137	0,107	8,0
P95	13,8	60,6	64,9	68,9	0,480	0,541	23,0

29. ANTICUERPOS ANTI PÉPTIDO CITRULINADO COMO FACTOR PREDICTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ARTRITIS REUMATOIDE

R. Hernández Sánchez, J. Uceda Montañés, S.A. Rodríguez Montero y J.L. Marengo de la Fuente

Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Objetivos: Evaluar si la presencia de los anticuerpos anti péptido citrulinado (ACPA) está relacionada con mayor frecuencia de enfermedad cardiovascular (ECV) en los pacientes con artritis reumatoide (AR).

Métodos: Estudio observacional, analítico de casos y controles anidado en una cohorte de pacientes con diagnóstico de AR en seguimiento en el área hospitalaria de Valme, durante el periodo comprendido entre marzo de 2009 hasta enero de 2014. Se considerarán casos aquellos pacientes que hayan desarrollado un infarto de miocardio o cerebrovascular, cardiopatía isquémica o insuficiencia cardiaca que haya implicado un ingreso hospitalario y controles a los pacientes con AR sin ECV. En todos ellos se determinarán los niveles de ACPA, se recogerán los antecedentes de ECV y la estimación del riesgo de muerte CV mediante SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation).

Resultados: Se revisaron un total de 107 pacientes diagnosticados de AR. El 70,1% mujeres, la edad media actual es de 56,7 años y al diagnóstico de 48,5 años. En cuanto a las características de la enfermedad: duración media de la AR 7,8 años (5,6 DS), el 67% eran ACPA+ (título medio 275,9), el 62,6% eran FR+ (título medio de 97,84). El DAS 28 medio en el momento del estudio era de 2,8 (1,2 DE). El 82% realizaba tratamiento con FAME, siendo el más empleado el MTX y un 12% recibía tratamiento Biológico, siendo el etanercept el más empleado. Entre los factores de riesgo cardiovascular, el 69,5% presentaron sobrepeso (IMC > 25). El 13,2% estaban diagnosticados de diabetes mellitus, el 41% de HTA el 54,7% presentaban dislipemia y el 22,1% eran fumadores. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las características sociodemográficas, características de la enfermedad y factores de riesgo cardiovascular entre los pacientes con ACPA+ en comparación con los paciente ACPA-. No encontramos diferencias en la aparición de eventos CV en pacientes ACPA+ 7% frente al 14% en ACPA-, tampoco obtuvimos diferencias en el SCORE entre los dos grupos.

N = 107	ACPA POSITIVO	ACPA NEGATIVO
N(%)	67	33
Sexo (mujer %)	66,2	77,1
Edad media actual (años) (media/DE)	56,63 (11,8)	57,14 (13,6)
FR+ (%)	88,6	14,3
DAS 28 (media/DE)	3 (1,2)	2,5 (1,1)
Tratamiento con FAME (%)	81,7	82,9
Terapia biológica (%)	22,4	6,7
Sobrepeso IMC > 25	73,2	61,8
Diabetes mellitus (%)	12,7	14,3
HTA (%)	40,8	41,2
Dislipemia (%)	49,3	65,7
Hábito tabáquico	22,9	20,6
Evento cardiovascular (%)	7	14,3
SCORE	76,5	72,7
SCORE \geq 5 (%)	23,5	27,3
SCORE Medio/DE	2,79 (3,5)	3,21 (3,5)

Conclusiones: En nuestra muestra probablemente debido al tamaño muestral y al reducido número de ECV, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en el SCORE ni en la aparición de ECV en pacientes ACPA+ frente a ACPA negativos. El grupo de pacientes con ECV presentaba una media de edad mayor, pero no de duración de la AR. Si encontramos una mayor tendencia a iniciar tratamiento con terapia biológica en pacientes ACPA+ frente a los negativos.

30. REMISIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL. ¿ES SUFICIENTE?

D. Palma Sánchez¹, M.J. Moreno Martínez², M.J. Moreno Ramos², S. Soro Marín¹, M. Mayor González¹, A.C. Haro Martínez¹ y L.F. Linares Ferrando²

¹Unidad de Reumatología. Hospital Rafael Méndez. Murcia.

²Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: Las espondiloartritis (SpA) son un grupo de enfermedades inflamatorias que afectan predominantemente al esqueleto axial en jóvenes produciendo gran discapacidad funcional, por lo que es preciso un diagnóstico y tratamiento precoz. El objetivo principal terapéutico en pacientes con SpA axial es la remisión de la enfermedad que incluye la ausencia de síntomas y signos objetivos de inflamación, como parámetros de laboratorio o ausencia de inflamación activa detectada mediante secuencias short t inversión recovery (STIR) en resonancia magnética nuclear (RMN). El grupo ASAS ha desarrollado recientemente un score de actividad de enfermedad para espondilitis anquilosante (ASDAS), una nueva herramienta para evaluar la actividad de la enfermedad que combina información del paciente y reactantes de fase aguda (PCR/VSG) y ha demostrado tener un gran poder discriminativo para diferenciar pacientes con diferentes estados de actividad y diferentes niveles de cambio. Por otra parte, la RMN es actualmente el mejor método de imagen para la detección de inflamación activa en las articulaciones sacroilíacas y en esqueleto axial.

Objetivos: analizar la asociación entre remisión clínica de la enfermedad y remisión por imagen mediante resonancia magnética nuclear (RMN) de sacroilíacas, en una cohorte de pacientes con espondiloartritis axial (SpA) de un hospital general universitario.

Pacientes (n)	Muestra total (16)	Remisión clínica y RMN (13)
Edad media (años)	39,12 ± 7,32	39,08 ± 6,92
Sexo, n (%)	Varones, 13 (81,3)	Varones, 11 (84,6)
Duración enfermedad (años)	7,12 ± 4,22	6,38 ± 3,75
Diagnóstico, n (%)	SpA axial, 16 (100)	SpA axial, 13 (100)
Manifestaciones extraarticulares, n (%)	Ninguna, 14 (87,5)	Ninguna, 12 (92,3)
	Uveítis, 2 (12,5)	Uveítis, 1 (7,7)
HLA B27 positivo, n (%)	15 (93,8)	12 (92,3)
PCR mg/l basal	14,01 ± 4,22	13,96 ± 17,73
PCR mg/l remisión	2,95 ± 2,72	3,28 ± 2,88
VSG (mm/h) basal	14,7 ± 11,03	14 ± 11,41
VSG (mm/h) remisión	7,28 ± 8,97	7,36 ± 10,10
Tratamiento de fondo, n (%)	AINES, 8 (50)	AINES, 5 (38,5)
	Biológico, 8 (50)	Anti-TNF, 8 (61,6)
BASDAI basal	3,91 ± 1,24	4,19 ± 1,1
BASDAI remisión	1,39 ± 0,96	1,37 ± 0,94
ASDAS basal	3,08 ± 0,49	3,06 ± 0,42
ASDAS remisión	1,10 ± 0,25	1,08 ± 0,27
RMN SI basal, nº lesiones inflamatorias, n (%)	0, 3 (18,8)	0,3 (23,1)
	1, 8 (50)	1, 5 (38,5)
	2, 2 (12,5)	2, 2 (15,4)
	3, 3 (18,8)	3, 3 (23,1)
RMN SI remisión, nº lesiones inflamatorias, n (%)	0, 13 (81,3)	0, 13 (100)
	1, 2 (12,5)	
	2, 1 (6,3)	
Tiempo de remisión (meses)	17,76 ± 10,76	19,55 ± 11,02

Métodos: Estudio prospectivo de 16 pacientes con diagnóstico de SpA axial según criterios ASAS y en remisión clínica según ASDAS < 1,3. Se recogieron: características sociodemográficas, proteína C reactiva (PCR), score de actividad de enfermedad para espondilitis anquilosante (ASDAS)-PCR, índice de actividad en espondilitis anquilosante (BASDAI) y escala analógica visual (EVA) para la evaluación del dolor y de la enfermedad del paciente. Se definió remisión de enfermedad por RMN como ausencia de lesiones inflamatorias agudas.

Resultados: El 81,3% de los pacientes con SpA axial en remisión clínica presentaron remisión de la enfermedad por RMN. En estos pacientes, la duración media de la enfermedad fue 6,38 años ± 3,75 y el tiempo medio de remisión clínica 19,55 meses ± 11,02. El ASDAS basal fue de 3,06 ± 0,42 y el BASDAI basal de 4,19 ± 1,1. Los niveles de PCR basales fueron de 22,48 ± 23,32. Encontramos una asociación estadísticamente significativa entre BASDAI remisión y tiempo de remisión de la enfermedad con una correlación de Pearson -0,503.

Conclusiones: Los pacientes con SpA axial en remisión clínica de enfermedad presentaron en una proporción alta remisión de la enfermedad por RMN. Estos datos apoyan el uso del criterio de enfermedad inactiva ASDAS para identificar pacientes en remisión de la enfermedad.

31. COMPARACIÓN ENTRE EL USO DE GLUCOCORTICOIDES INTRAARTICULARES Y ORALES EN EL MANEJO DEL ATAQUE AGUDO DE GOTA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

C. Guillén Astete^{1,2}, A. Boteanu^{1,2}, C. Sobrino Grande², S. Garrote² y A. Zea Mendoza²

¹Consulta de Urgencias Reumatológicas y Patología Musculoesquelética Urgente; ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La insuficiencia renal condiciona que el uso de antiinflamatorios no esteroideos o colchicina deban ser usados con precaución o directamente evitados y considerar el uso de glucocorticoides. Pese a la extensión de su uso no existen ensayos clínicos que sustenten el uso de glucocorticoides intra-articulares durante los brotes de gota por encima de su administración sistémica por vía oral. El propósito del presente estudio es comparar el beneficio de esta conducta en términos de control de los síntomas.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de pacientes con insuficiencia renal crónica en quienes se había evitado el uso de AINES y colchicina, y que hayan sido tratados con glucocorticoides orales o administrados intra articularmente por brotes de gota monoarticular. Se analizaron variables epidemiológicas basales y se comparó la tasa de efectividad en términos de resolución de los síntomas (dicotómica) y de tiempo de resolución (curva de supervivencia). Todos los datos fueron obtenidos directamente de los archivos informáticos y las historias clínicas de cada paciente. Los resultados se agruparon en función de la forma de administración de glucocorticoides.

Resultados: De 101 manejos agudos de gota, 69 (68,3%) estaban suficientemente documentados para los fines del estudio. Cuarenta y cinco pacientes (44,5%) fueron tratados con infiltraciones intra-articulares de 20 a 40 mg de triamcinolona acetónido (grupo I) y el resto recibieron glucocorticoides orales a razón de 0,1-0,2 mg/kg/día (grupo II), 0,2-0,3 mg/kg/día (grupo III) y > 0,3 mg/kg/día (grupo IV) y una escala superior a 15 días. La proporción de pacientes que recibieron una dosis inicial de corticoides parenterales en monodosis y la de pacientes tratados concomitantemente con opiáceos fue similar en los tres grupos tratados oralmente. El éxito terapéutico se alcanzó a los 15 días en el 75,5%, 62,5%, 75,0% y 75,0% de los pacientes de los grupos I, II, III y IV, respectivamente (p > 0,05). No hubo diferencias en la tasa de infecciones locales o sistémicas, crisis hipertensivas

o hiperglucemias registradas en los cuatro grupos a lo largo del mismo periodo de tiempo. La curva de supervivencia (resolución de los síntomas) no demostró diferencias ralentizantes ni aceleradoras de la variable de respuesta en función del tipo de tratamiento (Coef $-0,1805$ E.E. $0,1048$ HR $0,8348$, p $0,08$).

Conclusiones: Nuestros datos no respaldan el uso de glucocorticoides intraarticulares para el manejo de los brotes de gota por encima de su administración oral a dosis entre $0,1-0,3$ mg/kg/día. En términos de resolución de síntomas en el tiempo y de perfil de seguridad, las estrategias estudiadas son similares. Concluimos que los distintos regímenes estudiados pueden ser utilizados indistintamente aunque convendría realizar estudios más amplios que permitan otras estratificaciones no realizadas en este trabajo: tiempo de administración de glucocorticoides, terapias concomitantes o articulación afectada.

32. SEGURIDAD DE LA PUNCIÓN ARTICULAR EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ACENOCUMAROL

C. Guillén Astete^{1,2}, V. García Coca², C. Bouroncle², F. Roldán¹, A. Boteanu^{1,2} y A. Zea Mendoza²

¹Consulta de Urgencias Reumatológicas y Patología Musculoesquelética; ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: El manejo diagnóstico y terapéutico de pacientes con patología articular en urgencias incluye a menudo la necesidad de realizar punciones articulares o paraarticulares. Por otro lado, con frecuencia, el tratamiento anticoagulante genera resistencia a realizar estos procedimientos debido al riesgo de sangrado representando un obstáculo relevante para su realización considerando que se estima que alrededor de 12 por cada 1.000 habitantes en España se encuentran recibiendo anticoagulantes orales. Esta resistencia, sin embargo, no parece tener sustento en los escasos trabajos realizados con warfarina, y por otro lado condiciona un retraso diagnóstico con un potencial riesgo de daño irreparable articular o incluso mortalidad. Ningún estudio ha sido realizado para medir este riesgo en pacientes usuarios de acenocumarol. El propósito del presente estudio es determinar la tasa de complicaciones por sangrado en pacientes anticoagulados con acenocumarol en función del índice normalizado internacional (INR) de coagulación.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo con 901 registros de pacientes a quienes se les practicó una artrocentesis o infiltración articular entre 2009 y 2013, se agruparon los registros en función de tener un INR superior o inferior a 2,0 (268 y 633 registros, respectivamente) y se compararon las tasas de complicaciones por sangrado.

Resultados: Se observó una tasa de 0,37% de complicaciones por sangrado tempranas (< 24 horas) en el grupo de pacientes con INR < 2 y una tasa de 0,99% en el grupo de pacientes con INR = 2 ($p = 0,47$). Solo se presentó un caso de complicación por sangrado tardío (entre 24 horas y 30 días) en el grupo de pacientes con INR = 2. Se observó una necesidad de reevaluación por dolor en 5,22% de los pacientes con INR < 2 y 3,44% de los pacientes con INR = 2.

Conclusiones: Este es, hasta donde sabemos, el primer trabajo orientado a determinar la presencia de complicaciones relacionadas con la realización de punciones articulares en pacientes anticoagulados con acenocumarol en función del INR. A la luz de nuestros resultados consideramos que el uso de acenocumarol a dosis terapéuticas no representa un incremento de riesgo de sangrado al realizar artrocentesis o infiltraciones y por lo tanto diferir estos procedimientos para revertir la cifra de INR es una conducta innecesaria. Los escasos estudios disponibles, realizados con war-

farina coinciden en que no existen diferencias estadísticamente significativas en la tasa de complicaciones por sangrado en función del INR al momento de realizar el procedimiento. Los resultados de nuestro estudio coinciden con los obtenidos por Ahmed et al (Am J Med. 2012;125:265-9) en términos de complicaciones tempranas y tardías por sangrado en pacientes usuarios de warfarina, sin embargo, en nuestro estudio la consulta motivada por dolor fue mucho mayor en ambos grupos. Este incremento, podría explicarse por el hecho de que una importante proporción de los pacientes cuyos registros fueron incluidos procedían de un ámbito de urgencias cuyo acceso para revaluaciones es relativamente fácil. Los trabajos de Thumboo et al (Arthritis Rheum. 1998;41:736-9) y Salvati et al (Reumatismo. 2003;55:159-63), ambos prospectivos tuvieron un tamaño muestral pequeño sin embargo coinciden en que la tasa de complicaciones por sangrado en pacientes usuarios de warfarina fue bajo y ratifican la seguridad de practicar estos procedimientos sin necesidad de revertir la anticoagulación.

33. ANÁLISIS DEL GRADO DE AFECTACIÓN LUMBAR Y CERVICAL EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE DESDE EL PUNTO DE VISTA METROLÓGICO Y DEL DAÑO ESTRUCTURAL

J.L. Garrido-Castro¹, J. Gil-Cabezas¹, C. González-Navas¹, R. Medina-Carnicer¹, A.M. Galisteo¹, P. Font², J. Calvo² y E. Collantes²

¹Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba. ²Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: La espondilitis anquilosante produce una progresiva disminución de la movilidad espinal a medida que la enfermedad avanza. Esta disminución se debe a la inflamación y al daño estructural a nivel radiológico que se produce en el cuello y la columna vertebral. Diversos índices han sido validados para cuantificar este nivel de afectación. Para el daño estructural el más utilizado es el mSASSS. Este índice se evalúa de 0 a 72 puntos y tiene en cuenta por igual el nivel de afectación del cuello y de la zona lumbar. Recientemente se ha definido un nuevo índice basado en sistemas de análisis de movimiento que produce una información precisa y objetiva de la movilidad, el índice UCOASMI (Garrido-Castro et al. Rheumatol Int. 2013 Dec 20. [Epub ahead of print]). Para la elaboración de este índice se utilizan dos medidas de movilidad cervical y tres de movilidad lumbar, siendo por tanto susceptible de ser definido un UCOASMI Lumbar y otro Cervical. Con la evolución de la enfermedad los índices mSASSS y UCOASMI van creciendo a medida que aumenta el daño estructural y la pérdida de movilidad, pero ¿cuál es la relación entre la zona lumbar y la cervical con el transcurso del tiempo?

Objetivos: Evaluar la progresión de la EA en términos de daño radiológico y movilidad en la zona cervical y lumbar.

Métodos: Se analizaron 76 pacientes con EA diagnosticada (75% hombres), con una edad de $44,1 \pm 11,5$ años y un tiempo de evolución de $13,6 \pm 9,4$ años. Un radiólogo valoró radiografías para obtener mSASSS. En el Laboratorio de Análisis del Movimiento del Hospital Universitario Reina Sofía se utilizó el sistema UCOTrack para calcular índice UCOASMI. Para ambos índices se calculó un coeficiente de relación cervical/lumbar para identificar que parte estaba más deteriorada.

Resultados: En la tabla aparecen los resultados de nivel de afectación en cuanto a movilidad (valorados por índice UCOASMI) y de daño radiológico (valorados por índice mSASSS) en la muestra total y agrupados por sexo, tiempo de evolución, nivel de afectación de movilidad y nivel de afectación radiológica. Se muestran así mismo las diferencias entre grupo y se indican si estas diferencias son estadísticamente significativas.

Conclusiones: La relación entre el nivel de afectación de la parte cervical y lumbar parece estar equilibrada en torno a un 50% tanto

Tabla Póster 33

	Sexo		Tiempo de evolución			Nivel afectación movilidad (2)			Nivel de afectación radiológica (3)				
	Total (n = 76)	Hombre (n = 57)	Mujer (n = 19)	Diferencia	Medio (n = 34)	Largo (n = 42)	Diferencia	Moderada (n = 36)	Severa (n = 40)	Diferencia	Moderado (n = 32)	Severo (n = 22)	Diferencia
Movilidad	4,48 (2,24)	4,41 (2,22)	4,45 (2,17)	0,04	3,87 (1,77)	4,94 (2,45)	1,07*	2,65 (1,24)	6,01 (1,54)	3,36**	3,72 (1,67)	5,36 (2,47)	1,64*
UCOASMI	48,89 (9,58)	48,68 (10,3)	49,60 (7,21)	0,92	46,60 (10,11)	50,57 (8,93)	3,97	44,95 (9,83)	51,96 (8,05)	7,01**	47,95 (12,31)	53,97 (7,32)	6,02*
Daño radiológico	24,79 (18,88)	26,90 (20,77)	16,87 (2,36)	-10,03*	18,76 (9,38)	32,23 (24,65)	13,47*	15,58 (5,63)	32,24 (22,44)	16,66**	12,87 (2,62)	33,45 (20,88)	20,58**
mSASSS	48,19 (9,65)	47,19 (10,16)	51,93 (6,72)	4,74	45,73 (10,85)	51,23 (7,10)	5,50	46,91 (12,50)	49,22 (6,69)	2,31	43,51 (11,75)	51,60 (6,06)	8,09*

(1) Tiempo de evolución > 10 años; (2) UCOASMI > 4; (3) mSASSS > 16.

a nivel radiológico como de movilidad. No se aprecian diferencias de movilidad en cuanto a sexo. Si bien aparecen diferencias en el nivel de afectación radiográfica entre hombres y mujeres, esta diferencia se produce de forma similar en ambas zonas. Lo que sí se deduce de nuestros resultados es que en bajos niveles de afectación, al principio de la evolución de la enfermedad, la parte lumbar está más afectada, sobre todo en lo que a movilidad se refiere.

34. COMPARACIÓN ENTRE LA INMOVILIZACIÓN ARTICULAR Y LA MOVILIZACIÓN PRECOZ EN PACIENTES CON TENDINITIS CALCIFICANTE SUBACROMIAL AGUDA: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

C. Guillén Astete^{1,2}, C. Bouruncle Alaluna², M. Llop Vilaltella² y C. Sobrino Grande²

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

Introducción: En general, la movilización precoz del hombro en pacientes con tendinitis subacromial ha demostrado un beneficio en términos de recuperación de la funcionalidad. Debido a su naturaleza, la tendinitis calcificante subacromial aguda podría ser una excepción, sin embargo no existen estudios que hayan comparado la movilización con el reposo en este tipo de pacientes.

Métodos: Se revisaron las historias de pacientes con tendinitis calcificante subacromial de tres centros distintos que siguen llevan un manejo protocolizado similar de esta patología. Este protocolo incluye el diagnóstico radiológico, ecográfico y eventualmente la realización de infiltraciones de glucocorticoides asistidas por ecografía en tiempo real. Se clasificaron los pacientes, en casos (pacientes sin mejoría sintomática) y controles (pacientes con control sintomático satisfactorio definido por su reincorporación a la actividad habitual). Se utilizó como punto de corte en el tiempo los 30 días después del diagnóstico \pm 10 días. Se evaluó la exposición a inmovilización con cabestrillo al menos 12 horas por día. Ningún paciente había sido infiltrado con glucocorticoides. Todos los pacientes fueron diagnosticados con radiología o ecografía de hombro y todos recibieron tratamiento con AINEs y/u opiáceos.

Resultados: Ciento veinte diagnósticos de tendinitis calcificante subacromial aguda se establecieron entre 2011 y 2013, de los cuales se incluyeron 77 por presentar los datos basales y de control al mes completos (Centro Médico Fermín Caballero, Clínica San Juan, Consulta de Urgencias Reumatológicas del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal). Sus correspondientes historias clínicas fueron revisadas y agrupadas según el resultado clínico una vez hecha la revisión correspondiente. Treinta pacientes (38,9%) fueron considerados como casos (sin mejoría) y 47 (61,1%) fueron considerados controles (reincorporación a la actividad habitual). La proporción de género y la media de edad de los dos grupos fue similar. La proporción de pacientes que recibieron AINEs, AINEs y opiáceos u opiáceos solos fue similar en los dos grupos. Veinticuatro de los casos habían utilizado el cabestrillo según la indicación (51,06%) mientras que 23 no lo habían utilizado o lo habían utilizado menos de la mitad del tiempo indicado (48,94%). Por otro lado, 24 sujetos controles habían utilizado el cabestrillo (80,0%) mientras que 6 (20,0%), no (p valor, bilateral = 0,0154, Fisher).

Conclusiones: La inmovilización con cabestrillo parece asociarse a una mejor respuesta clínica en el manejo agudo de la tendinitis calcificante subacromial. Aunque la movilización precoz en otras formas de tendinitis del hombro está bastante difundida, la fisiopatología inflamatoria de la tendinitis calcificante, secundaria a un fenómeno mecánico de atrapamiento subacromial, podría justificar que la movilización precoz juegue un papel deletéreo en la

rehabilitación de estos pacientes y por lo tanto sería desaconsejable.

36. AUSENCIA DE ASOCIACIÓN DEL GEN IL6 Y LA PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH

R. López-Mejías¹, B. Sevilla Pérez², F. Genre¹, S. Castañeda³, N. Ortego-Centeno², J. Llorca⁴, B. Ubilla¹, V. Calvo-Río¹, T. Pina¹, M.C. González-Vela⁵, A. Márquez⁶, L. Sala-Icardo³, J.A. Miranda-Fillo⁷, J. Rueda-Gotor¹, J. Martín⁶, R. Blanco¹ y M.A. González-Gay¹

¹Epidemiology, Genetics and Atherosclerosis Research Group on Systemic Inflammatory Diseases. Rheumatology Division. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander.

²Medicine Department. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

³Rheumatology Department. Hospital Universitario La Princesa. IS-Princesa. Madrid.

⁴Department of Epidemiology and Computational Biology. School of Medicine. University of Cantabria. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). IFIMAV. Santander.

⁵Pathology Division. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander.

⁶Instituto de Parasitología y Biomedicina López-Neyra. CSIC. Granada.

⁷Division of Rheumatology. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

Introducción: La púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) es la vasculitis de vaso de pequeño calibre más frecuente en niños. La patogénesis de la PSH está directamente relacionada con mediadores de la respuesta inmune tales como las citoquinas. En este sentido, la interleucina 6 (IL-6) es una citoquina proinflamatoria con un papel fundamental en el desarrollo de la respuesta inmunitaria. Recientemente se ha descrito que diversos polimorfismos genéticos localizados en el gen IL6 se asocian con numerosas enfermedades autoinmunes.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es analizar la relación existente entre 3 variantes genéticas (rs2069827, rs1800795 y rs2069840) que cubren más del 80% de la variabilidad del gen IL6 y la susceptibilidad y/o severidad de la PSH.

Métodos: Para el desarrollo del presente estudio se han analizado 285 pacientes españoles diagnosticados de PSH reclutados en diversos hospitales de ámbito nacional (Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo), Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander), Hospital Universitario La Princesa (Madrid) y Hospital Universitario San Cecilio (Granada)). Además, en el estudio se han incluido 877 controles pareados por sexo y etnia con los pacientes de PSH. El análisis de los 3 polimorfismos se ha llevado a cabo mediante PCR a tiempo real y el uso de sondas Taqman (Applied Biosystems).

Resultados: Los resultados obtenidos muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas al comparar las frecuencias genotípicas y alélicas entre los pacientes de PSH y los controles (ni al analizar los polimorfismos rs2069827, rs1800795 y rs2069840 por separado ni de manera conjunta formando haplotipos). Además, tampoco se observan diferencias estadísticamente significativas al estratificar a los pacientes de PSH en función de la edad al diagnóstico, presencia o ausencia de nefritis y manifestaciones gastrointestinales.

Conclusiones: En resumen, nuestros resultados revelan la falta de asociación entre los polimorfismos rs2069827, rs1800795 y rs2069840 del gen IL6 y la susceptibilidad y/o el desarrollo de manifestaciones clínicas de la PSH.

Este trabajo ha sido financiado mediante el Fondo de Investigaciones Sanitarias (PI12/00193) del "Instituto de Salud Carlos III" (ISCIII) y cofinanciado con fondos FEDER (Fondo Europeo de Desarrollo Regional). RLM es beneficiaria de un contrato posdoctoral "Sara Borrell", financiado por el "Instituto de Salud Carlos III"

(CD12/00425). FG y BU están financiadas mediante fondos del Programa RETICS (RIER) (RD12/0009/0013) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

37. CORRELACIÓN DE OSTEOPROTEGERINA CON ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y ADMA EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE NO DIABÉTICOS EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNF- α

F. Genre¹, R. López-Mejías¹, J.A. Miranda-Fillo², B. Ubilla¹, B. Carnero-López³, N. Palmou-Fontana⁴, I. Gómez-Acebo⁵, R. Blanco¹, J. Rueda-Gotor¹, T. Pina¹, C. González-Juanatey⁶, J. Llorca⁵ y M.A. González-Gay¹

¹Grupo de Epidemiología Genética y Arteriosclerosis en Enfermedades Inflamatorias Sistémicas. IFIMAV. Santander. ²Sección de Reumatología;

³Sección de Cardiología. Hospital Lucus Augusti. Lugo. ⁴Sección de

Oncología. Hospital del Bierzo. Ponferrada. León. ⁵Sección de

Reumatología. Hospital General de Almansa. Albacete. ⁶Biología

Computacional. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria.

IFIMAV. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Santander.

Introducción: La osteoprotegerina (OPG) es una proteína que se asocia con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (CV) en población general. Dado que la espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica que se ha relacionado con aterosclerosis acelerada, decidimos evaluar la correlación entre los niveles de OPG con actividad de la enfermedad, inflamación sistémica, síndrome metabólico, adipocinas y biomarcadores de activación endotelial en pacientes con EA que se hallaban en tratamiento con anti-TNF- α infliximab.

Métodos: Se determinó la concentración de OPG en plasma por ELISA en 30 pacientes con EA, no diabéticos, sin enfermedad CV, y que se hallaban en tratamiento con anti-TNF- α . Los niveles de OPG se determinaron antes de la infusión de infliximab y 120 minutos después de dicha infusión. Estos resultados se correlacionaron con actividad de la enfermedad, características clínicas, inflamación sistémica, características de síndrome metabólico, adipocinas y biomarcadores de activación endotelial. Se analizaron también posibles variaciones en los niveles de OPG tras la infusión de anti-TNF- α . Este estudio no fue financiado por ninguna compañía farmacéutica.

Resultados: Se halló una correlación positiva entre los niveles de OPG y marcadores de actividad de la enfermedad como BASDAI y VAS espinal ($r = 0,497$, $p = 0,01$; $r = 0,390$; $p = 0,04$, respectivamente). En cambio, no se observaron diferencias en los niveles de OPG en relación a características clínicas específicas de la EA. Se encontró una correlación inversa entre los niveles de OPG y colesterol total y LDL-c ($r = -0,451$; $p = 0,02$ y $r = -0,411$; $p = 0,03$, respectivamente). Asimismo, se observó una correlación entre OPG y dimetilarginina asimétrica (ADMA), un biomarcador de activación endotelial ($r = 0,533$; $p = 0,01$), mientras que no se halló ninguna asociación entre los niveles de OPG y resistencia insulínica. Por último, la infusión de infliximab no produjo cambios significativos en los niveles de OPG.

Conclusiones: Nuestros resultados demuestran que OPG se correlaciona con marcadores de actividad de la enfermedad y ADMA en pacientes con espondilitis anquilosante no diabéticos que se hallan en tratamiento con anti-TNF- α .

Este trabajo ha sido financiado a través del "Fondo de Investigación Sanitaria" (PI06/0024, PS09/00748 y PI12/00060) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y cofinanciado por fondos FEDER (Fondo Europeo de Desarrollo Regional) (España). Además este trabajo ha sido parcialmente financiado mediante el Programa RETICS, RD08/0075 y RD12/0009/0013 (RIER) del Instituto de Salud Car-

los III (ISCIII) (España). FG y BU reciben financiación del programa RETICS (RIER), y RLM es beneficiaria de un contrato post-doctoral Sara Borrell del Instituto Carlos III de Salud (España).

38. CÉLULAS T ANGIOGÉNICAS Y MICROPARTÍCULAS DERIVADAS COMO POSIBLES MARCADORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

J. Rodríguez-Carrio¹, M. Alperi-López², P. López¹, S. Alonso-Castro², F.J. Ballina-García² y A. Suárez¹

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

Se conoce que el riesgo cardiovascular (CV) en pacientes de artritis reumatoide (AR) no puede ser explicado por factores clásicos, por lo que se necesitan nuevos marcadores. En este contexto, es interesante el descubrimiento de una subpoblación de células T, denominadas células T angiogénicas (Tang) por su capacidad de participar en la reparación endotelial, junto con las células progenitoras endoteliales (EPC). Por otro lado, las micropartículas circulantes, originadas en procesos de activación y apoptosis celular, se han postulado como biomarcadores de daño específicos. Además, el interferón alfa (IFN α) podría ser un marcador atractivo puesto que se ha asociado con parámetros clínicos, daño endotelial y aterosclerosis acelerada. En este trabajo se aborda el estudio de las células T angiogénicas, las micropartículas derivadas (Tang-MP), las EPC y los niveles de IFN α en relación a los parámetros clínicos e inmunológicos de AR, así como con factores tradicionales de riesgo CV. Se cuantificaron ambas poblaciones celulares, Tang (CD3+CD31+CD184+) y EPC (CD34+CD133+VEGFR2+), por citometría de flujo en muestras de sangre periférica de 18 individuos controles y 103 pacientes de AR. Se recogieron los parámetros clínicos, inmunológicos y factores tradicionales de riesgo CV a partir de las historias clínicas. El índice DAS28 fue empleado como medida de la actividad de la enfermedad. Los niveles de IFN α séricos se cuantificaron mediante Cytometric Bead Array (CBA). Las micropartículas se cuantificaron en muestras de plasma mediante citometría y aquellas CD3+/CD31+ fueron consideradas Tang-MP. Observamos que EPC y Tang estaban correlacionadas entre sí en controles ($r = 0,886$, $p < 0,0001$) y negativamente asociadas con factores clásicos de riesgo CV; mientras que estas asociaciones no estaban presentes en pacientes, donde se encontró una fuerte depleción de ambas (EPC: $p < 0,0001$, Tang: $p < 0,001$). Esta disminución se correlacionaba con la actividad de la enfermedad ($r = -0,519$, $p < 0,0001$) y la positividad para autoanticuerpos (FR: $p = 0,006$, anti-CCP: $p = 0,003$ y ANA: $p = 0,003$). Un análisis multivariante confirmó que sólo factores específicos de la enfermedad y el tabaquismo eran significativos para explicar la depleción de células Tang. Por otro lado, los niveles séricos de IFN α se correlacionaron negativamente con la frecuencia de células Tang ($r = -0,321$, $p < 0,001$). Estudios in vitro permitieron confirmar un papel deletéreo del IFN α sobre esta subpoblación. Además, en pacientes que habían sufrido algún evento CV se observaba una depleción más acusada ($p = 0,004$), acompañada de un incremento en los niveles séricos de IFN α ($p = 0,019$). Por último, se observó que las Tang-MP estaban incrementadas en pacientes ($p = 0,003$), asociadas a la actividad de la enfermedad ($r = 0,293$, $p = 0,006$). En aquellos pacientes tratados con metotrexato se observaba un descenso del número de micropartículas ($p = 0,048$) así como un aumento de células Tang ($p = 0,020$), lo cual podría ser debido a una menor actividad de la enfermedad ($p = 0,004$). La depleción de células Tang podría tener un papel en el incremento de riesgo CV en AR, posiblemente ligado a un fracaso de la reparación endotelial. La actividad de la enfer-

medad, los autoanticuerpos y los niveles de IFN α tienen un papel en este proceso y podrían suponer interesantes biomarcadores de riesgo CV. Particularmente, la actividad de la enfermedad podría provocar un daño sobre las células Tang, que es aminorado con el control de la misma.

39. VARIABILIDAD EN INGRESOS HOSPITALARIOS DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS: ANÁLISIS DEL ESTUDIO EMAR-II

M. Andrés¹, F. Sivera¹, P. Vela^{2,3}, S. Pérez-Vicente⁴ y Grupo de Estudio emAR-II

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Elda. Alicante. ²Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. ³Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante. ⁴Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología. Madrid.

Objetivos: Evaluar la existencia de variabilidad en la tasa de ingresos hospitalarios de pacientes con espondiloartritis (SpA) en España, y analizar qué factores relacionados con el centro hospitalario la determinan (ajustando por características del paciente y enfermedad).

Métodos: El estudio emAR-II es un estudio descriptivo transversal llevado a cabo en España entre 2009 y 2010. Se realizó una revisión de historias clínicas de pacientes con SpA vistos en al menos una ocasión en unidades de Reumatología en los dos años previos. Las historias se seleccionaron mediante un muestreo equiprobabilístico. Se recogieron variables relacionadas con los ingresos hospitalarios, variables clínicas (relacionadas con la SpA y comorbilidades) y variables no clínicas (relacionadas con el paciente, su médico responsable, la unidad de Reumatología y el centro hospitalario). El estudio estadístico incluyó inicialmente un análisis descriptivo y un análisis bivariante para evaluar la asociación de cada factor de riesgo con los ingresos. Aquellas variables que mostraron una asociación estadísticamente significativa en el bivariante, o que se consideraron clínicamente relevantes o posibles confusoras se incluyeron en un posterior análisis multinivel de regresión logística múltiple con intercept no aleatoria, con objeto de analizar la variabilidad entre centros. Se consideró $p < 0,05$ como el límite de la significación estadística.

Resultados: Se incluyeron un total de 1.168 historias clínicas de pacientes con SpA procedentes de 45 centros, predominando la espondilitis anquilosante (55,2%) y la artritis psoriásica (22,2%) como formas clínicas. Se registraron 248 ingresos hospitalarios de 196 pacientes (19,2%, $n = 1.020$), siendo los motivos principales de ingreso intervenciones quirúrgicas (32,7%), comorbilidades (15,3%) y actividad de la enfermedad (12,1%). Se detectó una variabilidad en ingresos hospitalarios entre centros del 17,6% en el análisis multinivel (modelo 3), tras ajustar por variables clínicas y de individuo. De las variables relacionadas con el centro recogidas, fueron el número de ingresos anuales del centro (OR 1,003, IC95% 1,000-1,006), la existencia de procedimientos de ingreso informatizados (OR 3,754, IC95% 1,201-11,731) y la disponibilidad de ecografía en la unidad de reumatología (OR 0,400, IC95% 0,211-0,757) – las que se asociaron de forma significativa, pero explicaron sólo un 42,9% de la variabilidad. La odds ratio mediana para los ingresos fue de 2,086, implicando que un paciente con SpA puede presentar hasta dos veces más riesgo de hospitalización según el centro donde sea tratado.

Conclusiones: Se confirma la existencia de variabilidad en la tasa de ingresos hospitalarios de pacientes con SpA debida a factores relacionados con el propio centro. Sin embargo, más de la mitad de la variabilidad no se explica por las variables a estudio incluidas, por lo que futuros estudios deben continuar con su identificación.

40. ANÁLISIS DE UNA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL FIBROMYALGIA RAPID SCREENING TOOL (FIRST) PARA DETECCIÓN DE FIBROMIALGIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

B. Casanueva¹, R. Belenguer², J.V. Moreno³, J. Urtiaga⁴, B. Urtiaga⁵, J.L. Hernández⁶ y M.A. González-Gay⁶

¹Clinica de Especialidades Cantabria. IFIMAV. Santander.

²Hospital 9 de Octubre. Valencia. ³Hospital Vall d'Hebron.

Barcelona. ⁴Cátedra de Lengua Francesa. Madrid. ⁵Cátedra

de Lengua Española y Literatura. Madrid. ⁶Hospital

Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander.

Objetivos: Evaluar la utilidad de una versión española del cuestionario FiRST para la detección de fibromialgia (FM) en consulta médica.

Métodos: Traducción al español del FiRST original francés por especialistas en Reumatología y catedráticos de francés y de lengua española. La traducción se realizó en segunda persona, para posibilitar la utilización auto o heteroaplicada. Se incluyeron en el estudio 404 pacientes consecutivos diagnosticados de FM por especialistas en Reumatología, aplicando criterios ACR 1990 y criterios modificados ACR 2010 en un estudio prospectivo, multicéntrico. Como grupo control se incluyeron 147 pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR) y 219 pacientes diagnosticados de osteoartritis (OA), de similar edad y sexo. Se evaluó el número de tender points y se completaron los cuestionarios FiRST, criterios modificados ACR 2010 y Fibromialgia Impact Questionnaire (FIQ). Se analizó la sensibilidad, especificidad y valor predictivo de cada uno de los 6 ítems del cuestionario y para la puntuación global (5 o 6 ítems positivos), así como la correlación entre puntuación global y otros parámetros. Los datos obtenidos se expresaron como mediana y rango intercuartílico, y se analizaron con la U de Mann-Whitney utilizando el programa estadístico SPSS15. Se consideraron significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados: La edad media de los pacientes con FM era de 51,67 años. La media del FIQ fue de 73,29. La mediana del tiempo de evolución de la enfermedad era de 12 años (rango IC: 6-21 años). La mediana de los tender points fue de 16 (rango IC: 14-18). Tuvieron un FiRST positivo (puntuaciones 5 o 6) 356 de los 404 pacientes con FM que cumplían criterios ACR 1990 y criterios modificados 2010. En el grupo control (AR + OA), 16 sujetos presentaban FiRST positivo y 343 negativo. La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de cada uno de los ítems, así como para la puntuación global de 5-6 ítems positivos, se presenta en la Tabla 1. Existía correlación entre el FiRST total (puntuaciones 5 o 6) y las variables Widespread Pain Index ($p < 0,0001$), Symptom Severity Scale ($p < 0,0001$), tiempo de evolución de la enfermedad ($p < 0,0001$) y FIQ ($p < 0,0001$).

Conclusiones: En pacientes con FM que cumplían criterios ACR 1990 y criterios modificados ACR 2010, la sensibilidad global de la traducción española del FiRST fue ligeramente superior a la del estudio original. Este cuestionario resulta de fácil aplicación y aceptable utilidad para facilitar la detección de pacientes con FM en atención primaria de salud.

41. ANÁLISIS DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS MODIFICADOS DEL AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY 2010 PARA CLASIFICACIÓN DE FIBROMIALGIA

B. Casanueva¹, F. García-Fructuoso², R. Belenguer³, C. Alegre⁴, J.V. Moreno⁴, J.L. Hernández⁵ y M.A. González-Gay⁵

¹Clinica de Especialidades Cantabria. IFIMAV. Santander. ²Hospital CIMA Sanitas. Barcelona. ³Hospital 9 de Octubre. Valencia. ⁴Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁵Hospital Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander.

Objetivos: Evaluar la utilidad de la versión española de los nuevos criterios diagnósticos preliminares del American College Rheumatology 2010 (ACR 2010) para fibromialgia (FM), respecto a los criterios ACR 1990, y las características diferenciales entre cumplidores y no cumplidores de los nuevos criterios.

Métodos: Traducción al español del cuestionario original ACR 2010 para clasificación de FM por consenso de Especialistas en Reumatología del grupo de estudio de FM de la Sociedad Española de Reumatología. El cumplimiento de los criterios ACR 2010 exige 3 condiciones: 1) Índice de dolor generalizado (WPI) = 7 (puntuación entre 0 y 19), escala de severidad de síntomas (SS1-2) = 5 (puntuaciones SS1 entre 0 y 9, SS2 entre 0 y 3), o WPI 3-6 y SS1-2 = 9. 2) Síntomas por más de 3 meses. 3) Sin otra patología explicativa del dolor. Se diseñó un estudio prospectivo, multicéntrico, que incluyó un total de 1169 pacientes, divididos en 3 grupos. 813 pacientes diagnosticados de FM por especialistas en Reumatología, aplicando criterios ACR 1990, y como grupo control 147 pacientes de similar edad y sexo, diagnosticados de Artritis Reumatoide (AR) y 219 pacientes diagnosticados de osteoartritis (OA). Todos ellos daban su consentimiento informado y el estudio se aprobaba por el Comité Ético. Se evaluó el número de tender points en el momento del estudio y se completaron los cuestionarios WPI, SS1, SS2 y Fibromialgia Impact Questionnaire (FIQ). Se realizó una distribución normal de los datos que fueron analizados con U de Mann-Whitney, y se expresaron como mediana y rango intercuartílico (IC). Se calcularon la sensibilidad, especificidad y valor predictivo. Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS 15. Se consideraron significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados: La media del FIQ de los 803 pacientes diagnosticados de FM (792 H y 26 M), resultó de 73,29. La mediana de los tender points fue de 16 (rango IC: 14-18). En el momento del estudio 13 pacientes con FM no cumplían criterios ACR 1990. De los pacientes analizados, 665 cumplían criterios ACR 2010 y 93 no los cumplían (45 no cumplieron adecuadamente todos los datos). Agrupando como controles los pacientes con AR + OA, 112 cumplían criterios ACR 2010 y 254 no los cumplían. La comparación entre los pacientes con FM que no cumplían criterios ACR 2010 y los que si cumplían estos criterios mostraban diferencias significativas en el número de tender points ($p < 0,03$), FIQ ($p < 0,0001$), WPI ($p < 0,0001$), SS1 ($p < 0,0001$), SS2 ($p < 0,0001$) y suma de severidad de síntomas ($p < 0,0001$). La sensibilidad de la versión española de los criterios modificados ACR 2010 resultaba del 87,7% (IC95%: 85,3-90,1), la especificidad del 69,4% (IC95%: 64,5-74,3), el valor predictivo positivo 85,6% (IC: 83,0-88,1) y el valor predictivo negativo 73,2% (IC: 68,4-78,0).

Tabla Póster 40

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Puntuación global (5-6)
Sensibilidad	99,4 (98,4-100)	95,2 (90,4-96)	72,5 (67,6-77,4)	93,2 (90,4-96)	96,1 (93,9-98,4)	99,7 (98,9-100)	92 (88,9-95,1)
Valor (IC95%)							
Especificidad	57,1 (47,5-66,8)	47,3 (37,6-57)	82,1 (74,6-89,7)	42,9 (33,3-52,5)	81,3 (73,6-88,9)	47,3 (37,6-57)	87,4 (80,8-94)
Valor (IC95%)							
Valor predictivo positivo	87,5 (84,1-90,9)	84,2 (80,4-88,1)	92,5 (89,1-95,8)	83,1 (79,2-87)	03,9 (91,3-96,6)	85,1 (81,5-88,7)	95,7 (93,3-98,1)
Valor (IC95%)							
Valor predictivo negativo	96,9 (92,1-100)	69,7 (58,8-80,7)	49,7 (42,3-57,2)	67,6 (56-79,2)	87,5 (80,7-94,3)	98,2 (93,6-100)	78,2 (70,6-85,9)
Valor (IC95%)							

Conclusiones: Aunque nuestros hallazgos de sensibilidad (87,7%) resultaron ligeramente menores que en el estudio original (sensibilidad 88,1%), la elevada especificidad y el valor predictivo de la versión española de este cuestionario hace que resulte de utilidad para facilitar el diagnóstico y el seguimiento de pacientes con FM.

42. EFECTO ANTI-HIPERALGÉSICO DE LA PUNCIÓN SECA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

B. Casanueva¹, P. Rivas Calvo², J.L. Hernández³ y M.A. González-Gay³

¹*Clínica de Especialidades Cantabria. IFIMAV. Santander.*

²*Clínica de Especialidades Cantabria. Santander.*

³*Hospital Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander.*

Introducción: La punción Seca (PS) es una técnica fisioterápica que ha demostrado eficacia sobre el dolor, inhibiendo la actividad de puntos gatillo miofasciales, puntos gatillo satélites, reduciendo los niveles de sustancia P y modificando la producción de TNF- α , COX-2 y VEGF, sustancias implicadas en la fisiopatología del dolor crónico. El objetivo del presente trabajo fue el de evaluar la posible eficacia de la PS en pacientes diagnosticados de fibromialgia (FM).

Métodos: Se incluyeron 120 pacientes diagnosticados de FM aplicando criterios ACR 1990, que fueron aleatorizados en dos grupos. Un grupo control (GC) de 56 mujeres y 4 hombres con edad media de 50,8 años, que continuaban su tratamiento médico sin modificaciones durante el estudio y un grupo experimental (GE) compuesto por 54 mujeres y 6 hombres, con una edad media de 56,2 años, que además de continuar su tratamiento médico, añadían 1 sesión semanal de PS sobre los tender points, de 1 hora de duración, durante 6 semanas. Se analizaron al inicio del estudio, a la finalización del mismo y a las seis semanas de finalizada la terapia: la Escala Analógico Visual (EAV) de dolor, McGill Pain Questionnaire (MPQ), Dolor del SF-36, Pain Catastrophizing Scale (PCS), Brief Pain Inventory (BPI), Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ), puntuación miálgica en 6 tender points, umbral de dolor a la presión, número de tender points y Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). Para el análisis estadístico, las diferencias entre variables socio-demográficas se estudiaron mediante test t de Student, las diferencias entre variables basales vía test exacto de Fisher para variables categóricas y test t de Student para variables cuantitativas, y los efectos de la terapia sobre los distintos cuestionarios mediante análisis de covarianza (ANCOVA) ajustando por sexo, edad, índice de masa corporal (IMC) y medidas basales. Se consideraron significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados: Tras la aleatorización, y al inicio del estudio, no existían diferencias significativas entre los dos grupos, salvo en la edad, que era estadísticamente mayor en el grupo de PS (media 56,25 a. en GE versus 50,82 en GC, $p < 0,01$) y en la puntuación del MPQ (media 39,06 en GE versus 42,44 en GC, $p < 0,03$). Diez pacientes del grupo control y otros 10 del grupo de PS no concluyeron el estudio. De los 10 pacientes del grupo de PS que no finalizaron el estudio, cinco fueron excluidos por mala tolerancia a la técnica y cinco por no acudir a todas las sesiones. Al finalizar la terapia, todos los parámetros de dolor analizados mostraban mejoría estadísticamente significativa en el grupo de estudio, respecto al grupo control: EAV dolor ($p < 0,002$), disposición para las actividades (BPI) ($p < 0,008$), intensidad del dolor (BPI) ($p < 0,03$), MPQ ($p < 0,02$), PCS ($p < 0,02$), Dolor del SF-36 ($p < 0,0007$), puntuación miálgica ($p < 0,0005$), umbral de dolor a la presión ($p < 0,002$), número de tender points ($p < 0,0004$) y también en el impacto de la enfermedad (FIQ $< 0,02$). A las 6 semanas de finalizada la terapia, todos los parámetros analizados mantenían diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de terapia con PS.

Conclusiones: La fisioterapia invasiva con punción seca se revela como un método de fácil ejecución, bajo coste y elevada seguridad, que demuestra un efecto anti-hiperalgésico mantenido para el dolor crónico en pacientes diagnosticados de FM.

43. CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON ESCLERODERMIA SISTÉMICA DE UN REGISTRO LOCAL Y SU COMPARACIÓN CON OTRAS COHORTES INTERNACIONALES

G. Santos-Soler¹, J.M. Senabre¹, C. Santos-Ramírez⁵, J. Rosas¹, E. Salas¹, X. Barber², M. Sánchez-Barrioluengo³, A. Pons⁵ y C. Cano⁴

¹*Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante.*

²*CIO-UMH. Elche. Alicante.* ³*INGENIO (CSIC-UPV). Universitat*

Politécnica de València. Valencia. ⁴*Enfermería de Reumatología.*

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante. ⁵*Hospital Marina Alta. Denia. Alicante.*

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas y el resultado de pruebas complementarias de los pacientes con esclerodermia sistémica (ES), valorados en la consulta de Capilaroscopia en la Sección de Reumatología del Hospital Marina Baixa.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, 2005-2013, de los pacientes con diagnóstico de ES (criterios de clasificación de la ACR 1980) o sospecha de ES (presentan solo esclerodactilia (Sed) o úlceras digitales (Sud), asociadas a Fenómeno de Raynaud (FR) y presencia de autoanticuerpos específicos). Se recogieron datos demográficos (edad y sexo), manifestaciones clínicas asociadas a ES: úlceras digitales, telangiectasias, patrón capilaroscópico, difusión CO2 (DLCO), capacidad vital funcional (CVF), presión arterial pulmonar estimada ecocardiográficamente (PAP), presencia de reflujo gastroesofágico (RGE), así como anticuerpos específicos (centromérico y antitopoisomerasa I/Scl70). Sus características se comparan con los valores medios de una serie de cohortes internacionales (CIn) referenciadas en el artículo: Validation of potential classification criteria for systemic sclerosis Sindhu R. Johnson. Arthritis Care Res. 2012, 64:358-67.

Resultados: 23/211 (11%) ptes con FR cumplían criterios ACR (ACR 1980), solo esclerodactilia (Sed): 26 (12%), 4 solo úlceras (Sud), 7 solo anticuerpos propios de esclerodermia y/o patrón capilaroscópico de esclerodermia. 4/60 (7%) eran varones. La edad media al entrar en el estudio, del gr. ACR era de 57 años, de 52 años en el gr. Sed, de 55 en gr. (Ac-CapiES), y de 35,5 años del gr. Sud. En este tiempo se han producido 6 (26%) muertes (todas en el grupo ACR 1980): 2 por patología relacionable con la enfermedad (hipertensión pulmonar y patología digestiva). 9 (15%) ptes son pérdidas de seguimiento. Las características de la enfermedad más destacables son: el 100% de los ptes presentaban FR y tenían ANA positivos = 1/320. Presencia de Úlceras Digitales en 15 (65%) del gr. ACR 1980, frente al 8% del gr. Sed ($p < 0,001$) y entre el 33-46% ($p < 0,005$ a $0,09$) en las CIn. Telangiectasias en 18 (78%) del gr. ACR 1980, frente a 9 (35%) en el gr. Sed ($p < 0,005$). Patrón capilaroscópico de ES en 18/19 (95%) del gr. ACR 1980, frente a 14 (67%) del gr. Sed, y entre 69-74% en las CIn. DLCO $< 70\%$ de la esperada en 6 (26%) del gr. ACR 1980 y 4 (15%) del gr. Sed frente al 48-62% en las CIn ($p < 0,005$). CVF $< 70\%$ de la esperada en 2 (9%) del gr. ACR 1980, 0 en el gr. Sed y entre 13-30% CIn ($p < 0,05$). Fibrosis pulmonar en 6 (26%) del gr. ACR 1980, frente a 1 (4%) gr. Sed ($p < 0,05$) y frente al 36-41% de las CIn. PAP > 35 mmHg en 8 (35%) del gr. ACR 1980, 2 (8%) en el gr. Sed ($p < 0,05$), y 9-31 en las CIn. RGE en 16 (70%) del gr. ACR 1980, frente a 8 (30,77%) del gr. Sed ($p < 0,05$) y 72-75% en las CIn. Patrón centromérico en 18 (78%) del gr. ACR 1980 frente a 14 (54%) del gr. Sed; y antitopoisomerasa I/Scl 70 en 2 (9%) del gr. ACR 1980 y 1 (4%) del gr. Sed. En las CIn encontramos la presencia de patrón centromérico entre el 21-28%, y del antitopoisomerasa I entre el 19-22% de los ptes. Concurrentemente 4 ptes cumplían criterios de LES, 5 de Sjogren, 1 de EMTC, 1 MII y 1 AR. Durante el año 2013 la actividad de la enfermedad se centro en la presencia de úlceras digitales activas en 6 ptes, el empeoramiento cutáneo en 3 ptes, del FR en estos 9 ptes., del reflujo en 2 ptes. 1 pte. desarrolló manifestaciones lúpicas: anemia, hipocomplementemia y positividad del antiDNA.

Conclusiones: 1) La ES muestra manifestaciones de mayor gravedad: afectación pulmonar, y prevalencia de úlceras digitales, entre aquellos que cumplían los criterios de clasificación ACR 1980. 2) Comparativamente con otras cohortes internacionales, encontramos que nuestros ptes. menor afectación pulmonar, pero mayor prevalencia de lesiones ulcerativas digitales. Estas diferencias probablemente reflejan el diferente espectro de ptes que forman estas cohortes.

44. IMPACTO DE LA APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN ACR/EULAR 2013 SOBRE UNA SERIE DE PACIENTES CON ESCLERODERMIA SISTÉMICA DE UN REGISTRO LOCAL (SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL MARINA BAIXA)

G. Santos-Soler¹, J.M. Senabre¹, C. Santos-Ramírez⁵, J. Rosas¹, E. Salas¹, X. Barber², M. Sánchez-Barrioluengo³, A. Pons⁵ y C. Cano⁴

¹Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante. ²CIO-UMH. Elche. Alicante. ³INGENIO (CSIC-UPV). Universitat Politècnica de València. Valencia. ⁴Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante. ⁵Hospital Marina Alta. Denia. Alicante.

Objetivos: Valorar el impacto de la aplicación de los criterios de clasificación de esclerodermia sistémica (ES) de la iniciativa ACR/EULAR 2013, sobre nuestra cohorte de pacientes con fenómeno de Raynaud (FR), clasificados como ES mediante los criterios de la ACR de 1980, y sobre aquellos que solo presentaban uno de los criterios menores en ella recogidos.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, en el que se revisan y se recogen los datos de los pacientes con FR y diagnóstico o sospecha de ES desde 2005 a 2013. Se recogieron características clínicas, datos de laboratorio y resultados de pruebas complementarias. Se definió el grupo que cumplía los criterios de clasificación según ACR-1980 (ACR 1980), y otros grupos como diagnóstico no definitivo de esclerodermia: presencia de anticuerpos a título mayor o igual a 1/320, y FR, con esclerodactilia, o con úlceras digitales o con fibrosis pulmonar (es decir, solo cumplían un criterio menor de clasificación ACR 1980). Se aplicaron los criterios de la iniciativa ACR/EULAR 2013 a estos ptes.

Resultados: Se identifican 60 ptes. 23 ptes cumplían criterios de clasificación de la ACR 1980, 37 presentaban solo un criterio menor: 26 esclerodactilia, 4 úlceras, 7 presentaban anticuerpos propios de ES y/o un patrón capilaroscópico de esclerodermia, o fibrosis pulmonar. 4/60 (6,7%) eran varones. Todos presentaban FR y ANA = 1/320. El criterio de afectación cutánea proximal a MCF (criterio suficiente para la clasificación ACR/EULAR 2013) se cumplía en 7/23 (30,43%) ptes del grupo ACR 1980. La suma de los criterios alternativos en estos grupos se desglosa de la siguiente manera: los pacientes del grupo ACR 1980, tenían puntuaciones entre 11 y 15: 9, o ≥ 16: 14 ptes. Los pacientes que solo cumplían el criterio de esclerodactilia de la ACR 1980, tenían: < 9 puntos en 4 casos, 9 puntos en 8 casos, entre 11 y 16: 12 ptes. Los 4 ptes que solo cumplían el criterio de úlceras digitales de la ACR 1980, tenían en 2 casos, 13 y 14 puntos, en los otros dos: 5 (por pérdida de seguimiento, diversos datos no están disponibles en estos dos ptes.). Los 7 ptes. que no cumplían ningún criterio de la ACR 1980, pero que se habían diagnosticado como conectivopatía indiferenciada con estigmas de ES sumaron entre 3 y 7 puntos. Se deducen de estos datos la presencia de 22/37 (59,46%) nuevos ptes con diagnóstico de ES, incrementando nuestra serie de 23 ptes hasta 45, un 102%. Sus principales características comparativamente se recogen en la tabla.

	ACR 1980	Nuevas ES ACR/EULAR 2013
Nº ptes.	23	22
Edad (años)	57	50,52
Exitus	6 (26,09%)	0
Engrosamiento cutáneo en los dedos de ambas manos, extendiéndose proximalmente a la MCF	7	0
Manos edematosas	5 (21,74%)	5 (22,73%)
Esclerodactilia de los dedos distal a MCF, pero proximal a IFP	23	20
Úlcera activa/crónica	4/15 (65,22%)	2/4 (18,18%)
Telangiectasia	18 (78,26%)	8 (36,36%)
Patrón capilaroscópico de esclerodermia	18 (78,26%)	14 (63,64%)
Áreas avasculares	16 (69,57%)	12 (54,55%)
Megacapilares	8 (34,78%)	6 (27,27%)
Hemorragias	12 (52,17%)	13 (59,09%)
Angiogénesis	7 (30,44%)	2 (9,09%)
PAP > 35 (mediante ecocardiografía)	8 (34,78%)	2 (9,09%)
Enferm. pulmonar Intersticial	6 (26,09%)	0
DLCO	6 (26,09%)	4 (18,18%)
FVC	2 (8,69%)	0
FR	23	22
ANA = 1/320	23	22
Anticentrómero	18 (78,26%)	14 (63,64%)
Anti-topoisomerasa I	2 (8,69%)	1 (4,55%)

Conclusiones: 1) La aplicación de los nuevos criterios de clasificación de la ACR/EULAR 2013 supone la reclasificación de 22/30 (73,33%) ptes entre aquellos que solo cumplían uno de los criterios ACR 1980. Como consecuencia de esto el número de pacientes con ES se incrementa un 102%, pasando de 23 a 45. 2) Los ptes "Nuevos" presentan menor prevalencia de afectación pulmonar, úlceras digitales, telangiectasias, PAP y fibrosis pulmonar ($p < 0,05$), así como angiogénesis en la capilaroscopia. Esto sugiere que estos ptes nuevos tienen una enfermedad, más leve y/o con menor tiempo de evolución.

45. INEFICACIA DE LA METOCLOPRAMIDA EN EL TRATAMIENTO DE LAS NÁUSEAS DESENCADENADAS POR EL TRATAMIENTO CON UNA COMBINACIÓN DE DOSIS FIJAS DE TRAMADOL Y PARACETAMOL EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR REFERIDO AL APARATO LOCOMOTOR

G. Santos-Soler¹, J.M. Senabre¹, C. Santos-Ramírez⁵, J. Rosas¹, E. Salas¹, X. Barber², M. Sánchez-Barrioluengo³, A. Pons⁵ y C. Cano⁴

¹Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante. ²CIO-UMH. Elche. Alicante. ³INGENIO (CSIC-UPV). Universitat Politècnica de València. Valencia. ⁴Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante. ⁵Hospital Marina Alta. Denia. Alicante.

Introducción: Los acontecimientos adversos (AA) asociados al tratamiento con tramadol, constituyen una limitación para su uso. Las náuseas son causa frecuente de abandono precoz del tratamiento.

Objetivos: Evaluar la eficacia de la metoclopramida (comprimidos de 10 mg) para el tratamiento de las náuseas asociadas al tratamiento con tramadol.

Métodos: Ensayo abierto según práctica clínica del manejo del dolor y prevención secundaria de las náuseas en pacientes, ambulatorios evaluados por dolor referido al aparato locomotor entre marzo y mayo de 2013, subsidiarios de tratamiento con la combinación a dosis fijas de tramadol-paracetamol (TMD/PAC). Después de un periodo de 4 semanas, se evaluó: La dosis máxima y final del TMD/PAC, según una pauta de tratamiento en espejo propuesta (1). El tratamiento inicial y final que seguían los pacientes. La respuesta analgésica: variación sobre una escala tipo Likert. Los AA relacionados con el tratamiento, y si estos motivaron la suspensión del tratamiento. La respuesta de las náuseas, al tratamiento con metoclopramida oral o triamcinolona parenteral.

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes, 39/61 mujeres (64%) con una media de 59 años y 22 varones (62 años). 13/46 ptes (28%) suspendieron el tratamiento por AA relacionados con el TMD-PAC: 11/46 (24%) náuseas, 8 mareos, 1 vómitos, 3 somnolencia y 1 cansancio. Todas las suspensiones ocurrieron durante los primeros 5 días de tratamiento. La toma de metoclopramida 10 mg antes de cada comida, resolvió las náuseas en 1/12 ptes. Entre los que se sometieron a una infiltración y tomaron TMD-PAC ocurrieron 5/21 (24%) suspensiones, frente a 8/25 (32%) que no se sometieron a la misma y tomaron TMD-PAC. Otras variables nos muestran que: 8 ptes. presentaban dolor derivado de patología axial, 43 periférica y 10 mixta. 41/53 pactes (77%) eran naïve para opioides, 9 (17%) eran tolerantes, y 3 (5.7%) habían mostrado intolerancia previamente. 15/61 ptes (24.6%) rechazaron el tratamiento opioide. En el momento de su inclusión 18/61 ptes (29.5%) no recibían terapia analgésica alguna, 33 (54.1%) tomaban paracetamol, 20 AINEs, y 7 opioides. En la visita inicial, 27/61 ptes (44%) recibieron una infiltración con triamcinolona 40 mg. 12/39 (31%) la rechazaron. La dosis máxima de TMD-PAC alcanzada fue superior a 2 comprimidos en 39/46 ptes (85%). Al final del estudio continuaban tratamiento con TMD-PAC, a dosis de 2-3 comprimidos, 8/46 ptes. (17.4%), 5/46 ptes (11%) escalaron hasta un opioide mayor; y 18/61 (29.51%) ptes. no seguían analgesia alguna, 15 (24.59%) tomaban PAC, 19 (31.15%) AINEs, La respuesta obtenida fue considerada por parte del pte. como de una mejoría de al menos el 50% en 36/61 (59%) ptes., 30/46 (65%) de los que tomaron alguna dosis de TMD-PAC, 6/15 (40%) entre los que rechazaron el tratamiento con TMD-PAC, 13/27 (48%) del grupo de infiltrados y 7/12 (58%) que la rechazaron. 1/61 pte empeoro.

Conclusiones: (1) La metoclopramida oral, no evito la suspensión del tratamiento por nauseas: NNT 12. (1.1) La suspensión del tratamiento por nauseas fue menor entre los que se sometieron a infiltración, frente a los que la rechazaron o en los que se consideró que esta no procedía: 24 vs 32%, sin alcanzar la significación estadística: $p = 0,54$. (2) La dosis eficaz de TMD/PAC que alcanzaron los ptes, se situó entre los 2 y 4 comprimidos al día. (2.1) Una mejora de al menos el 50% se alcanzó en el 65% de los ptes que tomaron alguna dosis de TMD-PAC vs 40% de los que lo rechazaron, sin alcanzar la significación estadística: $p = 0,085$. Los abandonos por acontecimientos adversos ocurren en la primera semana de tratamiento y en una proporción (26,5%), concordante con lo registrado en la literatura.

46. UTILIDAD DEL RIESGO CARDIOVASCULAR RELATIVO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE MENORES DE 50 AÑOS

A. Zacarías¹, A. Corrales², J.M. Nolla¹, T. Pina², J. Rodríguez Moreno¹, R. Blanco², J. Narváez¹, M.A. González-Gay² y C. Gómez Vaquero¹

¹Servicio de Reumatología. IDIBELL-Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) se asocia a una mayor mortalidad cardiovascular que la población general de la misma edad y sexo. Las tablas de predicción de eventos cardiovasculares, por su marcada dependencia de la edad, infraestiman el riesgo cardiovascular (RCV) absoluto en los jóvenes. Aunque los eventos cardiovasculares suelen aparecer en edad avanzada, la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en edades medias es altamente predictiva de la morbimortalidad coronaria. Existen dos métodos para soslayar este problema: el riesgo cardiovascular relativo, que estima el exceso de riesgo respecto a personas de la misma edad sin FRCV, y la edad vascular, la edad que tendría un sujeto con su mismo RCV pero con los FRCV controlados.

Objetivos: Evaluar la utilidad de la estimación del riesgo cardiovascular relativo y de la edad vascular en pacientes con AR menores de 50 años.

Métodos: Estudio prospectivo transversal realizado en los servicios de reumatología de dos hospitales universitarios españoles. Se incluyeron los pacientes menores de 50 años con AR diagnosticados según los criterios de clasificación EULAR/ACR 2010, seleccionados de forma consecutiva cuando acudían a su visita de monitorización habitual. Se recogieron las variables para calcular SCORE, REGICOR, riesgo cardiovascular relativo y edad vascular (edad, sexo, hábito tabáquico, presión arterial sistólica, concentración sérica de colesterol total y HDL y diabetes mellitus) y los antecedentes de eventos cardiovasculares. Siguiendo las recomendaciones EULAR 2011, se aplicó un factor multiplicador de 1,5 a SCORE, REGICOR y riesgo cardiovascular relativo en los pacientes con al menos dos de los siguientes criterios: a) duración de la enfermedad > 10 años, b) FR o PCC positivo, c) presencia de manifestaciones extrarticulares. Se recogieron los datos en una base de datos Access 2003 y se analizaron mediante SPSS-Windows 15.

Resultados: Se incluyeron 140 pacientes con AR menores de 50 años (120 (86%) mujeres) con una edad media de 40 ± 7 años. El 64% tenía FR+ y el 56%, PCC+. Como factores multiplicadores EULAR, el 30% tenía una duración de la enfermedad > 10 años, el 71% tenía PCC o FR positivo y el 11% tenía manifestaciones extraarticulares; el 26% tenía dos o más factores. Ningún paciente había presentado eventos cardiovasculares. El SCORE modificado medio fue de $1,03 \pm 0,52$ y el REGICOR modificado, $1,81 \pm 1,37$. El riesgo cardiovascular relativo medio fue de $2,05 \pm 1,33$, entre $2 \times$ y $10 \times$. El 54% de los pacientes tenía un riesgo cardiovascular relativo superior a 1 y el 47%, un riesgo cardiovascular relativo entre 2 y 3 veces superior. La edad vascular media fue de 44 ± 10 años, 4 años superior a la edad biológica. El 41% de los pacientes tenía una edad vascular superior a la biológica, entre 3 y 20 años más. El riesgo cardiovascular relativo identifica más pacientes con factores de RCV que la edad vascular. Los pacientes con aumento del riesgo cardiovascular relativo tenían una edad superior al resto (41 ± 6 vs 38 ± 9 años; $p < 0,01$) y una mayor frecuencia de duración de la AR superior a 10 años (40% vs 7%; $p < 0,001$).

Conclusiones: En los pacientes jóvenes con artritis reumatoide, el cálculo del riesgo cardiovascular relativo y de la edad vascular permite identificar a los pacientes con un mayor riesgo cardiovascular, no cuantificable con las tablas de predicción de eventos habituales.

47. LOS PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE TRATADOS CON AINE MUESTRAN UNA DISMINUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS CIRCULANTES DE CÉLULAS T HELPER FOLICULARES Y PLASMABLASTOS

M.B. Bautista Caro, I. Arroyo Villa, C. Castillo Gallego, E. de Miguel Mendieta, D. Peiteado, C. Plasencia Rodríguez, A. Villalba, A. Puig Kröger, E. Martín Mola y M.E. Miranda Carús

Servicio de Reumatología. Hospital La Paz. Madrid. Servicio de Inmunología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: Las células T helper foliculares (Tfh), un subtipo de células T CD4, se caracterizan por su típica localización en los órganos linfoides, y por su capacidad de intervenir como ayudadoras en la diferenciación y función de los linfocitos B. Se acepta que las células T CD4 circulantes que expresan CXCR5 junto con ICOS y/o PD1 se pueden considerar equivalentes a las células Tfh clásicas, puesto que tienen la capacidad de ayudar a las células B, y se denominan de manera abreviada "células Tfh circulantes" (Tfh-c). Se ha descrito tres subpoblaciones de células Tfh-c basándose en la coexpresión de CXCR5 con CCR6 y/o CXCR3: CXCR5+CXCR3+CCR6- (Tfh-Th1), CXCR5+CXCR3-CCR6+ (Tfh-Th17) y CXCR5+CXCR3-

CCR6- (Tfh-Th2). Sólo las Tfh-Th17 y Tfh-Th2, pero no las Tfh-Th1, han demostrado capacidad funcional Tfh. Se ha descrito que las enfermedades autoinmunes pueden asociarse a alteraciones en las proporciones relativas de estas subpoblaciones entre sí.

Objetivos: Estudiar la frecuencia de células Tfh circulantes y subtipos de las mismas, así como la frecuencia de plasmablastos circulantes (células B CD19+CD20-CD27+CD38high) en pacientes con espondilitis anquilosante (EA).

Métodos: Se obtuvo sangre periférica de controles sanos (n = 50), pacientes con EA tratados con AINEs (n = 25) y EA en tratamiento con agentes bloqueantes del TNF (bTNF) (n = 25). Después del aislamiento por gradiente de Ficoll, las células mononucleares de sangre periférica fueron teñidas con anticuerpos frente a CD3, CD4, CXCR5, ICOS, PD-1, CCR6, CXCR3, CD19, CD20, CD27 y CD38, y se examinaron mediante citometría de flujo. Los porcentajes de células CXCR5+CXCR3+CCR6- (Tfh-Th1), CXCR5+CXCR3-CCR6+ (Tfh-Th17), CXCR5+CXCR3-CCR6- (Tfh-Th2) y CXCR5+ICOS+PD1+ fueron calculados en la ventana CD3+/CD4+/CXCR5+. El porcentaje de células CD20-CD38high se calculó en la ventana CD19+/CD27-.

Resultados: La frecuencia de células CXCR5+ circulantes dentro de las células T CD4+, no fue diferente entre los grupos estudiados. Sin embargo, los pacientes con EA tratados con AINEs pero no aquellos que recibían tratamiento con bTNF, mostraron una disminución de la frecuencia de células CD4+CXCR5+ICOS+PD1+. Además, en los pacientes con EA tratados con AINEs, la frecuencia de células Tfh-Th1 fue significativamente mayor y la frecuencia de células Tfh-Th17 y Tfh-Th2 fue significativamente menor en comparación a los controles sanos. Por lo tanto, la proporción (Tfh-Th17+Tfh-Th2)/Tfh-Th1 estaba disminuida en dichos pacientes. Al mismo tiempo, la frecuencia de plasmablastos circulantes estaba disminuida en pacientes tratados con AINEs en comparación con los controles sanos. Además, se encontró una correlación positiva entre el porcentaje de plasmablastos circulantes y la frecuencia de células T CD4+CXCR5+ICOS+PD1+ sólo en los pacientes con EA tratados con AINEs. Por otro lado, la frecuencia de plasmablastos circulantes mostró también una correlación positiva con la proporción (Tfh-Th17+Tfh-Th2)/Tfh-Th1 en dichos pacientes.

Conclusiones: Los pacientes con EA tratados con AINEs, pero no aquellos que recibían tratamiento con bTNF, se caracterizaron por una disminución de la frecuencia de células T CD4+CXCR5+ICOS+PD1+. Además, mostraron una alteración en las frecuencias relativas de subpoblaciones Tfh-c, estando escasamente representadas las subpoblaciones con fenotipo asociado a capacidad ayudadora de células B. Al mismo tiempo, en estos pacientes se observó una disminución de plasmablastos circulantes.

48. REUMEVAL: SISTEMA ONLINE PARA EVALUACIÓN DOCENTE DE LAS ROTACIONES MIR EN REUMATOLOGÍA. RESULTADOS DE LA FASE PILOTO

M.A. Belmonte Serrano, P. Tejón Menéndez, A. Lozano Sáez, M. Ventura Pérez, J.A. Castellano Cuesta, N. Fernández-Llanio Comella, J. Calvo Catalá, A. Ybáñez García, R. Belenguer Prieto, F.J. Navarro Blasco, V. Vila Fayos, J. Rosas Gómez-Salazar y E. Pascual Gómez

Hospital General de Castellón y otros centros de la Comunidad Valenciana.

Objetivos: Analizar los resultados de un estudio piloto para medir la funcionalidad de un nuevo sistema online de evaluación de conocimientos en Reumatología de los MIR que rotan por las unidades de esta especialidad.

Métodos: Se ha desarrollado una plataforma informática online para realizar test de conocimientos en Reumatología con resultados cuantificables. Se solicitó a 10 centros de la Comunidad Valenciana

(CV) la elaboración de preguntas tipo test de dificultad moderada y asequible a MIR de otras especialidades. El procedimiento de evaluación se realiza en dos tiempos: un primer test de 30 preguntas al iniciar la rotación, que incluye datos demográficos. Al finalizar la rotación en Reumatología el MIR realiza un segundo test similar, y finaliza con un cuestionario de satisfacción de la rotación realizada. Cada pregunta tiene 4 posibilidades, la respuesta válida es 1 punto y la respuesta incorrecta resta 0,25 puntos.

Resultados: Se ha elaborado un conjunto de 300 preguntas tipo test, de las cuales > 10% incluyen imágenes. Estas preguntas cubren temas de todo el espectro de la especialidad. Para confirmar la adecuación de las preguntas al nivel esperado de los MIR en rotación se realizó una ronda Delphi entre los propios participantes, detectándose 59 preguntas inapropiadas que fueron sustituidas por otras más asequibles. Los resultados hasta la fecha actual corresponden a 10 meses de fase piloto. En la evaluación participaron 42 médicos en formación MIR de los cuales 32 eran mujeres (76%). Se obtuvieron resultados de 13 centros de la Comunidad Valenciana: 2 de la provincia de Castellón, 6 de Valencia y 5 de Alicante. La mayoría de los encuestados eran residentes de 2º año (64%) y de especialidad Medicina Familiar y Comunitaria (69%). Sobre un total de 30 preguntas por cuestionario, en el primer test (inicio de rotación) la media de preguntas acertadas fue de $18,90 \pm 3,81$, con una media de preguntas falladas de $10,50 \pm 3,37$ y una media de $0,60 \pm 1,64$ de preguntas no contestadas. En el segundo test (final de rotación), la media de preguntas acertadas fue de $21,30 \pm 3,59$, con una media de preguntas falladas de $8,43 \pm 3,62$ y una media de $0,26 \pm 0,75$ de preguntas no contestadas. Se observó un incremento medio entre ambas evaluaciones de $2,67 \pm 4,38$ en relación a la puntuación total. Esto corresponde con un aumento medio de $0,89 \pm 1,46$ puntos normalizados (rango 0-10) tras realizar la rotación en Reumatología. El tiempo de realización fue de $22,25 \pm 8,57$ minutos en el primer test y $25,67 \pm 11,82$ en el segundo. Los índices de satisfacción tras la rotación fueron > 90% en todos los casos. La aceptación del sistema fue excelente por parte de tutores y residentes.

Conclusiones: REUMEVAL es un sistema online que permite una evaluación objetiva del incremento de conocimientos de Reumatología en los MIR que realizan el rotatorio por unidades de esta especialidad. En este estudio piloto comprobamos la aceptación del sistema por parte de los MIR y sus tutores, así como un aumento demostrable de conocimientos tras la rotación.

Agradecimientos: Estudio realizado con el aval de la Sociedad Valenciana de Reumatología y patrocinio parcial de MSD.

49. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Tejón Menéndez, J.J. Lerma Garrido, A. Lozano Sáez y M.A. Belmonte Serrano

Hospital General de Castellón. Castellón.

Introducción: La nefropatía por Ig A es la segunda causa más frecuente de insuficiencia renal, después de la amiloidosis, en pacientes con espondiloartritis. Puede ser primaria o secundaria, aunque no hay datos epidemiológicos claros, parece existir una asociación principalmente con la espondilitis anquilosante (EA), y más raramente con la artritis psoriásica (AP). Además, se han descrito casos de nefropatía por Ig A inducidos por el tratamiento anti-TNF, aunque son muy escasos los estudios publicados que asocien ambas patologías y hayan recibido terapia biológica.

Objetivos: Realizar un análisis de los casos publicados hasta la actualidad de pacientes con diagnóstico de espondiloartritis y nefropatía por Ig A que han recibido tratamiento con anti-TNF.

Métodos: A propósito de un caso diagnosticado en nuestro hospital (caso 5), se ha realizado una revisión de los casos publicados hasta la fecha, recogiendo características demográficas del paciente, caracte-

Tabla Póster 49

	1 ¹	2 ²	3 ³	4 ³	5	6 ⁴	7 ⁴	8 ⁵
Edad	50	15	52	46	61	29	30	37
Sexo	V	—	V	V	V	M	M	V
Diagnóstico	AP	AP	AP	AP	AP	EA	EA	EA
Presentación de la nefropatía IgA	—	M+P	M+P	M	M+P	M+P	M+P	M+P
Anti-TNF	IFX	IFX	IFX	IFX	ETN	IFX	ADA	IFX
Comorbilidades	HTA	HTA	HTA	—	HTA,DM,DL	—	—	—
Niveles de IgA	—	—	—	—	611	625	425	513
Años desde la artritis hasta la nefropatía	—	—	11	4	14	12	7	12
Inicio del anti-TNF respecto al diagnóstico renal	Posterior	Previo	Posterior	Posterior	Previo	Posterior	Posterior	Previo
Evolución	Buena	Mala	Buena	Buena	Buena	Mala	Buena	Mala

M: microhematuria; P: proteinuria; IFX: infliximab; ETN: etanercept; ADA: adalimumab.

terísticas de la enfermedad y la evolución de la patología articular y renal con el tratamiento biológico.

Resultados: En la revisión realizada tan sólo aparecen 7 casos publicados, hemos añadido un caso que fue diagnosticado en nuestro hospital (caso 5). La edad media de los pacientes fue de 40 ± 15 años, siendo la mayoría varones. El diagnóstico de la patología articular fue de AP en 5 pacientes y 3 con EA. En 5 de los pacientes la terapia biológica se inició posteriormente a la realización de la biopsia renal, pero en 3 de los casos el diagnóstico de la nefropatía se realizó tras recibir tratamiento con un anti-TNF. La confirmación diagnóstica de la nefropatía por Ig A con biopsia renal se realizó con una media de $8,5 \pm 3,7$ años después del debut de la enfermedad articular. La forma más habitual de presentación de la nefropatía fue con microhematuria y proteinuria. Los niveles medios de IgA en sangre fueron de $543,5 \pm 93,4$ mg/dl. Con el anti-TNF 5 de los pacientes (62,5%) se mantuvieron en remisión de la patología renal y articular. El caso 2 precisó la suspensión del ETN por empeoramiento cutáneo y renal, el caso 6 y 8 consiguieron una mejoría articular pero sin lograr un buen control de la función renal.

Conclusiones: En la mayoría de los casos publicados de nefropatía por Ig A asociada a EA o AP que precisan terapia anti-TNF por su patología articular, la función renal se mantiene estable con el tratamiento biológico logrando la remisión de la enfermedad articular y renal.

50. CAPACIDAD ANTI-INFLAMATORIA EN MACRÓFAGOS HUMANOS DEL COMPUESTO 4QMn, UN MIMÉTICO DE LA ENZIMA SUPERÓXIDO DISMUTASA

C. Serena¹, M.P. Clares², E. García-España², A. García-España¹, R. Fontova^{1,3}, A. Pàmies³, S. Castro³ y M.J. Poveda³

¹Unitat de Recerca. Hospital Universitari Joan XXIII. Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili (IISPV). Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. ²Instituto de Ciencia Molecular. Departamento de Química Inorgánica. Universidad de Valencia. Valencia. ³Sección de Reumatología. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

Introducción: Las superóxido dismutasas (SOD) son enzimas que desactivan los radicales O_2^- que son altamente reactivos y están relacionados con muchas enfermedades como asma, diabetes, enfermedades neurodegenerativas y enfermedades reumáticas inflamatorias. El uso en terapia de compuestos químicos sintéticos con actividad mimética de los enzimas SOD presenta una serie de ventajas respecto al uso de enzimas SOD purificadas ya que estos compuestos no son antigénicos, son muy estables en solución, tienen una vida más larga en sangre y en el citoplasma, y son mucho más económicos de producir. El compuesto mimético de SOD 4QMn es un compuesto químico que pertenece a la familia de compuestos azamacrociclos de tipo escorpiando y esta acompañado con Mn II;

4QMn ha demostrado tener una buena actividad SOD in vitro en un ensayo químico con nitro blue tetrazolium (NBT). En un estudio preliminar realizado en nuestro laboratorio, el compuesto 4QMn permitió el crecimiento en una atmósfera con oxígeno de bacterias *E. coli* "knock out" para los enzimas SOD. Estas bacterias "knock out" no pueden crecer en presencia de oxígeno por sí solas y necesitan un antioxidante capaz de eliminar los radicales libres intracelulares que se forman en el metabolismo celular en presencia de oxígeno. Por otra parte, los macrófagos activados con lipopolisacárido (LPS) producen radicales O_2^- que a su vez inducen la expresión de citoquinas inflamatorias como el factor de necrosis tumoral alfa ($TNF\alpha$), la interleucina 6 (IL-6), y la interleucina 1 beta (IL-1 β). Por ello, los macrófagos activados con LPS son ampliamente utilizados como modelos para el estudio de compuestos antioxidantes y/o antiinflamatorios. El objetivo del presente estudio fue investigar las propiedades anti-inflamatorias del compuesto mimético de SOD 4QMn en macrófagos humanos tratados con LPS o H₂O₂.

Métodos: Se utilizó la línea celular de monocitos humanos THP1 que se puede diferenciar a macrófagos con forbol 12-miristato 14-acetato (PMA) a 200 nM durante 3 días. Los macrófagos fueron estimulados con LPS a 100 ng/ml, y/o tratados con 4QMn (25 o 50 μ M). Se analizaron los niveles de mRNA de la iNOS (iNOS) y de las citoquinas proinflamatorias $TNF\alpha$, IL-6, IL-1 β por PCR a tiempo real utilizando sondas específicas para estos genes. En otro experimento, se analizó en macrófagos la capacidad de protección del compuesto 4QMn frente a muerte celular inducida por H₂O₂. Los macrófagos fueron pre-tratados con el compuesto 4QMn y tratados con H₂O₂ a 1, 5 y 10 mM durante 18 horas. Se estudió la viabilidad celular con el método de Trypan blue.

Resultados: Hemos observado que el compuesto 4QMn en macrófagos humanos fue capaz de inhibir significativamente la expresión de mRNA inducida por LPS de la iNOS y de las citoquinas proinflamatorias $TNF\alpha$, IL-6, IL-1 β . Además, el compuesto 4QMn protegió significativamente a los macrófagos de la muerte celular inducida por H₂O₂.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que el compuesto 4QMn presenta una buena actividad antiinflamatoria en macrófagos. Este estudio ha sido financiado con un proyecto CONSOLIDER INGENIO 2010/0065.

51. CAMBIOS EN EL PATRÓN CAPILAROSCÓPICO DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA Y PREESCLERODERMIA

C. Peralta Ginés y C. Delgado Beltrán

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción: La capilaroscopia constituye un elemento fundamental para el diagnóstico precoz, control evolutivo y evaluación pronóstica de pacientes con esclerosis sistémica (ES). El daño microvascular en la ES se caracteriza por alteraciones estructurales que

se clasifican en tres patrones evolutivos, precoz, activo y tardío, que se correlacionan con la duración del fenómeno de Raynaud y de la ES (Cutolo et al. *J Rheumatol.* 2000;27:155-60). Leroy y Medsger introdujeron el término preesclerodermia dentro de cuatro subtipos de ES (Leroy et al. *J Rheumatol.* 2001;28:1573-6) y más recientemente el grupo EUSTAR ha definido unos criterios preliminares para el diagnóstico de ES muy precoz (Avouac et al. *Ann Rheum Dis.* 2011;70:476-81).

Métodos: Identificamos a los pacientes con fenómeno de Raynaud que fueron clasificados como ES difusa, limitada o preesclerodermia. A todos ellos se les realizó capilaroscopia durante varios años consecutivos y analítica con autoanticuerpos. Los pacientes que cumplían los criterios de fenómeno de Raynaud, alteraciones capilares compatibles con ES y analítica con ANA, anti-centrómero o antiScl-70 positivos fueron incluidos en el grupo de preesclerodermia.

Resultados: De un total de 17 pacientes, 9 presentaban una ES limitada, 7 preesclerodermia y sólo una paciente tenía una ES difusa. Todos eran mujeres, a excepción de un varón con preesclerodermia. La edad media en el momento de consulta era de 52 años (58 en el grupo de ES y 45 en el grupo de preesclerodermia). La duración del fenómeno de Raynaud variaba de 36 años a 1 año, siendo la media de 12 años en el grupo con ES y de 5 años en el grupo con preesclerodermia. De las 9 pacientes con ES, 3 presentaron un cambio evolutivo en el patrón capilaroscópico de activo a tardío, mientras que en ninguno de los pacientes con preesclerodermia se objetivó una evolución en dicho patrón.

Conclusiones: En nuestra cohorte, la mayor parte de pacientes con ES o preesclerodermia son mujeres con una duración muy variable del fenómeno de Raynaud. En ambos grupos, el patrón más frecuente en la primera capilaroscopia fue el activo. Durante los tres años de seguimiento, los cambios evolutivos en el patrón capilaroscópico se observaron en pacientes con ES pero esto no ocurrió en pacientes con preesclerodermia, probablemente debido a una mayor duración del fenómeno de Raynaud en el primer grupo. Consideramos necesario realizar capilaroscopias seriadas con mayor frecuencia en pacientes con ES que en el caso de la preesclerodermia, con el objetivo de detectar precozmente una posible afectación visceral.

52. COSTE-EFICACIA DE ABATACEPT SUBCUTÁNEO FRENTE A ADALIMUMAB SUBCUTÁNEO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN ESPAÑA

F. Gutiérrez Nicolás, G. Julia Nazco, R. Ariza, C. Canal, A. Nadkarni y J.J. Sancho

¹Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ³Bristol-Myers Squibb.

Introducción: El estudio AMPLE es el primer ensayo clínico que compara de forma directa la eficacia y seguridad de abatacept subcutáneo (ABA) frente a adalimumab subcutáneo (ADA) en pacientes con artritis reumatoide (AR) moderada o severa (DAS28 = 3,2) y condiciones similares a las usadas en práctica clínica habitual. La incorporación de las terapias biológicas para el tratamiento de AR supone un impacto presupuestario. Este análisis de coste-eficacia podría ayudar a la toma de decisiones terapéuticas.

Objetivos: Realizar un análisis coste-eficacia de ABA frente a ADA en pacientes con AR moderada o severa utilizando los resultados a 12 meses del estudio AMPLE.

Métodos: A partir de los resultados del estudio AMPLE, se realizó una evaluación económica, calculándose la razón coste-eficacia de ABA+MTX frente a ADA+MTX con un horizonte temporal de un año. Se adoptó la perspectiva del SNS. El criterio de eficacia empleado

fue la tasa de respuesta ACR y la remisión DAS28. Para el cálculo del coste de las estrategias de tratamiento analizadas, se aplicaron los regímenes posológicos descritos en la ficha técnica de ambos medicamentos, sin incluir el coste de MTX, puesto que se asume que es el mismo en ambos casos. En el análisis económico se incluyeron aquellos eventos adversos que mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de tratamiento (reacciones locales en el lugar de inyección ABA vs ADA: 3,8% vs 9,1%; $p = 0,006$), cuya resolución supone un coste adicional para el SNS: visitas adicionales al médico especialista, a la consulta de enfermería y costes farmacológicos asociados. Todos los costes se expresaron en euros (€) de 2013, aplicando la deducción del 7,5% contemplada en el RDL 8/2010.

Resultados: El coste por respuesta para ABA fue numéricamente menor que para ADA en todos los escenarios (ACR20: 16.654,11 € vs 21.699,99 €, ACR50: 23.359,01 € vs 29.908,24 €, ACR70: 36.958,44 € vs 52.510,65 € y ACR90: 103.767,92 € vs 214.965,48 €). En el caso del coste por respuesta ACR20 y ACR50 la diferencia fue estadísticamente significativa, obteniéndose un IC al 95% para la razón coste-eficacia de [15.416,95-18.137,59] para ABA y [20.055,09-23.638,82] para ADA por ACR20 y de [20.874,01-26.515,64] para ABA y [26.766,13-33.886,18] para ADA por ACR50. El coste-eficacia de la remisión DAS28 también fue menor para ABA (24.923,47 € vs 32.834,82 €).

Conclusiones: Este análisis muestra que los resultados de coste-eficacia de la terapia combinada de ABA+MTX frente a ADA+MTX serían, dependiendo de la medida de eficacia, comparables o mejores para el tratamiento de los pacientes con AR moderada o severa (DAS28 = 3,2), desde la perspectiva del SNS. El coste por respuesta fue numéricamente menor para ABA en todos los escenarios, obteniéndose significancia estadística en el caso del coste por ACR20 y ACR50.

53. APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS SLICC 2012 EN UNA SERIE DE SUJETOS CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

E. Meriño Ibarra, M. Casorrán Berges, M.T. Bosque Peralta y C. Delgado Beltrán

Sección de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción: El diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) se realiza, tradicionalmente, siguiendo los criterios de clasificación de la American College of Rheumatology (criterios ACR 1997) los cuales no han sido debidamente validados. En el año 2012 se validaron nuevos criterios de clasificación: Systemic Lupus International Collaborating Clinics (criterios SLICC 2012), los cuales aportan una mayor sensibilidad, en detrimento de especificidad, que los criterios ACR. No se conoce cuánto representa, temporalmente (en días), el aumento de la sensibilidad diagnóstica de estos nuevos criterios.

Objetivos: 1. Demostrar que la aplicación de los criterios SLICC disminuye el tiempo de diagnóstico a partir de la primera consulta con respecto a los criterios ACR. 2. Identificar las características clínico/análíticas que marcan la diferencia temporal en cuanto a diagnóstico entre los dos criterios.

Métodos: Se revisaron cronológicamente la aparición de los criterios ACR y los criterios SLICC en una serie de 19 sujetos con lupus eritematoso sistémico (LES) y se anotaron las fechas. Se calculó la cantidad de días entre la primera consulta y el momento en que se cumplían los criterios ACR y SLICC, también se calcularon las diferencias, en días, entre ambos criterios. Finalmente se evaluaron las principales características, en cuanto a criterios clínicos/serológicos, entre los criterios ACR y SLICC que explican la diferencia temporal.

Resultados: Los sujetos estudiados tenían una media de edad 44,2 años (DE 11,1), todos del sexo femenino y el 94,7% de raza blanca. Se cumplieron los criterios ACR y SLICC al mismo tiempo y desde la primera consulta en un 26,3%, en aquellos sujetos sin diagnóstico desde el primer día (73,4%), con la aplicación de los criterios ACR hubo un retraso diagnóstico de 674,5 días (rango intercuartil 19-2971,2), sin embargo el retraso diagnóstico con los criterios SLICC fue de 115 días (rango intercuartil 19-987,2). En los sujetos en los que hubo diferencias temporales en el cumplimiento de los criterios diagnósticos (36,8%), en todos los casos, excepto en un caso, los criterios SLICC se adelantaron a los criterios ACR en 693 días (rango intercuartil 320-3.652). Las características clínico/analíticas que establecieron diferencias temporales fueron: rigidez articular, alopecia, lupus cutáneo y la trombopenia. En todos los casos, evolutivamente, se cumplieron ambos grupos de criterios.

Conclusiones: El diagnóstico de LES se obtiene 693 días antes con la aplicación de los criterios SLICC que con los criterios ACR. Las características clínicas que marcan estas diferencias son: rigidez articular, alopecia, lupus cutáneo y la trombopenia.

54. INMUNODEFICIENCIA VARIABLE COMÚN Y GRANULOMAS NO NECROTIZANTES. DESCRIPCIÓN DE 4 CASOS

S. Rodríguez-Muguruza¹, L. Mateo¹, S. Holgado¹, A. Riveros¹, S. Roura², M. Martínez-Morillo¹, J. Sanint¹, A. Prior¹, A. Olivé¹, J. Cañellas¹ y X. Tena¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

Introducción: La inmunodeficiencia común variable (IVC) se caracteriza por una alteración en la producción de anticuerpos que condiciona una mayor susceptibilidad a infecciones bacterianas. Se describen complicaciones autoinmunes, enfermedades linfoproliferativas y en algunos casos el desarrollo de granulomas no necrotizantes, sobre todo pulmonares; esta última asociación se ha considerado como una entidad propia denominada síndrome “similar a la sarcoidosis” (sarcoidosis-like). La incidencia y mecanismo responsable se desconocen. Las manifestaciones articulares pueden formar parte de la presentación inicial de este síndrome, de ahí su importancia para el reumatólogo.

Tabla Póster 54

Paciente	1	2	3	4
Género/Etnia	Mujer/magrebí	Mujer/caucásica	Mujer/caucásica	Mujer/caucásica
Infecciones recurrentes	Sinusitis	Neumonía Otitis	Neumonía Celulitis	Neumonía
Edad (años) de inicio de infecciones	38	63	65	42
Edad (años) al diagnóstico de IVC/granulomatosis	43/39	68/68	73/72	47/56
Síntoma principal	Placas eritemato violáceas Artritis de rodillas	Poliadenopatías	Tenosinovitis del carpo	Artritis de rodillas
Ecografía	Sinovitis proliferativa, presencia de mamelones de sinovial en el interior	No	Tenosinovitis de los extensores del carpo, con líquido libre e importante sinovitis. Señal doppler ++	Sinovitis proliferativa, con pannus en forma de mamelones, doppler ++, derrame moderado, quiste de Baker.
Resonancia magnética	Sinovitis inespecífica con proliferación sinovial que erosionan el polo inferior de la rótula e infiltran parcialmente la grasa de Hoffa	No	No	Sinovitis inespecífica con proliferación grasa subsinovial
Tomografía de tórax	Poliadenopatías. Nodulillos pulmonares subpleurales, discretas opacidades pulmonares focales en vidrio deslustrado	Poliadenopatías. Nódulos pulmonares bilaterales, afectación pulmonar intersticial difusa y de las áreas en vidrio deslustrado de predominio basal, bronquiolectasias por tracción y engrosamientos septales	Afectación de espacio aéreo de pequeña vía en lóbulo medio derecho, imágenes de “tree in bud” en lóbulo medio, inferior derecho y lóbulo inferior izquierdo	Poliadenopatías. Afectación pulmonar nodulillar de predominio de lóbulos superiores. Nódulos pulmonares bilaterales
ECA (U/L)	22	26	56	80
Biopsia	Dermatitis granulomatosa, focos de necrosis y áreas de aspecto necrobiótico. Sinovitis granulomatosa con necrosis focal	Hiperplasia folicular linfoide, presencia de granulomas no necrotizantes, algunos de ellos localizados en centros germinales	Sinovitis crónica con presencia de abundantes granulomas no necrotizantes	Sinovitis crónica con presencia de abundantes granulomas no necrotizantes
Esplenomegalia	No	Sí	No	Sí
Hallazgos hematológicos	No	No	No	Plaquetopenia
Enfermedades autoinmunes	No	Síndrome seco	No	Síndrome seco
Neoplasias	Linfoma de Hodgkin 2004	no	Adenocarcinoma de colon	no
Pruebas de función respiratoria	Disminución ligera de la capacidad vital	Alteración ventilatoria mixta con obstrucción al flujo de aire de grado moderado. Capacidad pulmonar total ligeramente disminuida con volumen residual normal. Transferencia de CO normal.	no	Alteración ventilatoria mixta con obstrucción al flujo de aire de grado moderado. Volumen residual aumentado
Tratamiento IVC/granulomatosis	Ig/prednisona	Ig/No	Ig/prednisona	Ig/prednisona
Evolución	Remisión de la artritis con prednisona, mejoría de lesiones cutáneas con cámara hiperbárica	En curso	Mejoría de la tenosinovitis. Exitus por sepsis origen pulmonar	Remisión de la artritis

Objetivos: Describir las características clínicas y epidemiológicas de una serie de pacientes con inmunodeficiencia común variable y granulomas no necrotizantes.

Métodos: Diseño retrospectivo (1988-2012) en un hospital universitario con un área de referencia de 850.000 habitantes. Se revisaron las historias clínicas de 4 pacientes con diagnóstico de inmunodeficiencia común variable y granulomas no necrotizantes que consultaron al servicio de reumatología.

Resultados: Se identificaron 4 pacientes: todas ellas mujeres; 1 magrebí y 3 caucásicas. La media de edad al comienzo de los síntomas infecciosos fue de 52 años. La media de edad al momento del diagnóstico de IVC y de granulomatosis fue de 57 y 58 años respectivamente. El motivo de consulta en reumatología fue: artritis de rodilla como síntoma inicial de granulomatosis en dos pacientes, una de ellas con afectación cutánea en forma de placas eritemato-violáceas. Una tenosinovitis y un síndrome seco asociado a poliadenopatías. Las biopsias diagnósticas fueron obtenidas de biopsia sinovial (3) y ganglionar (1). Entre los hallazgos tomográficos se encontró afectación pulmonar parenquimatosa en todas las pacientes y presencia de poliadenopatías en tres. La enzima convertidora de angiotensina (ECA) estuvo elevada en 1 paciente (valor normal: 8-52 U/L). Se encontraron otras asociaciones: 2 enfermedades autoinmunes, 2 neoplasias y una alteración hematológica. Durante el curso de la enfermedad, las pacientes con artritis y tenosinovitis mejoraron posterior al tratamiento con corticoides. Una paciente falleció por sepsis de origen pulmonar. Las características clínicas, analíticas y radiográficas se exponen en la tabla.

Conclusiones: Los pacientes con IVC pueden desarrollar artritis. Es característica la presentación de un síndrome "sarcoidosis-like" con sinovitis granulomatosa, poliadenopatías y manifestaciones cutáneas diversas. En nuestro grupo, las manifestaciones articulares y las adenopatías remitieron con la corticoterapia. Las manifestaciones cutáneas fueron resistentes y precisaron de tratamiento con cámara hiperbárica.

55. ESTÁNDARES DE CALIDAD ASISTENCIAL EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE REUMATOLOGÍA. EL PROYECTO EXTRELLA

J.M. Nolla¹, C. Martínez², R. García-Vicuña³, M.P. Rosario Lozano², A. Alonso⁴, M. Iperi⁵, C. Barbazán⁶, J. Calvo Alen⁷, C. Delgado⁸, A. Fernández Nebro⁹, L. Mateo¹⁰, T. Pérez Sandoval¹¹, J. Pérez Venegas¹², C. Rodríguez Lozano¹³ y J. Rosas¹⁴

¹Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ²Unidad de Investigación de la SER. ³Hospital Universitario de la Princesa. IISP. Madrid. ⁴Hospital Universitario de Cruces. Vizcaya. ⁵Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ⁶Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo. ⁷Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. ⁸Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ⁹Hospital Regional Universitario de Málaga. IBIMA. Universidad de Málaga. Málaga. ¹⁰Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. ¹¹Complejo Asistencial Universitario de León. León. ¹²Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz. ¹³Hospital Universitario Dr Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ¹⁴Hospital Marina Baixa. Alicante.

Introducción: Los estándares de calidad disponibles en el ámbito reumatológico son limitados. Cabe destacar los de la SORCOM en 2002 (Rev Esp Reumatol. 2002;29:155-7) y los de la SER en 2007 (Alonso Ruiz et al. Reumatol Clin. 2007;35:e1-20). El proyecto EXTRELLA, que se enmarca en el Plan ICARO de la SER, se ha diseñado para generar estándares de calidad asistencial en las consultas externas de reumatología, el área en la que los reumatólogos realizan fundamentalmente su actividad.

Objetivos: Identificar y consensuar estándares de calidad asistencial en las consultas externas de reumatología.

Métodos: El proyecto se desarrolló en 10 etapas sucesivas: 1) Selección de información previa; 2) Grupo de Discusión con pacien-

tes. 3) Generación, por el IP, de un primer documento (98 ítems); 4) Debate del documento entre los miembros del Comité Científico (CC) (12 + IP); 5) Generación de un segundo documento; 6) Debate del documento en Grupos Nominales (GN), uno de enfermeras (n = 12) y cuatro de reumatólogos (n = 45). Los reumatólogos eran profesionales con más de tres años de experiencia y se eligieron teniendo en cuenta la paridad de género y atendiendo a criterios de proporcionalidad en ámbito geográfico, nivel de hospital y cargo, 7) Tras los debates en los GN, cada participante valoró (0-10) el interés de los ítems y, adicionalmente, cumplimentó aquellos que precisaban de una expresión numérica. 8) Posteriormente, se analizaron las puntuaciones otorgadas a cada ítem y se calculó la media, la mediana, los percentiles 25 y 75, el rango intercuartílico y la diferencia de rangos. Los ítems que consiguieron una valoración igual o superior a 7 en al menos el 70% de los participantes, se mantuvieron en el documento; el resto se eliminaron. Además, se generaron nuevos ítems con las aportaciones de los participantes. 9) Este tercer documento se sometió a una 1ª ronda Delphi en la que participaron 58 reumatólogos (45 de los GN + 13 del CC) y las 12 enfermeras del GN; 10) Tras evaluar los resultados, se realizó una 2ª ronda Delphi en la que se incluyeron los ítems que no alcanzaron una valoración igual o superior a 7 en al menos el 70% de los participantes y aquellos con una diferencia de rangos igual o superior a 4 puntos. 11) Elaboración del documento final.

Estándar	Porcentaje de participantes que otorgaron un valor igual o superior a 7
A. Estructura	
A18. "En cada despacho de las consultas de reumatología se debe disponer de infraestructura informática que posibilite una conexión a los datos de la red intrahospitalaria y del área sanitaria".	100%
B. Actividad clínica y relación con pacientes	
B1. "El tiempo de espera máximo del paciente en la sala de espera, una vez se ha cumplido la hora en que ha sido citado, debe ser de 30 minutos".	82%
C. Planificación	
C7. "Debe contemplarse la posibilidad de visitar en el día a pacientes que han acudido a las consultas sin cita previa por empeoramiento de su enfermedad, evento inesperado o derivación desde el servicio de urgencias. Se valorará preestablecer, de forma sistemática, huecos en las agendas para poder atenderlos sin interferir en la actividad habitual".	96%
D. Niveles de prioridad	
D3. "En las consultas de reumatología se definen como preferentes aquellas derivaciones en las que el médico remitente considera que dadas las características del proceso éste debe ser atendido con una demora máxima de quince días"	93%
E. Relación con AP, con el Servicio de Urgencias y otros servicios del hospital	
E11. "El servicio de reumatología debe realizar una encuesta de satisfacción a los médicos de familia de su área sanitaria en relación a la asistencia prestada"	76%
F. Proceso	
F4. "El servicio de reumatología debe impulsar, siempre que los recursos asistenciales lo permitan, la existencia de consultas multidisciplinares".	97%
G. Enfermería	
G4. "En las consultas de reumatología debe haber consulta de enfermería reumatológica"	97%
H. Docencia	
H7. "El tiempo asignado para cada visita a un reumatólogo con actividad docente (grado o posgrado) debe ser mayor que el de un reumatólogo que únicamente realiza actividad asistencial"	95%
I. Cómputo de actividad	
I4. "Las consultas telefónicas de los pacientes deben computar a todos los efectos como actividad asistencial"	99%

Resultados: El documento consensuado consta de 148 ítems distribuidos en 9 áreas temáticas: a) estructura (n = 22) [80-100%], b) actividad clínica y relación con pacientes (n = 34) [75-100%], c) planificación (n = 7) [84-100%], d) niveles de prioridad [85-96%] (n = 5), e) relación con AP, con el Servicio de Urgencias y con otros servicios del hospital (n = 20) [76-99%], f) proceso (n = 26) [72-100%], g) enfermería (n = 13) [77-100%], h) docencia e investigación (n = 13) [83-100%] e i) cómputo de la actividad (n = 8) [94-100%]. Se alcanzó una puntuación igual o superior a 7 en al menos el 90% de los participantes en 115 ítems (77,5%); en 28 (19%) el porcentaje se situó en el 80-89%, y en 5 (3,5%) en el 70-79%. En la tabla se expone, a título de ejemplo, un ítem de cada una de las 9 áreas temáticas.

Conclusiones: Se ha conseguido generar, con un alto grado de acuerdo, un documento de estándares de calidad asistencial en las consultas externas de reumatología. Se estima que será útil para mejorar la atención a los pacientes, optimizar el funcionamiento de las consultas y aumentar la calidad percibida respecto a la actividad desarrollada.

56. AORTITIS: UNA ENTIDAD POCO RECONOCIDA. ESTUDIO DE 32 PACIENTES EN UN MISMO CENTRO EN 4 AÑOS

J. Loricera¹, R. Blanco¹, J.M. Carril², I. Martínez², J.L. Hernández³, A. Canga⁴, E. Peiró¹, J. Alonso-Gutiérrez³, V. Calvo-Río¹, F. Ortiz-Sanjuán¹, C. Mata¹, T. Pina¹, M.C. González-Vela⁵ y M.A. González-Gay¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Nuclear; ³Servicio de Medicina Interna; ⁴Servicio de Radiología; ⁵Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander.

Objetivos: La aortitis no infecciosa puede ocurrir de forma aislada o asociada a múltiples patologías. En la mayoría de las ocasiones se manifiesta por síntomas inespecíficos y larvados, provocando un retraso diagnóstico. Nuestro objetivo fue intentar establecer aquellos hallazgos clínicos que pueden constituir signos de alarma para la sospecha diagnóstica de aortitis.

Métodos: Estudio retrospectivo de 32 pacientes diagnosticados de aortitis no infecciosa en un único hospital de referencia entre enero del 2010 y diciembre del 2013. El diagnóstico de aortitis se realizó por PET (n = 31 casos) y por arteriografía (n = 1).

Resultados: Los 32 pacientes (22 mujeres/10 varones) tenían una edad media \pm DE de 68 \pm 11 años (rango: 45-87 años). Las patologías subyacentes fueron: arteritis de células gigantes (ACG)

(n = 13 pacientes); polimialgia reumática aislada (PMR) (n = 11); síndrome de Sjögren (n = 2), arteritis de Takayasu (n = 1); sarcoidosis (n = 1), colitis ulcerosa (n = 1), artritis psoriásica (n = 1), y aortitis idiopática (n = 2). Los hallazgos clínicos más frecuentes fueron: PMR (n = 23 pacientes) en general con afectación predominante en cintura pelviana; dolor difuso en extremidades inferiores (n = 16); síndrome constitucional (n = 12), dolor lumbar de características inflamatorias (n = 9) y fiebre (n = 7). La mediana de tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico de la aortitis fue de 21 meses [rango intercuartílico: 6-69]. Las alteraciones analíticas más frecuentes fueron el aumento de PCR con una mediana de 1,5 mg/dL [rango intercuartílico: 0,6-4] y el aumento de la VSG con una mediana de 46 mm/1ª hora [rango intercuartílico: 25-78].

Conclusiones: La aortitis no es una entidad excepcional que debido a la clínica inespecífica sufre un retraso diagnóstico importante. Los síntomas de alarma fueron: síndrome polimiálgico de predominio en cintura pelviana, dolor lumbar inflamatorio, dolor difuso irradiado por las extremidades inferiores y síndrome constitucional.

57. ¿ES EL ANTICUERPO ANTI-PARTÍCULA DE RECONOCIMIENTO DE SEÑAL ESPECÍFICO DE LA MIOSITIS?

S. Rodríguez-Muguruza¹, I. Lozano-Ramos², E. Martínez-Cáceres², J. Coll Canti³, A. Hernández-Gallego⁴, I. Ojanguren⁴, A. Riveros¹, S. Holgado¹, L. Mateo¹, X. Tena¹ y A. Olivé¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología; ³Servicio de Neurología; ⁴Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

Introducción: Los anticuerpos específicos para la miositis incluyen a los anticuerpos antisintetasa, anticuerpos anti-Mi-2 y los anti-partícula de reconocimiento de señal (SRP). El SRP es un complejo citoplásmico ácido ribonucleico-proteína que media la translocación de polipéptidos a través del retículo endoplásmico. Su papel en la patogénesis de las miopatías es desconocida. Se relaciona a un pobre pronóstico y a una mala respuesta al tratamiento convencional.

Objetivos: Determinar las características clínicas y serológicas de pacientes anti SPR positivos.

Métodos: Se revisaron de manera retrospectiva las características clínicas y serológicas de pacientes con antiSRP positivo entre los años 2000-2013. Se incluyeron: pacientes con polimiositis (PM) o dermatomiositis (de acuerdo a criterios de Bohan y Peter) y/o

Tabla Póster 57

Género/Etnia	Edad	Diagnóstico	Tratamiento	Afetación cardíaca	Afetación pulmonar	Alteración esofágica	Electromiograma	CK máximo (U/L)	Otros anticuerpos
F/norafricana	36	Hepatitis autoinmune	Azatioprina	Normal	No	No	N/D	40	Ro52, La
F/caucásica	65	Cirrosis biliar primaria, sarcoidosis	Ursobilane	BRD, ICC	No	No	Normal	42	M2
F/caucásica	69	Cirrosis biliar primaria, esclerodermia	Ursobilane	Normal	No	No	Normal	72	M2, Cenp B
F/caucásica	83	Artritis reumatoide	Azatioprina, prednisona	FA+ ICC+HTP	Bronquiolitis, bronquiectasias	No	Normal	37	Ac Anti-CCP, ANA homogéneo 1/640
F/caucásica	74	Síndrome de Sjögren	No	FA	No	No	Normal	41	Ro 52, Ro 60, La
F/norafricana	46	Polimiositis	Metotrexate, azatioprina, prednisona, ig, rituximab	Normal	Afetación restrictiva	Disfagia	Polimiositis	3000	Ro 52, La
F/caucásica	80	Polimiositis	Metotrexate, prednisona	ICC	Afetación restrictiva	No	Polimiositis	2339	Ninguno
F/caucásica	58	Polimiositis, esclerodermia	Prednisona	HTP	No	Disfagia	Polimiositis	1100	Ro52, SP100

F: femenino; ND: no determinado; anti CCP: anti péptido citrulinado, M2: Anticuerpos anti mitocondriales; Ig: inmunoglobulina.

pacientes con anticuerpo anticitoplasmáticos positivos. Posteriormente, se reevaluó a 6 de los 8 pacientes con Anti SRP positivos en búsqueda de signos o síntomas de miopatía. La determinación de anticuerpos (Ac) anti-nucleares y anti-tejido en suero de los pacientes se realizó mediante inmunofluorescencia indirecta sobre células Hep-2000 (Menarini) y triple tejido de rata (hígado, estomago, riñón). Posteriormente se realizó el estudio de autoAc asociados anti-miositis mediante inmunoblot frente a las siguientes especificidades: anti-sintetasa (Jo-1, PL-7 y PL-12) y anti-SRP (Orgentec). El estudio se completó con la determinación de creatín-quinasa (CK) mediante turbidimetría (Roche).

Resultados: Se identificaron 8 pacientes con Ac anti-SRP, todas mujeres, 6 caucásicas y 2 norafricanas, con una media de edad de 63 años. Tres pacientes (37,5%) fueron diagnosticadas de PM (1 relacionada a esclerosis sistémica). De ellas, 2 presentaron debilidad grave con disfagia y alteración respiratoria restrictiva. El inicio de la enfermedad fue en otoño en dos pacientes y una en invierno. Todas recibieron tratamiento con corticoides, de ellas, 2 requirieron de inmunosupresores (metotrexate, azatioprina, rituximab o inmunoglobulinas). Cinco pacientes (65%) no presentaron clínica de miositis durante un periodo de seguimiento de entre 3,5 años y 6 meses; con niveles de CK dentro de la normalidad. Los diagnósticos definitivos fueron: 1 artritis reumatoide, 1 síndrome de Sjögren primario, 1 hepatitis autoinmune, 1 cirrosis biliar primaria pura y otra asociada a esclerosis sistémica. A 4 pacientes sin miositis, a pesar de la normalidad de la fuerza muscular en el examen físico, se les practicó un electromiograma que fue normal en todos los casos. Tres pacientes presentaron alteraciones en el electrocardiograma: 2 fibrilación auricular (FA) y 1 bloqueo de rama derecha (BRD) Entre las 7 pacientes en las que se practicó un ecocardiograma, 3 tenían signos de insuficiencia cardiaca (ICC) y 2 hipertensión pulmonar (HTA). Dos pacientes con miositis presentaron un patrón restrictivo en la espirometría y 1 paciente sin miositis presentó bronquiectasia posiblemente relacionada a su enfermedad de base. No hubo neoplasias asociadas ni se registraron fallecimientos. Las características clínicas y analíticas se describen en la tabla.

Conclusiones: El anticuerpo anti SRP no es específico de un subtipo de miositis; puede estar relacionado con hepatopatías así como a otras enfermedades reumáticas.

58. ESTUDIO PROSPECTIVO DE COHORTES SOBRE LA EXPERIENCIA DE 3 AÑOS EN EL USO DE GOLIMUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M.D. Sánchez González, S. Gómez Castro, C.A. Montilla Morales, C. Hidalgo Calleja, T.E. Carranco Medina, I. Calero Paniagua, A. Quesada Moreno, P. Pérez Ayuso, N. Mariz Vázquez y J. del Pino Montes

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

Introducción: En octubre de 2009 la Comisión Europea aprobó SIMPONI® (golimumab) como tratamiento subcutáneo mensual para la artritis reumatoide (AR) activa moderada a grave, la artritis psoriásica (APs) activa y progresiva y la espondilitis anquilosante (EA) activa grave. Este estudio recoge nuestra experiencia de tres años en cuanto a eficacia, seguridad y razones de suspensión del tratamiento con este fármaco en el servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Salamanca.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de cohortes utilizando los datos del registro de pacientes en tratamiento con golimumab desde octubre de 2010 hasta diciembre de 2013. Se incluyeron: características epidemiológicas (edad, sexo), diagnóstico, año de diagnóstico, tratamientos previos (fármacos modificadores de enfermedad sintéticos —FAME— y biológicos) y causa de discon-

tinuación del tratamiento. En los pacientes con AR se determinaron factor reumatoide (FR) y anticuerpos antipéptidos citrulinados (antiCCP). En los pacientes con EA se determinó HLAB27. Se determinó la respuesta clínica basada en la medición de los siguientes índices: número de articulaciones dolorosas/tumefactas; evaluación global del dolor e integral de la enfermedad por el paciente y su médico; en AR y APs índices DAS28 y HAQ; en EA BASDAI y BASFI, además de medidas físicas (Schöber y Schöber modificado, expansión torácica, flexión lateral, distancia occipucio-pared, trago-pared e intermaleolar y rotación cervical). Las causas de discontinuación se clasificaron en: ineficacia, efectos adversos y abandono del tratamiento.

Resultados: Desde octubre de 2010, han iniciado tratamiento con golimumab 46 pacientes (AR 52,2%, EA 34,8% y APs 13%). El 63% recibe tratamiento con FAME asociado al golimumab (63,6% en AR, 43,8% en EA y 100% en APs). Respecto a los tratamientos biológicos, para el 45,6% el golimumab fue su primer tratamiento, para el 32,6% fue el segundo y para el 17,3% restante fue el tercero. En los pacientes con AR, el 75% son FR positivo, y los antiCCP son positivos en el 58,3%. En los pacientes con EA, el HLA B27 es positivo en el 60%. El DAS28 en AR pasó de 5,48 en la primera dosis, a 3,12 a los 3 meses y 2,56 a los 6 meses, permaneciendo desde entonces en remisión. En APs descendió de 3,80 basal a 2,08 a los tres meses y desde entonces se mantuvo en remisión. El BASDAI pasó de 6,8 en la primera dosis a 3,3 a los 6 meses, y el BASFI de 6,58 a 1,9, manteniéndose hasta el final del periodo estudiado por debajo de 4. No se ha producido ningún efecto adverso grave. Tuvo que suspenderse el tratamiento en 17 de los 46 pacientes, 11 eran AR, 4 EA y 2 APs. Se ha observado una relación significativa entre la suspensión del tratamiento y los pacientes que habían tenido previamente más de 2 FAME. Los motivos de suspensión fueron: ineficacia en 13 pacientes y efectos adversos en el resto (diarrea en 1 paciente, asma en 1 paciente, aparición de psoriasis en 1 paciente y reactivación de la psoriasis en 1 paciente).

Características generales de la población	Características según la patología
Edad: 53 años (25-85)	AR: 60 EA: 46 APs: 46
Sexo (H:M): 68,2%: 31,8%	AR: 79,2% EA: 62,5% APs: 50%
Duración de la enfermedad: 12,5 años (1-54)	AR: 13 EA: 10,3 APs: 12,8
FAMES previos: 2,2 (0-5)	AR: 2,8 EA: 1,37 APs: 2
Terapias biológicas previas: 1 (0-3)	AR: 45,8% no tto previo, 41,7% 1 tto previo, 12,5% 2 ttos previos EA: 50% no tto previo, 25% 2 ttos previos, 18,8% 1 tto previo, 6,2% 3 ttos previos APs: 50% 1 tto previo, 33,3% no tto previo, 16,7% 2 ttos previos
Pacientes que siguen con Simponi®: 70,5%	AR: 54,2% EA: 75% APs: 66,6%
Tiempo medio con Simponi®: 19,1 meses (2-36)	AR: 21 meses EA: 18 meses APs: 30 meses

Conclusiones: El golimumab se ha perfilado como una opción de tratamiento efectiva y con buen perfil de seguridad en nuestra práctica clínica habitual, tanto en AR, como en EA y APs. Es efectivo en pacientes de larga evolución, tanto naïve como tras fallo a uno o más biológicos, aunque en la práctica clínica suele utilizarse en primera o segunda línea de tratamiento. La eficacia se mantiene en el tiempo.

59. CARACTERIZACIÓN ECOGRÁFICA DEL DOLOR DE HOMBRO COMO MOTIVO DE CONSULTA EN URGENCIAS: ESTUDIO PILOTO – GRUPO ECOSER

C. Guillén Astete^{1,2}, S. Garrote Corral², M. Llop Vilaltella², C. Bouroncle Alalua² y A. Boteanu^{1,2}

¹Consulta de Urgencias Reumatológicas y Patología Musculoesquelética. Servicio de Urgencias; ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La omalgia no relacionada con traumatismos ha sido identificada como el segundo motivo de consulta por patología musculoesquelética periférica en el servicio de urgencias de nuestro hospital. Es bien conocida la prevalencia de las distintas formas de afectación del manguito rotador durante la exploración ecográfica de pacientes con omalgia que consultan de forma ambulatoria. Por el contrario, se desconoce si estas prevalencias son superponibles a los motivos de consulta urgente por dolor de hombro. El propósito del presente estudio es determinar la proporción de las distintas formas de lesión del manguito rotador, caracterizadas por medio de la ecografía, que motivan la valoración de pacientes por urgencias. Este es un estudio piloto integrado dentro del trabajo del Grupo ECOSER. **Métodos:** Se accedió a los registros de la Unidad de Patología Reumatológica y Musculoesquelética (URMES) del Servicio de Urgencias de nuestro hospital de pacientes atendidos por omalgia. Los diagnósticos fueron estratificados según el tendón afectado y la naturaleza de la lesión. Se recabó además información epidemiológica y clínica. El protocolo de exploración ecográfica URMES incluye brazo largo del tendón del bíceps (efusión sinovial [ES], hipertrofia sinovial [HS] y señal power Doppler [SPD]), bursa subacromial y subdeltoidea (ES, HS, SPD), los tendones del manguito rotador (tendinosis, calcificaciones, roturas y atrapamientos) y las articulaciones acromioclaviculares y glenohomerales (ES, HS, SPD, erosiones, calcificaciones). Las definiciones ecográficas utilizadas en el protocolo URMES corresponden a las recomendaciones de Iagnocco et al (Clin Exp Rheumatol, 2006;24:6-11). Las proporciones se expresaron con intervalos de confianza del 95%.

Resultados: Entre julio y diciembre de 2013 se valoraron 116 pacientes distintos por omalgia en la URMES. A 94 se les realizó una ecografía durante la valoración urgente (81,03%). La media de edad fue 58 DE 4,9 años, con una moda de 61 años. El sexo femenino predominó con 53 casos (62,7%). Se identificaron un total de 122 lesiones tendinosas en los 94 casos estudiados ecográficamente. La afectación del tendón supraespinoso fue identificada en el 79,5% [71,5–85,7] de los casos, la de la porción larga del bíceps en 26,2% [19,2–34,67], la del tendón sub-escapular en 24,5% [17,8–32,9] y la del infraespinoso en 9,8% [6,0–19,6]. La tabla 1 resume los resultados de las exploraciones ecográficas por

estructura valorada. La edad de los pacientes se relacionó con la presencia de distensión capsular acromioclavicular cuya prevalencia se incrementó según el quintil de edad de los pacientes ($p < 0,05$).

Conclusiones: Este es el primer trabajo que caracteriza el dolor agudo del hombro en función de los hallazgos ecográficos en un entorno de urgencias. Desde el punto de vista clínico, el dolor de hombro que se valora en las consultas reumatológicas tiende a ser de menor intensidad, de desarrollo evolutivo larvado y curso intermitente comparado con el que se valora en urgencias. Estudios ecográficos de hombro, conducidos en pacientes con enfermedades inflamatorias (Fillipucci et al. Clin Exp Rheum. 2013;31:659-64; Iagnocco et al. Clin Exp Rheumatol. 2013;31:1-7; Fillipucci et al. Clin Exp Rheumatol. 2013;31:659-64) muestran prevalencias elevadas bursitis subacromiodeltoidea, tenosinovitis y power Doppler(+), que no se pueden superponer a nuestros resultados en pacientes valorados en urgencias por dolor de hombro.

60. EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DE ENTESIS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍA

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

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

Introducción: La entesitis es la inflamación en la zona de inserción de tendones, ligamentos o cápsulas articulares en el hueso. Es una característica común en las diferentes enfermedades que forman el grupo de las espondiloartropatías (SpA). La entesitis es menos accesible para la valoración clínica que la sinovitis, mostrando una reproducibilidad y sensibilidad bajas. Pueden ser asintomáticas y ser solo detectables por técnicas de imagen. En los últimos años, la ecografía ha demostrado una alta sensibilidad en el estudio de la alteración de la entesitis, mayor que la exploración clínica.

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

Métodos: Se estudiaron 20 pacientes con SpA activa y con falta de respuesta a tratamientos previos en los que se planteó iniciar tratamiento biológico. Se realizó una valoración de la actividad clínica mediante el BASDAI, BASFI, valoración global de la enfermedad por el paciente y por el médico, dolor a la palpación en entesitis. Se realizó una exploración ecográfica en escala de grises y con Power Doppler (PD) en 5 entesitis de forma bilateral (inserción del tendón cuadriceps en la rótula, proximal del tendón rotuliano, distal del

Tabla Póster 59

Estructura valorada	Condición estudiada	Casos absolutos patológicos (n = 122 ecografías)	Prevalencia respecto del total de casos estudiados	Intervalo de confianza 95%
Porción larga del tendón bicipital	Distensión sinovial (ES)	16	13,11%	8,24-20,25
	Hipertrofia sinovial (HS)	14	11,48%	6,96-18,34
	Señal power Doppler (SPD)	10	8,20%	4,51-14,43
Bursa subacromial o subdeltoidea o subacromiodeltoidea	Distensión sinovial (ES)	23	18,85%	12,9-26,7
	Hipertrofia sinovial (HS)	15	12,30%	7,5-19,3
	Señal power Doppler (SPD)	12	9,84%	5,72-16,41
Manguito rotador	Tendinosis	78	63,93%	55,11-71,91
	Calcificaciones	26	21,31%	14,98-29,4
	Rotura	29	23,77%	17,09-32,05
	Atrampamiento subacromial	49	40,16%	31,89-49,03
Articulación acromioclavicular	Distensión sinovial (ES)	22	18,03%	12,22-25,8
	Hipertrofia sinovial (HS)	3	2,46%	0,84-6,9
	Señal power Doppler (SPD)	2	1,64%	0,45-5,7
Articulación glenohumeral	Distensión sinovial (ES)	2	1,64%	0,45-5,7
	Hipertrofia sinovial (HS)	0	—	—
	Señal power Doppler (SPD)	2	1,64%	0,45-5,7
	Calcificaciones	4	3,28%	1,28-8,13
	Erosiones	2	1,64%	0,45-5,7

tendón rotuliano, Aquileo en el calcáneo y fascia plantar en el calcáneo con un ecógrafo Esaote MyLab 70. Se buscaba la presencia de entesopatía: engrosamiento hipoecoico con pérdida de la ecoestructura fibrilar normal en la entesis, con o sin focos hiperecoicos (calcificaciones intratendinosas), irregularidades, erosiones o entesofitos corticales y bursitis adyacentes. Se utilizó la función PD valorando la presencia de señal intraentesis y/o perientesis.

Resultados: Se estudiaron 20 pacientes con SpA activa (16 hombres y 4 mujeres) con una edad media de 52,3 que iniciaban tratamiento biológico (8 con adalimumab, 7 con etanercept y 5 con golimumab). Al inicio la media de BASDAI fue de 5,8 y del BASFI de 4,4. Al año la media del BASDAI era de 2,4 y del BASFI de 1,8. 16 de los pacientes presentaban alteraciones ecográficas en escala de grises en las entesis exploradas y 12 señal PD. Al año de tratamiento solo en 2 pacientes persistía señal PD. No había correlación entre la clínica y el laboratorio con los hallazgos ecográficos.

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

61. ¿ES ÚTIL EL ALGORITMO DETECT PARA SOSPECHAR HIPERTENSIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA?

I. Castellví¹, M. Sarmiento¹, C. Geli¹, C. Díaz-Torné¹, P. Moya¹, A. Laiz¹, E. Toniolo¹, A.M. Millán¹, J. Casademont² y J.M. de Llobet¹

¹Unitat de Reumatologia. Servei de Medicina Interna;

²Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: La esclerosis sistémica(ES) es una enfermedad autoinmune donde la hipertensión pulmonar (HP) es una de las principales causas de mortalidad. Recientemente se ha propuesto el algoritmo DETECT para detectar a los pacientes con riesgo HP-ES. Sin embargo se ha desarrollado en un grupo específico de ES y se desconoce su aplicación en todas ES.

Objetivos: Aplicar el paso 1 de algoritmo DETECT (aDETECT) en una cohorte de pacientes con ES y determinar si existen diferencias entre los pacientes que cumplen o no los criterios de inclusión DETECT.

Métodos: Estudio transversal realizado en una cohorte de pacientes con ES en seguimiento activo aplicando el paso 1 del algoritmo DETECT (midiendo la presencia de telangiectasias, anticuerpos anticentrómero (ACA), desviación del eje ECG a la derecha y el valor de FVC/DLCO, uratos y NTproBNP en suero. Si el total de puntos > 300 hay que someter al paciente a un ECO) y se comparó los pacientes con aDETECT+ o no con las siguientes variables: género, tipo de ES, enfermedad pulmonar intersticial (EPID), HP (> 40 mmHg) por ECO, afectación gastrointestinal (GI), musculoesquelética (ME), crisis renal (CRE), úlceras digitales (UD), desviación del eje ECG a la derecha, telangiectasias, calcinosis, ACA, antitopoisomerasa (ATA), disfunción diastólica (DD), derrame pericárdico (DP). También se analizó el grado de afectación cutánea (mRSS), colesterol, creatinina, NTproBNP, uratos, hemoglobina y variables ECO y de función respiratoria. Para comparar variables cualitativas se realizó mediante la prueba de chi cuadrado o F de Fisher cuando fue necesario. Para comparar variables cuantitativas se realizó la prueba de t. Se consideró como significancia estadística valores de $p < 0,05$.

Resultados: De un total de 170 pacientes se realizó el aDETECT a 115 (67,64%) ES. El aDETECT demostró ser útil para saber los pacientes tributarios de ECO ($p < 0,01$). Respecto a las variables específicas del aDETECT, determinaba la realización de ECO significativamente a pacientes con FVC/DLCO más alto ($p < 0,01$), valo-

Tabla Póster 61

	Total	aDETECT+ (> 300) (n 79)	aDETECT- (< 300) (n 36)	P
Sexo femenino (%)	108 (93,9)	73/79 (92,4)	35/36 (97,2)	ns
Tipo ES (%)	Limitada:80 Difusa:17 Espereoz: 13 Sine: 2			
ACA (%)	62 (52,17)	51/79 (64,5)	11/36 (30,6)	< 0,01
ATA (%)	17 (14,79)	9/79 (11,4)	8/36 (22,3)	ns
EPID (%)	31 (26,95)	18/79 (22,7)	13/36 (8,4)	ns
UD (%)	32 (27,8)	23/79 (29,11)	9/36 (25)	ns
HP (%)	27 (23,47)	25/79 (31,65)	2/36 (5,6)	< 0,01
CRE (%)	2 (1,17)	2/79 (2,53)	0/36 (0)	ns
Af. Gastrointestinal (%)	55 (47,82)	39/78 (50)	16/36 (44,4)	ns
Af. Musculoesquelética (%)	23 (20)	11/78 (14,1)	12/36 (33,4)	< 0,05
Af. Cardíaca (%)	1 (0,87)	0/79 (0)	1/36 (2,7)	ns
Calcinosis (%)	22 (19,1)	16/76 (21,65)	6/36 (16,7)	ns
Telangiectasias (%)	57 (49,56)	50/78 (64,1)	7/36 (19,4)	< 0,001
Disfunción diastólica (%)	19 (16,7)	16/78 (20,51)	3/36 (8,4)	ns
Derrame pericárdico (%)	11 (9,5)	8/79 (10,12)	3/36 (8,3)	ns
mRSS	9,68 ± 6,5	10,22 ± 6,87	8,83 ± 6,01	ns
Creatinina (umol/L)	71,75 ± 23,77	76,3 ± 26,03	61,75 ± 13,4	< 0,01
Colesterol (mmol/L)	4,85 ± 1,01	4,94 ± 1,01	4,65 ± 0,96	ns
Hemoglobina (g/L)	126,66 ± 15,77	126,6 ± 15,73	126,72 ± 16,08	ns
Uratos (mg/100ml)	4,808 ± 1,68	5,42 ± 1,67	3,57 ± 0,78	< 0,001
NT pro BNP (ng/L)	567,67 ± 1358,87	717,25 ± 1552,56	141,4 ± 152,74	ns
FE%	70,82 ± 10,91	70,62 ± 11,5	71,24 ± 9,7	ns
PAPs (mmHg)	30,5 ± 7,79	36,32 ± 14,37	28,36 ± 9,13	< 0,05
VRT (m/s)	2,52 ± 0,49	2,59 ± 0,52	2,35 ± 0,36	< 0,05
Grosor TIV (mm)	11,58 ± 2,23	11,74 ± 2,24	11,2 ± 2,22	ns
TAPSE (mm)	21,48 ± 4,27	21,24 ± 4,28	21,96 ± 4,27	ns
%FVC	94,81 ± 18,36	95,77 ± 19,16	92,72 ± 16,54	ns
%DLCO	72,939 ± 21,81	70,58 ± 22,38	78,17 ± 19,08	0,07
FVC/DLCO	1,38 ± 0,35	1,45 ± 0,37	1,22 ± 0,23	< 0,01
Puntuación DETECT	310,6 ± 19,90	320,8 ± 14,34	288,2 ± 9,10	< 0,001

res mayores de uratos ($p < 0,001$), con telangiectasias ($p < 0,001$) y con ACA ($p: 0,001$). No se observaron con NTproBNP o con desviación de eje. Del resto de variables, los pacientes con aDETECT + para realizar ECO fueron aquellos con mayores cifras de creatinina ($76,03 \pm 26,03$ vs $61,75 \pm 13,46$ $\mu\text{mol/L}$; $p < 0,001$), de PAPs por ECO ($36,32 \pm 14,37$ vs $28,36 \pm 9,13$ mmHg; $p < 0,05$) y de VRT ($2,59 \pm 0,53$ vs $2,35 \pm 0,36$; $p < 0,05$). Se observó también que los pacientes con afectación ME tenían menor tendencia a realizarse ECO (33,4% vs 14,1; $p < 0,05$) por aDETECT. No se observaron diferencias entre el resto de variables. Al comparar a los pacientes que cumplían o no los criterios de inclusión no hubo diferencias entre los pacientes que se tenían que someter a ECO según DETECT. Respecto los pacientes que no cumplían criterios de inclusión, los pacientes con EPID presentaron una tendencia menor a realizar ECO según aDETECT ($p 0,056$). Por último a los pacientes con HP por ECO que según aDETECT no se tenía que realizar ECO tenían valores de %DLCO significativamente menores ($p < 0,001$).

Conclusiones: El aDETECT puede servir en todos los pacientes con ES y no sólo a los pacientes que cumplían criterios de inclusión. Los pacientes con afectación ME presentan menos riesgo de HP según el algoritmo.

62. EXPERIENCIA DE LA INFILTRACIÓN CON ÁCIDO HIALURÓNICO EN PACIENTES CON OSTEOARTROSIS DE CADERA

M. Mayor González, D. Palma Sánchez, M.R. González Molina, A.C. Haro Martínez y E. Peñas Martínez

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

Objetivos: Determinar la eficacia y seguridad a corto y medio plazo (1 y 6 meses) de la viscosuplementación (infiltración con Ac hialurónico) en dosis única en la artrosis de cadera.

Métodos: Se evaluaron 15 pacientes (11 varones y 4 mujer) con osteoartrosis de cadera (criterios ACR), sintomática al menos durante el último año y refractaria a tratamiento con SYSADOA, AINEs y fisioterapia. En todos los casos se realiza EVA y WOMAC adaptado a cadera, y se registran las modificaciones en el tratamiento médico (basal, al mes y a los 6 meses de la infiltración). Se valora la seguridad de la viscosuplementación a través del registro de efectos adversos y se pregunta a cada paciente si estaría dispuesto a repetir el tratamiento en este caso. La técnica para realizar la infiltración consiste en una única inyec-

ción intraarticular con ácido hialurónico de alto peso molecular (Durolane®) con aguja de punción lumbar mediante control ecográfico. Para el procesamiento estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS.

Resultados: Los resultados obtenidos no son estadísticamente significativos, probablemente por el tamaño de la muestra, a pesar de lo cual, se ha observado que la viscosuplementación mejora más la variable del dolor, como se manifiesta en la EVA y el apartado de dolor del cuestionario WOMAC, frente a las otras variables, la rigidez y la capacidad funcional. No se asocia ninguna complicación siendo un tratamiento seguro, y su aplicación no implica un cambio en el tratamiento médico que vienen siguiendo los pacientes. El 73% de los pacientes repetirían el tratamiento, de hecho en 5 de ellos se les volvió a infiltrar dicha cadera afecta con excelente respuesta en 2 de ellos (pacientes 5 y 6).

Tabla 2 Póster 62

	EVA basal	EVA al mes	EVA 6 meses	Efectos adversos	Repetiría tratamiento
Paciente 1	5	5	4	No	Sí
Paciente 2	8	7	5	No	No
Paciente 3	9	8	9	No	No
Paciente 4	9	6	8	No	Sí
Paciente 5	9	2	3	No	Sí
Paciente 6	7	0	2	No	Sí
Paciente 7	6	6	6	No	No
Paciente 8	7	7	7	No	Sí
Paciente 9	8	2	7	No	Sí
Paciente 10	4	6	6	No	Sí
Paciente 11	8	8	7	No	Sí
Paciente 12	9	8	8	No	No
Paciente 13	8	5	6	No	Sí
Paciente 14	6	4	5	No	Sí
Paciente 15	5	1	1	No	Sí

Conclusiones: Las principales causas de la baja significación estadística, con aparente mejoría del dolor pudieran ser el bajo tamaño muestral y el que en la mayoría de casos se trata de un grado avanzado de artrosis. Esto nos lleva a pensar que la infiltración con hialurónico podría ser más efectiva en grados menos avanzados de OA. Resaltar que cinco pacientes repitieron el tratamiento (en los paciente 5 y 6 dada la buena respuesta clínica se repitió al año y en los pacientes 9, 11 y 13 a los 6 meses). La infiltración con hialurónico en caderas es segura, y parece ser más efectiva en cuanto al dolor que produce la artrosis, más que frente a la rigidez o capacidad funcional. Podría ser aún más eficaz en grados radiológicos no tan avanzados.

Tabla 1 Póster 62

	Articulación	Edad	IMC	Kellgren-Lawrence	WOMAC*basal	WOMACal mes	WOMACal mes
Paciente 1	Cadera izquierda	63	24,91	3	18/2/29/49	15/3/30/48	15/2/25/42
Paciente 2	Cadera derecha	65	37,88	4	15/4/64/83	12/5/54/71	12/4/55/71
Paciente 3	Cadera izquierda	70	34,48	2	17/8/61/86	17/8/71/96	17/8/65/90
Paciente 4	Cadera derecha	69	23,23	4	14/4/40/58	13/5/43/61	13/5/40/58
Paciente 5	Cadera derecha	64	29,16	3	22/4/70/96	5/0/17/22	6/0/18/24
Paciente 6	Cadera derecha	65	25	3	18/4/65/87	0/0/15/15	2/0/15/17
Paciente 7	Cadera izquierda	51	18,25	4	15/10/75/100	13/10/70/93	15/10/72/97
Paciente 8	Cadera derecha	45	18,33	4	20/10/75/105	18/10/75/103	20/10/75/105
Paciente 9	Cadera izquierda	53	23,17	3	18/2/30/50	4/0/15/19	15/2/25/42
Paciente 10	Cadera izquierda	69	23,23	4	6/2/18/26	10/2/22/32	10/2/22/32
Paciente 11	Cadera izquierda	39	32,87	2	23/9/75/107	22/10/75/107	20/9/72/101
Paciente 12	Cadera izquierda	39	32,87	2	22/10/75/107	20/8/76/104	20/8/76/104
Paciente 13	Cadera izquierda	51	23,31	4	22/3/46/71	10/3/24/37	12/3/30/45
Paciente 14	Cadera izq	51	23,31	4	12/3/30/45	7/2/23/32	7/2/23/32
Paciente 15	Cadera izquierda	54	31,25	4	12/2/43/57	8/2/35/45	8/2/33/43

*(dolor/rigidez/capacidad funcional/ total) Valores máximos: 25/10/85/120.

63. DERMOPATOLOGÍA Y TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

M.D. Fábregas Canales¹, R. Roselló Pardo², M.P. Sánchez Salas³,
M.T. López Giménez³, C. Coscujuela Santalieu⁴,
Y. Gilaberte Calzada⁴, E. del Prado Sanz⁴, M.P. Buil Pérez¹
y G. Villacampa Naverac²

¹Servicio de Reumatología. Hospital de Barbastro. Huesca.

²Servicio de Reumatología. Hospital San Jorge. Huesca.

³Servicio de Dermatología. Hospital de Barbastro. Huesca.

⁴Servicio de Dermatología. Hospital San Jorge. Huesca.

Introducción: El desarrollo de lesiones cutáneas es un efecto adverso frecuente en el curso de las terapias biológicas. Según su mecanismo etio-patogénico las lesiones pueden clasificarse en cuatro grupos: lesiones relacionadas con la administración del tratamiento (I), infecciones cutáneas (II), tumores cutáneos (III) y enfermedades inmunomediadas (IV).

Objetivos: Describir la prevalencia de lesiones dermatológicas aparecidas “de novo” en los pacientes de consultas de Reumatología de la provincia de Huesca tratados con fármacos biológicos.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, del registro histórico (2000-2013) de fármacos biológicos de los servicios de Reumatología del Hospital San Jorge de Huesca y del Hospital de Barbastro. Se identificaron los pacientes con patología dermatológica aparecida durante el tratamiento biológico. En todos ellos se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, diagnóstico reumatológico, diagnóstico dermatológico, años de terapia biológica, fármaco biológico asociado, fármacos inmunosupresores concomitantes y actitud terapéutica (suspensión o no del fármaco). Las lesiones fueron clasificadas en los diferentes grupos descritos.

Resultados: Se revisó el historial clínico de 435 pacientes (279 mujeres/156 hombres) tratados con fármacos biológicos: 203 artritis reumatoideas (AR), 212 espondiloartritis (SPAs), 20 otros. Desarrollaron patología dermatológica 141 pacientes (32,4%), 102 mujeres y 39 hombres: 78 AR, 58 SPAs, 5 otros (LES, ACJ, Sjögren). En el conjunto de 141 pacientes se diagnosticaron 214 lesiones dermatológicas (tabla): grupo I-43 (20,1%), grupo II-48 (22,4%), grupo III-46 (21,5%), grupo IV-60 (28%), otras lesiones-17 (8%). No se detectó asociación con el sexo, la edad, el diagnóstico reumatológico, ni el tiempo con terapia biológica. Las lesiones inmunomediadas aparecieron solamente durante el tratamiento con anti-TNF, mientras que las reacciones alérgicas y las infecciones se asociaron con todos los tipos de fármaco (anti-TNF, Rituximab, abatacept, tozilizumab). Los cánceres cutáneos no melanomas se diagnosticaron durante el tratamiento anti-TNF o tras su interrupción.

Conclusiones: La presencia de lesiones dermatológicas asociadas a tratamientos biológicos es alta (32,4% de los pacientes). Destaca la frecuencia de lesiones asociadas a anti-TNF, en particular, 15 cánceres cutáneos no melanomas (3,45% del total de pacientes) y 60 lesiones inmunomediadas, entre ellas el diagnóstico de “psoriasis de novo” en 9 pacientes.

64. LA SEÑAL POWER DOPPLER COMO PREDICTOR DE FRACASO TERAPÉUTICO DE LA LIBERACIÓN QUIRÚRGICA DEL NERVIJO MEDIANO EN PACIENTES HIPOTIROIDEOS: ESTUDIO PILOTO DE CASOS Y CONTROLES

C. Guillén Astete^{1,2}, M. Llop Vilaltella¹, S. Garrote Corral¹,
C. Bouroncle Alalua¹, C. Medina Quiñones¹, W.A. Sifuentes Giraldo¹
y A. Zea Mendoza¹

¹Servicio de Reumatología; ²Consulta de Urgencias Reumatológicas y Patología Musculoesquelética. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Recientes estudios destacan el valor de la señal power Doppler (SPD) en el estudio del síndrome de túnel carpiano (STC) como indicador de la existencia de hiperemia. Aunque su presencia parece relacionarse con el éxito terapéutico de la infiltración, se desconoce su rol como predictor de éxito de la liberación quirúrgica del nervio mediano. El presente estudio plantea el análisis de la relación entre existencia de SPD y éxito terapéutico quirúrgico en pacientes con hipotiroidismo, una condición en la que la alteración inherente de la velocidad de conducción y la compresión mecánica del nervio podrían superponerse.

Métodos: Estudio de casos y controles. Población compuesta por pacientes con diagnóstico de hipotiroidismo clínico y analítico, de síndrome de túnel carpiano moderado o grave, con estudio ecográfico del carpo y a quienes se les practicó una cirugía de liberación del nervio mediano. Casos: pacientes con recidiva sintomática antes del primer año; Controles: pacientes sin recidiva sintomática. Variable a analizar: Existencia previa de SPD en el estudio ecográfico del carpo. La recolección de datos se hizo de forma retrospectiva sobre una base de datos de seguimiento de pacientes que existe en el servicio de urgencias de nuestro hospital desde 2010 (edad, sexo, comorbilidades, área del corte transversal del nervio mediano, presencia SPD, gravedad del diagnóstico según velocidades de conducción). No se incluyeron pacientes con enfermedades reumatológicas inflamatorias conocidas.

Resultados: Se identificaron 15 casos (edad 50 DE 3 años; 80% sexo femenino; 13,3% diabéticos) y 31 controles (edad 46 DE 5 años; 74,1%

Tabla Póster 63

Grupo patogénico	Nº total lesiones (%)	Diagnósticos	Nº
I. Reacciones farmacológicas	43 (20,1%)	- Urticaria, eccema - Toxicodermia	38 5
II. Infecciones cutáneas	48 (22,4%)	- Bacterianas - Herpes zoster-varicela - Micosis - Otras	18 7 16 7
III. Tumores cutáneos	46 (21,5%)	- Ca cutáneo no melanoma - Nevus melanocíticos - Otros tumores benignos	15 3 28
IV. Enfermedades inmunomediadas	60 (28%)	- Psoriasis “de novo” - Nodulosis reumatoide “de novo” - Lupus cutáneo - Alopecia areata - Vasculitis piel - Paniculitis - Vitiligo - Granulomas anulares - Líquen o reacción liquenoide - Otras	9 3 4 2 5 3 3 2 3 3 26
V. Otras lesiones	17 (8%)		17
Total	214 (100%)		214

sexo femenino; 9,6% diabéticos). Todas las variables epidemiológicas fueron comparables entre casos y controles con excepción de la proporción de SPD. Entre los casos (fracaso quirúrgico), 10 sujetos (66,67%) presentaban SPD(+) mientras que 5 (33,33%) no. Por otro lado, entre los controles (éxito terapéutico tras un año de la cirugía), 11 sujetos (35,48%) presentaban SPD(+) mientras que 20 (64,52%) no. Esta diferencia de proporciones fue estadísticamente significativa ($p = 0,0465$, Estadístico de contraste chi-cuadrado 3,96, 1 grado de libertad).

Conclusiones: Los resultados de este estudio piloto deben ser interpretados con cautela. En la fisiopatología del STC intervienen factores mecánicos (dependientes de la obstrucción física del túnel), inflamatorios (dependientes de procesos transitorios de múltiples orígenes) y neurofisiológicos (circunscritas a procesos inherentes a la transmisión del impulso nervioso). En el caso de pacientes con hipotiroidismo se ha demostrado alteraciones de la velocidad de conducción en pacientes asintomáticos (Eslamian. *J Clin Neurophysiol.* 2011;28:323-8). El fracaso de la liberación quirúrgica en pacientes con SPD(+) podría entenderse como el resultado de pretender solucionar un problema multifactorial mediante un abordaje únicamente mecánico con una consecuente recidiva a mediano plazo. Nuestros resultados ponen de manifiesto la importancia del hallazgo de SPD(+) en la valoración de pacientes con STC con fines de elección del manejo terapéutico.

65. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA MORTALIDAD EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

E. Toledano¹, L. Carmona², E. Loza², A. Ortiz³, V. Villaverde⁴, J.A. Martínez-López⁵, C. Lajas¹, S. Castañeda³ y Grupo GEICOAR

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

²Instituto de Salud Musculoesquelética (InMusc). Madrid.

³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa.

⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Móstoles.

⁵Servicio de Reumatología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Introducción: La mortalidad es un indicador fiable de la GRAVEDAD de una enfermedad. La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica frecuentemente asociada con una gran carga de discapacidad, que se relaciona con el empeoramiento de la calidad de vida. Aunque en general producen una baja mortalidad, los datos disponibles son muy variables. La evaluación adecuada de las comorbilidades de estos pacientes puede mejorar el manejo de esta enfermedad, que incluye una adecuada valoración del riesgo de muerte.

Objetivos: Revisar sistemáticamente la literatura disponible sobre la mortalidad y sus causas en pacientes con AR.

Métodos: Revisión sistemática de estudios publicados e identificados por una búsqueda utilizando texto libre y sinónimos MeSH de "mortalidad" y "AR" en Medline, Embase y Cochrane Library hasta abril de 2013. Los criterios de selección fueron: 1) población de estudio con AR, 2) resultados de mortalidad de interés, registrados como SMR (standardized mortality ratio), y 3) meta-análisis, revisiones sistemáticas, cohortes longitudinales o estudios observacionales. Evaluación del riesgo de sesgo basado en la escala de cohortes New Castle-Ottawa.

Resultados: Un total de 17 estudios cumplieron los criterios de inclusión, que incluyeron varios millones de pacientes, con edad comprendida entre los 47 y 65 años, 75% de los cuales eran mujeres y un rango de seguimiento de 3 a 40 años. La calidad de los estudios fue de moderada a alta según la escala New Castle-Ottawa. Se utilizó la población general como referencia. El SMR global fue de 1,25 (1,18-1,33) a 4,58 (4,33-4,83). La mortalidad desglosada por géneros fue de 0,87 (0,63-1,21) a 4,97 (4,43-5,50) en hombres y de 1,02 (0,78-1,33) a 5,05 (4,73-5,37) en mujeres. Por patología, la mortalidad por infección fue superior a la cardiovascular y esta última a la del cáncer. Hubo una tendencia a

Tabla Póster 65

Estudio	Diseño	N	Media seguimiento (años)	País	Edad	% mujeres	SMR total y por causas (cohortes/periodos) mortalidad (%) por causa	SMR IC95%	SMR Hombres	SMR Mujeres
Bergstrom (2009)	Cohorte prospectiva	309	8	Suecia	47	78	1,61 cardiovascular 1,75 (cohortes 1978) 1,72 (cohortes 1995)	1,16-2,23 1,00-2,84 1,00-2,76	-	-
Meune (2010)	Revisión sistemática Meta-análisis	124.894	7-25 (rango)	Europa EE.UU.	51-62 (rango)	46-74 (rango)	Cardiovascular IAM 1,77 Cerebrovascular 1,46	1,65-1,89 1,31-1,63	-	-
Nakajima (2010)	Cohorte prospectiva	7.926	5	Japón	56	82	1,46-1,90 (estimación) Malignidad (24,2%) Respiratorio (24,2%) Cardiovascular (13,8%) Cerebrovascular (8%) Infección (5,5%)	(1,32-1,60)- (1,75-2,07)	1,45-1,70 (1,22-1,70)- (1,45-1,97)	1,46-2,02 (1,29-1,65)- (1,82-2,24)
Radovits (2010)	Cohorte prospectiva	1.049	9	Holanda	55	65	1,4 Cardiovascular (35%) Malignidad (29%) infección (10%)	1,09-1,77	-	-
Troelsen (2010)	Estudio longitudinal observacional prospectivo	229	10 (mediana)	Dinamarca	62	82	1,5 Infección 2,7 Cardiovascular 1,9 Cáncer 1,1	1,2-1,9 0,9-6,2 1,3-2,6 0,6-1,7	-	-

Tabla Póster 65 (Continuación)

Estudio	Diseño	N	Media seguimiento (años)	País	Edad	% mujeres	SMR total y por causas (cohortes/periodos) mortalidad (%) por causa	SMR IC95%	SMR Hombres	SMR Mujeres
Van Nies (2010)	Cohorte prospectiva	684	-	Holanda	57	-	0,95 1,35 (periodo 1993-1995) 1,23 (periodo 1996-1998) 0,49 (periodo 1999-2006)	0,78-1,17 0,95-1,93 0,91-1,67 0,31-0,77	0,87 (0,63-1,21)	1,02 (0,78-1,33)
Carmona (2011)	Cohorte prospectiva	3.320	3	España	60	76	Cáncer 0,98 (cohortes EMECAR) 0,09 (cohortes BIOBADASER)	0,52-1,67 0,02-0,25	-	-
Kapetanovic (2011)	Cohorte prospectiva	183	18	Suecia	52	63	1,23 cardiovascular (46%) malignidad (29%) infección grave (13%)	0,97-1,55	1,55 (1,06-2,19)	1,04 (0,74-1,44)
Milkus (2011)	Estudio longitudinal observacional retrospectivo	1.015	2	EE.UU.	65	0	2,1	1,8-2,25	2,1 (1,8-2,5)	-
Mok (2011)	Estudio longitudinal observacional retrospectivo	8.368	9 (rango)	China	56	80	4,58 Infección (34%) Cáncer (14%) Cardiovascular (12%) Enfermedad cerebrovascular (6,6%)	4,33-4,83	4,97 (4,43-5,50)	5,05 (4,73-5,37)
Kim (2012)	Cohorte prospectiva	1.534	6 (rango) 6.683 personas-año	Korea	51	88	1,35 Sepsis 7,69 Isquemia coronaria 2,09 Cerebrovascular 0,73 Cáncer 0,84 Respiratoria 4,66 1,72 (cohortes 15-39 a) 1,44 (cohortes 40-59 a) 1,32 (cohortes > 65 a)	1,02-1,74 0,19-42,85 0,68-4,88 0,24-1,70 0,53-1,47 2,13-8,85 0,04-9,60 0,75-2,52 0,96-1,77	1,63 (0,95-2,61)	1,25 (0,90-1,71)
Low (2012)	Cohorte prospectiva	15.818	14.892-63.811 personas-año	Reino Unido	58	74	Cardiovascular 1,2 (cohortes anti-TNF naive-) 1,6 (cohortes anti-TNF) Isquemia coronaria 1,4 (cohortes anti-TNF naive) 1,8 (cohortes anti-TNF) Ictus 1,3 (cohortes anti-TNF naive) 1,3 (cohortes anti-TNF)	1,0-1,5 1,5-1,8 1,0-1,8 1,6-2,1 0,7-2,1 0,9-1,7	-	-
Toledano (2012)	Revisión sistemática Meta-análisis	10.000	5-40 (rango)	EE.UU. Europa	54	63-80 (rango)	1,44	1,23-1,69	1,39 (1,11-1,73)	1,66 (1,44-1,92)
Dadoun (2013)	Revisión sistemática Meta-análisis	51.819	10	Europa Norte América	57	71	1,48	1,19-11,83	-	-

Tabla Póster 65 (Continuación)

Estudio	Diseño	N	Media seguimiento (años)	País	Edad	% mujeres	SMR total y por causas (cohortes/periodos) mortalidad (%) por causa	SMR IC95%	SMR Hombres	SMR Mujeres
Kuo (2013)	Cohorte retrospectiva	15.967 (incidentes)	5 (rango)	Taiwan	54	78	1,25 Infección 2,49 Cardiovascular 0,97 Cáncer 0,8 Respiratoria 0,97	1,18-1,33 2,05-3,00 0,83-1,12 0,69-0,92 0,0,75-1,23	1,24 (1,12-1,38)	1,26 (1,16-1,36)
Lassere (2013)	Estudio longitudinal observacional prospectivo	608	14 (mediana)	Australia	58	62	1,65 Cardiovascular 1,65 (cohortes pre-1990s) 1,14 (cohortes inicio 1990s) Isquemia coronaria 1,79 (cohortes pre-1990s) 1,41 (cohortes inicio 1990s) 1,73 (cohortes pre-1990s) 1,31 (cohortes inicio 1990s)	1,44-1,85 1,27-2,13 0,57-2,28 1,27-2,53 0,50-3,40 1,49-1,95 0,93-1,80	1,76 (1,41-2,16)	1,82 (1,54-2,09)
Yu (2013)	Estudio longitudinal observacional retrospectivo	505 (preval.) 1390 (incidentes)	8 (rango)	Taiwan	-	81 (prevalentes) 74 (incidentes)	1,6	1,33-1,9	1,5 (1,2-1,9)	1,7 (1,3-2,1)

un descenso de la mortalidad en cohortes más recientes respecto a las antiguas.

Conclusiones: En base a los resultados y la buena calidad de los estudios incluidos, se puede concluir que la AR aumenta el riesgo de muerte. Las causas de muerte en nuestra revisión son similares a las de la población general, donde las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son las más frecuentes, pero las infecciones son realmente la causa de exceso de mortalidad en la AR respecto a la población de referencia.

Esta revisión sistemática forma parte del Proyecto GECOAR, promovido por la Sociedad Madrileña de Reumatología (SORCOM) en colaboración con Roche.

66. ¿INCIDE LA FORMA DE LA TOMA DEL ANTIINFLAMATORIO (CONTINUADO VERSUS A DEMANDA) EN LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA Y EN LA PRESENCIA DE FRACTURAS EN LOS PACIENTES CON ESPONDILITIS?

M.D. Sánchez González, C.A. Montilla Morales, S. Gómez Castro, C. Hidalgo Calleja, T.E. Carranco Medina, I. Calero Paniagua, A. Quesada Moreno y J. del Pino Montes

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

Introducción: La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta principalmente al esqueleto axial. Se asocia con una pérdida de densidad mineral ósea (DMO) vertebral y en caderas debido a la inflamación. Tanto la rigidez como la disminución de DMO condicionan en estos pacientes un aumento de la fragilidad ósea. La prevalencia de fracturas vertebrales clínicas en la literatura varía entre el 10-17%. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) son fármacos con efecto analgésico y antiinflamatorio. Se han considerado la base del tratamiento en la EA, y hasta hace poco tiempo eran prácticamente la única medida eficaz. En España, los datos del Registro de Espondiloartropatías de la Sociedad Española de Reumatología (REGISPONSER) de 2006 mostraron que el 95% tomaba AINE y el 61% los consumía de forma continuada. La administración de AINE de forma continuada podría evitar la progresión radiológica en la EA, así como el riesgo de fracturas según la literatura. En este estudio, analizamos de forma longitudinal la incidencia de la toma de AINES en la DMO y en la presencia de fracturas en una muestra de 69 pacientes con EA.

Métodos: Se incluyeron 69 pacientes con diagnóstico de EA según los criterios de Nueva York modificados. En dichos pacientes se recogieron características epidemiológicas (edad, sexo), año de diagnóstico, tratamiento con AINES y pauta (continuo vs a demanda), hábitos tóxicos (tabaco, alcohol), consumo de lácteos, índice de masa corporal (IMC), reactantes de fase aguda (VSG, PCR), actividad de la enfermedad (BASDAI), medidas físicas (Schöber y Schöber modificado, expansión torácica, flexión lateral, distancia occipucio-pared, trago-pared e intermaleolar y rotación cervical), función (BASFI), densitometría ósea y se analizó la presencia de fracturas según el método semicuantitativo de Genant. Se excluyeron los pacientes en tratamiento con fármacos biológicos y aquellos en tratamiento con fármacos modificadores de la DMO, así como los que tenían asociada alguna patología del metabolismo óseo.

Resultados: Se analizaron 69 pacientes (47 hombres y 22 mujeres). La edad media fue de 49 años (23-87), con un tiempo de duración de la enfermedad de 13,4 años (0,3-32). El uso de AINES fue a demanda en el 66.7% de los casos. En cuanto a la DMO, el 45% de pacientes tenían una disminución de la DMO en la columna y el 40.6% en la cadera, aunque no encontramos diferencias estadísticamente significativas en la forma de toma de AINES ($p = 0,61$ y $p = 0,42$ respectivamente). Presentaron fracturas vertebrales 11 de los 69 pacientes, sin diferencias estadísticamente significativas entre los que tomaban AINES de forma continua o a demanda ($p = 0,998$). Estas dife-

rencias seguían siendo no significativas después del ajuste por factores de confusión.

Conclusiones: En nuestros pacientes, el consumo de AINES es mayoritariamente a demanda, lo que contrasta con lo revisado en la literatura. Observamos una disminución en la DMO de nuestros pacientes, teniendo en cuenta que se trata de población joven, aunque no encontramos diferencias en los pacientes según la posología de los AINES. La incidencia de fracturas en nuestros pacientes es del 16%, sin que haya diferencias en los grupos según la toma de AINES. Así pues podemos concluir que en nuestros pacientes con EA la toma de AINES de forma continua o a demanda no incide en la DMO o en la presencia de fracturas.

67. ¿CÓMO HA EVOLUCIONADO LA PRESCRIPCIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?

D. Palma Sánchez¹, A.C. Haro Martínez¹, E. Peñas Martínez¹, M. Mayor González¹, M.A. Domingo Ruiz², R. González Molina¹ y C. González Ponce²

¹Unidad de Reumatología; ²Servicio de Farmacia. Hospital Rafael Méndez. Murcia.

Introducción: Uno de los mayores avances que se ha producido en los últimos años en el tratamiento de las enfermedades reumáticas inflamatorias ha sido la aparición cada vez mayor de agentes biológicos, que han conseguido mejorar la capacidad de inducir remisión y/o alcanzar baja actividad de la enfermedad. En la actualidad, disponemos de 8 fármacos biológicos: 4 subcutáneos (adalimumab, certolizumab, etanercept y golimumab) y 4 intravenosos (abatacept, infliximab, rituximab y tocilizumab). Recientemente, se ha aprobado abatacept en su forma subcutánea. Sin embargo, no conocemos cómo la aparición progresiva de los nuevos tratamientos biológicos ha influido en la forma de prescripción de los reumatólogos.

Objetivos: Describir el uso de los diferentes tratamientos biológicos en reumatología en los últimos 7 años en un hospital general.

Métodos: Estudio descriptivo en el que se analiza el número de los diferentes tratamientos biológicos prescritos por año en pacientes con diferentes enfermedades reumatológicas (artritis reumatoide, espondilitis anquilosante y artropatía psoriásica) desde enero de 2007 hasta diciembre de 2013 en un hospital general.

Resultados: Encontramos variaciones en el porcentaje de uso de tratamientos biológicos en relación con la aparición de nuevos fármacos biológicos (tabla). Desde el inicio del uso de tratamientos biológicos en nuestro hospital, observamos un predominio en la prescripción de fármacos de administración subcutánea frente a los intravenosos que disminuye ligeramente con la progresiva introducción de terapias biológicas intravenosas de diferente mecanismo de acción. En 2007, el 92,6% de los tratamientos eran subcutáneos (64,8% etanercept y 27,8% adalimumab) mientras que en 2013, con todos los biológicos disponibles, el 78,3% de los tratamientos biológicos eran subcutáneos (33,7% etanercept, 32,6% adalimumab, 10,1% golimumab y el 1,8% certolizumab) y el 21,7% intravenosos (5,8% infliximab, 4,3% tocilizumab, 5,4% abatacept y 6,1% rituximab).

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Infliximab (%)	7,4	15,3	12,9	10,3	7,6	5,4	5,8
Rituximab (%)	0	8,3	4,3	8,8	6,1	6,1	6,1
Abatacept (%)	0	1,9	2,9	4	4,3	5,4	5,4
Tocilizumab (%)	0	0	1,4	2,9	2,9	3,6	4,3
Etanercept (%)	64,8	28,7	38,2	37,8	36,1	35,6	33,7
Adalimumab (%)	27,8	45,8	40,19	36	40	38,8	32,6
Certolizumab (%)	0	0	0	0	1,4	1	1,8
Golimumab (%)	0	0	0	0	1,4	3,9	10,1

Conclusiones: En los últimos 7 años se ha producido variaciones en la prescripción de terapia biológica por parte de los reumatólogos en relación con la aparición de nuevos fármacos biológicos. Existe de manera global un predominio de uso de tratamientos biológicos subcutáneos lo que puede deberse en parte a que están aprobados en un mayor número de enfermedades reumáticas que los intravenosos. Sería interesante conocer cómo la aparición de nuevos tratamientos biológicos ha influido en la decisión del reumatólogo a la hora de iniciar un tratamiento de primera, segunda y tercera línea por enfermedad y el motivo que ha llevado a este cambio (perfil del paciente/ seguridad del fármaco/ modo de administración...)

68. ESTUDIO SOBRE LA VALIDEZ DISCRIMINANTE DE LA ECOGRAFÍA DE ENTESIS AQUILEA EN LA ESPONDILITIS RESPECTO A OTRAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS

M.R. Expósito Molinero¹ y E. de Miguel Mendieta²

¹Sección de Reumatología. Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos: La ecografía se ha validado como ayuda en el diagnóstico precoz y en el control de la actividad de diferentes enfermedades reumáticas inflamatorias como la artritis reumatoide y la espondilitis. En estas últimas, tiene gran relevancia el estudio de las entesis. El tendón de Aquiles ha sido considerado como ejemplo de órgano entésico, siendo su afectación muy frecuente en las espondilitis. El objetivo del presente trabajo es analizar si la exploración ecográfica del tendón de Aquiles es diferente en las espondiloartritis respecto de otras enfermedades reumáticas.

Métodos: Los pacientes fueron recogidos de forma consecutiva y sistemática de entre los que acudían a una consulta de reumatología hospitalaria, entre los meses de septiembre a noviembre de 2012, pareándolos por sexo y edad. Se estudian 97 pacientes divididos en 5 grupos: artritis reumatoide (grupo 1, AR: 20 pacientes), espondiloartritis (grupo 2, ESP: 21), artritis gotosa (grupo 3, GT: 17), condrocalcinosis (grupo 4, CD:15) y artrosis (grupo 5, OA: 24). En los 194 tendones de Aquiles se exploran por medio de la ecografía, 6 lesiones elementales. La puntuación de cada lesión se realizó de acuerdo con el índice MASEI, así: las calcificaciones se evaluaron en una variable continua de 0 a 3 puntos según su extensión (0: ausente, 1: osificación de la entesis menor de 5 mm, 2: menor de 10 mm y mayor de 5 mm, y 3: mayor de 10 mm. La estructura, grosor y bursa se valoraron como 0 ausente y 1 cuando la lesión estaba presente. La estructura se valoró de acuerdo con la definición OMERACT y el grosor con el índice GUESS. La bursa se consideró presente cuando alcanzó los 2 mm de grosor. Las lesiones erosión y Doppler se valoraron como 0 cuando no se observaban o 3 cuando estaban presentes. Se realizó un análisis ANOVA de comparación entre grupos para determinar las diferencias en la exploración de los hallazgos ecográficos del tendón de Aquiles entre las distintas patologías. Para estudiar las diferencias entre la espondilitis y cada una de las enfermedades se realizó mediante la t de Student para muestras independientes.

Resultados: 1) Comparación de ESP (grupo 2) con la AR (grupo 1): En las ESP es mayor el hallazgo de bursitis retrocalcánea y el valor total de la ecografía con diferencias significativas. Sin embargo, no hay diferencias significativas en los hallazgos ecográficos de calcificaciones, estructura, grosor y Doppler. Tampoco en las erosiones, aunque tienen valores cercanos a la significación. 2) Comparación entre ESP (grupo 2) y GT (grupo 3): En ESP el índice de erosiones fue mayor de forma significativa. Encontramos valores similares de cal-

cificaciones, estructura, grosor, bursitis y doppler. 3) Comparación del grupo de la ESP (grupo 2) con el de CD (grupo 4): La estructura y grosor del tendón, existencia de erosiones, bursitis, Doppler y por tanto, la puntuación total de la ecografía fue significativamente mayor en ESP. En las calcificaciones el valor fue mayor en CD, aunque la diferencia no alcanza la significación. 4) Comparación del grupo de la ESP (grupo 2) con la OA (grupo 5): Encontramos diferencias significativas en todos los parámetros ecográficos, salvo en las calcificaciones.

Conclusiones: En nuestro estudio el índice ecográfico total en tendón de Aquiles es mayor en el grupo ESP. La lesión elemental que peor discrimina las espondilitis respecto de otras patologías es la presencia de calcificaciones. Hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a: la estructura y el grosor en OA y CD; la presencia de erosiones es lo más característico del grupo ESP; la frecuencia de bursitis retroaquilea es inferior en la AR, CD y OA; y finalmente la señal Doppler es poco habitual en la CD y la OA. Podemos afirmar que existen diferencias significativas en la exploración ecográfica de la entesis aquilea entre las espondilitis y el resto de las enfermedades reumáticas.

69. GOLIMUMAB EN UVEÍTIS REFRACTARIA A OTROS ANTI-TNF. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 14 PACIENTES

F. Ortiz-Sanjuán¹, R. Blanco¹, J. Cañal², M. Cordero³, A. Adán⁴, M. Mesquida⁴, M.V. Hernández⁴, V. Calvo-Río¹, T. Pina¹, J. Ventosa² y M.A. González-Gay¹

¹Servicio de Reumatología. IFIMAV; ²Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

³Servicio de Oftalmología. Hospital de León. León. ⁴Servicio de Oftalmología. Hospital Clínic. Barcelona.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de golimumab en pacientes con uveítis refractaria a otros fármacos anti-TNF.

Métodos: Estudio multicéntrico de 14 pacientes. Se incluyeron uveítis refractarias a 1) tratamiento inmunosupresor sintético convencional y 2) al menos 1 anti-TNF. Golimumab se administró en dosis estándar de 50 mg/sc/mes. Se utilizaron los siguientes métodos de medida: 1) grado de inflamación ocular (según SUN-2005) y 2) grosor macular [tomografía ocular computerizada (OCT)]. Se compararon los datos basales y los obtenidos a la 1ª y 2ª semanas, 1, 3, 6 y 12 meses (Wilcoxon test).

Resultados: 14 pacientes (9 hombres/5 mujeres, 23 ojos afectados) con edad media 29,6 ± 6,7 años (rango 20-39) cumplieron los criterios mencionados. En 9 casos la uveítis fue bilateral y en los otros 5 unilateral. La localización fue anterior en 9 casos, posterior en 1 y panuveítica en 4. Las patologías subyacentes asociadas fueron artritis idiopática juvenil (n = 4), artritis psoriásica (n = 2), espondiloartritis axial (n = 2), enfermedad de Behçet (n = 2), sarcoidosis (n = 2), uveítis asociada a HLA-B27 y colitis ulcerosa (n = 1), y Vogt-Koyanagi-Harada (n = 1). Previamente a golimumab los pacientes habían recibido: metotrexato (n = 12), salazopirina (n = 3), ciclosporina a (n = 2), azatioprina (n = 2), leflunomida (n = 1), adalimumab (n = 10), infliximab (n = 9), abatacept (n = 2) y certolizumab (n = 1). Golimumab se administró en monoterapia (n = 6), o en combinación con metotrexato (n = 4), micofenolato mofetil (n = 2), azatioprina (n = 1) o leflunomida (n = 1). Tras la administración de golimumab, se observó mejoría de los principales parámetros oculares en todos los pacientes. Tras un año con golimumab la agudeza visual media se incrementó de 0,62 ± 0,36 a 0,73 ± 0,32 (p = 0,02) y el espesor macular descendió de 313,1 ± 66,3 micras a 248,7 ± 44,9 (p = 0,05). Tras un seguimiento medio de 10,7 ± 7,4 meses (rango 5-30), en 12 de los 14 pacientes (85,7%) la uveítis se mantuvo en remisión. Golimumab

se suspendió en 2 pacientes por falta de respuesta. Durante este tiempo, no se observaron efectos adversos graves.

Conclusiones: Golimumab parece un tratamiento eficaz y seguro en pacientes con uveítis refractarias a otros fármacos anti-TNF.

70. TERAPIA ANTI-TNFA EN UVEÍTIS REFRACTARIA. ESTUDIO A CORTO Y LARGO PLAZO DE 40 PACIENTES ADULTOS DE UN MISMO CENTRO UNIVERSITARIO

F. Ortiz-Sanjuán¹, V. Calvo-Río¹, R. Blanco¹, J. Cañal-Villanueva², J. Ventosa², J. Loricera¹, M. Santos-Gómez¹, T. Pina¹ y M.A. González-Gay¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Oftalmología.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de los fármacos anti-TNFA en las uveítis refractarias a inmunosupresores sintéticos convencionales.

Métodos: Estudio de 40 pacientes con uveítis refractaria procedentes de un mismo hospital universitario. Todas ellas refractarias a al menos un inmunosupresor sintético convencional. El grado de inflamación ocular se estableció de acuerdo a SUN-2005. El grosor macular se evaluó por tomografía ocular computerizada (OCT). Comparamos datos basales frente a datos obtenidos al primer mes y al primer, segundo, tercer y cuarto año (Wilcoxon test).

Resultados: Fueron estudiados un total de 40 pacientes/62 ojos afectados (16 hombres/24 mujeres), con una edad media de 39,3 ± 11,5 años. Las patologías subyacentes eran: espondiloartritis HLA B27+ (n = 7), enfermedad de Behçet (n = 6), sarcoidosis (n = 6), enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada (n = 2), coriorretinopatía en perdigonada (Birdshot) (n = 1), coroiditis serpigínosa (n = 1), oftalmopatía simpática (n = 1), artritis idiopática juvenil (n = 1) y uveítis idiopática (n = 15). Además de corticoides orales, y con anterioridad a terapia anti-TNFA, los pacientes recibieron metilprednisolona IV (n = 9), metotrexato (n = 16), ciclosporina A (n = 13) y azatioprina (n = 10). Los anti-TNFA de primera elección en la mayoría de los pacientes fueron: adalimumab 40 mg SC/2 semanas (n = 18; 45%) e infliximab 5 mg/kg/4-8 semanas IV (n = 22; 55%). Los fármacos anti-TNFA fueron empleados en monoterapia (n = 8), o en combinación con metotrexato (n = 18), azatioprina (n = 10), ciclosporina A (n = 3) y salazopirina (n = 1). El anti-TNFA iniciado en primer lugar tuvo que ser sustituido por otra terapia biológica en 14 casos, debido a diversas razones: ineficacia (n = 10), reacción infusional (n = 1), comodidad en la vía de administración (n = 1), persistencia de artritis periférica en paciente con artritis reumatoide (n = 1) y deseo gestacional (n = 1). Adalimumab fue sustituido por golimumab 50 mg SC/semana (n = 2) y por tocilizumab (n = 2). Infliximab fue sustituido por adalimumab (n = 8) y por golimumab (n = 2). La agudeza visual (AV), el Tyndall, la vitritis y la medida del espesor macular por OCT experimentaron mejoría significativa en el primer mes de tratamiento. Dicha mejoría se mantuvo al primer, segundo y tercer año. La media de OCT en casos de edema macular quístico (OCT > 300 µm) (n = 11 ojos) mejoró desde 382,2 ± 98,4 µm (basal) hasta 195,5 ± 38,9 µm (primer año). Tras un seguimiento medio de 40,7 ± 25 meses los fármacos anti-TNFA fueron bien tolerados por la mayoría de los pacientes. Los efectos adversos más importantes fueron TBC pulmonar (n = 1), herpes zóster (n = 2), infecciones del tracto urinario (n = 3) y elevación de enzimas hepáticas durante el tratamiento (n = 2).

Conclusiones: La terapia anti-TNFA parece efectiva y relativamente segura en pacientes con uveítis refractarias a inmunosupresores sintéticos convencionales.

71. TOCILIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE UVEÍTIS REFRACTARIAS A OTROS AGENTES BIOLÓGICOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 19 PACIENTES

F. Ortiz-Sanjuán¹, E. Beltrán², R. Blanco¹, I. Calvo³, V. Calvo-Río¹, M. Hernández Garfella², A. Atanes⁴, L. Linares⁵, O. Maíz⁶, B. Bravo⁷, T. Pina¹ y M.A. González-Gay¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander.

²Hospital General Universitario. Valencia. ³Hospital La Fe. Valencia.

⁴HUCA. A Coruña. ⁵Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁶Hospital Donostia. San Sebastián. ⁷Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de tocilizumab (TCZ) en el tratamiento de uveítis refractarias a otras terapias biológicas.

Métodos: Estudio multicéntrico de 19 pacientes procedentes de 10 hospitales. Todos los pacientes se habían mostrado previamente refractarios a tratamiento con al menos otro agente biológico. El grado de inflamación ocular fue evaluado de acuerdo a SUN-2005. El grosor macular fue definido por tomografía ocular computerizada (OCT). Comparamos datos basales frente a datos obtenidos a la 1ª semana, primer mes, sexto mes y primer año tras inicio de TCZ (test de Wilcoxon).

Resultados: Estudiamos 19 pacientes/35 ojos afectados (5 hombres/14 mujeres); edad media, 28,2 ± 16 años (rango 8-67). Las principales patologías subyacentes eran: artritis idiopática juvenil (n = 8), enfermedad de Behçet (n = 3), espondiloartropatía (n = 2), artritis reumatoide (n = 1) y uveítis idiopática (n = 5). Además de esteroides orales y antes del inicio de TCZ, los pacientes habían recibido tratamiento con: corticosteroides intraoculares (n = 12), bolos de metilprednisolona iv. (n = 7), metotrexato (n = 18), ciclosporina A (n = 13), azatioprina (n = 3), adalimumab (n = 14), infliximab (n = 9), abatacept (n = 5) y golimumab (n = 1). El inicio de TCZ fue debido a ineficacia (n = 19) y/o toxicidad (n = 3) de otras terapias biológicas. TCZ fue empleado en monoterapia (n = 4) o en combinación con metotrexato (n = 10), leflunomida (n = 2), ciclosporina A (n = 2) y mico-fenolato (n = 1). Tras el inicio de TCZ se produjo una rápida (desde la 1ª semana) y mantenida (Primer año) mejoría de agudeza visual, inflamación de cámara anterior ocular, vitritis y valores de OCT. El grosor macular medido por OCT en 5 pacientes (8 ojos) con engrosamiento macular (OCT > 250 µm) mejoró desde 325 ± 54,2 (basal) a 264,3 ± 22 µm (1º mes) (p = 0,03). Tras un seguimiento medio de 13,8 ± 10,5 meses, los efectos secundarios más importantes observados fueron impétigo bulloso (n = 1) y trombopenia leve (n = 1).

Conclusiones: Tocilizumab parece efectivo y seguro en el tratamiento de uveítis refractarias a otros tratamientos biológicos.

72. ANÁLISIS DE LA PRESENCIA DE FRACTURAS VERTEBRALES EN PACIENTES CON ESPONDILITIS

M.D. Sánchez González, C.A. Montilla Morales, C. Hidalgo Calleja, S. Gómez Castro, I. Calero Paniagua, T.E. Carranco Medina, A. Quesada Moreno y J. del Pino Montes

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

Introducción: La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta principalmente al esqueleto axial, caracterizada por una proliferación ósea a ese nivel que aumenta la rigidez de la columna. Su prevalencia se estima entre el 0,05 y el 0,25% de la población, y suele afectar a varones en la segunda o tercera década de la vida. Se asocia con una pérdida de densidad mineral ósea (DMO) vertebral y en caderas debido a la inflamación. Tanto los cambios en las propiedades biomecánicas de la columna como la disminución de DMO condicionan un aumento de la fragilidad ósea. La prevalencia de fracturas vertebrales clínicas en la literatura

varía entre el 10-17%, estando incrementado de forma significativa respecto a individuos sanos de la misma edad y sexo. Se realiza un análisis de la presencia de fracturas vertebrales en 165 pacientes con EA y su posible relación con diversos factores clínicos, dietéticos y terapéuticos.

Métodos: Se incluyeron 165 pacientes con diagnóstico de EA según los criterios de Nueva York modificados. En dichos pacientes se recogieron características epidemiológicas (edad, sexo), año de diagnóstico, hábitos tóxicos (tabaco, alcohol), consumo de lácteos, índice de masa corporal (IMC), reactantes de fase aguda (VSG, PCR), actividad de la enfermedad (BASDAI), medidas físicas (Schöber y Schöber modificado, expansión torácica, flexión lateral, distancia occipucio-pared, trago-pared e intermaleolar y rotación cervical), función (BASFI), se realizaron densitometría ósea y radiografías de columna cervical, dorsal, lumbar y de sacroilíacas, analizándose la presencia de fracturas según el método semicuantitativo de Genant. Se excluyeron los pacientes en tratamiento con fármacos modificadores de la DMO, así como los que tenían asociada alguna patología del metabolismo óseo.

Resultados: Se incluyeron 165 pacientes, con predominio del sexo masculino (110 frente a 55). La edad media fue 48 años y el tiempo de duración de la enfermedad de 13 años. De los 165 pacientes incluidos, 35 presentaban alguna fractura vertebral, lo que corresponde al 21,2%. La vértebra más frecuentemente afectada fue T7 en el 38,3% de los casos, seguida de T8 (21,2%), T9 (14,1%), T6 y T11 (7,1% cada una). El tipo de fractura más frecuente fue el acúñamiento moderado o grado 2 de Genant. No encontramos relación estadísticamente significativa de la presencia de fracturas con la edad de los pacientes, ni con el sexo, el consumo de lácteos, el hábito tabáquico o el enólico, ni las medidas físicas o de actividad de la enfermedad. Tampoco con el aumento de los reactantes de fase aguda. La única relación fue entre fracturas y densidad mineral ósea en columna lumbar (OR 23,5 IC95% 1,199 a 463,114) en la primera densitometría realizada al inicio de la enfermedad.

Conclusiones: La prevalencia de fracturas en nuestros pacientes es superior a la encontrada en la literatura. Los pacientes con EA y fracturas tienden a ser mayores que los que no tienen fracturas, pero esta relación no alcanzó la significación estadística. Solo encontramos relación estadísticamente significativa entre la presencia de fracturas y la densidad mineral ósea de columna lumbar en la primera densitometría realizada al inicio del diagnóstico de EA. La vértebra más frecuentemente afectada fue T7, con acúñamiento moderado (grado 2 de Genant).

73. AJUSTE DE DOSIS DE ANTI-TNF EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN REMISIÓN

A.C. Haro Martínez¹, D. Palma Sánchez¹, R. González Molina¹, M. Mayor González¹, E. Peñas Martínez¹, S. Soro Marín² y M.A. Domingo Ruiz³

¹Unidad de Reumatología. Hospital Rafael Méndez. Lorca. Murcia.

²Unidad de Reumatología. Hospital General de Villarrobledo.

Villarrobledo. Albacete. ³Servicio de Farmacia. Hospital Rafael Méndez. Lorca. Murcia.

Introducción: Las terapias biológicas han modificado el curso de las enfermedades reumáticas haciendo posible conseguir la remisión clínica o baja actividad de la enfermedad en un mayor número de pacientes. Debido al elevado coste de estos fármacos y a sus efectos secundarios, una práctica clínica cada vez más extendida en las consultas de Reumatología es la optimización de la dosis o incluso la suspensión del tratamiento en pacientes que están en remisión, lo que supone un importante ahorro económico. Sin embargo, son necesarios más estudios para protocolizar las pautas de reducción de dosis en estos pacientes.

Objetivos: Describir las distintas pautas terapéuticas usadas en pacientes tratados con dosis reducidas de anti-TNF subcutáneo en la práctica clínica y evaluar la supervivencia de la reducción de dosis al año.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias a los que se les espació la dosis de adalimumab o etanercept desde noviembre de 2006 hasta mayo de 2013. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, duración de la enfermedad, FR, HLAB27, número de FAMEs y biológicos previos, FAME y biológico actual, fecha de inicio del tratamiento biológico actual, fecha de ajuste de dosis, tiempo en remisión al inicio de dosis reducida, motivo de fin de espaciamiento, DAS 28 basal, a los 6 y 12 meses y BASDAI basal, a los 6 y 12 meses del ajuste de dosis. Se definió espaciamiento de dosis como el uso de un intervalo posológico superior al indicado en ficha técnica.

	Basal	6 meses	12 meses
DAS28 adalimumab	2,1 ± 0,4	2,1 ± 0,6	1,9 ± 0,9
DAS28 etanercept	2,4 ± 0,6	2,2 ± 0,7	1,8 ± 0,9
BASDAI adalimumab	1,8 ± 1,8	2,2 ± 2,3	2,2 ± 2,3
BASDAI etanercept	2,2 ± 1,6	2 ± 1,8	3 ± 3,1

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes: 7 con artritis reumatoide (AR), 5 mujeres y 2 varones; 12 con espondilitis anquilosante (EA), 2 mujeres y 10 varones; 3 con artritis psoriásica (APs), 2 mujeres y 1 varón; 2 varones con artritis idiopática juvenil poliarticular (AIJ) y 1 varón con espondiloartropatía asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (SpAeII). 14 fueron tratados con adalimumab (edad media 50 ± 12) y 11 con etanercept (edad media 51 ± 20). La media de duración de la enfermedad fue 13 ± 6 años y del tiempo de remisión hasta ajustar dosis 25 ± 18 meses con adalimumab y 23 ± 8 con etanercept. La dosis reducida más empleada fue 40 mg/3 semanas para adalimumab y 50 mg/10 o 15 días para etanercept. 4 (28,57%) de los 14 pacientes tratados con adalimumab recibían FAME asociado (1 EA, 2AR y 1 APs) mientras que sólo 1 (9,09%) de los tratados con etanercept (1 AR). Las medias de DAS28 y BASDAI quedan recogidas en la tabla. De los 14 pacientes tratados con adalimumab, 4 (28,57%) volvieron a su dosis habitual (2 AR y 2 APs) y de los 11 tratados con etanercept, 3 (27,27) volvieron a su dosis habitual (1 EA y 2 AR) y 2 (18,18%) suspendieron el tratamiento por encontrarse en remisión (1EA y 1 AIJ). Teniendo en cuenta el diagnóstico,

8,3% de EA, 57% de AR y 66,6% de APs tuvieron que volver a las dosis recomendadas en ficha técnica.

Conclusiones: El uso de dosis reducida de etanercept y adalimumab parece una estrategia eficaz en pacientes con enfermedades reumáticas que se encuentran en remisión clínica persistente. En nuestro estudio la mayoría de los pacientes (72%) mantuvieron la remisión clínica a pesar del espaciamiento de dosis o la retirada del biológico. Parece que los pacientes con EA tienen más probabilidad de mantener dosis reducidas a largo plazo. Sin embargo, son necesarios estudios controlados bien diseñados para establecer qué pacientes son candidatos de ajuste de dosis.

74. SEGURIDAD DE LA INFILTRACIÓN LOCAL DE CORTICOSTEROIDES EN PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS. ¿QUÉ HAY DE VERDAD EN QUE SON DESCOMPENSADORES METABÓLICOS?

J. Rubio García, A. Quesada Muñoz, A. Morales Belmonte, E.M. Jiménez Rosendo y S. Navarro Martínez

FREMAP Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales Nº 61 de la S.S. Hospital FREMAP. Sevilla.

Objetivos: Evaluar la seguridad de las infiltraciones locales con corticosteroides depot en pacientes diabéticos y/o hipertensos bien controlados, con sintomatología aguda que indicaba este tratamiento.

Métodos: Revisamos muestra representativa de 100 pacientes con antecedentes personales de patología metabólica bien controlada con medicación: diabetes mellitus y/o hipertensión esencial, valorados en el ámbito de una Mutua Laboral por patología de aparato locomotor, resistente a tratamiento farmacológico oral y/o rehabilitación, requiriendo infiltración con corticosteroides de depósito. La muestra presenta edades comprendidas entre 28 y 55 años, de ambos sexos, con diagnóstico previo de diabetes mellitus (DM) tipo I o II y/o hipertensión esencial (HTA), bien controlada con su tratamiento habitual. En el estudio había 77 hipertensos y 23 diabéticos (15 tipo II y 8 tipo I). Los pacientes presentaban patología de aparato locomotor secundaria a su actividad laboral (manguito rotador, tenosinovitis, epicondilitis, patologías intraarticulares,...), resistente a pautas de tratamiento con AINES, analgésicos y rehabilitación, requiriendo infiltración local de corticosteroides: beta-

Tabla Póster 74

Tipo de patología	Nº	DM	HTA	Resultados obtenidos
Hombro: tendinopatía manguito rotador	25	7	18	Elevación media inicial glucemia no significativa. No elevaciones posteriores. No variaciones significativas en valores de TA inicial ni pico
Codo: epicondilitis/epitrocleititis	17	2	15	Elevación media inicial glucemia no significativa. No elevaciones posteriores. No variaciones significativas en valores de TA inicial ni pico
Muñeca: tenosinovitis, fibrocartilago, túnel carpiano, ganglión...	13	2	11	Intraarticular: - Glucemia media inicial: DM1: 210 y DM2:235 - Pico medio a las 24 horas DM1: 280 y DM2: 295 No intraarticular: Elevación media inicial glucemia no significativa. No elevaciones posteriores. No variaciones significativas en valores de TA inicio ni pico
Dedos mano: resorte, artritis post-traumática	13	4	9	Elevación media inicial glucemia no significativa. No elevaciones posteriores. No variaciones significativas en valores de TA inicial ni pico
Cadera: trocanteritis, bursitis,...	3	0	3	No variaciones significativas en valores de TA inicial ni pico
Rodilla: tendinitis, bursitis, intraarticular...	17	5	12	Intraarticular: Glucemia media inicial: DM 260, DM2: 245, DM3: 256, DM4: 240 y DM5: 255 - Pico medio a las 24 horas DM 330, DM2: 300, DM3: 320, DM4: 290 y DM5: 301 No intraarticular: elevación media inicial glucemia no significativa. No elevaciones posteriores. No variaciones significativas en valores de TA inicial ni pico
Tobillo: tenosinovitis, artritis, túnel tarsiano, tendinopatía aquilea, intraarticular.	10	2	8	Intraarticular: - Glucemia media inicial: DM1: 200 y DM2:230 - Pico medio a las 24 horas DM1: 270 y DM2: 293 No intraarticular: elevación media inicial glucemia no significativa. No variaciones significativas en valores de TA inicial ni pico
Pie: neuroma de Morton	2	1	1	Elevación media inicial glucemia no significativa. No elevaciones posteriores. No variaciones significativas en valores de TA inicial ni pico

metasona 6+6 mg (Celestone cronodose®) o Triamcinolona 40 mg (Trigon depot 40mg®). Se pidió a los pacientes diabéticos documentar los niveles de glucosa en la sangre antes y 2 horas después de las comidas: 1 semana antes, el día de la infiltración y 1 semana después. A los hipertensos, 3 controles tensionales al día, una semana antes, el día de la infiltración y una semana después.

Resultados: Diabetes mellitus: los valores de glucemia antes de infiltración estaba controlados, oscilando entre los 140 y 180 mg/dl). Los resultados muestran una elevación de la glucemia significativa solo en los infiltrados a nivel intraarticular: rodilla, tobillo y muñeca: Presentaron una elevación inicial (en primeras 12 horas) de los niveles de glucosa en sangre, con una media de 236 mg/dl (200-260), con un pico medio de 297 mg/dl (270-330) a las 24 horas de la infiltración. Los niveles de glucosa volvieron a la normalidad en 36-48 horas. Los valores más altos se objetivaron en los infiltrados en la rodilla. Las infiltraciones peritendinosas, tendinosas, perineurales y en hombro no muestran variaciones significativas en los valores de glucemia. En infiltración en articulaciones IFp y d, no hubo elevaciones significativas. Hipertensión arterial: los valores tensionales no muestran variaciones significativas tras las infiltraciones, independientemente de la patología tratada.

Conclusiones: Los resultados del estudio mostraron que la infiltración de corticosteroides depot, ya sea con betametasona o triamcinolona a nivel articular o periarticular: 1. En nuestro estudio no hubo variaciones significativas en los valores tensionales en pacientes hipertensos controlados, tras infiltración articular o periarticular. 2. No hubo variaciones significativas de la glucemia en pacientes diabéticos, a los que se les infiltró por patología periarticular. 3. Se observa una elevación significativa inicial y posterior (Pico a las 24 horas), de la glucemia en aquellos diabéticos a los que se les infiltró intraarticular, a excepción de en pequeñas articulaciones de las manos. Los valores más acusados se objetivan a nivel de rodilla. 4. El período de tiempo para que los niveles de glucosa volviesen a niveles normales fue de entre 36 y 48 horas. 5. Por lo tanto, las infiltraciones con corticosteroides depot en Hipertensos bien controlados, parece una técnica segura. En diabéticos bien controlados, parece que las infiltraciones periarticulares son más seguras que las intraarticulares. 6. Harían falta más estudios aleatorizados para valorar el perfil de seguridad de las infiltraciones con corticosteroides depot en pacientes diabéticos e Hipertensos bien controlados.

75. UTILIDAD DE LA DISOCIACIÓN ÁCIDA EN LA DETECCIÓN DE INMUNOGENICIDAD EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-TNF

F. Llinares-Tello¹, J. Rosas², J.M. Senabre², J. Molina¹, E. Salas², G. Santos-Soler², C. Santos-Ramírez³, R. Ortega³, C. Cano⁴, A. Pons⁴, M. Lorente⁴, X. Barber⁵, M. Sánchez-Barrioluengo⁶ y Grupo AIRE-MB

¹Servicio de Farmacia Hospitalaria; ²Servicio de Reumatología;

³Enfermería Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante.

⁴Servicio de Reumatología. Hospital Marina Alta. Denia. Alicante.

⁵CIO-Universidad Miguel Hernández. Elche. ⁶INGENIO (CSIC-UPV).

Universitat Politècnica de València. Valencia.

Introducción: La presencia de fármaco residual interfiere en la determinación de inmunogenicidad, pudiendo provocar resultados falsos negativos. Para mejorar la sensibilidad del ensayo algunos autores han planteado con éxito la disociación de los inmunocomplejos mediante el pre-tratamiento ácido de las muestras previo a su detección.

Objetivos: Evaluar la aplicación en práctica clínica, de la disociación ácida en la monitorización de pacientes con concentraciones séricas infraterapéuticas de infliximab (IFX), adalimumab (ADL) y etanercept (ETN), utilizando un ensayo inmunoenzimático (ELISA) comercializado (Promonitor, Proteomika S.L.).

Métodos: Durante 3 años se analizaron 499 muestras valle de 218 pacientes con diferentes patologías reumáticas tratados con IFX (30 pacientes, 80 muestras), ADL (116 pacientes, 238 muestras) y ETN (72 pacientes, 181 muestras). Con la técnica estándar se detectó ADA en el 27, 16 y 0% de los pacientes tratados con IFX, ADL y ETN respectivamente, coincidiendo siempre con un nivel de fármaco indetectable. Se cuantificaron 76 muestras con niveles detectables pero infraterapéuticos a la pauta estándar (26 muestras de 20 pacientes con IFX < 2 mg/L, 32 muestras de 22 pacientes con ADL < 3 mg/L y 18 muestras de 15 pacientes con ETN < 2 mg/L), que fueron analizadas para ADA tras someterlas a un pre-tratamiento ácido. El protocolo de acidificación consistió en la incubación del suero durante 15 minutos con ácido acético 300 mM y posterior neutralización con Tris 1 M ajustando a una dilución final 1/10.

Resultados: Con el protocolo de disociación ácida se detectaron anticuerpos anti-ADL en el 55% de los pacientes con niveles infraterapéuticos de ADL, que resultaban indetectables con la técnica estándar (17 muestras, 12 pacientes, edad media 55 años, 67% mujeres, diagnósticos: 8 espondilitis anquilosante (BASDAI: 4,8 ± 1,5), 3 artritis reumatoide y 1 artritis psoriásica (DAS28: 3,5 ± 0,2)). En 7 casos la detección de ADA tras acidificación se produjo ya en la primera solicitud de monitorización a los 6 meses de iniciado el tratamiento. En otros 3 casos, el positivo de ADA tras disociación confirmó un positivo previo con la técnica estándar. Inicialmente se mantuvo el tratamiento con ADL en 5 pacientes, los cuales acabaron resultando positivos con la técnica estándar entre 2 y 6 meses tras el positivo con disociación. Finalmente, en los 12 pacientes fue necesario un cambio de tratamiento por falta de respuesta clínica, optándose por otro anti-TNF ante la evidencia de ADA. La concentración máxima de ADL en las muestras con un resultado positivo fue de 1,8 mg/L y el título de anticuerpos detectados osciló entre 35 y 282 UA/mL. No se detectaron anticuerpos anti-IFX ni anti-ETN tras la acidificación de las muestras con concentraciones infraterapéuticas de estos dos fármacos.

Conclusiones: 1) El pre-tratamiento ácido de las muestras aumenta la sensibilidad del ensayo de detección de anticuerpos anti-fármaco disgregando posibles complejos fármaco-anticuerpo. 2) La monitorización de inmunogenicidad en pacientes con niveles infraterapéuticos de ADL, siguiendo un protocolo de disociación ácida, nos ha permitido detectar de manera precoz la presencia de ADA en estos pacientes contribuyendo a la optimización del tratamiento. 3) En base a nuestra experiencia recomendamos su aplicación en el caso de pacientes con una concentración valle de ADL inferior a 2 mg/L siguiendo la pauta estándar.

76. UVEÍTIS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE SÍFILIS: PRESENTACIÓN DE 11 CASOS DE UN ÚNICO CENTRO

M. Santos-Gómez¹, V. Calvo-Río¹, F. Ortiz-Sanjuán¹, R. Blanco¹, E. Beltrán², J. Loricera¹, J. Cañal¹, J. Ventosa¹, D. Hera-Vegas¹, C. Martínez-Dubois¹, F.J. Rueda-Gotor¹, M.C. González-Vela¹, T. Pina¹ y M.A. González-Gay¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander.

²Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

Objetivos: La uveítis puede ser la primera manifestación de sífilis. La uveítis sifilítica (US) es indistinguible morfológicamente de otras etiologías causantes de uveítis. Nuestro propósito es estudiar y describir los casos de US como primera manifestación de la enfermedad.

Métodos: Describimos 11 pacientes con US diagnosticada en nuestro hospital de 2006 a 2013. El diagnóstico se basó en el hallazgo de uveítis activa y pruebas microbiológicas específicas. Para evaluar la afectación neurológica, se realizó punción lumbar en 9 pacientes.

Resultados: Once pacientes (3 mujeres/8 hombres) con edad media de 45,8 ± 13,8 años (rango 26-70) fueron diagnosticados de US.

La primera manifestación de la sífilis fue uveítis (n = 9) y lesiones mucocutáneas (n = 2). El asiento de la uveítis fue: posterior (n = 6), panuveítis (n = 3), anterior (n = 2), unilateral (n = 8) y bilateral (n = 3). La mediana del retraso diagnóstico fue de 0,75 meses (IQR 0-2, rango 0-12). Se observó una serología HIV positiva (n = 3) y neurosífilis (n = 2). El tratamiento se basó en penicilina G iv 4MU/4h durante 14 días (n = 8) y durante 21 días (n = 2). Se utilizó Doxiciclina 100 mg/12h durante 28 días, en caso de alergia (n = 1). Recibió un caso tratado inicialmente con penicilina benzatina im 1,2 MU × 3 días, y posteriormente con penicilina G iv 4 MU/4h × 21 días. La mediana de la agudeza visual mejoró de 0,1 (IQR 0,05-0,3; rango 0-0,8) a 0,6 (IQR 0,05-0,9; rango 0,05-1) después del tratamiento. Las principales complicaciones oculares de la US fueron la ceguera unilateral (n = 3), el desprendimiento de retina (n = 2), cataratas (n = 1), e hipertensión ocular (n = 1).

Conclusiones: Es recomendable incluir la uveítis sifilítica en el diagnóstico diferencial de una uveítis.

77. ANTI-TNFA EN UVEÍTIS SARCOIDEA REFRACTARIA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 16 CASOS

M. Santos-Gómez¹, V. Calvo-Río¹, R. Blanco¹, M. Mesquida², A. Adán², J.M. Herreras³, A.M. García-Aparicio⁴, M.J. Moreno Ramos⁵, M.J. Moreno Martínez⁵, L.F. Linares Ferrando⁵, M. Hernández-Martínez⁵, D. Peiteado-López⁶, M. Cordero-Coma⁷, J.L. García Serrano⁸, N. Ortego⁸, O. Maíz⁹, A. Blanco⁹, J. Sánchez-Bursón¹⁰, S. González-Suárez¹¹, A. Fonollosa¹², F. Ortiz-Sanjuán¹, M.C. González-Vela¹, T. Pina¹, J. Loricera¹ y M.A. González-Gay¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander.

²Hospital Clínic. Barcelona. ³Hospital Universitario. IOBA. Valladolid.

⁴Hospital de Toledo. Toledo. ⁵Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁶Hospital Universitario La Paz. Madrid.

⁷Hospital de León. ⁸Hospital San Cecilio. Granada. ⁹Hospital Donostia.

San Sebastián. ¹⁰Hospital de Valme. Sevilla. ¹¹Hospital Cabueñes.

Gijón. Asturias. ¹²Hospital de Cruces. Bilbao.

Objetivos: Evaluar la eficacia de la terapia con anti-TNFa en la uveítis sarcoides (US) refractaria al tratamiento con fármacos inmunosupresores sintéticos.

Métodos: Estudio multicéntrico (12 hospitales) de US refractaria a corticoides orales y al menos un fármaco inmunosupresor sintético. La inflamación ocular fue evaluada de acuerdo con el "SUN-2005", y el edema macular con OCT. Los resultados son expresados como media ± DE (distribución normal), o como mediana (rango intercuartílico 25-75 (IQR) para distribución No normal) y la comparación de las variables continuas con el test de Wilcoxon.

Resultados: Estudiamos 16 pacientes/27 ojos (7 hombres/9 mujeres); edad media de 38,4 ± 17,2 años (rango 13-76). Mostraban: elevación de la enzima convertidora de angiotensina (56,2%), adenopatías hiliares bilaterales (56,2%), afectación del parénquima pulmonar (43,7%), e implicación de otros órganos (56,2%). La biopsia confirmó sarcoidosis en el 31,2% de los casos. El patrón más frecuente fue la panuveítis bilateral crónica recurrente y los hallazgos oculares inflamatorios más frecuentes fueron los precipitados en grasa de carnero y bolas de nieve en el vítreo. Además de corticoides orales, y antes de la terapia con anti-TNFa, los pacientes habían recibido bolos de metilprednisolona ev (n = 1), metotrexato (n = 12), ciclosporina A (n = 5), o azatioprina (n = 3). El primer anti-TNFa fue: adalimumab 40 mg/sc/2 semanas (n = 9; 56,3%), e infliximab 5 mg/kg/ev/4-8 semanas (n = 7; 43,7%). Estos se utilizaron en combinación (n = 13) con MTX (n = 10), AZA (n = 2) y micofenolato mofetilo (n = 1). Infliximab fue exitosamente sustituido por golimumab (n = 2) por intolerancia. La duración media del anti-TNFa fue 27,7 ± 16,8 meses. Los resultados tras dos años con anti-TNFa fueron los siguientes: agu-

deza visual; 0,6 ± 0,3 a 0,8 ± 0,2 (p = 0,03), Tyndall; de una mediana de 1 (IQR 0-3) a 0 (IQR 0-2) (p = 0,017) y vitritis; de 0 (IQR 0-3) a 0 (IQR 0-1) (p = 0,03). Previo al tratamiento, seis pacientes (7 ojos) presentaban edema macular quístico (OCT > 300µ), y mejoraron de 372 ± 58,3 a 241 ± 1,4 µ tras 2 años de tratamiento (p = 0,17).

Conclusiones: El tratamiento con Anti-TNF parece efectivo en la US refractaria al tratamiento con fármacos inmunosupresores sintéticos.

78. UVEÍTIS REFRACTARIA A INFLIXIMAB Y/O ADALIMUMAB EN ENFERMEDAD DE BEHÇET. EFICACIA DE OTROS BIOLÓGICOS

M. Santos-Gómez¹, V. Calvo-Río¹, E. Beltrán-Catalán², R. Blanco-Alonso¹, M. Mesquida-Febrer³, A. Adán³, M. Cordero-Coma⁴, A.M. García-Aparicio⁵, L. Martínez-Costa Pérez, E. Valls Pascual⁶, T. Pina¹ y M.A. González-Gay¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander.

²Hospital General. Valencia. ³Hospital Clínic. Barcelona. ⁴Hospital

de León. León. ⁵Hospital de Toledo. Toledo.

Objetivos: Infliximab y/o adalimumab son los dos biológicos habitualmente utilizados en primera línea en la enfermedad de Behçet refractaria a tratamiento inmunosupresor habitual. Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia de otros biológicos en pacientes con enfermedad de Behçet y uveítis refractaria a infliximab y/o adalimumab.

Métodos: Estudio multicéntrico de pacientes con uveítis en Behçet refractaria a, al menos, un tratamiento biológico estándar (infliximab y/o adalimumab). Como medidas de resultado principales: inflamación de la cámara anterior y posterior, y engrosamiento macular, medido por tomografía de coherencia óptica (OCT).

Resultados: Siete casos (4 mujeres/3 hombres, 12 ojos afectados) con edad media de 42,6 ± 11,3 años (rango 28-67), fueron evaluados. El HLA-B51 fue positivo en el 71,4%. La uveítis fue bilateral en el 71,4%. La localización de la uveítis fue: panuveítis (57,1%) y uveítis posterior (42,9%). Se administró tratamiento con golimumab (n = 4), tocilizumab (2) y rituximab (1). Se realizó doble switching en 4 casos. Los 7 pacientes habían sido inicialmente tratados con adalimumab (n = 7) y/o infliximab (n = 2), combinados con tratamiento inmunosupresor sintético (n = 6). Al inicio del estudio el 50% de los pacientes presentaba Tyndall y el 58,3% vitritis, remitiendo en la mayoría de los casos. Los 7 pacientes (12 ojos) tenían engrosamiento macular (OCT > 250 µm) y 4 (7 ojos) edema macular quístico (OCT > 300 µm), que mejoró de 330,4 ± 58,5 µm al inicio del tratamiento biológico, a 273 ± 50 µm al mes 12. Seis de los siete pacientes logró la remisión ocular.

Conclusiones: En uveítis refractaria a infliximab y/o adalimumab en pacientes con enfermedad de Behçet, el uso de otros fármacos biológicos (golimumab, tocilizumab o rituximab) parece ser eficaz.

79. EVALUACIÓN DE LOS NIVELES DE GOLIMUMAB Y DE ANTICUERPOS ANTI-GOLIMUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, ARTRITIS PSORIÁTICA Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: RESULTADOS DE UN REGISTRO LOCAL

J. Rosas¹, F. Linares-Tello², S. Martín³, J.M. Senabre¹, S. Oliver³, E. Salas¹, G. Santos-Soler¹, X. Barber⁴, A. Pons⁵, C. Santos-Ramírez⁶, C. Cano⁵, M. Lorente⁵ y Grupo AIRE-MB

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Laboratorio. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante. ³Proteomika S.L. Derio. Vizcaya.

⁴CIO-Universidad Miguel Hernández. Elche. ⁵Enfermería de

Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante.

⁶Servicio de Reumatología. Hospital Marina Alta. Denia. Alicante.

Objetivos: Evaluar la utilidad clínica de medir los niveles de golimumab (GLM) y la prevalencia de anticuerpos anti-golimumab (Ac-anti-GLM), con un nuevo kit en desarrollo, en pacientes con

artritis reumatoide (AR), artritis psoriática (APs): grupo AR/APs, y espondilitis anquilosante (EA), procedente de un registro local de terapia biológica.

Métodos: Estudio transversal, descriptivo en 49 determinaciones procedentes de 27 pacientes consecutivos, con AR o APs, con artritis periférica (18 determinaciones en 9 pacientes), y EA (31 determinaciones en 18 pacientes), en tratamiento con GLM. Se recogieron características clínicas, índice de actividad de la enfermedad (DAS28 en grupo AR/ APs y BASFI, BASDAI en EA). Se analizaron los niveles séricos de GLM y de Ac-anti-GLM, mediante un nuevo Kit ELISA en desarrollo: Promonitor®-GLM y Promonitor®-anti-GLM; (Proteomika, Derio. Vizcaya). Los niveles séricos de corte para GLM fueron > 32 U/mL y para Ac anti-GLM > 20 U/mL. Las muestras se recogían previamente a la administración del GLM y se almacenaban congeladas a -80 °C hasta su análisis.

Resultados: De los 27 pacientes evaluados, el 56% eran mujeres, de 50 ± 12 años edad media. El 33% de los pacientes estaban diagnosticados de AR/APs periférica (37% de determinaciones) y el 67% (63% de determinaciones), de EA. La evolución global media de la enfermedad era de 14 años (DE: 13), siendo menor entre los pacientes del grupo AR/APs respecto a los pacientes con EA (9,5 vs 17 años; p = 0,08). El tiempo medio en GLM era de 12 ± 9 meses (rango: 1-28). El 65% de los pacientes tomaban algún FAME. El 65% había utilizado algún fármaco anti-TNF previo (1 fármaco biológico: 18%; 2: 31%; 3: 16%): adalimumab: 40%, etanercept: 35%, infliximab: 25%. El nivel medio global de GLM era de 1.006 U/mL (grupo AR/APs: 889 vs EA: 986 mg/mL). Tres de los pacientes (11%), habían desarrollado anticuerpos anti-TNF previos: 2 a infliximab y 1 paciente a adalimumab. Solo en un paciente con EA, que utilizaba GLM como tercer fármaco biológico (adalimumab, etanercept) y con antecedente de Ac anti-adalimumab, presentó pérdida de eficacia (nivel GLM, indetectable), en relación con la aparición de Ac-anti-GLM (título: 773 U/mL), en el 6 mes de tratamiento (prevalencia de Ac-anti-GLM: 4% del grupo global de pacientes; 2% de las determinaciones; y del 5,5% en el grupo de pacientes con EA; 3% de las determinaciones). El 20% de los pacientes que habían desarrollado Ac anti-ADA, desarrollan Ac anti-GLM. En el grupo AR/APs, el DAS28 medio era de remisión clínica: 2,03 ± 1 (DAS28 medio como primer, segundo o cuarto biológico: 1,88, 2,05, 2,01 respectivamente) y baja actividad en SDAI: 4,2 ± 5,8 (primer, 2º, 4º biológico: 4,7, 3, 3,6). En pacientes con EA, el BASDAI medio fue de 6,7 (primer, 2º, 4º biológico: 6, 5,5, 3,2) y el ASDAS de 3,5 (primer, 2º, 3º, 4º: 3,9, 3, 3,5, 3).

Conclusiones: 1. La inmunogenicidad provocada por GLM es escasa. La prevalencia de Ac anti-GLM, se detectó en el 4% de las pacientes. 2. Si bien, el 20% de los pacientes que habían desarrollado Ac anti-ADA, desarrollan Ac anti-GLM. 3. Golimumab mantiene su eficacia incluso como cuarto biológico, especialmente en pacientes con AR o APs periférica.

80. ¿QUÉ PASA CON LA PROGRESIÓN RADIOGRÁFICA AL SUSPENDER/REDUCIR DOSIS DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN ENFERMOS CON ARTRITIS REUMATOIDE? RESULTADOS DE UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

B. Hernández Cruz¹, C. Martínez Fernández², M.P. Rosario Lozano², S. Maeso Martínez³, S. Muñoz⁴ e I. González Álvaro⁵

¹Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ²Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología. ³Instituto de Investigación y Evaluación de Tecnologías y Servicios Sanitarios. Madrid. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Infanta Sofía. Madrid. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital La Princesa. Madrid.

Introducción: Los biológicos son junto con el MTX y los corticoides los fármacos más eficaces en la disminución del daño estructural

evaluado mediante índices radiográficos validados (Graudal et al. Arthritis Rheum. 2010;62:2852-63). Este beneficio se obtiene aun cuando la respuesta clínica es desfavorable (Keystone. Curr Opin Rheumatol. 2009;21:231-7). En práctica clínica, desde hace algunos años se emplea la reducción de dosis de los diferentes biológicos de uso comercial para el tratamiento de la artritis reumatoide, con el objetivo de mantener eficacia con menor toxicidad y costes (Tanaka et al. Clin Exp Rheumatol. 2013;31:S22-7). Desconocemos que pasa con la progresión radiográfica tras suspender el biológico.

Objetivos: Conocer la progresión radiográfica en pacientes que suspenden la terapia biológica. Población diana: pacientes con AR del adulto (ACR/EULAR 2010) que reciben terapia biológica y continúan en objetivo terapéutico (nivel bajo de actividad/remisión) y se les reduce/suspende el biológico. Diseño: revisión sistemática siguiendo metodología Cochrane. Se definió Ausencia de progresión radiográfica cuando el índice de Sharp-VDH no se modificó tras un periodo de 54 semanas de suspensión del biológico.

Resultados: se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: PubMed, Embase y Cochrane Library. En total se encontraron 695 registros (PubMed: 324, Embase: 289 y Cochrane: 82), tras eliminar registros duplicados quedaron 511. Se eliminaron 480 por título y resumen y 27 tras revisar los textos completos siendo incluidos 4 artículos que tenían la maniobra de suspensión/reducción del biológico mediante una maniobra aleatoria, tras alcanzar una respuesta clínica favorable, más datos de progresión radiográfica a la semana 52. Los artículos analizados de calidad metodológica buena a muy buena según escala de JADAD incluyeron 1.518 pacientes con artritis reumatoide del adulto, 77% mujeres, de 51 años de edad promedio, con AR de 2,6 años de evolución (13 semanas a 7 años). Tras un año de seguimiento al cabo de suspender el biológico, no hubo progresión radiográfica en 86,8% de los pacientes que habían recibido infliximab o etanercept, frente a 71,6% de los pacientes que recibieron MTX. El riesgo relativo de No progresión radiográfica fue del doble entre los que habían recibido el biológico: 2,61 (2,01-3,4) p = 0,00001. El NNT (número necesario para tratar) fue de 6, es decir se tienen que tratar 6 pacientes con biológico frente a MTX (IC95% 5 a 8) para conseguir un caso sin progresión radiográfica.

Conclusiones: la relevancia clínica de estos hallazgos no es clara. No obstante, cuando se intente suspender/reducir dosis del biológico en pacientes con AR y enfermedad erosiva con criterios de mal pronóstico radiográfico es importante considerar estos hallazgos.

81. VALOR PRONÓSTICO DEL FIBRINÓGENO EN LA RECIDIVA DE POLIMIALGIA REUMÁTICA

C. Guillén Astete^{1,2}, C. Redondo Romero³, C. Medina Quiñones², J.F. Borja Serrati² y A. Zea Mendoza²

¹Consulta de Urgencias Reumatológicas y Patología Musculoesquelética; ²Servicio de Reumatología; ³Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Estudios recientes (McCarthy. Rheumatology. 2013;52:465-71) han demostrado la utilidad de la determinación de fibrinógeno como marcador de actividad de enfermedad en pacientes con polimialgia reumática (PMR) siendo esta comparable a la de la velocidad de eritrosedimentación (VSG) y la proteína C reactiva (PCR). El propósito del presente estudio es determinar la capacidad del fibrinógeno de predecir una recidiva en pacientes con buen control sintomático previo.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de casos y controles. Se identificaron pacientes en quienes se produjo una recidiva de polimialgia reumática después de al menos 6 meses de estar en situación clínica de remisión y pacientes en remisión sostenida por al menos 6 meses. Sólo se incluyeron pacientes con determinaciones simultáneas de PCR, VSG y fibrinógeno en la revisión previa a

la última. Se recogieron variables epidemiológicas, determinación de niveles de PCR y VSG, determinación de fibrinógeno, dosis de corticoides y modificaciones de dosis. La variable principal fue la condición de recidiva intercurrente o remisión persistente (dicotómica), el resto de variables fueron consideradas como explicativas y fueron expresadas mediante estadísticos de tendencia central y distribución (continuas) o proporciones (dicotómicas) y comparadas por medio de la prueba exacta de Fisher o la T de Student según correspondencia.

Resultados: Se identificaron 13 casos de recidiva de PMR y 35 pacientes en remisión sostenida en el tiempo cuyos historiales médicos cumplieron los criterios de inclusión. La edad, proporción de sexo femenino y dosis previa de corticoides fueron similares en ambos grupos (82 DE 6 vs 83 DE 6, 77% vs 80%, 5,8 DE 2,3 mg/día vs 5,6 DE 2,8 mg/día; $p > 0,05$ en las tres comparaciones). Los valores de PCR, VSG y fibrinógeno en el grupo de controles fueron 13,5 DE 9,1 mg/dL, 19,1 DE 6,6 mm/H y 402,6 DE 48,1 mg/dL, respectivamente. En el grupo de casos las mismas variables fueron 28,12 DE 16 mg/dL, 24,2 DE 12,2 mm/H y 590,1 DE 71,6 mg/dL, respectivamente. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la cifra de PCR ($p < 0,05$) y de fibrinógeno ($p < 0,01$).

Conclusiones: La principal limitación de nuestro estudio radica en su carácter retrospectivo y en que la determinación de fibrinógeno no se realiza de rutina como parte del seguimiento de pacientes con PMR. Esto último condiciona el tamaño de nuestra muestra. No obstante ello, a la fecha no existen estudios que vinculen el fibrinógeno con la posibilidad de recidiva, sí con la actividad de la enfermedad. En ese sentido, la demostración de existencia de una asociación entre el desarrollo de una recidiva de PMR y cifras elevadas de fibrinógeno supone un interesante punto de partida para futuras investigaciones (prospectivas, multivariadas) alrededor de esta determinación analítica como predictor y por lo tanto como herramienta clínica de aplicación práctica en la toma de decisiones en el manejo de la PMR.

82. LA DURACIÓN DE LAS REMISIONES DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

J.M. Martín Santos, M.P. Serrano Manero y S. Martín Armentia

Sección de Reumatología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción: El objetivo del tratamiento de la artritis reumatoide no solo debe ser alcanzar la remisión clínica, sino también mantenerla en el tiempo para evitar la aparición y la progresión de las lesiones estructurales.

Objetivos: Determinar los factores que influyen en la mayor o menor duración de la remisión clínica de la enfermedad una vez alcanzada.

Métodos: Estudio retrospectivo de los registros de base de datos de pacientes con artritis reumatoide asistidos en nuestras consultas externas desde 2002 a 2013 que después de un periodo de actividad alcanzaron la remisión clínica (DAS28 < 2,6) y que fueron seguidos durante al menos 1 año a partir de entonces. La fecha de inclusión coincide con la de la primera remisión registrada. El análisis de supervivencia "de la remisión" se efectuó según el modelo de Kaplan Meier.

Resultados: Se analizan los datos de 244 pacientes. Sus características en el momento de la inclusión eran las siguientes: 68% mujeres, edad $55 \pm 13,3$, evolución $8 \pm 7,3$ años, factor reumatoide 82%, anti-PCC 80%, DAS28 $2,1 \pm 0,4$, HAQ $0,6 \pm 0,5$. Todos ellos habían recibido anteriormente fármacos modificadores, con un promedio de $1,9 \pm 1,2$ fármacos. El 36% tomaba corticoides a dosis bajas y el 13,5% recibía biológicos. El tiempo de evolución de la enfermedad era mayor en los sujetos de más edad y también en ese grupo el

tratamiento con corticoide fue más frecuente. Por el contrario, el uso de biológicos fue más frecuente en los sujetos más jóvenes. La remisión se mantuvo 1 año en el 42% de los pacientes y 2 años en el 24%, con un promedio de 16,1 meses. Su duración fue menor en los pacientes que requirieron corticoides para alcanzarla (25% vs 52% de los casos a 1 año, $p < 0,001$) y también fue menor en los casos en los que fueron necesarios biológicos (18% vs 46% a 1 año, $p < 0,001$). Los 244 pacientes fueron seguidos un promedio de 5 años, con una frecuencia de 2,4 visitas anuales. En este periodo adicional se registraron 323 nuevas reactivaciones y remisiones. La duración de estas remisiones fue similar, con independencia del número de orden de la remisión, aunque el tiempo en conseguirla cada vez fue más breve. Al término del seguimiento un 25,2% habían recibido biológicos en algún momento. Globalmente, los pacientes que alcanzaron su primera remisión permanecieron en este estado un 56% de su tiempo de seguimiento posterior.

Conclusiones: 1) En condiciones de práctica clínica solo un 42% de los pacientes con artritis reumatoide que alcanzan su primera remisión (DAS28 < 2,6) la sostienen al cabo de 1 año y un 24% al cabo de 2 años. Su duración media es de 16 meses. 2) Una vez alcanzada la remisión, su duración es menor en los pacientes que precisaron corticoides o biológicos para conseguirla que en los que solo necesitaron fármacos modificadores convencionales, aunque no pueden descartarse sesgos de selección que hubieran forzado el empleo de aquellos fármacos en los casos más graves. 3) En los seguimientos a largo plazo con remisiones y recidivas los tiempos hasta alcanzar cada remisión tienden a acortarse con el tiempo, quizás por el mayor uso de biológicos o por amortiguación de la enfermedad. Cabe esperar que los pacientes que hayan alcanzado la remisión en algún momento mantengan ese estado el 50% de su tiempo de seguimiento posterior.

83. IMPORTANCIA DEL REUMATÓLOGO PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ESPONDILOARTRITIS ASOCIADA A ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

S. Pérez Esteban¹, S. Castañeda Sanz², M. Chaparro³, F. Rodríguez-Salvanés⁴, L. Vega⁴, E. Patiño Ruiz², J. Pérez-Gisbert³ y E. Vicente Rabaneda²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ²Servicio de Reumatología; ³Servicio de Aparato Digestivo; ⁴Unidad de Investigación. Hospital de la Princesa. IISP. Madrid.

Objetivos: 1) Determinar la prevalencia acumulada de dolor lumbar inflamatorio, artritis, entesitis y dactilitis en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que no han manifestado clínica del aparato locomotor a su especialista de Aparato Digestivo. 2) Evaluar cuántos de estos pacientes cumplen criterios de clasificación ASAS de SPA.

Métodos: Estudio observacional transversal con inclusión prospectiva de pacientes con EII sin sintomatología musculoesquelética, que acudieron a la consulta monográfica de Digestivo durante 2013. Se recogieron, de forma protocolizada, datos demográficos, comorbilidad, características de la EII (actividad, fenotipo, tiempo de evolución y subtipo clínico) y actividad laboral y deportiva. Se realizó una anamnesis y exploración física del aparato locomotor por un reumatólogo entrenado. Se recogieron los índices BASFI, BASDAI y HAQ. Análisis estadístico: Las variables continuas se expresan como media \pm DE o rango y las categóricas como número de casos (%). Las asociaciones fueron evaluadas mediante la t de Student y el test de Mann-Whitney para las variables continuas y la χ^2 para las categóricas. Se analizaron también las correlaciones de Pearson y Spearman (programa estadístico Stata v.10).

Resultados: Se evaluaron 23 pacientes (56% varones), 9 Crohn (EC) y 14 colitis ulcerosa (CU). Características clínicas: edad 42 ± 12 años,

tiempo de evolución 9 años (rango: 0,1-33), CDAI 28 ± 21 , índice de Mayo $0,4 \pm 1$, terapia con FAME en el 91,3% durante $5,5 \pm 5,3$ años, VSG $12 \pm 8,8$ y PCR $0,12 \pm 0,14$ mg/dl. El 70% refería antecedentes de dolor lumbar, el 35% cervical y el 11% dorsal, de tipo inflamatorio en el 18% y con una duración > 3 meses en el 15% e inicio antes de los 40 años en el 30%. El 20% había presentado dolor en entesis, afectando al talón en la mitad de los casos; dactilitis 10%; uveítis anterior 5%, artritis 15% y antecedentes familiares de SPA en 35%. El 55% no había tomado AINEs. En la valoración actual, el 50% de los pacientes presentaban lumbalgia (17% inflamatoria), de > 3 meses en el 22% de los casos; 1 paciente presentaba entesitis aquilea bilateral y 5% artritis. El 30% cumplían criterios ASAS de dolor lumbar inflamatorio (DLI). Nueve pacientes (39%) cumplían criterios de SPA periférica, aunque en 4 eran formas mixtas que asociaban DLI y ≥ 2 características clínicas de SPA axial. Otro paciente con dolor lumbar de > 3 meses e inicio < 45 años, sin clínica periférica, presentaba ≥ 2 características clínicas de SPA axial. Estos 10 pacientes eran predominantemente mujeres (80% mujeres vs 20% hombres; $p = 0,002$) y mostraron valores más elevados de EVA dolor axial ($3,9 \pm 2,9$ vs $1,7 \pm 1,7$; $p = 0,04$), EVA dolor axial nocturno ($3,2 \pm 3,7$ vs $0,5 \pm 1,1$; $p = 0,02$) y EVA dolor articular ($2,9 \pm 3,3$ vs $0,5 \pm 1,4$; $p = 0,03$), valoración general del paciente de la afectación axial ($3,9 \pm 3,4$ vs $0,8 \pm 1,7$; $p = 0,01$) y de la afectación articular ($2,8 \pm 3,3$ vs $0,7 \pm 1,7$; $p = 0,05$), CDAI ($44,7 \pm 12,9$ vs $15,4 \pm 17,3$; $p = 0,026$), BASFI ($2,6 \pm 2,8$ vs $0,7 \pm 1,1$; $p = 0,04$), BASDAI ($3,4 \pm 2,4$ vs $1,8 \pm 1,9$; $p = 0,087$) y HAQ ($0,5 \pm 0,7$ vs $0,1 \pm 0,2$; $p = 0,09$), aunque los dos últimos no alcanzaron significación estadística.

Conclusiones: Un elevado porcentaje de pacientes con EII que no han consultado nunca por clínica del aparato locomotor cumplen criterios ASAS de SPA periférica o requieren estudios adicionales por sospecha de SPA axial. Por ello, su valoración por un reumatólogo parece fundamental para una detección temprana.

84. TEST IGRA PARA DETECCIÓN DE TBC LATENTE EN PACIENTES CON TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN REUMATOLOGÍA

P. Morales Garrido, A. Peña Monje, D. Vinuesa García y E. Raya Álvarez

Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción: Especial consideración merece el mayor riesgo de TBC, frecuentemente con clínica y localización atípicas, en pacientes tratados con terapia biológica, sobre todo antiTNF alfa con AC monoclonales. Se recomienda en consensos de Reumatología excluir a todos los pacientes con TBC activa o los que tengan contactos recientes con pacientes con TBC así como investigar la posibilidad de una TBC latente. Se sigue una serie de recomendaciones, entre ellas realizar la prueba de la tuberculina TST y Booster a la semana si el resultado es negativo; esta prueba resulta tener una baja sensibilidad y especificidad. El test de quantiferon TB (test IGRA) parece ser más preciso para el diagnóstico de TBC activa y de infección latente en la población general.

Objetivos: Se compara la prueba de la tuberculina TST y con el test de IGRA en pacientes de la consulta de Reumatología, todos ellos con terapia biológica con Ac monoclonales antiTNFalfa para la detección de TBC latente.

Métodos: Estudio transversal con 41 pacientes del servicio de Reumatología. Todos ellos se trataban con Ac monoclonales como mínimo desde hacía un año. Todos ellos se habían hecho la prueba de la tuberculina y el booster al inicio del tratamiento y era negativo. Se recoge edad, sexo, si es anciano (> 65 años) por ser factor de inmunosupresión per se, el diagnóstico y tiempo de evolución de su enfermedad, tratamiento coadyuvante a la terapia biológica, test de tuberculina y test de IGRA y si en la historia clínica del paciente

se registra vacunación, contacto, si pertenece a zona endémica y descripción de la radiografía de tórax.

Resultados: De los 41 pacientes, con una edad media de 51,7 años, 27 mujeres y 14 varones, solo 5 pacientes eran mayores de 65 años. De ellos, 63,4% son artritis reumatoide, 24,3% son espondiloartropatías seronegativas y 13,3% otras (enf. Bechet, esclerodermia, Sjögren...). El tiempo de evolución de enfermedad era mínimo 2 años y máximo hasta 8 años. Todos ellos tomaban corticoides (dosis mínima prednisona 5 mg diarios o equivalente) y el 84% asociaban otro inmunosupresor, fundamentalmente MTX. De todos ellos con Mantoux y Booster negativo, un 21,95% presentan un test de IGRA positivo. En historia clínica, solo un 3,7% no tenían reflejado descripción de imagen radiológica de tórax. Y pocas veces se hace hincapié sobre zona endémica, vacunación y otros datos de interés.

Conclusiones: Según este estudio el test de IGRA debería de utilizarse antes de iniciar TB, por ser una prueba más específica y más sensible que la técnica que actualmente tenemos en Consensos de reumatología para detección de TBC latente y así diagnosticar a todos los pacientes en riesgo y no tratar de forma innecesaria a muchos otros. Se necesitan más estudios con tamaño muestral mas grande para corroborar resultados. Por otra parte estudios recientes afirman que el test de IGRA no es suficiente para identificar a todos los pacientes y siempre ayuda una buena anamnesis y exploración física del paciente antes de iniciar tratamiento con TB.

85. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y COSTES DE LA COMORBILIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. ESTUDIO GECOAR

V. Villaverde¹, E. Loza², A. Ortiz³, J.A. Martínez-López⁴, E. Toledano⁵, L. Carmona², C. Lajas⁵, S. Castañeda³ y Grupo de Estudio GECOAR*

¹Hospital Universitario de Móstoles. Madrid. ²Instituto de Salud Musculoquelética. Madrid. ³Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ⁴Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ⁵Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Estudiar el impacto en términos de calidad de vida y costes de la comorbilidad en pacientes con artritis reumatoide (AR).

Métodos: Revisión sistemática. Se definió una estrategia de búsqueda bibliográfica sensible en MEDLINE (desde 1960), EMBASE (desde 1980) y Cochrane Library (Central), seleccionando estudios que evaluaran comorbilidad clínica en pacientes adultos con AR (independientemente de que ésta se pudiera considerar como una manifestación extra-articular de la enfermedad) y calidad de vida (medida con algún instrumento/índice validado) y costes (directos, indirectos y totales). Se seleccionaron meta-análisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios longitudinales/cohortes y transversales. Se excluyeron estudios realizados en animales, de ciencia básica y que evaluaran otros factores relacionados con la salud como la raza, nivel cultural, educativo, socio-económico o hábitos como el tabaquismo o la actividad física.

Resultados: Se eligieron para su inclusión 18 estudios, 14 de calidad de vida (5 cohortes prospectivas y 9 transversales) y 6 de costes (2 cohortes prospectivas, 2 cohortes retrospectivas y 2 transversales). Las comorbilidades más frecuentemente evaluadas fueron: comorbilidad global, obesidad, fibromialgia y anemia, siendo la calidad de los estudios buena (comorbilidad global y obesidad) y moderada-baja en los demás. El tipo de costes analizados fue costes directos y sólo en uno de anemia, además indirectos, siendo todos los estudios de costes de baja calidad. Resultados estudios de comorbilidad y calidad de vida en AR: 1) AR y comorbilidad: peor calidad de vida que AR sin comorbilidad; 2) AR y sobrepeso/obesidad: peor calidad de vida que AR y normopeso (nivel de evidencia 1c. Grado de recomendación A); 3) AR y patología psiquiátrica: peor calidad de vida que AR sola (nivel de evidencia 2c para depresión y ansiedad y

3a para fibromialgia, grado de recomendación B); 4) AR y comorbilidad cardiovascular; AR y HTA; AR y diabetes tienen mayor impacto en la calidad de vida y mayor tasa de progresión anual HAQ que AR y enfermedad pulmonar; AR y patología psiquiátrica y AR y enfermedad gastrointestinal (Nivel de evidencia 1c. Grado de recomendación A); 5) AR y > 2 comorbilidades: mayor impacto en la calidad de vida y mayor tasa de progresión anual HAQ que AR sin comorbilidad y AR con una sola comorbilidad (Nivel de evidencia 1c. Grado de recomendación A). Resultados estudios comorbilidad y costes en AR: 1) AR y comorbilidad: mayor coste que AR sin comorbilidad; 2) AR y comorbilidad cardiovascular: mayor coste que AR y depresión (Nivel de evidencia 3b. Grado de recomendación B).

Conclusiones: AR y > 2 comorbilidades tiene mayor impacto en la calidad de vida de los pacientes y mayor tasa de progresión anual HAQ que AR sola. Hacen falta más estudios que evalúen qué comorbilidad/es asociadas a la AR, generan mayor coste.

*Grupo de estudio GEICOAR: P. Aguado Acín, M.P. Ahijado Guzmán, R. Almodóvar González, J.L. Andreu, Á. Aragón Díez, J. Bachiller Corral, A. Balsa, C. Barbadillo Mateos, M.E. Brito Brito, E. Calvo Aranda, M. Crespo Echevarría, E. de Miguel Mendieta, A. Díaz Oca, R. García de Vicuña, J. García González, A. García Vadillo, M.R. González Crespo, C. González, I. González, Ó. Illera, J.Á. Jover, J. de la Mata Lord, I. Mateo, I.C. Morado Quiñoa, L. Morillas López, A. Movasat Hajkhan, J. Mulero Mendoza, M.T. Navio Marco, J. Orte, M. Revenga Martínez, J. Rey Rey, P. Richi, J. Rivera, J.M. Rodríguez Heredia, F. Romero, Z. Rosales Rosado, M. Sánchez Sánchez, J. Usón, A.C. Valenciano, M. Valero y E. Vicente Rabaneda

86. COMPARACIÓN DE MEDIDAS DE DESENLACE CLÍNICAS ENTRE ESPONDILOARTRITIS EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNF EN PROTOCOLO DE DESCENSO CON ESPONDILOARTRITIS EN PROTOCOLO ESTÁNDAR DE TRATAMIENTO EN PRÁCTICA CLÍNICA

C. Plasencia¹, G. Wolbink², E.L. Kneepkens², C.L.M. Kriekkaert², S. Turk², M.T. López-Casla³, F. Arribas³, G. Bonilla¹, A. Villalba¹, D. Peiteado¹, L. Nuno¹, C. Castillo¹, K.N. Franco¹, D. Cajigas¹, E. Martín-Mola¹, A. Balsa¹ y D. Pascual-Salcedo³

¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Jan van Breemen Research Institute. Reade. Amsterdam.

³Departamento de Inmunología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: La "optimización de terapias biológicas" ha cobrado un gran interés en los últimos años. Hasta ahora, no hay suficiente evidencia a largo plazo para la realización de cambios en la pauta de

administración (reducción de dosis/alargamiento de intervalo) de los inhibidores del TNF (TNF-i) en espondiloartritis (EspA) en comparación con EspA en protocolo estándar de tratamiento.

Objetivos: comparar las medidas de desenlace clínicos y la reducción del fármaco administrado en una cohorte española de EspA en protocolo de reducción con una cohorte de EspA holandesa con protocolo estándar.

Métodos: En este estudio observacional retrospectivo se incluyeron 117 EspA tratados con TNF-i [infliximab (Ifx), adalimumab (Ada) and etanercept (Etn)]. Los pacientes (pts) se dividieron en dos grupos: el grupo con protocolo de reducción (Grupo 1: 74 EspA de España) y el grupo control con protocolo estándar (Grupo 2: 44 EspA de Holanda). No se encontró grupo control para las EspA tratadas con Ifx. La estrategia del protocolo de reducción incluía reducción de dosis y/o alargamiento de intervalo de administración, asimismo si se registraba un brote se permitía volver a la pauta previa eficaz que controlase la actividad de la enfermedad. Todos los pacientes incluidos tenían enfermedad inactiva (BASDAI < 4) para ser incluidos. La actividad clínica se midió mediante BASDAI en diferentes momentos de estudio: visita-0 (basal, antes de empezar la terapia biológica), visita-1 (Grupo-1: justo antes de empezar protocolo de reducción; Grupo-2: al menos después de 6 meses en enfermedad inactiva), visita-2 (la última visita disponible después de la visita-1) y visita-3 (la visita donde se registró el peor brote entre la visita-1 y visita-2). Otras medidas de desenlace analizadas fueron los brotes, abandono del tratamiento y reducción en la dosis administrada.

Resultados: Setenta y cuatro de los 117 pacientes (pts) estaban en el Grupo 1 (35 con Ifx, 17 con Ada and 22 con Etn) y 43 pts estaban en el Grupo 2 (21 con Ada and 22 con Etn). No se observaron diferencias significativas en las características demográficas (datos mostrados en la tabla). La evolución clínica medida por BASDAI fue comparable en ambos grupos a lo largo de todo el estudio (visita-0: 5,82 ± 1,63 en Grupo-1 vs 5,78 ± 1,30 en Grupo-2, p = 0,964; visita-1: 1,77 ± 1,02 en Grupo-1 vs 1,79 ± 0,99 en Grupo-2, p = 0,724; visita-2: 2,15 ± 1,55 en Grupo-1 vs 2,11 ± 1,31 en Grupo-2, p = 0,883; visita-3: 5,46 ± 1,13 en Grupo-1 vs 4,84 ± 0,57 en Grupo-2, p = 0,139). La incidencia de pacientes con brotes fue similar en ambos grupos [28/74 (37,8%) en Grupo-1 vs 11/43 (25,6%) en Grupo-2, p = 0,175], así como el número de brotes registrados durante el periodo de seguimiento [0,53 ± 0,79 en Grupo-1 vs 0,37 ± 0,9 en Grupo-2, p = 0,230]. El porcentaje de abandono fue mayor en el Grupo-1, [10/74 (13,5%) en Grupo-1 vs 1/43 (2,3%) en Grupo-2, p = 0,046] siendo la principal causa de abandono en este grupo la remisión [Grupo-1: 7 pts en remisión y 3 pts con ineficacia secundaria; Grupo-2: 1 pt por otras

Tabla Póster 86

EspA pacientes Total = 117	Grupo-1: Protocolo reducción (n = 74)	Grupo-2: Protocolo estándar (n = 43)	p
Sexo, varón n (%)	54 (73%)	31 (72,1%)	0,918
Edad, m ± DE	50,35 ± 12,48	46,95 ± 9,32	0,197
Duración enfermedad, m ± DE	15,18 ± 9,33	14,45 ± 7,65	0,955
HLA B27, n/N (%)	54/59 (91,5%)	41/43 (95,3%)	0,451
Subtipos de EspA			0,183
Espondilitis anquilosante	51 (68,9%)	36 (83,7%)	
EspA no radiográfica	8 (10,8%)	3 (7%)	
EspA con EII	5 (6,8%)	3 (7%)	
EspA PsA	10 (13,5%)	1 (2,3%)	
Pts con biológico previo, n (%)	10 (13,7%)	5 (11,6%)	0,748
Hábito tabáquico, n/N (%)	14 (19,2%)	14 (32,6%)	0,104
Tiempo con enfermedad inactiva antes de la visita-1, m ± DE (años)	1,23 ± 1,09	0,73 ± 0,18	0,243
Tiempo de seguimiento entre la visita-1y visita-2, m ± DE (años)	2,33 ± 1,12	2,40 ± 0,99	0,567
BASDAI visita-0, m ± DE	5,82 ± 1,63	5,78 ± 1,30	0,946
BASDAI visita- 1, m ± DE	1,77 ± 1,02	1,79 ± 0,99	0,724
PCR(mg/l) visita-0, Mdn (IQR)	14,45 ± 23,69	15,00 ± 15,71	0,227
PCR(mg/l) visita- 1, Mdn(IQR)	2,45 ± 3,52	2,22 ± 2,62	0,668
Tratamiento concomitante			
- Sólo Mtx	11 (15,1%)	3 (2,3%)	
- Solo otros FAMES (OF)	17 (2,3%)	6 (13,9%)	
- Mtx+OF	8 (10,9%)	1 (7,1%)	
- Monoterapia	37 (50,7%)	33 (76,7%)	

razones]. Se observó una importante reducción del fármaco administrado basándose en un aumento considerable del intervalo de administración y disminución de la dosis (solo para lfx) al final del estudio (el alargamiento global del intervalo de administración fue del 28,7% en lfx, 45,2% en Ada y 51,5% en Etn en la y reducción de la dosis del 22% en lfx en la visita-2 en comparación con los intervalos estándar).

Conclusiones: En esta cohorte de EspA con enfermedad inactiva en tratamiento anti-TNF, la realización del protocolo de reducción del tratamiento TNF-i parece una estrategia segura con medidas de desenlace clínicas comparables a las obtenidas en una cohorte de pacientes con EspA en un régimen de tratamiento estándar. En el grupo de protocolo de reducción se observó una disminución importante del fármaco administrado sin impacto clínico relevante.

87. COMPARACIÓN DE MEDIDAS DE DESENLACE CLÍNICAS ENTRE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNF EN PROTOCOLO DE DESCENSO Y PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN PROTOCOLO ESTÁNDAR DE TRATAMIENTO EN PRÁCTICA CLÍNICA

C. Plasencia¹, G. Wolbink², E.L. Kneepkens², C.L.M. Kriekkaert², S. Turk², M.T. López-Casla³, F. Arribas³, G. Bonilla¹, A. Villalba¹, D. Peiteado¹, L. Nuno¹, C. Castillo¹, K.N. Franco¹, D. Cajigas¹, E. Martín-Mola¹, A. Balsa¹ y D. Pascual-Salcedo³

¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario La Paz.

Madrid. ²Jan van Breemen Research Institute. Reade. Amsterdam.

³Departamento de Inmunología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: Actualmente existe un gran interés en la “optimización de terapias biológicas”, pero todavía no existe suficiente evidencia a largo plazo sobre el uso protocolos de reducción en artritis reumatoide (AR) en tratamiento con inhibidores del TNF (TNF-i) comparación con AR en protocolo estándar en práctica clínica.

Objetivos: Comparar las medidas de desenlace clínicos y la reducción del fármaco administrado en una cohorte española de AR en protocolo de reducción con una cohorte de AR holandesa con protocolo estándar.

Métodos: Se ha incluido 144 pts con AR en tratamiento con TNF-i [infliximab (lfx), adalimumab (Ada) y etanercept (Etn)]. Los pacientes se dividieron en dos grupos: el grupo con protocolo de reducción (Grupo 1: 67 AR de España) y el grupo control con protocolo estándar (Grupo 2: 77 AR de Holanda). La estrategia del protocolo de reducción incluía reducción de dosis y/o alargamiento de intervalo de administración, asimismo si se registraba un brote se permitía volver a la pauta previa eficaz que controlase la actividad de la enfermedad. Todos los pacientes incluidos tenían al menos durante 6 meses baja actividad (DAS28 < 3,2) para ser incluidos. La actividad clínica se midió mediante DAS28 en diferentes momentos de estudio: visita-0 (basal, antes de empezar la terapia biológica), visita-1 (Grupo-1: justo antes de empezar protocolo de reducción; Grupo-2: al menos después de 6 meses en baja actividad), visita-2 (la última visita disponible después de la visita-1) y visita-3 (la visita donde se registró el peor brote entre la visita-1 y visita-2). Otras medidas de desenlace analizadas fueron los brotes, abandono del tratamiento y reducción en la dosis administrada.

Resultados: Sesenta y siete de los 144 pacientes pertenecían al Grupo-1 (23 con lfx, 23 con Ada y 21 con Etn) y 77 pts al Grupo-2 (22 con lfx, 27 con Ada y 28 con Etn). No se encontraron diferencias en las características demográficas entre ambos grupos excepto en el tiempo en tratamiento biológico previo a la visita-1 y en el hábito tabáquico (datos mostrados en la tabla). No se mostraron diferencias en la actividad clínica (DAS28) en ambos grupos en ningún momento estudiado (visita-0: 4,86 ± 0,97 in Grupo-1 vs 4,77 ± 0,91 en Grupo-2,

p = 0,560; visita-1: 2,27 ± 0,63 en Grupo-1 vs 2,11 ± 0,67 en Grupo-2, p = 0,116; visita-2: 2,72 ± 0,94 en Grupo-1 vs 2,46 ± 0,98 en Grupo-2, p = 0,123; visita-3: 4,29 ± 1,23 en Grupo-1 vs 3,96 ± 0,69 en Grupo-2, p = 0,216). La incidencia pacientes que tuvieron brotes fue similar en ambos grupos [28/67 (41,8%) en Grupo-1 vs 36/75(48%) en Grupo-2, p = 0,458], así como el número de brotes a lo largo del seguimiento [0,57 ± 0,76 en Grupo-1 vs 0,91 ± 1,23 en Grupo-2, p = 0,211]. El porcentaje de abandono del tratamiento TNF-i fue comparable en ambos grupos [14/67 (20,9%) en Grupo-1 vs 13/76 (17,1%) en Grupo-2, p = 0,563]. Las razones de abandono se clasificaron en remisión, [4/14 (28,6%) en Grupo-1 vs 4/13 (30,8%) en Grupo-2] ineficacia secundaria [6/14 (42,9%) en Grupo-1 vs 2/13 (15,4%) en Grupo-2] y otras [4/14 (28,6%) en Grupo-1 vs 7/13 (53,8%) en Grupo-2]. Se observó una importante reducción del fármaco administrado basándose en un aumento considerable del intervalo de administración al final del estudio (el alargamiento global del intervalo de administración fue del 32,8% en lfx, 49,11% en Ada y 51,2% en Etn en la visita-2 en comparación con los intervalos estándar).

Pacientes con AR	Grupo-1: Protocolo de reducción	Grupo-2: Protocolo estándar	p
Total = 144	n = 67	n = 77	
Sex, femenino n (%)	55 (82,1%)	58 (75,3%)	0,325
Edad, m ± DE	58,85 ± 13,91	58,54 ± 10,26	0,748
Duración de la enfermedad, m ± DE	16,49 ± 7,17	17,49 ± 7,79	0,489
FR+, n/N (%)	52/67 (77,6%)	58/75 (77,3%)	0,968
ACPA+, n/N (%)	48/67 (71,6%)	49/62 (77,6%)	0,332
Pacientes con biológico previo, n (%)	8 (11,9%)	16 (20,8%)	0,156
Hábito tabáquico, n/N (%)	8 (11,9%)	19 (27,9%)	0,02
Tiempo en tratamiento biológico antes de la visita-1, m ± DE	4,14 ± 2,69	2,08 ± 1,99	< 0,001
Tiempo en enfermedad inactiva antes de la visita-1, m ± DE (años)	1,14 ± 0,95	0,92 ± 0,54	0,421
Tiempo de seguimiento entre la visita-1 y visita-2, m ± DE (años)	2,38 ± 1,17	2,41 ± 0,86	0,327
DAS28 visita 0, m ± DE	4,86 ± 0,97	4,77 ± 0,91	0,56
DAS28 visita 1, m ± DE	2,27 ± 0,63	2,11 ± 0,67	0,116
PCR(mg/l) visita-0, Mdn (IQR)	10,24 ± 13,06	11,15 ± 12,76	0,629
PCR(mg/l) visita, Mdn (IQR)	5,16 ± 9,67	3,57 ± 3,88	0,271
Tratamiento concomitante			0,145
- Sólo Mtx	25 (37,3%)	56 (74,7%)	
- Sólo otros FAMES (OF)	13 (19,4%)	1 (1,4%)	
- Mtx+OF	21 (31,3%)	13 (17,3%)	
- Monoterapia	8 (12%)	5 (6,6%)	
- Prednisona	30 (44,8%)	25 (32,9%)	

Conclusiones: En esta cohorte de AR con enfermedad inactiva en tratamiento anti-TNF, la realización del protocolo de reducción del tratamiento TNF-i parece una estrategia segura con medidas de desenlace clínicas comparables a las obtenidas en una cohorte de pacientes con AR en un régimen de tratamiento estándar. En el grupo de protocolo de reducción se observó una disminución importante del fármaco administrado sin impacto clínico relevante.

88. DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

D. Grados, L. López-Vives, M.I. Rotés y A. Erra

Hospital de Sant Rafael. Barcelona.

Introducción: El proceso inflamatorio crónico en los pacientes con artritis reumatoide (AR) actúa como un factor de riesgo cardiovascular (RC) independiente, y por lo tanto tienen más riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares respecto a la población sana de la misma edad y sexo. Este mayor riesgo se está evaluando en otras enfermedades inflamatorias reumatológicas crónicas. Aparte del control de la enfermedad reumatológica, es necesario evaluar otros factores de RC como el perfil lipídico, la tensión arterial (TA) y la glucemia.

Objetivos: Determinar los factores de riesgo cardiovascular en una serie de pacientes con enfermedades inflamatorias reumatológicas crónicas que siguen controles en el Servicio de Reumatología de nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional prospectivo realizado durante los meses de Abril a Octubre de 2013 en una población de pacientes mayores de 40 años con enfermedades inflamatorias reumatológicas crónicas. Se han recogido los antecedentes patológicos de hipertensión arterial (HTA), diabetes, dislipemia (DLP), cardiopatía isquémica (CI) y el hábito tabáquico. Se ha medido la TA, la glucemia y el perfil lipídico (colesterol total, LDL-col, HDL-col y triglicéridos). Se ha analizado el RC mediante las tablas REGICOR y el SCORE modificado por AR según el consenso EULAR.

Resultados: Se han incluido 125 pacientes, 82 mujeres (66%) y 43 hombres (34%), con una media de edad de 61 años (40-89 años). Setenta y nueve pacientes están diagnosticados de AR (63%), 23 de artritis psoriásica (18%), 15 de espondilitis anquilosante (12%), 5 de reumatismo palindrómico (4%) y 3 de artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (3%). En el momento del registro 37 pacientes eran fumadores activos (30%). A todos los pacientes se les determinó: la TA, obteniendo una TA sistólica media de 138 mmHg (90-190 mmHg), la determinación sérica del perfil lipídico, obteniendo unos valores medios de colesterol total 1,97 g/L, HDL 0,64 g/L, LDL 1,09 g/L y triglicéridos de 1,17 g/L. En el momento del registro había diagnosticados y en tratamiento 42 pacientes con HTA (34%), 14 pacientes con diabetes mellitus (11%) y 29 pacientes con DLP (23%). Seis pacientes tenían antecedentes de cardiopatía isquémica. En la consulta se encontraron cifras de PA sistólica superior a 140 mmHg en 60 pacientes, 32 de los cuales no estaban diagnosticados de HTA. Se detectaron cifras de colesterol elevadas (superiores a 2 g/L) en 59 pacientes, 47 de los cuales no estaban diagnosticados de DLP previamente. No se diagnosticó a ningún paciente de diabetes mellitus. El SCORE medio fue de 3,61 (0-19) y el REGICOR de 3,99 (1-12), ambos valores se consideran de riesgo cardiovascular bajo. En 11 pacientes (9%) el riesgo cardiovascular resultó alto (superior a 10), de estos dos pacientes eran fumadores activos, tres pacientes eran HTA no conocidos y a 5 pacientes se les detectó una DLP no conocida.

Conclusiones: Se detectó HTA no conocida en un 26% de los pacientes y DLP no conocida en un 38%. Un 9% de los pacientes con una enfermedad reumatológica inflamatoria crónica tienen RC elevado, y en algunos casos factores de RC modificables sin diagnosticar. Los pacientes con enfermedades reumatológicas inflamatorias crónicas precisan un control estricto de todos los factores de RC. La consulta de reumatología es un buen lugar de cribado de estos factores de riesgo y puede ser útil para la prevención de futuros eventos cardiovasculares.

89. OSTEOMIELITIS CRÓNICA MULTIFOCAL RECURRENTE. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS CLÍNICOS

C. Mata-Martínez¹, B. Serrano-Benavente¹, J.C. Nieto¹, E. Naredo¹, M. Hinojosa¹, N. Bello¹, J.G. Ovalles¹, J. Martínez¹, L. Martínez¹, I. Monteagudo¹, M.A. Lancharro², M. Montoro¹, C. González¹, J. López-Longo¹ y L. Carreño¹

¹Servicio de Reumatología. Sección de Reumatología Pediátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Servicio de Radiología Pediátrica. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: La osteomielitis multifocal crónica recurrente (OMCR) es una enfermedad rara, de la que se han comunicado hasta la actualidad 260 casos aproximadamente. Descrita en 1972 por Giedon, el diagnóstico de la enfermedad es difícil debido a que los hallazgos clínicos, analíticos y radiológicos son inespecíficos. Se presentan tres casos en diagnosticados en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Se recogieron los datos clínicos, analíticos y radiológicos de tres pacientes diagnosticados en nuestro hospital. Posteriormente se realizó revisión de la literatura.

Casos clínicos: Caso 1: niña de 10 años con dolor en cresta iliaca derecha de 3 semanas de evolución. Destacaba leve elevación de velocidad de sedimentación globular (VSG) (35 mm). La radiografía simple de caderas mostró una imagen lítica en espina iliaca anterosuperior derecha y en la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) se demostraron lesiones líticas en ésta y otras localizaciones. La gammagrafía Tc99 (GTC99) mostró aumento de actividad osteogénica en acetábulo derecho y la biopsia de médula ósea, fibrosis intersticial y actividad inflamatoria aguda y crónica sin evidencia de malignidad o infección. La paciente mejoró su sintomatología con la administración de antiinflamatorios (AINEs). Caso 2: niña de 12 años con dolor en ambas rodillas y tobillos, región glútea y lumbar de 2 años de evolución. Presentaba elevación de VSG (58 mm) con estudio microbiológico y autoinmune negativos. La GTC99 mostró captación en cadera derecha, tobillos y rodillas. La RM de pelvis detectó edema óseo acetabular y derrame articular bilateral. Fue tratada con AINEs con mejoría de los síntomas. Caso 3: niño de 6 años con episodios repetidos de dolor e inflamación en dorso de manos, codos, tobillos y metatarsos y elevación de reactantes de fase aguda (VSG, 26 mm). Los estudios microbiológicos realizados fueron negativos. La RM de cuerpo entero mostró edema óseo en múltiples huesos. La biopsia de calcáneo izquierdo mostró mielofibrosis, sin datos de malignidad o actividad inflamatoria aguda. Tratado con pamidronato intravenoso (iv) en 2 ocasiones, actualmente en tratamiento con anakinra por persistencia de síntomas, con buena respuesta al mismo.

Conclusiones: La OMCR es una enfermedad rara, actualmente clasificada dentro de los síndromes autoinflamatorios, cuyas manifestaciones clínicas, dolor óseo crónico recurrente de características inflamatorias, y hallazgos analíticos (leve elevación de reactantes de fase aguda), son inespecíficos. Por ello, es necesario realizar el diagnóstico diferencial con otros procesos oncohematológicos e infecciosos. El uso de la RM de cuerpo entero es muy sensible y específico en la detección de imágenes características de la OMCR, por lo que podría utilizarse como método diagnóstico de la enfermedad, evitando la realización de otras pruebas más invasivas. No existen líneas de tratamiento estandarizadas para la enfermedad. La administración de AINEs en episodios agudos es la primera opción, continuándose con la administración de bifosfonatos (pamidronato iv) en caso de falta de respuesta. Además, se ha descrito mejoría de los síntomas con el uso de terapias biológicas. En uno de nuestros pacientes, el uso del anti IL-1 anakinra mejoró notablemente su situación clínica.

90. TERAPIA DE INDUCCIÓN CON METILPREDNISOLONA ENDOVENOSA EN LA INFLAMACIÓN OCULAR GRAVE: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

E. Beltrán Catalán¹, V. Calvo Río², R. Blanco Alonso², N. Ortego Centeno³, J.L. García Serrano³, L. Martínez-Costa Pérez⁴, E. Valls Pascual⁴, M. Hernández Garfella¹, A. Fonollosa Calduch⁵, F. Francisco Hernández⁶, M.A. Reyes Rodríguez⁶, I. Torre⁷, O. Maíz⁸, A. Blanco⁸, S. Muñoz-Fernández⁹, M.M. Esteban Ortega⁹, M. Díaz Llopis¹⁰, R. Gallego¹⁰, M. Cordero Coma¹¹, F. Ortiz², J. Cañal² y M.A. González-Gay²

¹Servicios de Reumatología y Oftalmología. Hospital General Universitario. Valencia. ²Servicios de Reumatología y Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander. ³Unidad de Enfermedades Autoinmunes y Servicio de Oftalmología. Hospital San Cecilio. Granada. ⁴Servicios de Oftalmología y Reumatología. Hospital Dr. Peset. Valencia. ⁵Servicio de Oftalmología. Hospital de Cruces. Bilbao. ⁶Servicios de Reumatología y Oftalmología.

Hospital Dr. Negrín. Gran Canaria. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital de Basurto. Bilbao. ⁸Servicios de Reumatología y Oftalmología. Hospital de Donostia. San Sebastián. ⁹Servicios de Reumatología y Oftalmología. Hospital Infanta Sofía. Madrid. ¹⁰Servicio de Oftalmología. Hospital La Fe. Valencia. ¹¹Servicio de Oftalmología. Hospital de León. León.

Introducción: La inflamación ocular intensa puede provocar un daño estructural y funcional temprano e irreversible. El tratamiento con dosis altas de metilprednisolona por vía endovenosa (MPEV) puede inducir una mejoría rápida en múltiples patologías inflamatorias.

Métodos: Estudio multicéntrico de 104 pacientes (169 ojos) con inflamación ocular grave que recibieron tratamiento con MPEV, atendidos en las unidades de uveítis de 11 hospitales de referencia. Los síndromes subyacentes más frecuentes fueron: uveítis idiopática (n = 21), Vogt-Koyanagi-Harada (n = 26), Behçet (n = 19), espondiloartropatía (n = 4), Síndrome de Sjögren (n = 2), Artropatía psoriásica (n = 2) y esclerosis múltiple (n = 2). Los enfermos se evaluaron los días 0, 2-5, 7, 15 y 30 después del tratamiento con MPEV.

Resultados: Se estudiaron 104 pacientes (59 mujeres/45 hombres) con una edad media de $42,27 \pm 14,42$ años (rango 8-76 años) que recibieron MPEV cuyas dosis variaron desde 0,25 hasta 1 g/día durante 2-5 días consecutivos. Todos ellos tenían inflamación intraocular activa e intensa en el momento de la administración del tratamiento. El patrón de afección ocular fue: panuveítis (n = 61), uveítis posterior (n = 35), uveítis anterior (n = 3), escleritis (n = 3), uveítis intermedia (n = 2). La afección ocular fue bilateral en 65 pacientes (62,5%) y en el resto unilateral (tabla). Tras la MPEV, la inflamación de la cámara anterior, la vitritis y la agudeza visual experimentaron una mejoría rápida y estadísticamente significativa a partir del segundo día. Sin embargo, la mejoría de la vasculitis retiniana, coroiditis/corio-retinitis y edema macular fue más lenta adquiriendo significación estadística a partir de la primera semana. La tomografía de coherencia óptica (OCT) mostró un engrosamiento macular ($> 250\mu$) en 90 ojos al inicio del estudio, con una normalización en el 30% de los ojos afectados en el día 15 y en el 50% en el día 30 ($p < 0,05$). La terapia con MPEV se toleró bien y no se comunicaron efectos secundarios destacables.

Características epidemiológicas y patrón de las uveítis de los pacientes tratados con MPEV

Número de pacientes	104
Edad media \pm DE (años)	$42,27 \pm 14,42$
Sexo (mujeres/hombres)	59/45
Número de ojos afectados	169
Patrón de uveítis:	
Bilateral/Unilateral	65/39
Anterior	3
Posterior	35
Intermedia	2
Panuveítis	61
Escleritis	3

Conclusiones: La MPEV parece una terapia de inducción a la remisión eficaz y segura en la inflamación ocular grave de diversas etiologías.

91. MORTALIDAD EN LA ERA BIOLÓGICA: 12 AÑOS DE SEGUIMIENTO

C. Lajas, O. Fontseré, L. Rodríguez, L. León, J.A. Jover, J.M. Leal y L. Abásolo

Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: Los pacientes con AR tienen una mayor mortalidad en comparación con la población general. Se ha estudiado que la mortalidad en estos pacientes se favorece por una mayor actividad,

severidad y discapacidad de la enfermedad. Parecería razonable pensar que los DMARDs podrían disminuir el riesgo de mortalidad prematura. De hecho, algunos estudios observacionales, han mostrado este efecto en los DMARDs clásicos. Para los anti-TNF no parece existir asociación, siendo estudios de registros de un máximo de 5 a 7 años de seguimiento.

Objetivos: Estimar la incidencia de mortalidad en pacientes con AR en la era biológica en una cohorte de 12 años de seguimiento. Comparar la posible influencia sobre la mortalidad en función de utilizar o no terapia con Agentes biológicos (AB).

Métodos: Estudio longitudinal observacional retrospectivo formado por una cohorte de inceptión de pacientes diagnosticados de artritis reumatoide según criterios de ACR 87, reclutados desde las consultas de nuestro hospital, entre enero del 2000 y diciembre del 2004 y seguidos hasta diciembre del 2013. La variable dependiente fue la muerte (evento y fecha obtenidos a partir de Índice Nacional de Defunciones) y la independiente la utilización o no de AB (incluyendo etanercept, golimumab, certolizumab, infliximab, adalimumab, rituximab, abatacept, tozilizumab) analizada en función del tiempo. Las técnicas de supervivencia se utilizaron para estimar la tasa de mortalidad en nuestra cohorte, expresada por cada 1.000 pacientes-año con su respectivo intervalo de confianza (IC95%). El tiempo de seguimiento se definió desde el diagnóstico hasta pérdida de seguimiento, muerte o final del estudio (Diciembre 2013). Se llevó a cabo un modelo de regresión de Cox (ajustado por edad, sexo, discapacidad (HAQ promedio en el primer año de diagnóstico), comorbilidad (número de ingresos a lo largo del seguimiento), y gravedad de la enfermedad (medido por DAS28 promedio en el primer año de diagnóstico y presencia de factor reumatoide (FR) positivo) para examinar la posible influencia de los agentes biológicos sobre la mortalidad. Los resultados fueron expresados mediante hazard ratio (HR) e IC95%.

Resultados: 576 pacientes con AR fueron incluidos en el estudio, el 73% eran mujeres con una edad media al diagnóstico de $59,8 \pm 16$ años. De ellos 133 murieron (23%) durante el estudio, con un seguimiento total de 5.441 pacientes-año. Del total de pacientes, 104 (18%) utilizaron AB en algún momento del seguimiento con un tiempo medio hasta su inicio de $5,5 \pm 2,8$ años. La tasa de mortalidad se estimó en 24 por 1.000 pacientes-año (IC95% 20,6-28,9). El HR ajustado de muerte para aquellos pacientes con AB frente a terapias clásicas fue de 0,45 (IC95%: 0,18-1,12), $p = 0,09$.

Conclusiones: Este estudio describe tasa de mortalidad en condiciones de la vida real. Tras controlar por factores que influyen sobre la mortalidad, vemos que la supervivencia en pacientes que reciben agentes biológicos no es diferente a los que reciben otros DMARDs clásicos.

92. INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS EN ARTRITIS REUMATOIDE TRATADA CON AGENTES BIOLÓGICOS

Z. Rosales, A. Gómez, R. Peña, E. Toledano, C. Vadillo, C. Lajas, L. Arietti, J. Jover, B. Fernández, C. Martínez, L. León y L. Abásolo

Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: a) Describir la incidencia de tuberculosis (TB) global y por periodos en pacientes con artritis reumatoide (AR). b) Comparar el riesgo de desarrollar TB en función del AB.

Métodos: Estudio observacional longitudinal retrospectivo, incluyendo a pacientes con AR (criterios ACR 87) seguidos en consultas de nuestro hospital, que iniciaron tratamiento con AB (etanercept (ETN), golimumab, certolizumab, infliximab (IFX) y adalimumab (ADA); rituximab (RTX), abatacept, tozilizumab) desde el 1/1/2000 hasta el 18/12/2012. Definición de caso: infección por TB (cultivo positivo o compatible con cuadro clínico que responde a

tratamiento antituberculoso), con suspensión del AB. Variables secundarias: sociodemográficas (edad, sexo); clínicas (duración de la enfermedad, tipos de AB, ingreso hospitalario, AB previos). Análisis estadístico: Descripción de características sociodemográficas y clínicas mediante distribución de frecuencias, y medias. Técnicas de supervivencia para estimar la incidencia de TB en global y por periodos (98-2002, 2º: 2002-2007, 3º: 2007- 2012), expresada por 1.000 pacientes-año [IC95%]. El tiempo de exposición se definió desde la fecha de inicio de cada AB a la de suspensión, pérdida de seguimiento o el 18/12/2012. Se llevaron a cabo modelos de regresión de Cox (ajustado por edad, duración de AR, sexo, tiempo calendario y AB previos) para examinar el riesgo de desarrollar TB en los diferentes AB (resultados en Hazard ratio (HR)).

Resultados: 405 pacientes con AR fueron incluidos en el estudio, los cuales iniciaron 744 cursos diferentes de tratamiento con AB, con un seguimiento total de 1.612 pacientes-año. De ellos el 81% eran mujeres con una edad media al diagnóstico de 52,5 ± 13 años. El fármaco más utilizado fue ADA (32%), ETN (25%), IFX (21,%) y RTX (14%). Encontramos 12 casos de TB, 82% extrapulmonares; La incidencia global para TB fue de 7,4 [4,2-13,1] y tendía a decrecer tras el segundo periodo (1º: 11,9 [4,5-31,9]; 2º: 5,8 [1,8-18,0] y 3º: 6,5 [2,7-15,7]). Sólo los anti-TNF desarrollaron TB, siendo IFX el que mayor tasa presentó (n = 9, I: 20,3 [10,5-38,9]). En el análisis multivariado observamos que el tratamiento con IFX en comparación con ETN y ADA (HR: 0.10 [0,01-0,8], p = 0,038 y HR: 0,18 [0,04-0,9], p = 0,034 respectivamente) asoció significativamente un mayor riesgo de desarrollar TB.

Conclusiones: Este estudio describe la incidencia de TB y su evolución a lo largo del tiempo en condiciones de la vida real. Tras la puesta en marcha de las recomendaciones para detección de TB latente, la incidencia ha disminuido y ha permanecido estable. Encontramos casos de TB sólo en los anti-TNFs, siendo el IFX el que mayor riesgo tuvo de desarrollarla.

93. CALIDAD DE VIDA Y FUNCIÓN FÍSICA DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON CZP EN NUESTRA UNIDAD

L. Abásolo, L. León, C. Lajas, Z. Rosales, R. Peña, J.L. Fernández Rueda, L. Rodríguez, B. Fernández-Gutiérrez y J.A. Jover

Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica y debilitante que afecta significativamente la calidad de vida y la productividad socioeconómica de los pacientes. En la actualidad el objetivo principal del tratamiento de la AR es prevenir el daño articular y la discapacidad causadas por esta enfermedad y mejora la calidad de vida de los pacientes.

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar la calidad de vida de los pacientes con AR tratados con certolizumab pegol (CZP) en condiciones de la vida real.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo desde marzo del 2011 hasta diciembre del 2013. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de AR atendidos en nuestras consultas de Reumatología y tratados con CZP desde el inicio de dicho tratamiento hasta su suspensión o fin de estudio. La fuente de datos fue la Historia Clínica Electrónica < Medilog > que registra en "tiempo real" tanto las visitas rutinarias (tantas veces como el paciente lo necesite por su enfermedad) como las monográficas de AR (en el momento de diagnóstico a los 6, 12 meses y anualmente). Los datos clínicos incluyendo variables de actividad clínica, calidad de vida, y tratamientos los registra el médico responsable en el momento de la visita. Para evaluar la calidad de vida y funcionalidad del paciente se utilizaron como medidas: 1) el índice de Rosser de las

visitas de rutina (en la primera visita de tratamiento con CZP y en la última registrada); 2) HAQ, y EVA de valoración global del Paciente (VSP) de las consultas monográficas de AR (datos de antes y después de introducir el fármaco analizado). Análisis: Comparación de la calidad de vida entre visitas previas y posteriores a CZP en todos los pacientes que no suspendieron por ineficacia, con el test Mann Whitney.

Resultados: 23 pacientes con AR de la consulta de Reumatología iniciaron y siguieron tratamiento con CZP. De ellos el 91% eran mujeres con una edad media 59 ± 12 años en el momento de inicio de CZP. La duración media de la enfermedad en el momento del inicio de CZP era de 9,4 ± 5 años. La mediana del DAS 28 antes del tratamiento con CZP fue de 5,1 [3,7-6,8]). El 82% había tomado FAMES de forma combinada y el 52% habían recibido previamente al menos dos agentes biológicos. El 20% se encontraban en situación de Invalidez permanente; la mediana del HAQ basal fue de 1,125 [0,5-2], de la VSP fue de 55 [48-70] y la del índice de Rosser de 0,986 [0,972-0,986], con un 31% con discapacidad física leve (Nivel 3 de discapacidad Rosser) y un 9% incapaces de salir de casa por su enfermedad (Nivel 5). La duración media de tratamiento con CZP fue de 12 ± 7 meses. Durante el tiempo de seguimiento, 6 (26%) pacientes suspendieron la medicación por ineficacia. En los pacientes analizados, la mediana del HAQ pasó de 1 [0,5-1,25] a 0,6 [0,12-1,6] (p = 0,7), y la de la VGP pasó de 50 [25-65] a 40 [0-50] (p = 0,1). La mediana del índice de Rosser se mantuvo en 0,986 [0,986-0,995] en la última visita (p = 0,1). El nivel 3 de discapacidad pasó del 25% al 6% de los pacientes (p = 0,1), ningún paciente pasó a nivel 4 o 5 de discapacidad.

Conclusiones: La experiencia con CZP en nuestra Unidad es aún limitada. Los resultados aunque no son significativos, son positivos en cuanto a calidad de vida, teniendo en cuenta que el tamaño muestral es pequeño, que son pacientes con una AR establecida, activos y que han utilizado previamente múltiples terapias.

94. ESPECIFICIDADES DE LOS ANTICUERPOS CONTRA PÉPTIDOS CITRULINADOS (ACPAS) EN EL REUMATISMO PALINDRÓMICO: ¿SON DISTINTAS DE LAS OBSERVADAS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE?

S. Cabrera-Villalba¹, M.J. Gomara², J. Ramírez¹, G. Salvador³, V. Ruiz-Eskide¹, M.V. Hernández¹, J. Inciarte-Mundo¹, C. Saura¹, J.D. Cañete¹, I. Haro² y R. Sanmartí¹

¹Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología. Barcelona.

²Unidad de Síntesis y Aplicaciones Biomédicas de Péptidos.

IQAC-CSIC. Barcelona. ³Hospital Universitario Mútua Terrassa. Terrassa. Barcelona.

Introducción: El reumatismo palindrómico (RP) puede evolucionar a artritis reumatoide (AR), especialmente en pacientes con anticuerpos contra péptidos citrulinados (ACPA), aunque un número significativo no progresa a AR a largo plazo. Se han descrito diferencias en las especificidades de ACPAs entre pacientes con AR establecida y fases preclínicas de la enfermedad. Se desconoce si las especificidades de ACPAs en pacientes con RP de larga evolución son distintas de las observadas en la AR.

Objetivos: Analizar si existen diferencias en el reconocimiento de los epítomos citrulinados entre pacientes con RP puro de larga evolución y pacientes con AR establecida, por medio del análisis de distintas especificidades de ACPAs.

Métodos: Estudio de casos y controles. Casos: pacientes con el diagnóstico de RP "puro" (criterios de Guerne) (que no hayan evolucionado a AR o a ninguna enfermedad del tejido conjuntivo), en el momento del estudio. Controles: pacientes con AR establecida (criterios de ACR 1987) controlados por sexo, años de evolución de la enfermedad y positividad del test comercial CCP2 (Eurodiagnostica).

Determinación de especificidades de ACPAs en el suero: se analizaron por tests de ELISA propios que utilizan como sustrato antigénico un péptido sintético citrulinado de fibrina: [Cit 630] a-Fibrin (617-631) (p18), dos de vimentina ([Cit 71] Vim (47-72) (p48), [Cit 64,69,71] Vim (47-72) (p55)) y uno de a-enolasa: [Cys4,22, Cit 9,15] Enolase (5-21) (CEP-1). Los puntos de corte para cada uno de los diferentes tests de ELISA se establecieron a través de curvas ROC, con una especificidad del 98% respecto a población sana (donantes de sangre n = 64). Se analizó la presencia y el número de las diferentes especificidades de ACPAs entre ambas poblaciones.

Resultados: Se incluyeron un total de 108 pacientes: 54 con RP y 54 con AR. El 62,9% eran mujeres y el 66,7% eran positivos para el test CCP2 en ambos grupos. No se observaron diferencias significativas en la edad media (51,2 ± 11,3 años vs 54,7 ± 11,8 años y el tiempo de evolución de enfermedad (11,6 ± 10,7 años vs 8,3 ± 6,1 años) entre RP Y AR. Se observó una menor frecuencia de las diferentes especificidades estudiadas en el suero de pacientes con RP respecto a los pacientes con AR, que fueron estadísticamente significativas en el caso de p48 vimentina (1,9% RP vs 14,8% AR, p: 0,015), y especialmente de p55 vimentina (RP 24,1% vs 59,3% AR, p < 0,001). El número medio de especificidades de ACPA en RP fue inferior que en AR (0,91 ± 0,96 RP vs 1,43 ± 1,03 AR, p = 0,008) El porcentaje de sueros sin ninguna especificidad de ACPA fue mayor en RP que en AR (42,6% vs 22,2% p = 0,02) (tabla). No se observaron diferencias en los niveles de las diferentes especificidades de ACPAs entre ambos grupos.

	RP n: 54	AR n: 54	p
CCP2, n,%	36 (66,7%)	36 (66,7%)	1
CCP2, títulos	392,6 ± 527,6	487,4 ± 584,4	0,37
p18 α-ibrina n,%	19 (35,2%)	26 (48,1%)	0,17
CEP-1 Enolasa n,%	16 (29,6%)	21 (38,9%)	0,31
p48 Vimentina n,%	1 (1,9%)	8 (14,8%)	0,015
p55 Vimentina n,%	13 (24,1%)	32 (59,3%)	< 0,001
Vimentina + (p55 y/o p48) n,%	14 (25,9%)	32 (59,3%)	< 0,001
Número promedio de especificidades de vimentina	0,26 ± 0,4	0,74 ± 0,7	< 0,001
Número promedio total de especificidades	0,91 ± 0,96 (min 0-max 3)	1,43 ± 1,03 (min 0-max 3)	0,008
Número total de especificidades			
0	23 (42,6%)	12 (22,2%)	0,02
1	17 (31,5%)	17 (31,5%)	1
2	10 (18,5%)	15 (27,8%)	0,25
3	4 (7,4%)	10 (18,5%)	0,08
≥ 2	14 (25,9%)	25 (46,3%)	0,02

Conclusiones: Los pacientes con RP tienen una menor frecuencia de algunas especificidades antigénicas de ACPAs respecto a AR, siendo especialmente relevante en el caso de la vimentina citrulinada. Asimismo, presentan un menor número total de especificidades que en la AR. Los pacientes con RP con un menor número de especificidades de ACPAs y ausencia de reconocimiento de la vimentina citrulinada podrían tener mejor pronóstico y no evolucionar a AR.

95. INCIDENCIA DE INFECCIONES OPORTUNISTAS EN ARTRITIS REUMATOIDE TRATADA CON AGENTES BIOLÓGICOS

A. Gómez, R. Peña, Z. Rosales, E. Toledano, M. Blanco, L. León, E. Pato, L. Arietti, L. Rodríguez, J. Jover y L. Abásolo

Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: a) Describir la incidencia de infecciones oportunistas (IO) en global y por periodos, en artritis reumatoide (AR). b) Comparar el riesgo de presentar IO en función del AB.

Métodos: Estudio observacional longitudinal retrospectivo, incluyendo a pacientes con AR seguidos en consultas de nues-

tro hospital, que iniciaron tratamiento con AB (etanercept (ETN), golimumab, certolizumab, infliximab (IFX) y adalimumab (ADA); rituximab (RTX), abatacept, tocilizumab) desde el 1/1/2000 hasta el 18/12/2012. Definición de caso: infección oportunista (IO) con cultivo positivo (para *Cándida*, herpes o *Aspergillus*) o compatible con el cuadro clínico que responde a la terapia específica, con suspensión del AB. Variables secundarias: sociodemográficas (edad, sexo); clínicas (duración de la enfermedad, tipos de AB, ingreso hospitalario, AB previos). Análisis estadístico: Descripción de las características sociodemográficas y clínicas mediante distribución de frecuencias, y medias. Técnicas de supervivencia para estimar la incidencia de IO en global y por periodos (98-2002, 2º: 2002-2007, 3º: 2007-2012), expresada por cada 1.000 pacientes-año [IC95%]. El tiempo de exposición se definió desde la fecha de inicio de cada AB a la de suspensión, pérdida de seguimiento o el 18/12/2012. Se llevaron a cabo modelos de regresión de Cox (ajustado por edad, duración de AR, sexo, tiempo calendario y AB previos) para examinar el riesgo de desarrollar IO en los diferentes AB.

Resultados: 405 pacientes con AR fueron incluidos en el estudio, los cuales iniciaron 744 cursos diferentes de tratamiento con AB, con un seguimiento total de 1.612 pacientes-año. De ellos el 81% eran mujeres con una edad media al diagnóstico de 52,5 ± 13 años. El fármaco más utilizado fue ADA (32%), ETN (25%), IFX (21%) y RTX (14%). Encontramos 16 IO (6 *Cándidas*, 2 *Aspergillus* y 8 herpes zoster); el 40% requirieron ingreso y dos fallecieron por candidiasis diseminada. La incidencia de IO fue de 9,9 [6,1-16,2], y tendía a aumentar a lo largo del tiempo (1º: 5,9 [1,5-23,9]; 2º: 7,7 [2,9-20,6]; y 3º: 13,1 [7,1-24,3]). Sólo encontramos casos de IO en anti-TNF y en RTX, siendo este el fármaco con mayor incidencia (n = 3, I: 20,1 [6,4-62,4]). No encontramos asociación estadísticamente significativa entre RTX y el resto de fármacos.

Conclusiones: Se describe la incidencia de IO y su evolución a lo largo del tiempo en condiciones de la vida real. Parece que tienden a aumentar a lo largo del tiempo y dos de ellas con resultado fatal. El RTX fue el fármaco con mayor incidencia aunque no alcanzó significación estadística. Los médicos que utilizan estos tratamientos deben tener una comprensión del alcance del problema, así como los métodos óptimos para la detección y manejo.

96. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN UNA GRAN COHORTE PROCEDENTE DEL REGISTRO DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA (RELESSER)

J.M. Pego-Reigosa¹, I. Rúa-Figueroa², V. del Campo³, M.J. García-Yébenes⁴, F.J. López-Longo⁵, M. Galindo-Izquierdo⁶, J. Calvo-Alén⁷, E. Loza-Santamaría⁸, A. Olivé-Marqués⁹, R. Blanco¹⁰, P. Vela-Casasempere¹¹, M. Rodríguez-Gómez¹², C. Mouriño-Rodríguez¹³, T. Otón-Sánchez¹⁴, E. Tornero-Muriel¹⁵, E. Uriarte-Isacelaya¹⁶, M. Freire-González¹⁷, M.C. Fito-Manteca¹⁸, A. Fernández-Nebro¹⁹, J. Narváez²⁰, A. Zea-Mendoza²¹, J.C. Rosas-Gómez de Salazar²², J.A. Hernández-Berriain²³, B. Hernández-Cruz²⁴, A. Sánchez-Atrio²⁵, M. Ibáñez-Barceló²⁶, J.J. Pérez-Venegas²⁷, A. Pecondón-Español²⁸, M. Fernández-Castro²⁹, M.A. Gantes-Mora³⁰, C.A. Montilla-Morales³¹, E. Úcar-Angulo³², E. Díez-Álvarez³³, E. Raya Álvarez³⁴, M.G. Bonilla Hernán³⁵, J. Calvet Fontova³⁶, S. Muñoz Fernández³⁷, H. Corominas i Macias³⁸, C. Marras Fernández-Cid³⁹, J. Ibáñez-Ruán⁴⁰, P. García de la Peña Lefebvre⁴¹, T. Vázquez Rodríguez⁴², J.L. Marengo de la Fuente⁴³, V. Quevedo Vila⁴⁴, M.A. Aguirre Zamorano⁴⁵, V. Torrente Segarra⁴⁶, I. Castellví Barranco⁴⁷, L. Silva Fernández⁴⁸, J.J. Alegre Sancho⁴⁹, L. López Domínguez⁵⁰, O.I. Sánchez Pernaute⁵¹ y Registro RELESSER, Grupo de Trabajo en EAS de la SER

¹Hospital do Meixoeiro. Instituto de Investigación Biomédica de Vigo. Vigo. Pontevedra. ²Hospital Universitario Doctor Negrín. Gran Canaria. ³Hospital do Meixoeiro. Instituto de Investigación Biomédica de Vigo. Pontevedra. ⁴Unidad de investigación de la Sociedad Española de Reumatología. Madrid. ⁵Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁶Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁷Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. ⁸Unidad de investigación de la Sociedad Española de Reumatología. Madrid. ⁹Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. ¹⁰Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ¹¹Hospital Universitario de Alicante. Alicante. ¹²Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense. ¹³Hospital do Meixoeiro. Instituto de Investigación Biomédica de Vigo. ¹⁴Hospital de Torrejón. Madrid. ¹⁵Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ¹⁶Hospital Donostia. San Sebastián. ¹⁷Complejo Universitario Hospitalario A Coruña. A Coruña. ¹⁸Hospital de Navarra. Pamplona. ¹⁹Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga. ²⁰Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ²¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²²Hospital Marina Baixa. Alicante. ²³Hospital Insular de Gran Canaria. Las Palmas. ²⁴Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ²⁵Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. ²⁶Hospital Son Llàtzer. Mallorca. ²⁷Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Cádiz. ²⁸Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ²⁹Hospital Universitario Puerta del Hierro. Madrid. ³⁰Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ³¹Hospital Clínico Universitario. Salamanca. ³²Hospital de Basurto. Bilbao. ³³Hospital de León. León. ³⁴Hospital San Cecilio. Granada. ³⁵Hospital La Paz. Madrid. ³⁶Hospital Parc Taulí. Barcelona. ³⁷Hospital Infanta Sofía. Madrid. ³⁸Hospital Moisès Broggi/Hospital General. Barcelona. ³⁹Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁴⁰POVISA. Vigo. ⁴¹Hospital Universitario Madrid Norte Sanchinarro. Madrid. ⁴²Hospital Xeral-Calde. Lugo. ⁴³Hospital de Valme. Sevilla. ⁴⁴Hospital Comarcal de Monforte. Lugo. ⁴⁵Hospital Reina Sofía. Córdoba. ⁴⁶Hospital General de L'Hospitalet. Barcelona. ⁴⁷Hospital Comarcal de l'Alt Penedés. Barcelona. ⁴⁸Hospital de Guadalajara. Guadalajara. ⁴⁹Hospital Dr. Peset. Valencia. ⁵⁰Hospital de Cruces. Bilbao. ⁵¹Fundación Jiménez-Díaz. Madrid.

Objetivos: Analizar la actividad de la enfermedad y la respuesta a las terapias en una gran muestra multicéntrica de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Métodos: Diseño: estudio nacional, multicéntrico, transversal tipo registro. Pacientes: pacientes con LES según los criterios ACR atendidos en Departamentos de Reumatología españoles. Datos recogidos: demográficos, comorbilidad, características de la enfermedad: actividad (SELENA-SLEDAI), daño, gravedad, hospitalizaciones, mortalidad y tratamiento. Los datos sobre actividad fueron recogidos de manera acumulada (en algún momento durante el curso de la enfermedad) y en el momento de la última evaluación del paciente. El LES se consideró refractario si al menos uno de los siguientes criterios estaba presente en algún momento de la enfermedad: inefectividad de la ciclofosfamida, inefectividad de al menos 2 inmunosupresores no biológicos distintos de la ciclofosfamida, uso de rituximab o esplenectomía. Se realizó un análisis multivariante de los factores asociados con enfermedad refractaria.

Resultados: 3.658 pacientes (90% mujeres; mediana de edad [RI]: 46,8 años [20,8]; 93% caucásicos; duración mediana del LES [RI]: 124 meses [141]) fueron incluidos en 45 centros. En términos de actividad del LES, los sistemas más frecuentemente afectados en el curso de la enfermedad fueron el mucocutáneo y el musculoesquelético: 83,1% y 78,8%, respectivamente. En el momento de la última evaluación del paciente, la mediana [RI] del valor del índice SELENA-SLEDAI era de 2 [4]. En ese momento, el 14,7% de los pacientes tenían una actividad del LES moderado-severa (SELENA-SLEDAI = 6). 1.954 (53,4%) pacientes fueron hospitalizados debido a actividad de LES al menos una vez en el curso de su enfermedad. La actividad fue la principal causa de muerte (26%) entre los pacientes fallecidos. En algún momento de la enfermedad, el 84,6% de los

pacientes recibieron corticoides. Sobre un 80% de los pacientes recibieron tratamiento antipalúdico en algún momento aunque sólo un 55% lo estaban tomando en el momento de su última evaluación. Aproximadamente, 50% de los pacientes recibieron al menos un tratamiento inmunosupresor no biológico en algún momento de su enfermedad. La ciclofosfamida fue retirada por toxicidad o ineficacia en el 21,5% de los casos, el micofenolato mofetilo en 24,9%, la azatioprina en 40,2% y el metotrexato en el 46,8%. Casi un 10% de los pacientes precisaron un tratamiento biológico en algún momento de su enfermedad. 898 (24.5%) pacientes tuvieron LES refractario en algún momento de su evolución. La afectación renal, neuropsiquiátrica, vasculitis, hematológica y musculoesquelética, una menor edad en el momento del diagnóstico y el sexo masculino se asociaron con refractariedad.

Conclusiones: Un porcentaje significativo de pacientes tienen LES con actividad moderada-grave en algún momento de la enfermedad. La actividad de la enfermedad es la causa más frecuente de ingreso hospitalario y de muerte. La actividad del LES lleva a un importante uso de corticoides y otros tratamientos inmunosupresores. Los tratamientos convencionales empleados para reducir la actividad de la enfermedad son retirados frecuentemente como consecuencia de su toxicidad o falta de efectividad por lo que el LES refractario es un problema relevante. Es esencial una mayor investigación sobre las terapias ya disponibles así como el desarrollo de nuevos fármacos para el control de la actividad del LES.

97. PREDICCIÓN DE LA FRACTURA POR FRAGILIDAD EN EL PACIENTE PENDIENTE DE TRASPLANTE HEPÁTICO

S. Heredia, J.M. Nolla, C. Baliellas, L. Lladó y C. Gómez Vaquero

Servicio de Reumatología. Unidad de Trasplante Hepático. Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL. Universitat de Barcelona. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Introducción: Los pacientes trasplantados hepáticos tienen una elevada prevalencia de osteoporosis (30%) y de fracturas por fragilidad (7-35%), fundamentalmente durante el primer año después del trasplante hepático (THO).

Objetivos: Describir los factores determinantes de fractura en los pacientes pendientes de THO. Evaluar la utilidad del FRAX para predecir los pacientes que presentarán una fractura.

Métodos: Se incluyeron los pacientes trasplantados entre agosto de 2007 y diciembre de 2012, todos bien caracterizados respecto a la patología motivo del THO y al funcionalismo hepático (escala Child-Pugh, que oscila entre A (supervivencia al año del 100%) y C (supervivencia al año del 45%) y el Model for End-Stage Liver Disease (MELD), cuyos valores oscilan entre 6 y 40; cuanto menor es el MELD, mejor el pronóstico y menor prioridad en la lista de espera. Las variables de estudio se recogieron durante el estudio pre-THO e incluyeron los factores de riesgo de fractura de la herramienta FRAX, el resultado de la densitometría ósea DXA (se realiza sistemáticamente a estos pacientes desde julio de 2010), la presencia de fracturas vertebrales (FV) entre D8 y L5 en la proyección de perfil de la tomografía axial computerizada abdominal previa al THO (FV-TAC) y la presentación de fracturas por fragilidad después del THO (seguimiento mínimo de un año).

Resultados: Se analizan los datos de 143 pacientes (69% varones) con una edad media de 58 ± 9 años. El índice de masa corporal (IMC) medio era de 27,2 ± 4,5 kg/m². La etiología de la hepatopatía basal era enolismo en el 45%, virus de la hepatitis C 38%, hepatitis autoinmune 17%, virus de la hepatitis B 6% y cirrosis biliar primaria 3%. El 23% de los pacientes eran clase A de la escala de Child-Pugh, el 40% B y el 37% C. La puntuación media de la escala MELD fue de 18,2 ± 7,4 puntos. El 17% tenía una DMO normal, el 52% osteopenia y el 31%, osteoporosis según la clasificación de la OMS. El 15% había

presentado una fractura previa por fragilidad. De los 50 pacientes con evaluación de FV-TAC pre-THO, en 7 se detectaron FV. En 5 de los 7, la FV no se había diagnosticado previamente. El seguimiento medio fue de $3,7 \pm 1,5$ años. Los RFM inicial y ajustado por tiempo de seguimiento fueron de $4,5 \pm 4,8\%$ y $1,8 \pm 2,4\%$, respectivamente. Once pacientes presentaron una fractura por fragilidad durante el seguimiento: 8 FV, 2 fracturas de antebrazo y una humeral; la incidencia de fracturas es del 2,1% anual. El tiempo medio hasta la presentación de la fractura fue de 18 ± 18 meses. Durante el primer año postrasplante, sólo se produjeron FV (5 de las 8 FV). Los pacientes que presentaron fracturas no fueron diferentes respecto al resto en edad, sexo, IMC, etiología de la hepatopatía basal ni escalas de Child-Pugh y MELD. El 82% de los pacientes fracturados y el 11% de los no fracturados tenía antecedentes de fractura previa ($p < 0,001$). En la curva ROC, la capacidad discriminativa para la presentación de facturas del RFM ajustado fue buena, con un valor de área bajo la curva de 0,825 (IC95%: 0,680-0,969). El RFM inicial fue superior en los pacientes fracturados ($10,0 \pm 7,9\%$ vs $4,0 \pm 4,2\%$; IC95%: 4,7-15,2% vs 3,3-4,7%; $p < 0,001$).

Conclusiones: La fractura por fragilidad es una de las complicaciones relevantes en el paciente con THO. El antecedentes de fractura previa por fragilidad y el riesgo de fractura mayor calculado por FRAX parecen útiles para discriminar los pacientes que se fracturarán.

98. ANÁLISIS DEL IMPACTO ECONÓMICO DE LA OPTIMIZACIÓN DEL USO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS

R. González¹, E. Peñas¹, C. González², M. Mayor¹, A. Haro¹ y D. Palma¹

¹Sección de Reumatología. Servicio de Medicina Interna; ²Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Rafael Méndez. Lorca. Murcia.

En los tiempos actuales el gasto farmacéutico es motivo de enorme preocupación y supone una gran responsabilidad para los reumatólogos, al ser las terapias biológicas una de las causas principales de dicho gasto. La aplicación en Reumatología de medidas como el aprovechamiento de viales compartiéndolos en el caso de fármacos ajustados por peso, o la optimización de los recursos biológicos en pacientes con artropatía inflamatoria crónica en remisión como el espaciamiento de las dosis, supone una disminución del número de viales o de miligramos por paciente al año. En concreto en nuestro centro todas estas medidas se han venido realizando y registrando a lo largo del año 2013. En este estudio, comparamos el gasto farmacéutico en las terapias biológicas (infiximab, adalimumab, etanercept, abatacept) de los años 2012 y 2013, con el fin de conocer la repercusión económica de la aplicación de medidas como compartir viales en caso de infiximab y abatacept, y de la optimización de su uso en pacientes en remisión que consisten en nuestro centro en el espaciamiento de la dosis en el caso de adalimumab cada 3 o 4 semanas y en el de etanercept cada 10 o 15 días. Un total de 279 pacientes (166 AR, 44 APs, 62 EA, 7 AIJ) han recibido tratamiento biológico en el año 2012 frente 272 pacientes (153 AR, 48 APs, 62 EA, 1 uveítis, 8 AIJ) en el año 2013. El ahorro en "gasto contable" del año 2013 frente al 2012 ha sido de -146.974,40 €, siendo la diferencia en el "importe medio por paciente" sólo de 389,61 €. En el caso de infiximab, y desde el inicio en el 2013 del ajuste de dosis por peso compartiendo viales el gasto ha sido en AR 8.950 mg en 2012 frente a 6.505 mg en 2013 con una disminución en el nº de 4 pacientes, en APs 9.500 mg en 2012 frente 5.395 mg en 2013 sin modificación en el nº pacientes, en EA 22.080 mg en 2012 frente 17.595 mg en 2013 con un paciente nuevo. En el caso de abatacept desde el inicio del ajuste de dosis compartiendo viales en AR se consumen 34 viales más en el 2013 sin pacientes nuevos. Respecto adalimumab (13 unidades/año/paciente) en AR se consumen 112 unidades menos en 2013 y se tratan 8 pacientes menos

(ahorro 58.098,03 €); en APs se consumen 16 unidades menos, se trata 1 paciente menos (ahorro 8.384,24 €); en EA se consumen 91 unidades menos, se tratan 4 pacientes menos con un ahorro de 45.742,37 €. En total se consumen 219 unidades menos y se tratan 12 pacientes menos, por lo que unas 63 unidades ahorradas se deberían al ajuste de dosis. En el caso de etanercept (26 unidades/año/paciente) en AR se consumen 419 unidades menos en 2013, se tratan 10 pacientes menos con ahorro de 99.096 €, en APs se consumen 36 unidades menos con el mismo número de pacientes y el ahorro es de 11.845 €, en EA se consumen 24 unidades menos, se trata 1 paciente menos, y el ahorro es 5.467 €. En total se consumen 479 unidades menos y se tratan 11 pacientes menos que justificarían 286 unidades, por tanto 193 unidades se deberían al ajuste de dosis. En nuestro centro hemos disminuido el gasto farmacéutico de nuestra especialidad el último año en un 6,63%. Los resultados confirman que compartir viales en el caso de infiximab supone una disminución del gasto, mientras que en el caso de abatacept esta medida no es rentable. El espaciamiento de las dosis de adalimumab y etanercept ha contribuido al ahorro que hemos observado en el gasto asociado a estas terapias.

99. RESULTADOS A LARGO PLAZO EN LA SEMANA 52 DEL ESTUDIO PALACE 1: ENSAYO FASE 3, ALEATORIZADO, CONTROLADO DE APREMILAST, UN INHIBIDOR DE FOSFODIESTERASA ORAL, EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

J.J. Gómez-Reino¹, A. Kavanaugh², P.J. Mease³, J. Wollenhaupt⁴, C. Hu⁵, K. Shah⁵, R.M. Stevens⁵ y A.O. Adebajo⁶

¹Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. A Coruña.

²Universidad de California. San Diego, CA. EEUU. ³Centro Médico de Suecia y Facultad de Medicina. Universidad de Washington. Seattle, WA. EEUU. ⁴Schön Klinik Hamburg Eilbek. Hamburgo. Alemania.

⁵Celgene Corporation. Warren, NJ. EEUU. ⁶Universidad de Sheffield. Sheffield. Reino Unido.

Introducción: Apremilast (APR), un inhibidor de fosfodiesterasa 4 de administración oral, actúa de forma intracelular para regular los mediadores inflamatorios. PALACE 1 comparó la eficacia y seguridad de APR con placebo en pacientes con artritis psoriásica activa a pesar de la administración previa de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMES) convencionales y/o productos biológicos.

Métodos: Los pacientes fueron aleatorizados 1:1 a recibir placebo, 20 mg de APR 2 veces al día (APR20) o 30 mg de APR 2 veces al día (APR30) estratificados en función del uso basal de FAMES (sí/no). En la semana 16, los pacientes con una reducción < 20% frente al valor basal en el número de articulaciones inflamadas o dolorosas precisaron una nueva aleatorización a APR20 o APR30 si, al inicio, fueron aleatorizados a placebo o continuaron con su dosis basal de APR hasta la semana 24. En la semana 24, todos los pacientes que continuaban en el grupo placebo se sometieron a una nueva aleatorización a APR20 o APR30. Se permitió el tratamiento concurrente con dosis estables de metotrexato, leflunomida, sulfasalazina o una combinación de los mismos.

Resultados: 504 pacientes fueron aleatorizados y recibieron = 1 dosis del fármaco del estudio (placebo: n = 168; APR20: n = 168; APR30: n = 168). En la semana 16 (criterio principal de valoración) para la población por protocolo, un número significativamente mayor de pacientes tratados con APR20 (31,3%; $p = 0,0140$) y APR30 (39,8%; $p < 0,0001$) lograron una respuesta ACR20 modificada frente a placebo (19,4%). Los sujetos que inicialmente fueron aleatorizados a APR y que recibieron este tratamiento durante 52 semanas presentaron una mejoría mayor o igual a lo largo de las 52 semanas con respecto a numerosos criterios de valoración,

tales como (1) respuesta a ACR20 modificada del 63,0% (APR20) y 54,6% (APR30); (2) cambio de la media (DE) del índice de discapacidad, según el cuestionario de evaluación de salud, en relación al valor basal de $-0,37$ (0,479) para los pacientes tratados con APR20 y $-0,32$ (0,547) para los sujetos que recibieron APR30, de manera que alcanzan diferencias mínimas clínicamente importantes de $= 0,13$ y $= 0,30$; y (3) logro de una reducción del 75% frente al valor inicial del PASI (Índice de severidad y área de la psoriasis) del 24,5% (APR20) y 36,8% (APR30) en pacientes con un área de superficie corporal afectada = 3%. Por lo general, APR fue bien tolerado. El carácter y severidad de los acontecimientos adversos (AA) no cambió con una exposición a largo plazo. Los AA más frecuentes (= 5% de pacientes) a lo largo de 52 semanas fueron diarrea, náuseas, cefalea, infección de las vías respiratorias superiores y nasofaringitis. La mayoría (> 90%) de los AA fueron leve a moderados en severidad y no dieron lugar a la suspensión del tratamiento. En general, los AA gastrointestinales fueron autolimitados y un bajo porcentaje de ellos produjo la interrupción del tratamiento. Se observó la aparición de AA graves en el 5,7% (APR20) y el 7,8% (APR30) de los sujetos tratados con APR. Anomalías de laboratorio relevantes fueron infrecuentes y transitorias, no mostraron tendencias o patrones y pueden no ser indicativas de la necesidad de realizar un seguimiento analítico. No se describieron diferencias clínicamente significativas en las tasas de acontecimientos cardíacos adversos importantes, infecciones graves, tales como infecciones oportunistas sistémicas, o neoplasias malignas entre APR y placebo. Tampoco se registraron casos de tuberculosis (de novo o reactivación) en los grupos terapéuticos con APR (no se requirió screening para tuberculosis latente).

Conclusiones: a lo largo de 52 semanas, APR demostró mejorías clínicamente significativas en los signos y síntomas de artritis psoriásica, función física y psoriasis asociada. Asimismo, APR demostró un perfil de seguridad aceptable y, en general, fue bien tolerado.

100. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL IMPACTO DE LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL TNF-ALFA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

J.M. Pego Reigosa¹, C. Mouriño Rodríguez¹, B. Aspe de la Iglesia¹, M. Rodríguez López¹, I. Hernández Rodríguez¹, C. Barbazán¹ y M. Fontanillo Fontanillo²

¹Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Departamento de Reumatología; ²Unidad de Investigación. Instituto de Investigación Biomédica de Vigo. Vigo. Pontevedra.

Introducción: El tratamiento de la artritis reumatoide (AR) con antagonistas del TNF-alfa ha demostrado ser efectivo y seguro. Su impacto económico ha favorecido el desarrollo de estrategias de disminución de dosis denominadas de "optimización".

Objetivos: a) Describir el porcentaje de pacientes con AR y anti-TNF-alfa en los que se optimiza este tratamiento en un corte transversal en el tiempo y el impacto de dicha optimización. b) Describir en cada grupo (optimización vs no optimización) y evaluar las diferencias entre los dos grupos de las siguientes variables: DAS 28, VSG, PCR y uso concomitante de prednisona y FAMES (MTX y/o LFN) en el momento del inicio del tratamiento biológico y en el momento del estudio. c) Evaluar, en el grupo de pacientes con AR en los que se optimiza el tratamiento, los cambios (momento de la optimización vs momento del estudio) en los valores de DAS 28, VSG y PCR y en el porcentaje de pacientes que hacen uso concomitante de prednisona y dichos FAMES.

Resultados: 78 pacientes con AR fueron consecutivamente incluidos en el estudio. La ratio mujer:hombre era 3:1. En el momento del estudio, su edad media en años era $44,7 \pm 12,0$. 17 (22,1%) de los pacientes habían realizado al menos una optimización desde el momento

de inicio de la terapia anti-TNF-alfa. El tiempo medio desde el inicio del biológico hasta la optimización fue de 45,4 meses \pm 44,5 mientras que la duración media de la optimización fue de 9,2 meses \pm 5,2. En el momento del inicio del biológico, los pacientes de los dos grupos (optimización vs no optimización) tenían valores (media \pm DE) similares de DAS28: $5,2 \pm 1,4$ vs $5,5 \pm 0,8$, de VSG: $36,1 \text{ mm} \pm 27,2$ vs $32,3 \pm 21,9$ y de PCR: $11,1 \text{ mg/l} \pm 10,6$ vs $11,2 \pm 15,8$ respectivamente ($p = \text{n.s.}$ para todas las comparaciones). En el momento del estudio, cuando comparamos los dos grupos (optimización vs no optimización), los valores (media \pm DE) de DAS28 fueron $3,4 \pm 1,3$ vs $3,6 \pm 1,3$, los de VSG fueron $31,2 \text{ mm} \pm 20,8$ vs $33,4 \text{ mm} \pm 25,6$ y los de PCR fueron $6,4 \text{ mg/l} \pm 8,3$ vs $6,9 \text{ mg/l} \pm 8,1$, respectivamente ($p = \text{n.s.}$ para ambas comparaciones). En el momento del estudio, un porcentaje menor de pacientes en el grupo optimizado en comparación con el grupo no optimizado estaba recibiendo tratamiento concomitante con prednisona: 18,2% vs 51,9% y con un FAME (MTX y/o LFN): 20,4% vs 51,9%, respectivamente ($p = \text{n.s.}$ para ambas comparaciones). En el grupo de pacientes optimizados, en el momento del estudio en comparación con el inicio de la optimización, observamos descensos de los valores (media \pm DE) del DAS28: $1,9 \pm 2,2$, de la VSG: $1,7 \text{ mm} \pm 14,9$ y de la PCR: $3,9 \text{ mg/l} \pm 10,3$ ($p = \text{n.s.}$ para ambas comparaciones). También observamos un descenso en el porcentaje de pacientes que estaban recibiendo tratamiento concomitante con prednisona: 24,0% y con un FAME: 20,0% ($p = \text{n.s.}$ para ambas comparaciones).

Conclusiones: En nuestro estudio fuimos capaces de hacer optimización de la terapia con antagonistas del TNF-alfa en un porcentaje significativo de los pacientes con AR que recibían dicho tratamiento. El grado de actividad de la AR (DAS28 y reactantes de fase aguda) fueron similares en ambos grupos (optimización vs no optimización) tanto en el momento de inicio del tratamiento biológico como en el momento del estudio. A pesar de la optimización, la actividad de la AR puede persistir estable o descender y pueden reducirse los requerimientos de corticoides y FAMES.

101. RESULTADOS A LARGO PLAZO EN LA SEMANA 52 DE PALACE 3, UN ENSAYO DE FASE 3, ALEATORIZADO, CONTROLADO SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE APREMILAST, UN INHIBIDOR DE FOSFODIESTERASA 4 ORAL, A PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y AFECTACIÓN CUTÁNEA EN CURSO

F.J. Blanco¹, C.J. Edwards², J. Crowley³, C. Hu⁴, R.M. Stevens⁴ y C.A. Birbara⁵

¹INIBIC-Hospital Universitario A Coruña. A Coruña. ²Hospital Universitario Southampton. Southampton. Reino Unido. ³Bakersfield Dermatology. Bakersfield, CA. EEUU. ⁴Celgene Corporation. Warren, NJ. EEUU. ⁵Facultad de Medicina. Universidad de Massachusetts. Worcester, MA. EEUU.

Introducción: PALACE 3 se realizó para comparar la eficacia y seguridad de apremilast (APR) con placebo en pacientes con artritis psoriásica activa y, al menos, una lesión psoriásica = 2 cm al inicio, a pesar de la administración previa de FAMES convencionales y/o biológicos.

Métodos: Los pacientes fueron aleatorizados 1:1 a recibir placebo, 20 mg de APR 2v/día (APR20) o 30 mg de APR 2v/día (APR30) estratificados en función del uso basal de FAMES (sí/no) y afectación psoriásica al inicio (< 3%/= 3%). En la semana 16, pacientes con una reducción < 20% frente al basal en el nº de articulac. inflamadas o dolorosas precisaron una nueva aleatorización a APR20 o APR30 si al inicio fueron aleatorizados a placebo, o continuaron con su dosis basal de APR hasta la semana 24. En la semana 24, todos los pacientes en placebo se aleatorizaron a APR20 o APR30. Dosis estables de metotrexato, leflunomida, sulfasalazina o una combinación de los mismos se permitieron.

Resultados: 505 pacientes aleatorizados recibieron = 1 dosis de placebo: n = 169; APR20: n = 169; o APR30: n = 167). En la semana 16 (endpoint principal) población por protocolo, un número significativamente mayor de pacientes tratados con APR20 (29,4%; p = 0,0235) y APR30 (42,8%; p < 0,0001) lograron una respuesta ACR20 modificada vs placebo (18,9%). Los sujetos aleatorizados a APR y que recibieron este tratamiento durante 52 semanas presentaron una mejoría mayor o igual a las 52 semanas con respecto a: (1) respuesta a ACR20 modificada del 56,0% (APR20) y 63,0% (APR30); (2) cambio en la media (DE) del índice de discapacidad (HAQ-DI), vs valor basal de -0,33 (0,505) para APR20 y -0,35 (0,505) para APR30, alcanzando diferencias mínimas clínicamente importantes de = 0,13 y = 0,30; y (3) Índice de severidad y área de psoriasis: PASI 75 del 28,6% (APR20) y 39,1% (APR30) y PASI-50 de 49,2% (APR20) y 54,7% (APR30) en pacientes con un área de superficie corporal afectada = 3%. Por lo general, APR fue bien tolerado. El carácter y gravedad de los acontecimientos adversos (AA) no cambió con una exposición a largo plazo. Los AA más frecuentes (= 5% de pacientes) a lo largo de 52 semanas fueron diarrea, náuseas, cefalea, infección de las vías respiratorias superiores, nasofaringitis y vómitos. La mayoría de los acontecimientos adversos fueron de gravedad leve a moderada y no dieron lugar a la suspensión del tratamiento. En general, los AA gastrointestinales fueron autolimitados y un bajo porcentaje de ellos produjo la interrupción del tratamiento. Se observó la aparición de AA graves en el 5,4% (APR20) y el 4,1% (APR30) de los sujetos tratados con APR. Las anomalías de laboratorio relevantes fueron infrecuentes y transitorias, no mostraron tendencias o patrones y pueden no ser indicativas de la necesidad de realizar un seguimiento analítico. No se describieron diferencias clínicamente significativas en las tasas de acontecimientos cardíacos adversos importantes, infecciones graves o neoplasias malignas entre APR y placebo. Tampoco se registraron casos de tuberculosis (de novo o reactivación) en los grupos terapéuticos con APR (no se requirió un proceso de screening para tuberculosis latente).

Conclusiones: a lo largo de 52 semanas, APR demostró mejorías significativas desde un punto de vista clínico en los signos y síntomas de artritis psoriásica, funcionamiento físico y psoriasis asociada. Asimismo, APR demostró un perfil de seguridad aceptable y, en general, fue bien tolerado.

2.ª Sesión

Jueves, 22 de mayo de 2014

102. CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMERÍA DE REUMATOLOGÍA

A. Pons¹, C. Cano¹, M. Lorente¹, J. Rosas², J.M. Senabre², E. Salas², G. Santos-Soler², X. Barber³ y Grupo AIRE-MB

¹Enfermería de Reumatología; ²Servicio de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante.

³CIO-Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante.

Objetivos: Conocer y evaluar las características iniciales de la consulta telefónica de Enfermería de Reumatología del Hospital Marina Baixa (HMB).

Métodos: Estudio observacional, descriptivo de las llamadas telefónicas recibidas y realizadas por Enfermería de Reumatología, en la consulta de Reumatología del Hospital Marina Baixa, durante los meses de octubre y noviembre de 2013. El personal no facultativo de la consulta externa del HMB, se compone exclusivamente por una enfermera, con dedicación a tiempo completo. La enfermera de reumatología del HMB, se incorporó a la Sección en enero de 2013 y

desde su incorporación ha recibido entrenamiento sobre conocimientos generales de reumatología y específicos sobre la patología inflamatoria/sistémica, terapia biológica (incluyendo entrenamiento para su administración), inmunosupresores, cuestionarios de salud en reumatología, etc. Además, está integrada en las Sociedades Valenciana y Española de Reumatología, asistiendo a Cursos y Congresos. Durante el periodo de estudio, en cada atención telefónica se recogían datos epidemiológicos generales: procedencia de la llamada (paciente en seguimiento habitual o en lista de espera, servicio hospitalario o extrahospitalario) y fecha de la misma. A nivel de pacientes: sexo, edad, diagnóstico enfermedad reumatológica, causa de la llamada (relación con fármacos, actividad de la enfermedad, gestión de citas de consulta, etc.), respuesta dada (solución por enfermería, precisa consultar reumatólogo, se adjudica cita).

Resultados: Durante los 2 meses del estudio, se atendieron o realizaron 777 consultas telefónicas, durante 42 días laborables, es decir, una media de 18 llamadas diarias: 223 (28%) recibidas del exterior y 554 (72%) llamadas realizadas por la enfermera de reumatología. El 68% de los pacientes atendidos eran mujeres, de 58 años de edad media. El diagnóstico de los pacientes que realizaban alguna de las llamadas fue: patología inflamatoria/sistémica: 49%, patología de partes blandas: 22%, artrosis: 14%, osteoporosis: 6%, fibromialgia: 6%, dolor vertebral: 3%. Al comparar las llamadas recibidas y realizadas, los pacientes con patología no inflamatoria/sistémica predominan en las llamadas entrantes respecto a las realizadas por enfermería (59% vs 35%). Sin embargo, en las llamadas realizadas por enfermería predominan los pacientes con patología inflamatoria/sistémica (65% vs 41%). La gestión de citas provoca el 43% de las llamadas de los pacientes y el 90% de las llamadas de enfermería.

Conclusiones: 1. La atención telefónica de Enfermería de Reumatología provoca una evidente carga asistencial, que debe ser tenida en cuenta en la actividad de Reumatología. 2. La atención principal telefónica, está en relación con la gestión de citaciones para la consulta. 3. Cerca del 50% de los pacientes que contactan con la consulta de enfermería, padecen alguna enfermedad inflamatoria/sistémica. 4. Se precisa para su correcta atención de personal de enfermería entrenado en el conocimiento de las enfermedades reumáticas.

103. ESTUDIO PILOTO DE UN PROGRAMA EDUCACIONAL ESTANDARIZADO PARA LA MEJORA DEL DOLOR CRÓNICO Y LA FATIGA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

L. Cano García, C.M. Romero Barco, S. Manrique Arijá, I. Ureña Garnica, F.G. Jiménez Núñez, M.C. Ordóñez Cañizares, L. Nieves Martín, N. Mena Vázquez, M.V. Irigoyen Oyarzábal y A. Fernández Nebro

Hospital Regional Universitario (HRU). IBIMA. Universidad de Málaga. Málaga.

Objetivos: Evaluar la efectividad de una intervención educativa estandarizada para mejorar el dolor, la fatiga, el sueño y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en enfermos de lupus eritematoso sistémico.

Métodos: Diseño: intervención abierta no controlada. Pacientes: 22 adultos con LES (criterios ACR), seleccionados por aleatorización simple. Intervención: actividad formativa presencial por grupos consistente en exposiciones orales y dinámicas grupales impartido por una enfermera. La primera sesión fue realizada por 22 pacientes y abordó aspectos de autocuidado con los siguientes temas: 1. Qué es el dolor. 2. Autocuidado: dolor crónico. 3. Autocuidado: descanso. 4. Qué es la fatiga. 5. Autocuidado: fatiga. La segunda sesión fue realizada por la mitad de los pacientes (n = 11) y trabajó aspectos psicológicos para la mejora del manejo del dolor crónico y la fatiga con los siguientes temas: 1º Reestructuración cognitiva y 2º Técnicas de relajación mediante respiración. Variables: desenlace

1º: mejora en el dolor crónico a los 3 meses evaluado con el cuestionario brief pain inventory (BPI). Los desenlaces 2º incluyeron cambios a los 3 y 6 meses en el afrontamiento ante el dolor crónico por el cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico (CAD), la CVRS evaluada con EQ-5D y SF-36, y la fatiga mediante FACIT. Otras variables medidas fueron: cambios la actividad del lupus (SELENA-SLEDAI) y el sueño (cuestionario de Oviedo). Las comorbilidades se recogieron mediante índice de comorbilidad funcional. Todas las variables, excepto las comorbilidades se recogieron antes de la intervención, a los 3 meses y a los 6 meses (sólo los enfermos que realizaron el 2º taller). Análisis estadístico: Descriptivo de los resultados, t de Student o Prueba de Wilcoxon para las muestras pareadas según procediera en las variables cuantitativas. Test de McNeman en las variables pareadas cualitativas en la evaluación a 3 meses. ANOVA de un factor de medidas repetidas en las evaluaciones a 0, 3 y 6 meses.

Resultados: Participaron 22 mujeres con LES (edad de $46,3 \pm 11,3$) con SLEDAI basal $2,8 \pm 2,0$, 3 meses $2,73 \pm 1,52$, 6 meses $2,54 \pm 2,2$. Un 77,3% presentaban multimorbilidad (≥ 2). Las principales comorbilidades que presentaban eran: enfermedad gastrointestinal (31,8%), depresión (31,8%), ansiedad (22,7%), deterioro visual (18,2%), obesidad (13,6%), enfermedad discal (13,6%), osteoporosis (13,6%), enfermedad vascular periférica (13,6%). Basal y durante todo el estudio el 4,5% de los pacientes usaba CPAP para dormir y el 40,9% usaba hipnóticos. A los 3 meses mejoró globalmente el sueño ($p = 0,042$) y el afrontamiento al dolor crónico ($p = 0,008$). No observándose cambios en el resto de variables. A los 6 meses mejoró el % de alivio con la medicación (Traza de Pillai; $p = 0,008$) y la CVRS por EQ-5D (Traza de Pillai; $p = 0,024$). No encontramos diferencias en el resto de variables (tabla).

Variable	Basal (n=22)	3 meses (n=22)	6 meses (n=11)
SELENA-SLEDAI	$2,8 \pm 2,0$	$2,7 \pm 1,5$	$2,5 \pm 2,2$
Afrontamiento al dolor crónico	$69,18 \pm 13,41$	$74,45 \pm 11,68$ ($p = 0,008$)	$73,09 \pm 12,25$ n.s.
Sueño	$37,22 \pm 8,47$	$34,68 \pm 8,39$ ($p = 0,042$)	$38,09 \pm 8,47$ n.s.
EQ-5D	$0,57 \pm 0,18$	$0,59 \pm 0,2$ n.s.	$0,66 \pm 0,14$ (Pillai $p = 0,024$)
% de alivio con la medicación	40 ± 26	$44,54 \pm 25,39$ n.s.	$51,8 \pm 21,36$ (Pillai $p = 0,008$)

Conclusiones: La intervención educativa tuvo efectos positivos a los 3 y 6 meses sobre el dolor, el sueño y la CVRS de los pacientes de LES. Aunque pudo producirse un efecto olvido a los 6 meses en algunas mejoras obtenidas a los 3 meses, no podemos descartar que el reducido tamaño muestral no permitiera detectar diferencias a los 6 meses. Dado que se trata de unos resultados preliminares, esperamos que una vez completo el estudio se obtengan resultados más sólidos.

104. IMPACTO SOBRE LA RESPUESTA TERAPÉUTICA A FÁRMACOS ANTI-FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (TNF) SUBCUTÁNEOS DEL GROSOR DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO (TCS) EN EL SITIO DE LA INYECCIÓN MEDIDO POR ECOGRAFÍA

T. del Río Blasco, E. Naredo, L. Valor, I. de la Torre, D. Hernández, A. López, A. Beltrán, L. Martínez, J.C. Nieto, C. González, J. López-Longo, I. Monteagudo, M. Montoro y L. Carreño

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

Introducción: Los anti-TNF se administran de forma subcutánea (sbc) o intravenosa, lo cual influye sobre la biodisponibilidad de estos fármacos. En la administración sbc hay dos aspectos esencia-

les: el sitio de inyección y la técnica de inyección. El entrenamiento del paciente por parte de enfermería es esencial para la autoadministración de los anti-TNF sbc. El grosor del TCS puede influir sobre la correcta distribución de los fármacos sbc en el tejido adecuado.

Objetivos: Evaluar la relación entre el grosor del TCS en el sitio de inyección de los anti-TNF sbc y la respuesta clínica en pacientes con artritis reumatoide (AR) y espondiloartropatía.

Métodos: En este estudio transversal prospectivo se incluyeron 117 pacientes con AR ($n = 59$, 50,5%) y espondiloartropatía ($n = 58$, 49,5%), en tratamiento con anti-TNF sbc durante mínimo 6 meses [(etanercept (47,9%), adalimumab (44,4%), golimumab (6%) o certolizumab (1,7%)]. Se recogieron las variables demográficas, las características de la enfermedad y el sitio de autoinyección. En todos los pacientes se realizó medición del grosor del TCS en brazos, abdomen y piernas mediante ecografía en escala de grises por el mismo investigador. Se evaluó la respuesta clínica al anti-TNF mediante la situación de actividad o remisión según el Disease Activity Score (DAS) 28PCR para los pacientes con AR y mediante el Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS) para los pacientes con espondiloartropatía.

Resultados: 82 (70%) de los pacientes se autoinyectaban en el abdomen, 23 (19,7%) en el muslo y 12 (10,3%) en el brazo. El grosor del TCS fue significativamente mayor en el abdomen ($24,7 \pm 14,3$) que en el muslo ($11,6 \pm 4,9$) y en el brazo ($9,1 \pm 4,5$) ($p < 0,0005$). De todos los pacientes, 33 (40,2%) de los que se autoinyectaban en el abdomen, 4 (17,4%) de los que se autoinyectaban en el muslo, y 9 (75,0%) de los que se autoinyectaban en el brazo presentaban criterios de actividad de la enfermedad. El lugar de la inyección se asoció significativamente con la situación clínica de actividad ($p = 0,004$).

Conclusiones: El grosor del TCS en el sitio de inyección medido por ecografía podría influir sobre la biodisponibilidad de los anti-TNF y, así, sobre su efectividad en pacientes con AR y espondiloartropatía.

105. ANÁLISIS DE DOS PAUTAS DE REDUCCIÓN DE DOSIS DE RITUXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

J. Martín, M.V. Hernández, A. Cuervo, V. Ruiz-Esquide, J. Ramírez, S. Cabrera, J. Inciarte, J.D. Cañete y R. Sanmartí

Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología. Hospital Clínico. Universidad de Barcelona. Barcelona.

Introducción: Recientemente se ha demostrado en pacientes afectados de artropatías inflamatorias crónicas tratados con terapia biológica que es posible una reducción de la dosis de fármaco en aquellos que presentan una buena respuesta (Inciarte-Mundo et al. Reumatol Clin 2013 (en prensa)). La pauta clásica de administración de rituximab (RTX) en pacientes con artritis reumatoide son ciclos de dos perfusiones endovenosas de 1 g (dosis total de 2 g) administradas en un intervalo de 2 semanas. Sin embargo, la pauta de reducción de dosis de RTX no está bien establecida.

Objetivos: Analizar dos pautas de reducción de dosis de RTX en pacientes afectados de artritis reumatoide que han presentado una buena respuesta a un primer ciclo de RTX en pauta clásica.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se incluyeron todos los pacientes que habían recibido al menos un ciclo de RTX en pauta clásica. En aquellos que presentaron una buena respuesta según criterio clínico, y continuaron el tratamiento, se comparó la eficacia y seguridad, en condiciones de práctica clínica, de dos pautas de reducción de dosis de RTX: pauta 1: dos perfusiones endovenosas (ev) de 500 mg en un intervalo de 2 semanas; pauta 2: una perfusión única de 1 g ev.

Resultados: 53 pacientes recibieron, al menos, un ciclo de RTX en pauta clásica, de los que 41 (77,3%), presentaron una buena respuesta al primer ciclo de tratamiento, con mantenimiento del fár-

maco. En 29 de ellos se redujo la dosis de RTX, administrándose la pauta 1 de RTX o la pauta 2. No había diferencias en las características basales de los pacientes (edad, género, diagnóstico, duración de la enfermedad, fármaco modificador de la enfermedad (FAME) concomitante o positividad para factor reumatoide/anticuerpos antipeptidos cíclicos citrulinados) entre ambas pautas. No se observaron diferencias significativas en la respuesta al fármaco entre ambas pautas. Ningún paciente requirió aumento de la dosis de RTX a la pauta clásica (2 g) por pérdida de eficacia. El tratamiento fue bien tolerado, aunque un paciente de pauta 1 presentó una reacción infusional. Asimismo, se reportaron 5 infecciones, 3 con pauta 1 y 2 con pauta 2, principalmente respiratorias y urinarias. Ninguno de estos efectos adversos motivó la discontinuación del tratamiento. Todos los pacientes excepto uno (pauta 1) mantuvieron el tratamiento con RTX.

Conclusiones: En aquellos pacientes que presentan una buena respuesta a RTX, es posible reducir la dosis de fármaco manteniendo una buena respuesta clínica, con las consiguientes repercusiones económicas. No se observaron diferencias entre ambas pautas analizadas, aunque la pauta de dosis única de 1 g ev puede tener ventajas a la hora de programar retratamientos, evitando demoras en la administración del fármaco y, como consecuencia, posibles reactivaciones de la enfermedad inflamatoria de base, así como un menor gasto en hospital de día. RTX se muestra, por tanto, como un tratamiento coste-efectivo.

106. ENFERMERÍA Y ESCLERODERMIA. AFECTACIÓN CUTÁNEA CON EVALUACIÓN DEL SKIN SCORE. ESTUDIO DESCRIPTIVO

I. Padró, P. Rubio, L. López, A. Pros y P. Benito

Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción: La esclerodermia es una enfermedad sistémica y autoinmune del tejido conectivo que se caracteriza por una fibrosis excesiva que afecta a la piel y a algunos órganos internos. Es importante realizar un manejo multidisciplinar de dicha entidad clínica, tanto del punto de vista médico como del punto de vista de enfermería. La esclerosis cutánea es prácticamente constante y una de las principales causas de discapacidad funcional. Otras afectaciones cutáneas son las úlceras, el fenómeno de Raynaud, la microstomía y las telangectasias. Una forma de evaluar la esclerosis cutánea es mediante el test semi cuantitativo de Rodnan's Skin Score. El engrosamiento cutáneo se valora mediante la palpación, pellizco y evalúa 17 áreas anatómicas: cara, cara anterior de tórax, abdomen, dedos, manos, antebrazos, brazos, muslos, extremidades inferiores y pies.

Objetivos: Evaluar el Skin Score de una cohorte hospitalaria de pacientes afectados de Esclerodermia.

Métodos: Se realiza el Skin score por parte de la enfermera en el dispensario monográfico de nuestro centro hospitalario, siendo siempre realizado por la misma persona para disminuir la variabilidad interobservador, desde noviembre del 2011 hasta enero del 2014. El grado de induración cutánea se puntúa de 0 a 3 (0 normal, 1 induración leve, 2 induración moderada y 3 induración extrema). Por lo tanto, el rango de valores es de 0 -51. Nos permite clasificar a los pacientes en afectación leve (1-14), moderada (15-29), grave (30-39) o terminal (> 40).

Resultados: Se realizan 173 evaluaciones a un total de 93 pacientes (94% mujeres y 6% hombres). A un 51,6% (48/93) se les ha realizado una única evaluación. A un 48,3% (45/93) se les ha realizado 2 o más evaluaciones. De estos 45 pacientes, un 31% (14/45) han sido evaluados en verano y en invierno. A un 62,3% (58/93) del total de los pacientes se ha registrado la mano dominante. El valor medio del Skin Score de toda nuestra cohorte es de 7,6. Un 62,3% (58/93) presentan una afectación leve. Un 32,2% (30/93) la afectación es

moderada. Un 2,1% (2/93) la afectación es severa y el 3,2% restante (3/93) es terminal. El valor medio de los 14 pacientes evaluados en invierno es de 21. Por contra, en verano, es de 15,93. Un 62,3% de estos pacientes tienen mayor puntuación del test en los meses de frío.

Conclusiones: Durante la realización de los Skin score observamos que los pacientes tienen mayor afectación en la mano dominante a nivel de los dedos, dorso y antebrazo en comparación con la mano no dominante. En los meses de calor y coincidiendo con la evidencia de la mejoría de síntomas secundarios a la afectación microvascular (Raynaud y úlceras), la esclerosis cutánea podría verse mejorada de igual forma. El papel de la enfermera en la práctica clínica diaria en el seguimiento de los pacientes con esclerodermia es fundamental.

107. EFICACIA Y SEGURIDAD DE GOLIMUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS DE FORMA CONCOMITANTE CON METOTREXATO O LEFLUNOMIDA

J. Wollenhaupt¹, A. Alonso-Ruiz², W. Spieler³, J. Beier⁴, J. Molina⁵, R. Yao⁶, M. Govoni⁷, N. Vastesaege⁸ y H.H. Weng⁶

¹Reumatología. Schön-Klinik. Hamburgo. Alemania. ²Reumatología. Hospital de Cruces. Barakaldo. Vizcaya. ³Clínica Especializada de Reumatología. Zerst. Alemania. ⁴Medicon A/S. Odense C. Dinamarca. ⁵Reumalab S. A. Medellín. Colombia. ⁶Merck Sharp and Dohme. Kenilworth. EEUU. ⁷Merck Sharp and Dohme. Roma. Italia. ⁸Inmunología. Merck Sharp and Dohme. Bruselas. Bélgica.

Introducción: La ficha técnica actual requiere que los pacientes con artritis reumatoide (AR) tratados con golimumab (GLM) reciban tratamiento concomitante con metotrexato (MTX), y en la mayor parte de los estudios se ha investigado GLM en combinación con MTX. Existe poca información relativa a GLM como tratamiento complementario de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) como leflunomida (LEF).

Objetivos: Evaluar la eficacia y la seguridad de GLM como tratamiento complementario en pacientes con AR no tratados previamente con biológicos que reciben tratamiento concomitante con MTX o LEF en el ámbito clínico.

Métodos: GO-MORE fue un estudio prospectivo, abierto, multinacional, en pacientes con AR activa no tratados previamente con biológicos. (DAS28-VSG \geq 3,2). Los pacientes recibieron 50 mg SC de GLM una vez al mes durante 6 meses. El criterio de valoración principal fue el porcentaje de pacientes con una respuesta DAR28-VSG (EULAR) buena o moderada a los 6 meses. También se evaluó la remisión (DAS28-VSG < 2,6) y el deterioro funcional mínimo o nulo (Índice de discapacidad del cuestionario de evaluación de la salud – Health Assessment Questionnaire-Disability Index [HAQ-DI] = < 0,5). Los efectos del tratamiento se evaluaron mediante la prueba de la χ^2 . Se efectuaron análisis a posteriori para evaluar los resultados en los pacientes que recibieron de forma concomitante MTX o LEF.

Resultados: Los pacientes que recibieron GLM con MTX concomitante (aislado o con otros FAME) o GLM con LEF concomitante (sin otros FAME) constituyeron el 81,2% (2.663/3.280) y el 9,3% (303/3.270) de la población total del estudio, respectivamente. Los subgrupos de MTX y LEF concomitantes tenían características basales de la enfermedad parecidas, como la media de las puntuaciones DAS28-VSG (5,43 y 5,25 respectivamente), DAS28-PCR (5,99 y 5,79 respectivamente) y HAQ-DI (1,44 y 1,36 respectivamente). Estos valores eran similares a las medias basales de la población general. En el mes 6 se observaron tasas de respuesta EULAR igualmente altas en los subgrupos de GLM con MTX concomitante (85%) y de GLM con LEF concomitante (81%) (tabla). También se obser-

varon respuestas EULAR similares en los pacientes que recibieron GLM con MTX sin otros FAME (83%) y en los que recibieron GLM con MTX y LEF sin otros FAME (78%). Durante el periodo de tratamiento se observaron acontecimientos adversos graves en el 5,1% (136/2.656) del subgrupo de MTX concomitante y en el 6,8% (21/309) del subgrupo de LEF. Se produjeron 5 (0,19%) y 0 fallecimientos en los subgrupos de MTX y LEF, respectivamente.

Resultados al mes 6 de todos los pacientes que recibieron MTX o LEF de manera concomitante a golimumab

	Todos los pacientes con GLM (N = 3.280)	GLM y MTX ^a (N = 2.656)	GLM y LEF ^b (N = 303)
	n (%)	n (%)	n (%)
Respuesta DAS28-VSG (EULAR) buena o moderada	2.692 (82,07%)	2.194 (85,44%)	244 (80,53%)
Remisión DAS28-VSG	784 (23,90%)	639 (24,88%)	83 (27,39%)
Deterioro funcional mínimo o nulo	1.226 (37,38%)	1.012 (39,16%)	114 (37,62%)

^aIncluidos pacientes que también recibieron otros FAME, como MTX+LEF (n = 282).

^bIncluidos pacientes que sólo recibieron LEF concomitante.

Conclusiones: En general, el tratamiento con GLM SC fue muy eficaz con MTX o LEF concomitante en pacientes con AR activa a pesar del tratamiento con FAME. Los perfiles de seguridad fueron consistentes con los descritos en estudios previos con GLM.

108. SEGURIDAD Y EFICACIA DE GOLIMUMAB A LOS 5 AÑOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA A PESAR DEL TRATAMIENTO PREVIO CON METROTEXATO: RESULTADOS FINALES DEL ESTUDIO GO-FORWARD, UN ENSAYO EN FASE 3, ALEATORIZADO Y CONTROLADO

E. Keystone¹, M.C. Genovese², S. Hall³, P.C. Miranda⁴, S.C. Bae⁵, C. Han⁶, T. Gathany⁶, Y. Zhou⁷, S. Xu⁷ y E.C. Hsia^{7,8}

¹Mount Sinai Hospital. Toronto. Canadá. ²Stanford Univ. Palo Alto. EEUU. ³Monash Univ. Cabrini Med Cent. Malvern. Australia.

⁴Universidad de Chile. Hospital San Juan de Dios. Santiago. Chile.

⁵Hanyang Univ Hospital for Rheumatic Diseases. Seúl. Corea. ⁶Janssen Global Services. LLC. Malvern, PA. Estados Unidos. ⁷Janssen R&D. LLC. Spring House, PA. EEUU. ⁸Universidad de Penn. Philadelphia, PA. EEUU.

Objetivos: Comunicar los resultados finales de seguridad y de eficacia a los 5 años de golimumab (GLM) subcutáneo ± metotrexate

(MTX) en un estudio fase 3 (GO-FORWARD) realizado en pacientes con artritis reumatoide (AR) activa a pesar del tratamiento con MTX. **Métodos:** Se aleatorizó a los pacientes a cuatro ramas de tratamiento: placebo (PBO) + MTX, GLM 100 mg + PBO, GLM 50 mg + MTX o GLM 100 mg + MTX administrados cada 4 semanas. Los pacientes tratados con PBO + MTX pasaron a recibir GLM + MTX en la semana 16 (salida prematura enmascarada) o 24 (cruce de tratamiento). Los pacientes continuaron el tratamiento hasta la semana 52 (comienzo de la extensión a largo plazo). Una vez que el último paciente completó la semana 52 y se produjo el desenmascaramiento, se permitió ajustar el uso de MTX y corticosteroides y se permitió un único aumento (de 50 a 100 mg) o disminución (de 100 a 50 mg) de la dosis de GLM, a criterio del investigador. La última inyección de GLM se administró en la semana 252. Se publican los resultados observados de eficacia (ACR20/50/70, DAS28-PCR, HAQ-DI, y radiográficos) por grupo de tratamiento aleatorizado y los datos acumulados de seguridad hasta las semanas 256 y 268, respectivamente.

Resultados: Se aleatorizaron un total de 444 pacientes; 313 pacientes (70,5%) continuaron el tratamiento hasta la semana 252 y 131 pacientes se retiraron (64 por acontecimientos adversos [AA], 25 por falta de eficacia, 1 por violación del protocolo, 6 perdidos para el seguimiento, 32 por otras razones, 3 fallecidos). 301 completaron el seguimiento de seguridad hasta la semana 268. Los resultados de eficacia se presentan en la tabla. En la semana 256, el 76,0% de los pacientes tenían una respuesta ACR20, el 89,5% mostraban una respuesta EULAR DAS28-PCR y el 68,5% presentaron una mejora del HAQ-DI $\geq 0,25$. Las variaciones de la media de las puntuaciones vdH-S totales con respecto al momento basal fueron pequeñas. El 54% de los pacientes aleatorizados para recibir GLM + MTX no mostraron progresión radiográfica (cambio en vdH-S ≤ 0). Los AA más frecuentes fueron infección de las vías respiratorias superiores (32,9%), nasofaringitis (17,1%) y bronquitis (17,1%). El 9,2% de los pacientes presentaron reacción en el lugar de inyección. Hasta la semana 268, 172/434 pacientes (39,6%) sufrieron un AA grave. El 14,1% de los pacientes suspendieron el tratamiento con el fármaco del estudio debido a AAs. Las tasas de infecciones graves, tumores malignos y muertes fueron del 11,5%, 6,2% y 1,8%, respectivamente. De los 429 pacientes con muestras disponibles, 33 (7,7%) presentaron anticuerpos frente a GLM.

Conclusiones: La tasa de retención a 5 años de GLM fue alta (70,5%) y las mejoras de los signos/síntomas de AR y de la función física con GLM + MTX se mantuvieron a largo plazo. La progresión radiográfica pareció controlada, con pequeñas variaciones en la media de las puntuaciones vdH-S a lo largo de 5 años. La seguridad a largo plazo de GLM concuerda con la de otros fármacos anti TNF-alfa.

Tabla Póster 108

	PBO + MTX (a)	GLM 100 mg + PBO (b)	GLM 50 mg + MTX (b)	GLM 100 mg + MTX (b)	Total
Eficacia en la semana 256					
ACR20	69/91 (75,8%)	71/93 (76,3%)	57/74 (77,0%)	44/59 (74,6%)	241/317 (76,0%)
ACR50	43/91 (47,3%)	48/93 (51,6%)	40/74 (54,1%)	28/59 (47,5%)	159/317 (50,2%)
ACR70	21/91 (23,1%)	27/93 (29,0%)	28/74 (37,8%)	15/59 (25,4%)	91/317 (28,7%)
Respuesta DAS28-PCR (EULAR)	81/90 (90,0%)	83/92 (90,2%)	65/73 (89,0%)	52/59 (88,1%)	281/314 (89,5%)
Remisión DAS28-PCR (< 2,6)	38/90 (42,2%)	41/92 (44,6%)	35/73 (47,9%)	27/59 (45,8%)	141/314 (44,9%)
SDAI $\leq 3,3$	25/90 (27,8%)	21/92 (22,8%)	20/73 (27,4%)	17/60 (28,3%)	83/315 (26,3%)
DAS28-PCR $\leq 3,2$	56/90 (62,2%)	59/92 (64,1%)	46/73 (63,0%)	38/60 (63,3%)	199/315 (63,2%)
Mejoría HAQ-DI $\geq 0,25$	61/91 (67,0%)	59/93 (63,4%)	55/74 (74,3%)	42/59 (71,2%)	217/317 (68,5%)
Resultados radiográficos en la semana 256					
Tasa estimada de progresión anual en el momento basal (c)	5,3 \pm 7,8	5,6 \pm 8,9	4,7 \pm 6,9	5,4 \pm 13,7	5,3 \pm 9,3
Media \pm DE de la tasa anual de progresión durante 5 años (d)	0,7 \pm 2,0	1,0 \pm 2,3	0,3 \pm 1,2	0,7 \pm 2,2	0,7 \pm 2,0
Media \pm DE de la variación de la puntuación vdH-S	3,2 \pm 9,2	4,6 \pm 10,9	1,7 \pm 6,1	3,3 \pm 10,2	3,3 \pm 9,4
Porcentaje con variación en la puntuación vdH-S ≤ 0	52/95 (54,7%)	43/99 (43,4%)	47/79 (59,5%)	30/65 (46,2%)	172/338 (50,9%)

(a) Pacientes que cambiaron a GLM en la semana 16 o 24. (b) Después de la semana 52, los pacientes podían recibir GLM 50 mg o 100 mg y se podía añadir/ajustar MTX. (c) Puntuación vdH-S dividida entre la duración de la enfermedad por paciente. (d) Variación de la puntuación vdH-S dividida entre la duración del tratamiento con GLM por paciente.

109. LA REMISIÓN Y LAS MEJORÍAS FUNCIONALES Y DE LA CALIDAD DE VIDA CON GOLIMUMAB EN LA ARTRITIS REUMATOIDE ESTÁN EN RELACIÓN CON LAS EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES

B. Dasgupta¹, B. Combe², I. Louw³, J. Wollenhaupt⁴, C. Zerbinj⁵, A. Beaulieu⁶, H. Schulze-Koops⁷, P. Durez⁸, V. Wolff⁹, R. Yao¹⁰, H.H. Weng¹⁰, M. Govoni¹⁰ y N. Vastesaeger¹⁰

¹Southend University Hospital. ²Hôpital Lapeyronie. ³Panorama Medical Centre. ⁴Schön-Klinik. ⁵Hospital Heliópolis. Serviço de Reumatologia. ⁶Centre de Rhumatologie. ⁷University of Munich.

⁸Université Catholique de Louvain y Cliniques Universitaires Saint-Luc.

⁹Hospital del Salvador. ¹⁰Merck Sharp & Dohme.

Objetivos: Golimumab (GLM) y otros antagonistas del factor de necrosis tumoral se utilizan como tratamiento complementario en pacientes con artritis reumatoide (AR) que no han respondido a fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME). El tratamiento integral de la AR implica objetivos clínicos como la remisión y resultados importantes para los pacientes como la función diaria y la mejoría de la calidad de vida (CdV). Después del fracaso de los FAME, es posible que las expectativas terapéuticas del paciente sean escasas, lo que podría afectar a los resultados. En este subanálisis del estudio GO-MORE se han investigado las relaciones entre las expectativas del paciente y los resultados del tratamiento con GLM. **Métodos:** GO-MORE fue un estudio prospectivo, abierto y multinacional que se realizó en pacientes con AR activa a pesar del tratamiento con FAME que no habían recibido previamente biológicos. Los pacientes recibieron 50 mg de GLM por vía subcutánea una vez al mes durante 6 meses. En el momento basal y en el mes 3, los pacientes calificaron sus expectativas acerca del modo en que su tratamiento podría controlar los síntomas de AR y mejorar la CdV 3 meses después utilizando escalas Likert de 5 puntos (1 = buen resultado, 5 = mal resultado). Se dividió a los pacientes en terciles en función de las puntuaciones de las expectativas: muy positivas ($\leq 1,5$), intermedias ($> 1,5$ a $< 1,86$) o poco positivas ($\geq 1,86$). Se compararon los resultados de eficacia entre terciles utilizando un análisis ANCOVA; Se calcularon los valores de P para diferencias emparejadas a partir del grupo de comparación.

Resultados: En el momento basal, 3280 pacientes evaluables en cuanto a eficacia tenían una actividad de la enfermedad moderada (21,3%) o alta (78,7%), una media de edad de 52,3 (DE = 12,8) años, una media de duración de la enfermedad de 7,6 (DE = 7,9) años, una media del índice de discapacidad del cuestionario de evaluación de la salud (Health Assessment Questionnaire Disability Index, HAQ-DI) de 1,44 (DE = 0,67) y una media del EQ-5D de 0,42 (DE = 0,33). En general, los pacientes tenían expectativas altas, con una puntuación media de las expectativas de 1,4 (1 = buenas expectativas, 5 = malas expectativas) en el momento basal. Se observaron expectativas más altas en los pacientes en los que habían fracasado menos FAME (1 frente a 2 fracasos, $p = 0,0039$; 1 frente a ≥ 3 fracasos, $p < 0,0001$) y en aquellos con una actividad basal de la enfermedad alta (actividad de la enfermedad moderada frente a alta, $p = 0,0014$). Los pacientes esperaban obtener una mejoría de los resultados físicos (dolor, inflamación articular, cansancio) y funcionales (capacidad para participar en actividades). Después de 6 meses de tratamiento con GLM, los pacientes con las expectativas más altas mostraron mayores tasas de

remisión ($p < 0,0001$). Las expectativas más positivas se asociaron también a mayores mejorías de las puntuaciones de deterioro funcional y del EuroQoL Questionnaire (EQ-5D).

Conclusiones: Los pacientes tenían grandes expectativas en el tratamiento complementario con GLM a pasar de los fracasos de tratamientos previos. Los pacientes con expectativas más positivas tuvieron mejores resultados y mejor control integral de la AR que aquellos con expectativas menos positivas, como demostraron unas tasas más altas de remisión DAS28 y la mejoría de los resultados comunicados por los pacientes, como la función física y la CdV.

110. EFICACIA DE LA REALIZACIÓN DE UNA VISITA PRESENCIAL A LOS 3 MESES DE UNA FRACTURA DE CADERA PARA MEJORAR LA FRECUENCIA DE PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA

H. Borrell, I. Martín, E. Armengol, A. Montero, D. Chivite, A. Coscujuela y C. Gómez Vaquero

Servicios de Reumatología, Medicina Interna y Traumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Introducción: Sólo alrededor del 20% de los pacientes con fracturas por fragilidad realizan un tratamiento adecuado para la prevención de nuevas fracturas osteoporóticas.

Objetivos: Analizar si la realización de una visita presencial tras el alta hospitalaria en pacientes con fractura de cadera aumenta la frecuencia de prescripción y el cumplimiento terapéutico del tratamiento para prevención secundaria de la fractura osteoporótica respecto a la realización de una visita telefónica.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en que se incluyeron todos los pacientes ingresados por fractura de cadera en un hospital universitario en el periodo entre el 1 de febrero y el 31 de diciembre de 2012, a quienes se realizó una visita presencial (VP) a los 3 y 12 meses del ingreso. Como comparador, se incluyeron los pacientes que ingresaron los dos años previos, a quienes los controles se realizaron mediante visita telefónica (VT). Al alta, en los pacientes en que se consideró indicado, se pautaron suplementos de calcio y vitamina D y tratamiento antirresortivo u osteoformador. En las visitas (presencial o telefónica), se registraron el estado funcional y cognitivo del paciente, así como la frecuencia de prescripción y el cumplimiento terapéutico. A los pacientes que no lo realizaban, se les reintroducía y se les insistía en la importancia de tomarlo.

Resultados: Se incluyeron 538 pacientes (153 en el grupo VP y 385 en el VT) con una edad media de 83 ± 9 años y un índice de masa corporal (IMC) de $25,5 \pm 4,5$ kg/m² al ingreso. El 68% eran mujeres; el 50% tenía una fractura de tipo pertrocantérea y el 33%, subcapital. La mortalidad al año de la fractura fue del 27%. El índice de comorbilidad de Charlson (ICC) medio fue de $1,9 \pm 1,9$ puntos y el índice de Barthel (IB), 74 ± 28 puntos. El 57% de los pacientes tenía un test de Pfeiffer (TP) normal, el 15% presentaba un deterioro leve, el 13% moderado y el 15% grave. No hubo diferencias entre ambos grupos respecto a las variables previas. Al año de la fractura, el porcentaje de pacientes que presentaba empeoramiento del IB (disminución de más de 15 puntos) y del TP (cambio de una categoría) fue superior en el grupo VT ($p < 0,05$). El seguimiento a un año se completó en 350 pacientes (102 en el grupo VP y 248 en el VT). En un 84% se había pautado tratamiento al alta. A los 3 meses, el 56%

Tabla Póster 109

Expectativas del paciente en el momento basal	Muy positivas (n = 1.212)	Intermedias (n = 1.009)	Poco positivas (n = 1.054)
Resultado del tratamiento en el mes 6			
Remisión (DAS28-VSG < 2,6) n, (%)	339 (28,0%)	236 (23,4%)	209 (19,8%) ($p < 0,0001$)
Deterioro funcional mínimo (HAQ-DI $\leq 0,5$) n, (%)	562 (46,4%)	368 (36,5%) ($p < 0,0001$)	294 (27,9%) ($p < 0,0001$)
Variación en la puntuación EQ-5D, Media (DE)	0,28 (0,35)	0,25 (0,33)	0,21 (0,34) ($p < 0,0001$)

realizaba tratamiento, sin diferencias entre grupos. Al año, lo realizaban el 70% de pacientes en el grupo VP y el 54% de pacientes en el VT ($p < 0,01$). Esta diferencia no se confirmó en el estudio multivariante, en el que el empeoramiento del TP fue la única variable estadísticamente significativa (OR: 0,43; IC95%: 0,23-0,81; $p < 0,01$). El 54% realizan el tratamiento en los dos puntos de seguimiento. El 14% de los que tomaban el tratamiento a los 3 meses ya no lo toma al año, sin diferencias entre grupos. De los que no tomaban el tratamiento a los 3 meses, el 54% del grupo VP y el 12% del VT pasan a tomarlo al año ($p < 0,001$); esta diferencia se confirmó en el estudio multivariante en el que se incluyeron como covariables la edad, el IMC, el ICC y el empeoramiento al año del IB y TP (OR: 5,9; IC95%: 1,9-19,1; $p < 0,01$).

Conclusiones: La intervención que determina una mayor frecuencia de seguimiento del tratamiento para prevención secundaria de la fractura osteoporótica es su prescripción al alta. Realizar una visita presencial a los 3 meses permite rescatar a más de la mitad de los pacientes que no realizan el tratamiento.

111. LAS TASAS DE REMISIÓN DURANTE EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE CON GOLIMUMAB ESTÁN RELACIONADAS CON LAS DIFERENCIAS DEL ESTADO BASAL DE LA ENFERMEDAD EN LAS DISTINTAS REGIONES GEOGRÁFICAS

P. Durez¹, K. Pavelka², M. Lázaro³, A. García Kutzbach⁴, R. Moots⁵, H. Amital⁶, R. Yao⁷, M. Govoni⁷, N. Vastesaegeer⁷ y H.H. Weng⁷

¹Université Catholique de Louvain y Cliniques Universitaires Saint-Luc. ²Revmatologicky Ustav. ³Instituto de Asistencia Reumatológica Integral. San Fernando. ⁴Universidad Francisco Marroquín Guatemala School of Medicine. ⁵University Hospital Aintree. ⁶Sheba Medical Center. ⁷Merck Sharp & Dohme.

Objetivos: Las diferencias regionales en la asistencia y en el acceso a los biológicos para la artritis reumatoide (AR) pueden dar lugar a diferencias regionales en las características basales de la enfermedad, que podrían influir en la respuesta a los tratamientos biológicos. La finalidad de este análisis del estudio GO-MORE era comparar entre distintas regiones geográficas las características basales de enfermedad y las tasas de remisión en pacientes con AR no tratados previamente con biológicos durante 6 meses de tratamiento con golimumab (GLM).

Métodos: GO-MORE fue un estudio prospectivo abierto y multinacional que se realizó en pacientes con AR activa (DAS28-VSG $\geq 3,2$) a pesar del tratamiento con FAME que no habían recibido previamente fármacos biológicos. Los pacientes recibieron 50 mg de GLM vía subcutánea una vez al mes durante 6 meses. En los análisis previstos y a posteriori se evaluaron la actividad basal, la duración de la enfermedad y las tasas de remisión DAS28-VSG en distintas regiones geográficas.

Resultados: La actividad basal de la enfermedad era diferente en cada región, observándose una mayor prevalencia de actividad de la enfermedad EULAR alta en Sudáfrica, Asia y Latinoamérica. La

duración de la enfermedad era más prolongada en Latinoamérica y Sudáfrica. En general, tras 6 meses de tratamiento con GLM, la tasa de remisión DAS28-VSG se situó en torno al 25%. Las tasas de remisión variaron de forma considerable en cada región, siendo las tasas de remisión más bajas en las regiones en las que la actividad y la duración de la enfermedad eran más altas, a excepción de Sudáfrica. Dentro de la región Europa, la población más grande del estudio, los países con menores tasas de remisión fueron Rusia y Rumanía (6,8% y 7,8% en el mes 6 respectivamente); también mostraron tasas elevadas de actividad basal de la enfermedad (el 96,6% y el 86,3% de los pacientes tenían una actividad alta de la enfermedad, respectivamente; media de la puntuación DAS28-VSG, 6,4 y 6,2, respectivamente). En los países europeos con las tasas de remisión más altas, Bélgica y Austria (43,1% y 40,2% en el mes 6, respectivamente), se observó una actividad basal de la enfermedad mucho menor (el 40,2% y el 59,8% respectivamente; media de la puntuación DAS28-VSG de 5,0 y 5,2, respectivamente). Con independencia de la región geográfica, los pacientes con actividad moderada de la enfermedad basal tuvieron más probabilidades de alcanzar la remisión que aquellos con una actividad alta de la enfermedad basal (43,4% y 18,5%, respectivamente, $p < 0,0001$).

Conclusiones: Después de 6 meses de tratamiento con GLM, los pacientes de Sudáfrica, Europa y Oriente Medio presentaban tasas de remisión más altas que los de Latinoamérica y Asia. Este patrón puede ser debido a las diferencias en la actividad y la duración basales de la enfermedad, que quizá sean un reflejo de las diferencias entre los patrones de asistencia y de acceso a los tratamientos biológicos. En general, los pacientes con una actividad moderada de la enfermedad basal tuvieron más probabilidades de alcanzar la remisión que aquellos con una actividad alta de la enfermedad.

112. SEGURIDAD Y EFICACIA A LARGO PLAZO DE GOLIMUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE. RESULTADOS A LOS 5 AÑOS DEL ESTUDIO GO-RAISE

A. Deodhar¹, J. Braun², R. Inman³, D. van der Heijde⁴, Y. Zhou⁵ y B. Hsu⁵

¹Oregon Health & Science Univ. Portland. EEUU. ²Rheumazentrum Ruhrgebiet/Ruhr-University Bochum. Herne. Alemania. ³Univesidad de Toronto. Toronto. Canadá. ⁴Leiden Univ Medical Center. Leiden. Países Bajos. ⁵Janssen R&D. LLC. Spring House. EEUU.

Objetivos: Golimumab (GLM) ha demostrado una eficacia clínica significativa y mantenida y un perfil de seguridad aceptable durante 2 años en el estudio GO-RAISE, un ensayo en fase 3, aleatorizado y controlado con placebo en pacientes con espondilitis anquilosante (EA). El objetivo de este trabajo es comunicar los resultados de seguridad y eficacia de GLM en pacientes con EA que reciben GLM 50 mg y/o 100 mg durante 5 años.

Métodos: Se aleatorizó a 356 pacientes con EA para recibir por vía SC placebo, GLM 50 mg o GLM 100 mg cada 4 semanas. En la semana

Tabla Póster 111

Región geográfica	Actividad basal de la enfermedad según EULAR ^a		Duración de la enfermedad basal, años	DAS28-VSG basal	DAS28-VSG en el mes 6
	n (%)	n (%)			
	Moderada	Alta	Media (DE)	Media (DE)	Remisión ^b n (%)
Sudáfrica, N = 117	10 (8,5%)	107 (91,5%)	7,6 (7,9)	6,7 (1,1)	34 (29,1%)
Asia, N = 133	10 (7,5%)	123 (92,5%)	5,4 (4,8)	6,2 (0,8)	20 (15,0%)
Europa, N = 1818	525 (29,0%)	1.286 (71,0%)	7,4 (7,8)	5,7 (1,0)	507 (27,9%)
Latinoamérica, N = 906	84 (9,3%)	821 (90,7%)	8,6 (8,2)	6,4 (1,0)	156 (17,2%)
Oriente Medio, N = 88	19 (21,8%)	68 (78,2%)	6,9 (7,0)	6,0 (1,0)	24 (27,3%)
Canadá, N = 128	50 (23,0%)	167 (77,0%)	6,6 (8,4)	5,9 (1,1)	43 (19,7%)

^aActividad moderada de la enfermedad: DAS28-VSG 3,2-5,1; actividad alta: DAS28-VSG > 5,1. ^bRemisión: DAS28-VSG < 2,6.

Tabla Póster 112

Puntuaciones/respuestas basales y en la semana 256	Placebo ^a	GLM 50 mg ^b	GLM 100 mg ^c	Total
Puntuación BASDAI (0-10)				
Semana 0, n =	78	138	140	356
Media ± DE	6,6 ± 1,52	6,5 ± 1,57	6,9 ± 1,50	6,7 ± 1,54
Semana 256, n =	61	93	98	252
Media ± DE	2,1 ± 2,08	2,2 ± 2,24	2,7 ± 2,45	2,4 ± 2,30
Puntuación BASFI (0-10)				
Semana 0, n =	76	138	140	354
Media ± DE	5,1 ± 2,25	5,0 ± 2,38	5,2 ± 2,56	5,1 ± 2,43
Semana 256, n =	60	94	98	252
Media ± DE	2,2 ± 2,20	2,0 ± 2,34	2,3 ± 2,59	2,1 ± 2,40
BASMI – puntuación lineal (0-10)				
Semana 0, n =	78	137	140	355
Media ± DE	4,3 ± 1,59	3,9 ± 1,64	4,1 ± 1,67	4,1 ± 1,64
Semana 256, n =	61	94	98	253
Media ± DE	3,6 ± 1,89	3,1 ± 1,77	3,4 ± 1,81	3,3 ± 1,82
Remisión parcial ASAS en la semana 256	24/61 (42,6%)	48/94 (51,1%)	38/98 (38,8%)	112/253 (44,3%)

^aPacientes aleatorizados para recibir placebo que cambiaron a GLM en la semana 16 o en la semana 24. ^bDespués de la semana 104 los pacientes podían recibir GLM 50 mg o 100 mg.

16, los pacientes con una respuesta insuficiente tuvieron un rescate prematuro (RP) con ajustes enmascarados de la dosis (de placebo a GLM 50 mg, o de GLM 50 mg a 100 mg). En la semana 24, los pacientes que todavía estaban recibiendo placebo pasaron al grupo de GLM 50 mg. Los pacientes continuaron el tratamiento doble ciego hasta la semana 100. La extensión a largo plazo comenzó con la inyección de GLM en la semana 104. Los pacientes recibieron GLM cada 4 semanas durante alrededor de 5 años (inyección final en la semana 252). Después del desenmascaramiento en la semana 104 y a criterio del investigador, los pacientes que recibían GLM 50 mg podían aumentar la dosis a 100 mg y los que recibían GLM 100 mg podían reducir la dosis a 50 mg; se permitió ajustar el tratamiento concomitante con FAME, corticosteroides y AINE.

Resultados: De los 356 pacientes aleatorizados, 254 (71,3%) continuaron el tratamiento hasta la semana 252; 242 completaron el seguimiento de seguridad hasta la semana 268. 101 pacientes se retiraron (33 [9,3%] debido a acontecimientos adversos (AA), 35 [9,8%] por falta de eficacia, 11 [3,1%] perdidos para el seguimiento, 22 [6,2%] por otras razones); un paciente no recibió tratamiento. Las reducciones de los signos/síntomas de la EA y las mejorías de la función física y del grado de movilidad observadas en la semana 14 se mantuvieron durante 5 años (tabla). Se notificaron AA graves en el 17,1% de los pacientes tratados con GLM 50 mg, el 24,7% de los tratados con GLM 100 mg y el 22% de todos los tratados con GLM. Un paciente falleció (GLM 50 mg, linfoma de linfocitos B después de 3 años en el estudio, seguido de cáncer de páncreas).

Conclusiones: En pacientes con EA activa, la administración SC de GLM 50 y 100 mg cada 4 semanas hasta los 5 años mejoró los signos/síntomas de EA, la función física y el grado de movilidad y demostró un perfil de seguridad aceptable, concordante con los resultados de GLM hasta la semana 160 publicados previamente y con los de otros fármacos anti-TNF. No hubo diferencias entre las dos dosis de GLM.

113. DATOS DE SEGURIDAD, EFICACIA Y PROGRESIÓN RADIOLÓGICA A LOS 5 AÑOS EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA ACTIVA TRATADOS CON GOLIMUMAB: RESULTADOS DE LA EXTENSIÓN A LARGO PLAZO DEL ESTUDIO ALEATORIZADO Y CONTROLADO CON PLACEBO GO-REVEAL

F. Navarro¹, A. Kavanaugh², D. van der Heijde³, I. McInnes⁴, P. Mease⁵, G.G. Krueger⁶, D. Gladman⁷, Y. Zhou⁸, J.D. Lu⁸, Z. Xu⁸, L. Noonan⁸ y A. Beutler⁸

¹Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ²Universidad de California. San Diego. La Jolla. EEUU. ³Leiden U Med Ctr. Leiden. Países Bajos. ⁴Universidad de Glasgow. Glasgow. Reino Unido. ⁵Swedish Med Ctr y Universidad de Washington. Seattle. EEUU. ⁶Universidd de Utah. SLC. EEUU. ⁷Universidad de Toronto. Toronto. Canadá. ⁸Janssen R&D. LLC. Spring House. EEUU.

Objetivos: Se presentan los datos de seguridad, eficacia y progresión radiológica de pacientes tratados con GLM en la extensión a 5 años del estudio GO-REVEAL.

Tabla Póster 113

Media (DE) de las características basales	Grupo 1 ^a	Grupo 2 ^b	Grupo 3 ^c
N.º de pacientes que continuaban en el estudio en la semana 104	88	118	129
Puntuación DAS28	5,0 (0,1)	4,9 (1,1)	4,8 (1,0)
PASI (en pacientes con BSA ≥ 3%)	7,7 (5,7)	9,4 (7,6)	11,2 (9,6)
Puntuación HAQ-DI (0-3)	1,1 (0,5)	1,0 (0,6)	1,1 (0,6)
Puntuación de entesitis (0-15)/Puntuación de dactilitis (0-60)	5,1 (4,0)/2,9 (2,0)	5,6 (3,8)/6,8 (6,5)	5,8 (4,1)/5,5 (6,9)
SHS total (0-528)	19,4 (30,2)	26,2 (36,9)	23,3 (36,7)
N.º de pacientes en la semana 256	77	95	109
ACR20/50/70 (% de pacientes)	77,9/49,4/36,4	76,8/58,9/41,1	78,5/56,9/39,4
Respuesta DAS28-PCR (% de pacientes)	91,9	94,5	91,3
Media (DE) de la mejoría del HAQ-DI	0,5 (0,6)	0,5 (0,5)	0,5 (0,6)
PASI 75 (en pacientes con BSA ≥ 3%) (% de pacientes)	72,7	68,6	78,5
Mejoría % media: entesitis/dactilitis/puntuación NAPSI	68,3/74,7/79,2	73,7/85,8/75,9	72,4/72,0/76,5
Progresión radiológica	73	93	101
Tasa anual estimada de progresión en el momento basal (SHS total media/duración media de la APs)	2,7	4,7	3
Tasa anual media de progresión (variación respecto al momento basal de la SHS total/5 años)	0,06	0,06	0,01
Variación media (DE) de la SHS total con respecto al valor basal	0,3 (3,8)	0,3 (4,1)	0,1 (2,7)

^aIncluidos pacientes aleatorizados para recibir PBO que cambiaron a GLM en la semana 16 o 24; después de la semana 52, los pacientes podían recibir GLM 50 o 100 mg. ^bDespués de la semana 52, los pacientes aleatorizados a GLM 50 mg podían recibir GLM 50 o 100 mg. ^cDespués de la semana 52, los pacientes aleatorizados a GLM 100 mg podían recibir GLM 50 o 100 mg.

Métodos: Se aleatorizó a 405 pacientes con APs (≥ 3 articulaciones inflamadas, ≥ 3 articulaciones dolorosas) para recibir por vía SC placebo (grupo 1, n = 113), GLM 50 mg (grupo 2, n = 146) o GLM 100 mg (grupo 3, n = 146) cada 4 semanas hasta la semana 20. Se permitió, aunque no era obligatorio, el uso basal de MTX concomitante. En la semana 16, los pacientes con mejoría $< 10\%$ en el recuento de articulaciones inflamadas y dolorosas fueron candidatos para tratamiento de rescate. Todos los pacientes recibieron GLM a partir de la semana 24. A partir de la semana 52, los pacientes podían cambiar la dosis de GLM a criterio del investigador. La última inyección de GLM fue en la semana 252; la eficacia se evaluó en la semana 256 basada en análisis de los grupos de pacientes aleatorizados y que completaron el tratamiento, utilizando criterios de respuesta ACR, DAS28-PCR, PASI, HAQ, evaluaciones de entesitis/dactilitis, puntuaciones NAPSÍ y puntuación de Sharp/van der Heijde (SHS) modificada para APs. En las evaluaciones de seguridad se incluyó a todos los pacientes que recibieron al menos una dosis de GLM durante 5 años.

Resultados: De los 405 pacientes aleatorizados, 335 continuaban en el estudio en la semana 104, y 279 (69%) siguieron con GLM hasta la semana 252. El 29% de los pacientes del grupo 2 aumentaron la dosis a GLM 100 mg; El 25% de los pacientes del grupo 3 redujeron la dosis de 100 mg a 50 mg. Se muestran las características basales de los pacientes que continuaban en el estudio en la semana 104 y la eficacia en la semana 256 (tabla). Las respuestas ACR y PASI fueron similares en los pacientes tratados con o sin MTX; las variaciones de las puntuaciones SHS con respecto al momento basal fueron mínimas y numéricamente inferiores en los pacientes tratados con GLM y MTX que con GLM solo. El 88% y el 21% los pacientes tratados con GLM presentaron acontecimientos adversos (AA) y AA graves, respectivamente. El 12% de los pacientes abandonaron GLM debido a AA, y el 5% y el 4% de los pacientes, respectivamente, sufrieron un tumor maligno (incluido cáncer de piel distinto del melanoma) o una infección grave, respectivamente. Se detectaron anticuerpos frente a GLM en el 6% de los pacientes.

Conclusiones: La tasa de abandonos durante 5 años de tratamiento con GLM fue baja. El tratamiento con GLM logró mantener a largo

plazo respuestas clínicamente significativas en las manifestaciones articulares y cutáneas de la APs, mejorar de la función física y detener la progresión radiográfica. No se observaron diferencias aparentes de la seguridad y la eficacia a largo plazo entre 2 dosis de GLM administradas cada 4 semanas; no obstante, la interpretación de los datos es limitada debido a los cambios de tratamiento permitidos entre los grupos aleatorizados.

114. IMPACTO DE LA INDICACIÓN FUERA DE FICHA TÉCNICA (“OFF-LABEL USE”) SOBRE LA PRESCRIPCIÓN GLOBAL DE TERAPIA BIOLÓGICA EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL

J.M. Nolla, J. Narváez, X. Juanola, J. Rodríguez Moreno, C. Gómez Vaquero, M. Romera, A. Rozadilla y M. Jordana

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: El advenimiento de la terapia biológica ha marcado un hito en la estrategia terapéutica frente a las artropatías inflamatorias crónicas. En práctica clínica, los fármacos biológicos también se utilizan en el tratamiento de otras enfermedades de base autoinmune aunque en la ficha técnica del producto no conste la indicación.

Objetivos: a) Evaluar el impacto de la indicación fuera de ficha técnica sobre la prescripción global de terapia biológica en un hospital universitario de tercer nivel- b) Realizar un análisis descriptivo del patrón de uso clínico de los fármacos biológicos en esta situación.

Métodos: El ámbito del estudio es un servicio de reumatología de un hospital universitario de tercer nivel, que no atiende a población pediátrica. Los pacientes se seleccionaron a partir del registro de terapia biológica. Se consideraron todos los enfermos en tratamiento con fármacos biológicos en el periodo 2010-2013.

Resultados: Se identificaron 44 pacientes en los que la indicación de terapia biológica se realizó fuera de ficha técnica. Ello supone un 9,9% de los enfermos en tratamiento con fármacos biológicos en el periodo evaluado (44/445). En la tabla se describen las enferme-

Tabla Póster 114

Enfermedad	Motivo de indicación	Fármaco	Nº de pacientes
Esclerosis sistémica	Enfermedad pulmonar intersticial difusa	RTX	5
Esclerosis sistémica	Enfermedad pulmonar intersticial difusa/artritis	RTX	2
Esclerosis sistémica	Calcinosis	RTX	1
Esclerosis sistémica/artritis reumatoide	Enfermedad pulmonar intersticial difusa/artritis	RTX	2
Lupus eritematoso sistémico	Artritis	RTX	3
Lupus eritematoso sistémico	Nefritis	RTX	2
Lupus eritematoso sistémico	Mielitis/nefritis	RTX	1
Lupus eritematoso sistémico	Pulmón encogido	RTX	1
Lupus eritematoso sistémico	Plaquetopenia	RTX	1
Lupus eritematoso sistémico/artritis psoriásica	Artritis	ADA	1
Lupus eritematoso sistémico/artritis reumatoide	Artritis	ABA	1
Lupus eritematoso sistémico/artritis reumatoide	Artritis	RTX	1
Lupus eritematoso sistémico/S. de Sjögren	Artritis	RTX	1
Lupus eritematoso sistémico/S. de Sjögren	Polineuropatía/artritis	RTX	1
S. de Sjögren	Polineuropatía	RTX	2
S. de Sjögren	Artritis	RTX	1
Enfermedad de Still del adulto	Artritis	ANK	2
Enfermedad de Still del adulto	Artritis	TCZ	2
Enfermedad de Still del adulto	Artritis	IFX/ANK/RTX/TCZ	1
Síndrome antisintetasa	Enfermedad pulmonar intersticial difusa	RTX	3
Enfermedad de Behçet	Uveítis	ADA	1
Enfermedad de Behçet	Artritis	IFX/ADA/GOL/TCZ	1
Enfermedad de Behçet	Uveítis/artritis	IFX	1
Enfermedad mixta del tejido conectivo	Artritis	RTX	1
Enfermedad mixta del tejido conectivo	Plaquetopenia	RTX	1
Enfermedad mixta del tejido conectivo	Artritis	ETN	1
Espondilitis anquilosante	Esclerosis múltiple	RTX	2
Policondritis recidivante	Uveítis	ADA	1
Síndrome SAPHO	Artritis	ETN	1

dades y el motivo de indicación de la terapia biológica, así como los diferentes fármacos prescritos. El lupus eritematoso sistémico y la esclerosis sistémica fueron las enfermedades en que con mayor frecuencia se utilizó la terapia biológica en indicación fuera de ficha técnica. Los motivos de indicación más habituales fueron la presencia de enfermedad pulmonar intersticial difusa y de artritis. Rituximab fue el fármaco más utilizado; se administró a 32 pacientes (72,7%).

Conclusiones: El impacto de la indicación fuera de ficha técnica sobre la prescripción de terapia biológica es relevante. Dada la escasa información disponible en la literatura acerca de la eficacia y la seguridad de los fármacos biológicos en indicación fuera de ficha técnica y la normativa existente (RD 1015/2009), que obliga a aportar referencias en la argumentación de la indicación, sería útil disponer de un documento consenso que específicamente contemplara esta realidad asistencial.

115. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE COMO EFECTO ADVERSO DEL TRATAMIENTO CON ANTI-TNF EN UNA COHORTE DEL HOSPITAL DEL MAR

D. Marqués, L. Orpinell, P. Rubio, J.G. López, M. Almirall, M.P. Lisboa y J. Maymó

Servicio de Reumatología. Parc Salut Mar (PSMAR). Barcelona.

Introducción: Los inhibidores del factor de necrosis tumoral (anti-TNF) son una opción terapéutica esencial para algunas enfermedades inflamatorias como la artritis reumatoide o las espondiloartritis. Sin embargo, con el aumento del uso de estos fármacos, se ha observado una posible asociación con eventos adversos neurológicos desmielinizantes e incluso que puedan agravar una esclerosis múltiple preexistente.

Objetivos: Descripción de las características clínicas y la evolución de pacientes con enfermedad articular inflamatoria que han desarrollado una enfermedad desmielinizante tras tratamiento con anti-TNF.

Métodos: Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes con una enfermedad inflamatoria articular y en tratamiento anti-TNF que han desarrollado una enfermedad desmielinizante atendidos en los servicios de Neurología y Reumatología del Hospital del Mar (PSMAR). Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), de la enfermedad articular (duración de la enfermedad y del tratamiento, tipo y dosis del tratamiento) y del efecto secundario neurológico desmielinizante (síntomatología de debut, exploraciones complementarias, diagnóstico neurológico y evolución tras la retirada del tratamiento).

Resultados: En nuestra cohorte (n = 583), 4 pacientes desarrollaron una enfermedad desmielinizante tras terapia anti-TNF. Las características demográficas, de enfermedad articular, manifestaciones neurológicas, pruebas realizadas y su evolución se presentan en la tabla.

Conclusiones: La prevalencia de enfermedad desmielinizante en nuestra cohorte fue del 0,68%, superior a la descrita en otras series. La retirada del tratamiento anti-TNF se asoció con una reducción y/o resolución de las lesiones en la RM del SNC y desaparición de la sintomatología neurológica en 3 de los 4 pacientes. Se ha reportado una relación entre el uso de agentes anti-TNF y la aparición de enfermedad desmielinizante, por lo que se recomienda un seguimiento estricto, y en caso de desarrollar algún tipo de afectación neurológica, retirar el tratamiento anti-TNF hasta realizar un estudio completo que descarte una posible patología desmielinizante asociada.

116. SÍNDROMES PROLIFERATIVOS DE LINFOCITOS GRANDES GRANULARES ASOCIADOS CON LA ARTRITIS REUMATOIDE: PRESENTACIÓN DE 6 CASOS

L.V. Maldonado Romero¹, C. Velázquez Arce¹, W.A. Sifuentes Giraldo¹, I. Barbolla Díaz², J. Bachiller Corral¹, E. Brito Brito¹ y A. Zea Mendoza¹

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

Introducción: La leucemia por linfocitos grandes granulares [LGG] es un trastorno linfoproliferativo raro caracterizado por neutropenia, esplenomegalia e infecciones, que se asocia con artritis reumatoide [AR] hasta en 36% de los casos. Este cuadro es similar al del síndrome de Felty (SF), una complicación infrecuente de la AR que puede presentar proliferación de LGG hasta en un 40%, por lo que se considera que ambos forman parte del mismo espectro de enfermedad.

Objetivos: Describir las características clínicas, inmunológicas y evolutivas de los pacientes con síndromes proliferativos LGG asociados con AR en un hospital español de tercer nivel.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes con síndromes proliferativos LGG asociados con AR atendidos en el hospital durante el período 1999-2013. Los datos demográficos, clínicos, inmunológicos, terapéuticos y evolutivos se obtuvieron mediante la revisión de las historias clínicas.

Resultados: Se identificaron 6 casos (SF 4, leucemia LGG 2), la mitad de ellos mujeres, con una media de edad al diagnóstico de 58,5 años (rango: 51-84). La AR había sido diagnosticada previamente en 4 de ellos, con un tiempo medio de evolución de 14,2 años. En los 2 restantes se diagnosticó de forma concomitante a la detección de LGG

Tabla Póster 115

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Edad (años)	38	52	33	58
Sexo	Varón	Mujer	Mujer	Mujer
Enfermedad articular	Espondilitis anquilosante	Artritis reumatoide	Espondilitis anquilosante	Artritis reumatoide
Duración enfermedad articular	10 años	14 años	13 años	27 años
Tipo anti-TNF (dosis)	Etanercept (50 mg/7d sc)	Etanercept (50 mg/7d sc)	Adalimumab (40 mg/14d sc)	Infliximab (3 mg/Kg/6 sem ev)
Duración tratamiento anti-TNF	12 meses	12 meses	26 meses	13 meses
Síntomas neurológicos debut	Parestesias y disestesias en EII	Parestesias y disestesias occipitales	Parestesias en cuero cabelludo	Paresia EID e hiperreflexia en EII
RM del SNC basal	Hiperintensidad (LD) medular cervical	Hiperintensidad (LD) centro semioval izquierdo	Hiperintensidades (LD) SB periventricular derecho	Hiperintensidades (LD) SB subcortical bilateral
EMG	Normal	Normal	Normal	Alterado
Potenciales evocados	Normal	Normal	Normal	Normal
Diagnóstico neurológico	Enfermedad desmielinizante	Enfermedad desmielinizante	Enfermedad desmielinizante	Esclerosis múltiple (criterios Mc Donald)
RM del SNC tras retirada tratamiento	Reducción lesiones	Reducción lesiones	Desaparición lesiones	Permanencia lesiones
Evolución actual	Asintomático	Asintomático	Asintomático	Clínica de esclerosis múltiple

LD: lesión desmielinizante; SB: sustancia blanca; EII: extremidades inferiores; EID: extremidad inferior derecha; RM: resonancia magnética; EMG: electromiograma.

la duración de los síntomas articulares era de 6 meses y 5 años, respectivamente. Todos cumplían criterios de clasificación ACR/EULAR 2010, pero el caso de evolución más corta no cumplía criterios ACR 1988 debido a la ausencia de cambios radiográficos. En el momento del diagnóstico del síndrome LGG, 3 pacientes presentaban sinovitis activa, 5 secuelas articulares, 2 esplenomegalia, y 1 nódulos reumatoides e hiperpigmentación en extremidades inferiores. La manifestación que condujo al diagnóstico fue la aparición de infecciones graves o recurrentes en 5 casos. Todos cursaban con reactantes de fase aguda elevados, neutropenia persistente (rango: 0-550 neutrófilos/mL) y mostraban LGG en el frotis sanguíneo. Presentaban además factor reumatoide positivo, a títulos altos en 5 de ellos, y anticuerpos anti-CCP en 3 casos. Se detectó hipergammaglobulinemia en todos los pacientes, siendo monoclonal en 2 casos. El inmunofenotipo en sangre periférica demostró una expansión clonal de linfocitos T CD8+ aberrantes en 4 casos (SF 2, leucemia LGG 2); en los otros 2 casos fue policlonal. La biopsia de médula ósea detectó infiltración por LGG sólo en los casos de leucemia. Todos los pacientes fueron tratados inicialmente con glucocorticoides, pero en 5 de ellos fue necesaria la administración de factores estimuladores de colonias granulocíticas. En 3 casos se administró metotrexato a dosis de 15 mg/semana, con mejoría parcial. En los casos de leucemia LGG fue necesaria la administración de quimioterapia, lográndose la remisión en un caso y respuesta parcial en el otro. La media de seguimiento fue de 4,6 años y durante este período 2 pacientes (SF 1, Leucemia LGG 1) continuaron presentando infecciones recurrentes y uno con SF falleció a consecuencia de un shock séptico.

Conclusiones: Los pacientes con SF y leucemia LGG tienen un perfil similar de manifestaciones clínicas e inmunológicas. Aunque generalmente se presentan como una complicación tardía de la AR, en algunos casos pueden coincidir con el inicio de la enfermedad. El curso de estos trastornos es crónico e indolente, y el pronóstico está condicionado por las infecciones recurrentes, que son la principal causa de muerte en estos pacientes.

117. DETERMINANTES DE LA PROGRESIÓN RADIOLÓGICA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE: RELACIÓN CON LAS CONCENTRACIONES SÉRICAS DE OPG, RANKL Y DKK-1

C. Gómez Vaquero, I. Martín, J.A. Narváez, J. Hernández Gañán, P. Alía y J. Narváez

Servicios de Reumatología, Radiodiagnóstico y Laboratorio de Análisis Clínicos. Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Introducción: Osteoprotegerina (OPG), RANKL y DKK-1 actúan como moléculas reguladores de la resorción y formación ósea. El desacoplamiento del remodelado óseo que se produce en la artritis reumatoide (AR) es causa de pérdida de masa ósea y erosiones articulares.

Objetivos: 1) En pacientes afectos de AR, determinar las concentraciones séricas de OPG, RANKL y DKK-1 y su relación con la progresión radiológica articular. 2) Evaluar las interacciones con los parámetros de medida de actividad y discapacidad de la AR.

Métodos: De un estudio previo en el que se realizó RX de manos y se congeló suero (T0), se seleccionaron los pacientes controlados desde el diagnóstico de la enfermedad en una consulta de AR de inicio de

un hospital universitario mediante una estrategia de tight control y se les realizaron de nuevo las exploraciones reseñadas (T1). Las variables de estudio fueron: 1) V. relacionadas con el paciente: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC); 2) V. relacionadas con la historia de la AR: duración, FR, antiPCC; 3) V. de actividad de la enfermedad: DAS28 y PCR medios entre T0 y T1; 4) V. de discapacidad: HAQ; 5) Tratamientos de la AR; 6) Concentraciones séricas de OPG, RANKL y DKK-1; y 7) Índice de Sharp-van der Heijde (ISH) en manos, analizando por separado y conjuntamente las erosiones (ISH-Ero) y el espacio articular (ISH-Esp).

Resultados: Se incluyeron 97 pacientes (60 mujeres) con una edad media de 53 ± 14 años y un IMC medio de $25,9 \pm 4,9$ kg/m². La duración media de la AR en T0 era de $1,6 \pm 1,5$ años. El 61% de los pacientes tenía el FR + y el 62%, antiPCC +. El DAS28 medio era de $2,61 \pm 0,96$; la PCR, $5,9 \pm 7,1$ mg/L; y el HAQ, $0,330 \pm 0,331$. El 76% de los pacientes tenía baja actividad (DAS28 < 3,2) y el 23%, actividad moderada (DAS28 > 3,2 y < 5,1); sólo un paciente presentada actividad alta (DAS28: 5,21). El tiempo medio entre T0 y T1 fue de $3,3 \pm 1,5$ años. Todas las determinaciones del ISH se correlacionaron directamente con la edad ($p < 0,01$) así como con la PCR ($p < 0,01$). Las concentraciones de OPG se correlacionaron con la edad, el DAS28, la PCR y con ISH-Ero, ISH-Esp e ISH en T0. La progresión media del ISH fue de $5,8 \pm 14,2$; la del ISH-Ero, $2,7 \pm 8,8$; y la del ISH-Esp, $3,1 \pm 7,2$. La progresión de ISH e ISH-Esp se correlacionaron con el tiempo entre T0 y T1 ($p < 0,05$), el DAS28 ($p < 0,01$) y la PCR ($p < 0,01$); la progresión del ISH-Esp, con la dosis acumulada de glucocorticoides entre T0 y T1 ($p < 0,05$); y la progresión del ISH-Ero, con la PCR ($p < 0,05$). Los pacientes con baja actividad de la enfermedad presentaron una progresión menor del ISH-Ero ($1,9 \pm 8,5$ vs $5,2 \pm 9,6$; p : ns), del ISH-Esp ($1,7 \pm 5,2$ vs $7,9 \pm 10,9$; $p < 0,001$) y del ISH ($3,6 \pm 12,0$ vs $13,0 \pm 18,2$; $p < 0,01$) que los pacientes con actividad moderada. Los pacientes que mejoraron (n : 17), no presentaron variación (n : 43) y empeoraron (n : 37) del ISH tenían un DAS28 medio de $2,4 \pm 0,9$, $2,5 \pm 1,0$ y $3,0 \pm 1,0$ ($p < 0,05$), respectivamente.

Conclusiones: La progresión del daño radiológico en una serie de pacientes controlados en una consulta de AR de inicio es dependiente de la actividad de la enfermedad. Las concentraciones de OPG, RANKL y DKK-1 no parecen útiles para predecir la progresión del daño radiológico.

118. OPTIMIZACIÓN DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN HURS

J. Calvo Gutiérrez¹, M.C. Castro Villegas¹, M. Romero¹, A. Escudero Contreras¹, D. Vilchez Ruiz¹ y E. Collantes Estévez¹

Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Instituto Maimónides de investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba.

Introducción: La introducción de la TB, muchos pacientes refractarios a otras terapias antirreumáticas en el caso de la AR o de la APs, o los AINE en el caso de la EA, responden de manera favorable consiguiendo un estado de remisión o baja actividad. Estos pacientes son tratados inicialmente con las dosis recomendadas en ficha técnica, pero no existe ningún consenso sobre cuál es la actitud a seguir en presencia de una remisión sostenida. Las TB para pacientes reumáticos ocupan el 3^{er} lugar del gasto sanitario en la farmacia hospitalaria en España. Existen datos en la literatura que demuestran que

Tabla Póster 117

	ISH	ISH-Ero	ISH-Esp	OPG (pmol/L)	RANKL* (pmol/L)	OPG/RANKL*	DKK-1 (pmol/L)
T0	14,0 ± 14,1	8,0 ± 9,0	6,0 ± 6,9	3,9 ± 1,8	0,26 ± 0,33	53,5 ± 55,1	29,9 ± 11,0
T1	21,4 ± 8,5	11,3 ± 10,5	10,1 ± 10,0	4,1 ± 2,2	0,37 ± 0,38	29,7 ± 39,4	26,4 ± 18,9

*Concentraciones de RANKL por debajo del límite de detección en 82 (T0) y 72 (T1) pacientes.

Tabla Póster 118

	Infliximab	Adalimumab	Etanercept	Golimumab	Certolizumab pegol	Abatacept	Tocilizumab	Rituximab	
AR	8	17	8			6	9		48
SpAXIAL	17	13	7	6					43
APso	10	3	3	1		1			18
Behçet	2		2						4
Uveítis	2								2
Otros	1								1
	40	33	20	7	0	7	9	0	116

el abandono de TB produce recidiva en la mayoría de los casos. No obstante, algunos estudios observacionales sugieren la posibilidad de reducir la dosis hasta la mínima eficaz, con la idea de que algunos pacientes, quizá tratados demasiado con las dosis estándar, podrían obtener el mismo beneficio con menor. La reducción de dosis se está implementando de manera empírica en los últimos años para lograr una reducción de costes en esta época de crisis. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la supervivencia de la reducción de dosis de TB en una serie de pacientes en remisión clínica.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal retrospectivo. Se incluyeron pacientes con dosis reducidas de TB en nuestro centro. La reducción de dosis se aplicó a aquellos pacientes en remisión clínica durante al menos 3 revisiones previas antes de la reducción de dosis. En el caso de INF se redujo de 5 a 3 mg/kg y/o alargamiento en el espaciamiento de dosis a 9-10 sem. En el caso de TB sc, tocilizumab y abatacept se llevó a cabo un alargamiento en espaciamiento de dosis. V. desenlace: Remisión clínica de la enfermedad medida según DAS28 para AR y Apso poliarticular y BASDAI para Spax y Apso axial. Tiempo de reducción de dosis. Se calcularon porcentajes para variables cualitativas y las comparaciones por grupos según test de ANOVA.

Resultados: De los 399 pacientes que están recibiendo TB se han optimizado 116 (29%). En la tabla describimos la distribución de los pacientes optimizados según enfermedad y TB. El tiempo medio supervivencia del tratamiento hasta la optimización fue de 62 m ($\pm 29,6$ m) para la AR, 54,3 ($\pm 29,7$ m) en SpA y de 42,8 m ($\pm 27,2$ m) en Apso sin diferencias. De los 131 optimizados 35 (26,7%) no toleraron la optimización con un tiempo medio hasta la recaída de 6,8 m ($\pm 4,6$ m). Sin encontrarse diferencias según el tipo de TB, siendo 6,7 m para infliximab, 7,5 m para adalimumab y 6,7 m para etanercept. Aunque si se demostró que dicha recaída fue más precoz en el AR que en SpA y Apso. En relación con los datos de actividad clínica de los pacientes en el momento de la optimización, los pacientes con AR tenían una media de DAS28 3,1 ($\pm 1,2$), en el caso de SpAxial en BASDAI de 2,5 (± 2) y 1,8 ($\pm 0,7$) en la Apso axial. Tras comparar las características clínicas de los pacientes optimizados que se mantuvieron optimizados frente a los que no toleraron no encontramos diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: A la vista de nuestros resultados podemos concluir que la optimización sí puede ser una actuación coste-efectiva en pacientes con actividad baja o remisión prolongada. Sin embargo son necesarios estudios bien diseñados para demostrar las pautas de optimización a seguir y determinar qué tipo de pacientes serían los candidatos a la misma.

119. AUSENCIA DE PÉRDIDA DE MASA ÓSEA EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CON BUEN CONTROL DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

C. Gómez Vaquero, I. Martín, P. Alía, J.M. Nolla y J. Narváez

Servicio de Reumatología y Laboratorio de Análisis Clínicos. Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Introducción: Clásicamente, la artritis reumatoide (AR) se asocia a una pérdida de masa ósea que se relaciona tanto con factores

dependientes del propio paciente como con factores relacionados con la evolución de la enfermedad, fundamentalmente su actividad, y con los tratamientos administrados. En los estudios más recientes, el mejor control de la actividad de la enfermedad, secundario a las estrategias terapéuticas más eficaces que se utilizan en la actualidad, parece que ha disminuido la pérdida de masa ósea.

Objetivos: 1) En pacientes afectos de AR, determinar las concentraciones séricas de OPG, RANKL y DKK-1 y su relación con la pérdida de masa ósea. 2) Analizar las interacciones con los parámetros de medida de actividad y discapacidad de la AR y con la dosis acumulada de glucocorticoides.

Métodos: De un estudio previo en el que se realizó una RX de manos y se congeló suero (T0), se seleccionaron los pacientes controlados desde el diagnóstico de la enfermedad en una consulta de AR de inicio de un hospital universitario mediante una estrategia de tight control y se les realizaron de nuevo las exploraciones reseñadas (T1). Las variables de estudio fueron: 1) V. relacionadas con el paciente: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC); 2) V. relacionadas con la historia de la AR: duración, FR, antiPCC; 3) V. de actividad de la enfermedad: DAS28 y PCR medios entre T0 y T1; 4) V. de discapacidad: HAQ; 5) Tratamientos de la AR; 6) Concentraciones séricas de OPG, RANKL y DKK-1; y 7) Densidad mineral ósea (DMO) de columna lumbar (CL) y fémur proximal (cuello femoral y fémur total).

Resultados: Se incluyeron 97 pacientes (60 mujeres) con una edad media de 53 \pm 14 años y un IMC medio de 25,9 \pm 4,9 kg/m². La duración media de la AR en T0 era de 2,4 \pm 1,8 años. El 61% de los pacientes tenía el FR + y el 62%, antiPCC +. El DAS28 medio era de 2,61 \pm 0,96; la PCR, 5,9 \pm 7,1 mg/L; y el HAQ, 0,330 \pm 0,331. El 76% de los pacientes tenía baja actividad (DAS28 < 3,2) y el 23%, actividad moderada (DAS28 = 3,2 y < 5,1); sólo un paciente presentada actividad alta (DAS28: 5,21). El tiempo medio entre T0 y T1 fue de 2,6 \pm 1,0 años. La dosis acumulada de glucocorticoides entre T0 y T1 fue de 10,6 \pm 2,4 g. La pérdida de masa ósea en CL se asoció a la edad y a la positividad del antiPCC. En T0, la concentración sérica media de OPG fue de 3,9 \pm 1,8 pmol/L; la de RANKL, 0,26 \pm 0,33 pmol/L; la de DKK-1, 29,9 \pm 11,0 pmol/L; la ratio OPG/RANKL, 53,5 \pm 55,1. Las concentraciones de RANKL estuvieron por debajo del límite de detección en 82 pacientes en T0. Ni la DMO en T0 o en T1 ni la diferencia entre T1 y T0 en ninguna de las tres localizaciones se correlacionó con las concentraciones de OPG, RANKL ni DKK-1. En T0 y T1, el 38% de los pacientes tenían una DMO normal, el 50% osteopenia y el 12% osteoporosis, según la clasificación de la OMS.

	T0 (g/cm ²)	T1 (g/cm ²)	T1-T0 (%)
DMO-Columna lumbar (CL)	0,950 \pm 0,165	0,964 \pm 0,160	1,6 \pm 7,5
DMO-Cuello femoral (CF)	0,788 \pm 0,159	0,763 \pm 0,128	-1,8 \pm 8,5
DMO-Fémur total (FT)	0,929 \pm 0,137	0,938 \pm 0,122	1,4 \pm 7,9

Conclusiones: En una población de AR seguidas en una consulta de AR de inicio y con un buen control de la actividad de la enfermedad, la pérdida de masa ósea no es significativa. Las concentraciones de OPG, RANKL y DKK-1 no parecen relacionarse con la evolución de la DMO.

120. DAÑO ESTRUCTURAL RADIOGRÁFICO EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL

E. Toniolo, A. Laiz, P. Moya, B. Magallares, C. Díaz-Torné, I. Castellví, E. Córca, M. Sarmiento, M. Millán, C. Geli y J.M. Llobet

Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: Recientes estudios en el campo de las espondiloartritis axiales (EsA-ax) han mostrado un grupo de pacientes con lumbalgia crónica y sin evidencia de daño radiográfico (espondiloartritis axiales no radiográficas). Actualmente faltan datos que confirmen si se trata de un estadio inicial de la enfermedad o bien de un grupo de EsA-ax diferente, en el cual tiempo de evolución y daño estructural radiográfico no muestran relación.

Objetivos: Describir nuestra cohorte de pacientes diagnosticados de espondiloartritis axiales radiológicas. Valorar si aquellos con afectación estructural de columna son los de mayor tiempo de evolución de la enfermedad y la relación que existe entre este grupo más afectado y los diferentes parámetros que componen los criterios ASAS para EsA-ax.

Métodos: Se revisaron todos los pacientes diagnosticados de EsA-ax por criterios ASAS o criterios de NY, visitados en una consulta monográfica de espondiloartritis de nuestro centro, entre enero 2012 y diciembre 2013. Se incluyeron solo los que presentaban sacroileítis de grado II o mayor. Se excluyeron todos aquellos que no disponían de radiografía dorso-lumbar. Las variables clínicas y de laboratorio: edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, HLA-B27, respuesta positiva a AINEs, historia familiar, dolor lumbar inflamatorio, artritis, entesitis, uveítis, dactilitis, psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal, fueron recogidas a partir de los datos de las historias clínicas. Se consideró como afectación estructural de columna la presencia de 3 o más sindesmofitos a nivel dorsal y/o lumbar. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba T para muestras independientes y chi-cuadrado.

Resultados: De un total de 72 pacientes con EsA-ax, 58 cumplieron criterios de inclusión y exclusión. La media de edad de toda la muestra fue de 54 años y el 69% fueron hombres. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 19,48 años y 36 pacientes presentaron sindesmofitos en la columna. Solo la edad media de los pacientes, el sexo y el tiempo medio de evolución de la enfermedad, mostraron resultados significativos en relación con la afectación estructural (tabla).

Conclusiones: En nuestra cohorte, los pacientes con EsA-ax y afectación radiográfica de sacroilíacas que además presentaban afectación estructural de columna, fueron aquellos de mayor tiempo de evolución y mayor edad, con un predominio de hombres. No se encontraron diferencias significativas para el resto de las características valoradas, incluido el HLA B27, que fue similar en ambos grupos de pacientes

121. LINFOHISTIOCITOCIS HEMOFAGOCÍTICA SECUNDARIA. REPORTE DE 13 CASOS CLÍNICOS. DIFERENCIAS ENTRE LOS 4 GRUPOS DE ENFERMEDADES

C.A. Egües Dubuc, N. Errazquin Aguirre, C. Meneses Villalba, M. Uriarte Ecenarro, I. Bañegil Espinosa, M. Yagüe Asensio, I. Hernando Rubio, O. Maíz Alonso, J. Cancio Fanlo, E. Uriarte Isacelaya y J. Belzunegui Otano

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.

Introducción: La linfocitocis hemofagocítica (LHH) es un conjunto de enfermedades que se caracteriza por ser un síndrome agudo, grave y con alta mortalidad. Actualmente la información en la literatura de esta, es variada y escasa, por lo que queremos realizar una revisión de casos clínicos presentados en nuestro hospital.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas, analíticas, tratamientos, mortalidad y trastornos subyacentes durante el ingreso hospitalario y tras el alta de pacientes con diagnóstico de LHH en el periodo diciembre 2008-enero 2014.

Métodos: Se estudió una cohorte retrospectiva mediante la revisión de historias clínicas (HC) en papel e informatizadas de pacientes con diagnóstico de LHH. Se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico de LHH. Se revisaron las HC desde el diagnóstico en el ingreso hospitalario y tras su alta hospitalaria hasta enero 2014. Las variables cualitativas nominales recogidas fueron: diagnóstico, tratamientos durante el ingreso y actuales. Las variables dicotómicas fueron: sexo, fiebre y organomegalias, mortalidad hospitalaria y tras el alta, ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y recidivas de LHH. Las variables cuantitativas fueron: edad, hallazgos analíticos, estancia hospitalaria en días: desde el ingreso hasta la realización de la biopsia de médula ósea, desde la biopsia al alta o muerte y la total. Los pacientes se agruparon en 4 grupos de enfermedades: autoinmunes (AI), hemato-oncológicas (HO), infecciosas (Inf.) y oncológicas (Onc.). Las variables fueron analizadas entre los 4 grupos y entre el grupo de AI y HO. Las variables cuantitativas presentaron una distribución asimétrica por lo que se muestran con la mediana y el rango intercuartil. Para el análisis bivariante se utilizó las pruebas: Kruskal-Wallis, chi cuadrado de Pearson y la exacta de Fisher.

Resultados: Se encontraron 13 pacientes: 5 con enfermedades AI (2 lupus eritematoso sistémico, 2 enfermedad de Still del adulto y 1 enfermedad asociada a la IgG4), 5 con enfermedades HO [2 linfoma no Hodgkin (LNH) de células B grande de bazo, 1 LNH de células T y B, 1 Leucemia mieloide aguda y 1 Linfoma extranodal de células Natural Killers], 2 con enfermedades Inf. (1 sepsis por *Campylobacter jejuni* y 1 Virus de inmunodeficiencia humana estadio C3 e infección por *Pneumocistis jiroveci*) y 1 con enfermedad Onc.

Tabla Póster 120

	Total (n = 58)	Rx Lumbar - (n = 22)	Rx Lumbar + (n = 36)	p
Edad media (años ± DE)	53,69 ± 13,41	47,36 ± 13,05	57,56 ± 13,45	p = 0,006*
Tiempo de evolución media (años ± DE)	19,48 ± 12,06	14,86 ± 9,57	22,31 ± 12,67	p = 0,021*
Sexo masculino (%)	40 (69)	11 (50)	29 (80,5)	p = 0,02*
Dolor lumbar inflamatorio (%)	48 (82,75)	20 (90,9)	28 (77,8)	p = 0,29
Artritis (%)	31 (53,45)	11 (50)	20 (55,5)	p = 0,79
Entesitis (%)	25 (43,1)	9 (40,9)	16 (44,4)	p = 1,00
Uveítis (%)	12 (20,7)	6 (27,3)	6 (16,7)	p = 0,50
Dactilitis (%)	6 (10,3)	3 (13,6)	3 (8,3)	p = 0,7
Psoriasis (%)	20 (34,5)	10 (45,4)	10 (27,8)	p = 0,25
EII (%)	2 (3,45)	1 (4,5)	1 (2,8)	p = 1,00
Buena respuesta a AINEs (%)	47 (81)	20 (90,9)	27 (75)	p = 0,29
Historia familiar (%)	13 (22,4)	4 (18,2)	9 (25)	p = 0,75
HLA-B27 (%)	33 (56,9)	12 (54,5)	21 (58,3)	p = 0,78
PCR elevada (%)	45 (77,6)	15 (68,2)	30 (83,3)	p = 0,21

*p se realizó con una T para muestras independientes, el resto con chi-cuadrado o test de Fischer según el caso.

Variables	Total de pacientes (n = 13)	Enfermedades autoinmunes (n = 5)	Enfermedades Onco-hematológicas (n = 5)	Enfermedades Infecciosas (n = 2)	Enfermedades Oncológicas (n = 1)	p (entre los 4 grupos)	p (entre grupo 1 y 2)
Edad (años)	n = 13 54 (32-63)	n = 5 35 (30-40)	n = 5 55 (54-65)	n = 2 45,5 (37,8-53,6)	n = 1 78	0,183	0,151
Sexo femenino	n = 13 6 (46%)	n = 5 3 (60%)	n = 5 2 (40%)	n = 2 1 (50%)	n = 1 0	0,332	0,421
Hospitalización (días)	n = 13 38 (26-80,5)	n = 5 38 (37-56)	n = 5 61 (38-100)	n = 2 24 (20,5-27,5)	n = 1 30	0,929	0,548
Retraso en el diagnóstico (días)	n = 13 31 (8-18)	n = 5 14 (7-18)	n = 5 30 (16-91)	n = 2 15 (13,5-16,5)	n = 1 15	0,383	1
Días de recuperación tras el diagnóstico	n = 13 23 (12-64,5)	n = 5 35 (23-38)	n = 5 4 (80%)	n = 2 0	n = 1 0	0,386	0,381
Ingreso en UCI	n = 13 5 (38%)	n = 5 2 (40%)	n = 5 14,5 (7,8-21,3)	n = 1 27	n = 1 1	0,306	0,841
Tiempo de seguimiento tras el alta (meses)	n = 9 27 (7-36,5)	n = 5 35 (16-42)	n = 5 7 (7-7)	n = 2 6,5 (6,25-6,75)	n = 1 4	0,307	0,222
Nº de criterios	n = 13 7 (6-7)	n = 5 5 (100%)	n = 5 5 (100%)	n = 2 2 (100%)	n = 1 1	0,618	0,548
Fiebre	n = 13 13 (100%)	n = 5 5 (100%)	n = 5 7 (6-7,4)	n = 2 7,6 (7,4-7,8)	n = 1 8,6	0,054	0,095
Organomegalia	n = 13 12 (92%)	n = 5 7,5 (7,3-8,9)	n = 5 16,000 (8,000-17,000)	n = 2 9,500 (9,250-9,750)	n = 1 5,000	0,416	0,4
Hemoglobina (mg/dl)	n = 13 7,4 (6,8-8,2)	n = 5 15,000 (10,000-20,000)	n = 5 2,340 (1,660-3,340)	n = 2 2,025 (1,530-2,570)	n = 1 480	0,499	0,413
Plaquetas (/ul)	n = 13 10,000 (5,300-19,500)	n = 5 2,340 (1,660-3,340)	n = 5 0 (0-360)	n = 2 1,160 (580-1,740)	n = 1 230	0,167	0,222
Leucocitos (/ul)	n = 13 1,200 (265-2,715)	n = 5 1,006 (650-1,130)	n = 5 382 (340-427)	n = 2 373 (323-422)	n = 1 149	0,524	0,69
Neutrófilos (/ul)	n = 13 580 (0-1,565)	n = 5 417 (412-561)	n = 5 287 (195-478,5)	n = 2 214	n = 1 117	0,776	0,905
Triglicéridos (mg/dl)	n = 13 412 (264-516)	n = 4 158 (97-287)	n = 5 16,751 (13,246-26,021)	n = 2 10,347 (10,051-10,642)	n = 1 54	0,101	0,286
Fibrinógeno (mg/dl)	n = 9 212 (103-400)	n = 4 158 (97-287)	n = 5 199 (175-277)	n = 2 79 (51-106)	n = 1 54	0,171	0,167
Ferritina (ug/L)	n = 11 15,300 (2,868-16,796)	n = 5 15,300 (2,422-15,359)	n = 5 512 (395-1,080)	n = 2 133 (83-184)	n = 1 88	0,171	0,31
Transaminasa glutámico-pirúvica	n = 13 199 (70-465)	n = 5 512 (395-1,080)	n = 5 147 (108-270)	n = 2 597 (519-674)	n = 1 426	0,524	1
Transaminasa glutámico-oxalacética	n = 13 199 (96-475)	n = 5 566 (199-596)	n = 5 1,120 (352-1,145)	n = 2 1,65 (1,62-1,68)	n = 1 3,7	0,576	0,69
Lactato deshidrogenasa	n = 13 824 (433-1,132)	n = 5 959 (824-993)	n = 5 3,4 (2,5-11,5)	n = 2 1,25 (1,18-1,3)	n = 1 1,88	0,111	0,286
Bilirrubina directa	n = 13 2,5 (1,1-8,35)	n = 5 1,1 (1,1-5,2)	n = 5 1,44 (1,3-1,6)	n = 2 5,5 (5,45-5,55)	n = 1 3,1	0,171	0,167
INR	n = 12 1,46 (1,16-1,8)	n = 4 1,5 (1,4-1,7)	n = 5 4,3 (4-4,3)	n = 2 123 (98-147)	n = 1 68	0,171	0,167
Proteínas totales	n = 13 4,35 (4-5,26)	n = 5 341 (297-407)	n = 5 1,062 (266-1,132)	n = 2 162 (129-194)	n = 1 173	0,17	0,548
Fosfatasa alcalina	n = 13 275 (157-419)	n = 5 584 (491-681)	n = 5 0	n = 2 1 (50%)	n = 1 0	0,17	0,167
Gamma-glutamil transpeptidasa	n = 13 491 (200-992)	n = 5 0	n = 5 0	n = 2 0	n = 1 1	0,17	0,167
Mortalidad durante la hospitalización	n = 13 4 (31%)	n = 5 0	n = 5 0	n = 2 0	n = 1 1	0,17	0,167
Mortalidad Tras el alta hospitalaria	n = 9 1 (11%)	n = 5 0	n = 5 0	n = 2 0	n = 1 1	0,17	0,167

(quimioterapia en glioblastoma multiforme grado IV). En la tabla 1 se muestra el análisis descriptivo y bivalente de las variables comparadas entre los 4 grupos y entre el grupo de enfermedades AI y HO. Respecto al tratamiento se utilizaron glucocorticoides en todos los pacientes, inmunoglobulinas en 8 pacientes (3 AI, 2 HO, 2 Inf y 1 Onc.), ciclosporina en 8 pacientes (5 AI y 3 HO), anakinra en 4 pacientes (2 AI y 2 HO), tocilizumab y quimioterapia ambos en 2 pacientes HO. Además se utilizaron antibióticos de amplio espectro y tratamiento de sostén como transfusiones de glóbulos rojos y plaquetas, factor estimulador de crecimiento de colonias, eritropoyetina y fármacos vasopresores en la mayoría de pacientes. Durante el seguimiento tras el alta ningún paciente ha recidivado de LHH y un paciente que no se encontró la causa de LHH durante el ingreso se pudo diagnosticar 7 meses después (enfermedad asociada a la IgG4).

Conclusiones: Se encontró que la leucopenia es menor en las enfermedades AI que en las HO con una p estadísticamente significativa.

122. PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN CLÍNICA DE LA CIRROSIS BILIAR PRIMARIA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

M. Sarmiento¹, I. Castellví¹, C. Díaz-Torné¹, C. Geli¹, A. Laiz¹, P. Moya¹, M.E. Córca¹, E. Toniolo¹, A. Millán¹, J. Casademont² y J.M. de Llobet¹

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

Introducción: La cirrosis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática crónica autoinmune. Su relación con la esclerosis sistémica (ES) es bien conocida, sin embargo se ha estimado una baja prevalencia de CBP en los pacientes con ES (2-2,5%). Se ha descrito una posible asociación entre la hipertensión pulmonar (HP) presente en la ES y la CBP sin llegar a demostrarse. Tampoco se ha estudiado la relación de otras manifestaciones de la ES y la CBP.

Objetivos: Describir la prevalencia de CBP en una cohorte de pacientes con ES. Determinar si la presencia de CBP en pacientes con ES se asocia con las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con ES del servicio de Reumatología de un hospital universitario de nivel terciario. Se determinó la presencia o ausencia de CBP estudiado en ambos grupos las siguientes variables: sexo, tipo de ES (limitada, difusa, preES, sin esclerodermia), anticuerpos específicos (ATAI, ACA, RNAPol, U3RNP, Th/To, U1RNP, Pm/scl), anti Ro. Presencia o ausencia de: Síndrome de Sjögren (SS), síndrome seco no Sjögren, úlceras digitales (UD), telangiectasias, calcinosis, afectación musculoesquelética (AME), crisis renal (CR), afectación gastrointestinal (AGI), enfermedad pulmonar intersticial (EPI) e HP. También se recogieron las cifras de función hepática y renal, NTproBNP, parámetros de función respiratoria y ecocardiográficos. Para la comparación entre grupos de variables cualitativas se utilizó la prueba de chi-cuadrado y t de Student para comparación de variables cuantitativas. El nivel de significación estadística se estableció para valores de p = 0,05.

Resultados: Se incluyeron un total de 151 pacientes con ES. 92,5% fueron mujeres. 104 (70,7%) presentaban ES limitada, 20 (13,6%) difusa, 11 (7,5%) preES y 2 (1,4%) sin esclerodermia. 30 (21,6%) tenían SS y 24 (17,3%) síndrome seco no Sjögren. 28 (21,4%) tenían antiRo, 73 (48,3%) ACA, 17 (11,3%) ATAI, 13 (8,6%) U1RNP, 5 (3,3%) RNAPol, 1 (0,7%) pm/Scl, 1 (0,7%) U3RNP, 2 (1,3%) Ku y 1 (0,7%) Th/To. 23,8% habían presentado UD, 45,7% telangiectasias, 16,9% calcinosis, 17,7% AME, 47,1% AGI, 27,9% EPI, 20,4% HP y 1,4% CR. 22 pacientes (15%) fueron diagnosticados de CBP. Los pacientes con ES-CBP presentaban de manera significativa mayor prevalencia de SS (10/22 vs 20/117; p = 0,003), sin embargo no se observaron diferencias entre

los pacientes con CBP o no que presentaban síndrome seco no Sjogren (18,18 vs 17,9; p ns). Los pacientes con ES-CBP presentaron de manera estadísticamente significativa, mayor frecuencia de ACA (18/21 vs 57/118 p = 0,002) y de antiRo (10/21 vs 18/110 p = 0,001). No se encontró relación entre las manifestaciones clínicas incluida la HP, aunque los pacientes con CBP si presentaron una tendencia de valores de VRT mayores (p 0,086). Respecto al grupo sin CBP, se objetivó una tendencia mayor de UD (p < 0,08) y de mayor AME (p < 0,08). Se obtuvieron datos de NT ProBNP en 80 pacientes, de los cuales la mayoría no presentaba CBP (73vs7) y tenían valores más altos de NT proBNP (584,6 vs 198,71 pg/ml p = 0,027). Los resultados se resumen en la tabla.

	CBP (n=22)	No CBP (n=125)	P
Mujeres (%)	95,45	92	ns
Síndrome Sjögren (%)	45,45	17,09	< 0,01
Síndrome seco no Sjögren (%)	18,18	17,09	ns
Telangiectasias (%)	47,61	45,29	ns
Calcinosis (%)	14,28	17,39	ns
Ulceras digitales (%)	9,09%	26,4%	0,079
Enfermedad pulmonar intersticial (%)	22,72	28,8	ns
Presencia de hipertensión pulmonar (%)	22,72	20	ns
Afectación musculoesquelética (%)	4,54	20,16	0,078
Crisis renal esclerodérmica (%)	0,00	1,6	ns
Afectación gastrointestinal (%)	33,33	49,57	ns
Anti topoisomerasa I (%)	22,22	16,66	ns
Anti centrómero (%)	85,71	48,30	< 0,01
Anti Ro (%)	47,61	16,36	< 0,01
GOT (U/L)	33,82 ± 14,17	20,67 ± 8,66	< 0,001
GPT (U/L)	30,95 ± 15,51	18,15 ± 14,71	< 0,01
Fosfatasa alcalina (U/L)	169,55 ± 136,28	77,42 ± 35,03	< 0,001
GGT (U/L)	82,64 ± 81,07	28,79 ± 37,87	< 0,001
NT PROBNP (pg/ml)	198,71 ± 137,04	584,60 ± 1.393,72	< 0,05
Velocidad de reflujo tricúspideo (VRT) (m/seg)	1,80 ± 0,42	2,08 ± 0,57	0,086

Conclusiones: A diferencia de otros trabajos, se encontró una mayor prevalencia de CBP en los pacientes con ES. Esto posiblemente se deba a la actual determinación de anticuerpos específicos. No se encontró una relación de HP con CBP ni otras manifestaciones de la enfermedad. Los pacientes sin CBP tienen una tendencia a presentar UD, a tener AME y valores más altos de NTproBNP.

123. NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS EN PACIENTES CON PATOLOGÍA REUMATOLÓGICA DE BASE Y TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR. DESCRIPCIÓN DE UNA NUEVA SERIE DE CASOS EN NUESTRO HOSPITAL

F. Gallo Puelles, J.A. Paz Solarte, S. Rodríguez Montero y J.L. Marengo de la Fuente

UGC de Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: Entre los factores predisponentes que causan ciertas neoplasias hematológicas, encontramos el estado de inmunosupresión causado por las enfermedades reumatológicas y el tratamiento farmacológico que reciben (corticoides, fármacos modificadores de enfermedad, o biológicos). La artritis reumatoide (AR) es la patología reumática, que predispone con más frecuencia a desarrollar linfomas (OR 2,7), y en menor medida otras como el Lupus eritematoso sistémico (LES) (OR 5,7), sd Sjögren primario, etc.

Objetivos: Describir la presencia de neoplasias hematológicas en pacientes con patología reumática atendidos en nuestro servicio, en función de su enfermedad de base, tiempo evolución y tratamiento recibido.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se seleccionaron los pacientes con enfermedad reumatológica en seguimiento por el servicio de Reumatología del Hospital de Valme, diagnosticados de neoplasia hematológica en el periodo de 2005-2013. Se identificaron en la base de datos electrónica de nuestro servicio y documentación clínica. Se recogieron datos referentes a: edad, tipo de patología reumática, años de evolución, tratamiento inmunosupresor recibido, motivo de ingreso, tipo de neoplasia hematológica y desenlace final (mejoría/exitus).

Resultados: Se obtuvieron un total de 20 pacientes con enfermedad reumática y neoplasia hematológica: 11 con Artritis Reumatoide (AR), 3 polimialgia reumática (PMR), 3 Sd Sjögren primario (SSJP), 2 LES, y 1 esclerosis sistémica. Todos habían recibido tratamiento inmunosupresor con corticoides, 9 metotrexate (MTX), 2 salazopirina (SSZ), 2 hidroxiquina (HCQ), 1 leflunomida (LEF), 1 Dpenicilamina. De todos los pacientes (más de 300) en tratamiento biológico en nuestro centro, sólo hubieron dos casos de neoplasia hematológica: una mujer de 57 años, con AR en tratamiento con golimumab, que presentó un mieloma con posterior exitus; y un hombre de 61 años con AR y adalimumab, que desarrolló un Lin-

Tabla Póster 123

Paciente (sexo/edad)	Enfermedad reumática/ Diagnóstico	Tratamiento	Neoplasia hematológica	Forma de presentación	Desenlace
Mujer 81	SSJP > 5 años	Corticoides, ciclofosfamida	Linfoma no Hodgkin	Tumoración palpebral bilateral	Exitus
Mujer 78	AR > 5 años	Corticoides, MTX	Linfoma de Hodgkin	Sd constitucional y edemas	Mejoría
Mujer 78	PMR > 5 años	Corticoides	Mieloma	Fiebre y dolor óseo.	Exitus
Mujer 77	AR/SSJS > 5 años	Corticoides, SSZ, HCQ	Linfoma no Hodgkin	Síntomas B.	Exitus
Mujer 75	A.R > 5 años	Corticoides, SSZ	Linfoma no Hodgkin	Tumoración axilar, síntomas B.	Mejoría
Mujer 73	SSJP > 5 años	Corticoides	Linfoma no Hodgkin	Anemia y lumbalgia.	Exitus
Mujer 72	Esclerodermia > 5 años	Corticoides, D Penicilamina	Linfoma cutáneo de Sezary	Lesiones cutáneas.	Mejoría
Mujer 70	A.R > 5 años	Corticoides, MTX	Linfoma linfoblástico T	Síntomas B. Masa cervical.	Exitus
Mujer 69	PMR/AR	Corticoides, MTX	Leucemia Linfática crónica	Síntomas B.	Mejoría
Mujer 66	A.R > 5 años	Corticoides, MTX, HCQ	Linfoma no Hodgkin	Cuadro constitucional y anemia.	Mejoría
Mujer 64	AR	Corticoides	Leucemia aguda linfoblástica	Astenia, odinofagia y cefalea.	Exitus
Mujer 61	LES/Dermatomiositis < 5 años	Corticoides	Linfoma no Hodgkin	Síntomas B. Masa pélvica.	Exitus
Mujer 60	SSJP > 5 años	Corticoides	Linfoma no Hodgkin	Síntomas B. Vasculitis cutánea.	Mejoría
Mujer 59	LES/SSJP > 5 años	Corticoides	Linfoma no Hodgkin	Síntomas B.	Exitus
Mujer 57	AR > 5 años	Corticoides, MTX, golimumab	Mieloma	Síntomas B. Dolor óseo.	Exitus
Mujer 47	AR > 5 años	Corticoides, MTX	Linfoma linfoplasmocítico	Tumoración amigdalal, odinofagia.	Mejoría
Varón 88	PMR "Like"	Corticoides	Síndrome mielodisplásico (policitemia vera)	Prurito, poliglobulia.	Mejoría
Varón 82	AR > 5 años	Corticoides, MTX	Mieloma	Deterior neurológico, hipercalcemia.	Exitus
Varón 71	AR/SSJS > 5 años	Corticoides, MTX, ADALIMUMAB	Linfoma cutáneo células T	Lesión cutánea en mano.	Mejoría. Cambio a abatacept.
Varón 66	AR > 5 años	Corticoides, MTX, LEF	Linfoma No Hodgkin del manto	Síntomas B, Lesiones cutáneas.	Exitus

foma cutáneo de células T, con remisión y cambió a abatacept. El motivo de ingreso previo al diagnóstico de neoplasia hematológica más común fue la presencia de síntomas B. La neoplasia hematológica más frecuente fue el linfoma (14/20) (principalmente no Hodgkin), seguido del mieloma (3), leucemia (2) y un caso de síndrome mielodisplásico. El tiempo evolución entre diagnóstico de la patología reumática y el desarrollo de neoplasia hematológica fue > 5 años (16/20 casos) con una mortalidad de > 50%.

Conclusiones: Es conocida la predisposición y aparición de neoplasias hematológicas en pacientes reumáticos y/o tratamiento inmunosupresor. En nuestra cohorte, encontramos un predominio de linfomas y mielomas principalmente en mujeres con patología reumática más evolucionada, sobre todo AR, y menos frecuente LES y SSP. Todos los casos seguían tratamiento inmunosupresor sobre todo corticoides, aunque también fármacos modificadores de enfermedad. Si bien la terapia biológica (anti TNF), también se ha relacionado con un aumento predisposición, tan solo encontramos dos casos. La mortalidad en nuestra cohorte de estudio fue elevada. Dada la casuística de neoplasias hematológicas en nuestros enfermos reumatológicos, claramente en aumento respecto a otros estudios previos en nuestro centro, estimamos necesaria una revisión sistemática y periódica de nuestros pacientes debiendo permanecer alerta en la detección de nuevos síntomas o signos y poder abordar precozmente sus posibles complicaciones.

124. IMPACTO ECONÓMICO DE LA OPTIMIZACIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN REUMATOLOGÍA

T.E. Carranco Medina¹, A. Quesada Moreno¹,
M.D. Sánchez González¹, I. Calero Paniagua¹, M. Malpartida Flores²,
M.A. Fernández de la Fuente², C.A. Montilla Morales¹,
S. Gómez Castro¹, C. Hidalgo Calleja¹ y J. del Pino Montes¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Farmacia.
Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca.

Introducción: Dado el alto coste de las terapias biológicas (TB) y los posibles beneficios de su optimización en pacientes con artritis reumatoide (AR), espondilitis anquilosante (EA) y artritis psoriásica (APs), se ha realizado un estudio observacional analizando tanto el efecto clínico como económico de la optimización de dosis.

Métodos: Se realiza un estudio observacional de los pacientes en tratamiento con terapia biológica desde marzo a septiembre de 2013. Para la optimización (reducción de dosis y/o espaciado del intervalo entre dosis), los pacientes fueron seleccionados de acuerdo a la remisión clínica (DAS 28 < 2,6) o baja actividad clínica

(DAS28 < 3,2; BASDAI < 4) o en función del criterio médico según la valoración del paciente. Se recogieron los siguientes datos: diagnóstico, TB, características demográficas, fecha y reducción/espaciado de dosis. Se utilizó el precio neto del fármaco para realizar el estudio de coste.

Resultados: En el periodo de tiempo analizado, estaban con TB 364 pacientes, 210 (57,6%) con AR, 109 con EA (29,9%), 45 (12,36%) con Aps. Del total de pacientes, 134 (36,8%) fueron candidatos para la optimización de dosis, 72 pacientes (53,7%) con AR, 48 (35,8%) con EA, 14 (10,4%) con Aps. La media de edad fue de 54 años (DE: 13), con predominio femenino (56%: 45%). 84 pacientes estaban en remisión clínica, 20 pacientes en baja actividad y se optimizó la dosis en 30 pacientes según criterio médico o patología concomitante. El régimen de optimización se presenta en la tabla. Al final del estudio todos los pacientes mantuvieron la dosis optimizada, excepto en dos casos en los que hubo que volver a su pauta inicial por empeoramiento de la sintomatología y aumento de las lesiones cutáneas respectivamente. El coste paciente-año (dosis teóricas) sería de 835.538 €, mientras que con la optimización de dosis fue de 594.102 €, lo que constituye un ahorro de 241.435 € (29%). El máximo ahorro se consiguió con la optimización de los tratamientos con adalimumab y etanercept, con un 36% y 39% de ahorro respectivamente.

Conclusiones: La optimización de TB permite reducir el coste manteniendo la eficacia y seguridad de los tratamientos. El espaciado en las dosis de las TB comienza con una adecuada selección de los pacientes de acuerdo a criterios clínicos, de la actividad de la enfermedad y no solo teniendo en cuenta el coste económico.

125. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. RESULTADOS A 6 MESES

M.J. Rodríguez Valls¹, P. Gómez Germá², C. Aranda-Valera¹,
M.M. Ruiz Tudela¹ y J.J. Pérez Venegas¹

¹UGC de Reumatología; ²UGC de Farmacia. Hospital de Jerez.
Jerez de la Frontera. Cádiz.

Introducción: El uso de terapias biológicas ha permitido un mejor control de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide (AR); no obstante su coste elevado podría suponer una limitación a su uso. Por esta razón, en pacientes con remisión o baja actividad de la enfermedad, parece razonable una estrategia de optimización en la dosis de dichos fármacos mientras permanezca estable el objetivo terapéutico.

Tabla Póster 124

Terapia biológica	Número de pacientes	Optimización
Abatacept	5	– Se disminuye la dosis de 750 mg a 500 mg/4 sem en 2 pacientes – Suspensión por: reacción adversa cutánea en 1 paciente, cirugía en 1 y traslado a otro hospital en otro.
Adalimumab	22	– En 14 pacientes se aumenta la pauta a 40 mg/3 sem, en 1 a 40 mg/4sem – Tratamiento suspendido por: 1 remisión, 1 decisión del paciente, 1 embarazo, 1 ineficacia, 2 infecciones.
Etanercept	39	– Se aumenta intervalo de dosis a 50 mg/10 días en 20 pacientes, 50 mg/15 días en 5, 50 mg/3 sem en 2, 50 mg/4 sem en 2. – Suspensión por: erupción cutánea en 3 pacientes, 1 neuritis óptica, 1 trasplante renal, 3 por ineficacia, 2 por infección urinaria de repetición
Golimumab	6	– Se aumenta el intervalo a 50 mg/5 sem en 1 paciente, y 50 mg/6 sem en otro – Suspensión por: ineficacia en 3 pacientes, e intervención quirúrgica en 1.
Infliximab	45	– Se espacia tratamiento a: cada 7 sem en 2 pacientes (en vez de cada 6 sem), cada 8 sem en 2 (en vez de c/7 sem), cada 9 sem en 26 (en vez de c/8 sem), cada 10sem en 1. – Se disminuye dosis a 4mg/kg (en vez de 5 mg/kg) en 6 pacientes, a 3 mg/kg (en vez de 4 mg/kg) en 2. – Suspensión por: 1 Neo pulmón, 2 infecciones, 1 ineficacia, 1 tumor neurológico, 1 cardiopatía.
Rituximab	12	– Se aumenta intervalo a cada 7 meses en 4 pacientes, y a cada 9 meses en 5 pacientes – Suspensión por: pioderma gangrenoso en 1, y Neo de pulmón en 2.
Tocilizumab	5	– Se aumenta a cada 6 sem en 1 paciente – Se disminuye dosis a 6 mg/kg en 2 pacientes. – Se suspende por 1 embarazo y 1 infección respiratoria.

Objetivos: 1. Analizar la evolución clínica evaluada mediante DAS28 en pacientes con AR en tratamiento biológico seguidos en un Hospital de segundo nivel a los que se les realiza optimización terapéutica. 2. Analizar las estrategias de optimización utilizadas con los diferentes biológicos.

Métodos: Estudio descriptivo observacional, longitudinal y retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas, entre enero 2013 y enero 2014, de pacientes con diagnóstico de AR que llevaban al menos 6 meses en remisión (DAS28 < 2,6) o con mínima actividad clínica (DAS28 2,6-3,2), y a los que se les ha realizado optimización del tratamiento biológico. Se analizaron datos demográficos, tiempo de evolución de la enfermedad previo al uso de biológico, tiempo de biológico hasta la optimización, evaluación clínica mediante DAS28 pre y postoptimización (a los 3,6 y 12 meses posteriores) y estrategia terapéutica seguida. Se realizó el análisis estadístico mediante el programa IBM SPSS Statistics versión 20.0.

Resultados: De un total de 165 pacientes con AR en tratamiento biológico, 37 (22,4%) han sido sometidos a optimización de dicho tratamiento. De estos, 28 son mujeres y 9 hombres, con una edad media de 57 ± 12 años. La duración media de la enfermedad previa al inicio del tratamiento biológico fue de 7,4 ± 5,9 años. El tiempo medio de tratamiento biológico a dosis estándar fue de 65,2 ± 32,1 meses, siendo el tiempo medio de tratamiento a dosis optimizadas de 12,5 ± 9 meses. En el momento de la optimización, 31(83,8%) de los pacientes presentan DAS28 en remisión y 6 (16,2%) baja actividad; en el momento del corte del estudio (6 meses tras optimización), 29 (78,4%) de ellos continúan estando en remisión clínica, 3 (8,1%) presentan baja actividad, 3 (8,1%) moderada y 2 (5,4%) alta actividad según DAS28. Esto ha motivado que 5 (13,5%) de los pacientes (4 en tratamiento con adalimumab 40 mg cada 21 días y 1 en tratamiento con etanercept 25 mg cada 7 días) vuelvan a necesitar la dosis estándar del fármaco para el control de la enfermedad, manteniéndose con dosis optimizadas 32 (86,5%) de los pacientes que forman parte del estudio. Las pautas de optimización que se han seguido son: adalimumab 40 mg cada 21 días (16/43,2%), etanercept

25 mg cada 7 días (15/40,5%), etanercept 50 mg cada 10 (1/2,7%) o cada 15 días (1/2,7%), certolizumab pegol 200 mg cada 4 semanas (1/2,7%), abatacept 500 mg cada 6 semanas (1/2,7%) e infliximab 3 mg/kg cada 10 semanas (2/5,4%).

Conclusiones: En nuestra experiencia un elevado porcentaje de pacientes con AR en remisión o baja actividad de la enfermedad alcanzada tras tratamiento biológico permanecen en remisión o con baja actividad clínica de la misma tras optimizar la terapia biológica. Las estrategias de optimización más frecuentes empleadas han sido etanercept 25 mg sc a la semana y adalimumab 40 mg sc cada 21 días.

126. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL VARÓN (RELESSER)

A. Riveros-Frutos¹, I. Casas², I. Rúa-Figueroa³, J.M. Pego-Reigosa⁴, M.J. García de Yébenes⁵, A. Olivé Marqués¹ e Investigadores colaboradores del Relesser

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Hospital Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

⁴Servicio de Reumatología. Hospital Meixoeiro. Vigo. Pontevedra.

⁵Unidad de Investigación de la SER. Madrid.

Objetivos: Describir las características demográficas, manifestaciones clínicas e inmunológicas en pacientes varones con lupus eritematoso sistémico (LES).

Métodos: pacientes diagnosticados de LES procedente: base de datos RELESSER (REgistro nacional de pacientes con lupus eritematoso sistémico de la Sociedad Española de Reumatología). Estudio transversal retrospectivo multicéntrico. Se analizaron 3.658 pacientes con LES. Todos cumplían criterios de la ACR. Se evaluaron variables socio-demográficas, comorbilidades, criterios de clasificación, manifestaciones clínicas, inmunológicas y mortalidad. Métodos estadísticos: pruebas chi-cuadrado de Pearson, t-Student, test de ANOVA y análisis multivariante de regresión logística.

Tabla Póster 126

		Perdidos N	Hombres (N: 353) N(%)	Mujeres (N: 3.298) N(%)	Valor de p
Manifestaciones generales	Pérdida de peso	68	48 (13,7%)	309 (9,5%)	0,01
	Adenopatías	74	49 (14%)	320 (9,9%)	0,02
	Esplenomegalia	108	19 (5,5%)	99 (3,1%)	0,02
Manifestaciones cutáneas	Exantema	62	190 (54,3%)	2180 (67,1%)	< 0,0001
	Alopecia	86	54 (15,8%)	1.229 (38%)	< 0,0001
Manifestaciones osteoarticulares	Artritis deformante/erosiva	60	20 (5,8%)	342 (10,5%)	0,01
	Necrosis ósea avascular	67	30 (8,5%)	121 (3,7%)	< 0,0001
	Fibromialgia	94	1 (0,3%)	223 (6,9%)	< 0,0001
Manifestaciones pulmonares	Fibrosis pleural	43	8 (2,3%)	25 (0,8%)	< 0,0001
	Tromboembolismo pulmonar	33	18 (5,1%)	86 (2,6%)	0,01
Manifestaciones cardiovasculares	Endocarditis de Libman Sachs	103	7 (2%)	28 (0,9%)	0,04
	Angina o by-pass coronario	52	19 (5,4%)	50 (1,5%)	< 0,0001
	Infarto agudo del miocardio	61	24 (6,9%)	47 (1,4%)	< 0,0001
	Cardiomiopatía	79	20 (5,8%)	84 (2,6%)	< 0,0001
	Pericarditis	52	15 (4,3%)	59 (1,8%)	< 0,0001
Manifestaciones vasculares periféricas	Claudicación durante más de 6 meses	45	8 (2,3%)	23 (0,7%)	< 0,0001
	Trombosis venosa profunda	50	24 (6,9%)	119 (3,7%)	< 0,0001
	Raynaud	142	80 (23,7%)	114 (35%)	< 0,0001
Manifestaciones renales	Nefritis lúpica	89	156 (44,8%)	933 (29%)	< 0,0001
	HTA en el primer brote	182	68 (20,1%)	330 (10,5%)	< 0,0001
	Hematuria	247	130 (38,70%)	908 (29,5%)	< 0,0001
	Aclaramiento de creatinina =50 irreversible	112	31 (9%)	161 (5%)	< 0,0001
	Proteinuria =3,5 g/24h	126	21 (6,1%)	114 (3,6%)	0,02
Manifestaciones neuro-psiQUIÁTRICAS	Insuficiencia renal terminal	146	16 (4,7%)	82 (2,6%)	0,03
	Cefalea lúpica	89	10 (2,9%)	204 (6,3%)	< 0,0001
	Convulsiones que precisan tratamiento = 6 meses	76	32 (9,2%)	156 (4,8%)	< 0,0001
	Depresión	89	36 (10,3%)	574 (17,8%)	< 0,0001
	Inmunología	Ac anti DNA positivo	99	271 (78,6%)	2342 (72,9%)
AC anti RO positivos		96	94 (27,5%)	1300 (40,8%)	< 0,0001
Anticoagulante lúpico positivo		1.007	86 (34,11%)	547 (22,8%)	< 0,0001

Resultados: Se reclutaron 3.658 pacientes: 353 varones (9,7%) la media de edad de inicio de los síntomas fue 37 ± 17 años y 3.298 mujeres (90,2%) la media de edad fue 32 ± 14 años. En 7(0,1%) se desconocían el género. La relación mujer/hombre fue de 9/1. La edad de inicio de los síntomas así como la edad al diagnóstico fue mayor en varones que en mujeres ($p < 0,0001$). Los varones tuvieron menor retraso diagnóstico que las mujeres ($p = 0,04$). El intervalo de edad al diagnóstico más frecuente en ambos géneros fue 21-49 años ($p < 0,0001$). La edad media al inicio de los síntomas y de diagnóstico de los pacientes caucásicos fue mayor respecto a los pacientes latinoamericanos y afroamericanos con diferencias significativas. Comorbilidades: las mujeres presentaban más antecedentes de tiroidopatía autoinmune 8,7% vs 3,9% ($p < 0,001$). Los varones presentaban con más frecuencia antecedentes de tabaquismo, enolismo, hepatopatía leve, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión, dislipemia, cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica y tromboembolismo pulmonar (TEP) ($p < 0,001$). Comparando comorbilidades en varones con LES por intervalo de edad, se vio que los pacientes con LES > 50 años presentaron más comorbilidades con diferencias significativas. La coexistencia de un síndrome antifosfolipídico secundario tuvo un predominio por el género masculino ($p = 0,06$) y el Sjogren secundario predominio por el género femenino ($p < 0,0001$). La trombosis venosa fue mayor en los varones ($p < 0,0001$). Los varones con LES requirieron mayor ingreso hospitalario que las mujeres 68% (236) vs 53% (1.713) con $p < 0,001$. Durante el seguimiento 208 pacientes fueron exitus, 30 (9,3%) eran varones y 178 (5,9%) mujeres ($p = 0,02$). En el análisis multivariante la única variable estadísticamente significativa fue la edad ya que los paciente con LES de más de 50 años tienen más mortalidad que los menores de 50 años con un OR: 5,32 (IC: 3,61-7,84), $p < 0,001$ independientemente del género, retraso diagnóstico, factores de riesgos y de la clínica.

Conclusiones: Los pacientes mayores (más 50 años) con LES tienen mayor riesgo de mortalidad independientemente del género, comorbilidades, manifestaciones clínicas y retraso diagnóstico. Los pacientes varones con LES: La edad de inicio de los síntomas y la edad de diagnóstico es mayor que en las mujeres. El retraso diagnóstico es menor en varones que en mujeres. Estos presentan más comorbilidades cardiovasculares que las mujeres, en especial aquellos varones mayores de 50 años y que tienen mayor afectación renal, cardiovascular y afectación de serosas que las mujeres.

127. PREVALENCIA DE SINOVITIS ECOGRÁFICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ARTRITIS PSORIÁSICA QUE RECIBEN TRATAMIENTO ANTI-TNF CON PAUTA DE ADMINISTRACIÓN ALARGADA

J.M. Senabre-Gallego¹, J. Rosas¹, E. Salas-Heredia¹, G. Santos-Soler¹, F. Llinares-Tello², C. Santos-Ramírez³, M. Sánchez-Barrioluengo⁴, X. Barber⁵, R. Ortega³, A. Pons⁶, C. Cano⁶, M. Lorente⁶ y Grupo AIRE-MB

¹Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante.

²Servicio de Laboratorio. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante.

³Sección de Reumatología. Hospital Marina Salud. Denia. Alicante.

⁴INGENIO (Instituto de Gestión de la Innovación y del Conocimiento) (CSIC [Consejo Superior de Investigaciones Científicas]-UPV). Universitat Politècnica de València. Valencia. ⁵CIO (Centro de Investigación Operativa)-UMH (Universidad Miguel Hernández). Elche. Alicante. ⁶Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante.

Objetivos: Estimar la prevalencia de sinovitis subclínica ecográfica en pacientes con artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica (APs), que reciben tratamiento anti-TNF α en pauta alargada por encontrarse en remisión clínica.

Métodos: Estudio observacional prospectivo descriptivo. Población: Pacientes diagnosticados de AR y APs, en seguimiento por la Sección de Reumatología del Hospital Marina Baixa, que reciben tratamiento

anti-TNF α en pauta de administración alargada por encontrarse en remisión clínica. Se realizó exploración ecográfica de 12 articulaciones (codos, carpos, 2ª y 3ª metacarpofalángicas, rodillas y tobillos; Naredo. Arthritis Rheum. 2008;59:515-22), evaluando la sinovitis a través de la escala de grises (GS) y la señal Doppler Color (DC), ambas mediante escala semicuantitativa de 0 a 3 puntos (ecógrafo Esaote MyLab 25). Posteriormente se calculó un índice GS y DC sumando la mayor puntuación obtenida en los recesos explorados en cada articulación hasta un máximo de 36 puntos. El ecografista desconocía los datos clínicos y se advirtió a los pacientes que no revelaran información al respecto. Para favorecer el ciego se introdujeron aleatoriamente pacientes que no se encontraban en remisión. Las decisiones clínicas fueron tomadas por los médicos responsables que recibían informe de cada exploración ecográfica.

Resultados: En total 34 pacientes se han incluido en el estudio. El 70,6% fueron mujeres, con una edad media de 60 años [32-81] y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 14,6 años [3-46]. El diagnóstico fue AR en 30 pacientes (88,2%) y APs en 4 (11,7%). En el 86,7% de los pacientes con AR el factor reumatoide fue positivo y en el 76,7% los anticuerpos anti-péptido C citrulinado. Se dispone de ecografía previa a alargamiento de anti-TNF de 24 pacientes que se encontraban en remisión clínica, y de ecografía posterior al alargamiento de 23 pacientes. Los índices de actividad clínica y sinovitis ecográfica se resumen en la tabla. Se detectó alguna sinovitis ecográfica por DC en un 52% de los pacientes con pauta alargada y por GS en un 78%. Sin embargo la mayoría presentó un índice de DC bajo (media 1,3 sobre 36 puntos). Los tratamientos alargados fueron etanercept (ETN) en 13 pacientes y adalimumab (ADA) en 10 pacientes, con las siguientes pautas de alargamiento: ETN/10 días (11 pac.), ETN/14 días (1 pac.), ETN/15 días (1 pac.), ADA/18 días (6 pac.), ADA/21 días (2 pac.), ADA/17 días (1 pac.), ADA/30 días (1 pac.). Por decisión clínica 6 pacientes (24%) no alargaron la pauta de anti-TNF y 7 (29%) tuvieron que volver a la administración estándar.

Índices de actividad clínica y ecográfica en pacientes con pauta estándar y alargada.

	ECO Pre-alargamiento	ECO Post-alargamiento
n	24	23
DAS28-VSG media [rango]	1,50 [0,63-2,64]	1,62 [2,83-0,63]
DAS28-PCR media [rango]	1,66 [1,13-2,89]	1,66 [2,58-1,13]
SDAI media [rango]	3,65 [2,10-10,10]	3,74 [8,10-2,10]
CDAI media [rango]	3,29 [2-10]	3,26 [8-2]
Doppler Color > 0 , n (%)	14 (58,3%)	12 (52,2%)
Doppler Color media [rango]	0,83 [0-3]	1,30 [0-5]
Sinovitis Grises > 0 , n (%)	16 (66,7%)	18 (78,3%)
Sinovitis Grises media [rango]	2,46 [0-9]	3,30 [0-11]

Conclusiones: Los pacientes con AR y APs que reciben tratamiento anti-TNF en pauta alargada por remisión clínica presentan alguna sinovitis ecográfica por señal Doppler en un 52% y por escala de grises en un 78%. La mayoría de ellos presentó un bajo índice ecográfico de señal Doppler.

El presente trabajo ha recibido una beca de la Fundación Española de Reumatología.

128. DIFERENCIAS ENTRE ESPONDILOARTRITIS AXIAL Y PERIFÉRICA EN ESPONDILOARTRITIS DE INICIO: RESULTADOS DE LA COHORTE ESPERANZA

P. del Río-Martínez¹, V. Navarro-Compán², C. Castillo-Gallego², M.C. Castro³, E. Collantes³, E. de Miguel³ y Grupo de Estudio Esperanza

¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

²Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³IMIBIC/Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: Los Criterios de Clasificación de Espondiloartritis (Esp) ASAS distinguen dos formas clínicas de expresión de la enfermedad: Esp axial (formas no radiológicas o espondilitis anquilo-

sante) y EsP periférica. Existe evidencia de que, salvo la presencia de afectación radiológica, son escasas las diferencias entre EsP axial radiológica y EA. Sin embargo, pocos estudios han analizado las diferencias entre las formas axiales y periféricas, especialmente en las fases tempranas de la enfermedad.

Objetivos: describir y comparar las características de pacientes con EsP axial versus EsP periférica, de reciente comienzo.

Métodos: Se analizaron, de forma descriptiva, los datos en la visita basal de 377 pacientes de la cohorte ESPERANZA que cumplían criterios ASAS de EsP. Los pacientes se clasificaron como EsP axial o periférica según los criterios ASAS, y se compararon las características clínicas, socio-demográficas, analíticas y de actividad de la enfermedad entre ambos grupos.

Resultados: Del total de pacientes estudiados, 291 (77,2%) fueron clasificados como EsP axial (109 espondilitis anquilosantes y 182 EsP axiales no radiológicas) y 86 (22,8%) como EsP periférica. En la tabla se detallan las frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas, así como las diferencias observadas y la significación estadística entre ambos grupos de pacientes.

Características de los pacientes con EsP versus periférica

Características	EsP axial N = 291 (77,2%)	EsP periférica N = 84 (22,8%)	P valor
Edad (años)	32,0 ± 7,0	32,8 ± 7,8	0,4
Sexo masculino	191 (65,6)	50 (58,1)	0,2
Duración de los síntomas (meses)	13,0 ± 6,7	9,3 ± 6,2	< 0,001
Entesitis	57 (19,6)	43 (50)	< 0,001
Psoriasis	33 (11,3)	28 (32,6)	< 0,001
Dactilitis	16 (5,5)	28 (32,6)	< 0,001
EII	9 (3,1)	10 (11,6)	0,001
Uveítis	23 (7,9)	1 (1,2)	0,02
Diarrea, cervicitis, uretritis	11 (3,7)	5 (5,8)	0,4
Historia familiar	101 (34,7)	31 (36)	0,8
HLA-B27	219 (75,3)	28 (32,6)	< 0,001
PCR (mg/l)	10,8 ± 15,2	13,7 ± 31,2	0,3
VSG (mm)	13,6 ± 13,5	14,1 ± 13,4	0,8
NAT	0,3 ± 1,3	1,4 ± 2,4	< 0,001
EVA (0-10) médico	2,9 ± 2,2	2,4 ± 2,1	0,1
EVA (0-10) paciente	4,2 ± 2,7	3,1 ± 2,5	< 0,01
BASDAI	3,8 ± 2,3	3,5 ± 2,3	0,2

Los resultados muestran media ± desviación estándar y n (%)

Conclusiones: La EsP axial se relaciona con mayor retraso en la derivación y mayor frecuencia de uveítis y HLA B27 positivo, mientras que la forma periférica muestra mayor frecuencia de entesitis, psoriasis, dactilitis y EII. No se observaron diferencias en los índices de actividad de la enfermedad ni en las características socio-demográficas entre los dos grupos.

El proyecto ESPERANZA ha contado con el apoyo y financiación de la Fundación Española de Reumatología y los laboratorios Pfizer.

129. LA LONGITUD DEL TELÓMERO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: COMPARACIÓN CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE, ARTROSIS, PSORIASIS Y CONTROLES SANOS

J.A. Pinto Tasende, E. Alonso, C. Bejerano, J.L. Fernández, I. Rego, M. Tamayo, C. Fernández, N. Oreiro, M. Freire, F.J. de Toro, F.J. Blanco y J.L. Fernández Sueiro

Universidade da Coruña. INIBIC. Unidad de Genética y Servicio de Reumatología. SERGAS-EOXXI. A Coruña.

Introducción: Los telómeros son estructuras especializadas que constan de varios cientos de repeticiones de nucleótidos 5'-TTA-GGG-3' asociada a proteínas y tienen la función de proteger los extremos del ADN cromosómico de un daño irreparable. Con la edad van acortando progresivamente su longitud y perdiendo su capacidad protectora del ADN.

Objetivos: En los últimos años, el acortamiento de los telómeros ha sido implicado en varias enfermedades inflamatorias sistémi-

cas. Hemos realizado este trabajo piloto para evaluar la longitud del telómero (LT) entre los pacientes con psoriasis (Ps), espondilitis anquilosis (EA), artritis psoriásica (APs), osteoartritis (OA) y controles sanos (CS) y analizar si la LT se asocia con características de la enfermedad en pacientes con APs.

Métodos: Se realizó un estudio con 200 pacientes en total (53 Ps, 44 EA, 42 APs, la 30 OA y 31 CS) divididos en 3 grupos de edad (< 45 años, 45-60 y > 60 años). Se aisló ADN genómico a partir de sangre periférica y la LT se cuantificó mediante PCR cuantitativa en tiempo real. Se recogieron datos demográficos (edad y sexo en todos los grupos), clínicos y biológicos de los pacientes con APs. Se realizó un análisis estadístico (SPSS 17.0) —después de verificar la distribución normal de las muestras individuales de datos— para comparar el LT entre los grupos y su relación con la edad y el sexo y para investigar la asociación entre LT y las características demográficas, clínicas y biológicas de la artritis psoriásica (pruebas de correlación, regresión lineal, ANOVA, test no paramétrico de Mann-Whitney o la prueba t de Student). Se consideró $p < 0,05$ como significativa.

Resultados: La media de edad de los 200 pacientes fue de 56,58 años (DT 14,53), el 57% eran hombres y la LT era 8,75 kb (2,12) de media. Observamos un significativo acortamiento de los telómeros con el aumento de la edad: edad < 45 (n = 46): 11,09 kb, 45-60 años (n = 59): 9,39 kb y > 60 años (n = 95): 8,10, $p < 0,0001$, de manera que la edad se correlacionó negativamente con la longitud del telómero (n = 200, rho = -0,589, $p < 0,0001$). La LT fue 8,58 vs 8,97 kb, ligeramente menor en los hombres (n = 114) que en mujeres (n = 86), $p 0,198$. Como la media de edad de los pacientes OA era mayor que en el resto de grupos, 67,23 (6,53) años, emparejamos por edad y sexo a los pacientes > 60 años (3er grupo; $p 0,303$) y se obtuvo una LT de 7,58 (1,73), significativamente más corta en los psoriásicos (ver tabla) que en los controles sanos y el resto de patologías, $p 0,006$. En la APs y EA la LT era similar entre ambas y mayor que en la OA ($p 0,002$), psoriasis ($p < 0,0001$) y controles sanos ($p 0,042$). No se observaron diferencias en el LT en los pacientes con APs para características genéticas (HLA-B27 y Cw6) y clínicas (rigidez matutina, recuentos articulares), EVA global de la enfermedad y del dolor, metrología, BASDAI, BASFI, BASRI, VSG ni PCR.

Grupos (n)	LT kb, Media(DE)	LT kb, Mediana
Artritis psoriásica (20)	8,79 (2,27)	8,50
Espondilitis anquilosante (12)	8,66 (1,50)	8,53
Artrosis (24)	7,04 (1,04)	7,12
Psoriasis (19)	6,37 (10,7)	6,42
Controles sanos (20)	7,53 (1,37)	7,57

Conclusiones: La longitud telomérica se acorta en todos los pacientes de forma significativa a medida que aumenta la edad. En la artritis psoriásica y espondilitis anquilosante se observa un menor acortamiento y en psoriasis cutánea el acortamiento del telómero es mayor. No se aprecia influencia de la LT en las características de la enfermedad en los pacientes con artritis psoriásica.

130. TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS POSMENOPÁUSICA: DENOSUMAB VERSUS ALENDRONATO

M. Bernad Pineda¹, M.V. Garcés Puentes² y E. Martín Mola¹

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

²Servicios Integrales de Gestión Médica (SIGEMED). Madrid.

Introducción: La adherencia y la persistencia del tratamiento oral de osteoporosis, en muchos casos, son subóptimas, lo que incide en falta de efectividad del mismo. Denosumab es el primer tratamiento biológico para osteoporosis posmenopáusica con riesgo elevado de fracturas, que se administra semestralmente, lo que favorece el cumplimiento.

Objetivos: Comparar el efecto del tratamiento con denosumab y con alendronato en mujeres posmenopáusicas con osteoporosis, en

cuanto a la variación de la densidad mineral ósea (DMO) y la incidencia de nuevas fracturas.

Métodos: Este es un estudio longitudinal, observacional y prospectivo, realizado en pacientes habituales de una consulta de Reumatología, que incluyó a 126 mujeres de = 65 años de edad, con osteoporosis severa e historia de fracturas en la mayoría de ellas que recibían 70 mg/semanal de alendronato. 75 pacientes suspendieron el tratamiento por diferentes motivos y dieron su consentimiento para continuar el tratamiento antiosteoporótico con denosumab 60 mg por vía sc, cada seis meses, además de suplementos de calcio y vitamina D, según los niveles individuales. Las demás pacientes (n = 51) decidieron continuar tomando alendronato semanal por lo que se formaron dos grupos: denosumab (GD) y alendronato (GA). Al inicio del estudio y al cumplir el primer año de tratamiento se determinó la DMO (DXA) de columna lumbar (CL) y de cuello de fémur (CF), Rx de columna dorsolumbar para detectar fracturas, además de calcidiol, PTH y DPD urinaria.

Resultados: El GD quedó constituido por 75 mujeres de $73,8 \pm 7,1$ años y el GA por 51 mujeres de $71,7 \pm 6,0$ años de edad. El 62,7% y el 58,8% de las mujeres de los grupos GD y GA, respectivamente, habían sufrido una o más fracturas por fragilidad. Las causas de suspensión del tratamiento con alendronato fueron: 41,3% por falta de eficacia en el aumento de la DMO, 28% por intolerancia gastroesofágica, 18,7% por nuevas fracturas vertebrales y 12% por decisión del paciente. Todas las mujeres del GD recibieron las dos dosis del fármaco y no presentaron problemas de tolerancia al inyectable y el 87% de las mujeres del GA admitieron haber cumplido el tratamiento. En el GD no se detectaron nuevas fracturas y la DMO de CL y CF aumentó $6,2 \pm 5,7\%$ y $4,3 \pm 4,9\%$, respectivamente. En el GA se produjeron dos fracturas de Colles asociadas a caídas y una fractura vertebral y el aumento de los valores de DMO fue de $3,5 \pm 1,6\%$ en CL y $1,9 \pm 1,5\%$ en CF. En el GD, el incremento del T-score después de un año de tratamiento, tanto en CL ($p < 0,0001$) como en CF ($p = 0,028$), permite clasificar a las pacientes en el nivel de osteopenia en ambas localizaciones. No se observó mala tolerancia a la inyección subcutánea ni efectos adversos en ninguno de los dos grupos de tratamiento. Las pacientes del GD manifestaron su complacencia por la facilidad que implica la administración semestral del tratamiento.

Conclusiones: Con ambos tratamientos hubo un aumento de la densidad mineral ósea, siendo éste un poco mayor con denosumab, probablemente asociado al mejor cumplimiento debido al mayor grado de satisfacción que manifiestan las pacientes al recibir un tratamiento inyectable semestral.

131. ESTUDIO DE MINIMIZACIÓN DE COSTES TRAS LA ADECUACIÓN DE DOSIS EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TERAPIA BIOLÓGICA SUBCUTÁNEA

S. Manrique-Arija, M.C. Ordóñez-Cañizares, C.M. Romero-Barco, I. Ureña, L. Cano, F.G. Jiménez-Núñez, L. Nieves, N. Mena-Vázquez, M.V. Irigoyen, A. Ponce, E. Calero, M. Rodríguez y A. Fernández-Nebro

UGC de Reumatología. Hospital Regional Universitario (HRU). IBIMA. Universidad de Málaga. Málaga.

Introducción: Gracias a la efectividad de las terapias biológicas (TB) en el control de algunas enfermedades reumáticas, es posible ajustar la dosis a la baja en algunos pacientes manteniendo la remisión de la enfermedad y disminuyendo el riesgo de los posibles efectos adversos. Además, una reducción en el coste por paciente podría permitir un mejor coste de oportunidad y ampliar el acceso a estas terapias a un mayor número de pacientes.

Objetivos: Estimar la reducción del coste anual en práctica clínica en la utilización de TB subcutáneas (sc) utilizadas en pacientes con diversas enfermedades reumáticas en una consulta monográfica de un hospital de tercer nivel durante 2013.

Métodos: Estudio de minimización de costes, transversal y observacional. Se incluyeron todos los pacientes seguidos en una consulta monográfica de TB sc de la UGC de Reumatología del HRU de Málaga durante el año 2013. Se analizaron solo que recibían una dosis de TB sc distinta a la recomendada en ficha técnica. Las reducciones en la dosis se realiza a criterio de su médico en los pacientes estaban en remisión de la enfermedad durante al menos 6 meses consecutivos. Variable principal: Reducción del coste anual medio en euros (absoluto y por tratamiento) en las TB sc utilizadas en pacientes que se encuentran en reducción de dosis en práctica clínica en 2013. Variables secundarias: variables demográficas, datos cronológicos, clínicos y de laboratorio y tipo de enfermedad reumática. La reducción de coste se calculó comparando el gasto real (tras modificar dosis de tratamiento en la práctica clínica) con los costes teóricos. Análisis estadístico: análisis descriptivo de la muestra de pacientes. Se calculó la reducción de costes absolutos anuales y por tratamiento tras la adecuación de dosis en práctica clínica.

Resultados: 204 pacientes fueron seguidos en la consulta monográfica de TB sc en 2013, con un total de 333 visitas (1,58 visitas/paciente (min. 1 -máx. 5)). La mayoría de los pacientes presentaban AR (n = 123; 60,3%) y el resto se distribuyeron entre: espondiloartritis (n = 37; 17,6%), APs (n = 33; 16,2%), AIJ (n = 11; 5,4%) y un SAPHO (0,5%). Los tratamientos recibidos en la consulta fueron: etanercept, adalimumab, golimumab, abatacept, certolizumab, y anakinra. Durante 2013, del total de pacientes revisados, 43 (21,1%) pacientes (19 AR, 16 APs, 6EA, 2 AIJ) se encontraban con dosis modificada de TB sc tras haber alcanzado la remisión clínica: DAS 28 (media \pm DE) = $2,57 \pm 0,85$ o BASDAI (media \pm DE) = $2,67 \pm 1,59$ y sin progresión radiográfica. Ningún paciente en tratamiento con golimumab, abatacept, certolizumab o anakinra, se encontraba con dosis de tratamiento modificadas. De los 43 pacientes, 28 pacientes estaban en tratamiento con etanercept y 15 con adalimumab. Las modificaciones de dosis de TB sc llevadas a cabo en práctica clínica durante 2013 supusieron un ahorro total de 205.947,68 euros y una mayor eficiencia de los tratamientos. En la tabla vemos la reducción de costes por tratamiento recibido.

Conclusiones: En las enfermedades reumáticas es posible adecuar las dosis de tratamiento en pacientes en remisión y por tanto reducir los costes asociados de las TB y ser más eficientes. Para ello creemos que es importante la creación de consultas de TB donde realizar evaluaciones periódicas con un control estrecho de estos pacientes e individualizar el tratamiento.

Tabla Póster 131

Terapia biológica	Nº de pacientes en reducción dosis	Coste anual teórico (dosis estándar)	Costes anuales dosis práctica clínica	Reducción anual de costes
Etanercept	28	302.093,49	159.098,21	142.995,28
Adalimumab	15	163.038,40	100.121,19	62.917,21
Total	43	465.135,89	259.219,40	205.912,49

132. PERFIL DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS EN MONOTERAPIA

A. Gómez-Centeno¹, O. Martínez González², F.J. Ballina García³, J.M. Rodríguez Heredia⁴, J. Graña Gil⁵, M. Brito Suárez⁶, J. Sampredro⁷, G. Iglesias de la Torre⁸, C. Delgado⁹ e I. Monteagudo Sáez¹⁰, en nombre del Grupo del Estudio BIO-MONO

¹Hospital Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. ²Hospital Virgen de la Concha. Zamora. ³Hospital Central de Asturias. Oviedo. ⁴Hospital de Getafe. Getafe. Madrid. ⁵Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña. ⁶Hospital Nuestra Señora Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. ⁷Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ⁸Complejo Hospitalario de Palencia. Palencia. ⁹Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. ¹⁰Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: El tratamiento de la artritis reumatoide (AR) se basa principalmente en la utilización de fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) tanto sintéticos como biológicos. La mayoría de guías aconsejan la utilización de fármacos biológicos en combinación con metotrexato por presentar un mejor resultado en el control de la progresión radiológica de la enfermedad. Sin embargo diversos estudios muestran que hasta un 30% de los pacientes utilizan fármacos biológicos en monoterapia por diferentes motivos.

Objetivos: El objetivo del estudio fue conocer las características de los pacientes que reciben monoterapia con biológicos, incluyendo el tratamiento previo recibido y los motivos del cambio.

Métodos: Estudio observacional transversal retrospectivo y multicéntrico en el que participaron 38 unidades de reumatología de España. Se incluyeron consecutivamente pacientes > 18 años con AR de moderada a grave con respuesta inadecuada o intolerancia a FAME sintéticos o biológicos (según recomendaciones de la SER), en tratamiento con FAME biológicos en monoterapia durante > 6 meses y que otorgaron consentimiento informado. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, género), clínicas (fecha de diagnóstico de la AR, manifestaciones extraarticulares, índices DAS28, CDAI y SDAI, presencia de daño articular) y de tratamiento (tratamientos con FAMES previos y motivos del cambio a monoterapia con biológicos).

Resultados: Se incluyeron 209 pacientes, 82,8% eran mujeres, de edad media (DE) 57,6 (13,6) años. El tiempo medio (DE) de evolución de la AR era 13,5 (8,8) años. El 59,8% presentaban FR, 38,3% anticuerpos anti-CCP, el 73,7% daño articular. El 28,5% presentaban manifestaciones extraarticulares. En el momento del estudio el 58,4% de los pacientes recibían tocilizumab, 18,7% etanercept, 12,4% adalimumab y 10,5% otros. La media (DE) de articulaciones dolorosas fue 1,9 (3,0), la de articulaciones tumefactas de 0,84 (2,1); valor medio (DE) de PCR 4,0 (7,7) y de VSG de 14,6 (13,4). La puntuación media (DE) del índice DAS28 fue 2,7 (1,1), del índice CDAI fue 8,4 (6,9) y del índice SDAI fue 8,8 (7,1), presentando remisión el 49,8%, 15,8% y 20,1% de pacientes, respectivamente. El primer FAME sintético prescrito fue metotrexato en el 62,3% de los pacientes, seguido de sales de oro (17,9% de los pacientes). El tiempo (meses) hasta la prescripción del primer FAME fue de 19,5 (52,8) [media (DE)] y 89,8 (86,4) hasta la del primer biológico. Los pacientes habían recibido una media (DE) de 2,6 (1,4) FAME sintéticos y de 1,7 (0,9) biológicos. Inmediatamente antes del inicio del tratamiento en monoterapia, el 45,5% de los pacientes habían recibido FAME sintético+biológico, 30,6% FAME sintético en monoterapia y 23,9% otro FAME biológico en monoterapia (30,0% adalimumab y 28,0% etanercept). Los motivos más frecuentes para la suspensión del tratamiento previo a la monoterapia fue falta de efectividad (61,2%), intolerancia (10,5%), acontecimientos adversos (10,0%) y falta de adherencia (1,5%).

Conclusiones: Los pacientes con AR en tratamiento con FAME biológicos en monoterapia, habían recibido más de dos FAME sintéticos previamente. El control clínico en monoterapia biológica fue

correcto, con una media de DAS28 de 2,7. La suspensión del FAME sintético se debió sobre todo a falta de efectividad, intolerancia o acontecimiento adverso. El tratamiento en monoterapia es una alternativa terapéutica para un grupo de pacientes que no toleran o no pueden recibir FAME sintético.

133. IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA SEMANAL DE URGENCIAS EN REUMATOLOGÍA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y MUSCULOESQUELÉTICAS (ERYME)

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

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

Introducción: Las patologías reumáticas y músculo-esqueléticas (ERYME) en el Departamento Valencia-La Fe son evaluadas por Atención Primaria, y posteriormente derivadas al Centro de Especialidades para su diagnóstico y seguimiento por el reumatólogo. Sin embargo, por la posible demora existente entre la consulta en Atención Primaria y la consulta en el Centro de Especialidades, el paciente acude repetidas veces a Urgencias del hospital, generando en numerosas ocasiones ingresos no procedentes. Por ello, el Servicio de Reumatología ha creado una Consulta Semanal de pacientes derivados de Urgencias (CSU), para que sea el reumatólogo quien evalúe estas ERYME de forma urgente/preferente. Para ello, se han redistribuido las tareas de los facultativos y sus agendas, no siendo necesaria la contratación de recursos humanos ni la disponibilidad de nuevos espacios.

Objetivos: Analizar el impacto de la implantación de la CSU en pacientes con ERYME sobre la reducción de ingresos hospitalarios improcedentes.

Métodos: Durante el 2011 se implanta la CSU y en 2012 funciona a pleno rendimiento. Se han recogido datos de hospitalizaciones y costes derivados para las anualidades 2010, 2011 y 2012, para los pacientes con ERYME evaluados directamente desde puerta de Urgencias y de aquellos que han sido evaluados en la CSU.

Resultados: Con la implantación de la CSU se disminuyen las hospitalizaciones para las ERYME de 83 en 2010 a 47 en 2012, disminuyendo el promedio de días de hospitalización de 10,15 a 7,5. Las patologías más frecuentes son las lumbalgias y lumbociatalgias, que en 2011 presentan un periodo de hospitalización más corto en los casos gestionados por la CSU (7 y 5 días respectivamente) que en los casos que seguían el protocolo no gestionado por Reumatología (12 y 11 días). De ello se deriva además una disminución en el coste sanitario del ingreso para cada patología. En 2012 la CSU asume todas las propuestas de las ERYME. En esta anualidad, se puede valorar el impacto de esta nueva estrategia de nuevo en las lumbalgias y lumbociatalgias, disminuyéndose el periodo medio de hospitalización a 8 y 7 días respectivamente, y reduciéndose los días totales de ingreso un 49% (106 días) y un 58% (213 días) respectivamente. Los costes también disminuyen notablemente, obteniéndose un ahorro del gasto sanitario del 41% (20.764,7 €) para las lumbalgias y del 52% (44.206,6 €) para las lumbociatalgias.

Conclusiones: Con esta estrategia podemos concluir que con los mismos recursos de que dispone el Servicio de Reumatología, ha sido posible disminuir el número de ingresos por ERYME, agilizando su diagnóstico y atención, lo cual redundará en beneficio del paciente. Además, se reducen también los días de estancia hospitalaria, y por tanto el coste hospitalario derivado.

134. LA CAPILAROSCOPIA, UN BUEN INSTRUMENTO EN EL DIAGNÓSTICO DE FENÓMENO DE RAYNAUD

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

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

Introducción: La identificación de individuos con Raynaud primario susceptibles de desarrollar esclerodermia u otras conectivopatías reviste de gran importancia tanto para un control precoz de la enfermedad como para el manejo terapéutico, con gran influencia en el pronóstico del paciente. La metodología más adecuada para ello sería la capilaroscopia, ya que es una herramienta asequible, no invasiva y de fácil manejo.

Objetivos: Analizar la posible correlación entre patrón capilaroscópico y diagnóstico clínico en pacientes que presentan fenómeno de Raynaud tanto primario como secundario.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo observacional que comprende 226 capilaroscopias realizadas en el H.U.P. La Fe durante el año 2012 y 2013. Todas fueron realizadas a pacientes que presentaban fenómeno de Raynaud tanto primario como secundario. Las reumatólogas ignoraban el diagnóstico clínico y en base a las características observadas asignan un patrón capilaroscópico a cada paciente. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante un modelo de regresión logística multinomial.

Resultados: Los resultados obtenidos en las capilaroscopias se desglosan en los siguientes parámetros: disposición de los capilares heterogénea (19,5%); plexo venoso visible (50,8%); densidad capilar mantenida (85,4%), disminuida (11%), muy disminuida (3,5%); morfología capilar elongada (25,6%); ausencia de dilataciones (27,4%), dilataciones aisladas (42%), dilataciones difusas (30,5%); existencia de megacapilares (26,1%); existencia de hemorragias (58,4%); presencia de áreas avasculares (5,7%); ausencia de tortuosidades (12,8%), presencia de tortuosidades grado I (31,2%), G II (40,7%), G III (13,3%); existencia de fenómenos de angiogénesis (30,5%). Atendiendo a estos resultados se clasificó a los pacientes según el patrón capilaroscópico y el diagnóstico clínico (tabla). Con el análisis bioestadístico se observa una correlación entre el patrón capilaroscópico normal y un diagnóstico de Raynaud primario con una probabilidad del 0,684, y entre el patrón específico de esclerodermia y el diagnóstico de esclerodermia y síndrome de Crest con una probabilidad de 0,65. Además se observa que la presencia de tortuosidades de grado 2 y de grado 3 se correlacionan de forma positiva con un Raynaud secundario ($p = 0,0007$ y $p = 0,024$ respectivamente).

Diagnóstico clínico	Patrón capilaroscópico			Patológico inespecífico
	Normalidad	Sugestivo de esclerodermia	Sugestivo de otras conectivopatías	
Raynaud primario	52	1	7	31
Esclerodermia+sd Crest	0	26	2	6
SAF	1	0	2	2
LES	2	2	12	2
Sd Sjögren	2	1	5	2
Artritis reumatoide	5	0	4	11
Otros	14	10	7	14

Conclusiones: Dada la buena correlación obtenida entre el patrón capilaroscópico y el diagnóstico clínico se ratifica la utilidad de la capilaroscopia para una mejor discriminación de los pacientes con fenómeno de Raynaud que presentan un mayor riesgo de desarrollar una conectivopatía.

135. RESULTADOS DE LA CONSULTA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PACIENTES DE BAJA LABORAL DE ORIGEN MUSCULOESQUELÉTICO EN EL ÁREA VALENCIA-LA FE

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

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

Introducción: En marzo de 2012, se inicia un nuevo proyecto en el H.U.P. La Fe, siguiendo el proyecto piloto realizado en Hospital Clínico San Carlos en Madrid, donde desde Atención Primaria se derivan pacientes de baja laboral de origen músculo-esquelético de forma precoz.

Objetivos: El objetivo del estudio es analizar la variación en los días de baja laboral en aquellos individuos incluidos en este programa con respecto a la media de días de baja habitual.

Métodos: Estudio de cohortes, observacional, transversal realizado desde abril hasta diciembre de 2012, en el que se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes del departamento Valencia-La Fe derivados por primera vez a la consulta de Reumatología de Intervención Temprana, que presentaban incapacidad laboral temporal de origen músculo-esquelético. Estos pacientes se citan en la consulta con un tiempo máximo de espera de una semana y se les realiza una consulta estandarizada, donde se ofrece tratamiento médico, ecografía articular, infiltraciones y ejercicios dirigidos si son necesarios. Se revisa al paciente de forma continuada hasta el alta médica. Se excluyeron aquellos pacientes cuyas incapacidades eran de origen traumático o quirúrgico, o su situación le derivaba a incapacidad permanente.

Resultados: Se incluyeron los primeros 250 pacientes de la serie, con 48 años de edad media de y el 53% eran mujeres. Las patologías registradas más frecuentes fueron: lumbalgia (33%), cervicalgia (16%), síndrome de hombro doloroso (13%) y otras tendinopatías (10%). El 100% de los pacientes recibió tratamiento médico, al 39% se le realizó ecografía articular; al 35% de los mismos se le practicaron infiltraciones y en un 82% se enseñaron ejercicios de fisioterapia a realizar en domicilio. Las patologías que presentaban un mayor promedio de días desde la primera visita al alta fueron la lumbociatalgia (38 días), la cervicalgia (30 días) y el síndrome del hombro doloroso (34 días). Al comparar estos datos con la población control del estudio piloto sobre la que no se realizaba ninguna intervención se observa una disminución de los días de baja, siendo en el grupo control lumbociatalgia (57,6 días) y cervicalgia (37,4 días).

Conclusiones: Según los resultados obtenidos en nuestro estudio se observa que la intervención temprana por reumatólogos en pacientes con incapacidad laboral temporal por alguna patología de origen músculo-esquelético disminuye el número de días de baja laboral, en comparación con los pacientes tratados de forma habitual, pudiendo incorporarse antes al trabajo y consecuentemente, ahorrar todos los gastos derivados de dicha incapacidad temporal.

136. RENTABILIDAD MICROBIOLÓGICA DE LA TINCIÓN DE GRAM EN LA BURSOCENTESIS DE CODO Y RODILLA: COMPARACIÓN ENTRE LA EXTRACCIÓN CONVENCIONAL Y LA ECO-GUIADA EN TIEMPO REAL

C. Guillén Astete, A. Boteanu, M.A. Blázquez y W.A. Sifuentes Giraldo

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

Introducción: La rentabilidad global de la tinción de Gram en líquido sinovial se ha estimado en torno al 50% (Ryan et al. Br J

Rheumatol. 1997;36:370-3). La práctica de procedimientos articulares o periarticulares asistidos por la guía ecográfica han supuesto una reducción en la tasa de complicaciones y un incremento en la efectividad terapéutica de las infiltraciones. El objetivo del presente estudio fue determinar las modificaciones en términos de sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivos positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) de la tinción de Gram en la serie de bursitis infecciosas de nuestro hospital en función de la técnica de bursocentesis utilizada: Convencional o guiada por ecografía en tiempo real (GETR).

Métodos: Se identificaron los diagnósticos definitivos (cultivo de líquido sinovial) de bursitis infecciosa y los diagnósticos clínicos pero no microbiológicos realizados entre 2011 y 2013. Se incluyeron solamente los casos en los que haya existido una bursocentesis suficientemente documentada en el informe de urgencias (sistema de registro electrónico Excalibur®) y en la que se haya practicado una tinción de Gram. Se calcularon los VPP y S según la técnica de bursocentesis.

Resultados: En el periodo de tiempo señalado se identificaron 66 diagnósticos definitivos de bursitis infecciosa y 21 cultivos de líquido sinovial procedentes de bursas que fueron informados como estériles. De los diagnósticos definitivos, 57 correspondían a pacientes cuyo historial electrónico estaba suficientemente documentado y a cuyos líquidos sinoviales se les había realizado una tinción de Gram. El total de los 21 casos de líquidos estériles procedentes de bursas estaban suficientemente documentados. En los procedimientos realizados con GETR y cuyos cultivos fueron positivos (17), 10 presentaron una tinción de Gram diagnóstica mientras que en 7 no se identificaron microorganismos. En los procedimientos realizados de forma convencional y cuyos cultivos fueron positivos (40), 19 presentaron una tinción de Gram diagnóstica mientras que en 21 no se identificaron microorganismos. Los valores de S, E, VPP y VPN de la tinción de Gram en la bursocentesis GETR fueron 58,8%, 100%, 100% y 41,6%, respectivamente mientras que en la bursocentesis convencional fueron 47,5%, 93,3%, 95% y 40%, respectivamente.

Conclusiones: Pese a la restricción inherente al tamaño muestral de nuestro estudio, se ha observado un incremento de la sensibilidad y el valor predictivo positivo de la tinción de Gram en las bursocentesis realizadas con asistencia ecográfica. Esto puede explicarse por la posibilidad de realizar tomas de muestra sobre áreas específicas evitando la punción de tejidos o vasos y salvando los obstáculos que representan los tabiques de fibrina intrabursales y que comúnmente se presentan en este tipo de bursitis. Aunque la bursitis infecciosa no es un diagnóstico de urgencia comparado con la artritis séptica, el conocimiento y aplicación de técnicas que incrementen la rentabilidad diagnóstica de las pruebas que se pueden realizar a pie de cama repercutirá positivamente en el manejo de estos pacientes en términos de mayor filiación diagnóstica (diagnóstico definitivo) y condicionará una terapéutica empírica mejor dirigida por el resultado de la tinción de Gram.

137. DIKKOPF-1 (DKK-1) LEVELS IN AXIAL SPONDYLOARTHRITIS (AXSPA) ARE RELATED TO DISEASE DURATION

V. Navarro-Compán¹, E. Melguizo², C. González², F. Navarro² and R. Ariza²

¹University Hospital La Paz. Madrid. ²University Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Introduction: Tumor necrosis factor (TNF) alpha is responsible for induction of dkk-1 which down-regulates bone formation. Therefore, it was expected that TNF-blocker therapy would inhibit radiographic progression in patients with axSpA but this effect has not been observed. Nevertheless, most of the studies have included

patients with long disease duration and it is unknown whether or not this effect would be the same in patients with an early stage of the disease.

Objectives: To investigate if disease duration influences on the serum levels of dkk-1 in patients with axSpA.

Methods: Observational study including consecutive patients with axSpA according to ASAS criteria visiting a tertiary hospital between January 2011 and June 2013. All patients were receiving NSAIDs and none of them was under biologic therapy. The following characteristics were recorded at one visit: Demographic (age, gender), symptoms duration, HLA-B27, disease activity indices (BASDAI, CRP, ESR) and function (BASFI). Blood samples to determine dkk-1 serum levels by enzyme immunoassay were collected at the same visit too. Patients were classified as early axSpA (symptoms duration = 5 years) and established axSpA (> 5 years) and the characteristics enumerated above were compared between both groups. Univariate and multivariate linear regression models were employed to identify the characteristics related to dkk-1 serum levels.

Results: Thirty one patients with early axSpA and 21 patients with established disease were included. Patients with early axSpA were younger (32.6 ± 9.3 vs 41.0 ± 10.2 years; $p < 0.01$), had lower degree of disease activity (BASDAI: 4.6 ± 2.7 vs 6.6 ± 1.9 ; $p < 0.01$ and ESR: 7.7 ± 9.2 vs 18.1 ± 15 mmHg; $p < 0.05$) and worst function (3.2 ± 2.9 vs 5.8 ± 2.5 ; $p < 0.01$) compared with patients with established disease. Serum levels of dkk-1 were significantly higher in patients with early disease (25.9 ± 11.5 vs 13.9 ± 13.5 ; $p < 0.001$ ng/dl). No statistically significant differences were found between both groups for the rest of characteristics. In the univariable analysis, symptoms duration and BASDAI were inversely related to dkk-1 levels (std β : -0.435 ; $p < 0.01$ and Std β : -0.283 ; $p < 0.05$, respectively). However, only the relationship with symptoms duration remained statistically significant in the multivariable analysis (std β : -0.415 ; $p < 0.01$).

Conclusions: Serum Dkk-1 levels in patients with axSpA depend on disease duration, being higher in patients with recent onset of the disease. The effect of TNF-blocker therapy on radiographic progression may be different in patients with an early stage of the disease compared with patients with established disease.

138. FUERZAS DE REACCIÓN EN EL PASO DE PACIENTES CON OSTEOARTRITIS DE RODILLA

J.L. Garrido Castro¹, J. Gil-Cabezas¹, V. Pérez-Guijo², C. González-Navas¹, R. Medina-Carnicer¹, A.M. Galisteo¹, P. Font², J. Calvo² y E. Collantes²

¹Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: La osteoartritis (OA) de rodilla es la enfermedad más frecuente de las que afectan al aparato locomotor, y una de las causas más importantes de discapacidad entre la población anciana. Normalmente estos pacientes son evaluados mediante cuestionarios cuya respuesta puede estar influenciada de cierta subjetividad (WOMAC, VAS, SF36, Criterios de OARSI). Existen técnicas de evaluación, derivadas de la biomecánica, que presentan resultados objetivos del estado del paciente. Una de ellas es la técnica del análisis del paso y sus fuerzas de reacción. Es una técnica estandarizada que muestra unos patrones bien definidos. Las curvas de fuerza vertical se caracterizan por mostrar dos picos y un valle, apreciándose en la gráfica una W invertida. En este trabajo se ha utilizado dicha técnica para obtener una evaluación de las fuerzas de reacción producidas por el paso de pacientes con OA de rodilla antes y después de aplicar un tratamiento intraarticular.

Tabla Póster 138

	(A) Basal	(B) 1 mes después	(C) 3 meses después	Valor de P	(D) Control
Fuerza vertical (%PC)					
Primer pico	99,16 (2,32)	99,62 (2,20)	99,95 (1,65)		101,63 (6,30)
Fuerza valle	92,28 (2,27)	91,92 (3,65)	91,71 (2,97)	AB*, AC*, AD**	90,02 (6,22)
Segundo pico	101,28 (2,35)	100,99 (2,58)	101,84 (2,92)	AD**	107,23 (5,03)
Diferencia pico/valle	7,94 (4,66)	8,39 (3,12)	9,19 (3,33)	AB**, AC**, AD**	14,41 (5,05)
Tiempos					
Primer pico (%CPA)	31,69 (3,33)	31,23 (3,72)	31,15 (4,32)	AB*, AC*, AD**	27,33 (3,15)
Tiempo total apoyo (s)	1,00 (0,15)	0,97 (0,13)	0,94 (0,12)	AB*, AC*, AD**	0,83 (0,13)
Fuerza medio-lateral (%PC)					
Interna	5,46 (1,79)	5,26 (1,28)	5,73 (1,66)	AB*, AD**	4,87 (2,41)
Externa	2,29 (1,31)	1,65 (0,92)	1,94 (1,01)	AB*, AD**	2,88 (0,76)
Fuerza antero-posterior (%PC)					
Frenado	8,21 (2,35)	8,96 (2,07)	9,43 (2,43)	AB*, AC*, AD**	10,80 (1,54)
Impulsión	11,70 (2,14)	12,00 (2,95)	12,72 (3,49)	AB*, AC*, AD**	14,62 (1,91)

Se muestran valores medios y DT. %PC, porcentaje de fuerza respecto al peso corporal. %CPA, porcentaje respecto al ciclo del paso en su fase de apoyo. *p < 0,05, **p < 0,001.

Objetivos: Evaluar las fuerzas de reacción en el paso en pacientes con OA de rodilla antes y después de tratamiento intraarticular.

Métodos: El análisis de las fuerzas de reacción en el paso fue analizado en un grupo de 26 pacientes con OA de rodilla ($57,68 \pm 8,06$ años; $1,65 \pm 0,88$ m; $87,74 \pm 13,06$ kg) con un nivel alto de afección ((grado II-III según la escala de Kellgren y Lawrence) y en otro de 6 sujetos sanos de similares características como grupo control ($55,33 \pm$ años; $1,70 \pm 0,77$ m; $88,52 \pm 10,15$ kg). Se sometió a los pacientes a un tratamiento intraarticular consistente en inyecciones de ácido hialurónico. Se han tomado datos antes y después del tratamiento (uno y tres meses). Se evaluaron las fuerzas resultantes del paso en el plano vertical, mediolateral y anteroposterior utilizando una placa de fuerza triaxial (Bertec® FP4060).

Resultados: En la tabla aparecen los resultados obtenidos de fuerzas en los tres planos y algunos valores temporales como el tiempo de apoyo y el instante en que se alcanza el primer pico de fuerza vertical. Se encontraron diferencias significativas entre pacientes y grupo control en casi todos los parámetros analizados, lo cual muestra una alteración biomecánica del paso. En cuanto a medidas sensibles al tratamiento destacar el instante en que se produce el primer pico de fuerza vertical, la fuerza en el valle y la diferencia entre los picos y el valle. También aparecen medidas sensibles en los otros dos planos con unas fuerzas de frenado e impulso mayores. Así mismo aparece un menor tiempo de apoyo.

Conclusiones: Nuestro estudio muestra que las fuerzas de reacción mejoraron claramente hacia los valores obtenidos por el grupo control después del tratamiento intrarticular. Por todo esto, el análisis de fuerzas de reacción en el paso podría ser usado como herramienta de evaluación, no solo para demostrar la alteración biomecánica producida por la OA de rodilla, sino también como herramienta de evaluación de la eficacia del tratamiento.

139. NIVELES DE INFILIXIMAB Y ADALIMUMAB, ANTICUERPOS ANTI-INFILIXIMAB Y ANTICUERPOS ANTI-ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: ESTUDIO INTERLABORATORIO. COMPARACIÓN DE DOS VERSIONES DE UN ELISA COMERCIAL

D. Hernández¹, L. Valor¹, F. Llinares², J. Rosas², J. Yagüe³, I. de la Torre¹, L. Martínez¹, J.C. Nieto¹, E. Naredo¹, C. González¹, J. López-Longo¹, I. Monteagudo¹, M. Montoro¹ y L. Carreño¹

¹Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante. ³Inmunología. Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción: Los niveles séricos de anti-TNF así como la presencia de anticuerpos anti-TNF (Ac) han sido asociados con la pérdida de eficacia a estas terapias biológicas. Sin embargo hasta la fecha no se

han publicado estudios de validación que determinen la reproducibilidad de estos ensayos y así poder establecer su correlación con la respuesta clínica. En este estudio hemos comparado los niveles séricos de IFX y Ac-anti-IFX y los niveles séricos de ADL y Ac-anti-ADL utilizando dos versiones de un ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay) comercial (V.1 y V.2).

Métodos: La comparación de dos versiones de ELISA [Promonitor® IFX R1 y R2 (V.1), Promonitor® IFX y Anti-IFX (V.2); Promonitor® ADL R1 y R2 (V.1), Promonitor® ADL y Anti-ADL (V.2) (Progenika Biopharma, España)] fue realizada en pacientes con artritis reumatoide (AR) tratados con IFX (n = 24) y ADL (n = 24) en 1ª línea de tratamiento biológico, > 12 meses de tratamiento y muestras serológicas extraídas previamente a la administración de fármaco. Los valores de concordancia y reproducibilidad fueron determinados utilizando: coeficiente kappa, coeficiente de correlación intraclase (CCI), coeficiente de correlación de concordancia (CCC), y coeficiente de correlación de Pearson (precisión: r). Se elaboraron gráficos de Bland-Altman de las diferencias entre V.2 y V.1 para comparar los resultados.

Resultados: En la interpretación cualitativa, los resultados discordantes para niveles de IFX V.1 fueron 9/24 muestras (kappa 0,62: buen acuerdo) y 2/23 en V.2 (kappa 0,95: muy bueno) para los niveles de ADL V.1 fueron 7/24 (kappa 0,51: moderado) y 0/24 en V.2 (kappa 0,95: muy bueno). Para Ac-anti-IFX fue 0/24 en ambas versiones (kappa 1: excelente) mientras que para los Ac-anti-ADA fue de 1/24 con V.1 y 4/24 con V.2 (kappa 0,84 y 0,63: acuerdo de muy bueno a bueno). Respecto a la comparación de los resultados cuantitativos, para los niveles de IFX y ADL, encontramos una fiabilidad de 0,78 y 0,79 respectivamente (CCI cuestionable en ambos anti-TNF/V.1) y para V.2 de 0,99 y 0,97 (CCI excelente, en ambos anti-TNF). Al evaluar la concordancia entre la V.1 y V.2, para los niveles de IFX y ADL el t-test fue significativo (IFX: p < 0,0001; ADL: p: 0,002) con una precisión alta y un rc pobre. En el análisis de Bland-Altman, tanto los niveles de IFX como los de ADL indican diferencias entre las dos versiones [IFX: bias 1,93, LOA: -3,3-7,2; ADL: bias 3,32 y LOA: -0,55-7,21]. En relación a IFX-ADA y ADL-ADA se obtuvo una precisión alta y un rc pobre, al igual que para los niveles de fármaco. Así como en el gráfico de Bland-Altman las diferencias entre las dos versiones, fue en general mejor para IFX que para ADL [IFX: bias -34 y LOA: -117-49; ADL: bias -12,224 y LOA: -129,563-105,114].

Conclusiones: Observamos diferencias sustanciales en el análisis de los resultados, hay un mejor acuerdo en la interpretación cualitativa, mientras que la interpretación cuantitativa demuestra una mayor variabilidad en el patrón comparativo de los resultados, tanto para niveles como para Ac-anti-TNF. Al comparar V.1 y V.2 encontramos muy buena asociación lineal pero baja concordancia entre resultados.

140. WHICH CHRONIC BACK PAIN (CBP) CHARACTERISTICS ARE ASSOCIATED WITH THE PRESENCE OF SACROILIITIS ON MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI) IN PATIENTS WITH SUSPECTED AXIAL SPONDYLOARTHRITIS (AXSPA)? RESULTS FROM THE ESPERANZA COHORT

V. Navarro-Compán¹, R. Almodóvar², A. Hernández³, E. Beltrán⁴, E. de Miguel¹ and P. Zarco², on behalf of EsPeranza Group

¹University Hospital La Paz. Madrid. ²Foundation University Hospital Alcorcón. Madrid. ³Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ⁴University Hospital Doctor Peset. Valencia.

Introduction: CBP is nowadays the starting point for the ASAS classification criteria for axSpA. Later, two possible entry criteria based on complementary examinations (imaging and HLA-B27) are considered. CBP is a very prevalent symptom, so it is necessary to identify those characteristics more likely resulting in a positive complementary test.

Objectives: To evaluate which inflammatory characteristics of CBP are associated with the presence of sacroiliitis on MRI in patients with suspected axSpA.

Methods: Baseline dataset from the EsPeranza cohort (< 45 yrs, symptoms duration 3-24 months and with inflammatory back pain –IBP– or asymmetrical arthritis or spinal/joint pain plus = 1 SpA features) was used. Data from 326 patients with axial symptoms who underwent sacroiliac joint (SIJ) MRI were analysed. Odds ratio were estimated for the association between IBP characteristics (morning stiffness, improve with exercise and not with rest, alternating buttock pain, insidious onset, awakening at 2nd half of night and good response to NSAID) and their different combinations with a positive SIJ MRI (ASAS definition).

Results: A total of 130 (40%) patients had sacroiliitis. Table shows the results for the association between the individual and combined IBP characteristics with a positive MRI. Alternating buttock pain (OR = 3.43; p < 0.001), insidious onset (OR = 2.15; p < 0.05) and awakening at 2nd half of the night (OR = 1.71; p < 0.05) were associated with a positive MRI. The combination of these characteristics or the addition of alternating buttock pain to the ASAS definition of IBP were the most specific (OR = 3.08; p < 0.001; Spe 92% and OR = 6.17; p < 0.001; Spe 94%, respectively).

Conclusions: Alternating buttock pain is the IBP characteristic most strongly associated with a positive SIJ MRI in patients with suspected axSpA. The inclusion of this characteristic in the current definition of IBP could improve the efficiency of SIJ MRI.

Acknowledgements: The EsPeranza Program has been supported by an unrestricted grant from Pfizer.

141. EFECTIVIDAD DEL EJERCICIO EN LA FIBROMIALGIA: OVERVIEW DE REVISIONES SISTEMÁTICAS (BASADAS EN ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIOS)

M.B. Nishishinya Aquino¹, C.A. Pereda², M. Giné Garriga³, M. Roque⁴ y C. Javierre Garcés⁵

¹Instituto Traumatológico Quirón. MIR Medicina del Deporte. Universidad de Barcelona. Barcelona. ²Reumatología. Clínica Mediterráneo. Almería. ³FPCEE y FCS Blanquerna Universitat Ramon Llull. Barcelona. ⁴Centro Cochrane Iberoamericano. Institute of Biomedical Research (IIB Sant Pau). Barcelona. ⁵Unidad de Fisiología del Ejercicio. Universidad de Barcelona. Barcelona.

Introducción: Los pacientes con fibromialgia (FM) presentan limitaciones en actividades relacionadas con su trabajo y productividad. Un porcentaje elevado refiere sedentarismo, baja capacidad cardio-respiratoria, sumado a dolor y fatiga. Las adaptaciones metabólicas descritas en la actividad física podrían contribuir al mejoramiento de estos parámetros y síntomas.

Objetivos: 1) Evaluar los beneficios que ofrece la práctica de algún tipo de actividad física en pacientes con FM. 2) Evaluar los efectos adversos de la actividad física en este grupo de pacientes.

Métodos: Revisión global de revisiones sistemáticas (RS) que incluyan estudios clínicos prospectivos y aleatorizados (ECAs), bases de datos consultadas: CENTRAL, MEDLINE/Pubmed, EMBASE y PEDro. Idiomas inglés y español. Se identificaron 1.137 artículos, de los cuales 19 potencialmente incluíbles fueron revisados por dos investigadores de forma independiente. Se clasificó a las intervenciones en tres grandes grupos: Grupo 1: Ej aeróbicos (EA)/Ej. resistencia (ER)/Ej. flexibilidad (EF) (n = 6 RS); Grupo 2: Ejercicios en medio acuático (terapia acuática física (TAF)) (n = 3 RS); Grupo 3: Ejercicios de baja intensidad (yoga, tai chi y QiQong) (n = 4 RS).

Resultados: Se incluyeron finalmente 13 RS, siendo la calidad en general buena (AMSTAR). Grupo I: EA y ER comparado con controles mostraron a corto plazo, beneficios moderados en bienestar global y función física, los EF mejoraron sueño y dolor. Grupo 2: La TAF mejoró función física (FIQ), calidad de vida y la rigidez comparado con no realizar ejercicios, luego de 20 semanas. Grupo 3: El Qigong/ yoga a corto plazo mejoraron dolor, calidad de vida, FIQ y la ansiedad. Otras intervenciones (tai chi, terapia de conciencia corporal (Body Awareness Therapy)) no mostraron efectos clínicamente importantes. Efectos adversos fueron leves y descritos en pocos estudios (tres grupos de ejercicios).

Conclusiones: Los EA hay una evidencia moderada a corto plazo que mejoran el bienestar global, la función física y probablemente otros síntomas como dolor, puntos dolorosos, fatiga y depresión. No hay

Tabla Póster 140

Individual Characteristic of IBP

	Sacroiliitis positive (N = 130)	Sacroiliitis negative (N = 196)	Univariable analysis	Multivariable analysis	Diagnostic utility measures					
	N (%)	N (%)	OR	OR	Sen	Spe	PPV	NPV	LR+	LR-
Morn. Stiff > 30 min	89 (68.5)	106 (54.1)	1.84*	1.30	68.5	45.9	45.6	68.7	1.27	0.69
Improve with exercise, not with rest	41 (31.5)	56 (28.6)	1.15		31.5	71.4	42.3	61.1	1.10	0.04
Alter. buttock pain	62 (47.7)	36 (18.4)	4.05**	3.43**	47.7	81.6	63.3	70.2	2.59	0.64
Insidious onset	114 (87.7)	142 (72.4)	2.71**	2.15*	87.7	27.6	44.5	77.1	1.21	0.44
Awake 2 nd half night	84 (64.6)	85 (43.4)	2.39**	1.71*	64.6	56.6	49.7	70.7	1.49	0.63
Response to NSAIDs	90 (69.2)	110 (56.1)	1.76*	1.32	69.2	43.9	45.0	68.3	1.23	0.70
Combination of IBP characteristics										
Calin criteria	67 (51.5)	57 (29.1)	2.59**	-	51.5	70.9	54.0	68.8	1.77	0.68
Berlin criteria	94 (72.3)	97 (49.5)	2.67**	-	72.3	50.5	49.2	73.3	1.46	0.55
ASAS criteria	62 (47.7)	45 (23.0)	3.06**	-	47.7	77.0	57.9	68.9	1.45	0.67
Night + Insidious + Buttock (2/3)	52 (40.0)	41 (20.9)	2.52**	-	71.5	59.2	53.8	75.8	1.75	0.48
Night + Insidious + Buttock (3/3)	89 (68.5)	81 (41.3)	3.08**	-	33.8	92.3	74.6	67.8	4.39	0.72
Calin + Night (5/6)	40 (30.8)	11 (5.6)	7.48**	-	40.0	79.1	55.9	66.5	1.91	0.76
Berlin + Insidious (3/5)	93 (71.5)	80 (40.8)	3.65**	-	68.5	58.7	52.4	73.7	1.66	0.54
ASAS + Buttock (5/6)	44 (33.8)	15 (7.7)	6.17**	-	30.8	94.4	78.4	63.3	5.50	0.73

p < 0.05; **p < 0.001.

evidencia en cuanto a las distintas modalidades e intensidad de los diferentes ejercicios. Los ER o fortalecimiento con una evidencia de baja calidad, a corto plazo, mostraron que una intensidad moderada a alta mejoró el dolor, las funciones físicas y la fortaleza muscular en mujeres con FM. La evidencia es limitada en los EF. En cuanto a la eficacia de la TAF la evidencia es insuficiente para generalizar/extrapolar los efectos de esta intervención a todos los pacientes con FM. Los ejercicios de baja intensidad (yoga, tai chi, Qigong) presentaron un beneficio muy limitado.

142. BURSITIS INFECCIOSA DE CODO Y RODILLA: ¿ESTAMOS SOBREDIAGNOSTICANDO O SOBRETREATANDO? ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Guillén Astete, A. Boteanu y M.A. Blázquez Cañamero

Servicio de Reumatología; Consulta de Urgencias Reumatológicas y Patología Musculoesquelética. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La bursitis de codo y rodilla son, con diferencia, las más frecuentemente diagnosticadas en los servicios de urgencias. Basados en nuestra experiencia, tenemos la impresión de que el diagnóstico clínico de bursitis infecciosa, en estas dos localizaciones, es mucho mayor que el microbiológico (definitivo) y que otras formas de bursitis mecánicas no están siendo diagnosticadas. El propósito del presente estudio ha sido analizar la casuística de las bursitis en el servicio de urgencias de nuestro hospital en función del diagnóstico clínico, microbiológico y de la actitud terapéutica tomada.

Métodos: Se identificaron todos los diagnósticos de bursitis realizados en el servicio de urgencias de nuestro hospital por medio de la aplicación "Excalibur[®]" entre 2010 y 2013. Se revisaron las correspondientes historias clínicas y los estudios complementarios realizados. La expresión de resultados se hizo por medio de estadísticos de tendencia central y dispersión. Las comparaciones de proporciones se realizaron por medio de la prueba exacta de Fisher.

Resultados: Se identificaron 190 diagnósticos de bursitis en el periodo señalado. De estas, 180 correspondieron a bursas de codo y rodilla. Se realizó una bursocentesis en 98 casos (54,4%). De estos, 70 fueron remitidos para estudios microbiológicos (Gram ± cultivo). De las 180 bursitis diagnosticadas, 60 (33,3%) fueron catalogadas como "infecciosas" o "sépticas" en el informe de alta de urgencias, 101 no fueron catalogadas en ningún sentido (56,1%) y 19 fueron definidas como "mecánicas", "post contusionales" o "traumáticas" (10,5%). La tabla recoge las características de los pacientes (epidemiológicas, clínicas y analíticas) al momento de la consulta según el diagnóstico de alta de urgencias. Se administró terapia antibiótica empírica al 26,3% de las bursitis catalogadas como mecánicas y al 54,4% de las no especificadas. En total, 60 (50%) pacientes fueron tratados con antibióticos sin haber sido diagnosticados de bursitis infecciosa (mecánica y no especificada).

Conclusiones: Existen pocos estudios epidemiológicos sobre bursitis en urgencias. De acuerdo con Stell et al (J Accid Emerg Med. 1966;13:351-3), la prevalencia de bursitis infecciosa de codo es del 33% mientras que el 77% corresponde a formas traumáticas o idiopáticas. Extrapolando esta observación a nuestro estudio encontramos que el diagnóstico de bursitis infecciosa no parece estar sobredimensionado. Sin embargo, teniendo en cuenta el número de pacientes tratados con antibioterapia empírica bajo el diagnóstico de bursitis en general, concluimos que existe un sobretreatmento y al menos una llamativa sobredimensión de la consciencia del diagnóstico de bursitis infecciosa. Estos aspectos deben ser tenidos en cuenta al momento de delinear campañas educativas sobre patología del aparato locomotor entre clínicos.

143. ESTUDIO PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE ESCLEROSIS SISTÉMICA EN PACIENTES CON FENÓMENO DE RAYNAUD EN UN ÁREA DE SALUD

E. Beltrán Catalán¹, C. Feced Olmos², J. Alegre Sancho³, I. Chalmeta Verdejo², N. Fernández-Llanio Comella⁴, J. Ivorra Cortés² y J.A. Román Ivorra²

¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario. Valencia.
²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ³Sección de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. ⁴Unidad de Reumatología. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Valencia.

Objetivos: La detección precoz de esclerosis sistémica (ES) mediante la evaluación y el estudio de pacientes con fenómeno de Raynaud (FR) derivados desde Atención Primaria (AP) a una consulta monográfica en un área de salud de Valencia.

Métodos: Se trata de un estudio epidemiológico, observacional, prospectivo y desarrollado en condiciones de práctica clínica habitual. Se llevó a cabo en dos etapas y a dos niveles de asistencia (atención primaria y atención especializada). Previo al inicio del estudio se realizaron unas sesiones informativas para los médicos de AP en los diferentes centros de salud del área. Etapa I: inclusión y cribado durante 12 meses; Etapa II: estudio y seguimiento prospectivo durante 24 meses. En la consulta monográfica un reumatólogo realizaba en un primer tiempo una evaluación clínica del paciente y un estudio mediante capilaroscopia, obteniendo un diagnóstico clínico de presunción. En visitas posteriores se completaba el estudio mediante otras exploraciones complementarias dando lugar a un diagnóstico definitivo. La población del estudio incluyó pacientes mayores de 18 años con FR definido y posible que fueron derivados de 17 centros de atención primaria y tres consultas de atención especializada dependientes de los Hospitales La Fe y Dr. Peset de Valencia.

Resultados: Se evaluaron un total de 158 pacientes, 130 mujeres (82%) y 28 hombres (18%), con una edad media de 47 ± 17 años. La edad media de las mujeres fue de 45 ± 16 años y la de los hombres de 53 ± 19 años. El tiempo medio de evolución del FR fue de

Tabla Póster 142

Condición o característica	Bursitis infecciosa (60)	Bursitis mecánica (19)	Bursitis no especificada (101)	Grado de significancia estadística
Edad ± DE (años)	45 ± 16	51 ± 9	48 ± 12	p
Sexo masculino	83,6%	84,2%	79,2%	NS
Temp > 37,5	13,3%	0%	12,1%	NS
Solicitud de analítica	83,3%	89,4%	79,2%	p
Leuc > 11.000 y Neut > 90%	6,6%	0%	8,9%	NS
Tratamiento antibiótico	60 (100%)	5 (26,3%)	55 (54,4%)	p
Gram solicitados(valor absoluto, porcentaje)	35 (58,3%)	2 (10,5%)	33 (32,6%)	p
Gram diagnóstico (valor absoluto, porcentaje respecto de los Gram solicitados)	14 (40%)	0	9 (27,2%)	p

93 meses (7,5 años). El diagnóstico de presunción de FR primario (FRP) se otorgó a un 44,3% (n = 70) de los pacientes y el de FR secundario (FRS) a un 48,10% (n = 76) en la primera visita. Finalmente, un 37,3% (n = 59) obtuvieron un diagnóstico definitivo de FRP y un 55,1% (n = 87) de FRS. Del total de pacientes con un diagnóstico de presunción de FRP, el 84,3% (n = 59) se quedaron con ese diagnóstico definitivo, y un 15,7% (n = 11) cambiaron a un diagnóstico definitivo de FRS distribuido por diagnósticos como sigue: 1,4% (n = 1) pre-esclerodermia (pre-ES), 1,4% (n = 1) FR paraneoplásico, 10% (n = 7) conectivopatía indiferenciada, 1,4% (n = 1) enfermedad mixta del tejido conectivo y el 1,4% (n = 1) costilla cervical. El 100% de los pacientes con diagnóstico definitivo de FRP y los pacientes con FRS no asociado a conectivopatía fueron ANA negativo. El 100% de los pacientes con ES definida y el 95% de los pacientes con pre-ES fueron ANA positivo. El 90% de los pacientes con FRP presentaron un patrón de capilaroscopia normal y el 10% un patrón inespecífico. El 100% de los pacientes con diagnóstico de ES y el 93% (n = 13) de los diagnosticados de pre-ES presentaron un patrón de capilaroscopia característico de ES. En el resto de pacientes con diagnósticos de otras conectivopatías diferentes a la ES la capilaroscopia fue en su mayoría patológica inespecífica.

Conclusiones: Existe una buena concordancia entre el diagnóstico de presunción y el diagnóstico definitivo de los pacientes con FR evaluados en la consulta monográfica. Los diagnósticos con más frecuencia asociados al FRS son la ES forma limitada (ESL) (11%), seguida de la pre-ES (9%), LES (8%) y la conectivopatía indiferenciada (7%).

Parcialmente financiado con una subvención de Actelion Pharmaceuticals Ltd.

144. FASCITIS EOSINOFÍLICA: MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN UNA SERIE DE 18 PACIENTES

C. Velásquez Arce¹, W.A. Sifuentes Giraldo¹, I. Amil Casas², V. Maldonado Romero¹, C. Guillén Astete¹, M. Vázquez Díaz¹, J. Bachiller Corral¹, C. de la Puente Bujidos¹, M.E. de las Heras Alonso³, J.L. Calleja López⁴, J.L. Patier de la Peña⁴, M.A. Moreno Cobo⁴ y A. Zea Mendoza¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Dermatología; ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

⁴Centro de Salud Benita de Ávila. Madrid.

Introducción: La fascitis eosinofílica (FE) es un trastorno esclerodermiforme raro caracterizado por induración cutánea simétrica en extremidades y eosinofilia periférica, que presenta cambios histopatológicos característicos a nivel de la fascia muscular. A pesar de que se ha considerado como un trastorno limitado a la piel y tejidos blandos, existe evidencia de alteraciones inmunológicas y compromiso visceral en algunos pacientes.

Objetivos: Estudiar el espectro de manifestaciones clínicas, perfil inmunológico, respuesta al tratamiento y evolución de los pacientes con fascitis FE atendidos en un hospital español de tercer nivel.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo con análisis de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de FE durante un período de 30 años (1983-2013). Los datos se procesaron mediante el software estadístico SPSS 21.0.

Resultados: Se encontraron 18 pacientes, todos ellos caucásicos, 61% hombres, con una media de edad al diagnóstico de 51 años (rango: 28-76). La forma de inicio fue aguda en 33% y subaguda en 67%, con una media de retraso diagnóstico de $8 \pm 6,3$ meses. Hubo antecedente de sobreesfuerzo físico en 33% y exposición laboral a químicos en 17%. La fiebre y los síntomas constitucionales estuvieron presentes en 22% de los casos. La manifestación cutánea más frecuente fue la induración (89%), seguida por edema (67%),

hiperpigmentación (56%), eritema (39%), esclerodactilia (22%), signo del "surco" (22%), prurito (17%) y "piel de naranja" y (11%). Ninguno tuvo fenómeno de Raynaud. Hubo superposición con otras formas de esclerodermia localizada en 3 casos (esclerodermia lineal 2, morfea generalizada 1). Dentro de las manifestaciones extracutáneas las más comunes fueron las musculoesqueléticas, encontrándose artralgiás en 56%, contracturas articulares en 44%, mialgiás en 33%, y debilidad muscular en 22%. Se detectó síndrome del túnel del carpo en 22% de los casos, dismotilidad esofágica en 11%, tiroiditis autoinmune en 6% y restricción ventilatoria leve en 6%. Hasta un 49% presentaron aumento de reactantes de fase aguda y 78% cursaron con eosinofilia. Las alteraciones inmunológicas más frecuentes fueron la presencia de anticuerpos antinucleares (28%), antitiroideos (6%), anticélulas parietales (11%) y la hipergamaglobulinemia policlonal (33%). La biopsia de la fascia, realizada en 10 casos, fue compatible con FE en todos ellos. Los tratamientos administrados fueron glucocorticoides (89%), anti-H2 (22%), colchicina (17%), hidroxicloroquina (33%), metotrexato (22%) y azatioprina (17%). La respuesta a los glucocorticoides fue parcial en todos los casos, lográndose la remisión con la adición inmunosupresores en 33%, respuesta parcial en 33% y fallo en 11%. Un caso refractario logró la remisión con fotoquimioterapia + PUVA y otro lo hizo de forma espontánea. Tras un período de seguimiento de $16 \pm 9,2$ años de 16 de los casos, ninguno de ellos evolucionó a esclerosis sistémica, pero una paciente desarrolló neumonía eosinofílica recurrente y otro falleció a consecuencia de la rotura de un aneurisma aórtico.

Conclusiones: Las manifestaciones extracutáneas son frecuente en la FE, en especial las musculoesqueléticas, y una proporción pequeña de pacientes pueden desarrollar compromiso visceral, incluyendo el digestivo y respiratorio. La respuesta a la corticoterapia no es óptima en todos los casos y se requiere con frecuencia inmunosupresores. Sin embargo, el pronóstico a largo plazo es favorable.

145. EXPERIENCIA DE LA CONSULTA VIRTUAL DE REUMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

B. Tejera-Segura, S. Bustabad, V. Hernández, E. Delgado, I. Ferraz, J.J. Bethancourt, E. Trujillo, B. Rodríguez-Lozano, M.A. Gantes, M. Flores, F. Díaz, L. Expósito-Pérez y M. García-González

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: Las enfermedades reumáticas, en su mayoría crónicas, tienen alta prevalencia, un gran impacto socioeconómico con elevado consumo de recursos sanitarios y constituyen una de las primeras causas de incapacidad. En un estudio epidemiológico de las enfermedades reumáticas realizado en nuestra comunidad (EPIRCAN) demostró que la prevalencia de las enfermedades reumáticas era del 19,2%, similar a la de otras patologías crónicas como la HTA y la diabetes. Esta alta prevalencia ha sido el motivo de que en los últimos años se produjera importantes cambios que han llevado a que los reumatólogos realicen su actividad asistencial además de en el hospital, en los CAE y en atención primaria como reumatólogo consultor. Actualmente se está implantando la consulta virtual (CV) como modelo asistencial alternativo.

Objetivos: Describir nuestra experiencia con la CV de reumatología. Valorar las ventajas y desventajas que ésta presenta.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, para evaluar las CV de reumatología realizadas desde 1 de abril de 2013 hasta 31 de diciembre de 2013, solicitadas por 44 médicos de atención primaria (MAP) correspondientes a 3 centros de salud, con una población de referencia de 70.693 habitantes.

Resultados: Se realizó un total de 565 CV en un periodo de 9 meses (abril 2013-diciembre 2013), con un máximo de 5 consultas por día y con el compromiso de contestarlas en 24 horas. El 53% de las CV se resolvieron sin necesidad de dar cita al paciente, estaban relacionadas con dudas en el tratamiento o en los datos analíticos. Al 47% se les dio cita para ser valorado en consulta: a centros de atención especializada el 67,5% por sospecha de patología degenerativa o de partes blandas, y el 32,4% se derivó al hospital. De los pacientes citados en el hospital, 52 pacientes (60,4%) correspondían a patología inflamatoria y/o conectivopatía, 21 (24,4%) a reumatismo de partes blandas que precisaba ecografía y 13 (15,1%) por enfermedades reumatológicas pediátricas. Las CV fueron contestadas en 24 horas, no hay lista de espera. Las ventajas que se pudieron objetivar con la CV fueron las siguientes: contacto casi directo con el MAP; contribuir a mejorar la formación de los MAP en las enfermedades del aparato locomotor (por ejemplo, cómo diferenciar el dolor mecánico del inflamatorio, entre otras); indicarle al MAP qué pruebas complementarias, según la historia clínica realizada por ellos, se deben realizar para tenerlas el día de la primera visita del reumatólogo (por ejemplo, analítica básica con PCR, VSG, radiografías simples, FR, ANA) y pues con ello las consultas de primera vez podrían ser más resolutivas y en consecuencia disminuirían las consultas sucesivas y la lista de espera. Por otro lado, la gran limitación, que al mismo tiempo se convertiría en una gran desventaja, es que los reumatólogos somos fundamentalmente clínicos y en este caso no estamos viendo al paciente. La información clínica la recibimos a través del MAP.

Conclusiones: Nuestra experiencia con la CV es positiva. A pesar de la gran limitación que es la de tomar decisiones sin que el paciente esté presente, se ha conseguido: 1) Resolución casi inmediata de dudas al MAP, 2) Contribuir a su mejor formación en patología médica del aparato locomotor, 3) Evitar sobrecarga asistencial, 4) Primeras visitas más resolutivas, 5) Detección precoz de enfermedades inflamatorias que realmente necesitan una valoración y/o tratamiento precoz.

146. EFICACIA DEL CONDOITÍN SULFATO Y LA GLUCOSAMINA EN COMBINACIÓN EN UN MODELO ANIMAL DE ARTROSIS Y OSTEOPOROSIS

A. Torrent¹, E. Montell¹, J. Vergés¹, M.C. Carceller², A. Blanco², M.C. Terencio², M.L. Ferrándiz² y M.J. Alcaraz²

¹División Pharmascience. Área I+D Pre-Clínica. Bioiberica S.A. Barcelona. ²Departamento de Farmacología e IDM. Universidad de Valencia. Burjassot. Valencia.

Introducción: La artrosis (OA) es reconocida actualmente como una enfermedad de toda la articulación ya que afecta a todos sus tejidos. Aunque la pérdida del cartílago es la principal característica patológica de la OA, se ha sugerido que el hueso subcondral puede también jugar un papel importante en su patogénesis. En el presente estudio se investigó si la combinación de condroitín sulfato (CS) y glucosamina clorhidrato (GLU), ambos fármacos de acción lenta para la artrosis (SYSADOA), podía proteger el hueso subcondral y el cartílago articular de la degeneración en un modelo combinado de Osteoporosis (OP) inducida por ovariectomía (OVX) y Artrosis (OA) inducida por transección del ligamento cruzado anterior (ACLT) en la rata.

Métodos: La OP fue inducida por ovariectomía en ratas Wistar hembra (180-200 g peso corporal, n = 15 ratas/grupo) (semana 0) y 2 semanas después (semana 2) se indujo la OA por ACLT. Todos los procedimientos quirúrgicos fueron llevados a cabo bajo anestesia con isoflurano seguida de inyección subcutánea con butorfanol (2 mg/kg). Los animales se mantuvieron a una temperatura

de 21 ± 2 °C, con un ciclo de 12 horas luz/oscuridad y libre acceso al agua potable y comida. La combinación fue administrada diariamente mediante sonda a 2 dosis desde la semana 0 hasta la semana 12 después de la OVX. La dosis baja administrada fue 140 mg/kg/día y la dosis alta 175 mg/kg/día, lo cual corresponde de forma orientativa a 1.200 mg/día y 1.500 mg/día en humanos, respectivamente. También se incluyeron un Grupo Sham (operación simulada) y un grupo OVX + ACLT (Grupo Vehículo). Después de 12 semanas, los animales fueron sacrificados. Para la evaluación de la artrosis, se realizó un estudio histológico y la degeneración del cartílago fue evaluada mediante la puntuación OARSI. La microarquitectura del hueso se evaluó mediante microCT. Los niveles de mediadores inflamatorios y degradativos se determinaron por ELISA.

Resultados: El tratamiento ha demostrado inducir una reducción significativa del grado de degradación del cartílago (aproximadamente 80%) y de la depleción de proteoglicanos (aproximadamente 70%). Esto va acompañado de una reducción significativa de los niveles de metaloproteasa-3 en suero e IL-1 β en la rodilla. Además, la técnica de microCT reveló que el tratamiento ejerció un efecto positivo en la estructura ósea. Este efecto protector en la pérdida de hueso se correlacionó con un incremento en el ratio osteoprotegerina/RANKL en suero.

Conclusiones: La combinación ha demostrado efectos beneficiosos significativos en la artrosis y un efecto protector en el hueso. Todos estos datos pueden ayudar a comprender los mecanismos por los cuales el condroitín y la glucosamina ejercen un efecto positivo en la patofisiología de la artrosis.

147. PROYECTO GECOAR: GESTIÓN DE LA COMORBILIDAD EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

E. Loza¹, C. Lajas², J.L. Andreu³, A. Balsa⁴, I. González-Álvaro⁵, O. Illera⁶, J.A. Jover², I. Mateo⁷, J. Orte⁸, J. Rivera⁹, J.M. Rodríguez Heredia¹⁰, F. Romero¹¹, J.A. Martínez-López¹¹, A.M. Ortiz⁵, E. Toledano², V. Villaverde¹², L. Carmona¹, S. Castañeda⁵ y Grupo de Estudio GECOAR

¹Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid. ²Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ³Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid. ⁴Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁵Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ⁶Hospital Infanta Sofía. Madrid. ⁷Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁸Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ⁹Instituto Provincial de Rehabilitación. Madrid. ¹⁰Hospital Universitario de Getafe. Madrid. ¹¹Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ¹²Hospital Universitario de Móstoles. Madrid.

Objetivos: Desarrollar recomendaciones prácticas basadas en la evidencia para la detección y manejo de la comorbilidad en pacientes con artritis reumatoide.

Métodos: Se utilizó una metodología modificada de RAND/UCLA y revisión sistemática de la literatura. Un grupo de discusión estableció el mapa del proceso de la comorbilidad y propuso recomendaciones específicas que fueron sometidas a dos rondas Delphi para 1) priorizarlas y 2) evaluar el grado de aceptación por un grupo amplio de reumatólogos.

Resultados: Se presentan recomendaciones en la tabla, junto con su grado medio de acuerdo (sobre 10).

Conclusiones: Se han establecido recomendaciones para 1) saber qué comorbilidades deben ser investigadas como mínimo (incluyendo tratamientos, factores de riesgo y características de los pacientes que podrían interferir con la gestión de la AR); 2) cómo y cuándo se deben investigar comorbilidades y factores de riesgo; 3) cómo manejar comorbilidades específicas, relacionadas o no rela-

cionadas con la AR, incluyendo los principales eventos adversos del tratamiento de la AR, y promover la salud (general y músculoesquelética); 4) asegurar un enfoque de atención integral para los pacientes con AR con alguna comorbilidad, tales como los modelos de atención de salud para pacientes crónicos, unidades de artritis precoz, relaciones con atención primaria, atención de enfermería especializada y autogestión.

Tabla Póster 147

No.	Se recomienda...	Acuerdo medio/10
1	...investigar comorbilidades y factores de riesgo de alta incidencia o mortalidad, especialmente aquellos que sean potencialmente evitables o que puedan interferir con la evaluación de la AR o su tratamiento.	9,4
2	...la optimización del uso de la anamnesis, el examen físico y la información electrónica como principales fuentes para identificar y confirmar la comorbilidad de la AR.	9,3
3	...que se registren cuidadosamente todos los fármacos que el paciente toma, tengan o no que ver con su AR.	9,4
4	...un control más estrecho de la enfermedad en presencia de manifestaciones extra-articulares, de acuerdo a lo recomendado en las principales guías clínicas.	9,2
5	...que se apliquen, cuando sean necesarias y sin demora, las medidas preventivas de osteoporosis y fracturas en los pacientes con AR y elevado riesgo de fracturas.	9,2
6	...tener especial cuidado en la valoración del dolor crónico y la depresión, por ejemplo descartando la existencia de fibromialgia asociada, cuando se evalúa y se decide un tratamiento en pacientes con AR.	8,4
7	...implicar al reumatólogo en todas las fases de la planificación y toma de decisiones de la cirugía (ortopédica o general) en pacientes con AR.	8,6
8	...definir en cada área de salud el nivel de responsabilidad en el manejo de la comorbilidad específica, adaptándose en cada caso al entorno y recursos disponibles, de acuerdo a las guías nacionales e internacionales para su manejo.	9,0
9	...que se realice de forma rutinaria promoción de la salud en pacientes con AR.	8,9
10	...que se incida sobre el mantenimiento de la higiene oral y que se sigan pautas de prevención en caso de una extracción dental o cirugía oral en los pacientes con AR.	8,7
11	...el seguimiento de las recomendaciones de guías y consensos sobre la gestión del riesgo con el uso de fármacos antireumáticos, especialmente FAME sintéticos y biológicos, glucocorticoides y AINEs.	9,6
12	...informar, y aconsejar cuando proceda, sobre el efecto de la AR y sus tratamientos en el embarazo y la fertilidad.	9,8
13	...informar y fomentar la educación sexual del paciente con AR y de su pareja, especialmente en los temas relacionados con su enfermedad.	7,9
14	...una valoración periódica individualizada del paciente polimedcado con AR, sopesando los beneficios y riesgos de cada fármaco en cada momento de la evolución.	9,1
15	...que se incluya el manejo de estos pacientes específicamente en los programas de formación de reumatología, sesiones clínicas y de investigación.	8,9
16	...que, en los pacientes con AR y multimorbilidad el reumatólogo debe ser el coordinador principal de la atención, integral, con independencia de la participación y responsabilidad de otros profesionales de la salud (o especialistas médicos).	8,8
17	...que, en los pacientes con AR y multimorbilidad, se realice un diagnóstico y tratamiento precoz de la comorbilidad, así como una estandarización de su seguimiento.	9,0
18	...que, en los pacientes con AR y multimorbilidad, se establezca una buena comunicación, colaboración y coordinación entre las unidades de reumatología y otros profesionales y/o proveedores de salud en el mismo u otros niveles asistenciales	9,5
19	...la participación o necesidad de la enfermería especializada en unidades de reumatología.	9,1
20	...que se documenten de forma sistemática los resultados de salud en el paciente con AR.	8,7
21	...que se comprometa e involucre a los reumatólogos en el desarrollo de modelos de atención al paciente crónico.	9,2

148. EXPRESIÓN DIFERENCIAL DE MICRORNAS EN EL SUERO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB

N. Barbarroja¹, C. Castro¹, C. Pérez-Sánchez¹, P. Ruiz-Limón¹, M.A. Aguirre¹, A. Escudero¹, Y. Jiménez-Gómez¹, R.M. Carretero-Prieto¹, P. Font¹, E. Collantes-Estévez¹, R. González-Conejero², C. Martínez² y C. López-Pedrerá¹

¹Unidad de Investigación y Servicio de Reumatología. IMIBIC/Hospital Reina Sofía. Córdoba. ²Centro Regional de Hemodonación. Universidad de Murcia. Murcia.

Introducción: El empleo de terapias biológicas como el infliximab (IFX) en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) ha supuesto un gran avance terapéutico. Los microRNAs son moléculas de ARN monocatenario (20-22 nucleótidos), no codificantes, que regulan la expresión génica a nivel post-transcripcional. Sus niveles plasmáticos se modifican ante ciertas condiciones patológicas y terapéuticas, por lo que podrían constituir biomarcadores diagnósticos o de respuesta al tratamiento.

Objetivos: Evaluar el efecto del tratamiento in vivo con IFX sobre el perfil de expresión de microRNAs en el suero de pacientes con AR, así como la posible asociación entre la expresión alterada de dichos microRNAs y los cambios ocurridos en diversos parámetros clínicos y serológicos.

Métodos: Se evaluaron muestras de 34 pacientes AR antes y después del tratamiento con IFX (3 mg/kg en infusión intravenosa, administración a 0, 2 y 6 semanas, y posteriormente cada 8 semanas durante 6 meses). A todos se les realizó una evaluación clínica [toma de fármacos modificadores de la enfermedad (FAME), nº articulaciones inflamadas y dolorosas, (TJC y SJC), escala visual analógica (VASp y VASdr), actividad de la enfermedad (DAS-28 y SDAI), y capacidad funcional (HAQ)] y serológica [niveles de factor reumatoide (FR), anticuerpos anti-péptidos cíclicos citrulinados (ACCP), velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR), IL-6, receptor de TNF (TNF-R), MCP-1 y VEGF] en ambos tiempos. El perfil de expresión de miRNAs se determinó mediante un array de PCR a partir de ARN total de un pool de suero de 10 pacientes. Los resultados se evaluaron mediante software específico, y se validaron mediante RT-PCR de un set de microRNAs en todos los pacientes incluidos en el estudio. Se realizaron estudios de correlación entre éstos y las distintas variables de evaluación clínica y analítica.

Resultados: Los valores medios de todos los parámetros clínicos evaluados se hallaron significativamente disminuidos tras el tratamiento con IFX. Entre los parámetros serológicos, VSG, PCR, FR e IL-6 se redujeron de forma significativa. Los resultados del array indicaron que el 90,1% de los miRNAs se sobre-expresaban, y en el 9,9% disminuía su expresión tras el tratamiento. La clasificación funcional de los miRNAs sobre expresados demostró que alrededor del 60% de los miRNAs estaban relacionados con enfermedad cardiovascular e inmunopatología, activación de células T y B, inflamación y autoinmunidad. De entre los 10 miRNAs seleccionados para la validación del array, 6 se encontraron significativamente aumentados tras tratamiento con IFX. Los estudios de correlación mostraron múltiples asociaciones negativas entre los miRNAs validados y parámetros clínicos, de autoinmunidad e inflamatorios.

Conclusiones: 1. El tratamiento in vivo con IFX promueve una alteración significativa de la expresión, en el suero de pacientes AR, de un gran número de microRNAs asociados a procesos de inflamación y autoinmunidad, activación de células T y B y enfermedad cardiovascular. 2. Existe una correlación significativa entre la expresión de diversos miRNAs (miR-146-a, miR-125b, miR-126, miR-124a, miR-223 y miR-16) y la respuesta positiva al tratamiento, en términos de marcadores de actividad de la enfermedad, afectación

articular, inflamación y autoinmunidad. Por tanto, dichos miRNAs podrían considerarse potenciales biomarcadores de respuesta al tratamiento con IFX en pacientes con AR.

Financiado por: P08-CVI-04234, PI12/01511, PI-0191-2013, PI11/00566, Sociedad Española de Reumatología.

149. ESTUDIO MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER EN PACIENTES CON LUPUS ERYTEMATOSO SISTÉMICO

S. Heredia¹, J. Narváez¹, A. Zacarías¹, E. Armengol¹, G. Albert¹, A. Roset², P. Sigüenza², X. Juanola¹, M. Rubio Rivas² y J.M. Nolla¹

Unidad Funcional de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UFMAS).

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Interna.

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Objetivos: Evaluar la frecuencia de alteraciones ecocardiográficas (excluyendo el derrame pericárdico) en una cohorte de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) e investigar los factores relacionados con las mismas.

Métodos: Fueron objeto de estudio 243 pacientes con LES atendidos entre 1980 y 2013 en un hospital universitario de tercer nivel que no asiste a población pediátrica y registrados en una base de datos específica (registro AQUILES). Se seleccionaron para su análisis 91 pacientes que habían sido estudiados en al menos una ocasión con un ecocardiograma Doppler. En los enfermos con más de una exploración, sólo se incluyó en el análisis los datos referentes a la última. En cada estudio se investigó de forma protocolizada la presencia de disfunción miocárdica sistólica, disfunción miocárdica diastólica, valvulopatía, alteraciones de la motilidad segmentaria sugestivas de cardiopatía isquémica, e hipertensión pulmonar (HTP), definida como una presión arterial pulmonar (PAP) sistólica mayor de 40 mmHg y una velocidad de regurgitación tricuspídea (VRT) superior a 2,5 m/s.

Resultados: La edad media de los pacientes (75 mujeres) fue de 50 ± 12 años (rango, 27-77) y la mediana del tiempo de evolución de la enfermedad en el momento del estudio ecocardiográfico era de 83 meses (rango, 12-156). Los principales hallazgos objetivados fueron: a) Disfunción sistólica en el 1,1% (1/91) de los enfermos. b) Disfunción diastólica en el 5,5% (5/91) de los pacientes; todos presentaban HTA y dos de ellos anticuerpos antifosfolípidos (aFl) positivos. c) Alteraciones de la motilidad segmentaria sugestivas de cardiopatía isquémica: 3,3% (3/91) de los enfermos. d) Valvulopatía subclínica: 46,2% (42/91) de los pacientes, incluyendo 27 casos de insuficiencia tricuspídea (30%), 26 casos de insuficiencia mitral (29%), 5 casos de insuficiencia aórtica (5,5%), 4 casos de estenosis aórtica (4,4%) y 1 caso de endocarditis verrugosa de Libman-Sacks en válvula mitral (1,1%). En algunos pacientes coexistían diferentes tipos de lesión y en todos la disfunción valvular fue leve e) HTP: 7,7% (7/91) de los enfermos. El valor medio de la PAP fue de 46,8 ± 4 mmHg (rango, 40-56) y el valor medio de la VRT de 3 ± 0,3 m/s (rango, 2,7-3,4). Se objetivó dilatación de cavidades derechas en 2 pacientes; ninguno presentó dilatación de vena cava inferior, ni derrame pericárdico. El 86% (6/7) de los pacientes con HTP tenían también algún tipo de valvulopatía. De los pacientes con valvulopatía subclínica, un 40,5% (17/42) presentaban positividad para uno o más de los aFl (Ac anticardiolipina Ig o IgM, Ac anti-beta2-glicoproteína IgG o IgM, anticoagulante lúpico). En los pacientes con HTP, el porcentaje de positividad de los aFl fue del 71,4% (5/7). En el estudio comparativo con 49 controles con LES sin valvulopatía ni HTP, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la positividad de los aFl (positivos en el 45% de los controles; $p > 0,05$). Tampoco se observaron diferencias significativas en la frecuencia de fenómeno de Raynaud entre pacientes con HTP y los controles.

Conclusiones: El estudio con ecocardiografía Doppler en pacientes con LES permite identificar un porcentaje considerable de altera-

ciones cardíacas subclínicas, destacando por su frecuencia la valvulopatía (46%). La prevalencia puntual de HTP definida según parámetros ecocardiográficos en nuestra cohorte fue del 7,7%. Los aFl podrían estar implicados en la patogenia de ambas complicaciones.

150. BIOMARCADORES DE INFLAMACIÓN, ESTRÉS OXIDATIVO Y NEOFORMACIÓN ÓSEA EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: PERFIL DE EXPRESIÓN EN LEUCOCITOS Y ASOCIACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

A. Escudero Contreras, Y. Jiménez-Gómez, T. Cerdo-Raez, P. Ruiz-Limón, C. Pérez-Sánchez, R.M. Carretero-Prieto, N. Barbarroja, P. Font, J. Calvo, C. López-Pedraza y E. Collantes-Estévez

Servicio de Reumatología y Unidad de Investigación.

IMIBIC-Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad articular caracterizada por el desarrollo de inflamación crónica y neoformación ósea. Diversos estudios han demostrado que la inflamación crónica y la osificación en las EA se desarrollan a través de vías moleculares diferentes, pero con probable influencia recíproca.

Objetivos: Analizar diversos biomarcadores de estatus oxidativo, inflamación y neoformación ósea en plasma y distintos subtipos de leucocitos de pacientes con EA y evaluar su interrelación, así como su asociación con la actividad de la enfermedad.

Métodos: Diecisiete pacientes con EA y 25 donantes sanos se incluyeron en el estudio. Los índices de actividad de la enfermedad se analizaron utilizando el 'índice funcional de la EA de Bath' (BASFI) y el 'índice de actividad de la EA de Bath' (BASDAI). Varios parámetros de estrés oxidativo (producción de peróxidos, glutatión intracelular -GSH-, despolarización mitocondrial -JC1-), citoquinas/quimioquinas ((CCL3, TNF α , IL1, IL-6, IL10, IL17, IL23, MCP1, VEGF) y marcadores de recambio óseo y señalización intracelular (i.e. osteocalcina, BMP2, TGF1 β , ERAP1, WNT3A, y STAT3) se cuantificaron en distintos subtipos de leucocitos (monocitos, linfocitos y neutrófilos) mediante RT-PCR y citometría de flujo.

Resultados: Diversos marcadores, tanto de inflamación como de osteogénesis, se hallaron incrementados en neutrófilos de pacientes EA (i.e. TNF α , IL-6, IL-23, IL-10, VEGF, osteocalcina, BMP2, ERAP1) en relación al grupo control, mientras que los linfocitos sólo mostraron expresión incrementada de citoquinas y quimioquinas inflamatorias (TNF α , IL-6, IL17, MCP1 y TGF β). En monocitos se hallaron reducidos los niveles de moléculas inflamatorias (IL6 y TNF α), junto a un aumento de la citoquina anti-inflamatoria IL10. Sin embargo, mostraron expresión incrementada de proteínas osteogénicas como la osteocalcina. Los tres tipos celulares mostraron expresión incrementada de moléculas reguladoras de la expresión de dichas proteínas (Wnt3A y STAT3). El estatus oxidativo se halló significativamente alterado en monocitos y neutrófilos (reducción significativa del potencial de membrana mitocondrial y de los niveles de GSH). Los estudios de correlación mostraron asociación positiva entre distintos marcadores de inflamación y neoformación ósea. También se halló correlación entre diversos marcadores inflamatorios/osteoformadores y el estatus oxidativo, principalmente a nivel de alteración de actividad mitocondrial. STAT3 y Wnt3A se hallaron positivamente correlacionadas con marcadores de inflamación y osteogénesis, sugiriendo que ambas rutas podrían regular de forma paralela los procesos inflamatorios y osteogénico dentro del mismo tipo celular. BASFI y BASDAI correlacionaron principalmente con marcadores de inflamación como TNF α e IL-10.

Conclusiones: 1. Distintos subtipos de leucocitos circulantes en pacientes con EA parecen jugar un papel diferencial en los procesos inflamatorio y osteoformador. 2. El estatus oxidativo, con alteración

de la actividad mitocondrial en monocitos de pacientes EA, podría actuar como mediador clave en la inducción de la expresión alterada de proteínas osteogénicas. En suma, la inflamación y la anquilosis en la EA parecen ser procesos diferencialmente regulados en distintos subtipos de leucocitos, pero estrechamente interrelacionados. La formación de hueso en estos pacientes podría estar influida por la alteración coordinada de dichas moléculas a nivel celular. Subvencionado por JA PI-0314-2012.

151. MECANISMOS DE ATEROSCLEROSIS Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. EFECTO DEL TRATAMIENTO IN VIVO CON FLUVASTATINA

N. Barbarroja¹, P. Ruiz-Limón¹, C. Pérez-Sánchez¹, R.M. Carretero¹, Y. Jiménez-Gómez¹, P. Seguí¹, J.M. Villalba², E. Collantes-Estévez¹, M.A. Khamashta³, M.A. Aguirre¹, M.J. Cuadrado³ y C. López-Pedraza¹

¹Unidad de Investigación y Servicio de Reumatología. IMIBIC/Hospital Reina Sofía. Córdoba. ²Departamento de Biología Celular, Fisiología e Inmunología. Universidad de Córdoba. Córdoba. ³Lupus Research Unit. St. Thomas Hospital. Londres. Reino Unido.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) se ha asociado al desarrollo de enfermedad cardiovascular (CV), inflamación y trombosis, debido a factores de riesgo tradicionales y adquiridos. Sólo algunos factores de riesgo CV están establecidos; asimismo aún se desconoce cómo se regulan. El efecto anti-inflamatorio, anticoagulante, antiproliferativo e inmunoregulador de las estatinas ha estimulado su estudio como posible herramienta terapéutica en pacientes LES.

Objetivos: 1) Identificar el perfil de expresión de proteínas pro-inflamatorias y proateroscleróticas en pacientes con LES; 2) determinar si dicho perfil está asociado al estado redox celular, así como al proceso autoinmune y/o a la actividad clínica de la enfermedad; 3) evaluar la efectividad de la fluvastatina en todos estos procesos.

Métodos: En el estudio se incluyeron 85 pacientes con LES y 62 donantes sanos. Veintisiete pacientes recibieron tratamiento con fluvastatina (20 mg/día) durante un mes. Se obtuvieron muestras sanguíneas antes y después del tratamiento. Como marcador de aterosclerosis se analizó el grosor de la íntima media carotídea (GIMC). Mediante citometría de flujo se analizaron factores procoagulantes, marcadores de activación celular, estrés oxidativo y potencial de membrana mitocondrial en leucocitos purificados. En el plasma se analizaron marcadores de estrés oxidativo e inflamación. Se purificó RNA total de monocitos antes y después del tratamiento con fluvastatina, a partir del que se obtuvieron cRNAs marcados que se utilizaron para realizar un array utilizando la plataforma 'whole human genome microarray 44K platform' (Agilent G4112F). Las relaciones funcionales entre los genes expresados diferencialmente se evaluaron utilizando el software 'Ingenuity Pathways'.

Resultados: Diversos parámetros protrombóticos y proinflamatorios se hallaron incrementados en pacientes LES. Un porcentaje significativo de estos pacientes mostró incremento patológico de la GIMC. Monocitos y neutrófilos presentaron aumento del estatus oxidativo con alteración del potencial de membrana mitocondrial. Se observó una compleja interrelación entre autoinmunidad, estrés oxidativo e inflamación, así como con la presencia de aterosclerosis temprana. El tratamiento con Fluvastatina durante un mes redujo la actividad de la enfermedad, los niveles de anticuerpos anti-dsDNA y los parámetros del perfil lipídico, así como los marcadores de inflamación y estrés oxidativo. Los estudios de microarray en monocitos mostraron alteración en la expresión de 799 genes. Se identificaron nuevos genes moduladores de inflamación y señalización intracelular; el análisis funcional reveló la presencia de redes

de genes implicados en metabolismo lipídico, inflamación, estatus oxidativo y actividad mitocondrial. Estudios de microscopía electrónica mostraron un aumento en la densidad de volumen mitocondrial en monocitos de pacientes tratados con fluvastatina, junto a un aumento en la expresión de genes implicados en la biogénesis mitocondrial.

Conclusiones: 1) Varios mediadores de autoinmunidad, inflamación y disfunción endotelial modulan la fisiopatología de la atero-trombosis en pacientes LES; 2) Existe una alteración del estado redox intracelular —con un importante papel de la actividad mitocondrial— asociada al efecto de los autoanticuerpos del LES e implicada en el desarrollo de dichos procesos patológicos; 3) La fluvastatina ejerce efectos anti-inflamatorios y anti-oxidantes sobre los monocitos de pacientes con LES, lo que puede explicar, al menos parcialmente, sus efectos beneficiosos sobre la enfermedad CV en el LES.

Agradecimientos: Financiado por P08-CVI-04234, CTS-7940, PI12/01511 y la Sociedad Española de Reumatología (SER).

152. ¿INFLUYE LA EDAD AVANZADA EN EL TIPO DE LESIÓN RENAL Y EN EL PRONÓSTICO DE LA NEFRITIS LÚPICA?

E. Armengol¹, J. Narváez¹, H. Borrell¹, S. Heredia¹, M. Ricse¹, E. Benavent², A. Roset², C. Gómez Vaquero¹, J. Torras³, F. Mitjavila² y J.M. Nolla¹

Unidad Funcional de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UFMAS). ¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Interna; ³Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Objetivos: Analizar si la edad avanzada influye en el tipo de lesión histológica y en el pronóstico de la nefritis lúpica.

Métodos: Fueron objeto de estudio 243 pacientes con LES atendidos, entre 1980 y 2013, en un hospital universitario de tercer nivel que no asiste a población pediátrica y registrados en una base de datos específica (registro AQUILES) Se seleccionaron para su análisis los pacientes con nefritis lúpica confirmada mediante biopsia renal y un tiempo de seguimiento mínimo de 2 años (n = 79); Se realizó un estudio comparativo entre pacientes mayores (n = 30) y menores (n = 49) de 50 años. En la evaluación de la respuesta, se consideraron "respondedores" a los pacientes en los que se constató remisión (parcial o completa) tras haber completado el tratamiento de inducción y "no respondedores" a los pacientes en los que no se observó mejoría en los parámetros analíticos evaluados, a aquellos en los que se objetivó transformación de clase histológica y a los que fallecieron por causas relacionadas con la nefritis. Para la comparación entre grupos de variables continuas se utilizó la prueba de la t de Student o la prueba de la U de Mann-Whitney (cuando las variables no presentaban una distribución normal). Para la comparación de variables cualitativas se utilizó la prueba de chi-cuadrado o el test de Fisher cuando la frecuencia esperada fue inferior a 5. El nivel de significación se estableció para valores de p inferiores a 0,05.

Resultados: La edad media de los 79 pacientes (64 mujeres) en el momento del diagnóstico de la nefritis era de 45 ± 14 (rango, 17-80) años y el tiempo medio de evolución del LES fue de 15,9 meses (rango, 0-456). En el 81% (64/79) de los casos, la afección renal se presentó en el momento del diagnóstico o durante el primer año de seguimiento. La puntuación media del SLEDAI fue de 15 ± 7,6. Los principales resultados del estudio comparativo entre grupos según la edad se muestran en la tabla. No se observaron diferencias significativas entre grupos ni en el tipo de lesión renal ni en el pronóstico. Con respecto al tratamiento, tampoco se observaron diferencias en el porcentaje de pacientes a los que se les administró hidroxicloquinina, glucocorticoides o inmunosupresores, pero sí un mayor empleo de estatinas (p = 0,038) y de IECA (p = 0,033) en el grupo de pacientes = 50 años.

Tabla Póster 152

	Edad = 50 años (N = 49)	Edad > 50 años (N = 30)	p
Sexo (varón/mujer)	11/38	4/26	0.268
Tiempo de evolución del LES en meses (mediana)	2 (0-230)	1 (0-456)	0.504
Nefritis lúpica tipo 2	7 (14%)	7 (23%)	0.363
Nefritis lúpica tipo 3	10 (20%)	4 (13%)	0.367
Nefritis lúpica tipo 4-S	12 (24.5%)	5 (17%)	0.349
Nefritis lúpica tipo 4-G	13 (26.5%)	9 (30%)	0.850
Nefritis lúpica tipo 5	7 (14%)	5 (17%)	0.852
Índice de actividad	7.8 ± 4.5	6 ± 4	0.151
Índice de cronicidad	1.5 ± 1.5	1.3 ± 1.9	0.467
Pacientes respondedores/ no respondedores	40 (82%)/9 (18%)	24 (80%)/6 (20%)	0.121
Desarrollo de insuficiencia renal crónica	7 (14.3%)	3 (10%)	0.114

Conclusiones: La edad avanzada no condiciona el tipo de lesión histológica ni parece ser un factor de mal pronóstico en la nefritis lúpica.

153. BIOPSIA RENAL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y PROTEINURIA INFERIOR A 0,5 G/24 HORAS

M. Ricse¹, J. Narváez¹, G. Albert¹, P. Estrada¹, E. Armengol¹, C. Giménez Argente², A. Roset², E. de Lama³, J. Torras⁴, J. Rodríguez¹, F. Mitjavila² y J.M. Nolla¹

Unidad Funcional de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UFMAS). ¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Interna; ³Servicio de Radiodiagnóstico; ⁴Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: Las indicaciones actuales de una primera biopsia renal en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) son la presencia de proteinuria confirmada = 0,5 g/24 horas, sedimento urinario activo (microhematuria/leucocitaria/cilindruria) o el deterioro inexplicado de la función renal. La realización de biopsias renales en pacientes con proteinuria inferior a 0,5 g/día y sedimento inactivo o con alteraciones mínimas es discutida. No obstante, el conocimiento actual de la existencia de casos de nefropatía lúpica silente ha reabierto el debate sobre la necesidad de biopsiar ante la evidencia de cualquier dato de afección renal, por mínimo que sea, en un paciente con LES y actividad de la enfermedad de base.

Objetivos: Revisar los hallazgos histológicos en pacientes con LES y proteinuria inferior 0,5 g/24.

Métodos: Fueron objeto de estudio 243 pacientes con LES atendidos, entre 1980 y 2013, en un hospital universitario de tercer nivel que no asiste a población pediátrica y registrados en una base de datos específica (registro AQUILES). Se seleccionaron para su análisis los pacientes sin insuficiencia renal a los que se practicó biopsia renal por presentar proteinuria < 0,5 g/24 horas de reciente aparición (presente en 2 muestras consecutivas) con sedimento urinario activo.

Resultados: Se identificaron 6 pacientes; todos presentaban un LES inmunológicamente activo. La biopsia se realizó por presentar, junto con la proteinuria, un sedimento urinario activo con leucocituria y/o microhematuria persistente u oscilante, pero con evidencia de más de un 80% de hematíes dismórficos sugiriendo un origen glomerular. En 5 de los 6 enfermos, la biopsia renal puso de manifiesto la existencia de nefritis lúpica. En el paciente restante, afecto de un síndrome antifosfolípido secundario, la biopsia identificó la presencia de microangiopatía trombótica. Los principales datos clínicos e histológicos que muestran en la tabla.

Tabla Póster 153

Número de pacientes	6
Tiempo de evolución del LES (media), meses	4,3
Edad (media), años	49
Proteinuria (media ± DE), mg/24 horas	0,282 ± 0,09 (rango, 0,18-0,43)
Microhematuria	5 (83%)
Leucocituria	1 (17%)
Cilindruria	0
Insuficiencia renal	0
HTA	0
Síndrome antifosfolípido	1 (17%)
Ac anti DNA (+)	6 (100%)
Hipocomplementemia	5 (83%)
Diagnóstico histológico	
GMN mesangial	3 (60%)
GMN proliferativa difusa	2 (40%)
Microangiopatía trombótica	1 (10%)
Índice de actividad (media)	4,66 (rango, 1-8)
Índice de cronicidad (media)	0,67 (rango, 0-2)

Conclusiones: En pacientes con LES inmunológicamente activo pueden observarse hallazgos histológicos compatibles con nefritis lúpica incluso con valores de proteinuria inferior a 0,5 g/24 horas (incluyendo la presencia de clases histológicas severas en un porcentaje no despreciable de enfermos).

154. DESARROLLO DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA CLÍNICA EN EL MANEJO DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS

S. García-Díaz¹, C. Padilla², D. Cerdà¹, D. Roig Vilaseca¹, D. Reina¹, P. Estrada¹, V. Torrente¹, R. Figuls¹, H. Corominas¹ y J. Esteve²

¹Servicio de Reumatología; ²Supervisión y Dirección de Enfermería. Consorci Sanitari Integral. Barcelona.

Introducción: La revisión de la literatura nos demuestra que enfermería especializada, con más competencias y experiencia mejora la accesibilidad al sistema sanitario, reduce las listas de espera, aumenta el conocimiento de los pacientes sobre sus enfermedades, su automanejo y conlleva una reducción de costes. Las enfermedades reumáticas representan uno de los primeros problemas crónicos de salud de la población de Cataluña. Desde el año 2011 y con la implantación del modelo de Enfermería Clínica (EC) en el Consorci Sanitari Integral, se desarrolla la consulta de Enfermería Clínica experta en el área de las enfermedades reumáticas como respuesta a la demanda asistencial a un problema prevalente de salud, con la finalidad de implantar el Pla Director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor 2010 y el Pla de Salut 2011-2015. Entre las actividades principales de esta consulta se encuentran: la educación sanitaria relacionada con la patología reumática, reforzar el cumplimiento terapéutico y potenciar medidas no farmacológicas; realizar pruebas de screening antes de iniciar terapias biológicas; promocionar hábitos de vida saludables; asegurar la continuidad de los cuidados de estos pacientes, realizar recuentos articulares y cuestionarios de valoración de la enfermedad, funcionales y de calidad de vida (DAS28, HAQ, entre otros); participar en estudios clínicos y proyectos de investigación y en la resolución telefónica de dudas sobre la enfermedad, la medicación y pruebas (entre otros).

Objetivos: Describir y analizar la Consulta de Enfermería Clínica en enfermedades reumáticas en el Consorci Sanitari Integral y definir los criterios de derivación a la misma.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo realizado entre Enero 2011 hasta Julio 2013. Las variables estudiadas fueron el número de primeras visitas y sucesivas, el número de cuestionarios y de pruebas de tuberculina realizados. También se cuantificaron el número de consultas telefónicas. La recogida de datos se realizó a través del sistema informático (SAP asistencial). Para la extracción y el análisis de los datos se utilizó el programa Qlik-View.

Resultados: Las enfermedades más prevalentes fueron las inflamatorias, la osteoporosis, la artrosis y la lumbalgia. Se realizaron un total de 2.963 visitas de EC en el ámbito de Consultas Externas: el número de primeras visitas fue de 820 y 2.143 fue el total de visitas sucesivas. Durante este período se realizaron 66 pruebas de tuberculina y 820 cuestionarios de valoración de la enfermedad, funcionales y de calidad de vida. Por otro lado, desde mayo 2011 hasta julio 2013 el número de llamadas con resolución telefónica fue de 275. Actualmente, se están utilizando los criterios de derivación del reumatólogo a enfermería desarrollados por la Sociedad Española de Reumatología (SER) 2013 (tabla).

Tabla Póster 154

<p>¿Qué signos indican que es conveniente derivar al paciente a la consulta de enfermería?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déficit de auto-cuidado.- - Falta de adherencia al tratamiento. - Paciente que precisa monitorizar la actividad clínica de su enfermedad y/o los efectos adversos de los tratamientos - Paciente con necesidad de información-educación sobre su enfermedad, su tratamiento y/o factores que pueden influir en la evolución favoreciéndola o agravándola. - Paciente que inicia tratamiento subcutáneo. - Pacientes con tratamiento biológico. - Valoración de riesgo cardiovascular en pacientes con patología inflamatoria crónica. <p>¿Qué debemos preguntar para valorar la conveniencia de derivar a enfermería?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿El tratamiento pautado al paciente necesita consejos especiales o controles? - ¿Es conveniente que este paciente reciba información complementaria sobre su enfermedad y/o tratamiento? - ¿Sería de utilidad educar al paciente en auto-cuidado dadas las características de su enfermedad y/o tratamiento? <p>¿Cuándo se debe derivar un paciente a enfermería?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Al inicio de tratamiento subcutáneo - Al inicio de tratamiento con terapias biológicas. - Cuando el paciente por su patología (ej. cronicidad), tratamiento (ej. monitorización frecuente) y/o factores de riesgo (ej. obesidad, tabaquismo) precise una mayor formación y educación para su auto-cuidado. <p>¿Qué pacientes son susceptibles de beneficiarse más con la intervención de enfermería y obtener unos mejores resultados?</p> <p>Pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • con nivel cultural medio-alto • demandantes de información • con diagnóstico reciente • con buena adherencia al tratamiento • con actitud positiva para el cambio de hábitos • con buen apoyo familiar <p>¿Qué medidas facilitan una buena derivación y una colaboración estrecha con enfermería?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar el número de profesionales de enfermería o de horas de enfermería dedicadas a patologías reumatológicas. • Integrar a enfermería en el servicio de reumatología. • Tener una consulta presencial de enfermería. • Facilitar formación específica en reumatología para enfermería. • Crear protocolos, guías y/o consensos de enfermería en reumatología. • Mejorar el apoyo institucional y la coordinación entre niveles asistenciales. • Mejorar el conocimiento de los pacientes sobre el rol de enfermería. • Facilitar al paciente la asistencia a las citas con enfermería (horarios, acceso, coordinación con otras pruebas o visitas a especialista, posibilidad de consulta telefónica).
--

Conclusiones: La consulta de EC experta en reumatología constituye un apoyo al paciente reumático: educación sanitaria, seguimiento analítico, evaluación periódica del paciente y resolución de dudas, ya sea en formato presencial o virtual. Esto también, nos ha permitido un abordaje más integral, complementando al médico especialista en Reumatología en la asistencia global del paciente reumático. La derivación de los pacientes a las consultas de enfermería en reumatología viene facilitada por los criterios de derivación de reumatólogo a enfermería de la SER.

155. AFECTACIÓN PRIMARIA DEL APARATO RESPIRATORIO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

H. Borrell¹, J. Narváez¹, E. Armengol¹, A. Zacarías¹, S. Heredia¹, A. Iriarte², A. Roset², M. Molina³, X. Juanola¹, O. Capdevila² y J.M. Nolla¹

*Unidad Funcional de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UFMAS).
¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Interna; ³Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.*

Objetivos: Evaluar la frecuencia de los distintos tipos de afectación primaria del aparato respiratorio en una cohorte de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Métodos: Fueron objeto de estudio 243 pacientes con LES atendidos entre 1980 y 2013 en un hospital universitario de tercer nivel que no asiste a población pediátrica y registrados en una base de datos específica (registro AQUILES). Se seleccionaron para su análisis los pacientes con algún tipo de afectación respiratoria a lo largo de su evolución.

Resultados: Se identificaron 49 (20%) pacientes. La manifestación más frecuente fue la pleuritis, con o sin derrame asociado, presente en 39 enfermos (16%). Una tercera parte presentó más de un episodio de pleuritis. En el 44% de los casos se objetivó la presencia concomitante de pericarditis. Otras manifestaciones fueron la enfermedad pulmonar intersticial difusa crónica (EPID) presente en 5 pacientes (2,1%), neumonitis lúpica aguda (NLA) en 4 (1,6%), hipertensión pulmonar en 7 (3%), enfermedad muscular respiratoria (síndrome del pulmón encogido) en 2 (0,8%), y tromboembolismo pulmonar en 2 (0,8%). No identificó ningún caso de hemorragia alveolar difusa, NOC/BONO o hipoxemia aguda reversible. En los casos de EPID el tiempo medio de evolución desde el diagnóstico del LES fue de 9,4 ± 6,7 años. En las 5 pacientes, la EPID cursó con tos seca y disnea progresiva de instauración insidiosa o subaguda. En tres de estas enfermas el cuadro se controló con glucocorticoides; las otras dos precisaron además bolus de ciclofosfamida, consiguiéndose frenar la progresión de la enfermedad en 1 caso, mientras que la otra paciente falleció. Los casos de NLA se presentaron en los primeros 2 años de evolución del LES. La edad media de las 4 mujeres con NLA fue de 38 ± 12 años. En ellas el cuadro se presentó de forma aguda con fiebre, dolor pleurítico en el 50% de los casos, tos con ocasional expectoración hemoptoica, disnea, infiltrados pulmonares difusos de predominio basal en la radiografía de tórax y evidencia de alveolitis activa en el TAC. Todas fueron tratadas con prednisona a dosis de 1 mg/kg/día y una recibió además bolus de metilprednisolona. En dos de las pacientes se añadió un tratamiento inmunosupresor (azatioprina o micofenolato). La evolución fue favorable en todos los casos. En el estudio comparativo con 194 controles con LES sin afectación respiratoria se observaron diferencias significativas, presentando los pacientes con compromiso pulmonar una mayor frecuencia de pericarditis (p = 0,0001) y mayor puntuación en el índice de daño de SLICC/ACR (p = 0,001). Considerando únicamente el grupo de enfermos con enfermedad parenquimatosa pulmonar (NLA y EPID), no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la positividad de los anticuerpos anti-Ro, ni anti-U1RNP.

Conclusiones: La enfermedad pleural es la única afección primaria del aparato respiratorio frecuente en el LES. La prevalencia de la enfermedad vascular pulmonar, enfermedad muscular respiratoria, y de los diferentes tipos de enfermedad parenquimatosa es muy baja (= 3%). La NLA es una complicación precoz que suele ocurrir en los primeros años de evolución del LES mientras que la EPID es una complicación tardía. Ambas complicaciones suelen responder al tratamiento siendo la mortalidad baja (11%) Ni los anticuerpos anti-Ro, ni los anti-U1RNP, parecen identificar al subgrupo de pacientes con mayor riesgo de desarrollar estas dos complicaciones.

156. PATRONES DE USO Y COSTES ASOCIADOS DE LOS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS SEGÚN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN ESPAÑA

J. Martín Alonso, J.C. Camacho Mate, S. Caño Alcaina, O. García Adán, I. Gómez Martín, M. Martín Esteban, R. Muñoz Peñín y E. Pascual Alfonso

Departamento Médico. Pfizer España.

Introducción: Los tratamientos biológicos son cada vez más utilizados en las enfermedades reumatológicas. A largo plazo, el coste asociado a estos tratamientos es elevado por lo que nuevas estrategias de optimización del tratamiento están siendo exploradas actualmente.

Objetivos: Analizar a nivel nacional los patrones y costes asociados en la práctica clínica a los fármacos biológicos en el tratamiento de la artritis reumatoide, espondilitis anquilosante y artritis psoriásica.

Métodos: Se recogieron datos retrospectivos de nueve servicios de farmacia hospitalaria españoles entre abril de 2012 y marzo de 2013, incluyendo 3200 pacientes. Se calcularon los costes medios por paciente y año. Los costes teóricos se estimaron a partir de las dosis y patrones recomendados de uso recogidos en las fichas técnicas respectivas y los precios oficiales de adquisición (PVL+IVA-RDL 8/2010). Los costes medios asociados en práctica clínica se obtuvieron a partir de los registros individuales de dispensación en farmacia hospitalaria. Se consideró "Tratamiento intensificado" cuando la dosis administrada superaba en > 15% la recomendada en la Ficha Técnica, "Tratamiento estándar" en aquellos pacientes con una dosis en el rango \pm 15% de la recomendada y "Tratamiento optimizado" si recibía una dosis menor a la recomendada en un < 15%.

Resultados: En la tabla se muestran los porcentajes de pacientes tratados con dosis estándar o modificadas, así como los costes medios anuales tanto teóricos como analizados en las distintas patologías.

Conclusiones: En la práctica clínica habitual en España se observan desviaciones importantes en las dosis administradas respecto a las recomendadas generando un impacto económico relevante. El coste real de adalimumab y etanercept es menor que el teórico debido a su elevado porcentaje de pacientes optimizados en las distintas patologías. En artritis reumatoide, abatacept y tocilizumab también muestran una tendencia similar, con un porcentaje considerable de

pacientes optimizados. El mayor grado de optimización alcanzado con etanercept, unido a su menor coste teórico implica el menor coste medio por paciente y año entre los tratamientos biológicos en patologías reumáticas en España.

Fuente: Pfizer,S.A. basado en datos de IMS Health,S.A.

157. ¿PUEDE LA PERIODONTITIS SER UN MODELO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA CON REMODELADO ÓSEO PARA EL ESTUDIO DEL EFECTO DE TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PARA LA ARTROSIS? RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO EN PACIENTES ARTRÓICOS TRATADOS CON CONDROITÍN SULFATO

A. Gurt¹, C. López¹, M.J. Sales¹, L. Tío², P. Benito³ y J. Monfort³

¹CAP Vila Olímpica. Barcelona. ²Grupo de Investigación Celular en Inflamación y Cartilago. IMIM. Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: La periodontitis es una enfermedad inflamatoria que afecta al 70% de la población adulta. Su consecuencia más importante es la pérdida de hueso que da soporte a los dientes. Su tratamiento médico hasta ahora no ha demostrado ser eficaz, por lo que sólo diferentes técnicas quirúrgicas son útiles en etapas avanzadas. La artrosis (OA) y la periodontitis comparten características fisiopatológicas ya que ambas presentan inflamación de los tejidos blandos así como modificaciones estructurales óseas. Debido a la evolución lenta que presenta la OA, el desarrollo de nuevos tratamientos es difícil, por lo que la periodontitis podría ser un modelo para el estudio de la OA donde los cambios de tejidos se podrían observar de una manera más directa. El condroitín sulfato (CS) ha mostrado un efecto positivo en diferentes enfermedades inflamatorias crónicas tales como la psoriasis, la enfermedad inflamatoria intestinal y la OA. La falta de tratamiento específico que presenta la periodontitis requiere de un nuevo enfoque para el diseño de un medicamento seguro y eficaz. El CS podría ocupar este lugar, y apoyar la hipótesis que la periodontitis es un modelo de observación directa útil para el estudio de otras patologías inflamatorias como la OA.

Objetivos: Demostrar que el CS, fármaco eficaz en la patología OA, puede mejorar tanto los síntomas inflamatorios como la resorción ósea en la periodontitis. Esta mejora podría reflejarse en cambios en los marcadores bioquímicos de inflamación y metabolismo óseo.

Métodos: Estudio piloto observacional, prospectivo en 26 pacientes diagnosticados de periodontitis y OA de rodilla. Los pacientes

Tabla Póster 156

	Tratamiento optimizado	Tratamiento estándar	Tratamiento intensificado	Coste medio pac-año teórico	Coste medio pac-año real	Diferencia costes
Artritis reumatoide						
Abatacept	41%	49%	10%	12.561 €	10.734 €	-15%
Adalimumab	34%	60%	6%	12.860 €	11.728 €	-9%
Certolizumab	16%	46%	38%	11.856 €	13.206 €	+11%
Etanercept	59%	39%	2%	11.846 €	8.695 €	-27%
Golimumab	7%	78%	15%	12.895 €	13.329 €	+3%
Infliximab	23%	55%	22%	7.042 €	9.798 €	+39%
Tocilizumab	39%	58%	3%	12.221 €	10.414 €	-15%
Espondilitis anquilosante						
Adalimumab	44%	51%	5%	12.860 €	11.039 €	-14%
Etanercept	45%	52%	3%	11.846 €	9.690 €	-18%
Golimumab	6%	76%	18%	12.895 €	13.505 €	+5%
Infliximab	18%	61%	21%	11.737 €	12.131 €	+3%
Artritis psoriásica						
Adalimumab	46%	47%	7%	12.860 €	11.364 €	-12%
Etanercept	49%	47%	3%	11.846 €	9.537 €	-19%
Golimumab	12%	71%	16%	12.895 €	13.134 €	+2%
Infliximab	17%	56%	28%	11.737 €	13.395 €	+14%

fueron tratados con CS 800 mg/día (Condrozan®, Bioibérica S.A.) durante 12 meses. El índice gingival Løe y Silness (que evalúa el daño de tejidos blandos) y índice CPITN (Índice Periodontal Comunitario de Necesidades de Tratamiento) fueron evaluados a los 0, 3, 6, 9 y 12 meses con la recogida de saliva. Se realizaron ortopantomografías a 0,6 y 12 meses para evaluar el daño óseo y las lesiones verticales, utilizando una sonda periodontal. Se cuantificó la concentración en saliva de diferentes marcadores inflamatorios (TNF- α , IL-1 β , IL-18 y PGE2) y del metabolismo óseo (OPG, OPN, RANKL y MMP-8) mediante ELISA. Los pacientes continuaron con su higiene bucal habitual sin tratamientos adicionales. El análisis estadístico se realizó mediante el test de Wilcoxon para muestras apareadas.

Resultados: El índice Løe y Silness disminuyó significativamente después de 6, 9 y 12 meses de tratamiento ($p = 0,004$, $0,007$ y $0,002$, respectivamente). No se observaron cambios significativos en los valores de CPITN, probablemente debido al hecho de que se estudia sólo la pieza más afectada de cada sextante que puede diferir entre las visitas. Tanto la ortopantomografía como la evolución de las lesiones verticales mostraron una mejoría significativa a los 12 meses ($p = 0,009$) y a los 6 y 12 meses ($p = 0,002$ y $p = 0,016$), respectivamente. Para los resultados del análisis bioquímico, los pacientes sin mejoría gingival se utilizaron como grupo de control. Los resultados muestran un mejor comportamiento en el grupo de pacientes que respondieron al tratamiento para PGE2, TNF- α e IL-1 β , así como OPN, MMP-8 y la relación OPG/RANKL. El grupo respondedor mostró una disminución significativa de los niveles de PGE2 después de 12 meses de tratamiento ($p = 0,033$), mientras que los niveles de IL-1 β en los pacientes no respondedores sufrieron un aumento significativo después de 3 y 6 meses de tratamiento ($p = 0,017$).

Conclusiones: El CS mejora la inflamación del tejido gingival después de 6 meses de tratamiento y el soporte óseo a los 12 meses en pacientes artrósicos con periodontitis. El efecto del fármaco a nivel inflamatorio y óseo es similar al ya conocido en la OA. La mejora se refleja en los marcadores de inflamación y metabolismo óseo en saliva. Debido a su perfil de eficacia y seguridad, el CS se postula como un buen candidato para el tratamiento de esta enfermedad.

158. NEFRITIS LÚPICA MESANGIAL PROLIFERATIVA (ISN/RPS TIPO II): PERFIL CLÍNICO Y PRONÓSTICO EN UNA COHORTE DE 45 PACIENTES

G. Albert¹, J. Narváez¹, M. Ricse¹, P. Estrada¹, A. Zacarías¹, M. Pestaña², C. Mora², A. Rozadilla¹, X. Fulladosa³, J.M. Nolla¹ y M. Rubio Rivas²

Unidad Funcional de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UFMAS). ¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Interna; ³Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: Tradicionalmente, la nefropatía lúpica mesangial proliferativa (NLMP) o clase II se ha considerado una forma benigna de nefritis, con buena respuesta al tratamiento glucocorticoideo. Sin embargo, recientemente se han publicado algunos trabajos que cuestionan esta asunción dado que observan tasas altas de recidiva y de transformación de clase histológica.

Objetivos: Analizar la forma de presentación clínica y el curso evolutivo de una cohorte de pacientes con nefritis lúpica mesangial proliferativa.

Métodos: Fueron objeto de estudio 243 pacientes con LES atendidos, entre 1980 y 2013, en un hospital universitario de tercer nivel que no asiste a población pediátrica y registrados en una base de datos específica (registro AQUILES). Se seleccionaron para su análisis los pacientes con NLMP confirmada por biopsia renal (criterios ISN/RPS). En la evaluación de la respuesta, se consideraron "respon-

dedores" a los pacientes en los que se constató remisión (parcial o completa) tras haber completado el tratamiento de inducción. El estado de "no respondedor" incluyó la no respuesta (ausencia de respuesta total o parcial de la afección renal tras haber completado el tratamiento de inducción), transformación de clase o muerte debida a la nefritis lúpica.

Resultados: Se identificaron 45 pacientes (36 mujeres) con una edad media (DE) en el momento del diagnóstico de la nefritis de 39,5 (12.3) años. El tiempo de evolución (mediana) desde el diagnóstico del LES hasta el desarrollo de la nefritis fue 33 meses. Se detectó proteinuria superior a 0,5 g/24 horas en 42 (93%) pacientes, microhematuria en 31 (69%), cilindros granulosos en 1 (2%), insuficiencia renal leve en 2 (4%), e hipocomplementemia en 22 (49%). La proteinuria media era de 1,62 (1,03) g/24h. En el momento del diagnóstico o bien en el seguimiento presentaron síndrome nefrótico 8 enfermos (17%), excluyendo en este registro a aquellos pacientes que presentaron proteinuria de rango nefrótico en el contexto de transformación de clase. En la biopsia diagnóstica, el índice de actividad medio fue de 2,09 (1,6) y el de cronicidad 0,5 (1,8). Todos los enfermos fueron tratados con prednisona (dosis de 0,5 a 1 mg/kg/día). Un 73% (33/45) llevaba también tratamiento con hidroxiquina. En 16 pacientes (36%) fue necesario durante la evolución añadir un tratamiento inmunosupresor por recidivas, falta de respuesta o transformación de clase histológica; se utilizó azatioprina en 13 pacientes (29%), micofenolato en 7 (16%), ciclofosfamida en 2 (4%) y tacrolimus en 1 (2%). Al año de tratamiento, 37 (83%) pacientes se consideraron "respondedores"; de ellos, 30 (67%) estaban en remisión completa y 7 (16%) en remisión parcial. En 6 de los 8 pacientes no respondedores, se observó una transformación de la clase histológica en la segunda biopsia (a clase IV en 3 casos y a clase V en los otros 3); uno de estos pacientes falleció a los 6 meses en el contexto de transformación a clase IV.

Conclusiones: En nuestra cohorte de nefritis lúpica la tasa de pacientes no respondedores alcanzó del 17%. Son necesarios estudios que nos permitan identificar de entrada qué pacientes tienen un peor pronóstico evolutivo y pudieran ser así candidatos a un tratamiento más agresivo añadido a la corticoterapia convencional.

159. PERSISTENCIA DE MICROCRISTALES EN EL LÍQUIDO ARTICULAR

J. del Blanco Barnusell¹, E. Patera¹, A. Acosta², R. Armitano², G. Estragué³, A. Jovani³, C. Orrit³ y A. Hernández²

¹Servicio de Medicina Interna; ²Medicina Familiar y Comunitaria. ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Comarcal Sant Jaume. Calella. Barcelona.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es verificar la persistencia de los cristales en el líquido articular en una muestra guardada en frío y poder ofrecer a los centros que no disponen de un laboratorio de análisis un método sencillo y fiable para el diagnóstico de los pacientes con artritis microcristalina.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, prospectivo y descriptivo. Se han analizado con microscopía óptica y luz polarizada todos los líquidos articulares que contienen microcristales obtenidos por punción articular en el dispensario de reumatología y en el servicio de urgencias del Hospital Sant Jaume de Calella entre los meses de junio y noviembre de 2012. El líquido articular se ha repartido en 5 tubos que se han analizado en los días laborables consecutivos a la obtención de la muestra. Los tubos se conservan en nevera a 4 °C. El primer tubo analizado se procede a su congelación para análisis posterior a los 30 días. Se determina: 1. Cantidad de cristales observado 2. Tipo de cristal visualizado. 3. pH del líquido articular.

Resultados: Se han analizado durante el estudio 32 líquidos articulares consecutivos con presencia de cristales. El 50% de la muestra corresponde a cristales de uratos y el 48% a cristales de pirofosfato. En todos los casos analizados guardados en frío se ha comprobado la persistencia de los microcristales (entre 1 y 7 días) constatando una disminución del número de cristales y un leve aumento del pH que no influyen en el resultado. En las muestras congeladas la positividad alcanzó el 93% de las muestras.

Conclusiones: A la vista de los resultados el mantenimiento de la muestra en frío durante un período de 7 días o congelación durante 1 mes no altera el resultado del estudio de cristales y puede ofrecer una alternativa diagnóstica viable en la atención primaria.

160. ANÁLISIS POST-HOC MUESTRAN UNA MEJOR RESPUESTA CON LA DOSIS DE INDUCCIÓN DE CERTOLIZUMAB PEGOL EN PACIENTES JAPONESES CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA

T. Takeuchi¹, K. Yamamoto², H. Yamanaka³, N. Ishiguro⁴, Y. Tanaka⁵, K. Eguchi⁶, A. Watanabe⁷, H. Origasa⁸, M. Kobayashi⁹, T. Shoji⁹, N. Miyasaka¹⁰ y T. Koike¹¹

¹Department of Rheumatology, Keio University, Tokyo, Japón. ²Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Tokyo, Japón. ³Institute of Rheumatology, Tokyo Women's Medical University, Tokyo, Japón. ⁴Nagoya University Graduate School of Medicine, Nagoya, Japón. ⁵University of Occupational and Environmental Health, Japan. ⁶Kitakyushu, Japón. ⁷Sasebo City General Hospital, Sasebo, Nagasaki, Japón. ⁸Tohoku University, Sendai, Japón. ⁹University of Toyama School of Medicine, Toyama, Japón. ¹⁰UCB Pharma, Tokyo, Japón. ¹¹Tokyo Medical and Dental University, Tokyo, Japón. ¹¹NTT Sapporo Medical Center, Sapporo, Japón.

Introducción y objetivos: Certolizumab pegol (CZP) con MTX (J-RAPID; NCT00791999) y sin MTX (HIKARI; NCT00791921) ha demostrado mejorías rápidas y sostenidas en la actividad de la enfermedad en pacientes (pacs) japoneses con artritis reumatoide (AR) activa en estudios aleatorizados, doble-ciegos (DB), controlados con placebo. Basándonos en éstos y en estudios previos, la dosis recomendada de CZP incluye una dosis de inducción (DI) subcutánea de 400 mg a las semanas (sems) 0, 2 y 4 seguida de 200 mg cada dos semanas (Q2W). No obstante, los beneficios de la DI nunca han sido directamente demostrados en un ensayo clínico. En este estudio reportamos datos de seguridad y eficacia de CZP, con y sin DI, de dos estudios japoneses.

Métodos: Para este análisis se utilizaron datos de los estudios J-RAPID y HIKARI; los pacientes candidatos para participar en las extensiones abiertas (OLE) de los estudios a las sem16 o sem24 recibían CZP 200mg Q2W o CZP 400mg Q4W sin DI. En la fase DB del estudio J-RAPID, 316 pacs habían sido aleatorizados a CZP 100, 200 o 400 mg + MTX con DI inicial o placebo + MTX Q2W durante 24 sems. En la fase DB del estudio HIKARI, 230 pacientes habían sido aleatorizados a CZP 200 mg con DI o placebo Q2W durante 24 sems. Se comparó directamente la eficacia y la seguridad de los pacientes que recibieron CZP 200 mg Q2W con DI durante las fases DB (grupo DI: n = 82 en el J-RAPID; n = 116 en el HIKARI) y en los pacs que recibieron CZP 200 mg Q2W sin DI durante las fases OLE después de haber sido asignados a placebo en la fase DB (grupo No-DI: n = 61 en el J-RAPID; n = 99 en el HIKARI). La media del DAS28 (ESR) en los grupos No-DI en situación basal de las OLE fue ligeramente menor que en la situación basal de las fases DB (5.8 vs 6.5 en el J-RAPID; 6.2 vs 6.3 en el HIKARI). Se evaluaron las tasas de respuesta ACR, las respuestas DAS y el desarrollo de anticuerpos (Abs) anti-CZP durante 24 sems después de iniciar CZP. Las respuestas ACR fueron determinadas utilizando imputación de no-responder. La población de seguridad incluyó: 1) todos los pacientes que recibieron CZP en fase DB (n = 239), d) el grupo DI y

3) el grupo No-DI. Se reportaron efectos adversos tanto en fase DB como en OLE.

Resultados: El grupo No-DI mostró una cinética inicial retardada en las respuestas ACR20/50/70 y una respuesta sostenida más baja a la sem24 (ACR50/70) en comparación con el grupo DI. El desarrollo de Abs anti-CZP se observó más frecuentemente en el grupo No-DI que en el grupo DI (J-RAPID: n = 4 [6,6%] vs N = 1 [1,2]); en el HIKARI: n = 27 [27,3%] vs N = 18 [15,5%]). Se reportaron perfiles de seguridad similares entre los grupos No-DI y DI durante el período de administración de CZP (tasas de incidencia por cada 100 pacs-año; cualquier EA: 299,2 vs 310,5 en el J-RAPID, 312,9 vs 308,6 en el HIKARI; cualquier EA grave: 17,9 vs 13,4 en el J-RAPID, 23,0 vs 21,5 en el HIKARI).

Conclusiones: Aunque la comparación entre datos de las fases DB y OLE tiene sus limitaciones, la administración de dosis de inducción de CZP durante las primeras 24 sems se asocia a un inicio más rápido de la eficacia, desarrollo de niveles de Ab más bajos y respuesta sostenida comparada con el inicio de CZP sin dosis de inducción. Estos resultados sugieren que la administración de dosis de inducción de CZP mejora la respuesta clínica en pacientes con AR activa con un perfil de seguridad similar.

161. CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTA DE TRANSICIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA

C. Díaz-Mendoza, E. Quesada-Masachs, G. Ávila Pedretti, A. Pluma-Sanjurjo y C. Modesto Caballero

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Creación y análisis del censo de pacientes pediátricos que pasan a la edad adulta con enfermedad activa y requieren seguimiento en consulta especializada (Consulta de Transición) en un Hospital Universitario de tercer nivel que cuenta con una Unidad de Reumatología Pediátrica.

Métodos: Se recogieron variables demográficas y clínicas de todos los pacientes censados: edad, sexo, diagnóstico, marcadores biológicos, tiempo de evolución de la enfermedad reumática, años de seguimiento y tratamiento actual. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables recogidas.

Resultados: El censo incluyó 131 pacientes, 94 mujeres (72%) y 37 hombres (28%). La edad media fue de 22 años (rango 16-35). El porcentaje encontrado de las distintas patologías fue: artritis idiopática juvenil (AIJ) 52% (n = 67), espondiloartropatías (EsA) 19% (n = 24), síndromes autoinflamatorios 8% (n = 10) y otras patologías 22% (n = 28) donde se incluyeron todas las patologías no englobadas en los anteriores grupos. De los pacientes con AIJ el subgrupo con mayor número de pacientes fue la AIJ oligoarticular 21% (n = 28), seguida de la poliarticular 17% (n = 22), la sistémica 7% (n = 9) y la psoriásica 6% (n = 8). El promedio de años de seguimiento fue de 14 ± 7,3 años. Se observó un 74% de los pacientes con anticuerpos antinucleares positivos en el grupo de las AIJ. El total de pacientes en tratamiento biológico fue del 32% (n = 41), que se distribuyeron de la siguiente manera: AIJ poliarticular 27%, oligoarticular 20%, EsA 24% y síndromes autoinflamatorios 17%. De los pacientes en tratamiento biológico, el 51% de ellos lo llevaban en asociación con un fármaco modificador de la enfermedad (FAME). El número de pacientes en tratamiento sólo con fármacos inmunomoduladores no biológicos fue de 56 (43%). El 22% de los pacientes se encontraba en remisión clínica sin tratamiento en el momento de la última consulta.

Conclusiones: El número de pacientes que mantienen la enfermedad activa más allá de la infancia justifica la existencia de una consulta especializada. En la cohorte estudiada más del 70% se encuentran en tratamiento activo inmunomodulador.

162. ANÁLISIS DE LA INSERCIÓN Y CAPACIDAD LABORAL DE PACIENTES ADULTOS JÓVENES CON ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA DE INICIO EN LA INFANCIA

C. Díaz-Mendoza¹, E. Quesada-Masachs¹, J. Navarro-Cendejas² y C. Modesto-Caballero¹

¹Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

²Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.

Objetivos: Determinar la inserción y capacidad laboral en la cohorte de pacientes de una Consulta de Transición de Reumatología en un Hospital de tercer nivel que cuenta con una Unidad de Reumatología Pediátrica.

Métodos: Se realizó una encuesta a todos los pacientes que fueron controlados en consultas de manera sucesiva desde septiembre hasta diciembre del 2013. Se recogieron datos sobre la situación familiar, nivel máximo de estudios terminados, situación laboral actual y el grado de dificultad del paciente para conseguir un empleo y/o para realizarlo en relación a su enfermedad. Se analizaron los datos mediante estadística descriptiva e inferencial. Los datos de ocupación de nuestra cohorte se compararon con los publicados en la Encuesta de Juventud de Cataluña del año 2012 (GENCAT).

Resultados: De los 131 pacientes censados 97 respondieron a las encuestas. La edad media fue de 23 años (rango 16-35). Un 39% (n = 38) se había emancipado (viviendo solos, con otras personas, casados o en pareja). En cuanto al nivel de estudios, el 18% había alcanzado como máximo el nivel obligatorio, el 38% un nivel medio y el 43% había obtenido un título de nivel superior. Respecto a la ocupación principal en el momento de realización de la encuesta, el 38% trabajaba, el 50% estudiaba y el 12% estaba en paro. En cuanto al grado de dificultad para conseguir trabajo debido a su enfermedad, el 70% contestó que no les afecta o que les afecta poco. Con respecto al grado de dificultad para realizar su trabajo debido a la enfermedad, el 75% afirmó que no les afecta o les afecta poco. No se pudo establecer una relación estadísticamente significativa entre los años de evolución de la enfermedad y la dificultad para conseguir y/o realizar un trabajo aunque se observa una tendencia de mayor dificultad en el grupo de más años de evolución (> 15 años). Se compararon los datos de la actividad principal de nuestra cohorte con los de la población general por subgrupos de edad. Los datos se encuentran resumidos en la tabla. Se observó que los porcentajes de pacientes ocupados son comparables únicamente entre los mayores de 25 años, en el resto de grupos de edad hay una sobrerrepresentación de estudiantes. El porcentaje de parados es similar al de la encuesta de Cataluña en todos los grupos de edad y en los diferentes niveles educativos (10,4% en la población vs 12% de la cohorte). Con referencia al nivel de estudios alcanzados nuestra cohorte muestra un mayor porcentaje de individuos con estudios de secundaria (38,1% vs 29,2%) y de grado superior (43,3% vs 34,6%).

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que los pacientes cuya enfermedad reumatológica se inició en la infancia y que continúan controles en la Consulta de Transición, el nivel de educación

post-obligatoria y superior es mayor con respecto a la población general de la misma edad en Cataluña mientras que la incorporación al mercado laboral se realiza en una edad más tardía. La mayoría de nuestros pacientes consideró que no tuvieron dificultades ni para conseguir trabajo ni para la realización del mismo debido a su enfermedad.

163. CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA PRESENCIA DE DACTILITIS EN LA ESPONDILOARTRITIS DE INICIO: RESULTADOS DE LA COHORTE ESPERANZA

M.I. Tévar Sánchez¹, V. Navarro-Compán², R. Almodóvar³, P. Fernández Dapica⁴, P. Zarco³, E. de Miguel Mendieta² y Grupo de Estudio Esperanza

¹Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante. ²Hospital La Paz. Madrid.

³Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. ⁴Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos: Analizar la prevalencia de dactilitis en una cohorte de espondiloartritis (EsA) de inicio así como la asociación de esta manifestación con otros signos y síntomas característicos de las Esp.

Métodos: Estudio observacional en el que se analizaron los datos basales de los pacientes diagnosticados (según su médico) de EsA incluidos en la cohorte ESPERANZA. Se determinó la prevalencia de dactilitis y se investigaron los factores asociados a ésta mediante análisis univariable y multivariable utilizando modelos de regresión logística. Dichos factores incluían variables clínicas (dolor lumbar crónico [DLC], dolor lumbar inflamatorio según criterios ASAS [DLI], artritis periférica, entesitis-talalgia, uveítis, psoriasis, afectación ungueal, EII), de laboratorio (HLA B27, VSG y PCR), de actividad (NAI, EVA del médico y del paciente, BASDAI), metrológicas (BASFI), de función (BASMI) y de imagen (sacroileítis en radiología simple y/o RMN según criterios ASAS).

Resultados: De los 609 pacientes con EsA, 58 (10,5%) presentaban dactilitis. En el análisis univariable, la presencia de dactilitis se asoció a artritis periférica, entesitis, psoriasis cutánea, afectación ungueal, NAI, PCR y EVA del médico, mientras que la ausencia de dactilitis se relacionó con DLI, DLC, y presencia de sacroileítis. No se encontraron diferencias para uveítis, EII, infección previa, historia familiar de EsA, HLA B27, VSG, EVA del paciente, BASDAI, BASFI o BASMI. En el análisis multivariante la presencia de dactilitis se asoció de forma independiente a la artritis periférica, entesopatía, psoriasis y el EVA del médico (tabla). Además, se compararon las características en los pacientes con dactilitis y psoriasis (n = 19) versus pacientes con dactilitis sin psoriasis (n = 39). En números absolutos, la dactilitis fue más frecuente en pacientes sin psoriasis (67,24% vs 32,75%). La única variable en la que encontramos diferencias significativas fue el sexo, con mayor% de varones en el grupo con dactilitis y psoriasis. Aunque los pacientes con dactilitis sin psoriasis tuvieron una mayor frecuencia de DLC, DLI, HLA-27, sacroileítis, y entesitis, estas diferencias no alcanzaron significación estadística.

Tabla Póster 162

Situación de actividad según la edad y el nivel de estudios

Grupos de edad (años)	Estudiante/Inactivo		Ocupado		Paro		Total	
	Cohorte (%)	Gencat (%)	Cohorte (%)	Gencat (%)	Cohorte (%)	Gencat (%)	Cohorte (%)	Gencat (%)
16-19	95	69	0	28,2	5	2,7	100	100
20-24	56,5	25,3	30,4	64,1	13	10,6	100	100
25-29	17,6	10,4	70,6	75,8	11,8	13,9	100	100
30-35	0	8	84,6	79,2	15,4	12,9	100	100

GenCat. Datos de la Encuesta a la Juventud de Cataluña (2012).

Tabla Póster 163

Análisis multivariante de factores asociados a la presencia y/o el desarrollo de dactilitis

Característica	OR	IC 95%	Valor p
Dolor lumbar crónico	0,44	0,12-1,07	0,07
DLI (criterios ASAS)	0,44	0,18-1,06	0,07
Artritis periférica	4,83	2,00-11,7*	< 0,001*
Entesopatía	2,49	1,24-5,03*	0,01*
Psoriasis	3,62	1,63-8,04*	< 0,01*
Afectación ungueal	0,61	0,12-3,18	0,6
Diarrea, cervicitis, uretritis	2,17	0,54-8,77	0,3
PCR	0,99	0,97-1,01	0,5
VSG	1,01	0,99-1,03	0,3
Sacroilitis en Rx/RMN según criterios ASAS	1,26	0,52-3,07	0,6
EVA médico	0,82	0,70-0,96	0,01*

*p < 0,05. Intervalo de confianza IC al 95%.

Conclusiones: La dactilitis es una manifestación frecuente (10,52%) en pacientes con EsA de inicio y su presencia se asocia fundamentalmente a la afectación periférica (artritis, entesitis) y a la psoriasis cutánea. Los casos de dactilitis en formas de EsA no psoriásica doblan a los que aparecen en artritis psoriásica.

164. COMPORTAMIENTO DE LA CATEPSINA K COMO MARCADOR DE REMODELADO ÓSEO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN FUNCIÓN DEL ESTATUS MENSTRUAL Y MASA ÓSEA

I. Jiménez Moleón¹, J.J. Jiménez Moleón², M. Muñoz Torres³ y E.G. Raya Álvarez¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ³Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Granada.

Introducción: La catepsina K constituye la enzima lisosomal más abundante del osteoclasto que actúa sobre el colágeno tipo I, aunque también actúa sobre el colágeno tipo II presente en la sinovial. Estas enzimas participan en una variedad de procesos fisiológicos, destacando entre ellos la proteólisis lisosomal, degradación del cartílago articular, modificación de la matriz, remodelado óseo y desarrollo embrionario. También se han involucrado en varios procesos patológicos como la artritis reumatoide, la invasión tumoral local, la producción de metástasis, inflamación y osteoporosis.

Objetivos: Analizar el papel de la catepsina K como marcador de remodelado óseo en mujeres con artritis reumatoide en función del estatus menstrual y de la masa ósea.

Métodos: Estudio transversal con componente analítico. Examinamos los niveles séricos de catepsina K en el suero de 36 mujeres con artritis reumatoide y 44 mujeres sanas, se diferenció entre mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas: 18 y 18 respectivamente para mujeres con AR, y 27 y 17 para mujeres del grupo control. La principal variable del estudio fue la catepsina K. Su determinación se realizó mediante el kit Cathepsin K ELISA BI-20432 basado en la utilización de anticuerpos policlonales. Se creó una base de datos con el programa SPSS v.15.0. El análisis de datos se realizó con el programa estadístico STATA 10. Para ver la diferencia de los niveles séricos de catepsina k entre grupos se utilizó el test de Kruskal Wallis. Una p < 0,05 fue considerada estadísticamente significativa.

Resultados: El nivel medio de catepsina K sérica en mujeres con artritis reumatoide fue de 60,33 pmol/L, con una desviación típica de 117,87. De los valores determinados se identifican dos valores extremos: 459,3 y 579,7 pmol/L, ambos en mujeres posmenopáusicas con artritis reumatoide sin osteoporosis. Al eliminar valores extremos, la media viene representada por un valor de 31,64 pmol/L, con una desviación típica de 10,26. Las mujeres con artritis reuma-

toide presentan unos niveles séricos medios de catepsina K superiores a mujeres con osteoporosis posmenopáusicas y sin osteoporosis (p < 0,001). Cuando se estratificó nuestra serie de mujeres con artritis reumatoide en base a los criterios densitométricos de la OMS del año 1994 en pacientes con DXA estrictamente normal, osteopénicas y osteoporóticas se observó un comportamiento totalmente anárquico e inesperado de la catepsina K. Son las pacientes posmenopáusicas con artritis reumatoide y DXA normal las que presentan niveles más elevados, seguidas de las osteopénicas y osteoporóticas (p < 0,2080), siendo conscientes que en nuestra serie de pacientes sólo el 16,7% son diagnosticadas de osteoporosis frente a un 52,3% de osteopenia.

Conclusiones: Los niveles séricos de catepsina K se encuentran más elevados en pacientes con artritis reumatoide en comparación con mujeres sanas. Considerando el estatus menopáusico y los resultados de la densitometría conjuntamente, el comportamiento de la catepsina K en este tipo de pacientes parece totalmente anárquico. La utilidad esperada de la catepsina K como marcador de remodelado óseo en pacientes con artritis reumatoide no está clara; la patogénesis de la artritis reumatoide es compleja y quizás es en ella donde se encuentre una probable explicación a los resultados de nuestro estudio.

165. EMPLEO DE LA ECOGRAFÍA EN EL SEGUIMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN CANARIAS. IMPACTO EN LA ESTRATEGIA T2T

A. Naranjo, J.A. Hernández-Beriaín, F. Francisco, S. Ojeda, S. Talaverano, J. Nóvoa-Medina, S. Machín, L. Cáceres, J.A. Martín, E. Delgado, E. Trujillo, B. Rodríguez-Lozano, J.C. Quevedo, F. Álvarez, C. Rodríguez-Lozano y Grupo ToARcan

Hospital Universitario Dr. Negrín. CHUIMI Gran Canaria. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Hospital Molina Orosa. Lanzarote. HUNS Candelaria. Tenerife.

Introducción: La evaluación de la actividad de la artritis reumatoide (AR) incluye habitualmente la valoración por el paciente, la exploración física por el médico y un reactante de fase aguda. En la actualidad muchos servicios de reumatología disponen de ecografía y nos planteamos analizar el modo en que se emplea la ecografía en el seguimiento de la AR en práctica clínica.

Métodos: Estudio observacional transversal llevado a cabo en 5 hospitales de las Islas Canarias en el que se incluyeron pacientes consecutivos atendidos en consulta de reumatología. Los pacientes debían cumplir criterios de AR (ACR 1987 o ACR 2010). La recogida de datos se realizó en una única visita, por un lado la hoja del médico y por otra hoja del paciente. El médico recogió los parámetros necesarios para calcular el DAS28, además de edad del paciente, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, FR, CCP, manifestaciones extraarticulares, tratamiento actual, realización de ecografía en la visita y modificación del tratamiento tras la consulta.

Resultados: Se han incluido 293 pacientes, 225 mujeres (77%), con una edad promedio de 57 años y una duración de la AR de 10 años. FR+ o CCP+ en el 86% y manifestaciones extraarticulares en el 17%. El promedio de DAS28 en la visita actual fue de 2,91, estando en remisión (DAS28 < 2,6) 117 pacientes (40%), en baja actividad (DAS 28 < 3,2) 163 pacientes (55%) y con actividad (DAS28 ≥ 3,2) 100 pacientes (34%). Se realizó ecografía articular en la consulta a 64 pacientes (22%; el 20% de los pacientes con baja actividad y el 31% de los pacientes en actividad). La realización de ecografía varió entre hospitales desde un 0% a un 34% de los pacientes. Tras la visita se mantuvo el mismo tratamiento en 177 casos (60%), se redujo en 42 (14%), y se aumentó en 73 (25%). De los 73 pacientes en que se aumentó el tratamiento, en 9 casos consistió en incremento de la dosis de corticoide, en 17 casos cambio de FAME o biológico, mien-

tras que en los 47 restantes se aumentó la dosis de FAME. En la tabla se muestran las características de los pacientes en que se realizó ecografía en comparación con aquellos en los que no se realizó ecografía. Los pacientes sometidos a ecografía tuvieron intensificación de tratamiento con mayor frecuencia que aquellos en los que no se realizó ecografía (40% vs 20% < p = 0,001).

Tabla Póster 165

	Pacientes en los que se realizó ecografía	Pacientes en los que no se realizó ecografía	p
DAS28 promedio	3,17	2,85	0,10
DAS28 ⇒ 3,2 (enfermedad activa)	24 (37%)	73 (33%)	0,48
Intensificación del tratamiento tras la valoración de la actividad	26 (40%)	45 (20%)	0,001

Conclusiones: El empleo de la ecografía en el seguimiento de los pacientes con AR es muy heterogéneo en los hospitales de Canarias. Uno de cada 5 pacientes es sometido a ecografía, siendo más frecuente la intensificación del tratamiento en los casos en que incluyen la ecografía en la visita.

Este estudio cuenta con una beca de AbbVie (ACA-SPAI-12-17). AbbVie no ha participado en la redacción del resumen o en la decisión de enviarlo.

166. MANEJO DE LA OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN CANARIAS. REALIZACIÓN DE DENSITOMETRÍA Y PRESCRIPCIÓN DE BISFOSFONATO EN FUNCIÓN DEL RIESGO DE FRACTURA

A. Naranjo, S. Ojeda, J.A. Hernández-Beriaín, F. Francisco, S. Talaverano, J. Nóvoa-Medina, S. Machín, L. Cáceres, J.A. Martín, E. Delgado, E. Trujillo, B. Rodríguez-Lozano, J.C. Quevedo, F. Álvarez, C. Rodríguez-Lozano y Grupo ToARcan

Hospital Universitario Dr. Negrín. CHUIMI Gran Canaria. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Hospital Molina Orosa. Lanzarote. HUNS Candelaria. Tenerife.

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen un mayor riesgo de osteoporosis y fractura, debido a la propia enfermedad por un lado y al empleo de corticoides por otro. Nos propusimos analizar el riesgo de fractura de los pacientes con AR y su manejo en práctica clínica.

Métodos: Estudio observacional transversal llevado a cabo en 5 hospitales de las Islas Canarias en el que se incluyeron pacientes consecutivos atendidos en consulta de reumatología. Los pacientes debían cumplir criterios de AR (ACR 1987 o ACR 2010). La recogida de los siguientes datos se realizó en una única visita: edad del paciente, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, FR, manifestaciones extraarticulares, antecedentes de fractura por fragilidad después de los 50 años, toma de corticoide, duración y dosis, y tratamiento para la osteoporosis con bisfosfonato. Se cuantificó el riesgo de fractura mediante un FRAX simplificado (sin los valores DXA) empleando la edad, el sexo, el antecedente de fractura por fragilidad después de los 50 años, la AR y el uso de corticoide. Se analizó el porcentaje de pacientes a los que se les realizó densitometría ósea (DXA) así

como el porcentaje que recibe bisfosfonato en relación al riesgo de fractura y los criterios ACR de la profilaxis de la osteoporosis inducida por corticoides (OPIC) (Grossman et al. Arthritis Care & Research 2010;62:1515-26).

Resultados: Se han incluido 293 pacientes, 225 mujeres (77%), con una edad promedio de 57 años y una media de duración de la AR de 10 años. FR+ o CCP+ en el 86% y manifestaciones extraarticulares en el 17%. En la visita actual 275 pacientes (94%) estaba en tratamiento con FAME, 79 (27%) en terapia biológica y 138 (47%) con corticoide. La dosis promedio de prednisona fue de 6 mg/d (en 49 pacientes la dosis era > 5 mg) y 108 pacientes lo tomaba durante al menos 3 meses. Se recogió historia de fractura en el 6% de los pacientes. El riesgo de fractura principal en pacientes > 50 a. (n = 205) fue alto (FRAX ≥ 20%) en 18 pacientes (9%), intermedio (FRAX 10-20%) en 32 pacientes (15%) y bajo (FRAX < 10%) en 155 pacientes (75%). Se había realizado DXA a 137 pacientes del total (47%), oscilando entre el 11% y el 71% dependiendo del hospital. En comparación con los pacientes que no tenían DXA, los pacientes sometidos a la prueba tenían con mayor frecuencia un riesgo de fractura principal > 20% (2% vs 13%; p < 0,01). Tomaban bisfosfonato 49 pacientes, todos > 50 a., (24%; 29% de las mujeres y 8% de los varones > 50 a.), con un rango entre hospitales del 9% al 35%. En la tabla se expone la distribución de los pacientes en tratamiento con bisfosfonato en función del riesgo de fractura. Los pacientes con DXA estaban tratados con bisfosfonato con mayor frecuencia que los que no tenían DXA (33% vs 3%, p < 0,001). De los pacientes con osteoporosis en la DXA, 18 (72%) tomaban bisfosfonato. De los 15 pacientes con historia previa de fractura, 11 (73%) estaban con bisfosfonato. Cumplían criterio para profilaxis de la OPIC 35 pacientes, de los cuales 16 (45%) recibían un bisfosfonato (48% de las mujeres y 25% de los varones).

Conclusiones: Aunque la prescripción de bisfosfonato en la AR es mayor cuando el riesgo valorado por FRAX es alto, de los pacientes con riesgo alto sólo a la mitad se le había realizado una DXA y sólo la mitad estaba tomando un bisfosfonato. El tratamiento se vio influenciado por la DXA más que por un riesgo de fractura alto o la toma de corticoide.

Este estudio cuenta con una beca de AbbVie (ACA-SPAI-12-17). AbbVie no ha participado en la redacción del resumen o en la decisión de enviarlo.

167. CHLAMYDIA TRACHOMATIS COMO INDUCTOR DE ARTRITIS REACTIVA

A.J. Fariña González¹, M. Delgado Sánchez¹, R. Bretones Miguélez², B. Pino Calm², L. Casas Hernández¹, J. Alcoba Flórez², F. Álvarez Reyes¹ y B. González Álvarez¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Microbiología. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife.

Introducción: *Chlamydia trachomatis* (CT) es un patógeno bacteriano intracelular obligado conocido por ser el agente etiológico para un número de enfermedades humanas importantes. Las infecciones genitales con CT son un problema significativo y estas infecciones pueden generar secuelas graves; acerca de 5% desarrolla

Tabla Póster 166

	N	FRAX* < 10 (N = 155)	FRAX* 10-20 (N = 32)	FRAX* ≥ 20 (N = 18)
Tratamiento con bisfosfonato; todos los pacientes (n = 205)	49 (24)	28 (18)	11 (34)	10 (55)
Mujeres (n = 154)	45 (29)	25 (22)	10 (41)	10 (59)
Varones (n = 51)	4 (8)	3 (7)	1 (7)	0
Densitometría realizada	117 (57**)	25 (31)	9 (41)	9 (56)

*FRAX calculado para fractura principal sin incluir la densitometría. **65% de las mujeres y 33% de los varones.

artritis reactiva aguda (ARE) y sobre la mitad de estos últimos se procederá a la cronicidad.

Objetivos: El objetivo de este estudio es investigar la frecuencia de la CT en nuestro centro entre 2009-2013, y su prevalencia, así como enfatizar el papel potencial en ARE.

Métodos: Un total de 1.768 pacientes fueron incluidos en este estudio. Se utilizó la identificación molecular de CT con GenoQuick (Hain), directamente de los pacientes especímenes con hisopos cervicales y uretrales y de pacientes con artritis reactiva también prueba de orina y frotis faríngeos y conjuntivales. Los datos clínicos y epidemiológicos se analizaron y los pacientes fueron caracterizadas en dos grupos: clamidia positivo en la población general (n = 166) y pacientes con artritis reactiva (n = 23). HLA B- 27, la proteína C- reactiva (PCR), el factor reumatoide (FR), antiestreptolisina O (ASLO), la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la leucocitosis se evaluaron de pacientes con artritis reactiva.

Resultados: La prevalencia CT urogenital en la población general es de 10,52%; aproximadamente el 12% desarrolla artritis reactiva. La edad media de los pacientes reumáticos fue 35,66 años de edad, que afecta principalmente a los hombres (69,57%). Muestras uretrales y oculares fueron positivas en 61,90% y el 47,83% de los pacientes, respectivamente, y aproximadamente el 26% tenía al menos dos muestras positivas. 47,82% de los pacientes fueron tratados con al menos un fármaco inmunosupresor como el metotrexato o corticoides y 36,66% de éstos tenían alguna comorbilidad como la hipertensión, la diabetes o el asma. Los altos niveles de PCR se observó en 70,59% de los pacientes y un 41% tienen altos niveles de VSG. Los leucocitos aumentaron en 23,81% de ellos. HLA B- 27 era conocido como positiva en 3 de los 7 pacientes. 6,67% tenían FR positivo y 4,35% tienen a ASO positivo.

Conclusiones: Prevalencia de la CT en nuestro centro es mayor en pacientes con artritis reactiva que en la población general. Los individuos con artritis asociada a *Chlamydia* presentan frecuentemente una asociación a uno o más características extra-articulares, incluyendo conjuntivitis, iritis y otros. Por lo tanto, la mayoría de los pacientes muestra ninguna afectación ocular. Significado clínico de las infecciones faríngeas CT aún no está claro, sin embargo, este estudio ha demostrado la necesidad de investigaciones más detalladas.

168. REUMATOLOGÍA EN LA COMUNIDAD DE MADRID: EVOLUCIÓN DE LAS UNIDADES Y SERVICIOS EN UN MARCO DE AJUSTES PRESUPUESTARIOS

A. Díaz Oca¹, E. Vicente², P. Aguado³, R. Almodóvar⁴, J. Bachiller⁵, C. Barbado⁶, A. Cruz⁷, J. García González⁸, C. Lajas⁹, I. Mateo⁸, E. de Miguel³, R. Miguélez¹⁰, T. Navío¹¹, A. Prada¹², P. Richi¹³, M. Salido¹⁴, M. Valero¹⁵, A. Zea⁵ y S. Castañeda²

¹Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. ²Hospital Universitario de la Princesa e IISP. Madrid. ³Hospital Universitario La Paz. Madrid.

⁴Fundación Hospital Universitario de Alcorcón. Madrid. ⁵Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁶Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid. ⁷Hospital Universitario de Leganés. Madrid. ⁸Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁹Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid. ¹⁰Hospital Universitario de Móstoles. Madrid. ¹¹Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ¹²Hospital Universitario de Torrejón. Madrid. ¹³Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. ¹⁴Hospital Universitario Infanta Cristina. Madrid. ¹⁵Grupo Hospital Universitario. Madrid.

Introducción: La asistencia sanitaria en la Comunidad de Madrid (CAM) no ha sido ajena al entorno de crisis y ajustes presupuestarios en los ejercicios de los últimos años. Esto ha llevado a buscar nuevos modelos de gestión asistencial, y a la revisión y reorientación de los medios y recursos disponibles.

Objetivos: Describir las variaciones en las unidades de reumatología (UR) de la CAM en el último año en cuanto a personal, equipamientos, actividad asistencial y actividad investigadora.

Métodos: Se dirigió una encuesta a todos los servicios y UR de los hospitales públicos de la CAM, independientemente de su sistema de gestión (gestión directa, fundación, ente público, etc.). También se decidió incluir en la encuesta la asistencia reumatológica de un grupo hospitalario privado. El intervalo del estudio es el comprendido entre el 1 de octubre de 2012 y el 30 de septiembre de 2013. La encuesta comprendía la cuantificación en cada extremo del intervalo: del personal contratado en la unidad en sus diferentes categorías: personal facultativo, en formación o en comisión de servicio, personal auxiliar y de enfermería y también el personal administrativo adscrito, teniendo en cuenta las contrataciones a tiempo parcial en la totalización de efectivos. Se inquirió sobre los equipamientos y técnicas disponibles (ecografía, capilaroscopia, densitometría y/u otras); sobre la atención de consultas monográficas, técnicas programadas y actividades multidisciplinarias. Se evaluó también la carga asistencial con referencia a la población de cobertura en cada área, lista de espera de primeras visitas, ingresos y actividad del hospital de día. Finalmente, se solicitaron los datos de la actividad científica respecto a publicaciones, ensayos y estudios longitudinales comparando los años 2012 y 2013.

Resultados: Los datos se recogieron durante octubre y la 1ª quincena de noviembre de 2013. Contestaron 14 unidades de 26 posibles, además del grupo hospitalario privado. La población cubierta por los centros que respondieron a la encuesta es mayor de 4.300.000 habitantes, más del 66% de la población de la CAM. Las variaciones de personal entre las fechas de corte analizadas fueron: reumatólogos 105,5/103 (-2,4%); enfermería 39,5/33,2 (-15,9%); formación 63/66 (+4,7%); administrativos 16,8/14,8 (-11,9%). Asimismo, se observó un aumento en los equipamientos, especialmente en los centros de reciente apertura, también con incremento en el total de consultas monográficas, técnicas programadas y consultas multidisciplinarias. La demora en las listas de espera aumentó en 6 de las 13 áreas hospitalarias, disminuyó en 3 y no varió en 1. El número de publicaciones científicas se redujo de forma global en un 5,6% y el de ensayos y estudios longitudinales disminuyó en un 7,9%.

Conclusiones: En el intervalo del estudio se aprecia una reducción de personal en los hospitales públicos especialmente en los efectivos administrativos y de enfermería y menos acusado en el total del personal médico. Los equipamientos y consultas se han desarrollado más, principalmente en los hospitales de reciente apertura. La mayoría de los centros han mostrado un incremento en la demora de las listas de espera. Globalmente se aprecia una reducción en la actividad científica.

Agradecimientos: El presente estudio ha sido promovido de forma independiente por la Sociedad de Reumatología de la Comunidad Autónoma de Madrid (SORCOM) y no cuenta con financiación externa al mismo.

169. TRATAMIENTO POR OBJETIVO EN PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN CANARIAS. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO TOARCAN

A. Naranjo, J.A. Hernández-Beriaín, F. Francisco, S. Ojeda, S. Talaverano, J. Nóvoa-Medina, S. Machín, L. Cáceres, J.A. Martín, E. Delgado, E. Trujillo, B. Rodríguez-Lozano, J.C. Quevedo, F. Álvarez, C. Rodríguez-Lozano y Grupo ToARcan

Hospital Universitario Dr. Negrín. CHUIMI Gran Canaria. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Hospital Molina Orosa. Lanzarote. HUNS Candelaria. Tenerife.

Introducción: Treat to Target (T2T) es una recomendación de tratar a los enfermos con artritis reumatoide (AR) para alcanzar un obje-

Tabla Póster 169

Criterio T2T	Nº de pacientes válidos	Cumplimiento de la recomendación N (%)		
		Todos los pacientes	Pacientes < 3 años evolución	Pacientes en terapia biológica
2 Remisión clínica DAS28	262	117 (44)	27 (64)	29 (41)
3 Baja actividad DAS28	262	163 (62)	35 (83)	37 (52)
4 Pacientes con DAS28 \geq 3,2 que son atendidos con intervalos	100	29 (29)* 33 (33)**	2 (25)* 1 (12)**	11 (33)* 23 (74)**
5A Medición de la actividad documentada cada 1-2 meses en pacientes con DAS28 \geq 3,2	100	0*	0*	0*
5B Medición de la actividad DAS28 documentada cada 3-6 meses en pacientes con DAS28 < 3,2	163	72 (44)	25 (71)	19 (51)
6 Empleo de DAS28 en la visita anterior.	262	105 (40)	28 (65)	34 (43)
10 El paciente afirma haber sido informado adecuadamente de los objetivos a alcanzar con el tratamiento y las estrategias a emplear	242	236 (97)	36 (97)	55 (98)

*en relación a visita previa, ** en relación a la próxima visita.

tivo terapéutico concreto, que idealmente se considera la remisión clínica. Nos propusimos analizar el cumplimiento de las directrices T2T en práctica clínica.

Métodos: Estudio observacional transversal llevado a cabo en 5 hospitales de las Islas Canarias en el que se incluyeron pacientes consecutivos atendidos en consultas externas de reumatología. Los pacientes debían cumplir criterios de AR (ACR 1987 o ACR 2010). El estudio fue aprobado por el CEIC del HUGC Dr. Negrín y los pacientes dieron el consentimiento por escrito. La recogida de datos se realizó en una única visita, por un lado la hoja del médico y por otra hoja del paciente. El paciente cumplimentó la escala de actividad de la enfermedad, así como el HAQ y una pregunta relativa a si el médico le había explicado el objetivo que se pretende alcanzar con el tratamiento de la AR. El médico recogió los siguientes datos de la historia clínica: edad del paciente, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, FR, CCP, manifestaciones extraarticulares, tratamientos previos, visitas en el último año con índices recogidos y Rx realizadas en los últimos 5 años. Los datos recogidos en la visita actual fueron: parámetros necesarios para calcular el DAS28, tratamientos activos, decisión sobre tratamiento tras la visita y fecha aproximada de la siguiente consulta. Las medidas de desenlace del estudio fueron el cumplimiento de las directrices T2T 2-6 y 10 (tabla).

Resultados: Se han incluido 293 pacientes, 225 mujeres (77%), con una edad promedio de 57 años y una media de duración de la AR de 10 años. FR+ o CCP+ en el 86% y manifestaciones extraarticulares en el 17%. En la tabla se expone el cumplimiento de las directrices T2T. El promedio de visitas en el último año incluyendo la actual fue de 2,9 (mediana de 3) siendo de 3,7 en AR de < 3 años de evolución. El promedio de meses entre la visita anterior y la actual fue de 5,6 meses y el 28% se atendieron > 6 meses. Los pacientes con < 3 años de evolución de la AR y los pacientes con terapia biológica tuvieron una media de 4,9 meses entre la última visita y la actual. Visita actual: 275 pacientes (94%) estaban en tratamiento con FAME, 79 (27%) en terapia biológica y 138 (47%) con corticoide. El DAS28 promedio en la visita actual fue de 2,91, estando en remisión (DAS28 < 2,6) 117 pacientes (40%), en baja actividad (DAS28 < 3,2) 163 pacientes (55%) y con actividad (DAS28 \geq 3,2) estaban 100 pacientes (34%). El promedio HAQ fue de 0,82, siendo > 1 en 102 casos (35%). Al terminar la visita actual se mantuvo el mismo tratamiento en 177 pacientes (60%), se redujo en 42 (14%), y se aumentó o intensificó en 73 (25%). En los pacientes con DAS28 = 3,2 el tratamiento se intensificó en 54 casos (54%) de los cuales 7 correspondieron a incremento de dosis de corticoide o infiltración y el resto a aumento de la dosis de FAME o cambio de FAME/biológico. La siguiente visita se programó en un promedio de 4,3 meses, siendo el promedio de 4,6 meses en los pacientes en remisión, de 3,2 meses en los pacientes con DAS28 \geq 3,2 y de 4,4 meses en los pacientes con AR de < 3 años de evolución.

Conclusiones: Los pacientes con AR de Canarias, incluyendo aquellos pacientes con DAS28 \geq 3,2, son vistos en consulta de reumatología un promedio de 3 veces al año. En un 46% de los pacientes con enfermedad activa por DAS28 se mantiene o reduce el tratamiento. La realización de índices compuestos, la modificación del tratamiento y la frecuencia de seguimiento recomendado por el T2T se cumple sólo en parte y ha de mejorar en la práctica. Este estudio cuenta con una beca de AbbVie (ACA-SPAI-12-17). AbbVie no ha participado en la redacción del resumen o en la decisión de enviarlo.

170. ¿LAS FLUCTUACIONES SÉRICAS DE AGENTES ANTI-TNF SUBCUTÁNEOS MODIFICAN LA VALORACIÓN ECOGRÁFICA DE LA SINOVITIS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE?

M. Hinojosa, E. Naredo, L. Valor, D. Hernández, C. Mata-Martínez, B. Serrano-Benavente, N. Bello, J.G. Ovalles, J. Martínez, L. Martínez-Estupiñán, J.C. Nieto, T. del Río, C.M. González, J. López-Longo, I. Monteagudo, M. Montoro y L. Carreño

Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid.

Introducción: Múltiples estudios observacionales han demostrado la efectividad de los agentes anti factor de necrosis tumoral (anti-TNF) en el grado de sinovitis valorada por ecografía, sin embargo estos estudios no han tenido en cuenta las características farmacocinéticas del medicamento.

Objetivos: Investigar el efecto de las fluctuaciones de las concentraciones plasmáticas entre dos administraciones de los anti-TNF subcutáneos sobre el grado de sinovitis valorada por ecografía, en pacientes con artritis reumatoide (AR).

Métodos: Se reclutaron prospectivamente 50 pacientes con AR (31 mujeres, 18 hombres) de la Unidad de Terapias Biológicas de nuestro hospital. Todos los pacientes recibían anti-TNF subcutáneos, no habían sufrido cambios en su tratamiento ni recibido infiltraciones articulares en los últimos 3 meses. Un mismo investigador recogió en dos tiempos, coincidiendo con el pico y valle de las concentraciones plasmáticas del fármaco anti-TNF, los datos clínicos, de laboratorio y los índices de actividad de la enfermedad DAS28 y SDAI. Las valoraciones ecográficas fueron realizadas por un reumatólogo experto en ecografía musculoesquelética, ciego al tipo de anti-TNF, tiempo de administración, datos clínicos y de laboratorio. Se evaluaron 28 articulaciones en búsqueda de la presencia y grado (0-3) de sinovitis en modo-B y señal sinovial power Doppler. Se calculó un índice global de sinovitis en modo-B (ISB), el recuento articular de sinovitis en modo-B (RSB), un índice global de sinovitis

Tabla Póster 170

Parámetros clínicos y ecográficos durante el pico y valle del anti-TNF

Parámetros	Media del momento pico (DE) (rango)	Media del momento valle (DE) (rango)	Diferencia pico-valle (IC95%)	p
DAS28	2,22 (0,95) (0,49-4,6)	2,22 (1,03) (0,49-4,76)	0,00 (-0,13-0,13)	0,986
SDAI	6,20 (4,51) (0,1-20)	6,56 (4,53) (0,1-21,1)	-0,36 (-1,15-0,42)	0,356
ISB-12 articulaciones (0-36)	4,33 (4,39) (0-21)	4,45 (3,89) (0-19)	-0,12 (-0,66-0,41)	0,648
RSB-12 articulaciones (0-12)	2,96 (2,41) (0-10)	3,22 (2,28) (0-9)	-0,27 (-0,70-0,17)	0,225
ISD-12 articulaciones (0-36)	1,33 (2,34) (0-7)	1,55 (2,33) (0-10)	-0,22 (-0,69-0,24)	0,338
RSD-12 articulaciones (0-12)	0,59 (1,04) (0-3)	0,76 (1,13) (0-4)	-0,16 (-0,38-0,05)	0,132
ISB-MMTP (0-60)	5,63 (4,22) (0-16)	5,12 (4,16) (0-15)	0,51 (-0,30-1,32)	0,213
RSB-MMTP (0-20)	3,80 (2,81) (0-13)	3,73 (2,71) (0-9)	0,06 (-0,57-0,69)	0,846
ISD-MMTP (0-60)	1,22 (2,28) (0-8)	1,49 (2,75) (0-12)	-0,27 (-0,96-0,43)	0,444
RSD-MMTP (0-20)	0,57 (1,06) (0-4)	0,71 (1,29) (0-6)	-0,14 (-0,47-0,19)	0,391

DAS28: índice de actividad de la enfermedad en 28 articulaciones; SDAI: índice de actividad de la enfermedad simplificado; ISB: índice global de sinovitis modo-B; RSB: recuento de sinovitis modo-B; ISD: índice global de sinovitis modo-Doppler; RSD: recuento de sinovitis modo-Doppler; MMTP: muñeca-mano-tobillo-pie. IC: intervalo de confianza.

modo-Doppler (ISD) y recuento articular de sinovitis modo-Doppler (RSD) para un modelo de evaluación ecográfica de 12 articulaciones, y un modelo de valoración muñeca-mano-tobillo-pie (MMTP); Un ISB e ISD < 1 se consideraron índices de remisión ecográfica.

Resultados: Veinte (40,8%) pacientes recibían etanercept, 19 (38,8%) adalimumab, 6 (12,2%) golimumab y 4 (8,2) certolizumab. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los datos clínicos, de laboratorio, índices y recuentos ecográficos entre el momento pico y el momento valle de las concentraciones plasmáticas del fármaco anti-TNF ($p = 0,132-0,986$). No se encontró diferencias en la proporción de pacientes en remisión o en enfermedad activa de acuerdo al DAS28, SDAI, ISB o ISD entre el momento pico y valle del fármaco ($p = 0,070-1$).

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que la farmacocinética de los agentes anti-TNF subcutáneos no modifican significativamente el grado de sinovitis valorada por ecografía en pacientes con AR.

171. OPTIMIZACIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PRÁCTICA CLÍNICA: EN BUSCA DE LA EFICIENCIA

M. Vasques Rocha, M. Rusiñol Badals, G. Salvador Alarcón, S. Martínez Pardo, M. Pujol Busquets, E. Riera Alonso y J. Rovira Aguilar

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Mútua Terrassa (HUMT). Terrassa. Barcelona.

Introducción: La introducción de los fármacos biológicos en el tratamiento de las enfermedades reumáticas ha modificado de forma importante el pronóstico de estos pacientes, permitiendo alcanzar en un porcentaje importante de ellos, baja actividad de su enfermedad o incluso remisión. Los fármacos son prescritos inicialmente según recomendaciones de ficha técnica, pero no disponemos de un consenso de actuación ante remisiones sostenidas. Dado el elevado coste de estos fármacos y la situación económica actual, se impone la necesidad de buscar la mejor relación beneficio-riesgo para garantizar la sostenibilidad del sistema. Algunos estudios observacionales han mostrado la posibilidad de optimización de terapias biológicas, sea mediante reducción de dosis o ampliación del intervalo de administración, sin que ello conlleve un empeoramiento de la enfermedad.

Objetivos: Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal de una muestra de pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias, cuyo tratamiento biológico actual está bajo una "pauta de optimización".

Métodos: Se evaluaron las historias clínicas de pacientes controlados en nuestro hospital, que hasta el momento del análisis (diciembre 2013) se encontraban en pauta de optimización. Se recogieron datos demográficos, diagnóstico, tiempo de evolución de la enfer-

medad, terapia biológica realizada, tratamiento concomitante, tiempo y tipo de "optimización", y los índices de actividad clínica medidos por DAS 28 y/o BASDAI, en el momento de la optimización y actuales.

Resultados: Se revisaron 45 pacientes (20M/25H), edad media 54 años (18-75) en sistema de optimización, de un total de 195 pacientes en tratamiento con fármacos biológicos. El tiempo medio de evolución de su enfermedad fue de $17,2 \pm 9,9$ años y los diagnósticos fueron AR (44,4%), EA (42,2%) y APs (13,3%). El 90% de las AR fueron aCCP+. Los fármacos más utilizados en "pauta de optimización" fueron ETN (42,3%), ADA (40%) e IFX (15,5%), con un 97,7% en régimen de aumento de intervalo de las dosis. En el 78% se optimizó con el primer biológico, un 18% con el segundo y un 8% con el tercero. La media de tiempo de optimización fue de 18 meses (1-82), si bien en un 28% de pacientes, fue mayor de dos años. De estos pacientes, un 55% realizaban tratamiento concomitante con FAMEs [84% con MTX (dosis media 10 mg), vs 16% con leflunomida] y mayoritariamente no requerían tratamiento con glucocorticoides ni AiNEs (91,1% y 84,4% respectivamente). Se utilizaron DAS28 y BASDAI, como índices de valoración de actividad de la enfermedad en función de la patología. En el momento de la optimización, la media del índice DAS28 fue de $2,34 \pm 0,8$ y del BASDAI fue de $3,25 \pm 2,5$, mientras que en el momento del análisis fue de $2,39 \pm 0,9$ y de $3,4 \pm 2,3$ respectivamente.

Conclusiones: En nuestra práctica clínica, un 23% de los pacientes que reciben terapias biológicas lo hacen en un régimen de optimización. En todos los pacientes optimizados se mantuvo un buen control de la enfermedad, a pesar de ser enfermedades de larga evolución. Los pacientes con el diagnóstico de AR fueron los más optimizados, así como los tratados con ETN aunque las diferencias no fueron significativas. La mayoría de los pacientes se optimizaron con el primer biológico. No obstante, se trata de una muestra pequeña y se necesitan más estudios para evaluar el papel de la optimización en el control de las enfermedades, efectos adversos y costes.

172. EXPERIENCIA A 3 AÑOS DE LA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTROPATÍA PSORIÁSICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO

C. Gómez Arango¹, E. Galíndez Agirregoikoa¹, S. Pérez Barrio², J.M. Blanco Madrigal¹, M.L. García Vivar¹, E. Ruiz Lucea¹, I. Torre Salaberri¹, J.F. García Llorente¹, O. Fernández Berrizbeitia¹ y J.M. Careaga Alzaga²

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Introducción y objetivos: En enero del 2011 se crea en nuestro hospital una consulta para el manejo multidisciplinar de artropatía

psoriásica llevada a cabo de forma simultánea por un especialista en Dermatología y un reumatólogo. Los pacientes derivados proceden de ambos servicios, y son remitidos para confirmación diagnóstica, por complejidad terapéutica o por presentar complicaciones cutáneas de tratamientos biológicos (psoriasis paradójica, vasculitis cutánea). Exponemos los resultados a tres años de nuestra consulta multidisciplinar.

Métodos: Revisamos los datos clínicos de 199 pacientes valorados desde enero 2011 hasta enero del 2014, incidiendo en la procedencia del paciente, los tipos de afectación cutánea y articular, la presencia de síndrome metabólico y la modificación del tratamiento.

Resultados: Se evaluaron 199 pacientes, 115 hombres y 82 mujeres con media de edad de 55,7 años. Procedían del servicio de Dermatología en un 40%, de Reumatología un 57% y en el 3% se acordó por especialistas de ambos servicios. El 95% de los pacientes atendidos tenía psoriasis cutánea y el 68% artropatía psoriásica. El diagnóstico de psoriasis fue previo al de artropatía en un 70% de los pacientes. La forma de artropatía fue periférica en 66%, axial en 11%, mixta en 20% y mutilante en 3% de los casos. Presentaron dactilitis un 7%, y entesitis un 12% de los pacientes. 11 pacientes presentaban psoriasis paradójica. El 40% de los pacientes tenían síndrome metabólico asociado (según los criterios de American Heart Association 2005). Habían recibido tratamiento tópico el 84,2%, fototerapia el 29,6%, FAME el 62,8%, y tratamiento biológico el 20,9% de los pacientes. Dentro de los tratamientos biológicos se había utilizado previamente etanercept en 44%, adalimumab en 35%, infliximab en 5%, ustekinumab en 6%, golimumab en 2% y efalizumab en 6%. La media de fármacos biológicos previos por paciente fue de 1,44. Se modificó el tratamiento sistémico (excluyendo medicaciones tópicas) en el 52,6% de los casos. En el 44% fue debido a un mal control cutáneo, en el 25,7% a un mal control articular, en el 15% por mal control de ambos, en el 8,2% por efectos adversos y en el 7,3% por otros motivos. El 56% de los pacientes mejoraron tras la actuación conjunta y un 28% permanecieron estables. El 65,6% fue dado de alta de la consulta, siendo la media de seguimiento de 8,9 meses.

Conclusiones: Consideramos que el manejo conjunto por los especialistas de Reumatología y Dermatología en las consultas multidisciplinarias es beneficioso para el paciente y mejora la calidad asistencial. Llama la atención la alta derivación por parte del servicio de Reumatología, que se muestra sensibilizado con la importancia de la afectación cutánea en nuestros pacientes. Debemos potenciar la derivación desde el servicio de Dermatología para ser más eficientes en el screening de artropatía psoriásica.

173. DETECCIÓN Y FRECUENCIA DE *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* EN MONOCITOS DE SANGRE PERIFÉRICA Y EN ORINA POR REACCIÓN CADENA POLIMERASA EN ESPONDILOARTRITIS PRECOZ

R. Almodóvar¹, A. Delgado-Iribarren², P. Zarco¹, F.J. Quirós¹ y R. Mazzucchelli¹

¹Unidad de Reumatología; ²Unidad de Microbiología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Introducción: Dentro de la patogénesis de la espondiloartritis (EsA) el factor genético es fundamental, pero también se han implicado algunos péptidos bacterianos. Sin embargo, la evidencia sobre si una infección bacteriana previa pueda actuar como factor causal en las EsA, exceptuando la artritis reactiva, es limitada.

Objetivos: Determinar la frecuencia de presencia asintomática de *Chlamydia trachomatis* en monocitos de sangre periférica y en orina de 14 pacientes con EsA precoz, por PCR.

Métodos: Diseño: Estudio transversal de 14 pacientes diagnosticados de EsA precoz (< 2 años evolución) sin síntomas de infección previa del tracto genital; pertenecientes al programa ESPERANZA.

Criterios de inclusión: menores de 45 años. 1) Lumbalgia inflamatoria o 2) Artritis asimétrica o 3) Raquialgia/artralgias, y, al menos uno de los siguientes: a) psoriasis, b) enfermedad inflamatoria intestinal (EII), c) uveítis anterior (UA), d) sacroileítis radiológica, e) antecedentes familiares de espondilitis, psoriasis, EII, UA, o sacroileítis radiológica y f) HLAB27+. Datos recogidos: sociodemográficos; medidas antropométricas, datos de laboratorio; actividad de la enfermedad (BASDAI); score actividad enfermedad espondilitis anquilosante (ASDAS), índice funcional de Bath (BASFI), índice de Bath de evaluación radiográfica (BASRI) y sacroileítis por MRI según definición ASAS. Se obtuvo una muestra de sangre periférica y orina de cada paciente, para la extracción del DNA. Se empleó método automatizado, el EZ1 Advanced (Qiagen). La detección de *C. trachomatis* se realizó por dos métodos comerciales (Cobas 4800 CT/NG, Roche y Genoquick CT, Hain). Se realizó el análisis estadístico mediante SPSS 13.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes: 64% mujeres, con $32,4 \pm 6,7$ años y duración de la enfermedad de $12,4 \pm 6,8$ meses. Treinta y cinco por ciento de pacientes tenían afectación axial, 35,7% periférica, 28,5% mixta. HLA B27 fue positivo en 32,6%. Cuatro pacientes (28,5%) tenían sacroileítis activa por RM. Los valores (media \pm DE) fueron: dolor nocturno (cm) $4,5 \pm 2,6$; BASDAI (cm) $4,3 \pm 2,4$; ASDAS $2,2 \pm 1,1$; VSG (ml/h) $14,7 \pm 14,6$; PCR (mg/L) $5,3 \pm 9,4$; BASFI (cm) $2,7 \pm 2,4$ y BASRI total $0,68 \pm 1,2$. No se detectó ADN de *Chlamydia trachomatis* en los monocitos de sangre periférica ni en muestras de orina de los 14 pacientes.

Conclusiones: Estos resultados implican que los pacientes con EsA precoz, como grupo, no tienen un historial de infecciones más frecuentes con *C. trachomatis*. Por lo tanto, la teoría de que una infección bacteriana previa pudiera ser un factor causal en EspA, no puede ser apoyada por los resultados de este estudio. Los presentes resultados deben interpretarse teniendo en cuenta el pequeño tamaño de la muestra.

“Programa Esperanza ha sido apoyado por una subvención sin restricciones de Pfizer”

174. EVOLUCIÓN Y VARIABLES DETERMINANTES DE FUNCIÓN FÍSICA EN ENFERMOS CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS EN ANDALUCÍA

B. Hernández-Cruz¹, R. Ariza Ariza¹, R. Cáliz Cáliz², E. Márquez Saavedra³, Grupo de Estudio de Terapias Biológicas⁴ y F. Navarro Sarabia¹

¹Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ²Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ³Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud. ⁴Servicio de Reumatología. Servicio Andaluz de Salud.

Introducción: La función física es, junto con la actividad de la enfermedad, uno de los desenlaces más importantes a medir en los enfermos con AR. En este estudio se analizan los resultados de función física (HAQ) en una cohorte de enfermos con AR atendidos en el Servicio Andaluz de Salud tras el inicio de terapia biológica, con resultado a dos años.

Métodos: Diseño: estudio observacional, longitudinal y prospectivo. Se incluyeron pacientes con AR del adulto según criterios ACR (1987) que iniciaron un primer biológico aprobado para uso comercial según el II Documento de Consenso SER para la prescripción de biológicos en AR, en los hospitales del SAS desde mayo de 2006 a marzo de 2010. Se recabaron variables de actividad, función física (HAQ-Di) y de la AR de modo basal, a los 6, 12 y 24 meses de aquellos pacientes que continuaron con el biológico. Se realizó estadística univariada y multivariante con modelos de regresión en donde la variable dependiente fue la mejoría en el HAQ igual o mayor a 0,5.

Resultados: Se incluyeron 1.150 pacientes con 53,2 (44,2-62,7) de edad —media (25p-75p)—, 73% mujeres, con AR de 7,9 (2,4-10,9) años de evolución, 80% FR+, 74% ACPA+, 81% con erosiones en radiografía y 23% con nódulos reumatoideos. El DAS28VSG basal fue de 5,82 (5,1-6,5) y la PCR 16,5 (3-22) mg/L. El HAQ basal fue de 1,46 (1-2). Al sexto mes 0,93 (0,25-1,5); al año 1,22 (0,5-1,9) y a los dos años 1,27 (0,72-1,9). Se notó una mejoría clínicamente significativa entre el HAQ basal y al sexto mes en 82% de los casos; = 0,5 en 59% mientras que 64% mantuvieron un HAQ < 1 durante el seguimiento. En el análisis multivariante el modelo que mejor explicó la mejoría en el HAQ = 0,5 fue el que incluyó sexo, DAS basal, cambio en el DAS, duración de la AR, ACPA, no obstante el mejor de los modelos solo explicó 11% del cambio en el HAQ. La adición de variables como dolor, número de articulaciones tumefactas, número de articulaciones dolorosas o eva de AR no incremento la capacidad de predecir respuesta de los modelos.

Conclusiones: En la práctica clínica el inicio del tratamiento biológico produce una mejoría significativa en el HAQ en 80% de los pacientes y muy importante en 59% de ellos. Esta mejoría ocurre por variables diferentes a cambio en el DAS, edad, sexo y marcadores de autoinmunidad.

175. DIFERENCIAS CLÍNICAS Y DE IMAGEN ENTRE ESPONDILOARTRITIS AXIAL FAMILIAR VERSUS ESPORÁDICA: RESULTADOS DE LA COHORTE ESPERANZA

R. Almodóvar¹, P. Zarco¹, E. Brito², J. Rosas³, S. Muñoz-Fernández⁴, V. Navarro-Compán⁵ y Grupo Esperanza

¹Unidad de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. ²Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ³Hospital Marina Baixa. Alicante. ⁴Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. ⁵Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: En la actualidad, existen pocos estudios sobre cómo los factores genéticos pueden influir en la expresión fenotípica de las espondiloartritis (EsA) axial familiar y esporádica. Para ayudar a comprender mejor las EsA, nuestro grupo decidió analizar las posibles diferencias existentes.

Objetivos: Analizar la existencia de diferencias clínicas y de imagen entre pacientes con EsA axial precoz familiar y esporádica.

Métodos: Análisis descriptivo basal de una cohorte de 291 pacientes con EsA axial según criterios ASAS, incluidos en el programa Esperanza. Se compararon entre ambos grupos de pacientes: datos sociodemográficos; medidas antropométricas, datos de laboratorio; actividad de la enfermedad (BASDAI); índice funcional de Bath (BASFI), índice de Bath de evaluación radiográfica (BASRI) y calidad de vida (AsQoL). Se realizó en 109 pacientes RM de articulaciones sacroilíacas, de manera que la presencia de sacroileítis activa se definió acorde a los criterios del grupo ASAS. La historia familiar se definió de acuerdo con la definición de los criterios ASAS/ESSG como presencia en familiares de primer o segundo grado de cualquiera de los siguientes: (a) la espondilitis anquilosante, (b) psoriasis, (c) la uveítis, (d) la artritis reactiva, (e) enfermedad inflamatoria del intestino. Se usó el test chi cuadrado para la comparación de variables categóricas, y test t-Student para el contraste de variables continuas.

Resultados: Un total de 291 EsA axial precoz (191 varones y 100 mujeres), con una edad media de 32 ± 7 años y una duración media de la enfermedad de 13 ± 6,7 meses fueron evaluados. La prevalencia de pacientes con EsA axial familiar fue del 35% (101). En los pacientes con EsA axial familiar la edad de inicio de los síntomas era menor (29,4 ± 9,2 años vs 31,5 ± 10 años; p < 0,05), presentaban: mayor presencia de HLA B27 positivo (83% vs 71%; p = 0,02), mejor BASMI (1,2 ± 1,3 vs 1,6 ± 1,2; p = 0,03), menor sacroileítis por RM (36% vs 47%; p = 0,01) y una tendencia a mayor uveítis (11,9%

vs 5,8%; p = 0,07). No se encontraron diferencias significativas en el resto de parámetros estudiados.

Conclusiones: Nuestros pacientes con EsA axial familiar, presentan síntomas de EsA a una edad más temprana. Además tienen una mayor presencia de HLA B27 positivo, mejor movilidad espinal y menor presencia de sacroileítis activa en RM, comparados con las formas esporádicas.

Programa Esperanza ha sido apoyado por una subvención sin restricciones de Pfizer.

176. ¿PODRÍAMOS UTILIZAR OTROS REACTANTE DISTINTOS A LA PCR Y LA VSG EN LA EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA EN LA ARTROPATÍA PSORIÁSICA Y EN LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE?

A.I. Turrión Nieves^{1,2}, R. Martín Holguera², A.I. Sánchez Atrio¹, J. Montserrat³, A. Pérez Gómez¹, F. Albarrán Hernández¹, C. Alonso Rodríguez⁴, M.J. León Cabezas¹, L. Ruiz Gutiérrez¹, E. Reyes³, H. Moruno Cruz¹, E. Cuende Quintana¹, A. Movasat Hajdkan¹, B. Salvador³, A.M. Gómez La Hoz³, C. García Torrijos³, C. Bohórquez Heras¹, M.L. Romero Bogado¹ y M. Álvarez de Mon Soto^{1,3}

¹Servicio de Enfermedades del Sistema Inmune-Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. ²Departamento de Anatomía y Embriología Humanas. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid. ³Laboratorio de Inmunología. CNB-CSICRe D Unidad Asociada IMMPA. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. ⁴Departamento de Física y Matemáticas. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid.

Introducción: En la valoración de la actividad inflamatoria en la artropatía psoriásica está ampliamente reconocida la necesidad de un valor analítico fiable de actividad inflamatoria. En la espondilitis anquilosante la utilización de la PCR y la VSG al igual que en otras artropatías inflamatorias está claramente demostrada su utilidad.

Objetivos: Intentar entre un grupo de reactantes de fase estudiar la posible utilidad en la evaluación de la actividad inflamatoria en pacientes con artritis psoriásica y pacientes con espondilitis anquilosante.

Métodos: En un grupo de 99 pacientes con espondiloartropatía inflamatoria (EAnq y APsor) se valoró la presencia de actividad inflamatoria, la presencia de artritis, y afectación espondilar y se estudiaron los niveles de VSG, PCR, ceruloplasmina, a1-glicoproteína, ferritina y haptoglobina en todos ellos. Se aplicaron la prueba de t de Student cuando se cumplían condiciones de normalidad o la U de Mann Whitney en caso contrario.

Resultados: De los 99 pacientes evaluados 36 padecían Eanq y 63 Apsor. En cuanto al sexo y edad seguían la misma distribución descrita en otros estudios poblacionales en nuestro entorno. Según actividad e inflamación articular se observó la descripción expuesta en la tabla. En los pacientes con EAnq se observaron diferencias altamente significativas (p < 0,001) entre los pacientes activos y no activos en los niveles de VSG, PCR, a1-glicoproteína y haptoglobina, mientras que ceruloplasmina se encontró en nivel significativo p < 0,05. En los pacientes con APSOR se observaron diferencias altamente significativas entre los pacientes activos y no activos en los niveles de VSG y a1-glicoproteína, encontrándose diferencias significativas en los niveles de ferritina, haptoglobina y ceruloplasmina. Siendo los niveles de PCR próximos a la significación estadística (p = 0,093).

Conclusiones: La a1-glicoproteína debería ser tenida en cuenta como reactante de fase en las espondiloartropatías inflamatorias tanto EAnq como Apsor. Llama la atención la posible utilidad de la a1-glicoproteína como medida de actividad inflamatoria en estos

pacientes, dicha molécula se estudia como reactante de fase en la enfermedad inflamatoria intestinal, apoyando la posible relación etiopatogénica. Al separar los pacientes por afectación articular predominante observamos que los pacientes con afectación del raquis presentaban mayor elevación de dicha molécula. Hecho ya descrito en la EAnq por Taylor hace años (Taylor, 1991).

177. ANÁLISIS DE LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTI-TNF EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Millán, P. Moya, C. Uriel, C. Díaz-Torné, I. Castellví, M. Sarmiento, E. Toniolo, C. Geli y J.M. Llobet

Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Sant Pau. Barcelona.

Introducción: Existen numerosas guías acerca del inicio del tratamiento anti-TNF y el manejo del fallo de tratamiento en pacientes con artritis reumatoide (AR) pero son necesarios consensos y estudios sobre la monitorización de los pacientes en remisión o baja actividad de la enfermedad. La optimización de las terapias biológicas se ha convertido en una práctica habitual ya que representa un beneficio para el paciente con una menor dosis y reduce el coste para el sistema sanitario. Son necesarios estudios sobre las características de los pacientes optimizados en práctica clínica habitual. **Objetivos:** Analizar las características de los pacientes con optimización de la terapia anti-TNF subcutánea (aTNFsc) en una cohorte de pacientes con AR.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de pacientes diagnosticados de AR que recibían aTNFsc y que fueron visitados en la Unidad de Reumatología consecutivamente durante 3 meses (9/2013-11/2013). Se recogieron datos demográficos, clínicos y analíticos (VSG, PCR, FR y CCP) así como el número de tratamientos previos y concomitantes con biológicos o FAME respectivamente. Se incluyeron los índices de actividad DAS28, SDAI y CDAI al inicio del tratamiento biológico y a los 6 meses. Se registraron las retiradas de tratamiento y los motivos de retirada así como las recaídas tras la optimización. Se consideró paciente con tratamiento biológico optimizado a aquel que recibía menos dosis o mayor intervalo de administración entre dosis que los indicados en ficha técnica. La reducción de dosis se realizó bajo criterio médico sobre el control de la enfermedad. Se comparan las diferentes variables entre los pacientes con tratamiento anti-TNF optimizado frente a los que no son optimizados. Se presentan medias y desviación estándar para variables continuas y porcentajes para las cualitativas o discretas utilizando la prueba U

de Mann-Whitney o la prueba chi-cuadrado para los análisis comparativos respectivamente. Se consideran significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados: Se evaluaron un total de 45 pacientes (40 mujeres) que cumplían criterios de AR y estaban en tratamiento con anti-TNF subcutáneo. Los pacientes estaban recibiendo tratamiento con etanercept, adalimumab y certolizumab. En el momento del estudio, el 60% ($n = 27$) de los pacientes se encontraba con dosis optimizada. Las características de los pacientes, clasificados según optimización de tratamiento, se resumen en la tabla. Comparando los pacientes con terapia optimizada y no optimizada solo encontramos diferencias significativas en la edad de los pacientes, en el porcentaje de pacientes naïve a terapia biológica así como en la media del valor de PCR al inicio del tratamiento. De los 10 pacientes a los que se retiró el tratamiento 1 estaba optimizado y se retiró por eventos adversos (infecciones bacterianas recurrentes), el resto fueron retirados por fallo primario ($n = 3$), fallo secundario ($n = 4$) o eventos adversos ($n = 3$). De los 27 pacientes optimizados, 6 (22,2%) presentaron recaídas con un tiempo medio en tratamiento hasta recaída de $6,33 \pm 3,44$ meses.

Conclusiones: En nuestro estudio se puede observar un alto porcentaje de optimización de la terapia anti-TNF. Los pacientes naïve a biológico y con menores niveles de PCR se asocian a una mayor optimización en nuestra muestra. No obstante son necesarios estudios con elevado número de pacientes que evalúen los factores que se asocian a una optimización más eficiente.

178. MANIFESTACIONES AUTOINMUNES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CASTLEMAN MULTICÉNTRICA

A. González García¹, W.A. Sifuentes Giraldo², M. Ahijón Lana³ y J.L. Patier de la Peña¹

¹Servicio de Medicina Interna; ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Cristina. Madrid.

Introducción: La enfermedad de Castleman (EC) es un trastorno linfoproliferativo caracterizado por una expansión policlonal de linfocitos B, que presenta 2 subtipos clínicos: la forma unicéntrica y la multicéntrica, y 3 variantes histopatológicas: hialinovascular, plasmocelular y mixta. La EC multicéntrica (ECM) se comporta como una enfermedad sistémica que cursa con niveles elevados de IL6, linfadenopatías generalizadas, hepatoesplenomegalia y síntomas constitucionales. Estos pacientes pueden desarrollar manifestaciones autoinmunes, y algunos se asocian a enfermedades autoin-

Tabla Póster 177

	Total pacientes	Pacientes con terapia optimizada	Pacientes no optimizados	Valor de "p"
N	45	27	18	
Sexo femenino	40 (88,9%)	25 (92,6%)	15 (83,3%)	0,333
Edad	63,38 (12,65)	67 (12,18)	57,94 (11,63)	0,012
Evolución de la enfermedad inicio aTNFsc (meses)	158,66 (142,03)	167,55 (153,99)	145,3 (125,02)	0,871
Fumadores o exfumadores	19 (45,24%)	11 (47,06%)	8 (44%)	0,845
FR positivo	34 (75,6%)	19 (70,3%)	15 (83,3%)	0,321
CCP positivo	33 (73,3%)	18 (66,6%)	15 (83,3%)	0,215
Enfermedad erosiva	32 (71,1%)	19 (70,3%)	13 (72,2%)	0,893
FAME previo				0,703
- 1 o 2	16 (35,5%)	9 (33,33%)	7 (38,88%)	
- 3 o >	29 (64,4%)	18 (66,66%)	11 (61,11%)	
Naïve a aTNFsc	27(60%)	20 (74,1%)	7 (38,9%)	0,018
Tratamiento concomitante				0,9
- Monoterapia	17 (37,7%)	10 (37,0%)	7 (38,8%)	
- Combinado	28 (62,2%)	17 (62,9%)	11 (61,1%)	
VSG inicio aTNFsc (mm/h)	34,8 (24,80)	34,5 (18,43)	35,1 (30,89)	0,946
PCR inicio aTNFsc (mg/l)	16,04 (15,81)	8,66 (7,15)	22,86 (18,65)	0,024
DAS28 inicio aTNFsc	5,30 (1,00)	5,27 (1,01)	5,32 (1,03)	0,953
DAS28 6m inicio aTNFsc	3,10 (1,24)	2,88 (1,07)	3,31 (1,40)	0,586

munes (EA) sistémicas u organo-específicas, pero son escasos los estudios sobre esta asociación.

Objetivos: Estudiar el espectro de manifestaciones autoinmunes de la ECM en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo con análisis de las historias clínicas de los pacientes con ECM diagnosticados durante el período 1985-2013. Los datos se procesaron mediante el software estadístico SPSS 21.0.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes con ECM, 13 varones y 3 mujeres, con una media de edad al diagnóstico de 47 años (rango: 23-68) y de duración de la enfermedad de 6,1 meses. La variante histológica más frecuente fue la plasmocelular (63%). Había antecedente de infección por VIH en 8 casos; 7 presentaban serología positiva para HHV8, con sarcoma de Kaposi asociado en 3 casos y linfoma concomitante en 1 caso. La totalidad de los pacientes presentaban linfadenopatías periféricas y 81% a nivel mediastínico. Más del 60% cursaron con fiebre, hepatoesplenomegalia y aumento de reactantes de fase aguda, siendo la media del valor de VSG 83 mm/h y de PCR 80 mg/dL. Todos presentaban además hipergammaglobulinemia, siendo monoclonal en 25% de los casos. Dentro de las manifestaciones clínicas sugestivas de EA, 4 pacientes referían artralgias, 2 fenómeno de Raynaud, 2 exantema maculopapular, 1 fotosensibilidad, 1 síndrome seco y 1 lesiones purpúricas. Las alteraciones inmunológicas encontradas fueron trombocitopenia en 6 casos, anemia hemolítica en 2 casos, positividad para factor reumatoide en 4 casos, crioglobulinas 2 casos, y 1 caso con ANA y anti-DNA. En 7 casos se llegó al diagnóstico de EA, correspondiendo a lupus eritematoso sistémico (1 caso), enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (1 caso), síndrome de Evans (SE) (2 casos) y vasculitis leucocitoclastica (3 casos). Uno de los pacientes con SE y otros 3 sin EA tuvieron un cuadro compatible con síndrome POEMS (polineuropatía, organomegalía, endocrinopatía, gammapatía monoclonal y alteraciones cutáneas). Respecto al tratamiento, 7 de los casos con VIH recibieron anti-retrovirales, 7 casos corticoterapia, 7 casos rituximab, y 3 casos otros agentes quimioterápicos. Durante el período de seguimiento, 10 pacientes lograron remisión completa de la ECM y sus manifestaciones autoinmunes. Hubo 4 muertes, que ocurrieron pacientes sin diagnóstico de EA.

Conclusiones: La ECM debería ser considerada en pacientes con sospecha de EA que presentan rasgos característicos como linfadenopatías generalizadas, hepatoesplenomegalia o marcada elevación de reactantes de fase aguda, ya que frecuentemente presenta manifestaciones autoinmunes y algunos casos se asocian a EA definidas, teniendo estos aparentemente mejor pronóstico. Debido a que comparten mecanismos patogénicos, las terapias dirigidas contra linfocitos B (anti-CD20) y citoquinas (anti-IL6) podrían ser eficaces para ambas entidades.

179. INHIBICIÓN DEL EJE SUPRARRENAL EN PACIENTES ANCIANOS EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES POR ENFERMEDADES REUMÁTICAS: ¿SE DEBE SUPLEMENTAR EN SITUACIONES DE ESTRÉS?

M. Martínez-Morillo¹, R. Zavala², M.L. Granada³, M.A. Martín-Alcolea³, A. Riveros¹, S. Rodríguez-Muguruza¹, J. Sanint¹, S. Holgado¹, A. Olivé¹ y L. Mateo¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Endocrinología; ³Servicio de Bioquímica Clínica. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

Introducción: En algunas enfermedades reumáticas de carácter inflamatorio se usan durante largos períodos de tiempo glucocorticoides a dosis bajas (entre 2-5 mg). Cuando uno de estos pacientes sufre una situación de estrés, como una enfermedad intercurrente

o una intervención programada, la literatura no deja claro si existe una inhibición del eje suprarrenal. Esto tiene especial relevancia en los pacientes de edad avanza, que son los más vulnerables al ingreso hospitalario.

Métodos: Diseño prospectivo en un hospital universitario con un área de referencia de 850.000 habitantes. Se estudiaron un total de 19 pacientes con enfermedad reumática inflamatoria (polimialgia reumática y artritis de inicio en el anciano): 7 mujeres y 12 varones, con una media de edad de 77 ± 6,84 años. Se les realizó el test de estimulación con ACTH sintética de 1 µg antes del inicio del tratamiento con glucocorticoides y a los 6 meses. El glucocorticoide pautado en todos fue la metilprednisolona. La dosis media inicial usada en estos pacientes fue de 9,26 ± 2,68 mg, la dosis acumulada en 6 meses de 972,6 ± 248 mg, y la dosis media diaria de 5,22 ± 1,0 mg/día.

Resultados: El test previo al tratamiento mostró una respuesta adecuada en todos los pacientes (cortisol a los 30 minutos = 18 µg/dl). A los 6 meses de tratamiento se observó una disminución del cortisol basal de 18,5 ± 5,9 a 11,95 ± 5,9 (p = 0,002) y del estimulado de 28,96 ± 5,8 a 17,95 ± 5,98 (p < 0,001). A los 6 meses de corticoterapia 10 pacientes, un 52,6%, mostraron una respuesta insuficiente. Los pacientes con una respuesta insuficiente habían recibido una dosis inicial superior a los respondedores (8 ± 2,8 vs 10,4 ± 2,0; p = 0,048), así como una mayor dosis media diaria (4,6 ± 1,05 vs 5,7 ± 0,7; p = 0,018). Se observó que la dosis acumulada y la dosis media diaria se correlacionaron de forma inversa con la respuesta del cortisol significativamente. El análisis de curva ROC a los 6 meses de tratamiento mostró que el mejor punto de corte para predecir una respuesta insuficiente fue una dosis media diaria de 5,16 mg/día, con un 70% sensibilidad y 88,89% especificidad (AUC = 0,789, p = 0,0065) y que el 100% de los pacientes con respuesta insuficiente recibieron una dosis media diaria mayor a 4,5 mg/día.

Conclusiones: Un gran porcentaje de los pacientes ancianos en tratamiento con dosis bajas de glucocorticoides mostraron una inhibición del eje suprarrenal a los pocos meses de tratamiento. En situación de estrés debería valorarse la suplementación con dosis mayores de glucocorticoides en estos pacientes.

180. NEURITIS ÓPTICA ISQUÉMICA ANTERIOR COMO EXCEPCIONAL FORMA DE PRESENTACIÓN DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

M.L. Velloso Feijoo, R. Martínez Pérez, S. Rodríguez Montero y J.L. Marengo de la Fuente

UGC Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: El síndrome antifosfolípido es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por trombosis venosas y arteriales de repetición, abortos recurrentes y trombopenia. A nivel oftalmológico puede producir diversos cuadros, tanto en el polo posterior como en el anterior. La neuritis óptica isquémica anterior (NOIA) no arterítica es una entidad caracterizada por la pérdida de visión aguda unilateral, generalmente indolora, como consecuencia de una isquemia aguda en la porción anterior del nervio óptico, habitualmente irrigada por las arterias ciliares posteriores. Es más habitual en individuos de edad avanzada en relación con la presencia de factores de riesgo cardiovascular, siendo muy infrecuente en jóvenes. Presentamos dos casos de NOIA no arterítica como manifestación inicial de síndrome antifosfolípido primario, circunstancia excepcional sobre la que existen muy pocos casos descritos en la literatura (Tugcu et al. Indian J Ophthalmol. 2013 Apr 10 [Epub ahead of print]).

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 35 años, fumadora, sin otros factores de riesgo cardiovascular, con antecedente de 3 embarazos a término, que consultó por pérdida de visión brusca en el ojo

izquierdo en forma de banda horizontal central que progresó hasta abarcar todo el campo a nivel altitudinal superior. En la exploración neurológica destacaba el déficit campimétrico y un edema de papila con bordes borrados sin alteraciones a otro nivel. Se realizaron TAC craneal, RMN con y sin gadolinio, y potenciales evocados visuales sin hallazgos patológicos. En el estudio de despistaje de hipercoagulabilidad, se hallaron anticardiolipinas IgG e IgM elevados (82,1 GPL y 11,1 MPL) que posteriormente se confirmaron, con ANA negativos, y resto de analítica anodina salvo ligera linfopenia. La paciente no presentaba otros síntomas sugestivos de conectivopatía. Ante el diagnóstico de síndrome antifosfolípido primario, se instauró tratamiento anticoagulante, con estabilización del déficit visual y sin nuevas manifestaciones, salvo cefalea tensional resuelta en varios meses. Caso 2: varón de 35 años, exfumador desde hace 5 años. Presentó de forma súbita dolor retroocular y pérdida de visión en banda temporal del ojo izquierdo. A la exploración se objetivó edema de papila y déficit campimétrico concordante con la pérdida de visión. La RMN no mostró alteraciones y analíticamente únicamente se halló la presencia de anticoagulante lúpico confirmado en dos determinaciones separadas 12 semanas. Igualmente se anticoaguló sin presentar incidencias hasta el momento actual.

Discusión: La NOIA no arterítica es una entidad poco frecuente en jóvenes, lo que nos obliga a investigar la presencia de factores protrombóticos precipitantes de esta entidad como el anticoagulante lúpico o los anticuerpos antifosfolípidos, que puedan explicar la aparición de esta entidad en el contexto de un síndrome antifosfolípido primario. Hasta un 35% de los pacientes jóvenes con NOIA no arterítica, experimentan afectación en el ojo contralateral en los siguientes 7 meses (Preechawat et al. *Am J Ophthalmol*. 2007;144:953-60), esto junto a la posible afectación de otros órganos por el síndrome antifosfolípido hacen que la anticoagulación sea el tratamiento de elección.

181. PERFIL DE CITOQUINAS EN PACIENTES CON ARTROPATÍA PSORIÁSICA EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNF

A.I. Turrión Nieves^{1,2}, J. Montserrat³, R. Martín Holguera², A.I. Sánchez Atrio¹, A. Pérez Gómez¹, F. Albarrán Hernández¹, C. Alonso Rodríguez⁴, M.J. León Cabezas¹, L. Ruiz Gutiérrez¹, E. Reyes³, H. Moruno Cruz¹, A. Movasat Hajdkan¹, C. Bohórquez Heras¹, B. Salvador³, A.M. Gómez la Hoz³, C. García Torrijos³, E. Cuende Quintana¹, M.L. Romero Bogado¹ y M. Álvarez de Mon Soto^{1,3}

¹Servicio de Enfermedades del Sistema Inmune-Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. ²Departamento de Anatomía y Embriología Humanas. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid. ³Laboratorio de Inmunología. CNB-CSICRe D Unidad Asociada IMMPA. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. ⁴Departamento de Física y Matemáticas. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid.

Introducción: El análisis de las implicaciones patogénicas del compartimiento T en enfermedades inflamatorias, ocupa un papel relevante en la cuantificación de la capacidad de síntesis de citoquinas. Estas moléculas, en relación a su producción por linfocitos T, tienden a asociarse con diferentes patrones de producción que conllevan diferentes comportamientos de la respuesta inmune inflamatoria. Parece ser que el eje Th17 en la afectación psoriásica como recientemente se ha descrito es reseñable (Van der Berg et al. *Semin Arthritis Rheum*. 2013;43:158-70).

Objetivos: Describir los niveles de una batería de citoquinas en pacientes con artropatía psoriásica en tratamiento con anti-TNF comparándolo con un grupo de controles sanos.

Métodos: Se determinaron en suero los niveles de IL-1b, IL-2, IL-4, IL-5, IL-6, IL-9, IL-10, IL-12p70, IL-13, IL-17A, IL-22, INF-g y TNF-a en 15 pacientes que padecían artropatía psoriásica en tratamiento con anti-TNF. Se compararon con un grupo de 20 sujetos controles. Se realizó el estudio estadístico mediante la t de Student cuando se cumplían condiciones de normalidad o la U de Mann Whitney en caso contrario, utilizando paquete estadístico spss-15 para Windows.

Resultados: Se observaron diferencias significativas en los niveles de IL-17A, presentando los pacientes en tratamiento con anti-TNF niveles más elevados de dicha citoquina (media \pm desviación típica) 1.588,6 \pm 247,5; frente a los valores que presentaban los controles (media \pm desviación típica) 1.422,5 \pm 185,8. Del resto de citoquinas solamente se observaron diferencias cercanas al nivel de significación estadístico en los niveles de IL-6 y de IL-13, presentando en el caso de la IL-6 ($p = 0,069$) los pacientes en tratamiento con anti-TNF niveles inferiores al de los controles, mientras que la IL-13 ($p = 0,064$) se encontraba más elevada que en los controles.

Conclusiones: El eje Th17 como recientemente se ha descrito es primordial en la afectación psoriásica. Aún en tratamiento con fármacos anti-TNF presentan con respecto a la población sana niveles elevados de IL-17. Muchos autores describen dicha elevación como diferencia de actividad inflamatoria (Leipe et al. *Arthritis Rheum*. 2010;62:2876-85) en estos pacientes. Llama la atención la no existencia de diferencia en los niveles de TNF-a y las escasas diferencias observadas en el resto de citoquinas estudiadas.

182. PREVALENCIA DE LOS DISTINTOS TIPOS DE PATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

C. Guillén Astete, C. Redondo Romero, C. Medina Quiñones y J.F. Borja Serrati

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

Introducción: En un estudio previo (Guillén. *An Reum*. 2012;19:28), identificamos que la prevalencia de patología musculoesquelética no traumática en nuestro servicio de urgencias era del 14%. Esta prevalencia es semejante a las descritas por Fialho (*Rev Bra Reu*. 2011;51:240-8) y por Nasonov (*J Rheumatol* 2003;67 Suppl;56-8). El presente estudio detalla la prevalencia de las distintas formas de patología musculoesquelética identificada en nuestra casuística.

Métodos: Se utilizó una muestra previamente aleatorizada de 1992 historias clínicas del servicio de urgencias de nuestro hospital a lo largo de 4 años (2008-2011) y que fue utilizada previamente para identificar la prevalencia de patología musculoesquelética. La aleatorización se realizó de forma sistemática de forma que las proporciones de historias revisadas por trimestre sean iguales así como las revisadas por año.

Resultados: De las 1.992 historias se extrajeron 332 diagnósticos de patología musculoesquelética. La tabla resume la prevalencia de los distintos diagnósticos en función de la región afectada del aparato locomotor. Los problemas axiales totalizaron 122 (36,7%) de todos los diagnósticos. Mientras que los periféricos sumaron 208 (63,3%). Se identificaron 44 diagnósticos relacionados con procesos inflamatorios (13,2%) mientras que en el resto de casos la etiología fue mecánica o relacionada con un proceso degenerativo. El proceso inflamatorio más frecuente fue el brote de cualquier artritis microcristalina con 21 casos (47,7% del total de procesos inflamatorios), seguido de las artritis o bursitis infecciosas con 10 casos (22,7%), brotes de cualquier enfermedad inflamatoria conocida con 7 casos (15,9%), polimialgia reumática con 4 casos (9%) y 2 casos nuevos de enfermedades inflamatorias (4,5%). Dos cientos ochenta y ocho patologías (86,7%) correspondieron a pro-

Tabla Póster 182

Grupo topográfico	Valor absoluto de casos	Porcentaje	Intervalo de confianza 95%	Subdivisiones, Porcentaje respecto del total de la fila. *Sinovitis: denota que se dispuso de estudio ecográfico.
Axial lumbar	69	20,8%	16,7-25,4	Fractura/Aplastamiento: 4 (5,8%) No fractura/aplastamiento: 65 (94,2%)
Axial dorsal	20	6,0%	3,9-9,1	Fractura/Aplastamiento: 1 (5,0%) No fractura/aplastamiento: 19 (95,0%)
Axial cervical	33	9,9%	7,1-13,6	No fractura/aplastamiento: 33 (100,0%)
Hombro	40	12,0%	8,9-15,9	Tendinosis no rotura, no calcificación: 16 (40%), Tendinosis rotura: 7 (17,5%) Tendinosis calcificación: 7 (17,5%) Artritis: 1 (2,5%) Otros o no filiado: 9 (25%), Bursitis: 6 (31,6%) Artritis: 1 (5,2%) Otros o no filiado: 12 (63,1%)
Codo	19	5,7%	3,69-8,76	Sinovitis: 12 (42,8%) Síndrome de túnel carpiano: 6 (21,4%) Otros o no filiado: 10 (35,7%)
Mano	28	8,4%	5,9-11,9	Trocanteritis: 26 (83,8%) Sinovitis: 1 (3,2%) Otros o no filiado: 4 (12,9%)
Cadera	31	9,3%	6,66-12,9	Sinovitis: 10 (22,7%) Bursitis: 2 (4,5%) Artrosis: 32 (72,7%) Sinovitis: 4 (13,3%) Tendinitis: 14 (46,6%) Otros o no filiado: 12 (40%)
Rodilla	44	13,3%	10,2-17,3	
Pie	30	9,0%	6,4-12,6	
Otros	18	5,4%	3,4-8,4	

cesos mecánicos o relacionados con patología degenerativa. De este grupo, 110 (38,1%) se debieron a procesos relacionados con músculos (contracturas en su gran mayoría), 87 (30,2%) se debieron a procesos relacionados con tendones o entesis (tendinitis, tenosinovitis, entesitis, roturas, calcificaciones o avulsiones), 68 (23,6) se debieron a procesos relacionados con artrosis y 23 (7,9%) no fue filiado en el diagnóstico.

Conclusiones: Este es, hasta donde sabemos, el primer trabajo que estratifica la casuística de la patología musculoesquelética no relacionada con traumatismos en un servicio de urgencias. Nuestro sistema de aleatorización asegura una contribución de casos homogénea a lo largo del año y a lo largo de los 4 años estudiados. Al igual que con cualquier otro campo del saber médico, el conocimiento epidemiológico de la patología musculoesquelética es una herramienta útil al momento de diseñar políticas sanitarias motivo por el cual consideramos que estudios como este deben realizarse a mayor escala, regional o nacional, para conocer el peso real de nuestra patología en los servicios de urgencias.

183. WHICH CHRONIC BACK PAIN (CBP) CHARACTERISTICS ARE ASSOCIATED WITH A POSITIVE HLA-B27 IN PATIENTS WITH SUSPECTED AXIAL SPONDYLOARTHRITIS (AXSPA)? RESULTS FROM THE ESPERANZA COHORT

V. Navarro-Compán¹, J.J. Aznar², L.F. Linares³, E. Collantes-Estévez⁴ and P. Zarco⁵, on behalf of EsPeranza Group

¹University Hospital La Paz. Madrid. ²Mérida Hospital. Mérida. Badajoz. ³University Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁴IMBIC/University Hospital Reina Sofía. Córdoba. ⁵Foundation University Hospital Alcorcón. Madrid.

Introduction: CBP is nowadays the starting point for the ASAS classification criteria for axSpA. Later, two possible entry criteria based on complementary examinations (HLA-B27 and imaging) are considered. However, CBP is a very prevalent symptom so it is necessary to identify those characteristics more likely resulting in a positive complementary test.

Tabla Póster 183

Individual Characteristic of IBP

	HLA-B27+	HLA-B27-	Univariable analysis	Multivariable analysis	Diagnostic utility measures					
	(N = 270)	(N = 383)			OR	OR	Sen	Spe	PPV	NPV
Morn. Stiff > 30 min	171 (63.3)	216 (56.4)	1.34*	1.10	63.3	43.6	44.2	62.8	1.12	0.84
Improve with exercise, not with rest	91 (33.7)	114 (29.8)	1.20		33.7	70.2	44.4	60.0	1.13	0.94
Alter. buttock pain	86 (31.9)	110 (28.7)	1.16		31.9	71.3	43.9	59.7	1.11	0.96
Insidious onset	184 (68.1)	241 (62.9)	1.26		68.1	37.1	43.3	62.3	1.08	0.86
Awakening 2nd half night	149 (55.2)	163 (42.6)	1.66***	1.53**	55.2	57.4	47.8	64.5	1.30	0.78
Response to NSAIDs	182 (67.4)	217 (56.7)	1.58***	1.46**	67.4	43.3	45.6	65.4	1.19	0.75
Combination of IBP characteristics										
Calin criteria	98 (36.1)	99 (25.8)	1.63**	-	36.3	74.2	49.7	62.3	1.41	0.86
Berlin criteria	173 (64.1)	194 (50.7)	1.74**	-	64.1	49.3	47.1	66.1	1.26	0.73
ASAS criteria	85 (31.5)	74 (19.3)	1.92***	-	31.5	80.7	53.5	62.3	1.63	0.85
Night + NSAID response (2/2)	108 (40)	109 (28.5)	1.68**	-	40.0	71.5	49.8	62.8	1.40	0.84
Calin + Night + NSAID response (6/7)	58 (21.5)	45 (11.7)	2.06**	-	21.5	88.3	56.3	61.5	1.84	0.89
Berlin + NSAID response (3/5)	154 (57.0)	153 (39.9)	2.00***	-	57.0	60.1	50.2	66.5	1.43	0.72
ASAS + NSAID response (5/6)	66 (24.4)	51 (13.3)	2.11***	-	24.4	86.7	56.4	61.9	1.83	0.87

*p < 0.1; **p < 0.05; ***p < 0.01.

Objectives: To evaluate which inflammatory characteristics of CBP are associated with the presence of HLA-B27 in patients with suspected axSpA.

Methods: Baseline dataset from the EsPeranza cohort (< 45 yrs, symptoms duration 3-24 months and with inflammatory back pain –IBP– or asymmetrical arthritis or spinal/joint pain plus = 1 SpA features) was used. Data from 653 patients with axial symptoms and HLA-B27 assessed were analysed. Odds ratio were estimated for the association between IBP characteristics (morning stiffness, improve with exercise and not with rest, alternating buttock pain, insidious onset, awakening at 2nd half of night and good response to NSAIDs) and their different combinations with a positive HLA-B27 (local lab test).

Results: A total of 270 (41%) patients were HLA-B27+. Table shows results for the association between individual and combined IBP characteristics with HLA-B27+. Awakening at 2nd half of night (OR = 1.53; p < 0.05) and response to NSAID (OR = 1.46; p < 0.05) were the only characteristics independently associated with HLA-B27+ but had lower specificity than the available criteria combining several characteristics. The addition of these two characteristics to these criteria just improved their specificity slightly. Among the available criteria to define IBP, the ASAS criteria were the most strongly associated with HLA-B27 and the most specific.

Conclusions: Awakening at second half of night and good response to NSAIDs are both related to positive HLA-B27 in patients with suspected axSpA although they are less specific than the available criteria to define IBP. The most specific criteria for a positive HLA-B27 are the ASAS criteria.

Acknowledgements: The EsPeranza Program has been supported by an unrestricted grant from Pfizer.

184. ESTUDIO DE CORRELACIÓN DEL ÍNDICE CLÍNICO DAS28 Y EL ÍNDICE ECOGRÁFICO ECODAS. RESULTADOS PRELIMINARES

R. Juverdeanu, J.J. de Agustín de Oro, M. Barceló Bru, A. Sellas Fernández, A. Pluma Sanjurjo, A.C. Díaz Mendoza, E. Quesada Masachs y P. Barceló García

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

Introducción: En el seguimiento de los pacientes con artritis reumatoide (AR) el índice clínico más utilizado es el DAS28. Con ecografía no existe un índice validado para el seguimiento de la AR.

Objetivos: Testar la correlación entre el índice clínico DAS28 y el índice ecográfico ECODAS.

Métodos: Se trata de estudio transversal abierto en pacientes con AR. Se presentan los datos obtenidos hasta el momento. Se incluyeron pacientes de forma consecutiva afectados de AR visitados en la Unidad de Reumatología del Hospital Vall d'Hebron. Se recogieron los datos de sexo, edad, tiempo de evolución, tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (DMARD) y/o terapia biológica (TB). Se realizó una evaluación clínica (NAD, NAT, EVap, EVAm) y ecográfica (E). El recuento articular clínico y ecográfico se realizó en las mismas articulaciones. Para la exploración ecográfica se usó un ecógrafo General Electric Logiq 9 con sonda lineal multifrecuencia de 8-13 MHz. El ecografista fue ciego a la exploración clínica. En la E se evaluó la presencia o ausencia de sinovitis en escala de grises y presencia o ausencia de señal Doppler en cada una de las articulaciones. Para el índice ECODAS se realizó un recuento de articulaciones con sinovitis (NAEG) y recuento de articulaciones con señal Doppler (NAPD). El NAEG se utilizó como equivalente del NAD y el NAPD como equivalente de NAT en el cálculo del índice.

Resultados: Se han incluido 10 pacientes hasta el momento (8 mujeres y 2 varones) con el diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010. Los valores medios de las siguientes variables fueron: edad

67,5 años, el tiempo de evolución 9,5 años, VSG 25 mm/h, PCR 0,65. 6 pacientes estaban en tratamiento con DMARD y 5 con TB. EL DAS28 medio fue de 4,46 y el ECODAS 4,24. Se obtuvo un coeficiente de correlación (r de Pearson) de 0,56 con p de 0,24. En todos los pacientes se evidenció al menos una articulación con sinovitis medida por E. En cambio en la exploración física sólo 4 pacientes presentaban tumefacción articular (tabla). Se detectaron 38 articulaciones con sinovitis por E de los cuales 20 presentaban señal Doppler (52,63%).

DAS28	NAD	NAT	EcoDAS	NAEG	NAPD
5,08	6	0	4.25	1	0
6,51	21	4	6.58	11	9
4,55	10	0	3.25	1	0
5,37	12	0	3.99	1	0
3,3	1	0	5.17	4	3
3,42	5	0	3.1	5	2
5,19	7	1	4.9	3	1
2,56	1	0	3.4	2	0
4,67	7	8	4.8	7	5
5,56	12	7	4.05	3	0

Conclusiones: El índice clínico DAS28 y el ecográfico ECODAS presentaron una correlación directa moderada, pero la muestra de pacientes es pequeña y precisa ser ampliada (estudio abierto a inclusión de nuevos pacientes).

185. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ARTRITIS REUMATOIDE: ESTUDIO DESCRIPTIVO

R. Hernández Sánchez, S.A. Rodríguez Montero, J. Uceda Montañés y J.L. Marengo de la Fuente

Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: Los pacientes con AR presentan una mayor morbi-mortalidad cardiovascular (CV) siendo esta la principal causa de muerte. El SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) son tablas que estiman el riesgo de muerte CV, de fácil aplicación, de manera que su uso de forma rutinaria en pacientes de bajo riesgo nos permitiría identificar pacientes en los que las medidas de prevención tanto primaria como secundaria de enfermedad cardiovascular cobrarían una especial importancia. Esto a su vez conduciría a un mejor pronóstico funcional del paciente, permitiendo desarrollar estrategias específicas para tratar de prevenir la mortalidad CV.

Objetivos: Describir las características en cuanto a factores de riesgo cardiovascular y enfermedad en pacientes con artritis reumatoide (AR). Calcular el SCORE de riesgo de mortalidad CV a 10 años.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de una serie de casos de pacientes con diagnóstico de AR en seguimiento en una consulta hospitalaria del área de Valme. En todos ellos se recogen las siguientes variables: sexo, edad, hábito tabáquico, TA sistólica en mmHg y colesterol total, en mg/dl. Se determinará el riesgo de mortalidad cardiovascular a 10 años mediante las tablas de riesgo SCORE adaptadas para la población del sur de Europa.

Resultados: Se obtienen un total de 107 pacientes diagnosticados de AR. En cuanto a las características referidas a la artritis reumatoide encontramos que: la duración media de la AR fue de 7,8 años (5,6 DS), el 67% eran ACPA + (título medio 275,9), el 62,6% eran FR+ (título medio de 97,84). El DAS 28 medio en el momento del estudio era de 2,8 (1,2 DE). El 82% realizaba tratamiento con FAME, siendo el más empleado el MTX y un 12% recibía tratamiento Biológico, siendo etanercept el más empleado. Entre los factores de riesgo cardiovascular se comprueba que el 69,5% presentan sobrepeso/obesidad (IMC > 25), el 54,7% presentan dislipemia, el 41% HTA, el 22,1% tabaquismo y, por último, el 13,2% están diagnosticados de diabetes mellitus.

Tabla Póster 185

Variable	Muestra
Edad actual (media DE)	56,78 (12,3)
Sexo femenino (%)	70,1%
Fumador (%)	22,1
TA sistólica mmHg (media DE)	127,8 (16,4)
DLP (media DE)	195,54 (38,0)
Score (media DE)	2,93 (3,5)

Conclusiones: Si bien las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las principales causas de morbimortalidad en AR, en nuestra muestra encontramos que el SCORE medio presenta un valor inferior a 5 (bajo riesgo de mortalidad cardiovascular a 10 años). Esto podría estar justificado por la aplicación de medidas de prevención tanto primaria como secundaria. No obstante, en torno al 25% de los pacientes de esta serie, presentan un riesgo cardiovascular elevado (superior al 5%) lo cual es un porcentaje mejorable, pero en cierto modo esperable, teniendo en cuenta que la mayoría de enfermos tienen sobrepeso/obesidad e hiperlipemia, y casi la mitad padecen HTA. A la vista de estos datos, parece evidente la necesidad de desarrollar estrategias específicas de actuación que nos permitan suprimir los factores de riesgo modificables (tabaquismo, obesidad...) con el objeto de mejorar el pronóstico vital de nuestros pacientes con AR.

186. RELACIÓN DE LOS CAMBIOS DE LOS NIVELES SÉRICOS DE FACTOR REUMATOIDE Y ANTICUERPOS ANTI-PÉPTIDOS CÍCLICOS CITRULINADOS CON LOS NIVELES SÉRICOS DE INFILIXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

L. Martínez-Estupiñán, L. Valor, D. Hernández, T. del Río, J.C. Nieto, J.G. Ovalles, M. Hinojosa, C. Mata-Martínez, B. Serrano-Benavente, N. Bello, J. Martínez, J. López-Longo, C. González Fernández, I. Monteagudo, M. Montoro, E. Naredo y L. Carreño

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: La relación del factor reumatoide (FR) y los anticuerpos anti-péptidos cíclicos citrulinados (anti-PCC) con la respuesta al tratamiento con antagonistas de factor de necrosis tumoral (Anti-TNF) en pacientes con artritis reumatoide (AR) es controvertida. Tampoco existen estudios que relacionen los cambios séricos de estos anticuerpos con los niveles séricos de los anti-TNF.

Objetivos: Investigar la relación entre los niveles séricos del anti-TNF infliximab (IFX) con los cambios en los niveles de FR y anti-PCC en pacientes con AR.

Métodos: Se estudiaron 18 pacientes con AR que cumplían los criterios de clasificación ACR de 1987. Estos pacientes habían sido tratados con IFX como primera línea de tratamiento biológico. El suero pretratamiento y tras dos años de tratamiento con IFX fue obtenido de la seroteca del Servicio de Reumatología (1998-2011). En estos pacientes se midieron mediante ELISA, los niveles de FR y Anti-PCC en el suero pretratamiento y postratamiento y los niveles de IFX fueron medidos en el suero postratamiento.

Resultados: 78% de los pacientes estudiados fueron mujeres, la edad media (DE) fue 64 (13) años. Los pacientes fueron clasificados en dos grupos según los niveles de IFX en suero, 7 (39%) pacientes tenían niveles de IFX en rango terapéutico y 11 (61%) pacientes tenían niveles de IFX en rango subterapéutico. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la dosis media de IFX administrada, el tratamiento concomitante con fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs) sintéticos y los niveles basales de FR y anti-PCC entre estos dos grupos ($p = 0,36$, $p = 0,65$, $p = 0,52$ y $p = 0,77$, respectivamente). Los pacientes con niveles de IFX en rango terapéutico presentaron una disminución significativa de

los niveles de FR y anti-PCC [(media de FR pretratamiento = 90 UI/ml y postratamiento = 39 UI/ml $p = 0,04$) (media de anti-PCC pretratamiento = 67 UI/ml y postratamiento = 32 UI/ml $p = 0,03$)]. En los pacientes con niveles de IFX en rango subterapéutico no hubo cambios significativos en los niveles de FR y Anti-PCC ($p = 0,31$ and $p = 0,16$, respectivamente).

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que las concentraciones séricas óptimas de IFX podrían disminuir los niveles de FR y Anti-PCC en paciente con AR.

187. UTILIZACIÓN DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS EN PACIENTES AFECTOS DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL

M. Aparicio, M. Ricse, G. Albert, S. Heredia, A. Zacarías, H. Borrell, E. Armengol, J. Rodríguez-Moreno, J.M. Nolla y X. Juanola

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Objetivos: Conocer la utilización de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en pacientes afectos de espondiloartritis (EsP) axial y su relación con variables clínicas, analíticas, radiográficas y de terapia biológica (TB).

Métodos: Se han estudiado todos los pacientes que cumplen criterios ASAS de EsP axial incluidos en una base de datos prospectiva diseñada para su seguimiento. Para conocer la utilización de AINE se ha recogido la información de la última visita incluida en la base de datos y se ha categorizado a los pacientes según la dosis de AINE administrada en los últimos 3 meses de la siguiente forma: 1) No AINE: pacientes que no habían tomado AINE; 2) AINE dosis mínimas: < 25% de la dosis total plena; 3) AINE dosis medias: entre 25-75% de la dosis total plena, y 4) AINE dosis altas: > 75% de la dosis total plena. Se han dicotomizado a los pacientes en Grupo noA (no AINE o dosis mínimas) y Grupo A (dosis medias o altas). Además de la dosis y del tipo de AINE se han recogido las siguientes variables: edad, sexo, tiempo evolución, tipo de EsP, HLA B27, afectación periférica, PCR, VSG, BASDAI, BASFI, ASDAS, BASRI, utilización de TB y antecedentes de hipertensión arterial (HTA) y úlcera gastro-duodenal. Se ha realizado un análisis descriptivo de la muestra mediante porcentajes, medias y desviación estándar. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron las siguientes: exacto-Fisher, t-Student independiente, exacto Mantel-Haenszel y U de Mann-Whitney.

Resultados: Se han incluido 294 pacientes afectos de EsP axial con las siguientes características: el 74,8% eran varones, edad media 53,8 (± 14) años, edad de inicio 26,5 (± 9) años, tiempo de evolución de la enfermedad 27,3 (± 14) años, el 83,7% eran HLAB27 positivos, el 89,8% cumplían criterios de espondilitis anquilosante, PCR 5,9 (± 8) mg/L, VSG 9,6 ($\pm 9,6$), BASDAI 3,6 ($\pm 2,2$), BASFI 3,6 ($\pm 2,5$), ASDAS PCR 2,1 (± 1), ASDAS VSG 2 ($\pm 0,9$), BASRI SI 3,1, BASRI axial 6. El 36,4% tenían antecedentes de HTA y el 4,6% de úlcera gastro-duodenal, el 26,9% seguían TB. El AINE más utilizado fue etoricoxib con un 34,5%, seguido por indometacina 21,6% y diclofenaco/aceclofenaco 18,7%. Del total de 294 pacientes, 158 eran Grupo no-A (54,5%) y 132 (45,5%) Grupo A. El grupo A se ha relacionado con una mayor puntuación de BASDAI, ASDAS, PCR y VSG con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$). El grupo noA se ha relacionado con una mayor edad del paciente ($p = 0,01$), mayor tiempo de evolución de la enfermedad ($p < 0,01$) y tener antecedentes de úlcera gastro-duodenal ($p = 0,02$).

Conclusiones: La mayor parte de los pacientes afectos de EsP axial no sigue tratamiento con AINE o lo hace a dosis muy bajas. Los pacientes de mayor edad, con mayor daño radiográfico o mayor tiempo de evolución toman menos AINE. La toma de AINE se ha relacionado con índices de actividad. El etoricoxib es el AINE más utilizado actualmente.

188. CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA DEL REGISTRO NACIONAL DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA (RELESSER)

M. Galindo-Izquierdo¹, E. Rodríguez-Almaraz¹, S. Pérez Vicente², J.M. Pego-Reigosa³, J. Calvo Alén⁴, F.J. López Longo⁵, A. Olivé⁶, A. Fernández-Nebro⁷, M.J. García-Yébenes², L. Horcada⁸, E. Uriarte⁹, E. Tomero¹⁰, P. Vela¹¹, A. Sánchez-Atrio¹², C. Montilla¹³, J. Rosas¹⁴, M. Freire¹⁵, L. Silva¹⁶, E. Díez-Álvarez¹⁷, C. Marras¹⁸, A. Zea¹⁹, J. Narváez²⁰, J.L. Marengo²¹, M. Fernández de Castro²², O. Fernández-Berribeitia²³, M. Gantes²⁴, C. Erasquin²⁵, V. Torrente Segarra²⁶, I. Castellví Barranco²⁷, R. Blanco Alonso²⁸, V. Martínez Taboada²⁸, B. Hernández Cruz²⁹, J.J. Alegre Sancho³⁰, A. Pecondón-Español³¹, J.J. Pérez Venegas³², M. Moreno Martínez-Losa³³, E. Raya Álvarez³⁴, A.J. González Trilla³⁵, P. García de la Peña³⁶, G. Bonilla Hernández³⁷, J.A. Hernández-Beriain³⁸, M. Rodríguez-Gómez³⁹, M. Ibáñez-Barceló⁴⁰, E. Loza², P. Richi⁴¹, I. Rúa-Figueroa²⁵ y Registro de Lupus de la SER (RELESSER), Grupo EAS-SER

¹Hospital 12 de Octubre. Madrid. ²Unidad de Investigación de la SER.

³Complejo Hospitalario de Vigo. Pontevedra. ⁴Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. ⁵Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ⁶Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. ⁷Hospital Carlos Haya. Málaga. ⁸Hospital de Navarra. Pamplona. ⁹Hospital de Donosti. San Sebastián. ¹⁰Hospital La Princesa. Madrid. ¹¹Hospital General de Alicante. Alicante. ¹²Hospital Príncipe de Asturias. Madrid. ¹³Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. ¹⁴Hospital de Marina Baixa. Alicante. ¹⁵Hospital Juan Canalejo. A Coruña. ¹⁶Hospital de Guadalajara. Guadalajara. ¹⁷Hospital de León. León. ¹⁸Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ¹⁹Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ²⁰Hospital de Bellvitge. Barcelona. ²¹Hospital de Valme. Sevilla. ²²Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid. ²³Hospital de Basurto. Bilbao. ²⁴Hospital C. de Tenerife. Tenerife. ²⁵Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ²⁶Hospital General de L'Hospitalet. Barcelona. ²⁷Hospital Comarcal de L'Alt Penedés. Barcelona. ²⁸Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. ²⁹Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ³⁰Hospital Dr. Peset. Valencia. ³¹Hospital Miguel Servet. Zaragoza. ³²Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz. ³³Hospital Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. ³⁴Hospital San Cecilio. Granada. ³⁵Hospital Virgen de las Nieves. Granada. ³⁶Hospital Madrid Norte Sanchinarro. Madrid. ³⁷Hospital La Paz. Madrid. ³⁸Hospital Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. ³⁹Complejo Hospitalario de Orense. Ourense. ⁴⁰Hospital Son Llàtzer. Mallorca. ⁴¹Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid.

Objetivos: Describir el perfil de los pacientes incluidos en RELESSER con afectación renal confirmada histológicamente.

Métodos: Estudio transversal multicéntrico con componente analítico. Se recogió retrospectivamente la información de la historia clínica de los pacientes con LES atendidos en los servicios de reumatología de los hospitales participantes en el estudio, excluyéndose aquellas historias con > 50% de la información no cumplimentada. Se tomaron datos demográficos, manifestaciones clínicas frecuentes e infrecuentes (< 1%), actividad, daño, gravedad, comorbilidad, tratamientos y mortalidad (total 359 variables por paciente), con definiciones estandarizadas. Específicamente, de las manifestaciones renales se recogieron: tipo histológico de nefritis lúpica (NL) según la OMS, la presencia de alteraciones en el sedimento; el aclaramiento de creatinina; datos de recidiva, respuesta al tratamiento, desarrollo de insuficiencia renal terminal (IRT) y/o necesidad de diálisis o trasplante renal. Se realizó un análisis descriptivo calculando medias y desviaciones para las variables numéricas y frecuencias para las cualitativas. En el estudio de las relaciones se aplicaron chi-cuadrado o t-Student según el tipo de variable a relacionar con la presencia de NL. Se calcularon Odds ratio brutas e intervalos de confianza a partir de regresiones logísticas simples. Valor estadísticamente significativo p < 0,05.

Resultados: Aunque por criterios ACR, 1.296 pacientes presentaron signos de afectación renal, la NL se confirmó histológicamente en 1.092 de un total de 3.568 con > 4 criterios LES (30,5%). El 85,7% fueron mujeres, la media de edad al diagnóstico de NL fue 28 ± 12 años, y el 90,2% eran caucásicos. El 70,2% presentaban formas proliferativas (tipos III y IV ± V), y solo hubo 15 casos de microangiopatía trombótica (MAT). El desarrollo de NL fue más frecuente en mujeres (p < 0,001), en edades más jóvenes (p < 0,001) y en caucásicos (p = 0,03). El 2,2% respondió de forma completa al tratamiento normalizando todos los parámetros de función renal, 8,6% acabaron con IRT, 9,7% requirieron diálisis y 5,3% recibieron un trasplante renal. El porcentaje de pacientes que alcanzó la respuesta completa fue menor en las formas proliferativas, aunque la diferencia no alcanzó la significación estadística. La probabilidad de llegar a una respuesta completa fue mayor cuanto mayor fue la edad de afectación renal (p < 0,001), y fue menor en los asiáticos (p = 0,036). Se registraron 326 recidivas para un total de 2055 pacientes con datos disponibles, con una mediana de 1 y un tiempo medio hasta la primera recidiva de 47 meses (0-280), con independencia del tipo histológico. El riesgo de recidiva fue menor a menor cifra basal de creatinina sérica al desarrollar la NL, y a mayor edad de aparición. La MAT fue un factor de riesgo para la recidiva (p = 0,016), mientras que las recidivas lo fueron para que persistiera la actividad lúpica en la última visita (p < 0,001) y para el desarrollo de IRT (p < 0,001). El desarrollar NL a lo largo de la evolución se asoció según la tabla. La NL se asoció con mayor riesgo para desarrollar necrosis ósea avascular OR 2,61 (1,84-3,69) y fallo gonadal precoz OR 12,32 (7,34-20,71), p < 0,001. La NL es un factor de mal pronóstico asociado con mayor riesgo de mortalidad OR 2,4 (1,81-3,22), p < 0,001.

	OR (IC)
Erupción malar	1,54 (1,33-1,78)**
Serositis:	
Pleuritis	1,95 (1,66-2,29)**
Pericarditis	2,07 (1,73-2,50)**
Af. alveolointersticial	1,73 (1,23-2,44)*
Hemorragia alveolar	3,56 (1,77-7,19)**
Afect. neurológica:	
Convulsiones	2,40 (1,84-3,13)**
Psicosis	1,88 (1,20-2,94)*
Af. hematológica:	
Anemia hemolítica	2,39 (1,89-3,03)**
Leucolinfopenia	1,38 (1,19-1,61)**
Trombopenia	1,49 (1,26-1,76)**
Afectación serológica:	
a-DNA	4,77 (3,82-5,95)**
a-Sm	1,73 (1,45-2,05)**
Sd antifosfolípido:	
AL	1,28 (1,06-1,55)*
Trombosis arterial	1,84 (1,35-2,51)**
Trombosis venosa	1,60 (1,27-2,01)**
Hipocomplementemia	4,48 (3,53-5,68)**

*p < 0,05; **p < 0,001.

Conclusiones: La NL, con predominio de las formas proliferativas, aparece en casi 1/3 de los pacientes con LES, y con frecuencia se asocia con la aparición de otras manifestaciones lúpicas graves, siendo un factor de mal pronóstico. La MAT y las recidivas se asocian con peor evolución de la función renal.

189. SUPERVIVENCIA DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS: ¿EXISTEN FACTORES QUE DETERMINAN UNA MAYOR SUPERVIVENCIA DE UN TRATAMIENTO RESPECTO A OTRO?

E. Judez¹, G. Sánchez Nievas¹, M.A. García Morales¹, I. Labiano¹, M. Sianes¹, G. García-Consuegra¹ y S. Pérez-Vicente²

¹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario. Albacete. ²Unidad de Investigación de la SER. Madrid.

Objetivos: Describir el empleo de terapias biológicas. Analizar la existencia de variables que determinen patrones de prescripción y diferencias en la supervivencia de dichos tratamientos.

Métodos: Estudio observacional prospectivo que analiza la supervivencia de las terapias biológicas prescritas en el servicio de Reu-

matología de un Hospital Terciario. Se recogen variables clínicas y sociodemográficas, motivos de suspensión así como el médico responsable. Se realiza análisis descriptivo (medias y desviaciones típicas o medianas y rangos para las variables numéricas y frecuencias para las cualitativas) y test estadísticos según el tipo de variables para estudiar las posibles relaciones. Se describe la supervivencia del tratamiento (TTO) a través de Kaplan Meier aplicando el test de comparación de Long-Rank. Valor estadísticamente significativo $p < 0,05$.

Resultados: Desde febrero de 2001, 406 pacientes con edad media 48 años (DE: 14,5) y 51% mujeres, han comenzado TTO biológico. Tenían AR 191 pacientes (47%), 84 EA (20%), SpA Psoriásica 56 pacientes (14%), SpA indiferenciada 52 (uSpA) (13%) y 23 pacientes otras patologías (Vasculitis, LES...). Se han prescrito 587 TTO biológicos. El 67% de los pacientes ha recibido un único TTO, el 32% han iniciado un 2º biológico, el 9,2% han recibido 3 TTOs y 7 pacientes, cuatro o más. La supervivencia global media de los TTOs fue de 69,4 meses (IC95% 62,9-75,9). La mediana de duración del 1º TTO fue 31 meses [10-67], del 2º 19,5 meses [5,7-42] y del 3er TTO 8 meses [2-33,5]. Infliximab (INF) fue el TTO de 1ª elección en el 47% de los pacientes y adalimumab (ADA) en el 30%. ETN fue el fármaco de segunda línea más empleado (47%) seguido de ADA (19,4%). Rituximab y tocilizumab fueron empleados fundamentalmente en 3ª línea (13% pacientes cada uno). La ineficacia y los acontecimientos adversos son las causas más frecuentes de suspensión de TTO (35% ambos del 1º TTO, 43% ambos del 2º TTO y 46% y 38% respectivamente del 3er TTO). La remisión fue un motivo infrecuente de suspensión del TTO (9% del 1er TTO). El sexo no influyó a la hora de elegir el TTO pero influyó en la supervivencia de los mismos (mediana de 77 meses (IC95% 40,5-113,5) en varones frente a 33 meses (IC95% 23,8-42,1) en mujeres ($p < 0,016$)). La edad de los pacientes (< 50 , $50-70$ y > 70 años) no influyó en la supervivencia del TTO. La patología tampoco influyó en el TTO elegido, ni en el número de TTOs recibidos ni en el motivo de suspensión, pero sí se relacionó con diferencias en la supervivencia del TTO siendo mayor en la uSpA (media 86 meses (IC95% 52-70)) que la AR (61 meses (IC95% 52-70)) ($p = 0,042$). La supervivencia de los TTO también estuvo en relación con el médico responsable, con medianas de supervivencias de 29 meses (IC95% 18-40) frente a 72 meses (IC95% 38-106) y 112 meses (IC95% 62-161) ($p = 0,01$ y $0,02$ respectivamente). Respecto a los Motivo de Suspensión, los pacientes seguían más tiempo con el 1er TTO antes de suspenderlo por ineficacia que con el 2º y 4º, continuaban más tiempo antes de suspender el 1º y 2º TTO por acontecimientos adversos que con la 4ª línea de TTO y seguían más tiempo con la 1ª línea antes de suspenderla por remisión respecto a 2ª y 3ª línea ($p < 0,05$ en todas las comparaciones). Se observó un cambio en la prescripción de tratamiento en relación con la época del calendario ($p < 0,05$) con una menor prescripción de IFX (88% vs 15%) y una mayor prescripción de ADA (1,3% vs 34,7%) a partir de 2010 respecto a 2000-2004.

Conclusiones: La supervivencia de los TTO biológicos es mayor en varones que en mujeres y menor en enfermos con AR que SpA Indiferenciada. Existen diferencias en el empleo de terapias biológicas entre médicos prescriptores y los motivos de suspensión difieren entre las distintas líneas de TTO. El patrón de preinscripción ha cambiado con el tiempo.

190. PREVALENCIA Y VARIABLES RELACIONADAS CON LA PRESENCIA DE UVEÍTIS EN PACIENTES AFECTOS DE ESPONDILOARTRITIS

M. Aparicio, M. Ricse, G. Albert, S. Heredia, A. Zacañas, H. Borrell, E. Armengol, J. Rodríguez-Moreno, J.M. Nolla y X. Juanola

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Objetivos: Determinar la prevalencia de uveítis en pacientes afectados de espondiloartritis (EsP) y su relación con las variables demográficas, analíticas y radiográficas y el uso de terapia biológica (TB).

Métodos: Se han estudiado todos los pacientes con EsP axial y periférica según criterios ASAS, excepto artropatía psoriásica, incluidos en una base de datos prospectiva diseñada para su seguimiento. Se ha considerado paciente afecto de uveítis si había presentado, como mínimo, un episodio incluyendo el periodo previo al diagnóstico de EsP. Las variables incluidas en el estudio han sido: edad, sexo, HLA B27, tipo de EsP, tiempo de evolución de la enfermedad, metrología, BASDAI, BASFI, BASRI y utilización de TB. Se ha realizado un análisis descriptivo de la muestra mediante porcentajes, medias y desviación estándar. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron las siguientes: Exacto-Fisher, t-Student independiente, Exacto Mantel-Haenszel y U de Mann-Whitney.

Resultados: Se han estudiado 324 pacientes con las siguientes características: el 74,4% eran varones, edad media 53,5 ($\pm 14,3$) años, edad de inicio 26,7 ($\pm 9,7$) años, tiempo de evolución de la enfermedad 26,5 (± 15) años, el 83,7% eran HLAB27 positivo. El 94% presentaba criterios de EsP axial (84,5% diagnosticados de espondilitis anquilosante) y el 6% de EsP periférica. Respecto al uso de TB, el 50% de los pacientes seguían tratamiento con adalimumab, el 22,2% con etanercept, el 22,2% con infliximab y el 5,6% con golimumab. Del total de 324 pacientes, 67 (20,7%) habían presentado uno o más episodios de uveítis. De todas las variables estudiadas, solo la positividad del HLAB27 mostró una diferencia estadísticamente significativa en relación a la prevalencia de uveítis.

Conclusiones: La prevalencia de uveítis observada en nuestra serie fue similar a la referida en otros estudios multicéntricos realizados previamente. Los pacientes con uveítis presentan un porcentaje significativo superior de HLAB27 en relación con los que no han presentado uveítis. Hacen falta más estudios para profundizar en las características de los episodios de uveítis y sus posibles secuelas a largo plazo.

191. TOCILIZUMAB: ANÁLISIS DE LA EFICACIA A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

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

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

Introducción: Tocilizumab (TCZ) es un anticuerpo monoclonal que se une a los receptores de la interleucina 6 y que ha demostrado su eficacia en pacientes con artritis reumatoide (AR) en diferentes perfiles (fracaso a FAME, monoterapia y fracaso a anti TNF entre otros). Aunque en ensayos clínicos se demuestra la eficacia y seguridad de TCZ. Los ensayos clínicos muestran una respuesta mantenida en el tiempo, con pocos efectos secundarios.

Objetivos: Analizar la eficacia y seguridad del tratamiento con TCZ en pacientes con AR en un período de 4 años, y con diferentes perfiles (monoterapia, fracaso a FAME o anti TNF).

Métodos: Se ha efectuado un estudio retrospectivo, mediante revisión de la historia clínica, de pacientes diagnosticados de AR y que han recibido tratamiento con TCZ, indicado por respuesta insatisfactoria a FAME u otro biológico, durante los últimos 4 años. Como parámetro de actividad de la enfermedad se ha utilizado el DAS28, y se han recogido las incidencias surgidas durante el tratamiento. Para el análisis estadístico de los datos se ha utilizado un modelo de regresión lineal mixta.

Resultados: Se han incluido 43 pacientes con AR desde 2009 en tratamiento con TCZ. De éstos, 27 habían sido tratados previamente con al menos un anti-TNF, y tan solo 4 del total están con TCZ en monoterapia. El DAS28 promedio en los diferentes intervalos se

muestra en la tabla. Se han observado un total de 16 acontecimientos adversos, en 9 pacientes; siendo 13 de ellos infecciones y 3 citopenias. La discontinuación del tratamiento ha sido necesaria en 3 pacientes, 2 casos por ineficacia del mismo tras un año de tratamiento, y en tercero por anemia refractaria al cuarto año de tratamiento. El análisis bioestadístico muestra que al inicio del tratamiento hay una respuesta clínica muy rápida que se mantiene con el tiempo ($p = 0,0012$). Por otro lado, no existe influencia del FAME utilizado, de la presencia de terapia biológica previa, de la dosis del fármaco o de las incidencias registradas en el valor del DAS a lo largo del tratamiento.

Tabla Póster 191

Mes	DAS28 promedio
Basal	5,42 (n = 43)
6	2,89 (n = 38)
12	2,96 (n = 36)
24	2,99 (n = 29)
36	2,71 (n = 19)
48	1,9 (n = 2)

Conclusiones: El tratamiento con TCZ en pacientes con AR se acompaña de una rápida repuesta clínica medida por DAS28 y que aparece dentro de los 6 primeros meses. Esta respuesta clínica se mantiene en el tiempo, según nuestro análisis a 4 años. Así mismo, el perfil de seguridad a largo plazo es consistente con los datos aportados por estudios previos.

192. ANÁLISIS DEL ALARGAMIENTO DEL PERIODO DE ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO ANTI-TNF EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y PSORIÁSICA PERIFÉRICA EN REMISIÓN

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

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

Introducción: La terapia con agentes anti-TNF ha supuesto un importante avance en el tratamiento de enfermedades reumáticas. Sin embargo, se trata de fármacos con un coste elevado y con efectos adversos potencialmente serios, por lo que sería de utilidad analizar su utilización en dosis inferiores a las habituales mediante el alargamiento del intervalo de administración.

Objetivos: Analizar si el alargamiento del intervalo de administración recomendado en terapias anti-TNF en artritis reumatoide y psoriásica periférica que se encuentran en remisión, permite un buen control de la enfermedad.

Métodos: Se han recogido los datos clínicos de pacientes diagnosticados con artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica periférica (ApsP), en tratamiento con anti TNF subcutáneo (adalimumab, etanercept y golimumab), que en 2 consultas sucesivas se encontraban en remisión/baja actividad y a los que se les ha alargado el intervalo de administración de la dosis de anti TNF según la siguiente pauta: etanercept 50 mg/15 días, etanercept 50 mg/10 días adalimumab 40 mg/21 días y golimumab 50 mg/5 semanas. Como parámetro de actividad de la enfermedad se ha utilizado el DAS28, el valor sérico de la Proteína C Reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG) antes de la modificación de la dosis, a los 6, 12, 18, 24 Y 30 meses del alargamiento. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante modelos de regresión lineal.

Resultados: Se han incluido un total de 67 pacientes desde febrero de 2011 (42 AR, 25 ApsP) que se encontraban en tratamiento con

anti-TNF (39 con adalimumab, 23 etanercept y 5 golimumab). El DAS28 medio en los diferentes intervalos se muestra en la siguiente tabla. Durante el seguimiento se registran 9 fallos en el alargamiento (4 AR y 5 ApsP) por brote de la enfermedad ($n = 5$) y por traslado a otro centro ($n = 3$). Según los datos obtenidos, el DAS28 aumenta discretamente con el alargamiento de dosis, pero no alcanza valores que permanecen en la franja remisión/baja actividad. Mediante el modelo de regresión lineal se observa una tendencia a que el uso de adalimumab, así como la combinación de terapia biológica con metrotexato, mantiene la baja actividad de la enfermedad de forma más eficaz.

Tabla Póster 192

Mes	DAS28 total	DAS28 AR	DAS28 APSP
Basal	2,02 (n = 67)	2,13 (n = 43)	1,83 (n = 25)
6	2,3 (n = 44)	2,37 (n = 31)	2,23 (n = 13)
12	2,35 (n = 38)	2,61 (n = 24)	1,9 (n = 13)
18	2,17 (n = 36)	2,35 (n = 23)	1,86 (n = 13)
24	2,48 (n = 18)	2,94 (n = 10)	1,9 (n = 8)
30	1,75 (n = 9)	2,28 (n = 4)	1,34 (n = 5)

Conclusiones: Aunque debido al reducido número de pacientes no se han obtenido resultados estadísticamente significativos, en el total de los casos se ha mantenido el control de la enfermedad, y se observa una tendencia a un mejor control con el uso de terapia biológica combinada con metrotexato, así como con el uso de adalimumab. Sin embargo, es necesario un mayor número de casos y un mayor periodo de seguimiento en los mismos para poder confirmar que el alargamiento del intervalo de administración de la dosis de agentes anti-TNF es de utilidad para el control de la enfermedad.

193. CAUSAS DE SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

L. Martínez-Estupiñán, L. Valor, I. Janta, J.G. Ovalles, J.C. Nieto, C. Mata-Martínez, B. Serrano-Benavente, C. Sáenz, R. González, C.M. González, J. López-Longo, I. Monteagudo, M. Montoro, E. Naredo y L. Carreño

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: Los primeros datos clínicos sobre el uso de rituximab (RTX) en pacientes con artritis reumatoide (AR) se publicaron en el 2001, actualmente hay una experiencia de más de 10 años en el uso de esta terapia. Los datos de eficacia y seguridad sobre el uso del RTX en AR se conocen principalmente por los ensayos clínicos, con lo cual la evaluación de los desenlaces está sujeta al sesgo de selección de los pacientes y al tiempo limitado de seguimiento.

Objetivos: Describir la experiencia sobre las causas de suspensión del tratamiento con rituximab en los pacientes con AR que han sido tratados en nuestro centro.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes con AR en los que se suspendió el tratamiento con rituximab desde enero de 2003 hasta noviembre del 2013.

Resultados: 126 pacientes con AR han recibido tratamiento con RTX durante este periodo. El tratamiento fue suspendido en 63 pacientes, 49 (77%) de estos pacientes son mujeres con una media de edad y desviación estándar de 64 (16) años, 35 (55%) pacientes eran positivos para factor reumatoide y 42 (65%) para anticuerpos anti-péptidos cíclicos citrulinados. Las causas de suspensión en estos pacientes fueron: ineficacia en 23 (36,5%) pacientes, comorbilidades en 9 pacientes (14,28%), efectos adversos en 9 pacientes (14,28%), 8 de estos pacientes desarrollaron infecciones asociadas a hipogammaglobulinemia y un paciente presentó una neutropenia severa, reacciones infusionales en 7 pacientes (11,11%) y otros 7 (11,11%) pacientes fallecieron por causas no relacionadas con el tra-

tamiento con rituximab. En 8 (12,7%) pacientes se perdió el seguimiento por cambio de domicilio.

Conclusiones: Las principales causas de suspensión del tratamiento con RTX en pacientes con AR en nuestro centro fueron la ineficacia, los efectos adversos y las comorbilidades. Las infecciones asociadas a hipogammaglobulinemia fueron el efecto adverso más frecuente. No hubo ningún fallecimiento secundario al tratamiento con RTX.

194. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA CON AFECTACIÓN POLIARTICULAR. RESULTADOS A 6 MESES

M.J. Rodríguez Valls¹, P. Gómez Germá², I.C. Aranda-Valera¹, Y. Cabello Fernández¹, M.D. Toledo Coello¹ y J.J. Pérez Venegas¹

¹UGC de Reumatología; ²UGC de Farmacia. Hospital de Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz.

Introducción: En pacientes con enfermedades articulares inflamatorias, como la artropatía psoriásica, el tratamiento con fármacos biológicos ha permitido un control más estrecho de la enfermedad teniendo como objetivo la remisión clínica de la misma. Sin embargo, su alto coste supone una limitación a su uso generalizado. La estrategia de optimizar dichas terapias, de forma similar a la artritis reumatoide, pretende mantener la remisión de la enfermedad, con un menor coste, favoreciendo que nuevos pacientes tengan una mayor accesibilidad a estos tratamientos.

Objetivos: 1. Analizar la evolución clínica evaluada mediante DAS28 en pacientes con artropatía psoriásica con afectación exclusivamente poliarticular (APsP) en tratamiento biológico seguidos en la UGC de Reumatología de un Hospital de segundo nivel, a los que se les realiza optimización terapéutica. 2. Analizar las estrategias de optimización utilizadas con los diferentes biológicos.

Métodos: Estudio descriptivo observacional, longitudinal y retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas, entre enero 2013 y enero 2014, de pacientes con diagnóstico de APsP que llevaban al menos 6 meses en remisión (DAS 28 < 2,6) o con mínima actividad clínica (DAS 28 2,6-3,2), y a los que se les realizó optimización del tratamiento biológico. Se analizan datos demográficos, tiempo de evolución de la enfermedad previo al uso de biológico, tiempo de biológico hasta la optimización, evaluación clínica mediante DAS28 pre y postoptimización (a los 3,6 y 12 meses posteriores) y estrategia terapéutica seguida. Se realizó el análisis estadístico mediante el programa IBM SPSS Statistics versión 20.0.

Resultados: De un total de 114 pacientes con APs en tratamiento biológico, en 20 con afectación poliarticular (17,5%) se realiza optimización del mismo. De estos, 12 son hombres y 8 mujeres, con una edad media de 47 ± 12 años. La duración media de la enfermedad previa al inicio del tratamiento biológico fue de 6,7 ± 5,7 años. El tiempo medio de tratamiento biológico a dosis estándar fue de 61 ± 21,6 meses, siendo el tiempo medio de tratamiento a dosis optimizadas de 14,9 ± 11,5 meses. En el momento de la optimización, 19 (95%) de los pacientes presentan DAS28 en remisión y 1 (5%) baja actividad; en el momento del corte del estudio (6 meses tras optimización), 19 (95%) continúan estando en remisión clínica y en dosis de optimización; 1 (5%) presentó empeoramiento (DAS28 4,65). En este paciente (etanercept 50 mg sc cada 10 días), se volvió a la dosis estándar del fármaco. Las pautas de optimización seguidas fueron: adalimumab 40 mg cada 21 días (8/40%), etanercept 25 mg cada 7 días (6/30%), etanercept 50 mg cada 10 (2/10%) y cada 15 días (4/20%).

Conclusiones: En la mayor parte de los pacientes con artropatía psoriásica poliarticular en remisión o con baja actividad de la enfermedad tras tratamiento biológico estándar, la optimización terapéutica parece ser eficaz ya que los pacientes permanecen esta-

bles (remisión o baja actividad) a los 6 meses de iniciar la misma. En nuestra cohorte, las estrategias de optimización más utilizadas fueron etanercept 25 mg sc cada 7 días y adalimumab 40 mg sc cada 21 días.

195. ANÁLISIS DEL ALARGAMIENTO DEL PERIODO DE ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO ANTI-TNF EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍAS EN REMISIÓN/BAJA ACTIVIDAD

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

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

Introducción: La terapia con agentes anti-TNF ha supuesto un importante avance en el tratamiento de enfermedades reumáticas como las espondiloartropatías. Sin embargo, se trata de fármacos con un coste elevado y con efectos adversos potencialmente serios, por lo que sería de utilidad analizar su utilización en dosis inferiores a las habituales mediante el alargamiento del intervalo de administración.

Objetivos: Analizar si el alargamiento del intervalo de administración recomendado en terapias anti-TNF en espondiloartropatías que se encuentran en remisión o baja actividad permite un buen control de la enfermedad.

Métodos: Se han recogido los datos clínicos de pacientes diagnosticados con espondilitis anquilosante (EA) y artritis psoriásica axial (ApsA), en tratamiento con anti TNF subcutáneo (adalimumab, etanercept y golimumab), que en 2 consultas sucesivas se encontraban en remisión y a los que se les ha alargado el intervalo de administración de anti TNF según la siguiente pauta: golimumab 50 mg/5 semanas, etanercept 50 mg/15 días y adalimumab 40 mg/21 días. Como parámetro de actividad de la enfermedad se ha utilizado el BASDAI, el valor sérico de la Proteína C Reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG) antes de la modificación de la dosis, a los 6, 12, 18, 24 y 30 meses del alargamiento.

Resultados: Se han incluido un total de 28 pacientes desde marzo de 2011 (21 EA y 7 ApsA) que se encontraban en tratamiento con anti-TNF (12 con adalimumab, 9 con etanercept y 7 con golimumab). El BASDAI medio en los diferentes periodos se muestra en la tabla. Se registraron 3 fallos en el alargamiento de dosis en 2 pacientes con EA y uno con ApsA, debido a un brote de la enfermedad. Según los datos obtenidos, el BASDAI aumenta discretamente con el alargamiento de dosis, pero no alcanza valores que superen la baja actividad de la enfermedad.

Mes	BASDAI total	BASDAI EA	BASDAI APSA
Basal	2,48 (n = 28)	2,44 (n = 21)	2,63 (n = 7)
6	3,07 (n = 23)	2,84 (n = 18)	3,88 (n = 5)
12	3,47 (n = 14)	3,49 (n = 10)	3,42 (n = 4)
18	3,03 (n = 11)	2,82 (n = 9)	3,92 (n = 3)
24	3,18 (n = 6)	2,46 (n = 3)	3,90 (n = 3)
30	1,9 (n = 3)	1,75 (n = 2)	2,2 (n = 1)

Conclusiones: Aunque debido al reducido número de pacientes no han obtenido resultados estadísticamente significativos, en el total de los casos se ha mantenido el control de la enfermedad. Sin embargo, es necesario un mayor número de casos y un mayor periodo de seguimiento en los mismos para poder confirmar que el alargamiento del intervalo de administración de la dosis de agentes anti-TNF es de utilidad para el control de la enfermedad.

196. RELACIÓN ENTRE EL HAQ, DAS Y EL DAÑO RADIOLÓGICO DE MIEMBRO SUPERIOR CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LA MANO EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

C. Núñez-Cornejo Piquer¹, C. Núñez-Cornejo Palomares², J. Ivorra Cortés¹, E. Grau García¹, I. Chalmeta Verdejo¹, C. Molina Almela¹, I. Martínez Cordellat¹, C. Feded Olmos¹, L. González Puig¹, C. Alcañiz Escandell¹, J.L. Valero Sanz¹, R. Negueroles Albuixech¹, M.L. Muñoz Guillén¹ y J.A. Román Ivorra¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Servicio de Rehabilitación. Hospital de la Ribera. Valencia.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una patología inflamatoria crónica que afecta principalmente las articulaciones, lo que genera una discapacidad. Existen herramientas para la valoración de la discapacidad del paciente como el HAQ, pero muy pocos estudios asocian este parámetro a medidas objetivas. Los estudios de biomecánica son una herramienta eficaz para la determinación de la capacidad funcional, por lo que sería de gran utilidad su correlación con herramientas de evaluación de discapacidad, propias de la práctica clínica habitual, como es el HAQ, así como con parámetros de actividad de la enfermedad.

Objetivos: Análisis en pacientes con AR de la correlación de la biomecánica de la mano con la discapacidad, actividad de la enfermedad y el daño estructural.

Métodos: Se han seleccionado 81 pacientes diagnosticados AR. Como parámetro de actividad de la enfermedad se ha utilizado el DAS28 y el HAQ como indicador de discapacidad en el momento del estudio biomecánico. El daño estructural se ha medido mediante el método de Van der Heijde-Sharp. Para la medida biomecánica se ha utilizado un dinamómetro, midiendo la fuerza del empuñamiento, la pinza lateral y la distal. Se analizaron los datos mediante modelos de regresión lineal, regresión robusta y regresión logística.

Resultados: Se han incluido 81 pacientes con AR con un DAS28 que oscila entre 1,25 y 7,61, y un HAQ entre 0 y 3. La puntuación de erosiones fue de 0 a 51 (mediana 0 para ambas manos) y de pinzamientos de 0 a 52 (mediana 6 mano dcha y 4 izda). Mediante la evaluación biomecánica en miembro superior se obtuvieron los valores de porcentaje de discapacidad y del índice de pérdida de fuerza (IPF) que se muestran en la tabla. El análisis bioestadístico muestra con un P-valor inferior al 0,0001 que por cada punto que se incrementa el HAQ en los ítems propios de miembro superior, se incrementa alrededor de un 5% el IPF y un 2% el porcentaje de discapacidad. También es estadísticamente significativa la relación directa del incremento del DAS con el aumento del IPF y discapacidad de la mano. Además se observa una relación positiva estadísticamente significativa entre el IPF y la discapacidad, con el daño estructural, tanto erosiones como pinzamientos, en miembro superior.

	Índice de pérdida de fuerza (%)	Discapacidad (%)
Empuñamiento	51,59 ± 26,06	17,02 ± 12,49
Pinza lateral	23,11 ± 22,61	6,99 ± 7,76
Pinza distal	39,99 ± 24,95	13,66 ± 10,54

Conclusiones: Existe una relación directa entre el incremento de la discapacidad evaluada por parámetros biomecánicos con el

aumento del valor de discapacidad por HAQ, con la actividad de la enfermedad y con el daño estructural en pacientes con AR. Esto indica que la discapacidad puede medirse de forma más objetiva en la práctica clínica habitual, ya que existe una correlación entre el valor de HAQ, actividad y daño estructural con las medidas biomecánicas de miembro superior.

197. RESPUESTA A VACUNACIÓN FRENTE A VHB EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS TRATADOS CON TERAPIA ANTI-TNF VS PACIENTES HEMODIALIZADOS

E. Valls Pascual¹, M. Fernández Matilla², I. de la Morena Barrio¹, D. Ybáñez García¹, P. Molina Vila³, C. Feded Olmos⁴, M. Robustillo Villarino¹, F. Gil Latorre¹, M.J. Buch García⁵, D. Bautista Rentero⁵, A. Martínez Ferrer¹, J.E. Oller Rodríguez¹, E. Vicens Bernabeu¹, C. Vergara Dangond¹ y J.J. Alegre Sancho¹

¹Sección de Reumatología. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia.

²Sección de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

³Servicio de Nefrología. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia.

⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

⁵Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia.

Introducción: Las sociedades de reumatología recomiendan vacunar frente al virus de la hepatitis B (VHB) a pacientes con artropatías inflamatorias que vayan a iniciar terapia biológica. En la práctica clínica habitual, muchos pacientes inician la terapia sin haber podido completar la pauta de vacunación. En un estudio publicado en 2002, se objetivó una respuesta a la vacuna frente a VHB del 68,2% en pacientes con artritis reumatoide tratados con FAME sintéticos, porcentaje inferior al de la población general (85%). Posteriormente se ha publicado un trabajo en el que se evalúa el impacto de fármacos anti-TNF (antiTNF) en la respuesta a la vacuna frente al virus de la gripe A en pacientes con artropatías inflamatorias. En este estudio se observó una proporción de respuesta significativamente más baja en pacientes con espondiloartritis (EspA) comparados con controles sanos. Hasta la fecha no se ha evaluado la respuesta a la vacuna frente a VHB en pacientes con EspA tratados con antiTNF.

Objetivos: Objetivo principal: conocer el porcentaje de respuesta a la vacuna frente al VHB en pacientes con EspA tratados con antiTNF. Objetivos secundarios: valorar causas que influyan en la variabilidad de respuesta; comparación con un grupo de pacientes hemodializados.

Métodos: Tipo de estudio: estudio de cohortes observacional mixto. Población: Grupo EspA: pacientes seguidos en la Sección de Reumatología del Hospital Doctor Peset con cualquier tipo de EspA tratados con antiTNF sin inmunidad frente a VHB. Grupo hemodiálisis (HD): pacientes en programa de HD seguidos en el Servicio de Nefrología del Hospital Doctor Peset que hayan sido vacunados frente a VHB. Procedimiento: los pacientes del grupo de EspA son vacunados frente a VHB según pauta clínica habitual. Análisis de datos: se calculan proporciones para las variables cualitativas y media ± desviación estándar (o mediana si procede) para variables cuantitativas. Se utiliza el estadístico χ^2 para comparar proporciones, aplicando la corrección por continuidad si es necesario. Se

Tabla Póster 197

Grupo	Media (DE)/Mediana edad vacunación	Media (DE) tiempo exposición a antiTNF	Vía administración antiTNF n (%)	Existencia de otras causas de inmunodepresión n (%)	Dosis vacuna n (%)
EspA	48,67 (9,1) años	59,3 (33,75) meses	EV 13 (43,3%) SC 17 (56,7)	6 (20%)	10 µg/mL 24 (80%) 40 µg/mL 6 (20%)
HD	56 años	NA	NA	13 (68,4%)	10 µg/mL 6 (31,6%) 40 µg/mL 13 (68,4%)

utiliza el estadístico T de Student (o el estadístico de Kruskal-Wallis si procede) para comparar medias. Para el análisis de datos se utiliza el programa SPSS (versión 13).

Resultados: Se incluyen un total de 30 pacientes en el grupo de EspA y 19 pacientes en el grupo de HD. Responden a la vacuna 14 pacientes del grupo de EspA (46,7%) y 17 del grupo de HD (89,5%). En los pacientes con EspA la respuesta a la vacuna frente a VHB ha mostrado independencia de todas las variables analizadas. Al analizar el porcentaje de respuesta según la dosis recibida incluyendo los pacientes de ambos grupos, se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,034$), siendo el porcentaje mayor si la dosis recibida es de 40 $\mu\text{g}/\text{mL}$.

Conclusiones: En este estudio el porcentaje de respuesta a la vacuna frente a VHB de los pacientes con EspA tratados con antiTNF es inferior al de los pacientes en HD y al de la población general. Se observa un mayor porcentaje de respuesta en los pacientes que reciben la dosis más alta de la vacuna. El estudio está limitado por el bajo tamaño muestral. Sería conveniente ampliar el estudio de cara a mejorar las pautas de vacunación en nuestros pacientes.

198. SUPLEMENTACIÓN DE VITAMINA D EN PACIENTES POSTRASPLANTE HEPÁTICO

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

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

Introducción: Los pacientes con trasplante hepático presentan un riesgo de desarrollar osteoporosis y déficit de vitamina D. Éste déficit puede correlacionarse con un aumento en la tasa de destrucción ósea y una disminución en su formación. La intervención y la prevención del déficit de vitamina D en el paciente trasplantado podrían asociarse a una disminución en los valores de PTH y beta CTX séricos, lo que reduciría la destrucción ósea.

Objetivos: Estudiar la utilidad de la administración de tratamiento con vitamina D en pacientes sometidos a trasplante hepático en relación a la tasa de destrucción ósea.

Métodos: Desde enero de 2012 se han recogido 54 pacientes sometidos a trasplante hepático del H.U.P. La Fe, de los cuales se disponen datos basales, de 6 meses y de 12 meses tras la intervención. Se han recogido datos de vitamina D y marcadores de resorción y formación ósea.

Resultados: Los 54 pacientes seleccionados son hombres en un 66%, con edad media al trasplante de 55 años. Los valores de vitamina D, PTH, PINP y betaCTX obtenidos se muestran en la tabla. A 49 de los 54 pacientes se le administró un suplemento de vitamina D (0,266 mg/15 días) en el momento del alta de la intervención, a los 6 meses ($n = 46$) y a los 12 meses ($n = 26$). Se observa una mejoría en los niveles de vitamina D y la normalización de los valores de

betaCTX y PINP. Los análisis estadísticos no arrojan resultados significativos, debido principalmente al bajo número de muestras disponibles en nuestra serie por el estado inicial en el que se encuentra el estudio.

Conclusiones: En general, hay una normalización de los parámetros séricos de la vitamina D y marcadores de resorción y formación ósea al año de tratamiento con suplementación de vitamina D tras la intervención. Dicho estudio está en una fase inicial, por lo que ha de ampliarse el tamaño muestral para realizar los análisis estadísticos que den mayor robustez al mismo.

199. ¿QUÉ APORTAN LOS NUEVOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL GRUPO SLICC?

F. Perdomo¹, M. García-Bello², C. Erausquin¹, S. Ojeda¹, F. Francisco¹, A. Naranjo¹, J.C. Quevedo¹, C. Rodríguez-Lozano¹, L. Cáceres¹, R. López¹, A. Acosta¹, C. Hernández¹ e I. Rúa-Figueroa¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Investigación. Hospital Doctor Negrin. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Contribuir a caracterizar los pacientes definidos por los nuevos criterios SLICC (ncSLICC) de clasificación del lupus eritematoso sistémico (LES) comparativamente con los pacientes definidos por los criterios clásicos (ACR-97).

Métodos: Estudio retrospectivo sobre una amplia cohorte monocéntrica de pacientes con LES bien caracterizados, estimando el porcentaje de pacientes que cumplen los ncSLICC y comparando pacientes con LES probable (< 4 criterios ACR97) (LESp), redefinidos como LES con los ncSLICC frente a aquellos definidos con los criterios ACR97 (= 4 criterios) (LESd). Se recogieron y compararon las características demográficas, clínicas acumuladas, índices de daño (SDI), gravedad (índice de Katz) (IGK), afectación de órgano mayor, hospitalización, mortalidad y tratamientos acumulados.

Resultados: Todos los pacientes con LESp de nuestra cohorte ($N = 39$), 9,7% del total ($N = 403$), fueron incluidos, así como una muestra aleatoria de 169 controles con LESd (41,4% sobre el total de LESd de la cohorte, $N = 364$); 48 pacientes no cumplen los criterios del ACR-82, siendo 9 (18,7%) rescatados por los criterios ACR-97, reduciéndose los LESp a 39 pacientes. El 100% de los pacientes que cumplen criterios ACR-97 reúnen también los ncSLICC, estimándose que el 96,5% de la cohorte completa ($N = 403$) cumplen ncSLICC. El 64% ($N = 25$) (IC95%: 0,47-0,78) de los LESp cumplen ncSLICC. La frecuencia de los diferentes criterios SLICC en nuestra muestra se expone en la tabla. Los pacientes LESp que reúnen los ncSLICC son más leves que los pacientes con LESd, con SDI de $0,4 (\pm 56)$ vs $1,95 (\pm 2,4)$ ($p < 0,001$) e IGK de $0,8$ vs $3,7 (\pm 2,4)$ (tabla), si bien el tiempo de evolución de enfermedad es mayor en LESd. Macheando los 25 pacientes con LESp que reúnen ncSLICC con 25 pacientes LESd del mismo tiempo de evolución de enfermedad (1:1), se mantiene la significación para IGK ($0,8 \pm 0,65$ vs $3,32 \pm 2,63$; $p < 0,001$) y afectación de órgano mayor [$1(4,2\%)$ vs $9(36\%)$ ($p = 0,010$)], a pesar del reducido tamaño muestral.

Tabla Póster 198

	N	Valor vit D normal	Valor vit D disminuido	Valor vit D medio (ng/ml)	Valor PTH normal	Valor PTH aumentado	Valor PTH medio (pg/ml)	Valor bCTX normal	Valor bCTX aumentado	Valor bCTX medio (ng/ml)	Valor PINP normal	Valor PINP aumentado	Valor PINP medio (ng/ml)
0 meses	54	8	46	16,4	48	6	47,97	35	19	0,73	51	3	60,86
6 meses	46	36	10	51,21	45	1	38,23	33	13	0,54	33	9	76,15
12 meses	26	23	3	53,25	25	1	41,82	22	4	0,43	23	1	64,57

Tabla Póster 199

	LES definido (ACR 97) (N = 167)	LES probable (ACR97) criterios SLICC+ (N = 25)	P (Wilcoxon o Fisher)
Edad	46,64 ± 13,61	46,2 ± 17,02	= 0,74435
Edad al inicio	31,03 ± 13,18	42 ± 17,53	= 0,00272
Años evolución	16,6 ± 8,4	5,2 ± 6,3	< 0,0001
Sexo varón	10 (6%)	1 (4%)	1
IGK	3,66 ± 2,44	0,8 ± 0,65	< 0,01
SDI	1,95 ± 2,38	0,4 ± 0,65	= 0,00015
Nefritis, grave	53 (32,1%)	0 (0%)	= 0,00036
Órgano mayor	91 (54,5%)	1 (4,2%)	< 0,01
Exitus	23 (13,8%)	1 (4%)	0,32567
Hospitaliz × LES	118 (70,7%)	9 (36%)	= 0,00118
GC acumulados	129 (77,7%)	11 (44%)	0,00105
Antipal, acumulados	138 (82,6%)	13 (52%)	0,0013
GC = 60 mg	71 (42,8%)	3 (12%)	0,00351

Conclusiones: 1º La gran mayoría de los pacientes con LES definidos por los criterios ACR-97 cumplen también los criterios SLICC. 2º Los nuevos criterios SLICC rescatan un porcentaje relevante de pacientes con LES incompleto (o probable), pero definen una población más heterogénea, al incorporar predominantemente pacientes menos graves.

200. VACACIONES TERAPÉUTICAS CON BISFOSFONATOS: RESULTADOS DEL PROYECTO ESTRATOS

E. Casado¹, E. Salas², J. Malouf³, M.M. Caamaño⁴, S. Castañeda⁵, J.M. Sánchez-Bursón⁶, M.L. Rentero⁷ y G. Herrero-Beaumont⁸

¹Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell. Barcelona.

²Hospital Universitario de San Juan de Alicante. Alicante.

³Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁴Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela. A Coruña. ⁵Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ⁶Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. ⁷Unidad de Metabolismo Óseo. Departamento Médico. Lilly España. ⁸Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Introducción: El tratamiento prolongado con bisfosfonatos (BP) en pacientes con osteoporosis se ha asociado a fracturas atípicas de fémur entre otras complicaciones, por lo que algunos expertos recomiendan plantear una discontinuación al menos temporal de estos fármacos en pacientes que llevan años en tratamiento. Sin embargo, la evidencia científica es escasa y las sociedades científicas no han establecido ni validado unas recomendaciones concretas al respecto.

Objetivos: Evaluar la opinión de los médicos que habitualmente tratan enfermos con osteoporosis y enfermedades del metabolismo óseo sobre el concepto “vacaciones terapéuticas con BP”, y conocer la estrategia que siguen en su práctica clínica.

Métodos: ESTRATOS (Estrategia de TRATamiento en Osteoporosis), es una encuesta de 19 preguntas, dirigida a los socios de SEIOMM, sobre el concepto “vacaciones terapéuticas con BP” y criterios de decisión en la práctica clínica. Para procesar y realizar el análisis estadístico de los datos se utilizó SPSS v.13.00 (Chicago, IL). Las variables categóricas se describieron a través de frecuencias absolutas y relativas, las variables continuas mediante la media y la desviación típica o la mediana y el rango.

Resultados: Se han recogido las encuestas de 146 médicos (62% reumatólogos, y el resto especialistas de medicina interna, medicina de familia, endocrinología, traumatología y otras). El 88% conocía el concepto de “vacaciones terapéuticas con BP”, y sólo el 3% consideraba que no deberían plantearse nunca o sólo excepcionalmente. El 57% de los encuestados decide suspender de forma temporal el BP, tras años de tratamiento, por su eficacia mantenida incluso después de retirarlo, mientras que el 40% lo hace por el

riesgo de complicaciones, especialmente de fracturas atípicas. Las pruebas más utilizadas para decidir unas vacaciones terapéuticas son la DXA y la radiografía de columna, y hasta un 36% cree que serían necesarias ambas. Según el 55% de los médicos encuestados las vacaciones terapéuticas deberían plantearse tras 5-10 años de tratamiento, aunque un 35% considera que deben plantearse entre los 3-5 años. El 99% de los médicos encuestados ha recomendado vacaciones terapéuticas a alguno de sus pacientes, y el 90% considera que deberían mantenerse durante 2 o más años, independientemente del tipo de BP. Los principales motivos para la reintroducción del tratamiento son la aparición de una nueva fractura o la pérdida significativa de DMO.

Conclusiones: Los especialistas en metabolismo óseo aplican en su práctica clínica las “vacaciones terapéuticas con BP” tras 3-10 años de tratamiento. No obstante, afirman que es fundamental monitorizar la DMO y la incidencia de nuevas fracturas después de esta suspensión.

201. ARTROPATÍA DE CHARCOT: UNA ARTROPATÍA DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO. DESCRIPCIÓN DE LA FORMA DE PRESENTACIÓN DE 21 CASOS

E. Casado¹, M. Arévalo², O. Giménez², C. Orellana¹, E. Graell¹, C. Galisteo¹ y M. Larrosa¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Endocrinología.

Hospital Universitari Parc Taulí (UAB). Sabadell. Barcelona.

Introducción: La artropatía de Charcot es una artropatía destructiva grave con alta resorción ósea que se presenta en pacientes con neuropatía sensitiva de cualquier etiología. Acostumbra a ser un reto diagnóstico, pues además de tener poca expresión clínica requiere de una sospecha por parte de especialistas no habituados a la patología articular.

Objetivos: Analizar las características clínicas, forma de presentación y procedencia de los pacientes con artropatía de Charcot diagnosticados en nuestro servicio en los últimos años.

Métodos: Se revisaron de forma sistemática los casos con artropatía de Charcot diagnosticados en nuestro servicio en los últimos 12 años (2002-2013). Se recogieron datos demográficos, patología de base, tiempo de evolución de la artropatía, características clínicas y el servicio de procedencia en el momento del diagnóstico.

Resultados: Se confirmaron 21 casos de artropatía de Charcot (57% varones), edad 55,8 años (29-78). La enfermedad de base era: 15 diabetes (DM), 2 siringomielia, 2 lepra, 1 enfermedad de Charcot-Marie-Tooth, 1 polineuropatía sensitiva autonómica idiopática. Los pacientes con DM tenían una enfermedad de 13,5 años de evolución (rango 1-25), con vasculopatía periférica asociada en el 73% de los casos, y un 93% tenía además algún otro factor de riesgo cardiovascular. Los pacientes procedían de: 34% endocrinología, 16% urgencias, 14% cirugía vascular, 14% podología, 9% medicina interna, 5% neurología y 5% traumatología. El retraso diagnóstico de la artropatía fue de 360 días (4-1500). La forma de presentación clínica más frecuente fue: tumefacción (57%), dolor leve (52%), deformidad (38%), fractura (1 paciente). En 1 paciente el diagnóstico fue casual (hallazgo radiológico). La mayoría de los pacientes (57%) presentaron algún factor desencadenante: infección local (58%), cirugía (25%) o traumatismo (17%). La localización más frecuente en pacientes con DM fue el tarso (87%).

Conclusiones: La artropatía de Charcot se observa mayoritariamente en pacientes con DM de larga evolución con vasculopatía periférica asociada y con otros factores de riesgo cardiovascular. Los pacientes proceden mayoritariamente de endocrinología, y aunque en la mitad de los pacientes se identifica un factor desencadenante existe un evidente retraso diagnóstico.

3.ª Sesión

Viernes, 23 de mayo de 2014

202. ASOCIACIÓN DE POLIMORFISMOS GENÉTICOS EN IL4 E IL8RB CON EL RIESGO DE DESARROLLAR ARTRITIS REUMATOIDE

L. Canet¹, R. Cáliz², C.B. Lupiáñez¹, M.J. Soto-Pino², H. Canhao^{3,4}, A. Escudero⁵, I. Filipescu⁶, J. Segura-Catena¹, M.A. Ferrer², A. García², L. Romani², A. González-Utrilla², E. Pérez-Pampín⁷, M.A. López-Nevot⁸, E. Collantes⁵, J.E. Fonseca^{3,4} y J. Sainz¹

¹Departamento de Genómica Oncológica. GENYO. Centro de Genómica e Investigación Oncológica: Pfizer/Universidad de Granada/Junta de Andalucía. Granada. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ³Unidad de Investigación de Reumatología. Instituto de Medicina Molecular. Facultad de Medicina. Universidad de Lisboa. Lisboa. Portugal. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Santa María. Lisboa. Portugal. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Reina Sofía. Córdoba. ⁶Clínica de Reumatología de Cluj-Napoca. Facultad de Medicina. Universidad de Medicina y Farmacia "Iuliu Hatieganu" Cluj-Napoca. Rumania. ⁷Laboratorio de Investigación 10. Unidad de Reumatología. Hospital Clínico de Santiago. A Coruña. ⁸Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune caracterizada por un desorden inflamatorio sistémico que afecta sobre todo a las articulaciones y parece surgir como consecuencia de la interacción de factores genéticos y ambientales. Estudios de genética molecular sugieren que la desregulación de la respuesta inmune en AR puede estar en parte influenciada por la presencia de variantes genéticas en genes del sistema inmune. En base a esta hipótesis, el objetivo de nuestro estudio fue analizar la influencia de 51 polimorfismos en 17 genes inmunoreguladores (IL4, IL4R, IL5, IL8, IL8RA, IL8RB, IL10, IL10RA, IL12A, IL12B, IL13, IL16, INFG, INFGR2, CCR5, MIF y VEGFA) sobre el riesgo a desarrollar AR mediante un estudio en dos fases que incluyó 2.468 individuos, 1239 pacientes de AR y 1229 controles. En una primera fase se reclutaron 371 pacientes de AR y 689 controles sanos mientras que en la Fase II se incluyeron 868 pacientes y 540 controles. Los pacientes de AR fueron diagnosticados según los criterios de la ACR (1987) y los polimorfismos fueron seleccionados en base a su potencial funcionalidad o por su asociación con enfermedades inflamatorias. El genotipado se realizó con sondas KASPar® (LGC Genomics). Nuestros datos sugieren que los portadores de los alelos IL4_rs2070874T, IL4_rs2243290A, IL4_rs2243250T, IL4_rs2243268C, IL8RB_rs2230054C and IL8RB_rs1126580G tienen un mayor riesgo de desarrollar AR frente a los individuos portadores del alelo de referencia (OR = 1,37, IC95% 1,11-1,71, p = 0,004; OR = 1,33, IC95% 1,07-1,65, p = 0,009; OR = 1,32, IC95% 1,07-1,63, p = 0,01; OR = 1,31, IC95% 1,05-1,63, p = 0,01 y OR = 1,38, IC95% 1,13-1,69, p = 0,002). Además, observamos que la asociación de todas estas variantes genéticas con el riesgo a AR se acentúa cuando asumimos un modelo de herencia aditivo, lo que parece indicar la existencia de un efecto dependiente de la dosis génica (OR = 1,37, IC95% 1,13-1,67 p = 0,0016; OR = 1,34, IC95% 1,11-1,62, p = 0,0026; OR = 1,24, IC95% 1,03-1,49, p = 0,02; OR = 1,23, IC95% 1,02-1,49, p = 0,033; OR = 1,19, IC95% 1,04-1,36, p = 0,01 y OR = 1,25, IC95% 1,10-1,42, p = 0,0004). El análisis de haplotipos además reveló que los portadores de los haplotipos IL4_TTTCA (Fq = 13,2) e IL8RB_CG (Fq = 47,1) tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar AR que aquellos que portan el haplotipo de referencia (OR = 1,28 IC95% 1,05-1,56, p = 0,016 y OR = 1,24, IC95% 1,09-1,41, p = 0,0008). Por otra parte, es interesante además destacar que la asociación del alelo IL4_rs2243250T con el mayor riesgo a desarrollar AR pudo ser confirmada mediante la realización de un

meta-análisis en 7150 individuos que incluyó nuestros datos y los datos extraídos de 5 estudios previamente publicados (OR = 1,186, IC95% 1,07-1,31 p = 0,001). Además, dado que el polimorfismo IL4_rs2243250 se encuentra en el promotor del gen de IL4 y, por tanto, podría influir en los niveles de expresión del RNA mensajero, nos planteamos sin éxito correlacionar los niveles de expresión génica con el genotipo de IL4_rs2243250 en una cohorte de 44 donantes sanos (p = 0,51). Tampoco pudimos confirmar la asociación de los polimorfismos de IL8RB mediante otro meta-análisis debido a la ausencia de estudios previos en la literatura. Los resultados de este estudio sugieren que polimorfismos en los genes IL4 e IL8RB pueden jugar un papel importante en la determinación del riesgo a desarrollar AR. No obstante, estudios adicionales en poblaciones independientes son necesarios para confirmar nuestros hallazgos.

203. NEUMOPATÍA INTERSTICIAL EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO: UNA MANIFESTACIÓN EXTRAGLANDULAR GRAVE DE BAJA PREVALENCIA. SERIE DE CASOS MULTICÉNTRICA

D. Reina¹, D. Roig¹, V. Torrente¹, R. Blavia², I. Castellví³, C. Díaz³, M. Moreno⁴, J. Narváez⁵, V. Ortiz⁶, D. Cerdà¹, R. Figuls¹, P. Estrada¹, S. García¹ y H. Corominas¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Neumología. Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Hospital de Sant Pau. Barcelona. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital ParcTaulí. Sabadell. Barcelona. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital de Bellvitge. Barcelona. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital de Granollers. Barcelona.

Introducción: La neumopatía intersticial es una complicación extraglandular en el síndrome de Sjögren primario (SS) (9-75%). Se debe perseguir su detección precozmente mediante TACAR. La mayoría de las alteraciones se conocen como enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) y los patrones histopatológicos más frecuentes son: neumonía intersticial usual (NIU) y no específica (NINE). A estos pacientes se les debe realizar además PFR con DLCO. **Objetivos:** Evaluar y describir una serie multicéntrica de pacientes con SS y neumopatía intersticial.

Métodos: Estudio descriptivo multicéntrico. Recoge 25 pacientes afectados de SS (según criterios americano-europeos 2002) con neumopatía intersticial. Se registraron: edad y sexo, fecha de diagnóstico del SS, criterios de SS, inmunología (Ro, La, Ro52, FR, ANA), marcadores pronóstico de la enfermedad: hipergammaglobulinemia o b2microglobulina y reactantes de fase aguda (RFA). Se recogió acerca de la neumopatía: fecha de diagnóstico, resultados de BAL, TACAR, biopsia pulmonar, PFR con DLCO y pruebas complementarias que pronostican la evolución de la enfermedad: ecocardio para determinar HTP, walking test y datos clínicos: artritis, Raynaud, polineuropatía, patología parotídea, enfermedad periodontal, púrpura o crioglobulinemia. Se recogieron datos acerca del tratamiento recibido y las complicaciones o procesos asociados.

Resultados: Se registraron 25 pacientes, edad media 70 años (± 8). La mayoría mujeres. En 15/25 casos el diagnóstico de EPID precedió al de SS. Los diagnósticos histológicos: 12 NINE, 5 NIU, 4 NOC, 2 NIL, uno con bronquiolititis y otro con fibrosis pulmonar. La mayoría (20/25) presentaron queratoconjuntivitis seca, 20/25 xerosis bucal, el Schirmer fue patológico en 20 pacientes. Se realizaron 15 gammagrafías de glándulas salivares, 11 patológicas y 15 biopsias de labio, 10 diagnósticas de SSP (infiltrado con sialoadenitis focal linfocítica con score = 1 focos/4 mm² según criterios de Chrischol-Mason). El Ro fue positivo en 16/25 pacientes, el Ro52 específico se solicitó en 9 pacientes y fue positivo en 4. El autoanticuerpo La fue positivo en 10/25 pacientes, el FR en 17/25, los ANA en 22/25 (mayoritariamente con patrón moteado y título > 320). Diez pacientes presentaron hipergammaglobulinemia y la b2microglobulina

resultó compatible con la normalidad en la mayoría de ellos. La VSG media en el momento de recogida de datos fue de 35 y la PCR (mg/dL) de 2,3. Solo 5 pacientes presentaban hipocomplementemia. El BAL se realizó en 11 pacientes (predominio de macrófagos) y se precisó de 2 biopsias pulmonares para confirmar diagnóstico. Las PFR se recogen en la tabla. Mayoritariamente responden a un patrón restrictivo. Cuatro pacientes presentaban HTP y el walking test fue realizado en 20 pacientes, patológico en la mitad. Se recogen 6 pacientes con artritis, 5 con Raynaud, 3 con polineuropatía, 6 con patología parotídea, 1 con enfermedad periodontal, 4 con púrpura cutánea o crioglobulinemia. Se recogen como otros procesos asociados: 4 osteoporosis, 2 sobreinfecciones respiratorias, 1 plaquetopenia, 1 anemia perniciosa, 1 paciente con úlcera corneal y otro con CBP. La mayoría recibieron GC (12 a dosis bajas y 16 a dosis altas), solo 7 antimaláricos y 10 inmunosupresores. Una paciente precisó de trasplante pulmonar.

FEV1/FVC (%)	TLC (%)	%FVC	KCO (%)	DLCO (%)
89	56	52	35	21
80	129	103	86	70
66	90	85	68	52
—	—	68	—	—
81	—	41	—	—
—	56	62	60	42
80	59	46	71	35
77	58	58	71	35
79	76	86	58	45
104	86	86	80	56
—	75	66	85	57
—	84	84	79	65
129	64	64	50	29
—	—	—	—	—
103	71	92	77	49
89	—	52	—	—
103	112	101	—	73
130	61	56	62	37
89	94	89	80	58
78	56	40	—	—
79	76	59	—	—
—	—	—	—	—
80	123	107	54	57
68	112	81	64	45
56	108	64	37	21

Conclusiones: La EPID en el SS es una manifestación extraglandular grave y su prevalencia es baja, pero no depreciable, en su mayoría asociado a Ro y Ro52 (+). En pacientes con clínica extraglandular activa e inmunológicamente activos, es obligado descartar su existencia de manera precoz mediante TACAR y PFR ante la posible gravedad de la misma. El diagnóstico de EPID puede preceder al diagnóstico de SS. La B2 microglobulina no se asocia a la EPID y la afectación pulmonar es de carácter restrictivo. Una DLCO baja se asocia a una mayor morbi-mortalidad.

204. REGULACIÓN DE STAT3 EN ENFERMOS CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON TOCILIZUMAB

C. Díaz-Torne¹, M.A. Ortiz², M.V. Hernández³, D. Reina⁴, D. de la Fuente⁵, I. Castellví^{1,6}, P. Moya¹, J.M. Ruiz⁵, H. Corominas⁴, R. Sanmartí³, J.M. Llobet¹ y S. Vidal²

¹Unitat de Reumatologia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Servei d'Immunologia. Institut de Recerca Sant Pau. Barcelona. ³Servei de Reumatologia. Hospital Clínic. Barcelona. ⁴Servei de Reumatologia. Hospital Moises Broggi. Sant Joan Despí. Barcelona. ⁵Servei de Reumatologia. Hospital de Viladecans. Viladecans. Barcelona. ⁶Servei de Reumatologia. Hospital de Vilafranca. Vilafranca del Penedès. Barcelona.

Introducción: Tocilizumab es un anticuerpo monoclonal contra el receptor de la IL-6 (tanto el de membrana como el soluble). El uso de

tocilizumab ha sido aprobado como tratamiento de la artritis reumatoide, donde ha demostrado reducir la inflamación y la progresión del daño estructural. La IL-6 es una citoquina proinflamatoria con múltiples funciones, como por ejemplo, la diferenciación de los linfocitos B o la activación de los linfocitos T citotóxicos. La unión entre IL-6 y su receptor activa vías intracelulares en las que destaca el factor de transcripción STAT3 (signal transducer and activator of transcription 3). Tocilizumab, como antagonista del receptor de la IL-6, podría modificar la activación de STAT3 en enfermos con artritis reumatoide.

Objetivos: Valorar la activación de STAT3 en una serie de enfermos con artritis reumatoide y su modificación tras el tratamiento con tocilizumab.

Métodos: Se trata de un estudio prospectivo multicéntrico de enfermos con artritis reumatoide tratados con tocilizumab según práctica clínica habitual. Los controles fueron donantes sanos anónimos del banco de sangre del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (n = 13). De cada enfermo se recogieron datos demográficos (edad y sexo), de la enfermedad (años de evolución, presencia de autoanticuerpos, presencia de erosiones, presencia o historia de nódulos reumatoides, DAS28, PCR, VSG y HAQ) y del tratamiento (FAMES y terapias biológicas previas y FAMES y corticoides concomitantes). Se analizó la capacidad de activación de las células de los controles sanos y la de los enfermos con AR antes y tras 24 semanas de tratamiento con tocilizumab. Para ello se purificaron PMBC de los pacientes y de los controles por gradiente de Ficoll tras su estimulación con IL-10. Se siguió el protocolo de tinción intracelular habitual para la valoración de la fosforilación de STAT3 por citometría de flujo. Se analizaron los resultados con el programa CXP usando el Overton (método que determina el% de células positivas en las muestras estimuladas respecto a las no estimuladas). El análisis estadístico se realizó con el paquete Graph Pad.

Resultados: Se estudiaron 14 enfermos. Sus características basales se presentan en la tabla. A las 24 semanas se encontró una mejoría clínica estadísticamente significativa (destacan DAS28 $5,2 \pm 1$ vs $2,8 \pm 1,1$; VSG $25,8 \pm 9,9$ vs $12,9 \pm 12,9$; PCR $19,3 \pm 24,5$ vs $2,1 \pm 3$; HAQ $1,5 \pm 0,8$ vs $0,7 \pm 0,5$). El % de los monocitos en los que se había fosforilado STAT3 en pacientes sanos fue de $72,32 \pm 2,65$, mientras que en los pacientes con AR fue de $62,05 \pm 3,01$. Tras 6 meses de tratamiento con tocilizumab la capacidad de fosforilación de los monocitos de los pacientes con AR aumentó de manera estadísticamente significativa hasta un $72,92 \pm 3,23\%$.

Edad (años)	54,8 ± 12,4
Sexo (% mujeres)	100
Evolución de la enfermedad (años)	9,6 ± 6,1
Monoterapia (%)	57,1
Cotratamiento con metotrexate (%)	28,6
Cotratamiento con leflunomida (%)	14,3
Sin prednisona (%)	35,7
Prednisona 2,5-7,5 mg/día	57,1
Prednisona 10 o más mg/día (%)	14,1
FAMES previos (media ± DE)	2,46 ± 0,9
Terapias biológicas previas (media ± DE)	1,86 ± 1,3
FR y/o aCPP positivo (%)	92,9
DAS28 (media ± DE)	5,2 ± 1,0
CDAI (media ± DE)	25,8 ± 9,9
ESR (mm/h)(media ± DE)	34 ± 24,3
PCR (mg/L) (media ± DE)	19,3 ± 24,3
HAQ (0-3) (media ± DE)	1,5 ± 0,8

Conclusiones: Los monocitos de los pacientes con AR presentaron una capacidad de fosforilación del STAT3 inferior a los controles. Tras el tratamiento durante 6 meses con un antagonista del receptor de la IL-6 la capacidad de fosforilación aumentó recuperando los niveles de los controles sanos.

205. IMPACTO ECONÓMICO DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PATOLOGÍAS REUMÁTICAS

P. Castellano Copa y V.M. López García

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

Introducción: El coste farmacológico de las enfermedades reumáticas tiene un importante impacto socioeconómico. En la práctica clínica, es un objetivo ideal determinar la posología óptima del fármaco, maximizando su efectividad a la vez que se minimizan los efectos adversos y se ajustan los costes asociados. Para ello, es clave evaluar el coste real en la práctica clínica, la efectividad y la toxicidad buscando ofrecer a los pacientes la terapia más coste-efectiva que nos permite colaborar con la sostenibilidad del sistema sanitario, garantizando el continuo acceso a estos tratamientos y sus beneficios.

Objetivos: Analizar los patrones de utilización de fármacos antagonistas del factor de necrosis tumoral (anti-TNF) en artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APso) y espondilitis anquilosante (EA). Calcular el coste medio asociado por paciente y año de etanercept (ETN), adalimumab (ADA) e infliximab (INF).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo (enero 2008-abril 2013). Se incluyeron todos aquellos pacientes adultos con AR, APso o EA que recibieron alguno de los anti-TNF en estudio durante al menos 6 meses. El coste paciente/año fue calculado: Número total dosis recibidas*coste unidad*52/Semanas de tratamiento reales. Para el cálculo de los costes anuales se han utilizado los precios por unidad de cada fármaco: 494,6 € para 40 mg de ADA, 227,8 € para 50 mg de ETN y 515,9 € por 100 mg de INF (precios 2.013 €). Como dosis teórica recibida se consideró la descrita en ficha técnica para cada fármaco y patología. En el cómputo del tiempo real de tratamiento se tuvieron en cuenta las interrupciones temporales (< 2 meses). Los datos se obtuvieron desde del programa de dispensación del Servicio de Farmacia y se analizaron mediante el programa SPSS.

Resultados: Se incluyeron 451 pacientes. La patología predominante fue AR (49,9%), seguida de EA (26,6%) y APso (23,5%). La distribución según anti-TNF administrado fue: 37,5% ETN; 32,6% ADA; 29,9% INF. En la siguiente tabla se recogen los datos obtenidos de dosis administradas, costes reales asociados y suspensiones de tratamiento, puntos del análisis en los que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas. No se han observado diferencias significativas en el tiempo medio en tratamiento, ni en la interrupción temporal en función del fármaco recibido.

Conclusiones: Las guías EULAR y americanas no priorizan el uso de ningún anti-TNF, por lo que se deben tener en cuenta aspectos económicos, como el coste real asociado para ofrecer al paciente la terapia más coste-efectiva. La optimización del tratamiento anti-TNF en pacientes clínicamente estables permite reducir los costes farmacológicos, tendencia no observada con INF. El coste medio por paciente/año asociado a ETN fue significativamente menor que el de ADA e INF.

206. TOFACITINIB, UN INHIBIDOR ORAL DE LA JANUS KINASA, EN PACIENTES ESPAÑOLES CON ARTRITIS REUMATOIDE: ANÁLISIS AGRUPADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD DE DATOS FASE 2/3

J. Gómez-Reino¹, R. Blanco², A. Alonso³, F.J. Blanco⁴, E. Martín-Mola⁵, J. Tornero⁶, F. Navarro⁷, J. Carbonell⁸, I. Mateo⁹, K. Kwok¹⁰, C.A. Mebus¹⁰ y M.A. Hernández-Presa¹¹

¹Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. A Coruña.

²Hospital de Valdecilla. Santander. ³Hospital de Cruces. Bilbao. ⁴INIBIC.

⁵Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña. ⁶Hospital

Universitario La Paz. Madrid. ⁷Hospital General Universitario de

Guadalajara. Guadalajara. ⁸Hospital Universitario Virgen Macarena.

Sevilla. ⁹Hospital del Mar. Barcelona. ¹⁰Hospital 12 de Octubre. Madrid.

¹¹Pfizer Inc. ¹²Pfizer Spain Inc.

Objetivos: Tofacitinib es un nuevo inhibidor de la Janus kinasa para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR). Se evalúa la eficacia y la seguridad de tofacitinib (5 y 10 mg) en una subpoblación española participante en estudios de Fase (F) 2/3.

Métodos: Datos de pacientes (pts) españoles con inadecuada respuesta a FAMES que participaron en 2 estudios de F2 de 6 semanas (NCT00147498; monoterapia) a 6 meses (M) (NCT00413660; combinado con MTX) que recibieron 1,3,5,10,15 o 30 mg dos veces al día y 20 mg una vez al día de tofacitinib se agruparon con datos procedentes de pts españoles de 3 estudios de F3 de 6M (ORAL Step, NCT00960440) a 12M de tratamiento (ORAL Standard, NCT00853385; ORAL Sync, NCT00856544). Todos los F3 estaban en tratamiento concomitante con FAMES. En los estudios de F3 los pts recibieron tofacitinib 5 o 10 mg dos veces al día y aquellos pts que recibieron placebo (PBO) fueron avanzados a recibir tofacitinib 5 o 10 mg al M3 o al M6. Los parámetros de eficacia incluyeron: respuesta ACR 20/50/70 y cambio medio respecto al basal en DAS28-4 (VSG) (DAS28) y HAQ-DI. También se evaluó la incidencia y severidad de todos los acontecimientos adversos (AAs), AA graves (AAG) y la discontinuación debida a AAs.

Resultados: Se incluyeron 104 pts españoles (5 mg [N = 40], 10 mg [N = 27], PBO [N = 29]), 82% mujeres, con una edad media de 54,3 años. La duración media de la enfermedad desde su diagnóstico fue 8,7 años (5,5-13,8). Los pts tratados con tofacitinib 5, 10 mg o PBO presentaron una PCR media (\pm DE) basal de 15,7 \pm 23,5, 7,9 \pm 8,1 y 20,2 \pm 24,5 mg/L respectivamente y el HAQ medio basal fue 1,57 \pm 0,56, 1,45 \pm 0,68 y 1,81 \pm 0,77 respectivamente. Al M3, las respuestas ACR20, 50 y 70 fueron más altas con ambas dosis en comparación a PBO y se observó una mayor mejora del DAS28 y del HAQ (tabla). Se observó una relación de dosis inversa en los resultados entre los grupos de 5 y 10 mg. Esto no se corresponde con los resultados obtenidos en la población global por lo que se debería tener en cuenta el desequilibrio que existe en el tamaño de muestra entre los grupos en la subpoblación española, N = 27 (10 mg) vs N = 40 (5 mg). La proporción de pacientes que notificaron AAs por periodo de estudio se muestra en la tabla. En general, los AAs más comunes fueron las infecciones. Dos pts discontinuaron debido a AAs recibiendo 5 mg al M3. Hubo cuatro AAG: colecistitis aguda,

Tabla Póster 205

	ETN (n = 169)	ADA (n = 147)	INF (n = 135)
Coste medio paciente/año	10,980 €	11,949 €**	14,554 €*
Porcentaje de dosis recibida respecto a dosis teórica	92,44%	92,66%	138,19%*
Suspensión definitiva del tratamiento	40,2%**	36,7%	51,1%**

*p < 0,001; **p < 0,05.

artropatía y celulitis en el grupo de 5 mg (hasta el M3) y un caso, diabetes mellitus, en el grupo de 10 mg (M3-M6).

Eficacia hasta el M3	Tofacitinib 5 mg	Tofacitinib 10 mg	PBO
ACR20, n/N (%)	24/32 (75%)	16/27 (59,3%)	7/22 (31,8%)
ACR50, n/N (%)	14/32 (43,8%)	5/27 (18,5%)	0/22 (0%)
ACR70, n/N (%)	8/32 (25%)	4/27 (14,8%)	0/22 (0%)
	N = 27	N = 22	N = 18
DAS28, cambio medio vs basal (DE)	-2,39 (1,47)	-1,96 (1,47)	-0,75 (1,08)
	N = 32	N = 27	N = 22
HAQ-DI, cambio medio vs basal (DE)	-0,67 (0,67)	-0,41 (0,57)	-0,20 (0,40)
Seguridad	Tofacitinib 5 mg	Tofacitinib 10 mg	PBO*
AAs M0-3, n/N (%)	25/40 (62,5%)	17/27 (63%)	16/29 (55,2%)
AAs M3-6, n/N (%)	19/50 (38%)	13/35 (37,1%)	1/3 (33,3%)
AAs post M6, n/N (%)	8/22 (36,4%)	8/19 (42,1%)	ND

*Los pts que recibieron PBO pasaron a tofacitinib 5 mg o 10 mg al M3 o al M6. ND: no disponible.

Conclusiones: Tofacitinib 5 mg o 10 mg, en una subpoblación de pts españoles, demostró una eficacia consistente en la reducción de los signos y síntomas de la AR, y en la mejora de la función física. El perfil de seguridad en esta población fue similar al de la población global. No hubo acontecimientos inesperados de seguridad.

207. CORRELACIÓN ENTRE ANTICUERPOS ANTI-PÉPTIDO CITRULINADO CÍCLICO (ANTI-PCC) Y MARCADORES CLÍNICOS DE ACTIVIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

C. Carrasco Cubero, J.L. Álvarez Vega y J.M. Salazar Vallinas

Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz.

Introducción: Los anticuerpos anti-péptido citrulinado cíclico (anti-PCC) son considerados como criterio diagnóstico en la artritis reumatoide (AR) por su alta especificidad. Además se han propuesto como marcadores pronóstico en la AR, aunque aparecen resultados contradictorios sobre la utilidad de los mismos. No está bien conocido si existe correlación entre los niveles de anticuerpos y la actividad de la enfermedad, o su utilidad en el seguimiento de los pacientes.

Objetivos: El objetivo del estudio fue determinar la asociación entre la actividad de la enfermedad y los niveles de anticuerpos anti-PCC, en pacientes con artritis reumatoide de reciente inicio (ARRI). Como índices compuestos de actividad se tuvieron en cuenta: DAS28, SDAI y de funcionalidad: HAQ (Health Assessment Questionnaire).

Métodos: Se evaluaron los sueros de 52 pacientes con artritis de reciente comienzo, que cumplían los criterios de clasificación ACR/EULAR de 2010 (American College of Rheumatology and European League Against Rheumatism). En todos ellos fueron medidos los Anti-PCC, FR, SDAI, DAS 28 y HAQ. El análisis de datos se realizó con el programa SPSS 19.0 para Windows.

Resultados y conclusiones: No encontramos asociación entre la presencia de los Anti-PCC y los marcadores clínicos de actividad (tabla), por lo que no sería necesaria su determinación seriada en la monitorización del tratamiento de la AR.

Variable 1	CCP	CCP	CCP	FR	FR	FR
Variable 2	N	R	P	N	R	P
DAS 28	52	0,142	0,339	52	0,219	0,119
SDAI	52	0,131	0,382	52	0,186	0,188
HAQ	52	0,114	0,446	52	0,086	0,545

N: número de casos. R: coeficiente de correlación de Spearman. P: significación estadística del valor "r". Los valores de "r" resultan del análisis de correlación de Spearman (no paramétrico), en ningún caso se obtiene un valor de significación estadística $p < 0,05$, por lo que no se encuentra en el estudio relación estadísticamente significativas en ninguno de los análisis.

208. ESTRATIFICACIÓN MEDIANTE ECOGRAFÍA CAROTÍDEA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: RESULTADOS DE UNA POBLACIÓN DEL ESTE PENINSULAR

M. Robustillo Villarino¹, F. Gil Latorre¹, E. Rodilla Sala², A. Martínez Ferrer¹, D. Ybáñez García¹, E. Valls Pascual¹, I. de la Morena Barrio¹, J.E. Oller Rodríguez¹, E. Vicens Bernabeu¹, C. Vergara Dangond¹, C.M. Feced Olmos¹ y J.J. Alegre Sancho¹

¹Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

²Hospital General de Sagunto. Sagunto Valencia.

Introducción: Recientemente, un grupo español ha propuesto un algoritmo que mejora la estimación del riesgo cardiovascular (CV) del mSCORE en pacientes con artritis reumatoide (AR), mediante la inclusión de los hallazgos en la ecografía carotídea (Corrales et al. Ann Rheum Dis 2013 Mar 16 [Epub ahead of print]).

Objetivos: Estimar el riesgo CV en nuestros pacientes con AR mediante la combinación del mSCORE y los hallazgos de la ecografía carotídea (medición del grosor de íntima media (GIM) y presencia de placas de ateroma).

Métodos: Se valoraron 188 pacientes con AR en un periodo de un año. Recogimos género, edad, duración de la AR, afección extrarticular, tabaquismo, presión arterial (PA), FR y/o antiPCC +, y el índice aterogénico colesterol total/HDL(IA). Estas variables sirvieron para calcular el SCORE y el mSCORE. El estudio ecográfico se realizó con un ecógrafo Esaote MyLab xv70 con sonda lineal (7-12 MHz) y un programa automatizado que mide mediante radiofrecuencia el GIM("Quality intima media Thickness in real-time, QIMT"). La medición se realizó en carótida común bilateral y se recogió la presencia de placas de ateroma en el árbol carotídeo extracraneal según consenso de Mannheim. Se utilizó el programa SPSS 17.0 para la estadística descriptiva.

Resultados: Se valoraron 188 pacientes, de los cuales se excluyeron 39 por ser de alto riesgo (antecedentes de eventos CV, insuficiencia renal y/o diabetes mellitus). Un 75,8% eran mujeres, la edad media fue de 60,05 años, y un 30,9% eran fumadores. La duración media de la AR fue de 17,37 años. Un 66,7% y un 73% presentaron FR+ y anti-PCC+ respectivamente. La PA media fue de 130,5/80,57 mmHg. Se calculó el IA de cada paciente y la media del total fue 3,84. El SCORE medio fue 1,84 y el mSCORE fue 2,40. El porcentaje de pacientes clasificados según mSCORE en riesgo CV bajo (mSCORE = 0), medio ($1 \leq \text{mSCORE} < 5$), alto y muy alto ($\text{mSCORE} \geq 5$) (estos dos últimos conjuntamente) fue de 25,6% (n = 32), 64% (n = 80), 10,4% (n = 13), respectivamente. El GIM medio fue 0,73 mm y el porcentaje de pacientes con GIM > 0,9 mm (patológico) fue de 15,2%. Se halló placa de ateroma en un 43,2% de los pacientes. En conjunto, los pacientes con GIM > 0,9 mm y/o presencia de placa de ateroma representaron un 45,5% del total. Siguiendo las recomendaciones, 40 pacientes clasificados como riesgo intermedio (52,6%), fueron reclasificados a alto riesgo por la presencia de una o ambas anomalías carotídeas. Sólo un paciente de bajo riesgo presentó una ecografía carotídea patológica. Los resultados obtenidos en nuestra serie, en comparación con una población del norte de España, reflejan un menor porcentaje de presencia de placa y/o GIM > 0,9 mm, a pesar de ser una población de edad más avanzada, tener mayor porcentaje de varones y de fumadores, mayor tiempo de evolución de enfermedad y afectación extra articular, peor índice aterogénico y media de mSCORE más elevada.

Conclusiones: En nuestra serie, al igual que en estudios previos, se confirma que el mSCORE infravalora el riesgo CV, y que la ecografía carotídea permite reestratificar este riesgo. Paradójicamente, nuestra población presenta un menor daño vascular que otras del norte de España a pesar de partir de una situación clínica más desfavorable desde el punto de vista CV. Podríamos apelar, en principio, a factores genéticos o ambientales, como la dieta, para explicar estas diferencias.

209. SEGURIDAD Y EFICACIA A LARGO PLAZO DE CERTOLIZUMAB PEGOL EN COMBINACIÓN CON METOTREXATE EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE: RESULTADOS A 5 AÑOS DE UN ESTUDIO CONTROLADO ALEATORIZADO A 24 SEMANAS Y SU EXTENSIÓN ABIERTA

J.M. Álvaro-Gracia¹, J.S. Smolen², R. van Vollenhoven³, A. Kavanaugh⁴, V. Strand⁵, J. Vencovsky⁶, M.H. Schiff⁷, R. Landewe⁸, B. Haraoui⁹, S. Walker¹⁰ y D. van der Heijde¹¹

¹Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ²Medical University of Vienna and Hietzing Hospital. Vienna. Austria. ³The Karolinska Institute. Stockholm. Suecia. ⁴University of California San Diego. San Diego, CA. EEUU. ⁵Stanford University. Palo Alto, CA. EEUU. ⁶Institute of Rheumatology. Department of Clinical and Experimental Rheumatology. 1st Faculty of Medicine. Charles University. Prague. República Checa. ⁷University of Colorado. Denver, CO. EEUU. ⁸Academic Medical Center Amsterdam & Atrium Medical Center. Heerlen. Holanda. ⁹Centre Hospitalier de l'Université de Montreal. Montreal. Canadá. ¹⁰UCB Pharma. Raleigh, NC. EEUU. ¹¹Leiden University Medical Center. Leiden. Holanda.

Introducción y objetivos: En el estudio aleatorizado y controlado (EAC) RAPID 2 (NCT00160602), certolizumab pegol (CZP) + metotrexate (MTX) cada 2 semanas (Q2W) mejoró los signos y síntomas de la artritis reumatoide (AR) durante 24 semanas (sem). Resultados previos demostraron seguridad y eficacia a largo plazo con CZP + MTX a 3 años en la extensión abierta (OLE) del RAPID2. Presentamos datos finales de eficacia y seguridad a largo plazo de CZP + MTX a 5 años.

Métodos: Pacientes (pac) candidatos del EAC RAPID2 fueron tratados en la OLE (NCT00160641) con CZP 400 mg Q2W, reduciendo a 200 mg Q2W después de = 6 meses, + MTX. Se presentan datos de seguridad combinados del EAC y la OLE para todos los pac tratados con = 1 dosis de CZP (n = 612). Se evalúan los acontecimientos adversos (AA) y graves en cada visita a partir de la primera dosis de CZP. Se presentan datos de DAS28 (ESR), HAQ-DI y ACR20/50/70 hasta la sem 232 para los pac que completaron el tratamiento con CZP (completaron EAC y reclutados en la OLE [n = 342]) y para la población por intención de tratar (ITT) con CZP (todos los pac aleatorizados a CZP en EAC [n = 492]). Se presenta también el cambio desde basal (BL) en Puntuación Modificada Total de Sharp (mTSS) y el% de pac sin progresión radiográfica (mTSS desde BL EAC = 0.5) para los pac que completan el tratamiento con CZP hasta sem 128. Se presentan datos de eficacia en reducción de dosis para todos los pac que completaron tratamiento con CZP hasta sem 24 que recibieron CZP 400 mg Q2W + MTX durante = 6 meses en la OLE, seguido de aquellos en los que la dosis de CZP se redujo a 200 mg Q2W durante

132 sem de exposición a CZP. Para las respuestas ACR se utilizó la imputación modificada en los no-respondedores (mNRI); last observation carried forward (LOCF) para las medidas de eficacia continuas; los datos mTSS se imputaron por extrapolación lineal.

Resultados: De los 492 pac tratados con CZP + MTX, 355 (72%) completaron el EAC y 342 entraron en la OLE, de los cuales 215 permanecieron después de 232 sem desde BL del EAC. El perfil de seguridad fue consistente con los datos previamente comunicados. Se presentan los EAs más frecuentemente hallados (tabla). 19 pac (3,1%) fallecieron (IR = 0,82) (5 neoplasias, 4 afecciones cardíacas, 4 alteraciones del sistema nervioso, 4 lesiones). No hubo nuevas señales de seguridad. Se mantuvieron las mejorías clínicas obtenidas en el EAC hasta la sem 232 en los pac que completaron el tratamiento con CZP y en la población por ITT, respectivamente: media DAS28 (ESR), 3,7 y 3,9; media HAQ-DI, 0,96 y 1,06; ACR20/50/70, 68,4%/47,1%/25,1% y 65,9%/45,4%/24,2%. La progresión radiográfica en los pac tratados con CZP fue mínima (media de cambio en mTSS desde BL EAC hasta la sem 24: 0,62, hasta la sem 128: 0,79); el porcentaje de pac sin progresión radiográfica fue 84,6%, en la sem 24 y 73,2% en la sem 128. Las mejorías clínicas se mantuvieron en la población en la que se redujo la dosis de CZP de 400 mg a 200 mg Q2W (n = 288): DAS28 (VSG) = 3,5 en el primer tratamiento con CZP 200 mg, DAS28 (VSG) = 3,6 a las 132 sem.

Conclusiones: En los pac con AR activa a pesar de tratamiento con MTX, la combinación de CZP+MTX mantuvo la reducción de los signos y síntomas de la AR con un ratio riesgo-beneficio favorable a largo plazo.

210. ESTUDIO ACT-AXIS: IMPACTO DE ROACTEMRA® (TOCILIZUMAB) SOBRE LA FATIGA Y DIFERENTES FACTORES RELACIONADOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN ESPAÑA

H. Corominas¹, C. Alegre de Miguel², M. Rodríguez Gómez³, C. Marras Fernández-Cid⁴, F. Maceiras Pan⁵, R.M. Morla Novell⁶, F. Rodríguez Martínez⁷, F.J. Narváez García⁸, L. Losada Ares⁹, A.D. Gómez Centeno¹⁰, S. Paredes González-Albo¹¹, R. González Molina¹², V. Torrente Segarra¹³, C. Pérez García¹⁴, J. Dalmau Carola¹⁵ y C. Barbazan Álvarez¹⁶

¹Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. Barcelona. ²Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ³Complejo Hospitalario Cristal Piñor. Orense. ⁴Hospital Universitario Virgen de Arrixaca. Murcia. ⁵Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos. A Coruña. ⁶Xarxa Sanitaria i Social de Santa Tecla. Tarragona. ⁷Hospital General Universitario Santa Maria del Rosell. Cartagena. Murcia. ⁸Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ⁹Hospital da

Tabla Póster 209

Resumen de los AAs y AA graves en el EAC y la OLE (población de seguridad; n = 612)

AA	Nº de pacs (%)	Nº total AAs	Tasa de AAs por cada 100 pacs-año	Tasa de incidencia por cada 100 pacs-año
AAs totales	546 (89,2)	3789	162,7	100,5
Infecciones e infestaciones (a)	420 (68,6)	1257	54,0	38,7
Neoplasias	18 (2,9)	19	0,8	0,8
AAs más frecuentes por término preferido (ER > 4,0 por 100)				
Vías respiratorias altas	93 (15,2)	154	6,6	4,4
Nasofaringitis	67 (10,9)	101	4,3	3,1
Infecciones del tracto urinario	65 (10,6)	94	4,0	3,0
AAs que llevaron a retirada	119 (19,4)	157	—	5,2
AAs que llevaron a muerte	19 (3,1)	25	—	0,8
AAs graves totales	219 (35,8)	364	15,6	11,3
Infecciones/infestaciones graves (a)	90 (14,7)	105	4,5	4,1

(a)Clasificación MedDRA; AA: acontecimiento adverso; ER: tasa de eventos.

Costa. Lugo. ¹⁰Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. ¹¹Hospital Universitari Sant Joan. Reus. Tarragona. ¹²Hospital General Universitario Rafael Méndez. Murcia. ¹³Hospital Creu Roja. L'Hospitalet. Barcelona. ¹⁴Hospital de Mollet. Mollet. Barcelona. ¹⁵Clínica Girona. Girona. ¹⁶Hospital Xeral Cies. Vigo. Pontevedra.

Introducción: La fatiga es un síntoma común en la artritis reumatoide (AR), no requerido para su diagnóstico y manejo pese a resultar una medida fiable y sensible al cambio en la AR. Su contribución a la actividad de la enfermedad se ha visto directa e indirectamente relacionada con otros síntomas de la AR, y se apuesta por un mecanismo desencadenante común que implica al eje IL-6-HPA, una posible diana terapéutica de tocilizumab (TCZ).

Objetivos: Evaluar en pacientes con AR tratados con TCZ la correlación entre el cambio en la fatiga con la evolución de algunos factores relacionados: Hb sérica, número de articulaciones inflamadas (SJC), rigidez matutina, dolor, somnolencia, estado de ánimo, y factores personales como: estado civil, hijos viviendo en casa, situación laboral, eventos importantes en la vida, ejercicio, horas de sueño durante la noche y cuidado de personas dependientes.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico, prospectivo de 24 semanas de seguimiento, en pacientes con AR de moderada a grave, no respondedores o intolerantes al tratamiento con FAMES o inhibidores de TNF, que iniciaron tratamiento con TCZ. Se recogieron datos al inicio del tratamiento con TCZ (visita basal), y en 2 visitas de seguimiento habituales más próximas a las semanas 12 y 24 desde el inicio de TCZ. Se presentan los resultados finales.

Resultados: Se evaluaron 120 pacientes (87% mujeres), con una media de edad de $52,2 \pm 12,6$ años y una media de duración de la enfermedad de $9,1 \pm 7,8$ años. Las características basales fueron: Hb (g/dl), $12,4 \pm 1,4$; PCR (mg/l), $12,5 \pm 16,9$; índice DAS28, $5,6 \pm 1,0$; TJC, $8,6 \pm 6,3$; SJC, $5,9 \pm 4,2$; valoración global por el paciente mediante escala visual analógica (EVA) (cm), $6,9 \pm 2,1$; valoración global por el médico mediante EVA (cm) $6,1 \pm 2,0$; grado de dolor mediante EVA (cm), $6,7 \pm 2,3$; duración de la rigidez matutina (horas), $1,3 \pm 2,4$; fatiga (escala FACIT_F), $23,7 \pm 11,1$; estado de ánimo (inventario de depresión de Beck), $18,5 \pm 13,0$; grado de somnolencia (escala de Epworth), $6,1 \pm 4,5$. Tras 24 semanas, el cambio medio en la puntuación DAS28 fue de $-2,7 \pm 1,4$ ($p < 0,001$ vs inicio), y el 61% de los pacientes alcanzaron buena respuesta EULAR. En las semanas 12 y 24 se observaron cambios medios significativos respecto al inicio en los resultados de fatiga y de factores relacionados (véase tabla). El análisis de regresión múltiple mostró que las variables independientes somnolencia y estado de ánimo explicaron el 35% del cambio en la fatiga observado a lo largo del estudio [somnolencia, (semana 12: B: 0,7; $p < 0,001$; semana 24: B: 0,9; $p < 0,001$), y estado de ánimo, (semana 12: B: 0,45; $p < 0,001$; semana 24: B: 0,45; $p < 0,001$)].

Cambio medio \pm DE de los resultados de fatiga y factores relacionados vs inicio	Semana 12	p-valor	Semana 24	p-valor
Fatiga	$-4,7 \pm 9,3$	$< 0,001$	$-5,2 \pm 10,9$	$< 0,001$
Hb sérica (g/dl)	$0,6 \pm 1,1$	$< 0,001$	$0,6 \pm 1,1$	$< 0,001$
PCR (mg/l)	$-10,7 \pm 17,3$	$< 0,001$	$-11,2 \pm 19,0$	$< 0,001$
SJC	$-3,7 \pm 5,1$	$< 0,001$	$-4,1 \pm 4,4$	$< 0,001$
Rigidez matutina (horas)	$-0,9 \pm 2,6$	$< 0,001$	$-1,0 \pm 2,5$	$< 0,001$
Grado de dolor (cm)	$-2,6 \pm 2,6$	$< 0,001$	$-2,7 \pm 3,0$	$< 0,001$
Grado de somnolencia	$-0,6 \pm 4,4$	0,162	$-1,0 \pm 3,6$	$< 0,001$
Estado de ánimo	$-3,6 \pm 9,4$	$< 0,001$	$-3,9 \pm 11,7$	$< 0,005$

Conclusiones: Tocilizumab mejora la fatiga por vía directa al reducir la concentración de los reactantes de fase aguda, y aumenta los niveles de Hb. Indirectamente, esto se traduciría en una mejora subjetiva de los resultados reportados por los pacientes. La somnolencia y el estado de ánimo son los únicos factores significativamente asociados al cambio observado en la fatiga.

211. AUTOANTICUERPOS FRENTE AL HUSO MITÓTICO: PREVALENCIA Y ENFERMEDADES ASOCIADAS

V. Pascual, G. Candelas, M. Núñez, A. Comins y S. Sánchez-Ramón

Servicios de Inmunología Clínica y Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: El aparato mitótico es la estructura encargada de dirigir el movimiento de los cromosomas durante la división celular. Los anticuerpos dirigidos frente a este aparato producen patrones de tinción característicos en la inmunofluorescencia indirecta de células en metafase. Estos patrones son ligeramente diferentes en función de la especificidad a la que se dirija el autoanticuerpo.

Objetivos: La asociación clínica de estos patrones no está claramente establecida. El objetivo de este estudio es realizar un estudio descriptivo de pacientes con anticuerpos dirigidos al aparato mitótico. Con ello, se estudió la posible asociación de estos patrones por factores de edad, sexo o tipo de clínica. Por otro lado, se busca establecer la prevalencia de estos patrones en la población estudiada.

Métodos: Se revisaron todos los pacientes con anticuerpos anti-nucleares (ANA) positivos diagnosticados por el Servicio de Inmunología Clínica del Hospital Clínico San Carlos, de enero de 2013 a diciembre de 2013. La determinación de estos patrones se realiza por la técnica de referencia, inmunofluorescencia indirecta sobre células HEp-2 de carcinoma humano con el autoanalizador HELIOS (Aesku, Wendesheim, Alemania). Posteriormente se realizó una relectura manual con el microscopio de fluorescencia Nikon Eclipse E400.

Resultados: Se estudiaron 1.788 pacientes con ANA positivos, de un total de 7.280 sueros analizados, lo que representa el 24,56%. Dentro del grupo de ANA positivos, se encontraron 78 pacientes con autoanticuerpo frente al aparato mitótico, mostrando una prevalencia del 4,36%. No se encontraron diferencias significativas según sexo entre los grupos formados por los diferentes patrones ($p = 0,5$). La edad de los pacientes mostró una gran variabilidad, con una media global de $60,6 \pm 17,6$ años. Se observaron grandes diferencias con respecto a la clínica de los pacientes, con cierto predominio de las alteraciones hepáticas $n = 17$; 21,8%; alteraciones tiroideas $n = 4$; 5,48%; conectivopatía $n = 3$, 4,1%; y cáncer $n = 1$, 1,37%.

Patrón	Nº pacientes	Prevalencia	Hombre:Mujer	Edad
Midbody	33	1,85%	1:1	$62 \pm 16,4$
NuMA	30	1,68%	1:1,3	$69 \pm 19,3$
Centriolo	12	0,67%	1:3	$55 \pm 17,9$
Fibras del huso	2	0,11%	1:1	$67 \pm 20,5$
CenpF	1	0,06%		52

Conclusiones: La prevalencia de autoanticuerpos frente al huso mitótico en nuestra serie representa el 5% del total de ANAs positivos. La clínica de los pacientes con anticuerpos frente al aparato mitótico muestra una elevada prevalencia de alteraciones hepáticas.

212. DIFERENCIAS EN EL EQUILIBRIO TREG/TH17 EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

L. Álvarez-Rodríguez¹, M. López-Hoyos², J. Calvo-Alén³, I. Villa³ y V.M. Martínez-Taboada¹

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

Objetivos: Las células T reguladoras han adquirido un papel muy importante en el control de los fenómenos autoinmunes así como en

los mecanismos de tolerancia. Los defectos en el número y/o función de estas células se han asociado con el desarrollo de enfermedades autoinmunes sistémicas. El objetivo del presente trabajo fue caracterizar los niveles de células T reguladoras y células Th17 circulantes en pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF) y lupus eritematoso sistémico (LES).

Métodos: El estudio incluyó a 33 pacientes con SAF (29 con SAF 1º y 4 con SAF asociado a LES) y 18 controles sanos de la misma edad y sexo (HC). Como grupo control de enfermedad se incluyeron 15 pacientes con LES (11 pacientes con LES sin manifestaciones clínicas de SAF). Los pacientes con LES debían presentar un SLEDAI = 4 (y sólo se permitía tratamiento con antipalúdicos y/o dosis bajas de corticoides para el control de la enfermedad). El análisis de las células T reguladoras y células Th17 circulantes se llevó a cabo mediante citometría de flujo. La determinación de la capacidad supresora de las Tregs circulantes se realizó mediante el marcaje con CFSE en un ratio 1:1/cél T efectoras tras la activación policlonal con anti-CD3 y anti-CD28.

Resultados: La frecuencia y número absoluto de células con fenotipo CD4⁺CD25^{hi}FoxP3⁺CD127^{-/low}CD27⁺ en sangre de pacientes con SAF y LES no fue significativamente diferente de los HC. Tampoco encontramos diferencias significativas entre las dos patologías. La frecuencia de células CD4⁺IL17⁺IFN⁺ y CD8⁺CD28⁻CD27⁺ fue significativamente superior en los pacientes con LES comparado con SAF, pero similar a la de los HC. La frecuencia de las células Th17 (CD4⁺IL17⁺IFN⁻ y CD4⁺IL17⁺CCR6⁺) fue significativamente mayor en sangre de pacientes con LES en comparación con los HC (p = 0,004) y los pacientes con SAF (p = 0,001). Por consiguiente, el ratio Tregs/Th17 estaba significativamente aumentado en los pacientes con SAF (p = 0,002) y en los HC (p = 0,005) respecto a los pacientes con LES. Sin embargo, no encontramos diferencias significativas en la capacidad supresora de las Tregs en los distintos grupos de estudio.

Conclusiones: Los pacientes con LES, pero no con SAF, presentan un aumento en la frecuencia de células Th17. La frecuencia de Tregs es similar en pacientes con LES, SAF, y en individuos sanos. Así, y a pesar de la ausencia de actividad del LES, este parece asociarse con un incremento en las células inflamatorias no controladas por las células T reguladoras.

El presente trabajo está financiado por becas de: Roche (España) e IFIMAV.

213. ANÁLISIS DE LA SEGURIDAD A LARGO PLAZO DE RITUXIMAB EN PACIENTES CON ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS. ESTUDIO OBSERVACIONAL DE 7 AÑOS DE SEGUIMIENTO

A. Cuervo, M.V. Hernández, F. Martín, V. Ruiz-Esqüide, J. Ramírez, S. Cabrera, J. Inciarte, J.D. Cañete y R. Sanmartí

Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología. Hospital Clínico. Universidad de Barcelona. Barcelona.

Introducción: Rituximab (RTX), fármaco biológico aprobado para el tratamiento de la artritis reumatoide activa refractaria a anti-TNF, produce una depleción de células B. Debido a su mecanismo de acción, se ha descrito en estos pacientes una disminución progresiva de los niveles de inmunoglobulinas (Ig) que podría asociarse a un riesgo mayor de infección.

Objetivos: Analizar la seguridad a largo plazo del tratamiento con RTX en pacientes afectados de artritis reumatoide y de otras artropatías inflamatorias, especialmente, el riesgo de desarrollo de infecciones graves según el nivel de Ig.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, que incluyó todos los pacientes tratados en el Servicio de Reumatología de un hospital de tercer nivel desde junio de 2006 hasta diciembre de 2013, que habían recibido, al menos, un ciclo de tratamiento con RTX. Variables analizadas: datos demográficos (edad, género); diagnóstico y duración de la enfermedad; positividad de factor reumatoide (FR) o

anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados (anti-CCP); fármaco biológico previo; tratamiento concomitante: fármaco modificador de la enfermedad (FAME) y/o glucocorticoides (GC); nº ciclos recibidos; dosificación de inmunoglobulinas (Ig) y efectos adversos reportados, especialmente infecciones graves.

Resultados: Hasta diciembre 2013 se incluyeron 53 pacientes, (85% mujeres); edad media 58,9 ± 12,9, que recibieron un total de 169 ciclos de rituximab (media: 3,3 ± 2,2 ciclos/paciente) a lo largo de estos 7 años. Los diagnósticos fueron: artritis reumatoide (75,5%); sd. solapamiento (11,3%); lupus eritematoso sistémico (5,7%); artritis psoriásica (3,7%); oligoartritis seronegativa (1,9%); y artritis idiopática juvenil (1,9%). La duración media de la enfermedad fue de 15,1 ± 8,4 años y el 79,2% eran FR/anti-CCP positivo. El 67,9% de los pacientes habían recibido biológico previo y el 37,7% habían recibido 2 o más fármacos biológicos. El 77,3% recibían FAME concomitante (47,2% metotrexato, 30,2% leflunomida; 11,3% hidroxilcloroquina; 3,8% micofenolato); y el 79,2% GC. Se observó una disminución progresiva y significativa de los niveles de IgG (p = 0,018), IgM (p = 0,018) e IgA (0,05), ya evidente tras el primer ciclo, aunque sólo un 13,2% de los pacientes presentó niveles inferiores a la normalidad en alguna de las Ig. Se reportaron 25 efectos adversos, 19 de ellos se consideraron relacionados con el fármaco: 2 reacciones infusionales, 2 leucopenias y 15 infecciones (7 tracto respiratorio, 5 infecciones urinarias, 2 infecciones articulares y 1 bacteriemia), de las cuales 4 se consideraron graves según criterio médico, aunque ningún paciente discontinuó el fármaco por ese motivo. No se reportó ninguna infección oportunista ni desarrollo de neoplasia. No se observó un mayor nº de infecciones en los pacientes con niveles bajos de Ig respecto a los que mantuvieron niveles normales.

Conclusiones: Tras una exposición prolongada a RTX, durante 7 años de observación, los efectos adversos graves, incluyendo infecciones, se mantuvieron estables a lo largo del tiempo y de múltiples ciclos de tratamiento, mostrando un buen perfil de seguridad, incluso en aquellos pacientes que presentaron disminución de los niveles de Ig.

214. DISTRIBUCIÓN DE LOS SUBTIPOS DE LINFOCITOS B EN LA SANGRE DE PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

L. Álvarez-Rodríguez¹, M. López-Hoyos², J. Calvo-Alén³, I. Villa³ y V.M. Martínez-Taboada¹

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

Objetivos: El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmune caracterizada por el desarrollo de trombosis y manifestaciones obstétricas en presencia de anticuerpos antifosfolípidos (APL). Precisamente, dada la producción de autoanticuerpos, se considera una enfermedad autoinmune humoral. Sin embargo, el papel de las células B en su patogenia no está claro como en el lupus eritematoso sistémico (LES). En el presente trabajo hemos cuantificado en sangre las frecuencias de las células B durante su diferenciación en pacientes con SAF en comparación con LES.

Métodos: Analizamos mediante citometría de flujo diferentes subpoblaciones de células B en 33 pacientes con SAF (en 4 de ellos asociado a LES) y en 14 LES. Como grupo control se estudiaron 13 sujetos sanos (HC) de la misma edad y sexo. Mediante un panel de anticuerpos monoclonales (anti-CD5, CD10, CD19, CD24, CD27, CD38, CD138, IgM e IgD) conjugados a diferentes fluorocromos identificamos las poblaciones de células B inmaduras, naïve, dobles negativas (DN), memoria "unswitched", memoria "switched" y plasmáticas.

Resultados: Los pacientes con SAF únicamente mostraron un descenso significativo ($p = 0,041$) en el porcentaje de células B inmaduras ($CD19^+CD5^+CD10^+CD27^+IgD^+CD24^{hi}CD38^{hi}$) en sangre respecto a los LES y HC. También la población de células B naïve estaba disminuida en SAF primario respecto a LES ($p = 0,009$), aunque a niveles semejantes a los HC. Por otro lado, el SAF asociado a LES mostró un mayor porcentaje de células memoria "switched" que el LES aislado ($p = 0,027$) pero no hubo diferencias respecto a las células plasmáticas. Las células memoria "unswitched" estuvieron significativamente ($p = 0,003$) disminuidas en LES respecto a SAF. Los pacientes con SAF y APL de clase IgG tuvieron más células B memoria que los pacientes con LES y APL de clase IgG. Esta diferencia, aunque no significativa, no se observó para los pacientes con APL de clase IgM o mixto (IgG e IgM).

Conclusiones: La presencia de un menor porcentaje de células B menos maduras en los pacientes con LES frente a los de SAF puede sugerir que en el SAF las células B tienen menor capacidad de diferenciación hacia células productoras de otras especificidades de autoanticuerpos que en el LES. De hecho, parece correlacionarse la presencia de APL de clase IgG con un mayor porcentaje de células memoria que ya se han diferenciado en centro germinal. El presente trabajo está financiado por becas de: Roche (España) e IFIMAV.

215. EFECTOS DE CERTOLIZUMAB PEGOL DESPUÉS DE 48 SEMANAS SOBRE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA CON Y SIN EXPOSICIÓN PREVIA AL INHIBIDOR DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL

J.J. Gómez-Reino¹, P.J. Mease², R.M. Fleischmann³, J. Wollenhaupt⁴, A. Deodhar⁵, D. Gladman⁶, C. Stach⁶, B. Hoepken⁷, L. Petersonand⁸ y D. van der Heijde⁹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. A Coruña. ²Swedish Medical Center and University of Washington. Seattle, WA. EEUU. ³University of Texas Southwestern Medical Center. Dallas, TX. EEUU. ⁴Schön Klinik. Hamburg. Alemania.

⁵Oregon Health & Science University. Portland, OR. EEUU. ⁶Toronto Western Hospital and University of Toronto. Toronto. Canadá.

⁷UCB Pharma. Monheim. Alemania. ⁸UCB Pharma. Raleigh, NC. EEUU.

⁹Leiden University Medical Center. Leiden. Holanda.

Introducción y objetivos: Datos previos de RAPID-PsA han demostrado eficacia y seguridad de certolizumab pegol (CZP), anti-TNF PEGilado libre de fragmento Fc, después de 24 semanas (sem) en pacientes (pac) con artritis psoriásica (PsA), incluyendo aquellos con tratamientos previos con inhibidores TNF (iTNF). Reportamos datos de eficacia y seguridad de CZP en pac con PsA hasta 48 sem.

Métodos: El estudio en marcha RAPID-PsA (NCT01087788) es un ensayo doble ciego, controlado con placebo (PBO) hasta sem 24 y enmascaramiento de dosis (ED) hasta sem 48. Los pacientes tenían PsA activa y con fallo a = 1 FAMES. Los pac inicialmente aleatorizados a CZP (200 mgQ2W o 400mg Q4W, tras dosis de inducción (DI) de 400 mg a las sem 0, 2, 4) continuaban en su dosis asignada durante la ED; los pac PBO que entraban en la fase ED eran re-aleatorizados a CZP con DI seguido de 200mg Q2W o 400mg Q4W. Reportamos eficacia de los pac del grupo aleatorizado (RS) inicialmente a CZP. Las variables primarias fueron ACR20 a sem12 y cambio respecto a basal (CFB) en puntuación total de Sharp Modificada (mTSS) a sem24. Otras variables fueron PASI75/90 y ACR20/50/70, CFB en HAQ-DI, PsA QoL, dolor (EVA) y fatiga (NRS) en sem 24 y 48, y mTSS sem48. Análisis post-hoc evaluaron actividad mínima de la enfermedad (MDA) en sem24 y 48, y compararon ACR a 48sem en pac con y sin exposición previa a iTNF. Se utilizó NRI para medición categórica, LOCF para medición cuantitativa. El grupo de seguridad

se constituyó con todos los pac tratados con CZP en cualquier momento del estudio a 48sem.

Resultados: Se aleatorizaron 409 pac, 273 recibieron CZP desde la sem 0. 54 (19,8%) pac combinados (200 mgQ2W + 400 mg Q4W) habían estado expuestos previamente a iTNF, con características basales similares a los pac sin exposición previa. De los pac CZP aleatorizados, el 91% llegó a sem 24 y 87% hasta sem 48. El ACR20/50/70 y MDA se mantuvieron desde sem24 a 48 (tabla), y se observaron ACR similares hasta sem48 en los pac con y sin exposición previa a iTNF. Los CFB en HAQ-DI, PsAQoL, dolor (VAS) y fatiga (NRS) se mantuvieron hasta la sem 48 (tabla). En los pac con = 3% de afectación de la piel en basal (BL) (60,8% de los pac CZP), las respuestas PASI75 y PASI90 se mantuvieron desde sem 24 a 48 (tabla). La progresión radiográfica en los pac tratados con CZP permaneció baja (mediana LS de cambio en mTSS respecto a BL: sem 24, 0,00; sem 48, 0,13). En el grupo de seguridad ($n = 393$), se reportaron efectos adversos (EAs) en 304 (77,4%; tasa de eventos (ER) por 100 pac-años = 394,6), EAs graves en 39 (9,9%; ER = 15,3). EAs graves incluyeron 8 infecciones (2,0%; ER = 3,0), con un caso de tuberculosis (0,3%; ER = 0,3), 3 muertes a lo largo de las 48 sem (0,8%), con 1 muerte (0,3%) entre sem24 y 48 (cáncer de mama). Los datos que se presentan son valores medios salvo donde se menciona otra variable. Para todos los pac aleatorizados a CZP en BL (RS). (a) EVA: 0-100 mm: 0 = sin dolor, 100 = dolor más grave; (b) NRS: 0 = no fatiga, 10 = fatiga severa; (c) % PASI pac con = 3% de afectación del area corporal en BL (CZP 200 mg, N = 90, CZP 400 mg N = 76).

Resultados sem 24 y 48 para todos los pac por brazo de tratamiento

Variable	CZP 200 mg Q2W N=138		CZP 400 mg Q4W N=135	
	Sem 24	Sem 48	Sem 24	Sem 48
ACR20 (%)	63,8	66,7	56,3	65,9
ACR50 (%)	44,2	49,3	40,0	45,9
ACR70 (%)	28,3	34,8	23,7	30,4
MDA (%)	33,3	37,7	34,1	34,8
CFB HAQ-DI	-0,52	-0,56	-0,43	-0,49
CFB PsAQoL	-4,4	-4,8	-3,3	-3,5
CFB Dolor (a)	-28,6	-31,6	-28,4	-29,5
CFB Fatiga (b)	-2,2	-2,4	-1,9	-2,0
PASI75 (c) (%)	62,2	66,7	60,5	61,8
PASI90 (C) (%)	46,7	48,9	35,5	42,1

Conclusiones: La eficacia clínica de CZP se mantuvo a lo largo de 48sem en pac con PsA, incluyendo los pac con y sin exposición previa a iTNF. También se mantuvieron hasta la sem 48 la baja progresión radiográfica y la mejoría PASI. Perfil de seguridad en línea con el observado para CZP en AR.

216. MORTALIDAD DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

L. Orpinell, D. Marqués, J. Pérez-Ruiz, L. López-Núñez, M. Sarbu, I. Padró, A. Pros y P. Benito

Servicio de Reumatología. Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una conectivopatía caracterizada por fibrosis y cambios vasculares en piel y órganos internos. Se asocia con alta mortalidad. Estudios recientes sugieren que las causas de muerte asociadas a ES están relacionadas con afectación cardiopulmonar. Las causas no relacionadas con ES incluyen infecciones, neoplasias y aterosclerosis.

Objetivos: Determinar la razón de mortalidad estandarizada (RME) y las causas de muerte en pacientes con ES de nuestra cohorte, en un periodo de 15 años.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en una cohorte hospitalaria de pacientes con ES (criterios ACR/EULAR 2013) fallecidos en un periodo de 15 años de seguimiento. Se recogieron variables

demográficas (edad, sexo), comorbilidades, factores de riesgo cardiovascular. Se registraron características propias de la ES como los subtipos (difusa o limitada), la autoinmunidad (anti-Scl70, ANA, anticentrómero, ACA IgG e IgM, AL, FR, RNP, anti-Ro, anti-La, Anti-Ku), la afectación cutánea con el Skin Score de Rodnan modificado (sk.m) y las manifestaciones de la ES como la afectación pulmonar (HTP y enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID)), cardíaca (miocardiopatía, disfunción ventricular, isquemia miocárdica no aterosclerótica, miocarditis y arritmias), renal (crisis renal), esofágica (alteración en la manometría) y muscular (por clínica, analítica o electromiograma). Se recogieron las causas de muerte de cada paciente. Se calculó la RME.

Resultados: Los fallecidos fueron 9 de 105 pacientes (edad media de 72 ± 10 , duración media de la enfermedad de 7 ± 10 años). El RME fue de 11,04. Respecto al subtipo de ES se encontró ES difusa en 8/9, con Anti Scl70 + en 4/8, Anticentrómero + en el subtipo limitado y 4/9 con AC específicos para ES negativos. Presentaban afectación cutánea de severidad moderada (Sk.m 15-29) 5/9, 1/9 afectación severa (Sk.m 30-39) y 1 paciente severidad cutánea estadio terminal (sk.m 40+). Tenían afectación pulmonar tipo EPID 8/9, 4/9 hipertensión pulmonar (3 de ellos asociada a EPID). La afectación cardíaca se encontró en 7/9 (6/7 arritmia; 1/7 cardiopatía isquémica con coronarias sanas). Afectación muscular en 2/9, esofágica en 1/9 y renal en 1/9. Comorbilidades: Hipertensión arterial en 7/9. Cardiopatía isquémica: 1/9. Otras enfermedades autoinmunes asociadas: 2/9 (lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, vasculitis p-Anca). Factores de riesgo cardiovascular (+ de 2): 2/9. Las causas de muerte asociadas con la ES fueron 7/9: 3 por enfermedad pulmonar, 2 de causa cardíaca (muerte súbita con arritmia previa), 1 por afectación renal severa y 1 por afectación esofágica severa con malnutrición. No relacionadas con la ES: 2/9 (neoplasia y tromboembolismo pulmonar).

Conclusiones: 1. La RME fue del 11,04. 2. La causa más común de mortalidad en nuestra cohorte fue cardiopulmonar (55%), similar a la hallada en estudios publicados. 3. La muerte súbita se presentó en 2/9 pacientes, con diagnóstico reciente de arritmia. Las arritmias se evidenciaron en más del 50% de los pacientes, porcentaje mayor a otras series. 4. Un paciente falleció por crisis renal esclerodérmica (11%), cifra baja pero en consonancia con otras series publicadas recientemente.

217. RELACIÓN ENTRE HIPERURICEMIA E HIPERTENSIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

J. Pérez-Ruiz, D. Marqués Gil, L. Orpinell Palacio, M. Ciria Recasens, L. López, M. Sarbu, M. Campillo, A. Pros y P. Benito

Servicio de Reumatología. Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad del tejido conectivo que puede ocasionar hipertensión pulmonar (HTP). Por otro lado, en estudios previos, se han observado niveles elevados de ácido úrico en suero en pacientes con hipertensión pulmonar secundaria a ES (Dimitroulas et al. Rheumatol Int. 2011;31:263-7; Voelkel et al. Chest. 2000;117:19-2).

Objetivos: Estudiar la posible asociación entre los niveles de AU en suero y la presencia de htp en nuestra cohorte de pacientes con ES.

Métodos: Revisión retrospectiva de una cohorte de pacientes con ES del servicio de Reumatología de un hospital universitario de tercer nivel. Se consideró como hiperuricemia los valores de AU $\geq 6,8$ mg/dl, e HTP como presión arterial pulmonar estimada (PAPS) por ecocardiografía ≥ 40 mmHg. Variables recogidas: sexo, edad, tipo de ES (limitada o difusa), valores de PAPS en mmHg, niveles de AU (mg/dl) y función renal (creatinina y urea). El estudio estadístico incluyó el uso de tablas de contingencia para variables cualitativas y t-Student para variables cuantitativas. El nivel de significación estadística se estableció para $p \leq 0,05$.

Resultados: Se incluyeron un total de 65 pacientes con ES (91,67% mujeres). ES limitada: 44; ES difusa: 21. De todos ellos, 9 pacientes (13,8%) presentaban HTP ($47,60 \pm 4,08$ vs $25,98 \pm 7,48$ mmHg $p < 0,001$). No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes (con o sin HTP), según medias de ácido úrico en suero, edad, función renal ni en el porcentaje de ES. Al analizar diferencias según niveles de AU, se observó, en los pacientes con hiperuricemia ($7,45 \pm 0,93$ mg/dl), unas medias de edad, función renal y porcentaje del tipo de ES similares a los normouricémicos ($4,42 \pm 0,96$ mg/dl). Sin embargo, en los pacientes con AU elevado se observaron unas medias más elevadas de PAPS, con tendencia a la significación estadística ($28,24 \pm 10,33$ vs $35,20 \pm 10,27$ mmHg; $p 0,054$) (tabla).

Conclusiones: Los pacientes con hiperuricemia de nuestra cohorte mostraron una tendencia a presentar unas medias superiores de PAPS que los pacientes con cifras de AU normales. Sin embargo, el reducido tamaño de la muestra, hace que sea necesario realizar estudios con mayor población para confirmar dichos hallazgos.

218. FORMAS DE INICIO DEL SÍNDROME ANTISINTETASA

J. Martínez-Barrío, M. Hinojosa, J. López-Longo, J.G. Ovalles, N. Bello, C. Mata Martínez, B. Serrano, J.C. Nieto González, M. Montoro, E. Naredo, C.M. González, I. Monteagudo y L. Carreño

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: El síndrome antisintetasa se caracteriza por la asociación variable de enfermedad intersticial pulmonar, artritis, fenómeno de Raynaud, "mano de mecánico" y polimiositis en pacientes con anticuerpos antisintetasa, generalmente dirigidos contra la histidil-ARNt sintetasa (Jo1).

Objetivos: Determinar los patrones clínicos de inicio del síndrome antisintetasa y su relación con la evolución de la enfermedad.

Métodos: Estudio prospectivo basado en un registro realizado en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, entre 1988-2013. Como criterio de inclusión principal todos los pacientes debían tener anticuerpos antisintetasa positivos, independientemente de cumplir criterios para otras enfermedades reumatológicas. Las características clínicas, demográficas y de laboratorio fueron registradas de acuerdo a un protocolo creado especialmente, al inicio de los síntomas y durante el curso de la enfermedad. La detección de anticuerpos antisintetasa fue realizada por LIA o ELISA. Se

Tabla Póster 217

	HTP n 9	No HTP n 56	P	AU < 6,8 mg/dl	AU $\geq 6,8$ mg/dl	P
Edad (años)	66,40 \pm 15,30	62,67 \pm 12,76	0,483	63,40 \pm 12,43	62,40 \pm 17,18	0,864
ES limitada (%)	34,5	65,5	0,479	63,6	90	0,148
ES difusa (%)	20	80	0,479	36,4	10	0,148
AU (mg/dL)	5,39 \pm 1,67	4,79 \pm 1,41	0,314			
Urea (mg/dL)	37,70 \pm 11,13	37,47 \pm 9,46	0,953	37,29 \pm 9,65	38,70 \pm 11,60	0,682
Creatinina (mg/dL)	1,00 \pm 0,20	0,86 \pm 0,22	0,077	0,86 \pm 0,21	0,98 \pm 0,26	0,197
PAPS (mmHg)				28,24 \pm 10,33	35,2 \pm 10,27	0,054

compararon las variables cuantitativas mediante la prueba t de Student. La asociación entre la presencia de autoanticuerpos y las variables clínicas y de laboratorio se investigó utilizando la prueba de chi cuadrado de Pearson.

Resultados: De un total de 32 pacientes, 21 (65,6%) eran mujeres y 11 (34,4%) varones. La edad media al inicio de la sintomatología fue de 47,4 años y el tiempo medio de evolución de la enfermedad 11,1 años. La manifestación más común al inicio de la enfermedad fue artritis en el 50% de los pacientes (en 8 pacientes artritis > 6 semanas), seguida de síndrome constitucional (31,3%) y manifestaciones musculares (25%). La tabla muestra las distintas manifestaciones iniciales de la enfermedad y su frecuencia. Durante la evolución de la enfermedad 28 (87,5%) pacientes presentaron manifestaciones musculares, 26 (81,3%) artritis, 21 (65,6%) manifestaciones cutáneas, 20 (62,5%) enfermedad intersticial pulmonar y 13 (40,6%) fenómeno de Raynaud. Se encontró asociación entre la presencia de Anti-Ro52 e inicio de la enfermedad con artritis ($p = 0,009$), desarrollo de enfermedad intersticial pulmonar ($p = 0,002$) y complemento bajo ($p \leq 0,001$).

Tabla Póster 218

Manifestaciones iniciales del síndrome antisintetasa

(n = 32)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Fiebre > 37,5°	7	21,9
Síndrome constitucional	10	31,3
Artritis	16	50,0
- Artritis > 6 semanas	8	25,0
Manifestaciones cutáneas	7	21,9
Manifestaciones pulmonares	5	15,6
Manifestaciones cardíacas	1	3,1
Fenómeno de Raynaud	5	15,6
Manifestaciones musculares	8	25,0
Síndrome de Sjögren	1	3,1

Conclusiones: En nuestro estudio, el síndrome antisintetasa tuvo un inicio muy heterogéneo, con un desarrollo secuencial de las manifestaciones clínicas y no todos los pacientes presentaron todas las manifestaciones simultáneamente ni a lo largo de su evolución. El anticuerpo Anti-Ro52 se asoció en nuestra serie a la presencia de artritis como manifestación inicial de la enfermedad y al desarrollo de enfermedad intersticial pulmonar, lo que puede tener relevancia tanto para el diagnóstico diferencial de la enfermedad como para su seguimiento.

219. EL POLIMORFISMO RS3771863 DEL GEN TACR1 ESTÁ ASOCIADO A UN MENOR RIESGO DE SÍNDROME SECO EN PACIENTE AFECTOS DE FIBROMIALGIA

L. Rodríguez-Rodríguez¹, J.R. Lamas¹, J.A. Jover¹, S. Baena¹, E. Olano², A. Collado³, J. Rivera⁴ y B. Fernández-Gutiérrez¹

¹UGC de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

²Progenika Biopharma SA. Derio. Vizcaya. ³Unidad de Fibromialgia.

Servicio de Reumatología. ICEMEQ. Hospital Clínic. Barcelona.

⁴Unidad de Reumatología. Instituto Provincial de Rehabilitación.

Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos: Estudiar en pacientes afectados de fibromialgia (FM) las bases genéticas implicadas en la presencia de síndromes/síntomas relacionado con esta enfermedad, y/o en su gravedad.

Métodos: Individuos diagnosticados de FM según criterios de ACR de 1990. Cohorte de descubrimiento (CoD) de 564 individuos, recogida de 15 centros de toda la geografía española. Cohorte de replicación (CoR) de 397 pacientes incluidos en la Banco de ADN para Investigación Genética en FM y Síndrome de Fatiga Crónica de la Fundación FF y en el Banco Nacional de ADN (Salamanca). En la CoD se estudio la asociación entre 320 polimorfismos de único nucleótido (SNPs) localizados en 22 loci y analizada la presencia de sínto-

mas y síndromes asociados a FM (depresión, cefalea, alteraciones del sueño, síndrome miofascial, síndrome de colon irritable, fatiga crónica, síndrome vertiginoso, cistitis crónica, síndrome seco) y la gravedad de la enfermedad, utilizando las escalas del FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire) y HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). En la CoR, se estudiaron aquellos SNPs y aquellas variables que se mostraron asociadas en la cohorte de descubrimiento. Según la variable dependiente fuera dicotómica o continua, se realizaron regresiones logísticas o lineales, respectivamente, para estudiar la asociación genética, utilizando un modelo de efecto aditivo, y midiendo la intensidad de la asociación mediante el Odds ratio (OR) con su intervalo de confianza del 95% [IC95%]. Los análisis fueron ajustados por sexo y tiempo de evolución desde el inicio de la sintomatología dolorosa. Los valores de p fueron ajustados por el número de variables principales estudiadas y se estableció un punto de corte de 0.05 para seleccionar aquellos SNPs que replicar en la CoR. Los resultados de la CoD y de la CoR fueron agrupados utilizando técnicas de metaanálisis. Se realizó una corrección del valor de p de este análisis conjunto teniendo en cuenta el número de bloques de desequilibrio de ligamiento incluidos en el estudio.

Resultados: El alelo menos del SNP rs3771863 del gen TACR1 se asoció de forma significativa a una menor riesgo de síndrome seco (OR ajustada 0.56, [IC95% 0,42-0,76], $p = 0,00022$).

Conclusiones: Nuestros hallazgos indican que el gen TACR1 podría jugar un papel en el desarrollo de síndrome seco en paciente con FM.

220. MEDIDA DE LA FIBROSIS HEPÁTICA MEDIANTE ELASTOGRAFÍA TRANSITORIA (FIBROSCAN®) EN 75 PACIENTES REUMATOLÓGICOS TRATADOS CON METOTREXATO

C.A. Vitoviz Chavarro¹, M. Aparicio Cabezedo², P. Linares Torres², C. Moriano Morales¹, T. Pérez Sandoval¹, E. Díez Álvarez¹, C. Álvarez Castro¹, M. Martín¹ y A. López Robles¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Digestivo.

Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción: El metotrexato (MTX) es un fármaco muy utilizado en el tratamiento de enfermedades reumáticas, cuyo uso de manera prolongada ha sido asociado clásicamente con fibrosis hepática (FH) (Goodman et al. Rheum Dis Clin North Am. 1994;20:513-29.). Dicha fibrosis es posible medirla mediante técnicas no invasivas como el FibroScan®.

Objetivos: Evaluar el grado de FH en pacientes con enfermedades reumáticas tratados con MTX, y su relación con la duración del tratamiento y la dosis acumulada.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo incluyendo pacientes tratados con MTX que padecían enfermedades reumáticas. Se evaluaron la duración del tratamiento y dosis acumulada de MTX, tipo de enfermedad reumática de base, uso de leflunomida, consumo de alcohol, presencia de hepatopatía previa, alteración de transaminasas y uso de otros fármacos. El grado de FH se midió por FibroScan®. El nivel de fibrosis se estableció de acuerdo a la escala METAVIR, como fibrosis leve ($F > 1$), fibrosis significativa ($F > 2$), fibrosis avanzada ($F > 3$) y cirrosis (F4). Los estudios más extensos indican unos valores de corte $F > 2$: 7,1 kilopascascales (kPa), $F > 3$: 9,5 kPa y F4: 14,5 kPa (2).

Resultados: Se incluyeron 75 pacientes (edad media de 58 años \pm 13,8), 46 mujeres (61%) y 29 hombres (39%). Presentaban artritis reumatoide 37 (49,3%), artritis psoriásica 16 (20,8%), artritis seronegativa 9 (11,7%), artritis asociada a la enfermedad de Crohn 10 (13%), lupus eritematoso sistémico 2 (2,6%) y espondilitis anquilosante 1 (1,3%). El tiempo medio de evolución de la enfermedad de base fue 9,38 años \pm 8,7. La duración media en meses de tratamiento con MTX fue de 72,8, siendo 360 meses la duración máxima en un paciente. La dosis media acumulada

de MTX fue de 3.171,7 mg \pm 2.395,5 mg. La media de FH fue de 4,88kPa \pm 1,39 observándose en el 100% una ausencia o ligera FH ($F < 2$). 18 pacientes (24%) tomaron en algún momento leflunomida, de los cuales 14 (18,7%) lo hicieron de manera combinada con MTX. Los niveles de glutamato-oxalacetato transaminasa (GOT) fueron de 21,35 UI/L \pm 8,8 y de glutamato piruvato transaminasa (GPT) de 27,85 UI/L \pm 42,1. Ningún paciente presentaba serología positiva para virus hepatótrofos ni ninguna otra hepatopatía. No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en el grado de FH según la enfermedad reumática de base, la duración del tratamiento, la dosis acumulada de MTX, los niveles de transaminasas o la toma de leflunomida asociada a MTX, tal como lo demuestran experiencias previas (Barbero-Villares et al. *Med Clin (Barc)*. 2011;137:637-9).

Conclusiones: El MTX parece ser un fármaco seguro, incluso siendo utilizado durante años. La elastografía de transición (FibroScan®), puede ser un método útil para valorar la FH y su seguimiento en este grupo de pacientes.

221. ¿NECESITAN LOS PACIENTES CON ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS TRATADOS CON RITUXIMAB RECIBIR LA MISMA DOSIS EN CICLOS SUCESIVOS? ANÁLISIS DEL MANTENIMIENTO DE LA RESPUESTA TRAS UNA PAUTA DE REDUCCIÓN DE DOSIS

M.V. Hernández, A. Cuervo, V. Ruiz-Esquide, J. Ramírez, S. Cabrera, J. Inciarte, J.D. Cañete y R. Sanmartí

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

Introducción: La pauta de rituximab (RTX) aprobada para el tratamiento de la artritis reumatoide son ciclos de 2 infusiones de 1g administradas en un intervalo de 2 semanas. Sin embargo, recientemente se ha observado que, tras un primer ciclo de pauta estándar, el retratamiento con una dosis total de 1 g de RTX puede tener una eficacia clínica comparable, siendo una pauta más coste-efectiva (Mariette et al. *Ann Rheum Dis*. 2013). En nuestro Servicio, desde septiembre de 2011 se disminuyó la dosis de la pauta de retratamiento de RTX a 1 g (dosis total)/ciclo en aquellos pacientes con buena respuesta inicial a RTX.

Objetivos: Analizar si la pauta de retratamiento con ciclos de RTX de 1 g (dosis total) es igualmente efectiva en el mantenimiento de la respuesta clínica que la pauta clásica de ciclos de 2 g.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, en el que se analizó, en condiciones de práctica clínica, la eficacia a largo plazo de la pauta de retratamiento de RTX en ciclos de 1 g dosis total (administrados en 2 infusiones de 500 mg cada una en intervalo de 2 semanas; o bien en 1 infusión única de 1 g). Todos los pacientes habían recibido, al menos, un ciclo inicial de RTX en pauta estándar con buena respuesta según juicio clínico. Se valoraron como medidas principales de eficacia la necesidad de incrementar la dosis de RTX a la de la pauta estándar (2 g) o la retirada del fármaco por ineficacia. Secundariamente, se valoró también la evolución de los valores de velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR) tras el retratamiento, analizando si existían diferencias significativas entre los resultados de la última visita de valoración realizada al paciente (pauta de dosis total 1 g) y la visita de valoración previa a la reducción de dosis (pauta dosis total 2 g).

Resultados: Desde 2006 a 2013, 53 pacientes (86,8% artritis reumatoide) recibieron en nuestro Servicio, al menos, un ciclo de RTX en pauta clásica, de los que 41 (77,3%), presentaron una buena respuesta al primer ciclo de tratamiento. Desde septiembre 2011, la pauta de retratamiento de RTX se redujo a 1 g (dosis total)/ciclo en 29 pacientes (edad media: 59,5 \pm 10,4 años; 86,2% mujeres; duración de la enfermedad 11,7 \pm 7,9 años; 79,3% positivos para factor reumatoide/anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados). El 79,3%

recibían tratamiento concomitante con fármaco modificador de la enfermedad (FAME) y el 86,2% con glucocorticoides. La media de ciclos de RTX en pauta estándar (2 g) que habían recibido los pacientes antes de la reducción de dosis fue de 2,03 \pm 1,35. Tras un seguimiento de 20,7 \pm 9,3 meses, ninguno de los 29 pacientes precisó incremento de la dosis de RTX, ni discontinuó el tratamiento por pérdida de eficacia. No se observaron diferencias en los valores de VSG y PCR entre la última valoración realizada al paciente y la previa a la reducción de dosis (media VSG: 18,1 \pm 12,3 vs 18,4 \pm 13,1 mm/h, respectivamente; $p = 0,50$; media PCR: 0,6 \pm 0,8 vs 0,9 \pm 1,2 mg/dl, respectivamente; $p = 0,07$). La reducción de dosis no conllevó a un aumento de la frecuencia de administración de ciclos (8,5 \pm 3,2 vs 8,2 \pm 2,8 meses).

Conclusiones: Tras una respuesta clínica favorable a un primer ciclo de RTX en pauta estándar, observamos que el retratamiento en ciclos posteriores con una dosis total de 1 g de RTX/ciclo presenta un mantenimiento de la respuesta a lo largo del tiempo, siendo una pauta más coste-efectiva.

222. OSTEOMIELITIS SUBAGUDA DEL ILÍACO EN NIÑOS. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

P. Mesa del Castillo, P. Alcañiz Rodríguez, E. Doménech Abellán, C. Salvador García, M. Castellón Pérez, S. Alfayate Minguélez, A. Menasalvas Ruiz, G. Yagüe Guirao, C. Serrano García y J.M. Martos Tello

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: La osteomielitis (OM) subaguda es una entidad relativamente infrecuente en la edad pediátrica y representa un reto diagnóstico. Comparada con la osteomielitis aguda, la clínica es de mayor duración (más de 2 semanas), generalmente insidiosa y con imágenes llamativas que pueden crear confusión con procesos tumorales como el sarcoma de Ewing o el osteoma osteoide.

Métodos: Descripción de 2 casos en los que se realizó punción ósea para estudio anatomopatológico y microbiológico, revisión de literatura en Pubmed y Embase, de casos de osteomielitis subaguda en hueso ilíaco en población pediátrica.

Resultados: Se encontraron 8 casos publicados de OM subaguda en población pediátrica de localización pélvica. Caso 1: niña de 7 años con cuadro de 4 semanas de dolor pretibial y cojera, malestar general y fiebre de 3 días de evolución. Se obtiene RNM pélvica que informa imagen de destrucción ósea, zonas quístico-necróticas, erosión de la cortical, reacción perióstica y masa de partes blandas en hueso ilíaco izquierdo. La biopsia de lesión ilíaca mostró ausencia de patología tumoral y aislamiento de *Staphylococcus schleiferi* identificado mediante métodos bioquímicos y moleculares. La paciente se trató con cefotaxima y cloxacilina por vía intravenosa y cefadroxilo vía oral completando un total de 16 semanas de tratamiento. El control de imagen muestra regresión de las lesiones y remisión clínica del cuadro. Caso 2: niña de 7 años con cuadro de 5 semanas de malestar general con dolor referido en ambas piernas y dolor abdominal. La semana previa al ingreso febrícula de hasta 37,9 °C. En estudio gammagráfico se observa hipercaptación intensa y asimétrica del trazador en hueso iliaco derecho. En RNM se informa de lesión ósea y de partes blandas en iliaco derecho, sin poder descartar causa tumoral. Se realizó biopsia del hueso ilíaco, los hallazgos anatomopatológicos fueron compatibles con osteomielitis y se aisló *Streptococcus sanguis*. La paciente fue tratada con cefotaxima intravenosa durante 4 semanas y levofloxacin oral hasta completar 16 semanas de tratamiento. Las imágenes de control muestran regresión de las lesiones y la paciente no refiere clínica asociada.

Conclusiones: Presentamos dos casos pediátricos de OM subaguda localizada en hueso ilíaco, con aislamiento microbiológico en muestra de biopsia. Dependiendo de las series, la OM subaguda supone

del 7 al 35% del total de OM pediátricas. Aproximadamente el 4% de las OM subagudas se localizan en pelvis, siendo más frecuente en epífisis y diáfisis de huesos largos. En las distintas series el aislamiento microbiológico en las OM subagudas se describe como difícil y no tenemos conocimiento de casos pediátricos en los que se aislara *S. scheliferi* o *S. sanguis* hasta la fecha. Ambos se han asociado a infecciones invasivas en situaciones de inmunosupresión, dispositivos percutáneos o procedimientos quirúrgicos. *S. schleiferi* se ha asociado a cuadros invasivos en inmunocompetentes; su capacidad patogénica está en discusión y se piensa que podría tener determinantes de virulencia similares a *S. aureus*. Se acepta que en la patogenia de la OM subaguda se combinan factores de resistencia del huésped y del microorganismo, contribuyendo a una evolución prolongada de las lesiones con clínica poco llamativa. A destacar también la importancia de la muestra ósea previa al inicio de tratamiento antibiótico, que mejora la tasa de aislamiento del microorganismo causante del cuadro.

223. DATOS DE EMBARAZO TRAS EXPOSICIÓN A CERTOLIZUMAB PEGOL: RESULTADOS DE VIGILANCIA DE SEGURIDAD

U. Mahadevan¹, S. Vermeire², D. Wolf³, F. Förger⁴, J. Cush⁵, A. Golembesky⁶, L. Shaughnessy⁶, D. de Cuyper⁷, S. Abbas⁸ y M. Clowse⁸

¹UCSF Medical Center. San Francisco. EEUU. ²University of Leuven. Leuven. Bélgica. ³Atlanta Gastroenterology Associates. Atlanta. EEUU. ⁴University of Bern. Bern. Suiza. ⁵Baylor Research Institute and Baylor University Medical Center. Dallas. EEUU. ⁶UCB Pharma Raleigh Durham. EEUU. ⁷UCB Pharma. Paris. France. ⁸Duke University Medical Center. Durham. EEUU.

Introducción y objetivos: Certolizumab pegol (CZP) es un anti-TNF PEGilado libre de fragmento Fc aprobado en 45 países para el tratamiento de la Artritis Reumatoide (AR) y/o Enfermedad de Crohn (EC); fue aprobado recientemente para la artritis psoriásica y espondiloartritis axial. Se han publicado datos de embarazo previamente, provenientes de la base de datos de seguridad de UCB Pharma global hasta el 06Mar2012 (Clowse. Arthritis Rheum. 2012;64(Suppl10):S702). El que reportamos aquí es un análisis actualizado de esa base de datos sobre embarazos tras la exposición a CZP incluyendo nuevos reportes y embarazos actuales.

Métodos: La base de datos de seguridad de UCB Global, diseñada para alojar y reportar los efectos adversos de los productos de UCB, se utilizó para realizar una búsqueda de todos los casos médicamente confirmados de embarazo hasta el 28 de marzo de 2013. Los embarazos reportados incluyen mujeres que se quedaron embarazadas mientras participaban en un ensayo clínico y reportes espontáneos post-comercialización. Se evaluó el número de nacidos vivos, los abortos espontáneos y los inducidos relacionados con los neonatos expuestos a CZP (por exposición materna y paterna). También se investigaron anomalías congénitas, muertes neonatales y datos demográficos de las madres.

Resultados: Hasta el 28Mar2013, fueron reportados 309 embarazos expuestos a CZP, 285 por exposición materna y 24 por exposición paterna. En los embarazos con exposición materna, la patología subyacente principal era EC (190/285; 67%). Había datos disponibles sobre el embarazo para 190 de esos 285 embarazos: 124 en mujeres con EC y 66 en mujeres en tratamiento por otras indicaciones. Para los 124 embarazos en mujeres con EC con resultados disponibles, 91 (73%) resultaron nacidos vivos, 25 (20%) abortos espontáneos y 8 (7%) inducidos. La tabla presenta las características de los embarazos de mujeres con EC y para todos los embarazos reportados. Se reportaron cuatro anomalías congénitas entre todos los nacidos vivos con exposición materna a CZP (n = 132): reflujo vesico-ureteral, alteraciones congénitas, enfermedad de Hirschsprung y pie equinovaro, arco aórtico derecho con arteria subclavia izquierda aberrante, e hidronefrosis unilateral leve diagnosticada antes del nacimiento por ecografía, descrito como sano después del nacimiento. Ninguno de estos efectos adversos fue considerado relacionado con CZP por los médicos que los seguían. Se reportó una única muerte neonatal después de la exposición materna en uno de dos niños mellizos nacidos antes de las 26 semanas de gestación.

prung y pie equinovaro, arco aórtico derecho con arteria subclavia izquierda aberrante, e hidronefrosis unilateral leve diagnosticada antes del nacimiento por ecografía, descrito como sano después del nacimiento. Ninguno de estos efectos adversos fue considerado relacionado con CZP por los médicos que los seguían. Se reportó una única muerte neonatal después de la exposición materna en uno de dos niños mellizos nacidos antes de las 26 semanas de gestación.

Parámetros	EC (N = 190) n (%)	Todas (N = 285) n (%)
Resultados de embarazo disponibles	124	190
Nacidos vivos	91 (73,4%)	132 (69,5%)
Abortos espontáneos	25 (20,2%)	36 (18,9%)
Finalización inducida	8 (6,5%)	22 (11,6%)
Edad de la madre en el momento del parto ¹		
Datos disponibles	71	101
Media (DE)	30,3 (4,96)	30,5 (5,10)
Mediana	29,3	29,8
Min, Max	21,7, 42,9	21,5, 42,9
Edad gestacional en el momento de recogida del dato ²		
Datos disponibles	50	77
Media (DE)	38,4 (2,02)	38,3 (1,97)
Mediana	39,0	39,0
Min, Max	32,0, 41,7	32,0, 41,7
Prematuros ²		
Datos disponibles	56	86
< 32 sem	1 (1,8%)	1 (1,2%)
32-36 sem	6 (10,7%)	10 (11,6%)
= 37 sem	49 (87,5%)	75 (87,2%)
Peso del bebé (gramos) ³		
Datos disponibles	41	62
Media (DE)	3.222,6 (429,87)	3.194,3 (447,84)
Mediana	3.230,0	3.215,0
Min, Max	2.100,0, 4.100,0	2.100,0, 4.535,9
Peso bajo al nacer ³		
1.500-2.499 gramos	2 (4,9%)	2 (3,2%)
= 2.500 gramos	39 (95,1%)	60 (96,8%)

¹Análisis restringido a los nacidos vivos; ²Análisis restringido a embarazos no-gemelares nacidos vivos; ³Análisis restringido a embarazos, a término, nacidos vivos.

Conclusiones: Un análisis actualizado de datos de embarazo después de exposición materna a CZP respalda los datos previos reportados que sugieren que no existe un impacto aparente de la exposición materna a CZP en los resultados de los embarazos. Se requieren datos prospectivos adicionales para poder evaluar con más precisión la seguridad y la tolerabilidad de CZP en el embarazo.

224. TOFACITINIB, UN INHIBIDOR DE LA JANUS KINASA, EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE: EFICACIA Y SEGURIDAD A 2,5 AÑOS EN UN ESTUDIO ABIERTO DE EXTENSIÓN A LARGO PLAZO (SUBPOBLACIÓN ESPAÑOLA)

J. Gómez-Reino¹, M. Pombo², A. Alonso³, R. Blanco⁴, F.J. Blanco⁵, E. Ucar⁶, F. Navarro⁷, E. Martín-Mola⁸, A. Fernández-Nebro⁹, E. Chamizo¹⁰, K. Kwok¹¹, C.A. Mebus¹¹ y M.A. Hernández-Presa¹²

¹Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. A Coruña. ²Hospital Universitario Nuestra Sra. de la Esperanza. Santiago de Compostela. A Coruña. ³Hospital de Cruces. Bilbao. ⁴Hospital de Valdecilla. Santander. ⁵INIBIC. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña. ⁶Hospital de Basurto. Bilbao. ⁷Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ⁸Universitario La Paz. Madrid. ⁹Hospital Regional Universitario. IBIMA. Universidad de Málaga. Málaga. ¹⁰Hospital de Mérida. Badajoz. ¹¹Pfizer Inc. ¹²Pfizer Spain Inc.

Objetivos: Tofacitinib es un nuevo inhibidor de la Janus kinasa para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR). En este estudio de extensión a largo plazo se analiza, en una subpoblación española, la eficacia y seguridad de tofacitinib (5 y 10 mg) a 30 meses de seguimiento.

Métodos: Se agruparon datos procedentes de un estudio abierto (A3921024[NCT00413699]) de pacientes (pts) españoles que habían participado previamente en ensayos clínicos randomizados de fases (F) 2 o 3. Se inició el tratamiento con tofacitinib 5 o 10 mg dos veces al día. Los datos de ambas dosis fueron agrupados. Se tomó como basal el de los estudios de F2 o 3 para los pacientes reclutados dentro de los 14 días de participación. Si el reclutamiento fue > 14 días después de su participación, se consideró como basal el del comienzo del estudio de extensión. La eficacia se evaluó por la respuesta ACR y por el cambio respecto al basal del DAS28-4 (VSG) (DAS28) y del HAQ-DI hasta el Mes 30 (limitado por el nº de pts posteriores). Los datos de seguridad se incluyeron hasta los 30 meses de recibir la última dosis del fármaco.

Resultados: A nivel basal se incluyeron 117 pts (77% mujeres). La edad media fue 55 años (rango 20-77). La eficacia (tasa de respuesta ACR20/50/70) alcanzada durante las primeras 6-12 semanas de tratamiento en los estudios F2/3 se mantuvo entre el mes 1 (54,3%, 39,7% y 18,1% respectivamente) y mes 30 (66,7%, 50% y 36,1% respectivamente) del estudio de extensión. El DAS28 medio basal fue de 6,19 y 2,9 al mes 30. Los pts presentaron un HAQ-DI medio basal de 1,49 y 1,17 al mes 30. 88 pts (75,2%) continuaban en el estudio a la fecha de corte (10 abril 2013). 29 pts (24,8%) suspendieron el tratamiento (acontecimientos adversos: 14 [12%]). Los acontecimientos adversos más comunes fueron las infecciones e infestaciones (53%), trastornos gastrointestinales (24,8%) y trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo (35,9%). Se informó de acontecimientos adversos graves en 21 pts (17,9%).

Conclusiones: Se mostró una reducción sostenida de los signos y síntomas de la AR y una mejora de la función física en la subpoblación de pacientes españoles tratados con 5 o 10 mg de tofacitinib dos veces al día. El perfil de seguridad también fue consistente durante los 2,5 años del estudio de extensión.

225. CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-ECOGRÁFICA DE UNA COHORTE PROSPECTIVA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN REMISIÓN CLÍNICA. RESULTADOS PRELIMINARES

J. Ramírez, V. Ruiz-Esquide, R. Celis, A. Cuervo, S. Cabrera, M.V. Hernández, J.L. Pablos, R. Sanmartí y J.D. Cañete

Servicio de Reumatología. Unidad de Artritis. Hospital Clínic. Barcelona. Servicio de Reumatología. Unidad de Investigación. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos: Análisis clínico y ecográfico de factores pronósticos de recidiva clínica en pacientes con artritis reumatoide en remisión.

Métodos: Estudio prospectivo de 1 año de seguimiento. Se seleccionaron pacientes diagnosticados de artritis reumatoide que estuvieran en remisión clínica (definida por DAS28 < 2,6). Se analizaron datos clínicos, epidemiológicos, demográficos y serológicos en el momento basal y a los 12 meses. La concentración sérica de diferentes citocinas y factores angiogénicos se analizó al inicio mediante ELISA (RayBiotech). Se realizaron de manera sistemática ecografías de rodillas y manos (carpos, metacarpofalángicas [MCF], interfalángicas proximales [IFP] tendones flexores y extensores de la mano). La ecografía fue realizada por un reumatólogo experto en ecografía del aparato locomotor. Para ello se utilizó un ecógrafo de alta sensibilidad (Acuson Antares®, Siemens AG, Erlangen, Alemania) con sonda lineal de 8-12 MHz. Se cuantificó la presencia de Hipertrofia sinovial (grados 0-3) y señal power doppler (grados 0-3) a todos los pacientes. En cada articulación explorada se hizo una suma de los grados de hipertrofia sinovial y señal power doppler, obteniendo un score por cada una de ellas. La suma de todos los scores dio como resultado un score global para cada uno de los pacientes.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes en remisión clínica (23 mujeres y 5 hombres con una edad media (DE) de 51,9 (11,9)

años y duración de la enfermedad de 108,2 (92,6) meses). El 71,9% de los pacientes eran positivos tanto para el factor reumatoide como para los anticuerpos anti-citrulina. El 75% de los pacientes estaban en tratamiento con al menos un FAME y el 39,3% estaban en tratamiento biológico. El 60,7% de los pacientes presentaban señal power doppler en el momento basal mientras que el 46,4% cumplían criterios de sinovitis activa según nuestra definición (Hipertrofia sinovial > 2 + señal Power Doppler, Ramírez J et al, Arthritis Research and Therapy 2014). Al año de seguimiento, 12 pacientes (42,9%) no cumplían los criterios de remisión clínica. De ellos, 9 tenían señal Power Doppler en la primera evaluación (p = 0,034) y 7 cumplían criterios de sinovitis subclínica definida por ecografía (p = 0,291). Estos pacientes, además, presentaban mayores niveles basales de VSG (p = 0,046) y menores de TGF- β 1 (p = 0,082). Un modelo de regresión logística concluyó que la señal Power Doppler al inicio fue el principal factor predictor de reactivación clínica a los 12 meses (OR 6,18).

Conclusiones: Aunque una VSG elevada o una concentración baja de TGF β 1 a la inclusión parecen asociarse a reactivación de la AR en remisión, es la señal Power-Doppler el mejor predictor de reactivación de la enfermedad a los 12 meses.

226. CONSULTA PRESENCIAL MULTIDISCIPLINAR DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A PATOLOGÍA REUMÁTICA

E. Vicens Bernabeu¹, A. Martínez², S. Herrera², I. de la Morena Barrio¹, M. Robustillo Villarino¹, A. Martínez Ferrer¹, D. Ybáñez García¹, E. Valls Pascual¹, J.E. Oller Rodríguez¹, C. Vergara Dangond¹, P. Plaza² y J.J. Alegre Sancho¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Neumología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPID) es una complicación grave de la artritis reumatoide (AR) y de diferentes enfermedades autoinmunes sistémicas. Un manejo multidisciplinar permite optimizar su manejo y puede ayudar a reducir su elevada morbimortalidad.

Objetivos: Describir las características de una cohorte de pacientes con EPID asociada a patología reumática (EPID-REU) controlados en una consulta específica multidisciplinar Reumatología-Neumología (REU-NML), y evaluar las modificaciones producidas por una actividad conjunta sobre su diagnóstico y/o tratamiento.

Métodos: Se incluyeron en el análisis todos los pacientes controlados en la consulta multidisciplinar de EPID-REU de septiembre de 2012 a octubre de 2013. Se recogieron las siguientes variables: procedencia de los pacientes, edad, sexo, diagnóstico, debut y tiempo de evolución de la EPID, perfil de anticuerpos, patrón del TCAR, resultados de las pruebas funcionales respiratorias (PFR), test de la marcha, realización de broncoscopia o biopsia quirúrgica, tratamientos previos y actuales, así como toda modificación diagnóstica y/o terapéutica derivada de esta consulta. El análisis estadístico descriptivo y la comparación de variables relacionadas mediante el t-test se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS 17.0.

Resultados: Se revisaron 54 pacientes, 75,9% mujeres, con una edad media de 63,56 \pm 15,40 años. La mayoría de los pacientes llegaron derivados desde Reumatología (74,1%), ya que el debut de la EPID fue posterior al diagnóstico de la patología reumática en un 50% de casos (un 33% fue simultáneo, y sólo un 13% previo). La EPID más frecuente fue la neumonía intersticial no específica (NINE, 51,9%), seguida de la neumonía intersticial usual (NIU, 33,3%), ambas con una media de 5,49 \pm 5,31 de años de evolución. Estas se asociaron, por este orden, a esclerosis sistémica (24,2%), AR (20,4%), sd. Sjogren (16,7%), y sd. antisintetasa (13%). Los anticuerpos más fre-

cuentemente encontrados fueron los ANA (33,3%), anti-Ro (31,5%), FR (29,6%) y anti-Scl70 (18,5%). En cuanto a las PFR, hasta un 55,6% presentaron un patrón normal, y sólo un 29,6% un patrón restrictivo con evidencia de desaturación a la marcha en un 22,2% de los pacientes. Se realizó broncoscopia en 29 pacientes, biopsia transbronquial en 22 (4 diagnósticas) y biopsia quirúrgica en 5 (4 diagnósticas). La actuación conjunta REU-NML condujo a 4 cambios de diagnóstico de la EPID(2 de ellos tras biopsia quirúrgica) y a 9 cambios de tratamiento (16,7%). El tratamiento más empleado fueron los corticoides (44%), seguidos de metotrexato (18,5%), rituximab (14,8%) y micofenolato (9,3%). Los TCAR de control mostraron estabilidad en la mayor parte de los pacientes (72,2%), estabilidad que también se vio reflejada en las PFR de control (FVC basal 92,27% vs FVC final 88,73%; $p < 0,107$).

Conclusiones: La existencia de una consulta multidisciplinar REU-NML puede ser clave en el diagnóstico final y/o adecuación del tratamiento en parte de nuestros pacientes con EPID-REU. Una actuación conjunta puede contribuir a evitar el deterioro clínico y mejorar, de esta manera, el pronóstico de estos pacientes.

227. INCIDENCIA EN 2 AÑOS DE NUEVAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS MEDIADAS POR INMUNIDAD EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS. ESTUDIO AQUILES

R. García-Vicuña¹, P. Zarco², C.M. González³, A. Rodríguez de la Serna⁴, E. Peiró⁵, I. Mateo⁶, L. Linares⁷, J. Calvo⁸, L. Cea-Calvo⁹, M.J. Arteaga⁹, S. Fernández⁹, I. Marín-Jiménez¹⁰ y F. Vanaclocha¹¹

¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. IISP. Madrid. ²Departamento de Reumatología. Hospital Fundación Alcorcón. Madrid. ³Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁴Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Sant Pau. Barcelona. ⁵Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁶Departamento de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁷Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁸Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía/Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba/Universidad de Córdoba. Córdoba. ⁹Departamento de Medical Affairs. Merck Sharp & Dohme de España. ¹⁰Departamento de Gastroenterología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ¹¹Departamento de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos: Describir la incidencia en 2 años de nuevas enfermedades inflamatorias mediadas por inmunidad (EIMI) en los pacientes con espondiloartritis (EspA) incluidos en el estudio AQUILES.

Métodos: AQUILES es un estudio observacional prospectivo y sin intervención sobre 3 cohortes independientes de pacientes de edad ≥ 18 años y diagnóstico de EspA, psoriasis o enfermedad inflamatoria intestinal (EII) reclutados en consultas de reumatología, dermatología o aparato digestivo de 15 hospitales de España. El objetivo fue describir la incidencia de nuevos diagnósticos de EIMI, para lo que los pacientes fueron seguidos durante dos años. El diag-

nóstico de nuevas EIMI fue establecido por los especialistas de cada área (dermatología [psoriasis], aparato digestivo [EII] u oftalmología [uveítis]).

Resultados: Un total de 513 pacientes con EspA completaron los dos años de seguimiento (edad media en el momento basal: 48 años, 37,5% mujeres y 62,5% varones, 12% con diagnóstico nuevo de EspA y 88% con diagnóstico antiguo). La duración media de la enfermedad fue 7,8 años. Los diagnósticos basales fueron espondilitis anquilosante (EA) (n = 285), artritis psoriásica (n = 130), artritis asociada a EII (n = 13), artritis indiferenciada (n = 83) y otras (n = 2). En los dos años de seguimiento se observaron 22 nuevos diagnósticos de otras EIMI (incidencia acumulada: 4,3%; IC95%: 2,4-6,1; tasa de incidencia: 17 casos por 10.000 pacientes-año). La incidencia acumulada de cada EIMI en cada subgrupo de EspA se muestra en la tabla. El diagnóstico predominante fue la uveítis (16 casos; incidencia acumulada: 3,1%; IC95%: 1,5-4,7), y la mayoría de los diagnósticos fueron en pacientes con EA. La mayoría de los pacientes con artritis psoriásica tenían ya psoriasis en el momento basal y sólo 2 desarrollaron psoriasis en el seguimiento. No hubo diferencias en la incidencia de EIMI por edad, sexo, duración de la enfermedad, presencia de manifestaciones extra-articulares o historia familiar de EspA. El análisis multivariable identificó el diagnóstico basal de EA como el único predictor de desarrollo de otras EIMI (OR: 3,5 [1,0-15,3; $p = 0,049$] versus artritis psoriásica). En 282 pacientes con EspA que no tenían otra EIMI concomitante en el momento de entrar en el estudio, se observaron 12 nuevos diagnósticos de EIMI (incidencia acumulada: 4,3%; IC95%: 1,7-6,8; tasa de incidencia: 17,1 casos por 10.000 pacientes-año), de los que 10 fueron uveítis.

Conclusiones: En los pacientes con EspA incluidos en el estudio AQUILES, la incidencia acumulada a dos años de nuevos diagnósticos de EIMI fue 4,3%, principalmente a expensas de nuevos diagnósticos de uveítis en pacientes con EA. El diagnóstico basal de EA fue el único predictor de desarrollo de una nueva EIMI.

228. NIVELES DE EXPRESIÓN DE PROTEÍNAS DE LA VÍA DE SEÑALIZACIÓN JAK-STAT EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS ANQUILOSANTE (EA) Y ARTRITIS PERIFÉRICA (AP)

A. Sánchez¹, R. Villares², J. Campos¹, P. Lucas², J.M. Rodríguez-Frade², J. Sanz¹, C. Fernández-Espartero³, T. Clavaguera Poch⁴, C. Méndez¹, C. Sanguesa¹, B.J. Flores¹, E. Collantes-Estévez⁵, M. Mellado² y J. Mulero¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid. ²Departamento de Inmunología y Oncología. Centro Nacional de Biotecnología. CNB/CSIC. Campus de Cantoblanco. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital de Móstoles. Móstoles. Madrid. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital de Palamós. Gerona. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía/IMIBIC/Universidad de Córdoba. Córdoba.

Introducción y objetivos: Las citoquinas desempeñan un papel patogénico en la EA. Diversas citoquinas, como la IL-23, señalizan a través de la vía JAK-STAT, que está regulada por las proteínas supresoras de la señalización de citoquinas (SOCS). Resultados pre-

Tabla Póster 227

Incidencia acumulada a 2 años de nuevas EIMI en la población global y subgrupos de pacientes con EspA del estudio AQUILES

	Todas (n = 513)*	Espondilitis anquilosante (n = 285)	Artritis psoriásica (n = 130)	Espondiloartritis indiferenciada (n = 83)	Artritis asociada a EII (n = 13)
EIMI, todas, n (%)	22 (4,3%)	16 (5,6%)	2 (1,5%)	3 (3,6%)	1 (7,7%)
EII (todas), n (%)	1 (0,2%)	1 (0,4%)	0	0	0
Psoriasis, n (%)	5 (1,0%)	2 (0,8%)	2 (1,5%)	1 (1,2%)	0
Uveítis, n (%)	16 (3,1%)	13 (4,6%)	0	2 (2,4%)	1 (7,7%)

*2 pacientes con otros diagnósticos de EspA y sin nuevos diagnósticos de EIMI no se presentan en la tabla. EIMI: enfermedades inflamatorias mediadas por inmunidad; EII: enfermedad inflamatoria intestinal.

vios de nuestro grupo han relacionado al alelo A del polimorfismo rs7857730 de JAK2 con la presencia de AP al inicio de la enfermedad en los pacientes con EA. Nuestro propósito ha sido evaluar los niveles de expresión de las proteínas JAK2, SOCS-1,-2,-3 en células mononucleadas de sangre periférica (PBMCs) en relación con la presencia de AP y en relación con el polimorfismo rs7857730 de JAK2.

Métodos: Se analizaron 26 de pacientes con diagnóstico de EA según los criterios de Nueva York modificados, con más de 10 años de evolución de la enfermedad, pertenecientes al Registro Español de Espondiloartropatías de la Sociedad Española de Reumatología (REGISPONSER). La población estuvo constituida por 19 hombres y 7 mujeres, con edad media de 58,56 años \pm 8,01 años. El porcentaje de pacientes con AP constituyó un total de 8 pacientes (30,76%) del total. El RNA se extrajo mediante el kit Nucleospin RNA II (MN). Se realizó PCR cuantitativa mediante el empleo de primers específicos utilizando Power SYBRGreen PCR Master Mix (Applied Biosystems) en el caso de las proteínas SOCS o de sondas RealTime Ready de Roche en el caso de JAK2. Los resultados y análisis estadísticos se procesaron con Microsoft Excel y SPSS v.15, aplicando la prueba t de Student no pareada.

Resultados: Los pacientes con EA más artritis presentaron menores niveles de expresión de SOCS-1 ($p = 0,05$), SOCS-2 ($p = 0,04$) y especialmente de SOCS3 ($p = 0,002$) que los pacientes sin AP. Además también comprobamos que los pacientes con EA y AP tenían niveles mayores de expresión de JAK2 ($p = 0,02$) en las muestras analizadas. Respecto al polimorfismo de JAK2 rs7857730, observamos una mayor expresión de esta proteína en los pacientes homocigotos para el alelo de riesgo de artritis periférica A, frente a los portadores del alelo C ($p = 0,02$) y observamos también una tendencia que no llegó a ser significativa en estos pacientes portadores del alelo protector C de forma que fueron los que mayores de niveles de SOCS, especialmente de SOCS-3 ($p = 0,1$) presentaban.

Conclusiones: Los pacientes con EA y artritis de inicio presentan unos mayores niveles de la proteína señalizadora JAK2, así como unos menores niveles de las proteínas supresoras de la señalización de citoquinas SOCS. Estas diferencias podrían implicar una mayor capacidad de activación celular, por la mayor presencia de proteínas con potencial activador y menor presencia de aquellas con características inhibitorias, en respuesta a citoquinas como la IL-23, que se relacionaría con la capacidad de presentación de artritis periférica.

229. LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ARTRITIS REUMATOIDE Y ENFERMEDAD PERIODONTAL

J.E. Oller Rodríguez¹, D. Ybáñez García¹, E. Valls Pascual¹, J. Silvestre Rangil², J. Silvestre Donat², I. de la Morena Barrio¹, E. Vicens Bernabeu¹, C. Vergara Dangond¹, A. Martínez Ferrer¹, M. Robustillo Villarino¹ y J.J. Alegre Sancho¹

¹Sección de Reumatología; ²Departamento de Odontología. Hospital Dr. Peset. Valencia.

Introducción: Varios estudios han demostrado un mayor grado de enfermedad periodontal (EP) en pacientes con artritis reumatoide (AR) respecto a la población general, lo que podría atribuirse a la limitación funcional que provoca esta enfermedad en los pacientes que la padecen. Para evaluar dicha hipótesis, incluimos en este estudio indicadores de discapacidad.

Objetivos: Investigar si el grado de EP se relaciona con la limitación funcional en pacientes con artritis reumatoide.

Métodos: Estudio transversal comparando 2 grupos, pacientes con AR (criterios ACR) y grupo control sin patología inflamatoria articular. Los pacientes fueron explorados en la visita de control por un reumatólogo y en un periodo de 20 días fueron revisados por un odontólogo, quien además realizó la recogida de datos y exploración al grupo control. Se incluyeron las variables: edad, género, hábitos

tabáquico y enólico, higiene bucal medida por índice de placa (IP) e índice de sangrado (IS); y la presencia de EP mediante la media de bolsas periodontales (MBP) y la media de pérdida de inserción (MPI). Se estudió el grado de EP en leve (MPI 1-2 mm), moderada (MPI 3-4 mm) o grave (MPI = 5) en base a la clasificación de la American Academy of Periodontology. Se considera la existencia de periodontitis si MPI > 3 mm y MBP > 2 mm. En el grupo con AR se recogieron, además, la actividad clínica medida por el DAS28, la positividad del FR y/o de los APCC, el tratamiento (corticoides, FAMES y/o biológicos), tiempo de evolución, presencia de erosiones, asociación con Síndrome de Sjögren, HAQ y Cochin Rheumatoid Arthritis Hand Functional Scale (CRAHFS). El CRAHFS es un cuestionario que mide el grado de discapacidad de las manos, y que engloba 18 preguntas puntuables de 0 a 5. Se empleó el paquete estadístico SPSS 17.0 para la estadística descriptiva, y se utilizaron para la estadística inferencial los estadísticos χ^2 , U de Mann Whitney y Rho de Spearman. **Resultados:** En total se incluyeron 38 pacientes con AR y 40 sujetos control. Sólo se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el sexo (mujeres: 81,6% AR vs 50% control; $p = 0,004$) y en el IP (los pacientes con AR tenían peor higiene bucal que los controles sanos; $p = 0,000$). No encontramos diferencias significativas en cuanto a la prevalencia de periodontitis, pero sí en cuanto al grado de enfermedad periodontal, siendo mayor en el grupo de AR ($p = 0,041$). En el grupo con AR se encontró una buena correlación entre el IP y el HAQ, pero la correlación con el CRAHFS no alcanzó significación estadística (tabla).

	HAQ	CRAHFS
IS	r: 0,329; p: 0,387	r: 0,217; p: 0,576
IP	r: 0,852; p: 0,004	r: 0,710; p: 0,217
MPI	r: 0,498; p: 0,173	r: 0,1; p: 0,798
GRADO EP	p: 0,222	p: 0,667

Conclusiones: La discapacidad funcional global, y no únicamente la de las manos, es responsable de una peor higiene bucal y un mayor grado de enfermedad periodontal en pacientes con AR.

230. TRATAMIENTO DE LA ARTROPATÍA PSORIÁSICA CON TOCILIZUMAB

C. Sangüesa, J. Campos, B. Flores, C. Méndez, J. Sanz, J.L. Andreu, L. Villa, M. Jiménez Palop, C. Isasi, H. Godoy y J. Mulero

Servicio de Reumatología. Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda. Madrid.

Introducción: La artritis psoriásica (APso) es una artritis inflamatoria crónica de causa desconocida, asociada a psoriasis. Tocilizumab (TZM) es un anticuerpo monoclonal IgG1 recombinante humanizado dirigido contra el receptor de interleucina 6 humana, aprobado para tratamiento de AR moderada o severa que no ha sido bien controlada con otros fármacos. En los últimos años se han publicado ensayos clínicos y series de casos con resultados favorables en otras enfermedades inmuno-reumatológicas. En nuestro conocimiento existen sólo 3 casos reportados en APso, con respuesta favorable en uno.

Objetivos: describir la experiencia de nuestro centro en el tratamiento de APso con TZM.

Métodos: Serie descriptiva de 6 casos de APso tratados con TZM 8 mg/kg/4 semanas, en régimen de uso compasivo. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas e índices de actividad previo al inicio del tratamiento y trimestralmente.

Resultados: Caso 1: mujer, 64 años, APso mixta HLA B27 (+), en tratamiento con etanercept (ETN) en monoterapia por efectos secundarios a metotrexato (MTX), con buen control, suspendido por carcinoma intraductal in situ de mama, por lo que se pauta leflu-

nomida (LFN) con respuesta insuficiente. Al iniciar TZM en combinación con LFN y corticoides (CE): NAD 1 NAT 1 EAV dolor 70 mm VGP 60 mm BASFI 5,5 BASDAI 6,6 VSG 63 mm/h PCR 0,6 mg/L Hb 10,8 g/dL. Lenta mejoría de la clínica periférica desde la segunda hasta ceder, permitiendo retirada de CE. La paciente mantiene tratamiento en la actualidad, tras 3 años: NAD 0 NAT 0 BASFI 6,3 BASDAI 3,7 VSG 21 mm/h PCR 18,8 mg/L Hb 12,8 g/dL. Caso 2: mujer, 70 años, APso mixta HLAB27+, respuesta inadecuada a AINES, CE, sulfasalazina, MTX, LFN y anti-TNF (ETN y adalimumab (ADA)), y reacción alérgica a infliximab (IFX). Al iniciar TZM en combinación con MTX y CE: NAD 1 NAT 0 EAV 70 mm VGP 60 BASFI 7,4 BASDAI 7 VSG 17 mm/h PCR 3,8 mg/L Hb 10,7 g/dL. Lenta mejoría desde la segunda dosis. Tras 15 meses de tratamiento: NAD 0 NAT 0 BASDAI 3,8 BASFI 5,9 VSG 7 mm/h Hb 14,10 g/dL PCR 1,60 mg/L. Se suspende tratamiento a los 2 años por empeoramiento de la clínica axial y periférica. Caso 3: mujer, 58 años, A.Pso mixta HLA B27 (-) con respuesta inadecuada a AINES, CE, SSZ, MTX y anti-TNF (ADA, ETN e IFN). Al iniciar TZM en combinación con LFN: NAD 3 NAT 3 EVA 70 mm VGP 60mm BASFI 8 BASDAI 6,8. Tras primera dosis: neutropenia (900 cel/microl), tras segunda dosis a 4 mg/kg: 850 cel/microl por lo que se suspendió, sin respuesta terapéutica. Caso 4: Mujer, 56 años. Apso predominio axial HLA B27(-) con respuesta inadecuada a distintos AINES, Dolquine y anti-TNF (IFX y ADA). Al iniciar TZM: NAD 0 NAT 0 EVA: 7 VGP: 7 BASDAI: 7,4 BASFI: 7,2 VSG: 4 mm/h, PCR: 0,1 mg/L Hb 15,30 g/dL. Tras 1 año de tratamiento: EVA: 50, VGP: 50, BASFI 5,2, BASDAI 6,3, PCR 1,7 mg/L VSG NR. La paciente mantiene tratamiento hasta la actualidad, a 2 años y 8 meses con respuesta mantenida. Caso 5: Mujer, 53 años, APso oligoarticular, con toxicidad a MTX, LFN y SSZ e inadecuada respuesta a ETN. Inicia TZM sin respuesta clínica. Caso 6: Varón de 50 años con APso con respuesta inadecuada a MTX, IFX y ADA. Inicia TZM sin respuesta clínica.

Conclusiones: Dos de seis pacientes han mostrado respuesta favorable a TZM mantenida durante más de 2 años, con remisión de la actividad periférica y un efecto más modesto sobre el dolor axial y entésico. Los parámetros de inflamación y anemia han permanecido normales. Estos datos sugieren que en pacientes seleccionados con A.Pso periférica con fallo o contraindicación a terapia anti-TNF, el TZM puede ser una alternativa eficaz.

231. LUPUS NEONATAL CON BLOQUEO AURÍCULO-VENTRICULAR: RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO DE 24 PACIENTES EN UN HOSPITAL TERCIARIO

S. Benito Costey, M.I. González Fernández, L. Fernández Silveira, B. López Montesinos e I. Calvo Penades

Unidad de Reumatología Infantil. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Objetivos: Puesta en marcha de un registro de lupus neonatal (LN) con bloqueo aurículo-ventricular (BAV) en una Unidad de Reumatología Infantil de un hospital terciario. Realizar un seguimiento de los pacientes con BAV como forma de presentación de LN.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con BAV secundario a LN en un hospital terciario en 18 años (1995-2013). Se considera la positividad de los anticuerpos anti Ro en la madre y en el recién nacido, momento del diagnóstico de BAV, antecedentes maternos de enfermedad autoinmune (AI) y momento de diagnóstico de misma, grado de BAV, síntomas asociados de LN y evolución a largo plazo a nivel cardiológico y reumatológico.

Resultados: Se estudió un total de 24 pacientes con BAV secundario a LN (14 niñas y 10 niños). Un 75% de los BAV fueron de diagnóstico intraútero, y el resto antes de los 6 meses de vida. En todas las madres se confirmaron anti Ro positivos y solo 15 habían sido diagnosticadas previamente de patología AI. En todos los pacien-

tes se comprobó la negativización de anticuerpos maternos en un máximo de 16 meses. BAV completo se presentó en el 75% de los pacientes, en 16% de 2º grado y en 8% de 1º grado. La corticoterapia intraútero no revirtió el grado de BAV en ningún caso. Como síntomas asociados de LN, cuatro pacientes presentaron manifestaciones cutáneas, dos hematológicas y cuatro hepáticas. En cuanto al seguimiento cardiológico tres pacientes presentaron hidrops fetal, seis precisaron implantación de marcapasos, con exitus de dos de ellos, y un paciente presentó miocardiopatía dilatada. En cuanto a la evolución reumatológica tres pacientes presentan AI; uno S. Sjögren, uno conectivopatía indiferenciada y uno vitiligo con ANA positivo.

Conclusiones: Destacar la importancia del diagnóstico prenatal del BAV y de la detección de anticuerpos maternos con el diagnóstico del mismo. Todos los pacientes con BAV secundario a LN presentaron positividad de anti-Ro. La corticoterapia intraútero no ha revertido los BAV de nuestra serie. La presentación de 3º grado es la más frecuente de BAV. Nuestra serie confirma el riesgo del 12% de desarrollar patología AI durante el seguimiento. En nuestra serie encontramos una mortalidad del 8%.

232. ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL USO DE RITUXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UN HOSPITAL TERCIARIO

L. Merino¹, I. Llorente Cubas¹, L. Sala Icardo¹, T. Velasco¹, S. Castañeda¹, R. García de Vicuña¹, A. García Vadillo¹, J.P. López Bote¹, J. López López², F.S. Herrera², C. Muñoz Calleja², J.M. Álvaro-Gracia¹ e I. González Álvaro¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología.

Hospital Universitario de la Princesa. IIS-Princesa. Madrid.

Introducción: El esquema terapéutico indicado en ficha técnica para rituximab (RTX) en la artritis reumatoide (AR) es de dos infusiones de 1.000 mg separadas por 15 días cada 6 meses. Sin embargo, tanto los documentos de consenso como algunos ensayos clínicos contemplan otras alternativas.

Objetivos: Analizar las pautas de uso de RTX en AR según práctica clínica en nuestro Servicio.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye pacientes tratados con RTX entre 1998 y 2013 en un hospital terciario de la Comunidad de Madrid. Se realizó revisión de las historias clínicas recogiendo datos demográficos, número de ciclos recibidos, tiempo de duración de respuesta, continuidad o suspensión del tratamiento y, en el último caso, motivo de la suspensión. Se estudiaron 93 pacientes, de los cuales el 83% eran mujeres. La mediana de la edad al inicio de la enfermedad fue de 51 años con un rango intercuartílico (IQR) de 39 a 60 años y al inicio del tratamiento con RTX fue de 60 años [IQR: 51-70]. De todos los pacientes estudiados 11 presentaban factor reumatoide negativo. El análisis descriptivo se realizó con el paquete estadístico Stata v. 12.

Resultados: El número de ciclos administrados encada paciente osciló entre uno y nueve. El tratamiento se suspendió en el 33% de los pacientes. Las causas de suspensión fueron ineficacia (16%), efectos adversos (7%) y otros (10%), que ocurrieron con mayor frecuencia en los dos primeros ciclos de tratamiento. En la tabla se resumen los principales datos relacionados con uso de RTX en nuestro estudio. Por otra parte, se observó una duración de la respuesta algo mayor en hombres [12 meses; IQR: 8-13] que en mujeres [10 meses; IQR: 7-12], que no alcanzó diferencias significativas ($p = 0,11$; test de Mann-Whitney). Se observó mayor duración de la respuesta en los pacientes con mayor tiempo de evolución de la enfermedad ($r = 0,24$; $p = 0,001$; test de Pearson). Por el contrario, la duración de la respuesta no fue diferente según la dosis por ciclo (1 vs 2 gramos; 9,5 y 10 meses respectivamente).

Tabla Póster 232

Ciclo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Total
N	93	78	53	45	35	25	12	10	5	356
Pauta fija ¹ (%)	16	10	13	11	6	0	0	0	0	11,2
Dosis (mg)/ciclo	1.956	1.736	1.711	1.704	1.735	1.708	1.727	1.444	1.250	1.663
Duración de la respuesta (meses)	10	10	10	11	11	10	12,5	9,5	8	10,2
Intervalo de administración (meses)	10	11,6	10,3	11,4	13	14,8	13,6	9,9	—	11,8
Año de administración	1998-2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
N	7	12	25	36	50	56	44	44	35	
Pauta fija ¹ (%)	36	33	13	16	17	6	4	0	0	
Dosis(mg)/ciclo	2.000	1.944	1.946	1.953	1.733	1.716	1.652	1.818	1.485	
Duración de la respuesta (meses)	15	10	11	10	9	10	10	12	7	
Intervalo de administración (meses)	16	11,2	12	10,4	9,4	10,3	11,5	13,1	—	

¹Pauta fija: administración de dos infusiones de 1.000 mg separadas por 15 días cada 6 meses. ²Todos los datos no especificados se dan en valor de mediana.

Conclusiones: Nuestros datos de práctica clínica sugieren que utilizamos RTX a demanda de forma preferente, observándose una tendencia a abandonar la pauta fija de 2 gramos semestral con los años de experiencia, así como a un uso creciente de ciclos de 1 gramo. Conflicto de intereses: En el diseño y desarrollo de este estudio, no existen conflicto de intereses.

233. MEJORA DE LA PREDICCIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA ARTROSIS DE RODILLA MEDIANTE POLIMORFISMOS GENÉTICOS. RESULTADOS DEL ESTUDIO DE ARTHROTEST[®]

F.J. Blanco¹, I. Möller², N. Bartolomé³, M. Artieda³, D. Tejedor³, A. Martínez³, E. Montell⁴, H. Martínez⁴, M. Herrero⁴, J. Vergés⁴ y Arthrotest Study Group

¹INIBIC-Hospital Universitario. A Coruña. ²Instituto Poal de Reumatología. Barcelona. ³Progenika Biopharma S.A. Bilbao. ⁴Pharmascience Division. Bioiberica S.A. Barcelona.

Introducción y objetivos: Los polimorfismos genéticos son variaciones genéticas hereditarias que pueden predisponer o proteger a los individuos frente a eventos clínicos. La artrosis (OA) tiene una etiología multifactorial con un fuerte componente genético que influye tanto en su desarrollo como en su progresión. El objetivo de este estudio fue desarrollar una herramienta genética para la predicción de la progresión radiológica a un estado avanzado de la enfermedad en pacientes con artrosis primaria de rodilla.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio de asociación, multicéntrico, observacional y retrospectivo en el que participaron 31 centros y 595 pacientes. Los criterios de inclusión fueron: pacientes caucásicos con una edad ≥ 40 años en el momento del diagnóstico de la OA primaria de rodilla y que dispusieran de dos radiografías anteroposteriores, una correspondiente al momento del diagnóstico de la OA con grado de Kellgren y Lawrence 2 o 3, y la otra al final del período de seguimiento. Los pacientes que progresaron a grado 4 o con indicación de prótesis de rodilla en 8 años o menos desde el diagnóstico fueron clasificados como progresores a OA grave de rodilla. Un único observador evaluó la progresión radiológica de todos los pacientes. Se siguió una estrategia de análisis de genes candidatos, analizándose 774 SNPs (polimorfismos de un único nucleótido). El genotipado se llevó a cabo con la plataforma GoldenGate de Illumina[®] o mediante PCR alelo-específica (KASPar[®] Chemistry). Se registraron los datos de variables clínicas tales como el género, el IMC, la edad de diagnóstico y la presencia de OA en la rodilla contralateral o en otras articulaciones, como potenciales predictores. En primer lugar se realizó un análisis estadístico univariante para analizar la asociación individual de SNPs o variables clínicas al fenotipo de progresión a OA de rodilla severa. Los SNPs y las variables clínicas con una asociación de $p < 0,05$ se incluyeron en un análisis multivariante utilizando regresión logística hacia delante (forward logistic regression) con el objetivo de encontrar un modelo predictivo para progresión a OA de rodilla severa.

Resultados: 282 pacientes cumplieron los criterios de inclusión al estudio, de calidad del ADN y de evaluación radiológica según el observador común del estudio (220 en la cohorte exploratoria y 62 en la cohorte de validación). 23 SNPs y una variable clínica quedaron asociados de forma estadísticamente significativa a la progresión a OA de rodilla severa en la cohorte exploratoria ($p < 0,05$). La variable clínica mostró un valor predictivo limitado, tal y como demostró la precisión del modelo que la incluye, medida mediante el área bajo la curva ROC (AUC = 0,66). Al añadir las variables genéticas al modelo clínico (modelo completo), la capacidad predictiva del modelo incrementó notablemente obteniéndose un modelo con buena capacidad predictiva (AUC = 0,82). Asimismo, la combinación de sólo variables genéticas (SNPs) resultó en un modelo predictivo con una buena precisión (AUC = 0,78). La capacidad predictiva del modelo completo se confirmó en la cohorte de validación (test Z para dos muestras independientes; $p = 0,190$).

Conclusiones: Los polimorfismos genéticos predicen la progresión radiológica de la OA primaria de rodilla de forma más precisa que las variables clínicas. Se ha desarrollado una herramienta de pronóstico para predecir la progresión de la OA primaria de rodilla basada en información genética y clínica de pacientes artrósicos. Este modelo podría ayudar a los clínicos a optimizar el tratamiento de sus pacientes de acuerdo con el grado de progresión de su OA.

234. EFECTOS DE CERTOLIZUMAB PEGOL DESPUÉS DE 48 SEMANAS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL, INCLUYENDO ESPONDILITIS ANQUILOSANTE Y ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA

E. Chamizo¹, R.B.M. Landewe², M. Rudwaleit³, D.M. van der Heijde⁴, M. Dougados⁵, P.J. Mease⁶, J.D. Reveille⁷, J. Walsh⁸, A.J. Kivitz⁹, W.P. Maksymowych¹⁰, J. Braun¹¹, A.A. Deodhar¹², C. Stach¹³, B. Hoepken¹³, P. Singh¹³ y J. Sieper¹⁴

¹Hospital General de Mérida. Badajoz. ²Academic Medical Center/ University of Amsterdam & Atrium Medical Center. Amsterdam. Holanda. ³Endokrinologikum Berlin. Berlín. Alemania. ⁴Leiden University Medical Center. Leiden. Holanda. ⁵Paris-Descartes University. APHP. Cochin Hospital. París. Francia. ⁶Swedish Medical Center and University of Washington. Seattle, WA. EEUU. ⁷University of Texas Health Science Center at Houston. Houston, TX. EEUU. ⁸University of Utah Hospital. Salt Lake City, UT. EEUU. ⁹Altoona Center for Clinical Research. Duncansville, PA. EEUU. ¹⁰University of Alberta. Edmonton, AB. EEUU. ¹¹Rheumazentrum Ruhrgebiet. Herne. Alemania. ¹²Oregon Health & Science University. Portland, OR. EEUU. ¹³UCB Pharma. Monheim. Alemania. ¹⁴Charité' Universitätsmedizin Berlin. Berlín. Alemania.

Introducción y objetivos: Los datos previamente reportados del RAPID-axSpA demostraron eficacia y seguridad de certolizumab pegol (CZP), anti-TNF libre de fragmento Fc en pacientes (pac) con espondiloartritis axial (EspAx) incluyendo aquellos con espondili-

tis anquilosante (EA, según criterios de Nueva York modificados) y los pac sin manifestaciones radiográficas de sacroileítis (EspAx no radiográfica, nr- EspAx), hasta la semana (sem) 24. Presentamos datos de eficacia y seguridad en pac con EspAx hasta sem48.

Métodos: RAPID-AxSpA (NCT01087762) es un estudio doble ciego controlado con placebo (PBO) hasta sem 24 y con enmascaramiento de dosis (ED) hasta sem 48. Los pac cumplían criterios ASAS y con EspAx activa, tanto EA como nr- EspAx. Pac inicialmente aleatorizados a CZP (200 mg Q2W o 400 mg Q4W, seguido de dosis de inducción 400 mg a sems 0, 2, 4) continuaron en su dosis asignada durante la ED; los pac PBO que entraron en la ED se realeatorizaron a dosis de inicio de CZP y se realizó un registro de imágenes para todos los pac incluidos en el subestudio de imagen (MRI set). Las variables fueron ASAS20 y ASAS40, ASAS PR (Partial Remission) y ASDAS. También BASDAI, BASFI, BASMI-linear, dolor total de columna, fatiga, ASQoL, SPARCC y ASspiMRI-a. Resultados mostrados a sem 24 y 48. Se usó NRI para mediciones categóricas y LOCF para mediciones cuantitativas. El grupo de seguridad incluyó a todos los pac tratados con CZP en cualquier momento de las 48sem.

Resultados: 325 pac aleatorizados, de ellos 218 recibieron CZP desde sem 0. De los aleatorizados a CZP en basal (BL), un 93% llegó a sem 24 y un 88% a sem 48. Las ASAS20, ASAS40 y ASAS PR se mantuvieron desde sem 24 a 48 (tabla). También se muestran reducciones en dolor, fatiga y ASQoL entre sem24 y 48 (tabla). En el subestudio MRI (CZP N = 104), la reducción de la inflamación, medida mediante SPARCC y ASspiMRI-a, se mantuvo hasta sem 48 (tabla). Mejorías similares en ambas pautas de dosis y tanto en EA como nr- EspAx (tabla). En el grupo de seguridad (N = 315), hubo efectos adversos (EAs) en 248 pacs (78,7%; tasa de eventos por 100 pac-años = 419,5), graves en 25 (7,9%), con infecciones graves en 10 (3,2%), sospecha de tuberculosis en 3 (1,0%), 1 confirmada (de México). No reportadas muertes o neoplasias.

Conclusiones: En RAPID-AxSpA, las mejorías mostradas tras 24 semanas en eficacia, RPPs y MRI se mantuvieron tras 48 sem en ambas pautas de dosis. Similares mejorías sostenidas en eficacia, PROs y MRI se observaron en las subpoblaciones con EA y con nr-AxSpA. Perfil de seguridad en línea con el observado en CZP en AR.

235. IMPACTO DE LA EXTRUSIÓN MENISCAL EN LOS CAMBIOS ESTRUCTURALES EN ARTROSIS DE RODILLA Y LOS EFECTOS DEL TRATAMIENTO: DATOS DE LA OSTEOARTHRITIS INITIATIVE PROGRESSION COHORT

J.P. Pelletier¹, C. Roubille¹, F. Abram², P. Delorme¹, J.P. Raynaud¹ y J. Martel-Pelletier¹

¹Osteoarthritis Research Unit. University of Montreal Hospital Research Centre (CRCHUM). Montreal. Quebec. Canadá. ²Medical Imaging Research & Development. ArthroLab Inc. Montreal. Quebec. Canadá.

Introducción: La Osteoarthritis Initiative (OAI), la mayor cohorte observacional en pacientes con artrosis (A) de rodilla ofrece la posibilidad de estudiar la evolución de los cambios estructurales que se producen en la A y los factores de riesgo asociados. Asimismo, también permite explorar los potenciales efectos a lo largo del tiempo de los fármacos modificadores de la enfermedad, Disease-Modifying OA Drugs (DMOAD).

Objetivos: Determinar, a partir de los datos de los participantes en la cohorte de progresión de la OAI, los efectos de la extrusión meniscal sobre la pérdida de cartílago y los cambios estructurales a lo largo del tiempo, así como también la respuesta al tratamiento con la combinación de condroitín sulfato y glucosamina (CS+G).

Métodos: Los pacientes con A de rodilla fueron estratificados en base a la presencia/ausencia de extrusión meniscal medial al inicio del estudio y a si recibieron o no tratamiento farmacológico convencional para A (analgésicos/AINE) y/o CS+G durante 24 meses consecutivos. Las variables principales en estudio fueron los cam-

Tabla Póster 234

Evaluación	CZP 200 mg (Q2W)						CZP 400 mg (Q4W)									
	EspAx (n = 111)			nr-EspAx (n = 46)			EspAx (n = 107)			EA (a) (n = 56)			nr-EspAx (n = 51)			
	sem0	sem24	sem48	sem0	sem24	sem48	sem0	sem24	sem48	sem0	sem24	sem48	sem0	sem24	sem48	
Clinica (b)																
ASAS20 (%)	66,7	71,2	72,3	67,7	65,2	69,6	68,2	72,0	72,0	66,1	75,0	68,6	70,6	75,0	68,6	
ASAS40 (%)	51,4	53,2	52,3	47,7	56,5	54,3	50,5	61,7	61,7	55,4	64,3	58,8	45,1	64,3	58,8	
ASAS PR (%)	30,6	31,5	29,2	30,8	30,4	34,8	29,9	28,0	28,0	25,0	30,4	25,5	35,5	30,4	25,5	
ASDAS	3,9	2,0	2,0	2,1	1,9	1,8	2,1	2,0	2,0	2,1	2,0	2,1	3,8	2,0	2,1	
ASDAS-CII (%)	73,9	76,6	80,0	76,9	69,6	71,7	68,2	72,0	72,0	71,4	76,8	64,7	64,7	76,8	66,7	
ASDAS-MI (%)	45,9	49,5	49,2	46,2	45,7	50,0	39,3	46,7	46,7	39,3	50,0	39,2	39,2	50,0	43,1	
ASDAS-ID (%)	29,7	35,1	29,2	26,2	34,8	43,5	30,8	26,2	26,2	28,6	28,6	23,5	33,3	28,6	23,5	
PRO (b)																
BASDAI	6,5	3,3	3,1	6,5	3,1	2,9	6,4	3,1	3,1	6,2	3,0	6,6	3,4	3,0	3,3	
BASFI	5,3	2,9	2,6	5,6	2,3	2,1	5,4	3,1	3,0	5,7	3,2	5,1	2,9	3,2	2,8	
BASMI-linear	3,7	3,1	3,0	4,2	2,5	2,3	3,8	3,2	3,2	4,3	3,7	3,3	2,7	3,7	2,7	
Dolor de espalda total (c)	7,1	3,8	3,5	7,0	4,1	3,7	6,9	3,7	3,4	6,9	3,4	6,9	4,0	3,1	3,8	
Fatiga (d)	6,8	4,1	4,0	6,9	4,3	4,1	6,7	4,0	3,9	6,5	4,0	7,1	4,0	3,8	4,0	
ASQoL	11,8	6,7	5,9	11,9	7,2	6,4	11,3	6,2	5,8	11,3	6,4	11,4	6,1	5,7	5,9	

Valores medios salvo que se presente otro tipo de medición. (a) Pac EA según criterios Nueva York Modificados. (b) Full Analysis Set inicialmente aleatorizado a CZP; 0 = sin dolor; 10 = dolor más grave. (c) Escala NRS: 0 = no dolor; 10 = dolor más grave. (d) Escala NRS: 0 = no fatiga; 10 = fatiga grave. ASAS PR: Remisión Parcial según Axial Spondyloarthritis International Society. ASDAS-CII: Mejoría ASDAS Clínicamente relevante; ASDAS-MI: Mejoría ASDAS más relevante; ASDAS-ID: Criterios ASDAS de Enfermedad Inactiva; BASMI-linear: Índice linear Bath de EA; ASQoL: Escala calidad de vida de EA; SPARCC: Puntuación de inflamación del Spondyloarthritis Research Consortium of Canada SII; ASspiMRI-a: Modificación de Berlin de la puntuación de EA de la puntuación de IRM para la determinación de la actividad en la columna.

bios estructurales de la rodilla, incluyendo el volumen del cartílago medido con RMN y la pérdida de anchura del espacio articular (Joint Space Width (JSW)).

Resultados: Los participantes reportaron haber tomado (+) (n = 300) o no tomado (-) (n = 300) analgésicos/AINE. Los participantes con extrusión meniscal tenían una enfermedad más severa al inicio del estudio. En el grupo -analgésicos/AINEs con extrusión meniscal, los participantes que tomaron CS+G presentaron una reducción significativa de la pérdida de volumen del cartílago tras 24 meses en el compartimiento femorotibial medial (p = 0,02) y en la meseta lateral (p = 0,05). No se observó ningún efecto de CS+G en pacientes sin extrusión. En el grupo +analgésicos/AINEs sin extrusión meniscal, los pacientes tratados con CS+G presentaron una reducción significativa de la pérdida de volumen de cartílago en el global de la rodilla (p = 0,055), en el compartimiento medial (p = 0,05), la meseta lateral (p = 0,007) y la tróclea (p = 0,04). Los participantes con extrusión meniscal no presentaron ningún efecto del tratamiento. No se encontró una reducción significativa en JSW entre los que tomaban y no tomaban CS+G.

Conclusiones: Este estudio confirma que la administración combinada de CS+G tiene efecto protector a nivel estructural en pacientes con A de rodilla. La presencia de extrusión meniscal se postula como un factor importante que puede influir en el efecto de un fármaco sobre el volumen de cartílago. Asimismo, se ha demostrado que la radiografía es mucho menos sensible que la RMN para evidenciar el efecto protector de un tratamiento sobre los cambios estructurales.

236. INMUNOGENICIDAD DE LOS ANTAGONISTAS DEL TNF EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE O ARTRITIS PSORIÁSICA POLIARTICULAR EN REMISIÓN CLÍNICA O BAJA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD: ESTUDIO INMUNOREMAR

J. Inciarte-Mundo¹, P. Estrada Alarcón², M. García Manrique³, A. González Navarro⁴, J. Narváez², J. Rodríguez-Moreno², A. Gómez-Centeno³, J. Yagüe⁴ y R. Sanmartí¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología. Hospital Clínic. Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

Objetivos: Determinar niveles séricos y la presencia de anticuerpos anti-fármaco en pacientes con artritis reumatoide (AR) o artritis psoriásica (APs) poliarticular en remisión clínica o baja actividad en tratamiento con inhibidores del TNF (adalimumab, etanercept e infliximab). Correlacionar la presencia de niveles séricos de fármaco y anticuerpos anti-fármaco con la pérdida de respuesta clínica a un año de seguimiento.

Métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico de pacientes con diagnóstico de AR (criterios ACR 1987) o APs (criterios CASPAR) poliarticular visitados en consultas externas de tres hospitales de Catalunya, de un año de seguimiento, que estaban recibiendo tratamiento con adalimumab, etanercept o infliximab durante un mínimo de 3 meses, y que se encontraban en remisión clínica o baja actividad medida por DAS28 en al menos 2 visitas sucesivas. Se determinó la presencia de anticuerpos (AC) anti-fármaco y niveles séricos (tests de ELISA comercial Promonitor®, Progenika Biopharma SA) a los 0, 4, 8 y 12 meses de seguimiento. Se analizaron las siguientes variables: datos demográficos; actividad de la enfer-

medad según diferentes índices articulares, diagnóstico y duración de la enfermedad; fármaco biológico, dosis e intervalo; se analizó si el paciente recibía tratamiento concomitante con FAMES sintéticos y si estaba con dosis reducidas en relación a la recomendada en ficha técnica. Se presentan los datos a la inclusión en el estudio (visita 0).

Resultados: Se incluyeron 165 pacientes; 65,5% mujeres; edad media 57 ± 12 años. La distribución según diagnóstico fue: AR, n = 92 (55,8%) y APs, n = 73 (44,2%). 121 (73,3%) pacientes se encontraba en remisión clínica y 44 (26,7%) en baja actividad. 63 pacientes recibían adalimumab, 83 etanercept, y 19 infliximab. El tiempo medio de duración del biológico fue de 65,2 ± 40,7 meses. Un total de 75 (45%) pacientes recibían dosis reducidas y 98 (59,4%) tratamiento combinado con FAMES sintéticos (84% metotrexato). En tres (2 AR, 1 APs) pacientes (1,8%) se encontraron niveles significativos de AC: 2 anti-infliximab (10%) y 1 anti-adalimumab (1,6%); en los tres pacientes los niveles séricos del anti-TNF fueron indetectables. Dos de estos tres pacientes estaban en remisión y recibían tratamiento combinado. Se observó 1 paciente en tratamiento con adalimumab, con AC positivo a títulos bajos y niveles séricos detectables de fármaco. La media de los niveles séricos de los tres antagonistas del TNF fue similar en la AR y la APs y entre los que recibían tratamiento combinado o en monoterapia. Los pacientes en dosis reducida tenían unos niveles significativamente menores de adalimumab y etanercept que los que recibían dosis estándar. No se observaron diferencias entre los pacientes en remisión o baja actividad (tabla). De acuerdo a los puntos de corte calculados para los mismos test de ELISA comercial (Chen et al. Ann Rheum Dis 2014;0:1-9), para definir valores séricos adecuados (adalimumab: > 1.274 µg/ml y etanercept: > 1.242 µg/ml) un 19% de los pacientes tratados con adalimumab y un 30.1% de los tratados con etanercept tenían niveles subóptimos (30% y 46.2% respectivamente de los que están con dosis reducida. No se observaron diferencias entre los valores de DAS28-PCR, DAS28-VSG, SDAI, CDAI, VSG o PCR entre los pacientes con valores subóptimos y valores adecuados con ninguno de los tres antagonistas del TNF analizados.

Conclusiones: En pacientes con AR y APs de la práctica clínica, tratados con antagonistas del TNF y que están en remisión o baja actividad, la frecuencia de anticuerpos anti-fármaco es muy baja. Un porcentaje significativo de pacientes están en remisión o baja actividad con niveles séricos considerados subóptimos. El seguimiento prospectivo de estos pacientes determinara si dichos niveles séricos pueden predecir la pérdida del estado de remisión clínica o baja actividad de la enfermedad.

237. EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA

R. Juverdeanu, M. López Corbeto, A. Pluma Sanjurjo, A.C. Díaz Mendoza, C. Alegre de Miquel y P. Barceló García

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

Introducción: La fibromialgia (FM) es una enfermedad discapacitante que representa una carga asistencial importante desde el punto económico para la sociedad. Los datos recogidos hasta el momento señalan que la duración media de los síntomas es de unos 15 años pero hay pocas publicaciones que hayan valorado el estado de los pacientes pasados tantos años desde diagnóstico. La mayoría de los datos publi-

Tabla Póster 236

	Artritis reumatoide (n = 92)	Artritis psoriásica (n = 73)	p	Dosis reducida (n = 75)	Dosis estándar (n = 90)	p	Terapia Combinada (n = 98)	Monoterapia (n = 67)	p	Remisión (n = 121)	Baja Actividad (n = 44)	p
Adalimumab (n = 63)	6,7 ± 4,6	6,4 ± 3,8	0,984	5,3 ± 4,3	7,5 ± 3,8	0,037	6,2 ± 4,3	6,9 ± 3,9	0,615	6,6 ± 4,3	6,9 ± 3,9	0,844
Etanercept (n = 83)	2,3 ± 1,7	1,9 ± 1,7	0,256	1,7 ± 1,4	2,7 ± 1,7	0,002	2,4 ± 1,8	2 ± 1,6	0,158	2,9 ± 1,4	2,4 ± 1,9	0,250
Infliximab (n = 19)	1,8 ± 1,8	4,8 ± 3,8	0,650	3,7 ± 2,2	3,6 ± 4	0,937	3,9 ± 3,9	2,9 ± 1,7	0,581	2,7 ± 2,1	5 ± 5,6	0,181

cados constatan que, a pesar de la persistencia de los síntomas y de su intensidad, hay una mejoría de la enfermedad en general.

Objetivos: Evaluar la historia natural de los enfermos con FM.

Métodos: Del listado de pacientes visitados en la Unidad de Fibromialgia del Servicio de Reumatología, diagnosticados de FM antes del 2008, se seleccionaron 200 pacientes cuyos datos constaban para poder hacer el seguimiento. Se contactó con los pacientes por teléfono obteniendo su consentimiento, datos demográficos, la duración de la enfermedad, los síntomas y la valoración global de la enfermedad. Se interrogó específicamente sobre la persistencia de los 3 síntomas considerados como mayores en los criterios ACR 2010 (dolor generalizado, fatiga y alteraciones del sueño) y en segundo lugar los síntomas menores.

Resultados: Debido a cambios de domicilio, imposibilidad de contactar por teléfono y al rechazo a la participación se analizaron 132 pacientes. De los 132 pacientes: 129 (97,7%) eran mujeres y 3 (2,3%) hombres. La edad media fue de 54,7 años y la duración media de la enfermedad de 11,1 años. Se constató la persistencia de los 3 síntomas mayores en la mayoría de los pacientes (tabla). 7 pacientes se habían separado de sus parejas. No hubo ningún suicidio pero sí un intento. Una paciente falleció por cáncer de mama. De los síntomas secundarios los más frecuentes fueron: alteraciones de la sensibilidad (parestias en manos y pies), depresión, xerostomía y xeroftalmia, déficit de relación socio-familiar, alteraciones cognitivas (dificultad para concentrarse) y alteraciones del ritmo deposicional (diarreas/estreñimiento). 62,8% de los pacientes dejó de trabajar y de los que trabajan refieren bajas frecuentes. En cuanto a la valoración global de la enfermedad, 63,9% presentó empeoramiento, en el 6,1% la enfermedad se mantuvo igual, el 28% mejoró y un 0,7% presentó remisión de los síntomas. La única paciente asintomática estaba en tratamiento con oxicabato sódico. No se encontraron diferencias en cuanto a la valoración global de la enfermedad entre las pacientes que seguían trabajando respecto a las que no trabajaban.

Frecuencia de síntomas

	Frecuencia
Síntomas mayores	
Dolor generalizado	99,3%
Fatiga	97,7%
Alteraciones del sueño	89,3%
Síntomas secundarios	
Alteraciones de sensibilidad	82,5%
Depresión	75,7%
Xerostomía y xeroftalmia	71,2%
Déficit de relación socio-familiar	69,17%
Alteraciones cognitivas	44,7%
Alteraciones del ritmo deposicional	37,8%

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes observamos que a pesar de la larga evolución de la enfermedad de más de 10 años persisten los síntomas y la mayoría presentaron empeoramiento de su enfermedad. En el caso de los que presentaron mejoría la explicación que ellos mismos dieron fue el haberse acostumbrado a convivir con la enfermedad y mejor tolerancia al dolor. No se encontraron diferencias del estado de salud entre las pacientes que trabajan y las que dejaron de trabajar.

238. LA VÍA SEÑALIZADORA DE LA WNT REVELA UN PATRÓN DE ALTERACIONES INTRÍNSECO A LAS CÉLULAS MADRE MESENQUIMALES DE ARTROSIS

J.R. Lamas, P. Tornero-Esteban, A. Peralta-Sastre, L. Rodríguez y B. Fernández-Gutiérrez

UGC Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: La artrosis (OA) se caracteriza por la existencia de alteraciones homeostáticas que derivan en una restauración

anormal de los tejidos de las articulaciones dañadas. En el mantenimiento de este equilibrio participan de forma activa dos tipos celulares, los osteoblastos y los condrocitos, pertenecientes a los linajes osteogénico y condrogénico respectivamente. Ambos tipos celulares derivan de un progenitor común, las células mesenquimales (MSCs), mediante un proceso de diferenciación en el que la señalización mediada por WNTs juega un papel esencial durante la regulación de la proliferación y diferenciación de las MSCs. En este estudio, y utilizando un panel de genes implicados en la vía de la WNT, se pretende describir el patrón de expresión y la integridad de la vía de la WNT en MSCs y condrocitos maduros en controles y pacientes artrósicos.

Métodos: A partir de cultivos celulares de MSCs y condrocitos maduros (C), se aisló el RNA total de un total de 10 pacientes artrósicos: OA (OA-MSCs = 3 y OA-C = 7) y de 11 controles: (MSCs = 8 y C = 3). Mediante PCR cuantitativa en tiempo real se analizó la expresión diferencial de 20 genes que mapean la vía de la WNT, además de dos metaloproteasas y dos genes de colágeno.

Resultados: En comparación con las MSCs de controles, las MSCs de artrosis mostraban una expresión significativamente menor del gen del factor de transcripción LEF1 y del ligando WNT5A, y una mayor expresión de ADAMTS4 y BMP2. Los condrocitos de sujetos control mostraban una mayor expresión de los genes codificantes de BMP2 y SOX9. Los condrocitos de OA mostraban una menor expresión del gen codificante del factor de transcripción JUN concomitante con una mayor expresión de las quinasas CSNK1A1 y GSK3B en comparación a los condrocitos de controles que a su vez sobreexpresaban el gen del correceptor LRP5 respecto a las MSCs de OA.

Conclusiones: Los genes de la vía Wnt muestran un patrón expresión distinto en las MSCs y condrocitos de controles sanos y pacientes artrósicos. Estos resultados apuntan a la posible existencia de alteraciones intrínsecas a las OA-MSCs que pueden determinar su futuro fenotipo condrogénico en términos de un menor potencial condrogénico y un incremento de los procesos catabólicos.

239. MULTICENTRIC OSTEOARTHRITIS INTERVENTION STUDY WITH SYSADOA (MOVES): EFECTOS DE LA COMBINACIÓN DE CONDOITÍN SULFATO E HIDROCLORURO DE GLUCOSAMINA VS CELECOXIB EN ARTROSIS DE RODILLA SEVERA

M.C. Hochberg¹, J. Martel-Pelletier², J. Monfort³, I. Möller⁴, J.R.Castillo⁵, F. Berenbaum⁶, P. Conaghan⁷, P. Richette⁸, A. Sawitzke⁹, P. du Souich¹⁰, J.P. Pelletier² y Grupo de Investigación MOVES

¹Division of Rheumatology & Clinical Immunology. University of Maryland School of Medicine. Baltimore, MD. EEUU. ²Osteoarthritis Research Unit. University of Montreal. Hospital Research Center (CRCHUM). Montreal. QC. Canadá. ³Servei de Reumatologia. Hospital del Mar. Barcelona. ⁴Instituto Poal de Reumatología. Barcelona. ⁵Departamento de Farmacología Clínica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁶Department of Rheumatology. Faculty of Medicine Pierre & Marie Curie. Paris 06. AP-HP Saint-Antoine Hospital. Paris. Francia. ⁷Leeds Institute of Rheumatic and Musculoskeletal Medicine. University of Leeds. Leeds. Reino Unido. ⁸Fédération de Rheumatologie. Hôpital Lariboisière. Paris. Francia. ⁹Division of Rheumatology. University of Utah. School of Medicine. Salt Lake City. EEUU. ¹⁰Département de Pharmacologie. Faculté de Médecine. Université de Montréal. Montreal. QC. Canadá.

Introducción: El estudio Glucosamine Arthritis Intervention Trial (GAIT) demostró que la combinación condroitín sulfato (CS) e hidrocloreuro de glucosamina (HG) era eficaz frente a placebo en pacientes afectados de artrosis de rodilla (A) con dolor grave y que tras 6 meses tratamiento la proporción de pacientes con una mejora del 20% en el dolor fue similar a los tratados con celecoxib (CE) 200 mg/día.

Métodos: Para ampliar los resultados se diseñó MOVES un ensayo clínico multicéntrico, internacional, fase IV, doble ciego, de no inferioridad para comparar eficacia y seguridad de la combinación de CS+GH (Droglican®, Bioibérica SA, Barcelona) y CE en la reducción del dolor tras 6 meses de tratamiento en pacientes con A de rodilla y dolor grave. Los objetivos secundarios incluyeron otros parámetros relacionados con signos y síntomas de la A y la comparación de tolerabilidad y seguridad de los dos grupos de tratamiento. Los pacientes aleatorizados recibieron 2 cápsulas de Droglican (CS200 mg+HG250 mg) tres veces al día o CE200 mg y cinco cápsulas placebo. Los pacientes incluidos tenían = 40 años, estaban diagnosticados de A de rodilla según criterios del American College of Rheumatology, tenían grado radiológico Kellgren-Lawrence (KL) de 2 o 3 y dolor en escala WOMAC > 301 unidades (escala 0-500). Se excluyeron pacientes con riesgo cardiovascular o gastrointestinal. La variable principal fue la disminución en la escala WOMAC de dolor tras 6 meses de tratamiento.

Resultados: 763 pacientes fueron seleccionados y 606 aleatorizados para recibir CS+HG (N = 304) o CE (N = 302), 522 (86,1%) completaron los 6 meses de ensayo y se incluyeron en el análisis por protocolo (PP) de no inferioridad. La media (DE) de edad fue de 62,7 (8,9) años, 438 (83,9%) eran mujeres y 327 (62,6%) presentaban cambios de grado 2 de KL. La media (DE) de la puntuación de dolor WOMAC basal fue 372,0 (41,8) en CS+HG y 370,6 (41,4) en CE. Tras 6 meses de tratamiento el dolor disminuyó ~50% en ambos grupos con puntuaciones de 185,8 (7,4) en CS+HG y 184,7 (7,6) en CE, correspondiente a una SEM de 1,11 (10,63) unidades (IC95%-21,99, 19,76) (p = 0,917) que respeta el margen de no inferioridad. Estos resultados se reprodujeron en los análisis de sensibilidad utilizando la población por intención de tratar (ITT) y con BOCF en PP e ITT. No hubo diferencias entre los grupos de tratamiento en los resultados de las variables secundarias después de 6 meses de tratamiento con una puntuación WOMAC rigidez de 69,1 (3,0) y 65,8 (3,0) (p = 0,434), WOMAC función de 617,0 (23,5) y 595,8 (24,1) (p = 0,53), dolor en EAV de 37,9 y 37,6 (p = 0,924) y un porcentaje de pacientes que cumplieron los criterios de respuesta OMERACT-OARSI del 79,7 y 79,2 (p = 0,908), en los grupos de CS+HG y CE respectivamente. Ambos grupos presentaron una reducción > 50% en hinchazón (p = 0,53) y derrame (p = 0,61) articular detectados mediante exploración física. El consumo de medicación de rescate (paracetamol) fue similar en ambos grupos. No hubo diferencias significativas entre los grupos en la proporción de pacientes con acontecimientos adversos debidos al tratamiento (50,7% en total). No se produjo ninguna muerte. Los resultados de este estudio coinciden con el GAIT en el que la com-

binación de CS+HG fue superior a placebo en el tratamiento sintomático de pacientes con dolor grave.

Conclusiones: MOVES ha demostrado la eficacia y el excelente perfil de seguridad de la combinación de condroitín sulfato e hidrocloreuro de glucosamina en el tratamiento sintomático en de la artrosis de rodilla grave.

240. ÍNDICES DE COMORBILIDAD EN ARTRITIS REUMATOIDE: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA. ESTUDIO GECOAR

J.A. Martínez-López¹, E. Loza², A. Ortiz³, E. Toledano⁴, V. Villaverde⁵, L. Carmona², C. Lajas⁴, S. Castañeda³ y Grupo de Estudio GECOAR*

¹Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ²Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid. ³Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ⁴Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁵Hospital Universitario de Móstoles. Madrid.

Objetivos: Analizar la validez y aplicabilidad clínica de los índices de comorbilidad genéricos y específicos de la artritis reumatoide (AR).

Métodos: Revisión sistemática de la literatura. Se definió una estrategia de búsqueda bibliográfica sensible en MEDLINE (desde 1960), EMBASE (desde 1980) y Cochrane Library (Central), seleccionando estudios que evaluaran índices, escalas, fórmulas y/o sistemas para identificar y/o evaluar la comorbilidad clínica validados (genéricos y/o específicos de la AR). Se utilizaron términos Mesh y términos en texto libre. Se seleccionaron meta-análisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios longitudinales/cohortes y estudios de validación. Se excluyeron estudios realizados en animales y de ciencia básica. Un revisor, JAML, analizó los artículos resultantes de la estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos bibliográficas, así como el análisis en detalle de los artículos incluidos. Se realizó una búsqueda secundaria utilizando los artículos incluidos. Se evaluó la validez (constructo, predictiva) fiabilidad y factibilidad de los índices. La calidad de los estudio se evaluó mediante la escala de Newcastle-Ottawa.

Resultados: Se incluyeron 33 estudios (calidad moderada, dos de ellos revisiones sistemáticas) que hacían referencia a un total de 45 índices diferentes de comorbilidad, uno de ellos específico para la AR. Presentan una gran variabilidad en cuanto a sus características (número de comorbilidades incluidas y sus definiciones, sistema de pesos, etc.), validación y aplicabilidad. La mayoría han examinado su validez (al menos de constructo), la fiabilidad es en general

Tabla Póster 240

Índice de comorbilidad	Recomendación	NE; GR
Charlson Index	- Genérico, evalúa 19 comorbilidades, puntuación ponderada (0-33), duración 30-60 min. - Adecuado si se quiere evaluar la relación entre multimorbilidad y consumo de recursos sanitarios.	NE 2b; GR B
Elixhauser Comorbidity Index	- Genérico, evalúa 30 comorbilidades, puntuación como sumatorio o como pesos, duración >60 min - Adecuado si se quiere evaluar la relación entre multimorbilidad y consumo de recursos sanitarios.	NE 2b; GR B
Index of Co-Existent Disease	- Genérico, evalúa 24 comorbilidades, combina 2 dimensiones, la gravedad de 14 sistemas (1-5) y la discapacidad en 10 (1-3). - Sistema de cálculo con rango de puntuación 1-4. Duración > 60 min.	NE 2b; GR B
Functional Comorbidity Index	- Genérico, evalúa 18 comorbilidades, puntuación como sumatorio (0-18), duración 5-15 min - Está diseñado para evaluar la función física en pacientes con multimorbilidad. Presenta la mejor correlación con el HRQoL y la medida de función física del SF-36. Es el cuestionario más indicado para evaluar la función física cuando esta es la variable de desenlace.	NE 2b; GR B
Self-administered comorbidity questionnaire	- Genérico, evalúa 13 comorbilidades, posibilidad de añadir otras que no estén en la lista. Cada comorbilidad tiene 3 dominios con respuesta sí/no. Puntuación como sumatorio de los dominios (0-45). Duración 5-15 min. - Indicado cuando se quiere evaluar el impacto de la comorbilidad sobre la salud del paciente y el uso de recursos sanitarios. Es el que mejor se correlaciona con el Charlson Index	NE 2b; GR B

NE = nivel de evidencia; GR = grado de recomendación; min = minutos.

moderada-alta pero su aplicabilidad en nuestro país en la práctica clínica sería difícil especialmente por el tiempo que precisan. En la tabla se resumen las características principales de los índices de comorbilidad más utilizados.

Conclusiones: No hay evidencia suficiente para recomendar el uso de un índice concreto de comorbilidad en la práctica diaria. Si se decide implementar uno se debería seleccionar el índice más adecuado dependiendo del tipo de datos disponibles en consulta (administrativos o de historia clínica, suministrados por el paciente), así como de la variable de desenlace que nos interesa recoger.

241. DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE EL CONTROL DEL DOLOR PREQUIRÚRGICO EN ARTROSIS DE RODILLA Y CADERA

M.A. Ruiz Ibán¹, A. Oteo², F. Macule³, P. Torner⁴, E. Gil Garay⁵, J.M. López Millán⁶, J. Díaz Heredia¹, E. Loza⁷ y Grupo de Dolor Prequirúrgico

¹Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ³Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Clínic. Barcelona. ⁴Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. ⁵Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁶Unidad de Dolor. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ⁷Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid.

Objetivos: Desarrollar recomendaciones sobre el manejo del dolor en pacientes con artrosis de rodilla o cadera a los que se les ha indicado una artroplastia total basadas en la mejor evidencia y experiencia.

Métodos: Las recomendaciones se emitieron siguiendo la metodología de grupos nominales. Se seleccionó un grupo de expertos (5 traumatólogos y 1 anestésista) que en la primera reunión definieron el alcance, usuarios, apartados del documento, posibles recomendaciones, revisiones sistemáticas y se asignaron tareas. Se realizaron 3 revisiones sistemáticas para apoyar el documento sobre la eficacia y seguridad de la analgesia pre-quirúrgica en relación al dolor post-quirúrgico; eficacia y seguridad de la analgesia preventiva; factores pre-quirúrgicos que influyen en el dolor post-quirúrgico. Los expertos redactaron los apartados y generaron las recomendaciones correspondientes. El nivel de evidencia (NE) y el grado de recomendación (GR) se clasificaron según el modelo del Center for Evidence Based Medicine de Oxford y el grado de acuerdo (GA) se extrajo por técnica Delphi (2 rondas). El Delphi se amplió a 40 traumatólogos y anestésistas. Se definió acuerdo si al menos el 70% de los participantes votaba = 7. El documento completo se circuló entre los expertos para su última revisión. El proyecto estuvo coordinado por un experto metodólogo.

Resultados: se generaron 21 recomendaciones sobre manejo del dolor en pacientes con artrosis e indicación de artroplastia total de rodilla y cadera. Incluye el manejo farmacológico específico, la evaluación y monitorización de estos pacientes que están en tratamiento, y el tratamiento preventivo del dolor post-quirúrgico. Se presenta tabla con las recomendaciones, NE, GR y GA. Todas menos una alcanzaron suficiente nivel de acuerdo.

Conclusiones: una correcta evaluación, seguimiento y manejo farmacológico del dolor pre-quirúrgico en pacientes con indicación de artroplastia de cadera y rodilla puede mejorar el dolor post-quirúrgico.

Tabla Póster 241

Recomendación	
Una vez indicada la artroplastia se recomienda instaurar un tratamiento conservador adecuado para los síntomas y signos del paciente	(NE 5; GR D; GA 100%)
Se recomienda, a la hora de instaurar ese tratamiento, evaluar el historial de tratamientos que ha recibido para su patología de rodilla o cadera	(NE 5; GR D; GA 95%)
Se recomienda a los pacientes pendientes de cirugía que controlen su peso y mantengan el nivel más alto posible de actividad física que les permitan sus síntomas. En particular aquellos pacientes con obesidad deben de intentar perder peso	(NE 2a; GR B; GA 100%)
Se recomienda el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) tópicos u orales para el tratamiento del dolor en pacientes pendientes de cirugía	(NE 1a; GR A; GA 86%)
No se puede recomendar ni desaconsejar el uso de paracetamol o tramadol en estos pacientes	(NE 1a; GR A; GA 67%)
Se desaconseja el uso de glucosamina, condroitín sulfato, ácido hialurónico o antiepilépticos en estos pacientes	(NE 1b; GR A; GA 86%)
Se recomienda el uso de infiltraciones intraarticulares de corticoides en pacientes con artrosis de rodilla	(NE 1a; GR A; GA 81%)
En pacientes con niveles de dolor elevados se recomienda el uso de opioides mayores	(NE 3a; GR C; GA 86%)
Una vez indicada la artroplastia se recomienda evaluar la presencia de factores que afectan el resultado de la misma	(NE 2a; GR B; GA 100%)
Se recomienda que en pacientes pendientes de cirugía con dolor intenso o pérdida de función importante se instauren tratamientos destinados a controlar la progresión de los síntomas de la artrosis y controlarlos	(NE 5; GR D; GA 95%)
Se recomienda que aquellos pacientes pendientes de cirugía que presentan depresión o pensamientos catastrofistas se les facilite asistencia psicológica/psiquiátrica para tratar estos problemas	(NE 1a; GR A; GA 86%)
Se recomienda la utilización de escalas subjetivas de gradación del dolor para evaluar el dolor pre-quirúrgico	(NE 5; GR D; GA 95%)
Se recomienda el empleo de escalas de evaluación de calidad de vida en la evaluación pre y postquirúrgica de estos pacientes	(NE 5; GR D; GA 91%)
Se recomienda la utilización de escalas específicas de evaluación de cadera y de rodilla, en el contexto de la evaluación global pre y postoperatoria de pacientes con artrosis de cadera y de rodilla	(NE 5; GR D; GA 95%)
Se recomienda que aquellos pacientes con síntomas depresivos, ansiosos o ideas irracionales sobre su enfermedad, sean evaluados con cuestionarios específicos	(NE 5; GR D; GA 76%)
Se recomienda realizar una valoración de la respuesta al tratamiento analgésico administrado a los pacientes con artrosis de cadera o rodilla en espera de intervención quirúrgica	(NE 2a; GR B; GA 86%)
Se recomienda que en esta evaluación se valore la eficacia, la adherencia al tratamiento y la aparición de efectos adversos	(NE 5; GR D; GA 95%)
Se recomienda que esta evaluación se realice entre 3 y 4 semanas. Este plazo debe de acortarse en pacientes con alto riesgo de efectos adversos o si se prescriben opioides mayores	(NE 5; GR D; GA 91%)
Se recomienda que en la evaluación de estos aspectos se haga participar de forma activa al médico de atención primaria	(NE 5; GR D; GA 95%)
No se puede recomendar ni desaconsejar la analgesia preventiva en los pacientes cuando vayan a ser intervenidos	(NE 2a; GR B; GA 76%)
Si se realiza analgesia preventiva se recomienda utilizar inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa-2 (Cox-2) u opioides	(NE 2a; GR B; GA 91%)

GA: grado de acuerdo; GR: grado de recomendación; NE: nivel de evidencia.

242. FACTORES PREDICTORES PREQUIRÚRGICOS DE DOLOR POSQUIRÚRGICO EN PACIENTES CON INDICACIÓN DE ARTROPLASTIA DE CADERA O RODILLA

C. Hernández¹, M.L. Berraquero², E. Loza³ y M.A. Ruiz Ibán⁴

¹Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Clínic. Barcelona. ²Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ³Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid. ⁴Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Evaluar sistemática y críticamente la información publicada sobre los factores determinantes pre-quirúrgicos de dolor post-quirúrgico en pacientes con artroplastia de cadera y/o rodilla (ATC, ATR).

Métodos: Revisión sistemática. Se definió una estrategia de búsqueda bibliográfica sensible en MEDLINE, EMBASE y Cochrane Library hasta mayo de 2013; se definió la población pacientes con indicación de ATC y/o ATR, adultos, y factores predictores pre-quirúrgicos de dolor post-quirúrgico incluyendo edad, sexo, nivel de estudios, nivel socio-económico, raza, profesión, enfermedad de base (tipo, duración, etc.), comorbilidad, IMC, autocuidado, calidad de vida, dolor pre quirúrgico (intensidad, duración, etc.), factores relacionados con la cirugía (tipo de prótesis, componentes, abordaje, técnica anestésica, localización), relacionados con el cirujano (edad, sexo, experiencia), lista de espera, tipo de hospital, expectativas, depresión, ansiedad, etc. Se realizó una búsqueda manual secundaria de la bibliografía de los artículos que finalmente se incluyeron en la revisión sistemática. Dos revisoras analizaron de forma independiente los artículos resultantes de la estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos bibliográficas, así como el análisis en detalle de los artículos incluidos. Se incluyeron revisiones sistemáticas, meta-análisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La calidad se evaluó con la escala de calidad de Oxford.

Resultados: Se incluyeron 37 artículos de calidad moderada, con pacientes representativos de aquellos a los que se les indica una ATC o ATR en nuestro país, la gran mayoría tenían artrosis de rodilla y/o cadera y más de 60 años, muchos obesos y con comorbilidades. Existe una gran variabilidad en el tipo de estudios y factores estudiados. Se encontró una fuerte y consistente asociación con mayor dolor post-quirúrgico de los siguientes predictores: el sexo femenino, el bajo nivel socio-económico, el nivel de dolor pre-quirúrgico, un peor estado funcional pre-quirúrgico, factores psicológicos como la depresión o ansiedad y el tipo de prótesis (prótesis no cementadas).

Conclusiones: Existen factores pre-quirúrgicos que pueden influir en la presencia de dolor post-quirúrgico en pacientes sometidos a ATC y/o ATR que deben tenerse en cuenta en el momento de la indicación y hasta que se realiza la misma.

243. TRATAMIENTO CON ONDAS DE CHOQUE EN ENTESOPATÍA CALCIFICANTE: NUESTRA EXPERIENCIA

J. Rubio García, A. Quesada Muñoz, A. Morales Belmonte y E.M. Jiménez Rosendo

FREMAP Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales Nº 61 de la S.S. Hospital FREMAP Sevilla.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con ondas de choque en entesopatías calcificantes, como alternativa a los tratamientos convencionales.

Métodos: Revisamos muestra representativa de 110 pacientes valorados en el ámbito de una mutua laboral y con diagnóstico mediante prueba de imagen selectiva (radiología simple y/o ecografía) de entesopatía calcificante a varios niveles, desde año 2009 a 2012. Presentaban edades comprendidas entre 30 y 60 años, con media

de edad de 45 años, de ambos sexos y con diagnóstico de tendinopatía calcificante de hombro, trocanteritis calcificante o entesopatías: tricipital, epicondilea, cuadricipital, rotuliana, aquilea o espolón calcáneo, con escasa respuesta a tratamientos convencionales: AINEs, analgésicos, rehabilitación y/o infiltraciones locales. En estos casos, se realizó un total de 3 sesiones con ondas de choque, combinando ondas focales y radiales, separadas de una semana, con intensidad media (0,12–0,28 mJ/mm²), constante, con N° impactos 2.000–3.000 y frecuencia de impactos 8–10 Hz.

Resultados: De los 110 pacientes tratados, hubo respuesta satisfactoria en 75 basado en un descenso de la Escala analógica visual (EAV), recuperación funcional, desaparición de signos patológicos en la exploración y reincorporación laboral sin recaídas inmediatas. Los 35 pacientes que no respondieron precisaron otras técnicas invasivas, dentro de los cuales están a los que se les suspendió el tratamiento por eventos adversos. En controles ecográficos y/o radiológicos posteriores se constató la desaparición de 35 entesofitos, la fragmentación de 50 depósitos calcáreos y la disminución del tamaño de la calcificación en los 25 respondedores restantes. Desglosamos resultados (tabla). En cuanto a la seguridad de este tratamiento, se constataron un total de 18 eventos adversos (16%): 15 leves que no requirieron suspensión (dolor, eritema, hematomas subcutáneos leves...) y 3 graves que obligaron a la suspensión del mismo (2,7%): 2 hematomas de gran tamaño: 1 pertrocantereo, y otro en muslo y una reacción petequial generalizada en gemelo.

Tipo de lesión	Nº total pacientes	Respondedores	No respondedores	Tasa de respuesta
Tendinopatía calcificante de hombro	30	23	7	76,6%
Trocanteritis calcificante	7	4	3	57,2%
Entesofito tricipital	3	2	1	66,6%
Entesofito epicondileo	9	5	4	55,5%
Entesofito cuadricipital	15	10	5	66,6%
Entesofito rotuliano	9	6	3	66,6%
Entesofito aquileo	19	13	6	68,4%
Espolón calcáneo	18	12	6	66,6%
Total	110	75	35	68,18%

Conclusiones: 1. Las ondas de choque son una alternativa válida en el tratamiento de las entesopatías calcificantes, a cualquier nivel. 2. Se constata una alta tasa de respuesta al tratamiento, con aproximadamente un 68% de éxito medio. 3. En nuestro estudio, la patología calcificante más respondedora, fue la tendinopatía calcificante de hombro, con más de un 76% de tasa de respuesta. 4. La tasa de eventos adversos es baja (16%) y de escasa importancia en general. Solo hubo un 2,7% de eventos adversos que requirieron suspensión. 5. Serán necesarios estudios aleatorizados para confirmar perfiles de efectividad y seguridad del tratamiento con ondas de choque en las entesopatías calcificantes.

244. NIVEL URINARIO DE GLUCOSIL GALACTOSIL PIRIDINOLINA COMO MARCADOR DE PRONÓSTICO EN LA ESPONDILOARTRITIS PRECOZ

E. Trujillo, M. García, L. Expósito, M. Flores, J. Viotti, A.I. Rodríguez, E. Delgado, V. Hernández, I. Ferraz, J.J. Bethencourt y M.M. Trujillo

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Servicio de Evaluación y Planificación. Fundación Canaria de Investigación y Salud. Tenerife.

Introducción: Se ha demostrado la asociación de niveles elevados de glucosil galactosil piridinolina (Glc-Gal-PYD) urinarios con la progresión del daño radiológico precoz en otras enfermedades articulares como la artritis reumatoide pero no hay estudios en espondiloartritis.

Objetivos: Determinar el posible valor pronóstico de la excreción urinaria de Glc-Gal-PYD espondiloartritis precoz: Comparar el nivel urinario de Glc-Gal-PYD de los pacientes con datos de EsA precoz respecto a la población sana de sus mismas características de edad y género y analizar la existencia de asociación con variables de seguimiento y de diagnóstico a los 3 años.

Métodos: Se reclutaron 68 pacientes mayores de 18 años y menores de 45 años, que acudieron al Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Canarias, con alguno/s de los datos sugestivos de EsA de la tabla, que posteriormente completaron tres años de seguimiento en el servicio de reumatología y cumplen actualmente criterios para la clasificación de las espondiloartritis del Grupo Europeo de Estudio de las EsA (ESSG). Para comparar los niveles de Glc-Gal-PYD se utilizó un Grupo control sano de similar edad y sexo (n = 30), obtenido de personal sanitario que voluntariamente aceptó participar en el estudio. Se tomaron muestras de orina de todos los pacientes que acudieron por primera vez a la consulta de reumatología con sospecha de EsA precoz y se determinó el nivel urinario de Glc-Gal-PYD mediante cromatografía líquida de alta resolución (HPLC). Se realizó análisis de asociación con las siguientes variables de seguimiento a los 3 años: Diagnóstico a los 3 años. HLA-B27. EsA axial/periférica de ASAS. Afectación precoz de grandes articulaciones (caderas, rodillas). Presencia de manifestaciones extra-articulares (uveítis anterior, psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal). Tratamiento con anti-TNF. Debido a que los niveles urinarios no se encuentran normalmente distribuidos, todos los datos fueron transformados en logaritmos para obtener así una distribución normal. Las diferencias de los niveles de Glc-Gal-PYD en la orina entre los controles y los pacientes se evaluaron mediante t de Student no pareada. Las correlaciones se hicieron por análisis de correlación lineal. Para la explotación estadística se usó el programa SPSS 14.0.1 para Windows (SPSS Inc. Chicago, Illinois, EEUU).

Lumbalgia inflamatoria.
Artritis asimétrica preferentemente en miembros inferiores, entesitis, dactilitis, Raquialgia o artralgias, + 1 de los siguientes:
Psoriasis
Enfermedad Inflamatoria Intestinal
Uveítis anterior
Historia familiar de EsA
Entesitis
Uretritis/cervicitis/diarrea en el mes anterior
Sacroileítis radiográfica
HLA-B27+

Resultados: Los niveles urinarios de Glc-Gal-PYD de los pacientes que acuden por primera vez y cumplen criterios de derivación a la unidad de EsA precoz son significativamente superiores a los del grupo control sano de similar edad y sexo ($p < 0,001$). Los niveles de Glc-Gal-PYD de los pacientes con EsA precoz en la consulta inicial fueron significativamente más altos en aquellos que a los 3 años de seguimiento presentaron predominio de afectación periférica (EsA periférica de ASAS) respecto a la afectación axial, y en los que debido a la elevada actividad clínica y déficit funcional (BASDAI y BASFI) necesitaron tratamiento biológico. No se encontró asociación significativa con el HLA B27, con la presencia de manifestaciones extra-articulares ni con la afectación precoz de grandes articulaciones. Los pacientes que a los 3 años de seguimiento cumplen criterios diagnósticos de artritis psoriásica (criterios Caspar) y de Espondiloartritis indiferenciada tienen niveles urinarios de Glc-Gal-PYD más elevados en la consulta inicial que los pacientes con diagnóstico de Espondilitis anquilosante (criterios de Nueva York), Artritis asociada a EII y Artritis reactiva.

Conclusiones: La excreción urinaria de Glc-Gal-PYD en los pacientes con EsA precoz podría ser un biomarcador de pronóstico puesto que en nuestra serie se ha relacionado con la afectación periférica y con la necesidad de tratamiento biológico en los primeros tres años de seguimiento.

245. FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE TOFOS SUBCUTÁNEOS EN PACIENTES CON GOTA

E. Castillo, S. Chinchilla, N. Rivas, E. Garmendia, M. Calabozo, A. Alonso y F. Pérez Ruiz

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Cruces. Instituto de Investigación Biomédica BioCruces. Vizcaya

Introducción: Se ha asociado la aparición de tofos a los niveles de uricemia (Gutman AB, A&R 1973), no habiéndose determinado con precisión en la literatura la influencia de otros factores.

Objetivos: Analizar la asociación de diversos factores al desarrollo de tofos subcutáneos en pacientes con gota.

Métodos: Análisis de una cohorte prospectiva de pacientes con gota, en los que recoge de forma sistemática variables tanto generales de los pacientes (edad, sexo, comorbilidades) como de la enfermedad (tiempo de evolución, manifestaciones clínicas, uricemia). Se realizó análisis de supervivencia univariante (Kaplan-Meier, log-rank test) con el tiempo de evolución hasta la primera visita como tiempo de exposición. Las variables continuas se categorizaron por su distribución en cuartiles. Las variables que mostraron $p < 0,2$ se seleccionaron para análisis multivariante de regresión de Cox, que se analizaron de forma escalonada. Este estudio fue aprobado por la Comisión local de Ética e Investigación Clínica.

Resultados: Se analizaron datos de 1.005 pacientes, con una pérdida de variables $< 1,5\%$, 93% varones, 32% con tofos subcutáneos, 39% habían recibido tratamiento previo, 36% con afección poliarticular. Entre las comorbilidades, 30% en tratamiento diurético, 47% hipertensión, 20% diabetes, 46% hiperlipidemia, 30% episodio vascular previo. El tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas a la evaluación especializada fue de $6,8 \pm 7,1$ años (rango intercuartil 2-10). Las variables asociadas en análisis univariante fueron: uricemia, sexo, hipertensión, diuréticos, diabetes, presencia de antecedentes vasculares y tratamiento previo con medicamentos reductores de la uricemia. El análisis multivariante mostró una asociación independiente del desarrollo de tofos con las siguientes variables (razón de exceso, IC95%): sexo femenino (1,85, 1,17-2,92), diuréticos (1,65, 1,3-2,13), uricemia (1,08, 1,01- 1,16, por incrementos de mg/dl). El tratamiento previo con medicamentos reductores de la uricemia se asoció a un menor riesgo de desarrollo de tofos (0,61, 0,48-0,77).

Conclusiones: No solo la uricemia se asocia a mayor riesgo de desarrollar tofos. Hemos observado que el sexo femenino y el uso de diuréticos aumentan el riesgo, mientras que el tratamiento previo lo reduce. Esto permitiría definir perfiles clínicos de alto riesgo de desarrollar gota grave, en los que el tratamiento precoz y adecuado sería especialmente deseable.

246. CONSULTA MONOGRÁFICA DE TERAPIA BIOLÓGICA SC: EXPERIENCIA DESDE SU IMPLANTACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

S. Manrique-Arija, I. Ureña, L. Cano, F.G. Jiménez-Núñez, C.M. Romero-Barco, M.C. Ordóñez, L. Nieves, N. Mena-Vázquez, M.V. Irigoyen, A. Ponce, E. Calero, M. Rodríguez y A. Fernández-Nebro

UGC de Reumatología. Hospital Regional Universitario (HRU). IBIMA. Universidad de Málaga. Málaga.

Objetivos: Describir la experiencia tras un año desde la implantación de la consulta monográfica de terapia biológica (TB) sc en pacientes con enfermedades reumatológicas en la UGC de Reumatología del H. Regional Universitario de Málaga.

Métodos: Estudio observacional. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de enfermedad reumatológica vistos al menos una vez en la consulta monográfica de TB sc de la UGC de Reumatología del HRU

Tabla Póster 246

Variables	AR	Espondiloartritis	APS	AIJ	P-valor
Edad, media (± DE)	58 (11,87)	42 (12,82)	48 (10,13)	28 (14,01)	< 0,001
Sexo (mujer), n (%)	92 (74,8)	15 (40,5)	19 (57,6)	9 (81,8)	0,001
Fumador, n (%)	15 (19,7)	5 (20)	4 (14,8)	3 (27,3)	0,104
HTA n (%)	23 (29,9)	4 (14,8)	6 (23,1)	1 (9,1)	0,257
DL n (%)	17 (22,1)	3 (11,1)	4 (15,4)	1 (9,1)	0,481
DM n (%)	7 (9,1)	0 (0)	0 (0)	1 (9,1)	0,164
Nº de visitas n (%)					
1	79 (64)	21 (56,8)	19 (57,6)	7 (63,7)	0,001
2 o más	44 (36)	16 (43,2)	14 (42,4)	3 (36,3)	
FR+, n (%)	71 (84,5)	0 (0)	1 (3,79)	1 (9,1)	
Anti CCP+, n (%)	70 (85,4)	0 (0)	1 (3,79)	1 (9,1)	< 0,001
HLAB27, n (%)	0 (0)	18 (66,7)	2 (7,4)	0 (0)	< 0,001
Uveítis, n (%)	0 (0)	8 (30,8)	1 (3,7)	2 (18,2)	
AG VHB, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
AC VHBS, n (%)	5 (6,1)	1 (3,8)	0 (0)	0 (0)	0,471
AC VHBC, n (%)	5 (6,5)	2 (7,7)	2 (8)	1 (9,1)	0,985
VHC, n (%)	2 (2,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,652
Mantoux +, n (%)	16 (20,5)	2 (7,7)	7 (28)	0 (0)	0,096
Booster +, n (%)	7 (10,4)	1 (4,2)	2 (10)	0 (0)	0,586
Quantiferon +, n (%)	16 (21,3)	3 (11,5)	6 (24)	0 (0)	0,233
Tto profiláctico TBC					
*Isoniacida	14 (51,9)	3 (50)	5 (71,4)	0 (0)	0,286
*Rifampicina	5 (18,5)	0 (0)	2 (28,6)	0 (0)	
Vacunación gripe, n (%)	47 (72,3)	15 (62,5)	18 (72)	5 (55,6)	0,643
Vacunación Neumococo, n (%)	36 (60)	13 (54,2)	16 (69,6)	2 (28,6)	0,263
Nº orden TB actual n (%)					0,054
*Primera	89 (79,5)	26 (76,5)	24 (75)	10 (90,9)	
*Segunda	17 (15,2)	5 (14,7)	1 (3,1)	1 (9,1)	
*Tercera o más	6 (5,4)	3 (8,8)	7 (21,9)	0 (0)	
FAME asociado, n (%)	90 (80,4)	16 (47,1)	26 (81,3)	6 (54,5)	0,001
Metotrexato, n (%)	73 (78,5)	10 (55,6)	19 (73,1)	6 (85,7)	0,015
Terapia biológica optimizada, n (%)	19 (15,4)	6 (16,2)	16 (48)	2 (18)	0,191
Efectos 2º, n (%)	13 (10,6)	3 (8,1)	2 (6,1)	2 (18,2)	0,66

de Málaga durante el año 2013. Variables y Protocolo de actuación en la consulta de TB sc: en enero de 2013 se crea la consulta monográfica de TB sc (2 reumatólogos y 1 enfermera) con el objetivo optimizar el control de nuestros pacientes en tratamiento con TB sc y realizar una mejor gestión del riesgo de estos tratamientos. A la consulta llegan 2 tipos de pacientes: Pacientes que van a iniciar una nueva TB o pacientes que acuden a revisión. Los pacientes cuando llegan pasan por la consulta de enfermería reumatológica, donde se les toma constantes, peso, talla. Posteriormente pasan a la consulta del Reumatólogo. En la primera visita se realiza una historia clínica completa donde se recogen las siguientes variables: antecedentes personales y familiares, comorbilidades, patología de base y características clínicas (fecha de diagnóstico e inicio de síntomas, inmunología, virus, Mantoux y quantiferon (valores y fecha), radiología, tratamientos recibidos, vacunación). Se evalúa actividad de la enfermedad, infecciones, efectos adversos/complicaciones. Si se trata una visita de inicio de la TB, pasa después por la consulta de enfermería para iniciar el tratamiento. En visitas posteriores se realiza una gestión del riesgo protocolizado como indican los consensos sobre el tratamiento con TB. Análisis estadístico: Análisis descriptivo de las principales variables (variables cualitativas se expresaron como n (%), variables cuantitativas se expresaron como media ± (DE) si normalidad y mediana ± (IQR) si no eran normales. Se analizaron las posibles relaciones de las diferentes variables con las diferentes patologías, (χ^2 o test exacto de Fisher y ANOVA o Kruskal Wallis).

Resultados: Durante 2013 fueron vistos en nuestra consulta un total de 204 pacientes (333 visitas (mínimo 1- máximo 5 visitas), con diferentes patologías reumatológicas, la mayoría eran AR (123, 60,3%) y el resto eran: espondiloartritis (37, 18,1%), APs (33, 16,2%) y AIJ (11, 5,4%). El 53% de los pacientes estaban en tratamiento con etanercept y 43 pacientes (16%) estaban con reducción de dosis de TB sc. La media de edad era 55 años (± 14,6) y la mayoría eran mujeres (66,2%), encontrando en estas variables diferencias al estratificarlos por patologías (tabla). Un 35% de los pacientes, iniciaron alguna TB

sc en el 2013 y recibieron educación por parte de enfermería acerca de los tratamientos, reconociendo los pacientes encontrarse muy satisfechos con el seguimiento en esta consulta. En la tabla podemos ver las características tras la estratificación por patologías.

Conclusiones: La creación de nuestra consulta de TB sc ha llevado a una mejora de la gestión del riesgo de estos tratamientos. El realizar un seguimiento estrecho y sistematizado ayuda a minimizar los efectos adverso de cualquier fármaco, a adecuar dosis de tratamiento cuando el paciente permanece en remisión o a cambiar de TB de forma precoz cuando sea necesario. Por otro lado, habría que incidir más en la recomendación de vacunación entre nuestros pacientes.

247. ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO. RESULTADOS DE UNA CONSULTA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES DESDE 2008 HASTA 2013

A. Gallego Flores, C. Carrasco Cubero, R. Veroz González, L.M. Mellado Narciso, T.L. Rodríguez Araya, J.J. Aznar Sánchez y E. Chamizo Carmona

Servicio de Reumatología. Hospital de Mérida. Badajoz.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) puede asociarse a enfermedades del tejido conectivo (ETC) y aumentar significativamente su morbimortalidad. Los patrones predominantes de EPID asociada a ETC suelen ser neumonía intersticial no específica (NINE) y neumonía intersticial usual (NIU). Esta última es más frecuente en artritis reumatoide (AR). La afectación pulmonar puede ser la primera manifestación de las enfermedades reumáticas, precediendo a la aparición de los síntomas extrapulmonares. Forma de presentación, características clínicas y curso evolutivo de la EPID asociada a ETC puede ser muy variable, y su pronóstico puede mejorar con una intervención precoz.

Objetivos: Describir las características clínicas, tratamientos y evolución de los pacientes con EPID asociada a ETC que se encuentran en seguimiento en el servicio de reumatología del Hospital de Mérida.

Métodos: Se realizó una recogida sistemática de los casos de EPID asociada a ETC evaluados en el servicio de reumatología entre 01/2008 y 12/2013. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con una enfermedad autoinmune del tejido conectivo y un diagnóstico radiológico de EPID.

Resultados: Se encontraron 31 pacientes con EPID asociada a ETC: 14 AR, 8 esclerodermia (ES), 6 sd. antisintetasa (SAS) y 3 sd. de Sjögren (SS). Los pacientes presentaron una edad media de 66,3 años, predominio del sexo femenino (2 a 1) y antecedentes de tabaquismo (32,2%) y de patología pulmonar (19,3%). El diagnóstico de ETC fue anterior al de EPID en el 41,9%, coincidente en el 22,6% y posterior en el 35,5% de los pacientes. Los patrones de EPID encontrados fueron 16 NINE (51,6%), más frecuente en ES (5 pac) y SAS (5 pac), y 15 NIU (48,2%), con predominio en AR (10 pac). Fueron tratados 5 pacientes con ciclofosfamida IV (CF), 7 con rituximab (RTX), 7 con CF seguido de RTX y 12 con el tratamiento de base para su ETC (2 con anti-TNF). Se observó una respuesta mantenida en 13 pacientes (3 NIU y 10 NINE): 2 pacientes habían recibido CF, 6 RTX, 4 CF + RTX y 1 antiTNF. Todos los pacientes con AR fueron factor reumatoide (FR) positivo y el patrón predominante fue NIU (71,4%). El 64,2% había recibido metotrexato que al diagnóstico de la EPID fue suspendido, aunque no se encontró ningún caso de neumonitis por este fármaco. Los pacientes con ES, SAS y SS tenían menor edad al diagnóstico (62,8 años) que los de AR (70,6 años) y un predominio del patrón NINE (62,5, 80 y 66,6% respectivamente). Todos estos pacientes tuvieron FR negativo. Los ANAs fueron positivos en el 100% de los SAS, con predominio de anti JO1 y anti Ro 52, en el 75% de ES y el 66,6% de SS. Hubo dos pacientes con mala respuesta a CF, que fallecieron por complicaciones infecciosas.

Conclusiones: Con frecuencia, la primera manifestación de una ETC se debe a la EPID, por lo que es recomendable colaborar estrechamente con neumología. En consonancia con la literatura, todos nuestros pacientes con AR y EPID presentaron FR+, como suele ocurrir en la afectación extraarticular reumatoidea, y el patrón pulmonar predominante fue NIU. En la EPID asociada al resto de ETC encontramos un predominio de NINE y de ANAs positivos, especialmente de anti Ro y de anti Jo1. El FR fue negativo en todos los casos. Los pacientes con NINE tratados con RTX o con CF seguido de RTX tuvieron mejor respuesta. No obstante, se trata de una serie pequeña para extraer conclusiones respecto al tratamiento.

248. ECOGRAFÍA DE ENTESIS EN ESPONDILOARTRITIS PRECOZ: INFLUENCIA DEL SEXO Y DE HLA B27 SOBRE LA AFECTACIÓN DE LA ENTESIS EN LA ESPONDILOARTRITIS DE INICIO RECIENTE

I. Monjo¹, C. Castillo-Gallego¹, D. Peiteado¹, E. Martín Mola¹, S. Falcao² y E. de Miguel¹

¹Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Facultad de Medicina. Universidad Nueva de Lisboa. Lisboa. Portugal.

Introducción y objetivos: La inflamación de la entesis es una de las lesiones anatomoclínicas característica de las espondiloartritis. En los últimos años, la ecografía ha demostrado una alta sensibilidad, precisión y fiabilidad en la evaluación de la entesis, pudiendo ser una herramienta útil en el diagnóstico de las espondiloartritis de inicio. Clásicamente se ha relacionado a la espondilitis anquilosante con la presencia de HLA B27 y con el sexo masculino, ambas variables han sido implicadas también en la progresión radiológica de la enfermedad. En este sentido nos propusimos evaluar la influencia del HLA B27 y el sexo sobre la ecografía de entesis en una consulta de espondiloartritis de reciente comienzo.

Métodos: Estudio prospectivo en pacientes con diagnóstico de espondiloartritis de inicio, y que cumplen criterios de clasificación ASAS. Los pacientes pertenecían al programa ESPeranza, un registro de detección temprana de pacientes con espondiloartritis. El ecografista era ciego para los datos clínicos. A todos los pacientes se les realizó el índice ecográfico MASEI en la visita basal, a los 6 y a los 12 meses.

Resultados: Se incluyeron 146 pacientes de los cuales 78 (53%) eran varones y 68 (47%) mujeres. EL 32% de los varones eran HLA B27 positivo y el 16,51% de las mujeres. Los diagnósticos, por orden de frecuencia, fueron: espondiloartritis no radiológica (65,83%), artritis psoriásica (17%), espondilitis anquilosante (8,33%), espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (4,17%) y artritis reactiva (4,17%). El promedio del índice ASDAS en la visita basal fue 2,39 (alta actividad). El promedio del BASDAI fue de 4,62, del BASFI fue de 3,24 y del ASQuoL 6,24. Los pacientes varones tuvieron mayor puntuación en el índice MASEI en la visita basal y en la visita a los 12 meses, alcanzando significación estadística tanto en los índices globales como en casi todas las lesiones elementales exploradas, como se muestra en la tabla. Cuando analizamos los pacientes HLA B27 positivo, sólo se encontró significación en el índice global en la visita a los 12 meses y en el grosor en la visita basal y a los 12 meses. Tras el análisis de los datos estimamos que la mayor puntuación en este índice ecográfico estaba condicionada principalmente por el sexo masculino, y que la positividad del HLA B27 probablemente era secundaria a la mayor frecuencia de varones en ese grupo (66,04%).

	Varón	Mujer	Significación estadística (p)
MASEI en la visita basal	26,31	17,59	< 0,001
Erosión	3,12	2,07	0,077
Señal doppler	5,41	3,56	0,05
Bursitis	1,13	1	0,56
Grosor de la entesis	1,67	0,53	< 0,001
Calcificación	11,17	8,03	< 0,001
Alteración estructural	4,01	2,38	< 0,001
MASEI en la visita a los 12 meses	23,65	16,75	< 0,001
Erosión	1,84	1,52	0,54
Señal doppler	2,68	1,79	0,2
Bursitis	0,98	0,93	0,83
Grosor de la entesis	2,47	0,98	< 0,001
Calcificación	11,32	9	0,009
Alteración estructural	4,35	2,54	< 0,001

Conclusiones: El ser varón condiciona la afectación de la entesis en las fases iniciales de la espondiloartritis mientras que el HLA B27 parece tener un menor factor patogénico.

249. ANÁLISIS DEL PAPEL DE LAS UNIDADES DE REUMATOLOGÍA EN LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

J. Calvo Alén, I. Rúa-Figueroa, S. Garde, E. Ucar y S. Muñoz-Fernández

Sociedad Española de Reumatología.

Introducción y objetivos: Las enfermedades autoinmunes sistémicas. (EAS) están reconocidas a todos los niveles como una parte consustancial de la especialidad de Reumatología. Sin embargo, a nivel práctico es habitual constatar que no siempre nuestra especialidad tiene un papel nuclear en este campo. En el marco del interés estratégico por parte la Sociedad Española de Reumatología (SER) de reafirmar el liderazgo de nuestra especialidad en este campo se buscó analizar la implicación real de los servicios de Reumatología en el manejo de la enfermedades sistémicas a nivel nacional.

Métodos: Se realizó una encuesta en todos los hospitales públicos del estado con unidades de Reumatología (UR), en la que se incluían

diversas cuestiones relacionadas con la responsabilidad de dichas unidades en la asistencia a pacientes con EAS. Se presentan los datos descriptivos de los resultados de esta encuesta.

Resultados: De un total de 102 centros que constan en la base de datos de la SER, contestaron 41 (40%). La mayor parte de los centros que contestaron eran de carácter universitario (81%). En 17 (41,5%) centros la UR estaba reconocida como servicio, en 19 (46,3%) como sección y en 5 (12,2%) no tenía catalogación oficial. Únicamente 9 (22%) centros tenían jefaturas de servicio y de sección y en 7 (17,1%) no había ningún tipo de jefatura. El 52,2% de las unidades tenían docencia MIR de Reumatología y el 14,6% no tenían hospitalización propia. Trece centros (31,7%) contestaron que la asistencia a pacientes con EAS recaía en medicina interna (MI) y en 17 (41,5%) se recogió la existencia de unidades específicas de MI autodenominadas como unidades de EAS o similar. Hasta un 59% de los centros encuestados consideraron que la UR debería tener más peso en las EAS.

Conclusiones: De acuerdo a la información recibida se objetiva que en un porcentaje significativo de hospitales universitarios se reconoce que la Reumatología no es la especialidad de referencia para las EAS o que debería tener más peso al respecto. Además en cerca la mitad de los centros consultados existen unidades específicas para EAS de especialidades frontera como la MI. El déficit de estructura que se observa en las UR puede ser un factor que dificulte el solucionar esta problemática.

250. SÍNDROME DE LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA SECUNDARIA (SLHS) EN PACIENTES ADULTOS. CAUSAS FRECUENTES, CURSO CLÍNICO, TRATAMIENTO Y FACTORES DE MAL PRONÓSTICO. COMPARACIÓN ENTRE PACIENTES CON ENFERMEDAD AUTOINMUNE PREVIA (SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA, SAM) Y OTRAS CAUSAS DE SLHS. ESTUDIO SOBRE 32 CASOS

L. Yankova Komsalova, L. Morillas López y A. Molero Bermejo

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

El síndrome de linfocitosis hemofagocítica secundaria (SLHS) es una enfermedad rara con desenlace fatal sin tratamiento. Este estudio reporta una serie de 32 adultos con SLHS diagnosticados en el Hospital Universitario 12 de Octubre en el periodo desde 1995 hasta 2013 y compara entre pacientes con enfermedad autoinmune previa y el resto de los pacientes. La edad media de los pacientes fue de 44,50 años (rango 14-78 años), con un ratio 1,13/1 hombres/mujeres. El desglose según patologías previas fue: 10 (31,3%) pacientes con enfermedad autoinmune, 5 (15,6%) con enfermedad hematológica, 3 (9,4%) con cáncer sólido, 9 (28,1%) con trasplante renal o hepático y 5 (15,6%) con infección. La fiebre mayor de 38,5° fue presente en todos los casos. Esplenomegalia presentaron 23 (71,9%) de los pacientes y hepatopatía 19 (59,4%). 18 (56,3%) pacientes tenían anemia por debajo de 8,5 mg/dl, 13 (40,6%) neutropenia por debajo de 500 y 15 (46,9%) plaquetopenia inferior a 35.000. Las estrategias terapéuticas utilizadas, fueron glucocorticoides en dosis altas (dexametasona o metilprednisolona) solos o en combinación con ciclosporina A y/o inmunoglobulinas. Etópósito se utilizó en 10 pacientes. Factores de mal pronóstico fueron: la edad > 35 años ($p < 0,013$), la presencia de cáncer sólido como desencadenante ($p < 0,049$), el tratamiento prolongado con glucocorticoides ($p < 0,011$), el uso de micofenolato mofetil previamente ($p < 0,032$), la anemia por debajo de 8,5 mg/dl ($p < 0,03$), neutropenia por debajo de 500 ($p < 0,036$), la plaquetopenia menor de 35.000 ($p < 0,020$) y sobre todo la combinación de estas tres ($p < 0,020$). La caída del fibrinógeno por debajo de 100 mg/dl y la afectación pulmonar en el transcurso de la enfermedad, así como la no instauración de tratamiento específico confiere un peor pronóstico. Las principales diferencias entre los pacientes con SAM

y el resto, residen en el mejor pronóstico con menor probabilidad de desarrollar enfermedad grave en los pacientes con enfermedad autoinmune ($p < 0,005$). La infección no parece jugar un papel importante como factor desencadenante en estos pacientes ($p < 0,018$). La ferritinemia alta, por encima de 5.000 es más característico en las los pacientes con SAM ($p < 0,046$). El SLHS se puede presentar en un amplio grupo de patologías subyacentes (infecciones, neoplasias, enfermedades autoinmunes). El grado de infiltración de la médula ósea representado clínicamente por mayor anemia, neutropenia, plaquetopenia y la combinación de estas juega un papel importante en la gravedad de la presentación clínica y el pronóstico en general. Los pacientes con pancitopenias graves y/o fibrinógeno bajo tienen un peor pronóstico y tendencia a desarrollar enfermedad grave, por lo que debería de hacerse una especial vigilancia en ellos, instaurando tratamiento más agresivo tras la sospecha clínica.

251. INCIDENCIA DE MUTACIONES EN EL GEN DEL SEQUESTOSOMA1 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ÓSEA DE PAGET DE LA PROVINCIA DE SALAMANCA

R. Usategui Martín^{1,3}, I. Calero Paniagua^{2,3}, T. Carranco Medina^{2,3}, A. Quesada Moreno^{2,3}, A.J. Plata Izquierdo³, M. Sánchez González^{2,3}, S. Gómez Castro¹, C. Hidalgo Calleja^{2,3}, C. Montilla Morales^{2,3}, J. del Pino Montes^{2,3} y R. González Sarmiento^{1,3}

¹Unidad de Medicina Molecular. Departamento de Medicina.

Universidad de Salamanca. Salamanca. ²Servicio de Reumatología.

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. ³Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL). Salamanca.

La enfermedad ósea de Paget (EOP) es un trastorno focal del hueso que afecta de forma segmentaria al esqueleto. La alteración principal reside en los osteoclastos que aumentan en número, tamaño y actividad. Como resultado, se produce un hueso de estructura abigarrada y anárquica que altera las propiedades mecánicas. Actualmente son dos las hipótesis etiopatogénicas que intentan explicar el origen de la EOP: la influencia de factores ambientales y la existencia de condicionantes genéticos. De acuerdo con la teoría genética, el gen candidato más plausible es el gen del sequestosoma1 (SQSTM1), que codifica la proteína p62. Esta proteína juega un papel importante en la encrucijada de señales celulares relacionadas con la osteoclastogénesis, como la activación de la ruta NF-κB. El objetivo de nuestro trabajo ha sido analizar el gen SQSTM1 en pacientes con EOP a fin de encontrar relación entre la mutación del gen SQSTM1 y el desarrollo de la enfermedad. Hemos estudiado 288 pacientes con diagnóstico probado de EOP. Se realizó el estudio de los exones 6, 7 y 8 del gen SQSTM1 en el DNA genómico del paciente mediante PCR y posterior secuenciación automática con Big DyeTerminators en el analizador genético ABI 3000. El 81,9% de los pacientes (236 pacientes) no tenían antecedentes familiares y fueron considerados esporádicos. El 4,66% de estos pacientes (11 pacientes) eran portadores de la mutación en el gen SQSTM1; de los cuales 7 pacientes tenían la mutación p.P392L, dos la mutación p.E273D y dos la p.R321C. El 18,05% de los pacientes con EOP (52 pacientes) tenían familiares afectados, repartidos en 30 familias diferentes. El 33,33% de las familias (10 familias) presentaban al menos un individuo con mutación en el gen SQSTM1. En dos de estas diez familias cuatro individuos sanos eran portadoras de mutación en el gen SQSTM1. Del total de casos familiares con mutación en el SQSTM1, ocho pacientes eran portadores de la mutación p.P392L, tres de la mutación p.E273D, uno de la mutación p.M404T, uno de la mutación p.R321C y otro de la p.A426V. Estos resultados sugieren que ser portador de mutación en SQSTM1 no es suficiente para el desarrollo de la enfermedad y otros factores genéticos, epigenéticos y/o ambientales deben modular las mutaciones en SQSTM1 para que se desarrolle la enfermedad.

252. COMPARACIÓN ENTRE EL MANEJO DE LA TROCANterITIS CON DICLOFENACO TRANSDÉRMICO Y CON INFILTRACIONES CONVENCIONALES. ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO BASADO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL: DATOS PRELIMINARES

C. Guillén Astete^{1,2}, N. García Montes² y A. Boteanu¹

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

Introducción: Recientemente se ha introducido el uso de formulaciones transdérmicas de diclofenaco con relativo éxito en el manejo de lesiones deportivas. El propósito del presente estudio ha sido evaluar los resultados del manejo con diclofenaco transdérmico indicado según práctica clínica habitual en pacientes con trocanteritis clínica.

Métodos: Estudio prospectivo observacional. Se identificaron pacientes con diagnóstico de trocanteritis (diagnóstico clínico) tratados con infiltraciones o con diclofenaco transdérmico 140 mg según práctica habitual. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, mayores de edad. Los investigadores contactaron con los pacientes, una vez concluida la consulta en urgencias, para concertar una revisión al séptimo día de la primera visita a urgencias. Durante la revisión se recogieron datos epidemiológicos y clínicos. Se valoró éxito terapéutico sobre la opinión subjetiva del propio paciente así como con una escala visual analógica. La realización de este protocolo contó con la aprobación del comité de ética de nuestro centro y siguió la normativa de buena práctica clínica.

Resultados: Se incluyeron 13 pacientes tratados con diclofenaco transdérmico 140 mg c/12 horas durante al menos 3 días (Grupo I) y 37 pacientes tratados con una infiltración con triamcinolona acetónido 40 mg y 1-2 cc de mepivacaína 2% (Grupo II). No se consignó la técnica de infiltración en 33 de los 37 pacientes infiltrados. La edad media del grupo I fue 66 DE 6 años mientras que la del grupo II fue 69 DE 8 años ($p > 0,05$). La proporción de mujeres en el grupo I fue 76,9% mientras que en el grupo II fue 78,3% ($p < 0,05$). A criterio del paciente se alcanzó éxito terapéutico en 4 pacientes del grupo I y 11 del grupo II (30,7% vs 29,7%, $p > 0,05$). La reducción de la escala visual analógica (EVA) al momento de la re-evaluación fue de 36,5 DE 18,8% en el grupo I y de 40,5 DE 21,1% en el grupo II ($p = 0,056$). Valorando únicamente a pacientes varones se observó una mejoría EVA de 78,4 DE 22,1% en el grupo I y 44,4 DE 27,4% en el grupo II ($p < 0,01$).

Conclusiones: Nuestros resultados indican que el manejo con diclofenaco transdérmico ofrece una respuesta similar a la obtenida con infiltraciones locales de corticoides. Aunque se trata de resultados preliminares, el relativo mayor efecto del diclofenaco transdérmico en pacientes varones podría explicarse por las características biomecánicas de la cadera masculina respecto de la femenina en términos de volumen del panículo adiposo. Finalmente, de mantener la misma tendencia, nuestros resultados respaldarían el uso de esta alternativa terapéutica en pacientes en quienes la práctica de infiltraciones pudiera estar contraindicada.

253. RIGIDEZ ARTERIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. VALOR EN LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

M. Robustillo Villarino, E. Rodilla Sala, F. Gil Latorre, A. Martínez Ferrer, D. Ybáñez García, E. Valls Pascual, I. de la Morena del Barrio, J.E. Oller Rodríguez, E. Vicens Bernabeu, C. Vergara Dangond, C.M. Feced Olmos y J.J. Alegre Sancho

Hospital Universitario Doctor Peset. Hospital General de Sagunto. Valencia.

Introducción: El análisis de la rigidez arterial constituye un buen marcador de enfermedad arterial, precoz y con un valor pronóstico reconocido en la literatura. Puede determinarse de forma simple,

no invasiva y reproducible a través de la velocidad de onda de pulso (VOP), medida que se ha demostrado útil en la estratificación del riesgo cardiovascular (RCV) en distintos estudios.

Objetivos: Determinar la rigidez arterial mediante el estudio de la VOP en pacientes con artritis reumatoide (AR), y estimar su utilidad en la estratificación del RCV en estos pacientes.

Métodos: Se valoraron 134 pacientes con AR en un periodo de un año, excluyendo aquellos con alto RCV (antecedentes de eventos CV, insuficiencia renal y/o diabetes mellitus). Se recogió género, edad, duración de la AR, afección extrarticular, tabaquismo, presión arterial (PA), FR y/o antiPCC+, y el índice aterogénico colesterol total/HDL (IA). Estas variables sirvieron para calcular el SCORE y el mSCORE. El estudio ecográfico se realizó con un ecógrafo Esaote MyLab XV70 con sonda lineal (7-12 MHz) y un programa automatizado de medición del grosor íntima-media (GIM) mediante radiofrecuencia ("Quality intima media Thickness in real-time, QIMT"). Se midió el GIM en carótida común bilateral y se recogió la presencia de placas de ateroma en el árbol carotídeo extracraneal según consenso de Mannheim. La determinación de VOP se realizó mediante el dispositivo validado Mobil O Graph. Los pacientes se clasificaron en alto RCV si la VOP ≥ 10 m/s (Mancia et al. J Hypertens 2013;31:1281-357). El estudio estadístico se realizó utilizando el programa SPSS 17.0.

Resultados: Un 75,4% de las pacientes eran mujeres, la edad media fue 60,36 años y un 29,1% eran fumadoras. La duración media de la AR fue de 17,18 años, 20,9% con manifestaciones extraarticulares. El porcentaje de pacientes clasificados en RCV bajo (mSCORE = 0), medio ($1 \leq \text{mSCORE} < 5$), alto y muy alto ($\text{mSCORE} \geq 5$) fue de 23,9%, 65,8% y 10,3%, respectivamente. Se halló placa de ateroma en un 43,6%, el GIM medio fue 0,74 mm y el porcentaje de pacientes con GIM $> 0,9$ mm fue de 16,2%. Los pacientes con GIM $> 0,9$ mm y/o presencia de placa de ateroma representaron un 46,2%. La VOP media en la serie fue de 8,84 m/s y el porcentaje de pacientes con VOP ≥ 10 m/s 26,8%. De los pacientes con mSCORE < 5 , 52 pacientes (46%) presentaron placa de ateroma y/o GIM $> 0,9$ mm, y 25 (23,8%) una VOP ≥ 10 m/s. La VOP mostró correlación con el mSCORE ($r 0,721$, $p 0,000$) y con los hallazgos patológicos en la ecografía carotídea ($r 0,568$, $p 0,000$). Se consideró un patrón oro compuesto para estratificar RCV (mSCORE ≥ 5 o mSCORE < 5 con GIM $> 0,9$ mm y/o placa de ateroma o VOP ≥ 10 m/s), ya propuesto por otro grupo de investigación (Corrales et al. Ann Rheum Dis. 2013;72:1764-70), a partir del cual se estimó la sensibilidad de los siguientes modelos:

Modelo	Sensibilidad
Patrón oro	n 63/113
mSCORE ≥ 5	19% (12/63)
VOP ≥ 10 m/s	52,4% (33/63)
Anomalías ecográficas (GIM $> 0,9$ o placa ateroma)	77,8% (49/63)
mSCORE ≥ 5 o mSCORE = 10m/s	58,7% (52/63)
mSCORE ≥ 5 o mSCORE	82,5% (37/63)

Conclusiones: La sensibilidad de la VOP es superior a la del mSCORE, pero inferior a la ecografía carotídea, en la estimación del RCV. Sin embargo, puede ser una herramienta útil en la estratificación del RCV en la práctica clínica por ser una prueba más rápida, simple, objetiva y reproducible.

254. UTILIDAD Y ADECUACIÓN DE LA SOLICITUD DEL PERFIL DE ANTICUERPOS RELACIONADOS CON MIOSITIS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

N. Quilis Martí¹, J.A. Bernal¹, S. Almenara¹, A. Espasa² y P. Vela¹

¹Sección de Reumatología; ²Servicio de Análisis Clínicos. Hospital General Universitario. Alicante.

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas

por inflamación muscular y debilidad. Se han identificado diversos autoanticuerpos (acs.) presentes hasta en el 80% de los diferentes subtipos de miositis: acs. asociados a miositis los frecuentes en otras conectivopatías (anti-PMScl, anti-Ku, anti-U1RNP, anti-U3RNP) y acs. específicos de miositis los exclusivos de miopatías inflamatorias (anti-Jo1, anti-PL7, anti-PL12, anti-Mi2).

Objetivos: Conocer la utilidad del perfil de acs. relacionados con miositis en el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), y la adecuación de su determinación.

Métodos: Se ha revisado de forma retrospectiva el resultado de los perfiles de acs. relacionados con miositis realizados entre el 1 de enero de 2009 y el 30 de junio de 2011 en el Servicio de Análisis Clínicos del HGUA. El perfil incluye la determinación de: anti-Ro52, anti-Mi2, anti-Jo1, anti-PL7, anti-PL12, anti-PMScl, anti-Ku. El motivo de solicitud y el diagnóstico final se han obtenido revisando la historia electrónica de cada paciente.

Resultados: Se ha evaluado un total de 413 perfiles, correspondientes a 380 pacientes. En 266/380 (70%) todos los acs. fueron negativos. En 110 se identificó el motivo de solicitud, destacando: 30 elevación de CPK, 19 manifestaciones articulares, 11 patología pulmonar, 12 Raynaud/acrocianosis, 10 mialgias/dolor, 5 debilidad. En 183 constaba el diagnóstico final, en 18 (6,7%) se diagnosticó algún tipo de enfermedad muscular, 7 de ellas inflamatorias (2 miopatía mitocondrial, 2 miopatía por estatinas, 2 miopatía corticoidea, 1 miopatía vacuolar, 2 rabdomiolisis, 1 miopatía no inflamatoria, 2 polimiositis, 5 dermatomiositis). En 114/380 (30%) algún ac. fue positivo; en 37 de ellos, el único positivo fue anti-Ro52. El motivo de solicitud se identificó en 41, destacando: 4 elevación CPK, 2 debilidad, 2 sospecha PM/DM, 2 manifestaciones articulares, 1 mialgias, 12 problema pulmonar. En 104 se pudo conocer el diagnóstico final, en 24 (21%) se diagnosticó algún tipo de enfermedad muscular, todas ellas inflamatorias: 5 dermatomiositis (los patrones de anticuerpos positivos fueron: MI2-PL7-KU, Ro52-PL7, MI2-PL7, Ro52-KU-PMSCL, KU); 6 miopatía inflamatoria (los patrones fueron: KU, PL7, Ro52-JO1, PL7-KU, Ro52, PMSCL), 4 polimiositis (PL7, Ro52-JO1, JO1, Ro52), 9 síndrome antisintetasa (Ro52-PL12 en tres, Ro52-JO1 en dos, JO1, Ro52-PL7, Ro52, PMScl). Excluyendo el resultado de anti-Ro52, 23 pacientes de 77 con algún otro acs. positivo fueron diagnosticados de MII (29,8%).

Conclusiones: Considerando los motivos de solicitud registrados, se podría extrapolar que el elevado porcentaje de negatividad del perfil (70%) se deba a una solicitud inadecuada en muchos casos. 7 pacientes (2,6%) del grupo con acs. negativos y 24 pacientes del grupo con acs. positivos (21%, siendo 29,8% si se excluye antiRo52) fueron diagnosticados de MII. Una limitación importante del estudio es el registro deficitario de información en la historia electrónica. Los acs. relacionados con miositis se asocian al diagnóstico de un mayor número de miopatías inflamatorias. La rentabilidad de la técnica se incrementaría adecuando mejor las solicitudes.

255. INFLUENCIA DE LA INMUNOGENICIDAD Y EL TRATAMIENTO CONCOMITANTE CON FAME CLÁSICOS EN LA EFICACIA DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS A LARGO PLAZO CON INFILIXIMAB Y ADALIMUBAB EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

D. Cajigas¹, C. Plasencia¹, D. Pascual-Salcedo², K. Franco¹, I. Monjo¹, A. Salgado¹, G. Bonilla¹, L. Nuño¹, A. Villalba¹, D. Peiteado¹, S. Ramiro², M. López-Casla², J. Díez³, E. Martín-Mola¹ y A. Balsa¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Inmunología;

³Servicio de Bioestadística. Hospital La Paz-Idipaz. Madrid.

Introducción: La terapia anti TNF ha demostrado ser eficaz en pacientes con artritis reumatoide, espondiloartritis y artritis psoriásica (APs) refractarios a FAMEs clásicos. Sin embargo, su eficacia puede verse afectada por el desarrollo de anticuerpos antifármaco

(ADA) así como su asociación o no a FAMEs clásicos. No existen publicaciones que demuestren esto en pacientes con APs; por lo que, su estudio podría resultar muy útil para lograr una mejor optimización de éstas terapias biológicas.

Objetivos: Evaluar la relación de la inmunogenicidad y el tratamiento concomitante con FAMEs clásicos en la eficacia de las terapias biológicas a largo plazo con infliximab (Ifx) y adalimumab (Ada) en pacientes con APs.

Métodos: Se estudiaron 37 pacientes con APs en tratamiento a largo plazo con Ifx y Ada (como primer anti TNF) del Hospital la Paz. Para valorar la actividad y mejoría clínica se utilizó el DAS28, ASDAS, Delta-DAS28, Delta-ASDAS, que se midieron en los momentos: basal, 6 meses, 1º año y > 2º años de tratamiento. El Ifx se administró a dosis de 5mg/kg por vía IV a las 0, 2, 6 y luego cada 8 semanas, y el Ada a dosis de 40 mg/2 semanas por vía SC. Los niveles séricos de fármaco y ADA se midieron mediante la técnica de ELISA. No se incluyó etanercept porque hasta la fecha no se han encontrado anticuerpos. El análisis estadístico se realizó mediante el sistema SPSS 11.0.

Resultados: De los 37 pacientes con APs 25 (67,5%) fueron tratados con Ifx y 12 (32,5%) con Ada. El tiempo medio en terapia biológica con anti-TNF fue de 5,1 ± 3,4 años. Del total de pacientes solo 4 (10,8%) estuvieron en monoterapia y 33 (89,2%) asociados a FAMEs clásicos, de los cuales 13 (35,1%) estuvieron solo con metotrexate. Se detectó ADA en 8 (21,6%) pacientes (5 con Ifx y 3 con Ada), de los cuales 6 (75%) los desarrollaron durante el primer año de tratamiento. El DAS28 tendía a ser mayor en los pacientes con ADA en los momentos estudiados (En ADA positivos alcanzaron la remisión o baja actividad: 0%, 0% y 20% a los 6m, 1º año y > 2º años respectivamente y en los ADA negativos alcanzaron la remisión o baja actividad: 63,3%, 55,2% y 69,6% a los 6m, 1º año y > 2º respectivamente para p = 0,017, p = 0,069 y p = 0,040 a los 6m, 1º año y > 2º respectivamente). El ASDAS fue mayor en los pacientes con ADA durante todo el estudio (En ADA positivos alcanzaron la remisión o baja actividad: 0%, 0% y 0% a los 6m, 1º año y > 2º años respectivamente y en los ADA negativos alcanzaron la remisión: 41,7%, 60% y 70% a los 6m, 1º año y > 2º respectivamente para p = 0,122, p = 0,027 y p = 0,012 a los 6m, 1º año y > 2º respectivamente). La mejoría clínica (Delta-DAS28 y Delta-ASDAS) se correlacionó inversamente proporcional al DAS-28 y ASDAS. El total de pacientes que desarrollaron ADA abandonó el tratamiento por ineficacia secundaria. El tiempo medio de supervivencia del fármaco fue menor en los pacientes con ADA (4,5 ± 1,2 años con ADA vs 9 ± 0,7 años sin ADA, p = 0,017), siendo en el grupo que desarrolló anticuerpos, los que se encontraban con metotrexate los que tuvieron mayor supervivencia global (7,75 ± 0,53 vs 2,3 ± 1,03). La reducción de dosis fue más frecuente en pacientes sin ADA [16/29 (55,2%) sin ADA vs 1/8 (12,5%) con ADA, p = 0,098].

Conclusiones: La monoterapia y el desarrollo de ADA se correlaciona con una peor eficacia y mayor frecuencia de abandono de la terapia anti-TNF en pacientes con APs en tratamiento a largo plazo con Ifx y Ada.

256. ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y SU POSIBLE MODIFICACIÓN CON EL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD REUMÁTICA

S.A. Sánchez-Fernández, J.A. Carrasco-Fernández y L. Marena Rojas-Vargas

Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

Objetivos: Determinar la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en los pacientes diagnosticados de una enfermedad reumática y valorar si los pacientes que reciben tratamiento para estos FRCV presentan un mejor control que los no reciben tratamiento alguno.

Métodos: Se recogieron edad, sexo, enfermedad y FRCV de los pacientes que acuden a consulta entre septiembre y noviembre de 2013, y que tenían un diagnóstico establecido de enfermedad reumática, así como si recibían o no tratamiento para HTA, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia o diabetes. Los FRCV recogidos fueron: consumo de tabaco y alcohol, presencia de enfermedad cardiovascular, sedentarismo, índice de masa corporal (IMC) y niveles de colesterol, triglicéridos (TG), glucosa, tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD). Los datos se recogieron y analizaron en una base de datos openoffice Calc, realizándose t de Student para comparar las variables cuantitativas con significación estadística si $p < 0,05\%$.

Resultados: Se incluyeron 471 pacientes (313 (66,5%) mujeres y 158 (33,5%) hombres). La edad media fue de $59,22 \pm 15,41$, resumiéndose en la tabla el número y porcentaje de pacientes por diagnóstico de enfermedad reumática. Teniendo en cuenta la presencia de FRCV, 67 pacientes (14,2%) fumaban, 81 (17,2%) tomaban alcohol, 73 (15,5%) padecían una enfermedad cardiovascular y 395 (83,9%) eran sedentarios. Las medias de las determinaciones realizadas fueron: colesterolemia $208,58 \pm 39,19$, trigliceridemia $123,84 \pm 75,30$, glucemia $100,40 \pm 25,19$, TAS $137,73 \pm 21,30$ y TAD $78,30 \pm 11,00$; el IMC medio calculado fue de $29,36 \pm 5,65$. Respecto a los tratamientos, 211 (44,8%) recibían antiHTA, 110 (23,4%) anticolsterolémicos, 30 (6,4%) antiTG y 66 (14%) antidiabéticos. Comparando a los pacientes que recibían algún tratamiento para un FRCV frente a los que no lo recibían, se observó que los que tomaban antiHTA tenían cifras de TAS mayores que los que no ($142,80 \pm 23,45$ vs $133,64 \pm 18,43$; $p < 0,01$). Igualmente ocurrió para los pacientes que tomaban antiTG ($205,17 \pm 103,51$ vs $118,31 \pm 69,77$; $p < 0,01$) y antidiabéticos ($132,89 \pm 44,48$ vs $95,10 \pm 14,81$; $p < 0,01$). Solamente el grupo de pacientes que tomaba anticolsterolémicos presentó cifras menores de colesterol frente a los que no lo recibían, aunque sin diferencias significativas ($203,00 \pm 42,95$ vs $210,28 \pm 37,83$; $p = 0,088$). También se encontró que los pacientes sedentarios tenían un mayor IMC que los que realizaban algún ejercicio ($29,75 \pm 5,66$ vs $27,36 \pm 5,16$; $p = 0,01$). Los pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular tenían mayor IMC ($30,72 \pm 5,56$ vs $29,21 \pm 5,64$; $p = 0,027$) y de TG ($143,00 \pm 71,51$ vs $120,33 \pm 75,53$; $p = 0,018$), siendo los niveles de colesterol ($192,70 \pm 37,93$ vs $211,49 \pm 38,72$; $p = 0,000$) y TAD ($74,61 \pm 11,97$ vs $78,65 \pm 10,72$; $p = 0,04$) más bajos (sin diferencias para TAS ($135,10 \pm 26,58$ vs $138,21 \pm 20,20$; $p = 0,254$) y glucemia ($105,34 \pm 25,43$ vs $99,49 \pm 25,07$; $p = 0,068$).

Enfermedad reumática	Nº pacientes (%)	Enfermedad reumática	Nº pacientes (%)
Artritis reumatoide	118 (25,1%)	Artropatía por pirofosfato cálcico	10 (2,1%)
Osteoartritis	85 (18%)	Esclerodermia	8 (1,7%)
Osteoporosis	58 (12,3%)	Enfermedad mixta del tejido conectivo	6 (1,3%)
Espondiloartropatía inflamatoria	46 (9,8%)	Síndrome de Sjögren	5 (1,1%)
Gota	40 (8,5%)	Artritis idiopática juvenil	5 (1,1%)
Polimialgia reumática	28 (5,9%)	Síndrome antifosfolípido	4 (0,8%)
Artropatía psoriásica	21 (4,5%)	Dermatomiositis	3 (0,6%)
Lupus eritematoso sistémico	16 (3,4%)	Vasculitis (arteritis de células gigantes (n = 2), enfermedad de Behçet)	3 (0,6%)
Fibromialgia	12 (2,5%)	Otras (sarcooidosis, enfermedad de Paget, lumbalgia)	3 (0,6%)

Conclusiones: Un considerable número de nuestros pacientes presentan FRCV, destacando el sedentarismo como el más frecuente (casi 85%). A pesar de recibir tratamiento para determinados FRCV no existe un adecuado control de estos factores (en especial respecto a HTA, hiperTG e hiperglucemia), incluso en los pacientes reumáticos con alguna enfermedad cardiovascular. Este hallazgo debe hacer que intentemos realizar un tratamiento más adecuado en nuestros pacientes con el fin de conseguir un mejor control de los FRCV.

257. ANÁLISIS DE LA MONOTERAPIA CON BIOLÓGICOS EN ARTRITIS REUMATOIDE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

L. Sala Icardo, M. Arredondo, I. Llorente, E. Tomero, J.P. López Bote, R. García de Vicuña, I. González y J.M. Álvaro-Gracia

Hospital Universitario La Princesa. IIS-Princesa. Madrid.

Introducción: El tratamiento combinado de fármaco biológico y fármaco modificador de la enfermedad sintético (sFAME) es el tratamiento estándar en pacientes con artritis reumatoide (AR) e indicación de terapia biológica. Sin embargo, este no es siempre el caso en la práctica clínica diaria. Estudiar las razones y el perfil de los pacientes en monoterapia puede ser de utilidad.

Objetivos: Analizar el perfil de pacientes con AR tratados con biológicos en monoterapia y compararlo con el tratamiento combinado estándar.

Métodos: Se realizó un estudio transversal observacional. Se revisaron las bases de datos de dispensación de fármacos y las historias clínicas de los pacientes de un hospital terciario. Los pacientes con un diagnóstico clínico de AR en tratamiento con cualquier biológico en 2013 fueron seleccionados para el análisis. Se incluyeron para el estudio características demográficas y clínicas (edad, sexo, duración de la enfermedad, seropositividad para factor reumatoide), razón para la monoterapia y la terapia combinada con sFAME. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante la t-test y chi-cuadrado. La actividad de la enfermedad se midió mediante el DAS28 y se realizó un análisis multivariante para evaluar el impacto de cada parámetro independiente sobre el DAS28.

Resultados: El análisis incluyó a 268 pacientes tratados con fármacos biológicos. La monoterapia representó el 11,2%. Aquellos en monoterapia mostraron una tendencia, aunque no estadísticamente significativa a mayor duración de la enfermedad comparado con la terapia combinada [$15,8$ (12,1) vs $13,6$ (8,8)], similares edad [$62,6$ (14,5) vs $62,1$ (12,6)], género (mujeres 90,0% vs 82,7%), y positividad para el factor reumatoide (77,8% vs 73,2%). La monoterapia fue más frecuente como tercera o posterior línea de terapia biológica (24,1% vs 8%, $p < 0,05$). Entre los pacientes en monoterapia, tocilizumab fue el agente más utilizado (30%). Centrándonos individualmente en cada biológico, la monoterapia fue más frecuente en tocilizumab (36%), y abatacept (17,4%), que en los pacientes tratados con anti-TNF (7-10%). Los motivos encontrados para la monoterapia fueron intolerancia sFAME (60,9%), y contraindicaciones (39,1%), como enfermedades pulmonares (21,7%), hepatopatía (8,7%), neutropenia (4,3%), y embarazo (4,3%). El DAS28 fue numéricamente superior, aunque no de forma significativa, en monoterapia frente a terapia combinada ($p > 0,05$). El análisis multivariante mostró mayor DAS28 en tercera línea o posterior de tratamiento biológico ($p = 0,004$), pero no para la monoterapia de forma independiente.

Conclusiones: El tratamiento con fármacos biológicos en monoterapia en la AR se relaciona con la tercera o posterior línea de terapia biológica, siendo tocilizumab el agente biológico que se utiliza con más frecuencia en estos pacientes. La monoterapia no se asocia a una peor respuesta clínica en este contexto.

258. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES DE UNA UNIDAD DE ESPONDILOARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO

J.J. Aznar Sánchez, E. Chamizo Carmona, A. Gallego Flores, R. Verz González, T.L. Rodríguez Araya y P.J. Cossío Jiménez

Servicio de Reumatología. Hospital de Mérida. Badajoz.

Introducción: Las manifestaciones clínicas inespecíficas en los periodos iniciales de las espondiloartritis (SpA) junto a las limitaciones de los criterios de clasificación, justifican al menos en parte que el diagnóstico se retrase en muchos pacientes. Con los nuevos criterios desarrollados por el grupo ASAS se intenta acortar el tiempo

hasta el diagnóstico para SpA axial y SpA periférica, mediante la selección y derivación de adultos jóvenes a las unidades de SpA precoz (USpAP). Informamos sobre la actividad de la USpAP del hospital de Mérida desde su creación en 2008.

Objetivos: Describir las características demográficas y clínicas de una población derivada a una consulta monográfica de SpA de reciente comienzo, en el área de salud de Mérida.

Métodos: Se incluyeron los pacientes adultos menores de 45 años derivados a la USpAP entre 05/2008 y 12/2013, por presentar durante más de 3 meses y menos de 2 años lumbalgia inflamatoria, artritis asimétrica y/o lumbalgia mecánica/artralgias acompañada de al menos una de las siguientes: psoriasis, uveítis, enfermedad inflamatoria intestinal (EII), entesitis, sacroileítis por imagen, HLAB27+ o antecedente familiar de SpA. Se excluyeron los pacientes con un diagnóstico previo de SpA.

Resultados: Se estudiaron 132 pacientes, de los que 60 (45,5%) cumplían criterios ASAS para SpA. El motivo más frecuente de consulta fue lumbalgia (76%). De los pacientes diagnosticados de SpA, presentaron 60% (36) formas axiales, especialmente no radiológicas (28), y 40% (24) formas periféricas puras, sobre todo psoriásica (APs) (13). La distribución por sexos fue similar en ambos grupos. De las SpA axiales, 22,2% cumplía criterios de NY. Las formas no radiológicas fueron más frecuentes en las mujeres y las radiológicas en los hombres. La edad media al diagnóstico fue de 31,7 años para las SpA en general, siendo menor para las formas axiales (29,5 años) que para las formas periféricas puras (35 años). La frecuencia de HLA B27+ fue de 63,3% en SpA en general, 83,3% en SpA axiales (100% de las espondilitis anquilosante (EA), 33,3% en SpA periféricas (87,5% de indiferenciadas periféricas) y 9,7% en los sujetos sin SpA. Los antecedentes familiares, presentes en 38,3% de los pacientes con SpA, fueron más frecuentes en las formas indiferenciadas, tanto axial (55,5%) como periférica (57%), y en APs (30%). Presentaron artritis 37% de SpA y 100% de APs, entesitis 38% de SpA, especialmente indiferenciadas, uveítis en 5 SpA axiales y dactilitis en 1 SpA periférica indiferenciada.

Conclusiones: La creación de una unidad de SpA precoz en nuestro medio ha sido muy productiva, ya que con una buena estrategia de derivación, se logró alcanzar una tasa de diagnóstico del 45,5% de los pacientes derivados, aplicando criterios ASAS. Las SpA axiales fueron más frecuentes y se presentaron a una edad más temprana (especialmente las indiferenciadas) que las periféricas puras. La APs fue la forma de presentación periférica pura más frecuente (24%). La distribución por sexos fue similar para las SpA en conjunto, pero las formas axiales no radiológicas fueron más frecuentes en mujeres. Encontramos un antecedente familiar de SpA con mayor frecuencia en las formas indiferenciadas, tanto axiales como periféricas, que en las SpA definidas. Comprobamos una fuerte asociación entre HLA B27 y EA (100%) y SpA indiferenciada (axial y periférica). En cambio, no encontramos asociación con APs ni artritis enteropática.

259. EVOLUCIÓN CLÍNICO-CAPILAROSCÓPICA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INDIFERENCIADA DEL TEJIDO CONECTIVO

M. García-González, B. Rodríguez-Lozano, L. Expósito, H. Sánchez, E. Delgado y S. Bustabad

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

Introducción: La enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (EITC) engloba una situación clínica con hallazgos clínico-serológicos de enfermedad autoinmune sistémica (EAS) sin cumplir criterios de clasificación de ninguna enfermedad definida, pero que puede evolucionar a una EAS definida, permanecer indiferenciada o, incluso, experimentar remisión. Se han propuesto unos criterios preliminares de EITC: 1) manifestaciones clínicas sugestivas de EAS,

pero sin cumplir los correspondientes criterios de ninguna enfermedad definida; 2) ANA positivos y 3) duración de la enfermedad de al menos 3 años. Hasta el 30% de pacientes con EITC evoluciona hacia una conectivopatía clásica en los 5 primeros años, siendo raro después de 10 años; sobre todo evolucionan a LES, aunque también a ES, SS, EMTC, vasculitis sistémica, PM/DM y AR. Se han descrito también cambios en la microvasculatura en diferente proporción de pacientes con EITC y su posible potencial pronóstico.

Objetivos: Valorar la evolución clínica y capilaroscópica de 20 pacientes con EITC de más de al menos 5 años de evolución.

Métodos: Estudio retrospectivo de 20 pacientes que no reunían criterios de conectivopatía definida pero presentaban datos clínicos aislados (artralgias, alopecia, síndrome sicca, aftas orales, LEC, fotosensibilidad o citopenias) y tenían al menos 2 de los siguientes: fenómeno de Raynaud (FRy), ANA positivos o patrón capilaroscópico de conectivopatía (PCC) o con "cambios no específicos", con exclusión del diagnóstico de preeclerodermia. Las capilaroscopias fueron realizadas al inicio y a los 5 años, todas por el mismo observador y con un capilaroscopio Leica 10447123 10 × 23.

Resultados: 20 mujeres, edad media 45 años (rango 20-79 años). Presentaban FRy (85%), ANA positivos (100%) o PCC (80%). Los hallazgos capilaroscópicos iniciales fueron: normal (50%), hallazgos capilaroscópicos inespecíficos (40%), PCC (10%). En su evolución, sólo 2 pacientes con PCC presentaron cambios y ambos hacia patrón capilaroscópico precoz de esclerodermia (1 paciente con evolución a LES y el otro continuaba siendo una EITC). Sólo 2 pacientes de la serie presentaron evolución clínica a LES.

Conclusiones: 1) El 50% de los pacientes de nuestra serie de EITC de al menos 5 años de evolución presentaron alteraciones capilaroscópicas inespecíficas o de conectivopatía en el momento del diagnóstico. 2) El 10% de los pacientes con PCC evolucionaron hacia un patrón capilaroscópico definido de esclerodermia. 3) El 10% de los pacientes desarrolló una conectivopatía definida, LES.

260. OPTIMIZACIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

M. Arredondo, L. Sala-Icardo, I. Llorente, E. Tomero, J.P. López-Bote, R. García de Vicuña, I. González-Álvarez y J.M. Álvarez-Gracia

Hospital Universitario La Princesa. IIS-La Princesa. Madrid.

Introducción y objetivos: El coste de las terapias biológicas es, probablemente, uno de los factores que más limita su uso. Por esta razón, el uso de estrategias de optimización de dosis es cada vez más frecuente en la práctica clínica habitual. Dada su importancia creciente, presentamos la experiencia en optimización de fármacos biológicos en pacientes con artritis reumatoide (AR) en nuestro centro.

Métodos: Se realizó un estudio observacional transversal en el que se incluyen todos los pacientes con AR en tratamiento biológico en un hospital universitario de carácter terciario, realizando dos cortes transversales en los primeros trimestres de 2011 y 2013. Se excluyeron anakinra y rituximab. Se emplearon como parámetros para el análisis: dosis, e intervalo de administración y coste durante los primeros 3 meses del año, extrapolando la información a un año natural. Se definió como optimización aquellos pacientes cuya dosis trimestral era = 83% de la dosis aprobada. Como marcador de efectividad se usó el DAS28. Para el estudio estadístico se emplearon t-Student y χ^2 .

Resultados: Se incluyeron 211 pacientes de 2011 y 265 de 2013. La dosis media global y la dosis media y porcentaje del grupo de pacientes optimizados se pueden observar en la tabla. Nuestros datos muestran una disminución media en la dosis global del 16,19% en 2013, en comparación con el 9,44% en 2011. Un análisis pareado de el DAS28 no reveló diferencias significativas entre ambos períodos [2,94 (2,05-3,84) vs 2,88 (1,80-3,96) ($p = 0,742$), respectivamente].

Tabla Póster 260

	2011				2013			
	n	% PD	Dosis media (%)	Dosis media en PD (%)	n	% PD	Dosis media (%)	Dosis media en PD (%)
Total	211	32,54†	88,87†	58,82‡	265	41,06	83,90	59,01
Adalimumab	86	39,53	86,01	64,61	91	47,20	83,10	64,30
Etanercept	58	39,66	80,01	52,85	80	53,70	74,20	52,06
Certolizumab	14	0	100	-	35	17,10	93,40	61,48
Infliximab	23	21,73	115,64	65,07	18	5,16	107,39	82,35
Golimumab	1	0	100	-	3	0	100	-
Tocilizumab	19	31,57	85,74	54,20	20	55	77,28	56,70
Abatacept	10	20	93,33	66,67	18	11,10	96,30	66,67

Conclusiones: La optimización de terapias biológicas en la AR es factible y es cada vez más habitual en la práctica clínica diaria. Gracias a ello se consigue una disminución de costes y se contribuye al uso racional de estas terapias.

261. MANIFESTACIONES ÓSEAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE GAUCHER

C. Vergara Dangond, A. Martínez-Ferrer, M. Fernández, E. Vicens Bernabeu, J. Oller Rodríguez, E. Valls Pascual, A. Ybáñez García, I. de la Morena Barrio, M. Robustillo Villarino y J.J. Alegre Sancho

Servicios de Reumatología y Hematología. Hospital Universitario Doctor Peset. Universidad de Valencia. Valencia.

Introducción: La enfermedad de Gaucher (EG) es la enfermedad de depósito lisosomal más frecuente, es una enfermedad hereditaria autosómica recesiva, causada por la deficiencia de la enzima glucocerebrosidasa. Este déficit enzimático produce la acumulación de glucocerebrosidos en los lisosomas de los macrófagos (células de Gaucher). Las principales manifestaciones de la enfermedad son la anemia, trombopenia, hepatoesplenomegalia y las alteraciones óseas. La afectación esquelética cursa con osteopenia, crisis de dolor óseo, infartos óseos, necrosis ósea avascular (de los extremos proximal y distal del fémur, extremo proximal de la tibia y del húmero), lesiones osteolíticas y fracturas óseas. Actualmente disponemos de terapia enzimática sustitutiva (TES), que ha demostrado una rápida mejoría en las citopenias y en las organomegalias. Además se han demostrado efectos beneficiosos en el dolor óseo, las crisis óseas y en el desarrollo de osteoporosis.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo ha sido analizar las características clínicas y la afectación ósea de los pacientes con EG diagnosticados y controlados en nuestro centro.

Métodos: Estudio descriptivo en el que se han revisado los pacientes diagnosticados de EG en nuestro centro. En todos los pacientes se analizaron las características clínicas y analíticas (incluyendo PTH, 25OHD, P1NP y β CTX); densitometría de columna lumbar y fémur y RM de columna, fémur, tibia y húmero bilateral.

Resultados: Se describen 9 pacientes con EG (6 hombres y 3 mujeres), con una edad media de 48 años (34-70), tiempo medio de evolución de la enfermedad de 21 años (2-43). Actualmente todos los pacientes reciben tratamiento con TES, con una duración media del tratamiento de 10,5 años (1-16). La mayoría de ellos (n = 6) debutó con síntomas óseos, en forma de dolor óseo y crisis óseas. Previa a la instauración de la TES los pacientes desarrollaron las siguientes alteraciones óseas: infartos óseos en 8 pacientes (89%), deformidad en matraz de Erlenmeyer en 2 pacientes, necrosis avascular de cadera en 5 pacientes, de los cuales, el 80% requirió prótesis de cadera (en uno de ellos bilateral). Además 4 pacientes habían sido esplenectomizados. El estudio con RM seriadas demuestra que desde la instauración TES ninguna de las alteraciones óseas (infartos óseos y NAV) ha progresado en ninguno de los pacientes. Los pacientes con EG

presentan valores medios 25OHD de $27,4 \pm 10,5$ ng/ml. Los valores de 25OHD eran inferiores a 30 ng/ml en el 87% de los pacientes con EG e inferiores a 20 ng/ml en el 14%. En cuanto a los marcadores de remodelado óseo encontramos valores de P1NP $60,75 \pm 34$ ng/ml y β CTX 552 ± 240 pg/ml. Según criterios densitométricos el 22% de los pacientes presentan osteoporosis y el 22% están en rango de osteopenia. Se registró 1 fractura patológica (vertebral).

Conclusiones: Gracias a la TES se ha detenido la progresión en la afectación ósea en los pacientes con EG. Pero es frecuente la presencia de niveles insuficientes de vitamina D y además casi la mitad de los pacientes tienen baja masa ósea.

262. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON METOTREXATE Y EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL ASOCIADA A ENTESITIS (AIJ-ERA)

V. Torrente-Segarra^{1,2}, E. Iglesias¹, J. Sánchez¹, R. Bou¹, S. Ricart¹, J. Calzada¹, S. Hernández¹, J.M. Nolla² y J. Antón¹

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

Introducción: La artritis idiopática juvenil asociada a entesitis (AIJ-ERA) es un subtipo de AIJ que afecta niños > 6 años. Suele presentarse como artritis periférica pero también puede presentar afectación axial y sacroilíacas, entesitis, uveítis, y HLAB27+. Es uno de los subtipos menos frecuentes de AIJ, y una de las menos estudiadas y con mayores interrogantes a corto y largo plazo. Hay poca bibliografía acerca de la eficacia del tratamiento con los fármacos de uso habitual en el tratamiento de la AIJ y metotrexate es utilizado en formas periféricas (forma más frecuente) tras fallo a AINE e infiltraciones.

Objetivos: Describir una serie de pacientes con AIJ-ERA en nuestra comunidad; Describir la eficacia del uso de metotrexate (MTX) oral (OR) y subcutáneo (SC) en práctica clínica en pacientes con AIJ-ERA tras fallo AINE/infiltraciones corticoides; Describir la persistencia de síntomas y necesidad de tratamiento al final del seguimiento.

Métodos: Estudio retrospectivo y observacional de práctica clínica. Criterios de inclusión: pacientes que cumplan los criterios de clasificación Edmonton'01 para AIJ-ERA. Variables a estudio: edad, sexo, HLAB27, fecha inicio síntomas, fecha diagnóstico, retraso diagnóstico, fecha inicio/fin MTX OR, fecha inicio/fin MTX SC, fecha inicio biológico (variable de ineficacia a MTX). Actividad articular: NAD, NAI. Se recogerán los datos de los pacientes que acudan de forma consecutiva a nuestra Unidad de Transición (edad: 16-20 años) a partir de enero 2014. La recogida de datos se realizará en la plataforma de acceso online ARGaleni.Co/Onmedic.

Resultados: (Análisis preliminar). 11 pacientes fueron incluidos, el 100% varones, medias de edad 15,3 años (DE 4,6), edad 1º síntoma

11,2 años (DE 2,4), edad diagnóstica 11,6 años (DE 2,3), retraso diagnóstico 4,7 meses (DE 6,3), y tiempo de evolución de la enfermedad al final del seguimiento 55,6 meses (DE 42,2). El 90% presentó HLAB27 positivo. El resto de variables clínicas inicio/final se recogen en la tabla. El NAD varió entre 0 y 4, y el NAI entre 0 y 8. Un total de 10 (90,9%) pacientes precisaron adición de MTX, de los cuales recibieron MTX OR 6 (54,5%) (de estos, un total de 4 (66,7%) pasaron a MTX SC por ineficacia). Un total 8 (72,7%) pacientes recibieron MTX subcutáneo. La dosis media de MTX a lo largo del seguimiento fue de 14,6 mg/semana (DE 3,9). A 2 pacientes (20%) no se les había retirado MTX al final del seguimiento. El tiempo medio de uso de MTX en estos pacientes fue de 13,1 (DE 7,6). Un paciente retiró MTX por efectos adversos (intolerancia digestiva) y otro paciente suspendió MTX por ineficacia. Un paciente (9%) debió iniciar etanercept por respuesta parcial a MTX OR y SC.

Actividad articular	Media	Desviación estándar
Número de articulaciones dolorosas al inicio	1	1,34
Número de articulaciones dolorosas al final del seguimiento	0	0,00
Número de articulaciones inflamadas al inicio	2,82	3,28
Número de articulaciones inflamadas al final del seguimiento	0,13	0,35

Conclusiones: Los pacientes con AIJ-ERA presentan media de edad al diagnóstico alrededor a los 11 años, son varones y con HLAB27 positivo y poca actividad articular. La mayoría (66%) de pacientes que inician MTX OR precisan pasar a vía SC por ineficacia a la anterior, precisando una dosis media de hasta casi 15 mg/semana. La tasa de efectos adversos fue < 10%. Un 20% de los pacientes precisa tratamiento activo (inmunosupresor/AntiTNF α) tras más de 4 años de seguimiento medio. Estos datos deben tomarse con cautela y no pueden todavía representar fielmente la muestra de pacientes con AIJ-ERA de una comunidad al tratarse de una inclusión consecutiva de casos, que está en este momento en fase inicial de registro (se dispondrán de más datos en los próximos meses).

263. ALTERACIONES EN LA CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

J. Uceda Montañés, R. Martínez Pérez, M.L. Velloso Feijoo y J.L. Marenco

Servicio de Reumatología. Hospital de Valme. Sevilla.

Introducción: Las alteraciones microvasculares es un hecho fundamental en el desarrollo y cronificación de la afectación orgánica en el LES. Actualmente no disponemos de un patrón capilaroscópico típico en esta patología y las alteraciones descritas carecen de especificidad. En cerca de la mitad de los casos de LES observamos alteraciones morfológicas, un aumento de la longitud capilar en el 10% de las asas, dilatación global capilar, incremento de cruces capilares, tortuosos o serpenteantes y un plexo venoso subpapilar muy visible. **Objetivos:** El objetivo principal fue evaluar las alteraciones capilaroscópicas en pacientes con LES y determinar su relación con la presencia de fenómeno de Raynaud (FR).

Métodos: Realizamos un estudio observacional transversal. Incluimos 10 pacientes diagnosticados de LES. Recogimos las características demográficas y de la enfermedad. Realizamos capilaroscopia del 3^{er}, 4^o y 5^o dedo de ambas manos, por el mismo reumatólogo. El capilaroscopia fue un estereomicroscopio con cabeza triocular, rango de zoom hasta 4x aumentos e iluminador de luz fría.

Resultados: De los 10 pacientes, 8 fueron mujeres. La edad media era de 36 \pm 1,2 años con una edad media al diagnóstico de la enfermedad de 23,2 \pm 7,37 años. 7 pacientes presentaban afectación

de órgano mayor y 5 pacientes presentaban FR. En el 90% de los pacientes presentaron alteraciones en la morfología capilar, predominando el tipo tortuoso (80%). En la mitad se objetivó formación de neovasos. En 5 pacientes el plexo venoso subpapilar fue visible. Se encontró dilatación de las asas capilares en el 50% de los pacientes, siendo en todas de grado 1. Sólo 1 paciente presentó hemorragias múltiples en gota. En ninguno de ellos se objetivó zonas avasculares. Y el aspecto general del lecho fue desorganizado en 8 pacientes. No observamos diferencias entre los pacientes con FR y sin FR salvo que la presencia de neovasos fue más frecuente en pacientes sin antecedentes de FR.

Conclusiones: Según los resultados obtenidos, la mayoría de nuestros pacientes presentan capilares tortuosos. Encontramos dilatación capilar y un plexo venoso subpapilar visible en el 50% de los pacientes. Hallazgos coincidentes con los descritos en la literatura. En nuestra serie no hemos encontrado diferencias en los hallazgos capilaroscópicos entre los pacientes con LES que presentan FR frente a los que no los presentan, datos discordantes con algunos publicados. Estudios más amplios serían necesarios para conocer si existe un patrón capilaroscópico específico en esta patología.

264. UTILIDAD DE LA LIDOCAÍNA TRANSDÉRMICA EN EL MANEJO DEL DOLOR EN EL SÍNDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO TIPO I: ESTUDIO RETROSPECTIVO OBSERVACIONAL PILOTO

C. Astete Guillén y M. Luque Alarcón

Servicio de Neurología. Hospital del Tajo. Madrid. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: El síndrome doloroso regional complejo (SDRC) tipo I, o enfermedad de Sudeck, supone un desafío terapéutico en tanto que los pacientes suelen requerir múltiples medicaciones para adquirir un aceptable control sintomático. Múltiples estudios han demostrado el beneficio del uso subcutáneo de lidocaína al 10% en pacientes con esta enfermedad. Recientemente se ha introducido en el mercado el uso de lidocaína tópica con indicación para el dolor post herpético y ha sido utilizada en nuestro medio como alternativa terapéutica en pacientes en quienes se ha fracasado con terapias habituales en otros procesos de dolor neuropático. El propósito del presente estudio es comprobar la eficacia y la seguridad del apósito de lidocaína al 5% en pacientes con SDRC tipo I, previamente tratados con analgesia de primer o segundo escalón (Organización Mundial de la Salud), antidepresivos o anticomociales, midiendo la reducción de la intensidad de dolor con la escala visual analógica (EVA) de 0 a 10 puntos.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente, los datos de 30 pacientes con SDRC tipo I que se trataron con lidocaína transdérmica (Versatis®). Se midió el EVA previo al inicio del tratamiento con el apósito de Lidocaina al 5% y tras un mes de dicho tratamiento. Se determinó la reducción del EVA por la diferencia entre el EVA inicial y el EVA obtenido tras el mes de tratamiento con el apósito de lidocaína al 5%. Además, se registró la dosis necesaria del apósito para conseguir un control adecuado del dolor, así como los efectos adversos que refirieron los pacientes.

Resultados: Se observó una reducción del EVA en todos los pacientes, que en muchos casos fue drástica (en 60% de los casos superior a 4 en términos absolutos/un 60% en términos relativos). La reducción del EVA en la muestra fue altamente significativa (con $p < 10^{-5}$ tanto en la prueba t de Student apareada como en la prueba no-paramétrica de los rangos con la prueba de Wilcoxon). No se registró ningún caso de efecto adverso cuya gravedad llevase a discontinuar el tratamiento con el apósito de lidocaína al 5%. La mayoría de los pacientes, requirió una dosis del apósito de lidocaína al 5% igual o inferior a un apósito.

Conclusiones: La administración del apósito de lidocaína al 5% en pacientes diagnosticados con SDRC de tipo I, obtuvo una eficacia estadísticamente significativa, medida por la reducción en la escala EVA en pacientes con SDRC tipo I previamente tratados con terapias habituales. Nuestros resultados están sujetos a las limitaciones propias de un diseño retrospectivo no protocolizado por lo que consideramos que se realicen estudios prospectivos para confirmar nuestros resultados.

265. EVOLUCIÓN DE PACIENTES OPTIMIZADOS EN TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB

J.M. Blanco Madrigal, M.L. García Vivar, C. Gómez Arango, I. Torre Salaberri, J.M. Gorordo Olaizola, E. Úcar Angulo, E. Ruiz Lucea, E. Galíndez Aguirregoikoa, O. Fernández Berrizbeitia y F.J. García Llorente

Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Introducción: Los tratamientos biológicos suponen una revolución en el manejo de los pacientes con patología inflamatoria, pero a su vez conllevan un incremento del gasto directo de farmacia y aparición de potenciales efectos secundarios. A finales de 2011 se establece en nuestro servicio un protocolo interno de manejo y optimización de dosis. A los pacientes con patología inflamatoria que se encuentran en remisión por parámetros clínicos, analíticos y que no muestran actividad ecográfica (artritis, entesitis), se les reduce la dosis de fármaco. Con ello en 2012 hemos conseguido unas cifras de optimización del 20%, que se acercan al 40% a finales de 2013.

Objetivos: Comprobar que nuestros pacientes con dosis optimizada de adalimumab a una inyección sc. cada 3 semanas mantienen criterios de remisión y que no hay variación significativa en los datos de medición de actividad, así como en los parámetros analíticos (VSG, PCR) en el momento de la optimización y en la visita de 6-8 meses posterior.

Métodos: Revisión de historias clínicas y de la base de datos de nuestros pacientes en tratamiento con adalimumab en cualquiera de sus indicaciones, teniendo en cuenta datos epidemiológicos, tiempo de evolución y medición de la actividad.

Resultados: De un total de 107 pacientes con adalimumab, desde el inicio de la aplicación del protocolo hasta junio 2013 se han intentado optimizar 47 pacientes (8 artritis reumatoide, 17 espondilitis, 18 artropatía psoriásica y 4 artritis idiopática juvenil). Asimismo, se han suspendido tratamientos por motivos diferentes a la optimización: dos espondilitis que han rebrotado en 3-4 meses, una artritis reumatoide que no ha precisado nuevo biológico y una artropatía psoriásica que se mantuvo 8 meses en remisión. Los 47 pacientes optimizados se encontraban en remisión a los 6 meses; de ellos han presentado brote 7 pacientes, considerando como tal el empeoramiento del paciente valorado por el clínico y que ha precisado aumento de dosis de FAME, de biológico, o sustitución del mismo. La media de tiempo en remisión ha sido de 15,71 meses (9-21), por lo que todos ellos han podido incluirse en el análisis comparativo a 6 meses. La media de tiempo de optimización ha sido de 15 meses (7-27 meses). Se trata de 18 mujeres y 29 hombres, de 17 a 78 años de edad (media 50), con enfermedad inflamatoria de 135 meses de evolución (sólo 5 pacientes llevaban menos de 4 años), y con secuelas estructurales moderadas-severas en imagen en 34 casos (72,3%). La media de remisión clínica fue de 30 meses (12-73). La media del DAS 28 en el momento de la optimización fue de 1,9, (0,5-3,2) y de 2,28 en la visita del mes 6 (1,13-3,8). Un 34% de nuestros pacientes han aumentado el DAS 28 en 0,6, y tan sólo 1 en 1,2 puntos. El BASDAI basal fue de 1,77 (0,2-6,6) y a los 6 meses de 1,98 (0,4-6,2). Sólo un paciente presentó un aumento de dos puntos en el BASDAI. Tampoco hubo variaciones significativas en reactivos de fase aguda.

Conclusiones: Consideramos que nuestros pacientes en tratamiento con adalimumab espaciado a inyección subcutánea cada 3 semanas mantienen criterios de remisión a los 6 meses, sin haber diferencias significativas en los parámetros de medición de la actividad. Nos resulta interesante por tratarse de una cohorte de pacientes con artritis de larga evolución y secuelas estructurales establecidas. Necesitamos ampliar la muestra para establecer conclusiones estadísticamente válidas en las diferentes patologías.

266. ¿INFLUYE LA INMUNOGENICIDAD EN LA SUPERVIVENCIA DE LOS FÁRMACOS ANTI-TNF?

S. García Carazo¹, C. Plasencia¹, D. Pascual-Salcedo², M.T. López-Casla¹, R. Moral², L. Nuño¹, G. Bonilla¹, A. Villalba¹, D. Peiteado¹, M. Díaz³, E. Martín Mola¹ y A. Balsa¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Inmunología;

³Unidad de Bioestadística. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: La introducción de las terapias biológicas ha supuesto que el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) haya mejorado notablemente en la última década. El desarrollo de anticuerpos anti-fármaco anti-TNF se ha comprobado determinante en la eficacia del fármaco y en su supervivencia. Todos los anticuerpos monoclonales son inmunogénicos, mientras que las proteínas de fusión, y en su caso el etanercept, han demostrado ser menos inmunogénicas en múltiples estudios.

Objetivos: Investigar la supervivencia de tres fármacos anti-TNF en una cohorte de pacientes con AR, y determinar si la supervivencia de los tres anti-TNF en los pacientes que no desarrollan inmunogenicidad es diferente.

Métodos: Se incluyeron pacientes diagnosticados de AR, que iniciaron como primer biológico adalimumab (ADA), infliximab (IFX) o etanercept (ETN) entre 2002-2010. Se recogieron los datos: Sexo, edad, factor reumatoide, anti-CCP, tiempo de evolución, DAS28 al inicio, fecha de inicio y fin de tratamiento y en el caso de ADA e IFX, presencia o no de anticuerpos anti-fármaco. No se identificó ningún paciente con anticuerpos anti-ETN. Los motivos de finalización se clasificaron en: Efecto adverso, reacción administración, ineficacia primaria, ineficacia secundaria, remisión y otros (éste incluía embarazo, patología cardíaca, etc.). El evento se definió como fin de tratamiento debido únicamente a los primeros 4 motivos. Se realizó un estudio de incidencia acumulada mediante riesgo competitivo para comparar la supervivencia.

Resultados: Se estudiaron 177 pacientes, con una edad media de 54,7 ± 14,2 años, de los cuales, 83,1% eran mujeres. El 39% (69/177) inició tratamiento con IFX, el 40,7% (72/177) con ADA, y el 20,3% (36/177) con ETN. Se encontró una menor supervivencia para IFX, con una probabilidad de finalizar tratamiento de 28,1% a los 500 días, y 61,4% a los 2000 días (aprox. 5 años), frente a 10,2% a los 500 días y 35,5% a los 5 años de ADA, y frente a 14% a los 500 días, y 31,5% a los 5 años de ETN, que fue estadísticamente significativo (p = 0,0001). La ineficacia primaria fue el motivo más frecuente de finalización de IFX y ADA con un 32,7% y 31,6% respectivamente, mientras que un 41,2% de pacientes tratados con ETN finalizaron por motivos que englobaban embarazo, neoplasias, patología cardíaca, etc. De los 69 pacientes tratados con IFX, un 43,3% desarrollaron anticuerpos anti-IFX (AAI). Anticuerpos anti-ADA (AAA) se observaron en un 15,2% de los 72 pacientes que recibieron ADA. En ambos fármacos se halló que la probabilidad de finalizar el tratamiento era mayor cuando presentaban anticuerpos, tal como muestra la tabla. Cuando se analizó la supervivencia por subgrupos de pacientes tratados con IFX y ADA que no habían desarrollado anticuerpos, en comparación con ETN, el IFX seguía mostrando una supervivencia menor (probabilidad de suspensión tratamiento a los 5 años de 47,6%, respecto al 11,4% de ADA y 31,5% de ETN, p = 0,003).

Tabla Póster 266

Incidencia acumulada mediante riesgo competitivo (probabilidad de finalización de tratamiento)

	500 días	2.000 días (aprox. 5 años)	> 3.500 días (aprox. 9 años)	Grupos p-valor
Infliximab				0,016
No AAI	14,70%	47,68%	52,91%	
Sí AAI	31,50%	68,77%	86,90%	
Adalimumab				0,006
No AAA	2,56%	11,45%	14,86%	
Sí AAA	0,00%	57,14%	57,14%	

Conclusiones: En nuestra cohorte, el infliximab ha demostrado ser el anti-TNF con menor supervivencia, incluso en los pacientes que no desarrollan inmunogenicidad. La supervivencia de adalimumab fue ligeramente mayor que la de etanercept sólo en los pacientes que no desarrollaron AAA. El desarrollo de anticuerpos anti-fármaco demuestra ser un factor influyente en la supervivencia del tratamiento.

267. RITUXIMAB EN PACIENTES CON FALLO A ANTI-TNF. EFICACIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE DOSIS REDUCIDAS

V. Moreira Navarrete, C. Vargas Lebrón, F.J. Toyos Sáenz de Miera y F. Navarro Sarabia

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: La dosis óptima de Rituximab (RTX) en la artritis reumatoide (AR) aún no está bien establecida. Dos pulsos intravenosos de RTX (2 × 1.000 mg) más metotrexato (MTX) mejoraron significativamente los síntomas clínicos de la enfermedad en pacientes con intolerancia o respuesta inadecuada a inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF), y esta dosis, o una más baja de 2 × 500 mg, dio lugar a una mejoría significativa en la actividad de la enfermedad en pacientes con respuesta inadecuada a fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME). El grupo de Emery no encontró ninguna diferencia clínica entre estos dos regímenes de dosis de RTX en pacientes con respuesta inadecuada a MTX. Sin embargo, no hay estudios que exploren la eficacia de dosis bajas de RTX en pacientes con respuesta inadecuada a fármacos anti-TNF. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de dosis bajas de RTX en una serie de pacientes con AR que fallan a la terapia anti-TNF.

Métodos: Diseño: estudio observacional, longitudinal, retrospectivo. Pacientes: se incluyeron pacientes con AR con fallo a al menos un fármaco anti-TNF que recibieron la mitad de la dosis RTX. Variables de desenlace: presencia de actividad clínica medida según DAS28, tiempo en reducción de dosis. Protocolo y descripción de variables: se recogieron las características demográficas y de la enfermedad de todos los pacientes. La decisión de tratar y de reducir la dosis fue tomada según práctica clínica habitual. Las variables clínicas y de laboratorio en la última visita de seguimiento se compararon con las registradas al inicio de la reducción. Análisis estadístico: para las variables cualitativas se calcularon los porcentajes y para las variables cuantitativas se obtuvieron medias con desviación estándar (DE). La comparación entre la actividad de la enfermedad antes y después de la reducción se realizó con la prueba de t-Student.

Resultados: De 39 pacientes tratados con RTX debido a fracaso a fármacos anti-TNF, el 17% recibieron dosis de 500 mg por infusión. Los datos demográficos y de la enfermedad se recogen en la tabla 1. Globalmente, los pacientes fueron tratados con RTX durante 4,7 años como media (SD 0,48) y recibieron una media de 2 (DE 0,89) ciclos de 1.000 mg y 1,9 (DE 1,29) ciclos de 500 mg. El tiempo medio en dosis bajas fue 2,59 años (DE 1,27). La razón de la reducción fue baja actividad de la enfermedad en el 42,9%, la presencia de comorbilidad en el 14,3%, infecciones recurrentes en el 28,6% y

reacciones infusionales en el 14,3%. La media del DAS28 al inicio del tratamiento con RTX fue de 4,78 (DE 1,72) y al comienzo de la reducción fue de 3,06 (DE 0,76). La media DAS28 final fue 2,58 (DE 0,46). La reducción media DAS28 fue de 0,48 (DE 1,02) y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la actividad de la enfermedad antes y después de la reducción (p 0,259). Solo un paciente tuvo que volver a la dosis de 1.000 mg debido a la falta de eficacia del régimen de dosis reducida.

Sexo femenino, n (%)	5 (71,4)
Edad, n (DE)	60 (10,7)
Duración AR, media (DE)	23,6 (8,1)
FR positivo, n (%)	7 (100)
ACPA positivo, n (%)	5 (71,4)
Manifestaciones extraarticulares, n (%)	3 (42,9)
TBC, n (%)	2 (28,6)
Tumores, n (%)	2 (28,6)
Enfermedad pulmonar, n (%)	2 (28,6)
Osteoporosis, n (%)	2 (28,6)
Tratamiento previo con AINE, n (%)	7 (100)
Tratamiento previo con glucocorticoides, n (%)	6 (85,7)
Tratamiento previo con metotrexato, n (%)	7 (100)
Tratamiento previo con leflunomida, n (%)	5 (71,4)
Tratamiento previo con hidroxicloroquina, n (%)	3 (42,9)
Tratamiento previo con infliximab, n (%)	2 (28,6)
Tratamiento previo con etanercept, n (%)	4 (57,1)
Tratamiento previo con adalimumab, n (%)	3 (42,9)
Duración de la AR hasta RTX, media (DE)	18,6 (8,1)

Conclusiones: Dosis bajas de RTX son efectivas y bien toleradas en la práctica clínica en pacientes con respuesta inadecuada a inhibidores del TNF-alfa. Se necesitan más estudios prospectivos y estandarizados, con un mayor tamaño muestral, para validar estos resultados.

268. CANAKINUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. EXPERIENCIA DE UN ÚNICO CENTRO

V. Moreira-Navarrete, F.J. Toyos Sáenz de Miera, C. Vargas Lebrón y F. Navarro Sarabia

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos: Los síndromes periódicos asociados a la criopirina (CAPS) comprenden un grupo de enfermedades autoinflammatorias raras y graves, caracterizadas por fiebre en brotes, urticaria, inflamación del sistema nervioso central, artropatía, y un riesgo incrementado de amiloidosis. En un reciente ensayo, el uso canakinumab 150 mg subcutáneo cada 8 semanas se asoció con un control total de las manifestaciones clínicas y los parámetros de laboratorio en pacientes con CAPS. El objetivo de este estudio fue verificar la eficacia y la seguridad del fármaco en la práctica clínica habitual.

Métodos: Diseño: estudio retrospectivo observacional, longitudinal. Pacientes: se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de CAPS en un hospital de tercer nivel. Variables de desenlace: presencia de actividad clínica medida como fiebre, rash urticarial, artralgias/artritis, conjuntivitis. Presencia de actividad biológica medida por niveles de PCR, niveles de VSG, número de plaquetas y niveles de hemoglobina. Protocolo y descripción de variables: se recogieron las características demográficas y de la enfermedad de todos los pacientes. La decisión de tratar fue tomada por los reumatólogos. Las variables clínicas y de laboratorio en la última visita de seguimiento se compararon con los registrados al inicio de tratamiento con canakinumab. Análisis estadístico: para las variables cualitativas se calcularon los porcentajes y para las variables cuantitativas se obtuvieron medias con desviación estándar (DE). La comparación entre la actividad de la enfermedad antes y después del tratamiento se realizó con la prueba de t-Student.

Resultados: se incluyeron 10 pacientes con CAPS demostrado genéticamente. De ellos, 9 presentaban el típico fenotipo de SMW y uno

de los pacientes presentaba un fenotipo de superposición de SMW/FCAS. Siete de los pacientes pertenecían a la misma familia. Todos los pacientes eran portadores heterocigotos de mutaciones diferentes en el gen NLRP3: p.Thr – 348 – Met en el exón 3, D303N en todos los miembros afectados de la familia, una delección de pares de bases (A) en el exón 3, una mutación no descrita previamente y, finalmente, pR260W. Debido a actividad de la enfermedad, el 50% de los pacientes fueron tratados con canakinumab 150 mg subcutáneo cada 8 semanas. Tanto los parámetros clínicos, como los de laboratorio, respondieron rápidamente a la terapia. Todos los pacientes entraron en remisión clínica con el tratamiento. La disminución media en los niveles de PCR fue de 83,2 mg/L (DE 64,1) (p 0,04), en los niveles de VSG de 40,8 mm/h (DE 24,9) (p 0,02). El incremento medio de los niveles de hemoglobina fue de 2,5 puntos (DE 2,62) (p 0,1) y la media de disminución del número de plaquetas fue 161.250 (DE 158.838) (p 0,135). Uno de los pacientes se encuentra en un programa de dosis reducida, recibiendo canakinumab cada 10 semanas. Ninguno de los pacientes presentaron eventos adversos durante el seguimiento.

Conclusiones: El uso de canakinumab en la práctica clínica habitual se asocia a un control satisfactorio y persistente de la actividad de la enfermedad. Aquí se presentan 10 pacientes con diferentes mutaciones, incluyendo una mutación que no se había comunicado con anterioridad. En nuestro conocimiento, se trata de una de las mayores series publicadas de un único centro.

269. VALORACIÓN DE LA CONTRIBUCIÓN DE LA PATOLOGÍA NO INFLAMATORIA DE RODILLA A LA MEDICIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

M. Medina¹, M. Montoro², R. Irace³, I. Janta², B. Serrano², C. Mata², L. Estupiñán², M. Hinojosa², J. Martínez², N. Bello², J.C. Nieto², C. Sáenz², R. González², L. Valor², I. Monteagudo², F.J. López-Longo², C. González², E. Naredo² y L. Carreño²

¹Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ³F. Magrassi-A. Lanzara. Nápoles. Italia.

Objetivos: Determinar la influencia de la patología de rodilla concomitante de causa no inflamatoria en la medición de la actividad de la artritis reumatoide (AR) mediante la detección y caracterización de sinovitis por ecografía y, si indicación, análisis del líquido sinovial en un servicio de Reumatología de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Se reclutaron 106 pacientes con AR que acudieron a consulta de Reumatología, sin otra enfermedad conocida del aparato locomotor. Se recogieron datos demográficos, FR. Se evaluó la actividad de la enfermedad mediante el Disease Activity Score (DAS) 28, y la presencia de dolor e inflamación en rodillas. Se exploraron ecográficamente ambas rodillas en modo-B (escala de grises) y modo power Doppler (PD) y se graduaron de 0 a 3. Las valoraciones clínica, ecográfica y del líquido sinovial se hicieron de forma ciega al resto de las valoraciones. Se evaluó la sinovitis y sus componentes según las definiciones del Outcome Measurement in Rheumatology (OMERACT) [sinovitis en modo B, derrame sinovial (DS), hipertrofia sinovial (HS), señal Power Doppler (PD)]. Las rodillas se clasificaron en 1) afectación probablemente debida a la AR: presencia de HS grado 2-3 con o sin señal PD o HS grado 1 con señal PD, independientemente del grado de DS; 2) afectación probablemente no debida a la AR: presencia de HS grado 0 o HS grado 1 sin señal PD independientemente del grado de DS. Se realizó artrocentesis si el derrame sinovial era = 2 con análisis microscópico de celularidad, presencia de cristales y cultivo del líquido sinovial (LS). Tras este análisis del LS se reclasifican las rodillas según 1) afectación probablemente debida a la AR: LS inflamatorio (> 500 células) y ausencia de cristales; 2) afectación probablemente no debida a AR: LS mecánico, con/sin cristales; 3) afectación indeterminada: LS inflamatorio,

con cristales. Este último grupo se incluyó en el análisis en el grupo de afectación probable por AR.

Resultados: De las 212 rodillas (106 pacientes) valoradas, 38 (18%) no presentaban dolor ni inflamación. La tabla 1 muestra los resultados de la valoración ecográfica de las rodillas clínicamente afectadas. Mediante ecografía se clasificaron 48 (27,59%) rodillas en “probable-AR”, 48 rodillas y 126 (72,41%) en “no-probable AR”. Se recalculó el DAS 28 eliminando del NAD y NAI las rodillas clasificadas mediante ecografía como “no-probable AR”. Tras el análisis del líquido sinovial se volvió a clasificar las rodillas y se calculó de nuevo el DAS28. Todos los pacientes en remisión DAS28 también estaban en remisión DAS28 modificado I y II. Las frecuencias de remisión en los distintos grupos se recogen en la tabla 2.

Tabla 1. Valoración ecográfica de rodillas afectadas

	Sinovitis modo B	Hipertrofia Sinovial	PD
Grado 0	23,79% (24)	33,29%(58)	73,6% (128)
Grado 1	56,82% (99)	56,82% (99)	17,83% (31)
Grado 2	28,18% (49)	9,2% (16)	8,63% (15)
Grado 3	1,15% (2)	0,57% (1)	0% (0)

Tabla 2. Frecuencias de remisión en los distintos grupos

	DAS 28	DAS 28 + Ecografía	DAS28 + Ecografía+ LS
Remisión	23% (24/106)	31,7% (33/104) p 0,004	33,7% (35/106) p 0,001

Conclusiones: La afectación de rodilla fue frecuente en nuestros pacientes con AR. La afectación de la rodilla por causas distintas de la AR podría sobreestimar la actividad del DAS 28. La ecografía y el análisis del líquido sinovial podrían contribuir a una mejor valoración de la afectación de la rodilla, lo que permitiría un abordaje terapéutico más adecuado.

270. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B CRÓNICA EN PACIENTES CON AGENTES BIOLÓGICOS ANTI-TNF ALFA: COHORTE DE PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE Y VIRUS HEPATITIS B POSITIVO. SEGURIDAD Y EFICACIA

A. Urruticoechea Arana¹, Z. Salman Monte², M.T. Novella Durán², P. Lluch Mesquida³ y J. Lluch Pons⁴

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Can Misses. Ibiza. ³Servicio de Reumatología. Hospital de Menorca.

⁴Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona.

Objetivos: Aplicar un protocolo de actuación de virus hepatitis B (VHB) y valorar la seguridad y la eficacia en una cohorte de pacientes con espondilitis anquilosante en tratamiento biológico anti-TNF alfa e infectados por virus de hepatitis crónica B.

Métodos: Elaboración en nuestro hospital de un protocolo de actuación en pacientes con infección crónica por VHB en tratamiento biológico. Criterios diagnósticos de infección por VHB. HEPATITIS CRÓNICA B: HbsAg+ > 6 meses. DNA-VHB (PCR) > 20.000 UI (en pacientes AgHBe-/ACHBe+ es frecuente encontrar valores inferiores (entre 2.000-20.000 UI)). ALT-AST elevadas de manera intermitente o persistente. Biopsia hepática compatible con hepatitis crónica con necroinflamación moderada o severa. PORTADOR INACTIVO: HbsAg+ > 6 meses. HBe Ag-; HBeAc+. DNA-VHB < 2.000 UI. Transaminasas persistentemente normales. Biopsia hepática sin hepatitis significativa. Hepatitis B resuelta: HbCac + HbsAc. HbsAg-. DNA-VHB indetectable. ALT normales. Fase de inmunotolerancia: HbsAg+. DNA-VHB(PCR) > 20.000 UI. Ag HBe+/Ac HBe-. Se realiza profilaxis indicada en pacientes con HbsAg+. El fármaco de elección: Si DNA-VHB < .2000 UI y < un año-a Lamivudina. Si DNA-VHB > 2000 UI y periodo + largo a entecavir o tenofovir. El inicio 1 semana antes del comienzo del tratamiento. Se mantiene durante el tiempo que dure

el tratamiento biológico y hasta un año después de finalizar éste. En pacientes HbsAg–/Hbc Ac+. Si DNA-VHB detectable a tratar como expuesto anteriormente. Si DNA-VHB indetectable monitorización estrecha cada 1-3 meses. Tratar si DNA se vuelve detectable.

Resultados: Se recogen 5 pacientes con espondilitis anquilosante B 27 positivo con afectación axial y según los criterios de Nueva York modificados, pertenecientes a un grupo familiar de primer grado. Todos ellos varones, con una edad media de 38 años y virus hepatitis B con HbsAg+ en todos los casos. Actual 3 casos portador con carga viral indetectable: 2 pacientes en tratamiento con tenofovir y embrel y 1 con tratamiento con lamivudina e infliximab. Un caso con anticuerpo anti e positivo con carga viral indetectable actual y tratamiento con lamivudina y adalimumab. Y un paciente con carga viral negativizada en tratamiento con tenofovir y golimumab junto a otras comorbilidades, una esquizofrenia y una epilepsia.

Conclusiones: La aplicación de un protocolo de virus hepatitis B en una pequeña cohorte de pacientes con virus hepatitis B positiva y espondilitis anquilosante B 27 positivo en tratamiento biológico anti-TNF alfa, han conseguido controlar la infección del virus B y ningún caso de reactivación de la carga viral.

271. PROSTAGLANDINAS ENDOVENOSAS EN LA ÚLCERA DIGITAL AGUDA POR FENÓMENO DE RAYNAUD COMPLICADO: ENFERMEDAD AUTOINMUNE GRAVE VS ARTERIOPATÍA OBLITERANTE AGUDA

P. Estrada¹, M.D. Soriano Serrano², D. Reina¹, D. Roig-Vilaseca¹, D. Cerdà¹, V. Torrente¹, S. García-Díaz², R. Fíguls¹ y H. Corominas¹

¹Servicio de Reumatología; ²Enfermería. Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. Barcelona.

Introducción: El tratamiento del fenómeno de Raynaud (FR) agudo grave es heterogéneo y consiste en antagonistas del calcio, antiagregantes ± anticoagulación entre otros. Disponemos además de prostaglandinas endovenosas (ev) para evitar la progresión a necrosis aguda irreversible. El presente trabajo describe el perfil de los pacientes afectados de FR con úlceras digitales y su evolución diagnóstica a corto plazo hacia una enfermedad autoinmune establecida vs una enfermedad obliterante aguda.

Métodos: De una cohorte de pacientes que recibió tratamiento con prostaglandinas ev (n = 16) entre el 2011 y el 2013, se analizó de manera retrospectiva datos demográficos, factores de riesgo asociados a úlceras digitales, diagnóstico y evolución. Aquellos pacientes que durante el episodio o posteriormente fueron diagnosticados de conectivopatía (n = 8), se recoge también los hallazgos obtenidos en las pruebas complementarias (capilaroscopia, serología y estudio de autoanticuerpos).

Resultados: Se evaluaron 16 pacientes con rango de edad: 25-94 años. Solo dos pacientes menores de 50. Distribución similar al 50% para cada sexo, que de manera específica en los pacientes con conectivopatía definida este porcentaje aumenta al 75% a favor de las mujeres. La media del tiempo de seguimiento fue de 23 meses. De los pacientes afectados de úlceras digitales secundarias a vasculopatía periférica (n = 8) de etiología aterosclerótica, en dos se tuvo que proceder a una amputación mayor y uno falleció por descompensación de insuficiencia cardíaca (en relación a infección respiratoria) a los pocos días de haber finalizado el tratamiento con PG. De los pacientes a quienes se les diagnosticó una enfermedad sistémica, todos, excepto una (enfermedad de Takayasu) presentaban FR. El tiempo desde la aparición del FR hasta la aparición de úlceras digitales fue de alrededor de un año en la mayoría de los pacientes; dos de ellos excepcionalmente, presentaban el FR desde al menos 10 años previos a la complicación de úlcera digital. De los pacientes afectados de FR asociado a una conectivopatía (n = 8), el 75% presentaban ANA positivos y, casi en su totalidad, con patrón moteado. El

resto de estudio inmunológico no mostró alteraciones específicas a la hora de presentar úlceras digitales. La evolución de los pacientes con FR asociado a conectivopatía fue buena, no así la de los pacientes con úlceras digitales asociado a vasculopatía periférica donde otros factores de riesgo clásicos de padecer aterosclerosis parecen jugar un papel principal. La existencia de áreas avasculares en los dedos más afectados fue constante en los pacientes que se complicaron con úlceras digitales. La capilaroscopia demostró en 4/8 casos estas áreas avasculares asociado o no a otras alteraciones más específicas en el patrón de capilaroscopia.

	Edad	Tabaco	Otros factores de Riesgo	Diagnóstico clínico
1	79	No	HTA	Esclerodermia
2	53	Sí	HTA, DLP	Conectivopatía indif
3	60	No	No	ES limitada
4	75	No	No	Es limitada
5	51	Sí	No	Raynaud 1º complicado
6	25	No	no	Preesclerodermia
7	38	No	DLP, HTA	Raynaud 1º complicado
8	56	No	no	E. de Takayasu
9	78	No	DM, HTA, vasculopatía previa	No sistémica
10	57	Sí	DM, HTA, DM, vasculopatía previa	No sistémica
11	94	Ex	no	No sistémica
12	76	Ex	DM, HTA, DM, vasculopatía previa	No sistémica
13	58	Sí	no	No sistémica
14	84	Ex	DM	No sistémica
15	56	Ex	DM, HTA, DM, vasculopatía previa	No sistémica
16	87	no	HTA	No sistémica

	Hemorragias	Dilatación	Megacapilares	Z. Avascular	Diagnóstico
1	No	No	No	Sí	Esclerodermia
2	No	Sí	No	Sí	Conectivopatía indiferenciada
3	Sí	Sí	No	No	ES limitada
4	ND	ND	ND	ND	ES limitada
5	No	No	No	Sí	Raynaud 1º complicado
6	No	Sí	No	Sí	Preesclerodermia
7	No	No	No	No	Raynaud 1º complicado
8	ND	ND	ND	ND	E. de Takayasu

Conclusiones: El FR grave complicado con úlcera digital es una urgencia vascular. Tras la administración del régimen de PG, los pacientes afectados de úlceras debido a una conectivopatía responden mejor al tratamiento con prostaglandinas ev. Los pacientes vasculares con signos de obliteración aguda, requieren un tratamiento más intenso, agudo y prolongado. La capilaroscopia como herramienta para explorar el lecho periungueal es de utilidad para predecir un establecer un diagnóstico específico de esclerosis sistémica u otras conectivopatías y puede ser de utilidad para establecer una intervención global al paciente con enfermedades sistémicas.

272. LA EXPRESIÓN DE LOS RECEPTORES DE VIP, VPAC1 Y VPAC2 SE RELACIONA CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO

A.M. Ortiz¹, L. Piris², I. González-Álvaro¹, I.V. Seoane³, A. Lamana¹, Y. Juarranz³, J. Leceta³, R.P. Gomariz³ y C. Martínez⁴

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Apoyo Metodológico. Hospital Universitario de la Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa. Madrid. ³Departamento de Biología Celular. Facultad de Biología; ⁴Departamento de Biología Celular. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

Introducción: El péptido intestinal vasoactivo (VIP) y sus dos receptores (VPAC1 y VPAC2) median funciones celulares cruciales en la regulación de la respuesta inmune innata y adaptativa como se ha confirmado en modelos animales e in vitro. Los receptores se expre-

san en linfocitos, macrófagos y sinoviocitos con distintos patrones de expresión en estos últimos con predominio de VPAC1 en artrosis y de VPAC2 en artritis. Recientemente hemos descrito que los niveles séricos de VIP son un marcador pronóstico en pacientes con artritis reumatoide (AR).

Objetivos: Describir la evolución de la expresión de VPAC1 y VPAC2 en pacientes con artritis de reciente comienzo (ARC) y su valor como marcador de actividad de la enfermedad.

Métodos: Se estudiaron 113 pacientes de nuestro registro prospectivo de ARC y 22 donantes sanos. El seguimiento en dicho registro incluye cinco visitas (0, 6, 12, 24 y 60 meses) en las que se recogieron, de forma protocolizada, variables sociodemográficas, clínicas, analíticas y terapéuticas además de diferentes tipos de muestras biológicas. El 88% de los pacientes eran mujeres, la edad al inicio de la enfermedad 53 [46-68] (mediana [p25-p75]) años y el tiempo de evolución de la enfermedad en la visita basal 4,3 [2,6-8,2] meses. El 49% reunían criterios de 1987 para la clasificación de AR tras dos años de seguimiento. Se determinaron los niveles de expresión de ARNm de VPAC1, VPAC2 e IL-6 y de beta-actina, como gen de referencia, mediante PCR en tiempo real en 192 muestras de células mononucleares de sangre periférica (170 de pacientes y 22 de controles). Se realizó test de ANOVA y corrección de Bonferroni para el estudio descriptivo de la expresión de VPAC1 y 2, análisis multivariable longitudinal anidado por paciente y visita con un modelo GEE para determinar el efecto de diferentes variables independientes sobre la expresión de VPAC1 y 2 así como modelos GLM para estudiar la relación de la expresión de los receptores con la de IL-6 (Stata 12 para Windows; StataCorp LP, College Station, TX, USA).

Resultados: La expresión de los receptores de VIP evolucionó de forma inversa a lo largo del seguimiento con aumento del VPAC1 y disminución del VPAC2. Así, se observó un aumento progresivo y estadísticamente significativo a partir de los dos años de seguimiento del cociente VPAC1/VPAC2 (mediana [p25-p75]): 3,13 [1,16-5,76]; 3,74 [1,30-8,19]; 5,10 [1,63-8,72]; 7,72 [1,53-24,30]; 16,48 [2,82-39,88]; $p = 0,0087$ y $0,0014$ para las visitas 24 y 60 meses). El análisis multivariante demostró relación entre el cociente VPAC1/VPAC2, inversa y estadísticamente significativa, y la actividad de la enfermedad medida con el DAS28 ($c: -0,20$; $p = 0,05$) y directa y rozando la significación estadística con el tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad ($c: 0,78$; $p = 0,059$). Por último, a lo largo del seguimiento, VPAC1 se relacionó inversamente con la expresión de IL-6 y VPAC2 directamente de forma, en ambos casos, estadísticamente significativa ($\rho: -0,5$; $p = 0,00$ y $\rho: 0,6$; $p = 0,00$ respectivamente).

Conclusiones: El patrón de expresión de los receptores de VIP, VPAC1 y VPAC2, muestra variación a lo largo de la evolución de los pacientes con ARC y se relaciona con el grado de actividad de la enfermedad, evaluado mediante el DAS28, y la expresión de IL-6. Este trabajo ha sido financiado con el programa RETICS, RD 12/0009 (RIER), PI11/195, PI11/505, PI12/758 del Instituto de Salud Carlos III, S2010/BMD-2350 de la Comunidad de Madrid y una beca de la Fundación Española de Reumatología (2011).

273. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA DE OPTIMIZACIÓN DE DOSIS DE MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS EN EL DAÑO ESTRUCTURAL MEDIDO MEDIANTE RM DE BAJO CAMPO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

C. Vargas Lebrón, M.D. Ruiz Montesino, V. Moreira Navarrete y F. Navarro Sarabia

Servicio de Reumatología. Hospital Regional Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: Actualmente se recomienda optimizar la dosis de fármacos biológicos en AR en aquellos pacientes que hayan mantenido el objetivo terapéutico de remisión durante al menos

6 meses. Persisten dudas sobre el posible impacto de estas medidas sobre el daño estructural. Hay estudios que demuestran que pacientes en remisión clínica tienen sinovitis detectada mediante estudios de imagen sensibles, como la resonancia magnética (RM). El objetivo de este estudio piloto fue determinar el porcentaje de pacientes en los que no aparece ni aumenta el grado de sinovitis evaluado mediante RM tras la reducción de dosis de fármaco a los 6 meses.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal, prospectivo. Se incluyeron pacientes en tratamiento con un fármaco biológico durante al menos 6 meses que estuvieran en estado de remisión mantenida durante 6 meses o más, definida como un DAS28 < 2,6. A todos los pacientes se les realizó RM con gadolinio en equipo de bajo campo (0,2T), antes de la toma de la nueva dosis y a los 3 y 6 meses de seguimiento. Se recogieron variables de laboratorio, clínicas e índices de actividad. Si el paciente necesitaba subir dosis, por actividad valorada por el clínico, antes de la siguiente prueba de imagen salía del protocolo y se le practicaba una visita de finalización que consistía en laboratorio y RM. Se realizó RM de mano dominante, desde articulación radiocubital distal hasta MCFs, con las secuencias: GRAD ECO 3D-coronal, STIR-coronal, SPIN ECOT1-axial sin gadolinio y SPIN ECOT1 con gadolinio. Las imágenes fueron realizadas e informadas por un reumatólogo con experiencia en adquisición y lectura en pacientes con AR. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico STATA.

Resultados: Un total de 16 pacientes fueron incluidos. De ellos 10 (62,5%) recibían etanercept, 2 tozilizumab (12,50%) y 4 adalimumab (25%). La media de duración de la enfermedad fue de 4,5 años (1-17). La media del DAS28 al inicio del tratamiento biológico fue de 5,3 (3,6-9). Todos los pacientes con etanercept aumentaron el intervalo de 7 a 10 días, excepto un paciente que redujo la dosis a 25 mg cada 7 días. En la primera visita de seguimiento, a los 3 meses, 3 pacientes salieron del estudio por actividad clínica, volviendo a la pauta habitual (2 etanercept y 1 adalimumab). En el 68% de los pacientes no se objetivó un incremento en el grado de sinovitis medido por RM. En la visita basal, la media del DAS28 fue de 2,24 (0,81-2,71) y la media del RAMRIS de sinovitis de 1 (0-6). En la visita final, tras 6 meses de reducción, la media del DAS28 fue de 2,36 (0,91-4,05) y la media del RAMRIS de sinovitis de 1 (0-4). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la actividad de la enfermedad antes y después de la reducción ($p = 0,1$). Tampoco se encontraron diferencias en el grado de sinovitis en RM inicial y a los 3 meses ($p = 0,08$), pero sí con el grado de sinovitis a los 6 meses ($p = 0,005$).

Conclusiones: En pacientes seleccionados con AR que se encuentran en remisión clínica de la enfermedad de manera permanente, la optimización de dosis puede ser una estrategia efectiva que no conlleva un incremento en la actividad clínica ni en la sinovitis subclínica medida por RM. Estudios con un mayor tamaño muestral son necesarios para confirmar estos resultados.

274. MANIFESTACIONES REUMÁTICAS DE ENFERMEDAD NEOPLÁSICA SUBYACENTE (TUMORES SÓLIDOS OCULTOS): PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE CASOS CLÍNICOS

J.A. Paz Solarte, S. Rodríguez Montero, L.M. Jiménez Liñán, F. Gallo Puelles y J.L. Marenco de la Fuente

UGC de Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Objetivos: Describir las características de presentación clínica de un grupo de pacientes con enfermedad neoplásica subyacente (no conocida); que presentaron manifestaciones de enfermedad reumática activa y en los que se llegó a un diagnóstico definitivo de enfermedad neoplásica (tumor sólido) o enfermedad metastásica mediante biopsia.

Métodos: Desde el primer semestre del 2012 se construyó una base de datos con pacientes procedentes de las consultas externas de Reumatología, Atención Primaria u otras especialidades, que presentaron manifestaciones atípicas de enfermedad reumática activa, íntimamente asociada a una clínica constitucional con expresión de marcadores inflamatorios elevados, marcadores tumorales positivos, imágenes sugestivas de lesión tumoral o metastásica identificadas por métodos de radio-diagnóstico o que presentaron fallo a corticoides y que con ayuda de Anatomía Patológica finalmente se llegó a un diagnóstico definitivo de enfermedad neoplásica (tumor sólido primario o metastásico). Diseño: estudio observacional, tipo descriptivo prospectivo, unicéntrico, de una serie de 10 casos clínicos en seguimiento por la UGC de Reumatología del Hospital Universitario Virgen de Valme (Sevilla), en el periodo comprendido entre enero de 2012 y enero de 2014. Análisis estadístico: descriptivo, cuantitativo.

Resultados: El porcentaje de pacientes con diagnóstico definitivo de enfermedad neoplásica fue del 100% (10/10), 50% con enfermedad metastásica al momento del diagnóstico. Mayoritariamente las mujeres fueron las más afectadas con un porcentaje del 60% (6/10). La edad media al momento del diagnóstico de la neoplasia fue de 69,8 años (55-85). La forma de presentación de la enfermedad reumática más frecuente fue la polimialgia reumática (PMR) con un porcentaje del 60% (6/10). El 40% restante presentaron Dolor de ritmo inflamatorio: un hombre y tres mujeres, los síntomas fueron: coxalgia (2/10), omalgia (1/10) y lumbalgia (1/10). Una mujer sufrió una fractura patológica subcapital de fémur. Los síntomas más frecuentes del síndrome constitucional fueron: La pérdida de peso (60%), la astenia y la adinamia (40%) y fiebre (20%). El 90% de las metástasis fueron a hueso y el 10% (1/10) a riñón. De los pacientes con PMR, los diagnósticos definitivos fueron los siguientes: adenocarcinoma de próstata ($\times 3$); carcinoma de células renales, positividad para racemasa, vimentina y CKAE1-AE3. Negatividad para CD10, CD 45, y CK7; colangiocarcinoma infiltrante; adenocarcinoma de mama. De los pacientes con dolor de ritmo inflamatorio los diagnósticos definitivos fueron: carcinoma lobulillar de mama p53: negativo, CK19: positiva, HER-2: negativo; carcinoma infiltrante de mama de tipo no especificado (NST) grado 3 de alto grado: receptor estrogénico: negativo, CK19: positiva, HER-2: negativo, Kit 67 (60%); adenocarcinoma de pulmón; adenocarcinoma ductal infiltrante de mama.

Conclusiones: Destacamos en nuestra estudio la importancia del diagnóstico diferencial cuando las características clínicas de la enfermedad reumática son atípicas y/o se acompañan de una clínica constitucional. La presencia de tumores sólidos con expresión inicial de una PMR y/o de dolor inflamatorio no es muy conocido. Por el contrario, la relación con tumores hematológicos son más reconocidos y descritos históricamente con características muy semejantes de una enfermedad reumática que realmente no padecen.

275. MARCADORES PREDICTORES DE PREECLAMPSIA DURANTE EL EMBARAZO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y/O SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

M.E. Rodríguez-Almaraz¹, M. Galindo¹, E. Gonzalo-Gil¹, I. Herráiz², P.I. Gómez-Arriaga², P. Vallejo², E.A. López-Jiménez³ y A. Galindo²

¹Departamento de Reumatología; ²Unidad de Medicina Fetal. Departamento de Obstetricia y Ginecología; ³Departamento de Bioquímica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: Las pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y/o síndrome antifosfolípido (SAF) tienen mayor riesgo de desarrollar preeclampsia (PE) durante el embarazo, patología que es difícil de diferenciar de la nefritis lúpica. Nuestro objetivo es evaluar el comportamiento del índice de pulsatilidad de las arterias uterinas (mPI-UtA), el ratio sFlt-1/PIGF y los niveles de endoglina en éstas pacientes.

Métodos: Se incluyeron de forma consecutiva las pacientes embarazadas con LES, SAF primario o secundario, pacientes con anticuerpos antifosfolípido que no cumplían criterios de SAF (aPL) y pacientes con anticuerpos anti-Ro y/o anti-La que fueron atendidas en nuestra Unidad de Embarazo de Alto Riesgo desde 2011. Se recogieron datos clínicos, analíticos y ecográficos en la visita basal, y en las semanas de gestación (SG) 10-13, 22, 28, 32, en el parto y 1-2 meses después. Incluimos datos demográficos, información sobre factores de riesgo cardiovascular, hábitos tóxicos, enfermedades previas, historia obstétrica, historia sobre su conectivopatía y los tratamientos recibidos previos y durante el embarazo, así como los datos analíticos habituales en el seguimiento del embarazo junto con niveles de complemento y anticuerpos anti-DNA. Los niveles de sFlt-1, PIGF, y endoglina se cuantificaron mediante la técnica ELISA. La PE y su gravedad se diagnosticó según los criterios de la Sociedad Internacional para el estudio de la Hipertensión en el Embarazo (ISSHP). La restricción del crecimiento intrauterino (IUGR) se definió como feto pequeño para la edad gestacional al nacer, junto con el índice de pulsatilidad por doppler realizado en la arteria uterina menor del percentil 95.

Resultados: 34 pacientes fueron incluidas de forma consecutiva tras ser valoradas en nuestra unidad. 29 tenían LES (4 de ellas con SAF secundario), 3 SAF primario y 2 pacientes aPL sin criterios de SAF. El embarazo de 5 pacientes se encuentra en curso actualmente y se perdió el seguimiento de otra paciente. 10 pacientes (36%) sufrieron un aborto precoz (< 12 semanas de gestación), siendo más frecuente en pacientes con: diagnóstico de SAF ($p = 0,03$), episodios de trombosis arterial previa relacionada con SAF ($p = 0,03$), hipertensión arterial ($p = 0,01$) y la presencia de anticoagulante lúpico ($p = 0,004$). En los embarazos que evolucionaron sin complicaciones, los valores de los marcadores de angiogénesis se mantuvieron en los límites normales para la edad gestacional. 1 paciente con LES (5,6%) desarrolló un cuadro PE leve después de la 32 SG junto con IUGR. Hemos encontrado una relación estadísticamente significativa entre el IUGR y un SLEDAI elevado, antes y durante la gestación (basal, $p = 0,01$; 10-13 semanas de gestación, $p = 0,04$; 22 SG, $p = 0,02$; 28 SG, $p = 0,05$; 32 SG, $p = 0,01$). El IUGR se asoció también con aumento de mPI-UtA en 22 SG ($p = 0,05$). Los niveles de endoglina (14,6 ng/ml vs < 7,9, 26,9 vs < 7,2, 49 vs < 13,6, a 22 SG, 28 SG y 32 SG, respectivamente) y la curva ratio sFlt1/PIGF (17 vs 14,8, 36,6 vs 16,9, 170,7 vs 86,4 a 22 SG, 28 SG y 32 SG, respectivamente) se encontraban aumentados en la paciente que desarrolló PE. Una paciente con LES (5,6%) presentó un cuadro de hipertensión arterial previa al parto sin cumplir criterios de PE, otra paciente con LES sufrió una rotura prematura de membranas a término, y 3 pacientes con LES tuvieron un parto pretérmino a los 28, 32 y 36 SG. 12 pacientes (67%) sufrieron una exacerbación leve del LES, y sólo 1 (8%) presentó actividad moderada que requirió tratamiento con dosis elevadas de glucocorticoides y azatioprina.

Conclusiones: Nuestros resultados preliminares indican que el mPI-UtA, el ratio sFlt1/PIGF y los niveles de endoglina se comportan en las pacientes con LES, SAF, aPL y/o Ac anti-Ro y anti-La como en la población general. Además, estos marcadores podrían ser útiles para predecir el inicio de PE en estas pacientes y para hacer un diagnóstico diferencial entre la PE y actividad lúpica.

276. EMPLEO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI

B. Varas de Dios y M. Laíño Piñero

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

Introducción: La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis que afecta a vasos de pequeño y mediano calibre, de etiología desconocida, con predominio en niños menores de 5 años. Su compli-

cación más grave es la formación de aneurismas coronarios en hasta el 25% de los pacientes no tratados. La administración de inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) y AAS es la base de su tratamiento. No obstante, existe un porcentaje de pacientes refractarios, por lo que el empleo de otros inmunosupresores como las terapias biológicas (TB) se usa como alternativa.

Objetivos: Documentar la experiencia del uso de TB en el tratamiento de la EK.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de la literatura publicada en MEDLINE, EMBASE, y Cochrane. Dos revisores independientes evaluaron los títulos de los artículos y abstracts por calidad y relevancia de las publicaciones.

Resultados: De la estrategia de búsqueda se identificaron 340 artículos. El número final de estudios incluidos fue 35. La mayoría hace referencia al uso de infliximab. Tan sólo un ensayo clínico (Burns 2008) propone como alternativa segura y eficaz (no estadísticamente significativo) el uso del antagonista del TNF a la terapia convencional. En 5 estudios retrospectivos y 6 revisiones nombran este ensayo clínico para apoyar el uso de esta terapia. Existen varios casos clínicos (13) con buena respuesta y 1 en que el paciente desarrolló un efecto adverso moderado (lesión psoriásica) tras uso de infliximab. Tres ensayos clínicos aleatorizados emplean el etanercept. Un modelo murino (Joyce, 2006) y 2 en pacientes con EK refractarios a una 1ª infusión de IGIV. Sin datos estadísticamente significativos, el más reciente (Portman, 2011), avala la hipótesis de que el antagonista del receptor del TNF a sí se administra en los primeros 10 días, reduce la tasa de refractariedad al tratamiento con IGIV. También determina que el etanercept es seguro en esta población. En cuanto al empleo del abcximab, anticuerpo monoclonal contra el receptor de la glicoproteína IIb/IIIa, no existen ensayos clínicos. Destacamos 2 estudios retrospectivos de pequeño tamaño muestral. En el más reciente (McCandless, 2010), aunque las diferencias no son estadísticamente significativas, el abcximab asociado a terapia convencional parece producir una mayor y más rápida regresión de los grandes aneurismas de arterias coronarias en pacientes con EK. En la guía clínica de la American Heart Association de 2004 (Newburger) ya se incluía esta terapia como alternativa. Existen 3 casos clínicos publicados con buena respuesta al tratamiento con abcximab. En relación a las demás TB empleadas en otras entidades no existe experiencia en esta enfermedad.

Conclusiones: En pequeñas series se sugiere el papel central del TNF α en la patogénesis de la EK. También se han detectado niveles elevados de IL-1 en EK en fase aguda (Fury, 2010), por lo que se podrían plantear como opción terapéutica los inhibidores de dicha IL, pero no hay publicaciones al respecto. Las TB se han empleado en casos de refractariedad al tratamiento convencional o en casos de mayor gravedad (vasculitis coronaria). Existe una mayor experiencia con el uso de infliximab. Son necesarios ensayos clínicos controlados para determinar la eficacia de las TB en esta entidad. En líneas generales su uso parece ser una opción terapéutica válida en pacientes con EK refractaria al tratamiento.

277. EVOLUCIÓN DE LA FUNCIÓN TIROIDEA DURANTE EL EMBARAZO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO Y ANTICUERPOS ANTITIROIDEOS POSITIVOS

E. Trujillo, L. Expósito, M. García, M. Flores, J. Viotti, V. Hernández, E. Delgado, I. Ferraz, J.J. Bethencourt, B. Rodríguez-Lozano, M.A. Gantes y M.M. Trujillo

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Servicio de Evaluación y Planificación. Fundación Canaria de Investigación y Salud. Tenerife.

Introducción: Varios estudios han demostrado que el hipotiroidismo manifiesto se relaciona con mayor riesgo de preeclampsia, desprendimiento de placenta y hemorragia posparto, mientras que

existe controversia acerca de si el hipotiroidismo subclínico lleva a un aumento de abortos y partos prematuros. La presencia de anticuerpos tiroideos en el embarazo se ha relacionado en diferentes estudios con aborto, muerte perinatal y parto pretérmino. En los pacientes con síndrome de Sjögren (SS) la enfermedad tiroidea se relaciona de forma significativa con la presencia de anticuerpos antitiroideos (antitiroglobulina y peroxidasa). Lo más habitual es que sea clínicamente silente y aparecer como hipotiroidismo subclínico. El efecto del embarazo sobre la función tiroidea de las pacientes de SS antitiroideas con anticuerpos antitiroideos positivos no ha sido evaluada.

Objetivos: El propósito de este estudio fue estudiar el efecto del embarazo sobre la función tiroidea en pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSP) y anticuerpos antitiroideos positivos (antitiroglobulina y/o antiperoxidasa).

Métodos: Se realizó estudio durante todo el embarazo de 10 pacientes mujeres con diagnóstico de SSP (criterios de la Comunidad Europea para el diagnóstico de SS (Vitali et al, 1997) con anticuerpos antitiroglobulina y/o antiperoxidasa positivos: 6 pacientes tenían positivos ambos anticuerpos antitiroideos, 3 pacientes eran positivas solo al antiperoxidasa y 1 paciente solo al antitiroglobulina. Todas tenían enfermedad silente con TSH y T4 libre, previa al embarazo, normales o en rango de hipotiroidismo subclínico sin tratamiento. A todas las pacientes se les realizó en la primera visita y luego de forma mensual hasta la finalización del embarazo medición de la TSH y T4 libre. Todas recibieron suplementación con 250 μ g/día de yodo según las recomendaciones actuales. En caso de TSH elevada se pautaba tratamiento con levotiroxina según las recomendaciones actuales durante el embarazo (los valores de TSH se deben mantener en el primer trimestre < 2,5 mUI/L y en el segundo y tercer trimestre < 3 mUI/L).

Resultados: 4 pacientes presentaron los cambios fisiológicos habituales de la función tiroidea durante el embarazo. 3 pacientes presentaron niveles de TSH superiores a los fisiológicos pero manteniendo normal la T4 libre. 3 pacientes presentaron elevaciones de T4 libres durante el embarazo. En 5 pacientes se pautó tratamiento con levotiroxina para mantener la TSH en el rango recomendado durante el embarazo. No hubo abortos ni muerte perinatal. Tampoco hubo casos de preeclampsia ni de tiroiditis posparto. Hubo 3 casos de parto pretérmino; 1 en paciente en tratamiento con levotiroxina y 2 en paciente con TSH alta sin tratamiento.

Conclusiones: Aunque actualmente no existe consenso sobre la necesidad de cribado universal a las mujeres gestantes se aconseja la medición de la TSH sérica si existen factores de riesgo. La presencia de anticuerpos antitiroideos, tan habitual en las pacientes con SS y que ya supone por sí mismo un factor de riesgo en el embarazo, supone un factor de riesgo para el desarrollo de hipotiroidismo. Es necesario el seguimiento de la función tiroidea en estas pacientes.

278. DESCRIPCIÓN Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TERAPIA ANTI-TNF OPTIMIZADA

P. Moya, M. Millán, M.C. Uriel, C. Díaz-Torné, I. Castellví, M. Sarmiento, E. Toniolo, C. Geli y J.M. Llobet

Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Sant Pau. Barcelona.

Introducción: Actualmente el descenso de dosis o el aumento del intervalo de administración de las terapias biológicas respecto a su ficha técnica, conocido como optimización, se está incluyendo en nuestra práctica clínica habitual. No obstante, son necesarios consensos y estudios sobre el manejo de los pacientes optimizados.

Objetivos: Describir las características de los pacientes con artritis reumatoide (AR), en tratamiento con anti-TNFs subcutáneos (aTNFsc), a los que se les ha optimizado el tratamiento, en condiciones de práctica clínica habitual en un hospital de tercer nivel.

Tabla Póster 278

	Total pacientes optimizados	Recaídas	No recaídas
N	26	6 (23,1%)	20 (76,9%)
Edad de diagnóstico (años)	47,51 ± 16,07	29,22 ± 6,28	49,8 ± 18,86
Mujeres	24 (92,32%)	6 (100%)	18 (90%)
Tiempo de evolución desde el diagnóstico hasta el inicio del anti-TNF (meses)	172,15 ± 155,14	324,33 ± 169,50	126,5 ± 120,84
Tabaquismo o exfumadores	11 (42,3%)	0 (0%)	11 (57,9%)
FAMES previo 3 o mas	18 (69,2%)	5 (83,3%)	13 (65%)
Terapia biológica previa			
- Naïve	20 (76,9%)	3 (50%)	17 (85%)
- Terapia biológica previa	6 (23,1%)	3 (50%)	3 (17,64%)
Terapia concomitante	17 (65,4%)	2 (50%)	7 (35%)
DAS28 en la optimización	2,70 ± 0,55	2,92 ± 0,60	2,62 ± 0,53
SDAI en la optimización	4,83 ± 1,94	5,98 ± 2,11	4,38 ± 1,76
CDAI en la optimización	4,59 ± 1,90	5,74 ± 2,10	4,15 ± 1,70
DAS28-6m tras optimización	2,93 ± 1,24	4,57 ± 1,71	2,52 ± 0,72
SDAI - 6m tras optimización	7,89 ± 7,03	21,85 ± 7,56	5,35 ± 2,74
CDAI - 6m tras optimización	8,05 ± 6,89	21,2 ± 7,35	5,43 ± 2,43

Métodos: Estudio descriptivo transversal de pacientes con AR que recibían o habían recibido terapia aTNFsc a dosis optimizadas. Los pacientes estudiados fueron visitados en la Unidad de Reumatología de forma consecutiva desde Septiembre a Diciembre del 2013. Se recogieron datos demográficos, clínicos y analíticos (VSG, PCR, FR y CCP) así como los tratamientos previos y concomitantes con terapia biológica y FAME respectivamente que habían recibido. Se incluyeron los índices de actividad DAS28, SDAI y CDAI en el momento de la optimización y tras 6 meses. Se analizaron todas las variables en los pacientes optimizados que habían tenido una recaída y en los que mantenían el control de la enfermedad. Definimos recaída como empeoramiento clínico, analítico o de los índices de actividad de la enfermedad que implica reinstaurar la pauta de administración estándar. Se registraron las retiradas de tratamiento y sus motivos. Se presentan medias y desviación estándar para variables continuas y porcentajes para las cualitativas o discretas.

Resultados: Se incluyeron un total de 27 pacientes que cumplían criterios de AR y estaban en tratamiento optimizado con aTNFsc. Se evaluaron 26 pacientes dado que un paciente fue retirado por eventos adversos (infección). El 92,32% (n = 24) eran mujeres, con una edad media al diagnóstico de 47,51 ± 16,07 años. El 65,4% y 69,2% presentaban FR y anti-CCP positivos respectivamente. El descenso de DAS28 medio a los 6 meses desde el inicio de la terapia biológica, fue de 2,35. De los 26 pacientes optimizados, 6 (23,1%) presentaron recaídas en un tiempo medio de 6,33 ± 3,44 meses desde que se les optimizó el tratamiento. Las características de todos los pacientes evaluados, diferenciando entre los que presentaron o no recaída se muestran en la tabla. Como muestra la tabla los pacientes que mantuvieron el tratamiento a dosis optimizada tenían un menor valor en el índice DAS28, SDAI y CDAI a los 6 meses de la optimización que aquellos pacientes que presentaron recaída, resaltando la diferencia existente en el índice SDAI a los 6 meses entre los dos grupos. Asimismo, los pacientes que presentaron recaída tenían un tiempo de evolución de la enfermedad hasta el inicio del anti-TNF mayor.

Conclusiones: La optimización de terapia anti-TNF es habitual en nuestra práctica clínica diaria. A pesar de que los pacientes mantienen baja actividad de la enfermedad 6 meses después de la optimización del tratamiento, los valores de los índices de actividad son superiores en los pacientes que recaen, siendo el índice SDAI el que muestra una mayor diferencia. El tiempo de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico hasta el inicio del aTNFsc podría ser un factor relacionado con la recaída tras la optimización del tratamiento. Son necesarios más estudios sobre las características y seguimiento de los pacientes optimizados en práctica clínica habitual.

279. EFECTO DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN EL DESARROLLO DE SUBLUXACIÓN ATLANTOAXOIDEA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

S. Marsal^{1,2}, G. Ávila¹, A. Alonso¹, A. Pluma², C. Díaz² y M. López¹

¹Grup de Recerca de Reumatologia. Barcelona. ²Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta de forma preferente a las articulaciones periféricas pero que también puede afectar a la columna cervical. El uso de las terapias biológicas (TB) ha permitido un mejor control de la actividad inflamatoria periférica, pero sus efectos en la lesión cervical no han sido estudiados en profundidad.

Objetivos: Analizar el efecto de las TB en el desarrollo de la subluxación atlantoaxoidea anterior (SAA) en pacientes con AR.

Métodos: Se han incluido n = 221 pacientes con el diagnóstico de AR que han recibido al menos una TB en el periodo comprendido entre diciembre de 1999 y marzo de 2013. Se analizó la presencia de SAA en las radiografías simples (Rx) realizadas previas a la TB y durante el seguimiento posterior. La SAA fue definida como una distancia atlantoaxoidea = 3 mm. Se registraron variables epidemiológicas como la edad y el género y determinadas variables clínicas (fecha de diagnóstico, presencia de manifestaciones extra-articulares, erosiones, nódulos, epítome compartido, factor reumatoide y anti-CCP). La actividad de la enfermedad fue evaluada con el índice DAS28 a lo largo del seguimiento. Se realizó un análisis de supervivencia en el que el evento es el diagnóstico radiológico de SAA. Los datos fueron evaluados según dos modelos: (1) Análisis de supervivencia por intervalos, en el que a los pacientes que desarrollan SAA tras el inicio de la TB se les asigna una longitud del intervalo de diagnóstico igual al tiempo transcurrido entre la fecha de inicio de la TB y la fecha de la Rx en la que se detecta la SAA. A los pacientes que no desarrollan SAA durante el seguimiento se les asigna una longitud de intervalo infinita. (2) El segundo es un análisis de supervivencia censurado en el que el tiempo del diagnóstico de la SAA se aproxima a la mitad del tiempo entre el inicio de la TB y la fecha de la Rx en la que se detecta. Los pacientes que no desarrollan SAA se censuran por la derecha. Para los dos modelos se utiliza el test logrank (análisis univariante) y para el segundo también se emplea el test de regresión de Cox (análisis univariante y multivariante).

Resultados: De los 221 pacientes analizados, 58 (26%) presentaban SAA al inicio de la TB, siendo excluidos del análisis. Finalmente se analizaron las Rx de 163 pacientes. De ellos el 89,5% eran mujeres, 73% tenían el FR positivo y el 76% los anticuerpos anti-CCP positivos. Se detectaron erosiones en el 77% de los pacientes. Se objetivó una SAA anterior en n = 38 (23%) pacientes. El valor medio del periodo

de subluxación después del inicio de la TB fue de 2.67 años. En el análisis univariante, se constató que la positividad del FR (P-valor 8,56⁻³), de los anti-CCP (P-valor 5,22⁻³) y el índice DAS28 (P-valor 3,59⁻³) en el momento de la Rx estaban asociados al desarrollo de la SAA. El análisis multivariante, objetivó que solo la presencia de los anti-CCP (P-valor 0,0085) y un índice DAS28 (P-valor 0,034) elevado en el momento de la última Rx, se asociaron al desarrollo de SAA. El tiempo de evolución de la enfermedad no se asoció de forma significativa con el desarrollo de la SAA.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con AR en tratamiento con TB, se ha objetivado que el desarrollo de la SAA anterior está asociado con la presencia de los anticuerpos anti-CCP y del grado de actividad de la enfermedad determinado por el índice DAS28 en el momento de la última radiografía.

280. SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS. SERIE DE 9 CASOS

S. Kanaffo, S. Herrera, E. Enríquez, M. Galindo e I. Mateo

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

Introducción: La linfocitosis hemofagocítica (SFH) secundaria es una entidad infrecuente caracterizada por signos y síntomas de inflamación extrema. Cuando se encuentra asociado a una enfermedad reumatológica se denomina síndrome de activación macrofágica (SAM). El SHF puede estar en relación a actividad de una enfermedad sistémica de base o una infección activa, siendo la causa más frecuente el linfoma. Este síndrome clínico es potencialmente fatal por lo que debemos sospecharlo ante la presencia de un síndrome febril asociado a coagulopatía, citopenias, citolisis hepática, hepatomegalia, elevación de ferritina, CD25s y triglicéridos. Es importante destacar que la presencia de hemofagocitosis en el aspirado de médula ósea es un hallazgo muy específico pero infrecuente al inicio, por lo que su ausencia no descarta la presencia de SAM. El tratamiento dependerá del tipo de patología a la que se asocia, con un espectro terapéutico que incluye antimicrobianos y/o inmunosupresión.

Objetivos: Describir y analizar las características clínicas, analíticas y la respuesta al tratamiento, de una serie de 9 pacientes con diagnóstico de síndrome hemofagocítico asociado a patología autoinmune (SAM).

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo de 9 pacientes con diagnóstico de síndrome de activación macrofágica diagnosticados en nuestro servicio entre enero de 2007 y junio de 2013. El 100% de los pacientes cumplían criterios para histiocitosis hemofagocítica; 6 de los 9 pacientes tenían diagnóstico de LES,

2 pacientes tenían diagnóstico de artritis idiopática juvenil y 1 de enfermedad de Still. Describimos las características clínicas y analíticas de estos pacientes en el momento del diagnóstico del SAM, durante el curso de su enfermedad así como el tipo de tratamiento que recibieron y su desenlace.

Resultados: Todos los pacientes cumplían criterios para SAM (7 mujeres y 2 hombres), La edad media fue de 32.5 años (42-18), la manifestación clínica más frecuente fue la fiebre 100%, seguida de lesiones cutáneas 83%, un paciente presentó coagulación intravascular diseminada. De los 9 pacientes 6 presentaron bicitopenia, con linfopenia en el 100% de los pacientes. Todos los pacientes presentan citolisis hepática, con elevación de los RFA. En 7 pacientes se demostró hemofagocitosis en la biopsia de médula ósea. Se demostró solo en uno de los 9 pacientes asociación con proceso infeccioso (leishmaniasis). Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico de amplio espectro, pulsos de metilprednisolona, ciclosporina y esteroides de mantenimiento a dosis elevadas. De los 9 pacientes; 2 recibieron tratamiento con anakinra, 1 recibió tratamiento con etanercept y tocilizumab, 2 pacientes recibieron tratamiento con etopósido, 4 pacientes recibieron tratamiento con inmunoglobulinas y a uno se le realizó plasmaféresis. Todos los pacientes fueron dados de alta, ningún paciente falleció por este motivo.

Conclusiones: El SAM es un síndrome heterogéneo e infrecuente que debemos sospechar en pacientes con enfermedades autoinmunes que presenten fiebre, citopenias, elevación de la transaminasas, alteraciones de la coagulación, hepatomegalia y elevación de la ferritina, triglicéridos y RFA ya que un diagnóstico y tratamiento precoces mejoran el pronóstico de esta complicación que puede ser fatal.

281. VALORACIÓN ECOGRÁFICA VS VALORACIÓN CLÍNICA PARA DISCRIMINAR CAMBIOS EN LOS NIVELES SÉRICOS DEL COMPLEMENTO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON TERAPIA BIOLÓGICA

M. Montoro¹, C. Ong Yew², I. Janta¹, C. González¹, B. Serrano¹, C. Mata¹, L. Martínez¹, M. Hinojosa¹, J. Martínez¹, N. Bello¹, J.G. Ovalles¹, C. Sáenz¹, R. González¹, J.C. Nieto¹, L. Valor¹, I. Monteagudo¹, F.J. López-Longo¹, J. Garrido³, E. Naredo¹ y L. Carreño¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Selayang Hospital. Malasia. ³Departamento de Psicología y Metodología. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma. Madrid.

Introducción y objetivos: El sistema del complemento (C) tiene un papel fundamental en la mediación de la actividad de la artritis reu-

Tabla Póster 280

Diagnóstico	Fiebre	Citopenias	Médula ósea	PCR/VSG	Tratamiento	Mortalidad
LES	Sí	Sí	Sí	Sí	Corticoides/ciclosporina/ Antibiótico inmunoglobulina	No
LES	Sí	Sí	Sí	Sí	Corticoides/ciclosporina/ Antibiótico inmunoglobulina	No
LES	Sí	Sí	Sí	Sí	Etopósido Corticoides/ciclosporina/ Antibiótico plasmaféresis	No
LES	Sí	Sí	No	Sí	Corticoides/ciclosporina/ Antibiótico	No
LES	Sí	Sí	Sí	Sí	Corticoides/ciclosporina/ Antibiótico	No
LES	Sí	Sí	Sí	Sí	Corticoides/ciclosporina/ Antibiótico	No
AIJ	Sí	Sí	Sí	Sí	Inmunoglobulina Etopósido, corticoides/ciclosporina/ Antibiótico, anakinra	No
AIJ	Sí	Sí	Sí	Sí	Inmunoglobulina Etanercept, tocilizumab corticoides/ciclosporina/ Antibiótico, anakinra	No
Enfermedad de Still	Sí	Sí	No	Sí	Corticoides/ciclosporina/ Antibiótico	No

matoide (AR). Los fármacos biológicos modificadores de la enfermedad (FAME biológicos) pueden reducir el nivel de los componentes del complemento nativo y su activación. El objetivo de este estudio es valorar la capacidad de ecografía musculoesquelética (US) vs la valoración clínica en detectar los cambios de los componentes del complemento nativo en pacientes con AR en tratamiento con FAME biológicos.

Métodos: Es un estudio transversal prospectivo. Se reclutaron 99 pacientes consecutivos con AR en tratamiento con FAME biológico un mínimo de 3 meses. Se realizó una valoración clínica, ecográfica y de laboratorio. La valoración clínica se realizó con el Disease Activity Score en 28 articulaciones (DAS28), el Simplified Disease Activity Index (SDAI). La valoración ecográfica consistió en la exploración de 12 articulaciones. Se evaluó la sinovitis según las definiciones del Outcome Measurement in Rheumatology (OMERACT) [sinovitis en modo B, señal Power Doppler (PD)].

Resultados: Se observó un cambio y un descenso significativo en los niveles del complemento (i.e. C3 y C4) y de la proteína C reactiva (PCR). El cambio y el descenso de los niveles de C3 fueron claramente significativos ($p < 0,0005$), así como el descenso de C4 ($p < 0,0005$). Se encontró una correlación moderada entre la PCR y ambos índices clínicos de valoración de la actividad de la AR, DAS28 y SDAI ($r = 0,396$, $p < 0,05$ y $r = 0,404$, $p < 0,05$, respectivamente). Los resultados se muestran en la tabla (correlación entre niveles y cambios del complemento y PCR con variables clínicas y ecográficas). Se encontró una asociación significativa entre la valoración ecográfica con PD y el cambio en los niveles de C3 ($p < 0,008$), donde era más probable que los pacientes con mayor variación en los niveles de C3 estuvieran en remisión ecográfica por PD.

Parámetros (mg/dL)	DAS 28	SDAI	Sinovitis modo B	Sinovitis PD
C3	0,257*	-0,036	-0,086	-0,020
Cambio C3	0,188	-0,008	-0,083	-0,037
C4	0,209*	-0,161	-0,127	-0,072
Cambio C4	0,208*	-0,0114	-0,027	-0,036
PCR	0,396*	0,404*	0,091	0,193
Cambio en PCR	0,182	0,195	0,003	-0,008

* $p < 0,05$.

Conclusiones: Estos hallazgos muestran la capacidad de US PD en detectar los cambios en los niveles de C3 durante el tratamiento con FAME biológico. Estos resultados podrían sugerir la necesidad de futuros estudios que relacionen la ecografía con datos inmunológicos en pacientes en tratamiento con FAME biológico.

282. REDUCCIÓN DE DOSIS DE TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN PACIENTES CON PATOLOGÍA REUMATOLÓGICA CRÓNICA. ANÁLISIS DESCRIPTIVO INICIAL DE 42 PACIENTES PERTENECIENTES AL ÁREA HOSPITALARIA DE VALME, SEVILLA

M. León García, A. Muñoz Jiménez, J. Uceda Montañés, S. Rodríguez Montero, R. Martínez Pérez y J.L. Marengo de la Fuente

Servicio de Reumatología Hospital Universitario de Valme Sevilla.

Objetivos: Analizar las características, de la disminución de dosis de tratamiento biológico, en una cohorte de pacientes con enfermedad reumatológica crónica, artritis reumatoide (AR) y espondiloartritis (SpA), siguiendo un protocolo de optimización de dosis, realizado en nuestro hospital.

Métodos: Estudio descriptivo, de tipo transversal, que incluyó a 42 pacientes en tratamiento biológico, analizados desde septiembre 2013 a enero 2014, obtenidos de la base de datos de fármacos biológicos del Servicio Andaluz de Salud, y que dada su remisión clínica, se decidió iniciar nuestro protocolo de reducción de dosis.

Resultados: Se analizaron 42 pacientes con enfermedad reumatológica crónica: 26 artritis reumatoide (62%), 13 espondiloartritis, 10 espondilitis anquilosante (EA) (23,81%) y 3 artritis psoriásica (AP) (7,14%) y 3 artritis idiopática juvenil (AIJ) (7,14%). En el momento del estudio el biológico más utilizado era etanercept en 24 pacientes, 17 en AR, 6 en SpA y 1 en AIJ (total de 57,14% enfermos) con una dosis media de 25 mg cada 5,25, 3,17 y 3,34 días en enfermos con AR, EA y AP respectivamente. A la hora del estudio 12, 3, y 2 pacientes con AR, EA y AP se mantenían en el protocolo de reducción de dosis con una enfermedad en remisión clínica. El segundo tratamiento biológico más usado era otro antiTNFalfa, adalimumab, utilizado en 12 pacientes, 8 en AR, 4 en SpA y (total de 28,57% enfermos) con una dosis media de 40 mg cada 17, 16,17 días en enfermos con AR y SpA respectivamente. En el momento del estudio 6 y 3 pacientes con AR y SpA se mantenían en el protocolo de reducción de dosis con una enfermedad con baja actividad clínica. Otros tratamientos utilizados en menor medida fueron infliximab en 5 pacientes, 2 en AR y 3 en SpA. Cabe destacar que 36 pacientes (85%) se encontraban en tratamiento concomitante con FAMES clásicos, de los cuales 24 enfermos (56,14%) recibían tratamiento con metotrexate.

Conclusiones: Es posible reducir la dosis de agentes biológicos en pacientes con artropatías crónicas en remisión clínica o baja actividad, siempre que se tenga un seguimiento muy estrecho de dichos pacientes, y bajo un protocolo de actuación como el que se realizado en nuestro hospital, consiguiéndose en la mayoría de estos enfermos un adecuado control de la enfermedad.

283. COSTE-EFECTIVIDAD DE LAS TERAPIAS ANTI-TNF EN ARTRITIS REUMATOIDE

A. Sendra García¹, J.M. Ventura Cerdá¹, M. Climente Martí¹, E. Valls Pascual², D. Ybáñez García², M. Robustillo Villarino², A. Martínez Ferrer², I. de la Morena Barrio², J.E. Oller Rodríguez², E. Vicens Bernabeu², C. Vergara Dangond² y J.J. Alegre Sancho²

¹Servicio de Farmacia; ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Objetivos: Evaluar el coste-efectividad en la práctica clínica habitual del tratamiento con fármacos anti-TNF en pacientes con artritis reumatoide (AR).

Métodos: Estudio observacional de cohortes retrospectivo (julio 2012-julio 2013), en un departamento de salud de 380.000 habitantes. Se incluyeron todos los pacientes con AR tratados con etanercept (ETN), adalimumab (ADA), infliximab (IFX) o golimumab (GOL) durante al menos los 6 meses previos al inicio del estudio. Variables: demográficas: edad, sexo. Clínicas basales (previas al anti-TNF): DAS28, PCR, FR, Ac anti-CCP, tiempo desde el diagnóstico, tipo de enfermedad (erosiva o nodular). Terapéuticas: tratamiento previo (FAME, anti-TNF, otros biológicos), anti-TNF actual (tipo, posología y tiempo desde su inicio) y tratamiento concomitante (corticoides, AINE, FAME), tiempo de retraso de inicio de biológicos. Efectividad: se consideró un tratamiento efectivo cuando el paciente presentó un DAS28 $< 3,2$ mantenido durante ≥ 6 meses. Costes: costes directos de adquisición del medicamento (PVL a fecha diciembre de 2013), preparación (una mezcla media = 18,18 €) y administración ev en hospital de día [84,06 €/administración (tasas oficiales)]. Se estimó para cada fármaco el coste medio por paciente y año en euros. Variable principal: Se calculó el cociente coste-efectividad incremental (CCEI), comparando cada uno de los fármacos a partir de las diferencias en la proporción de pacientes que obtienen respuesta y las diferencias de costes anuales medios.

Resultados: Se incluyeron 67 pacientes, el 75% mujeres, de edad media 58 años (IC95% 55-61 años). Los pacientes fueron tratados: 31 (46,3%) con ETN, 30 (44,8%) con ADA, 5 (7,5%) con IFX y 1 (1,5%) con GOL. La media de FAME y anti-TNF previos y de FAME conco-

mitantes fue 2,52 (IC95%: 2,22-2,81), 0,37 (IC95%: 0,22-0,52) y 0,78 (IC95%: 0,67-0,9), respectivamente. Estaban en tratamiento concomitante con AINEs y corticoides 30 (45%) pacientes. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento para las variables demográficas y clínicas iniciales, excepto para el tiempo de retraso en el inicio de biológicos de ETN vs ADA (47 meses), el tiempo en tratamiento con el anti-TNF actual de IFX vs ETN (40 meses) y el tratamiento corticoideo concomitante. Fueron tratados con intervalo posológico ampliado 11 pacientes [16,4%; IFX (2), ETN (3), ADA (6)], y con intervalo posológico reducido 2 pacientes (3%, ADA). Fueron tratados con dosis reducida 5 pacientes (7,5%; ETN) y con dosis incrementada 3 pacientes (4,5%; IFX). La mediana de DAS28 al inicio fue 2,04 (AIQ: 1,43) y la media de DAS28 al final del periodo de estudio fue 2,32 (IC95%: 2,05-2,58), sin detectarse diferencias significativas entre los diferentes fármacos. El tratamiento fue efectivo en el 68% (45) de los pacientes: 22 (71%) con ETN, 21 (70%) con ADA, y 2 (40%) con IFX. El coste medio fue de 10.628 €/paciente/año (IC95% 6.755-14.502), 9.169 (IC95% 5.234-10.105) y 11.213 (IC95% 10.476-11.950) para IFX, ETN y ADA, respectivamente. En lo referente al CCEI, ETN fue el anti-TNF que ofreció el mejor perfil de coste-efectividad. Sin embargo, las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Conclusiones: En nuestro estudio, ETN y ADA mantienen una efectividad muy similar, y superior a IFX, a pesar del cambio de intervalo posológico y/o de la dosis, de manera que el CCEI viene determinado fundamentalmente por el coste medio anual de los fármacos.

284. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA PRESENTACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS DURANTE EL TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS EN LAS ARTRITIS INFLAMATORIAS CRÓNICAS

S. Marsal^{1,2}, G. Ávila¹, A. Alonso¹, C. Díaz² y M. Lopez¹

¹Grup de Recerca de Reumatologia. Barcelona.

²Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: Las terapias biológicas han mejorado de forma importante el pronóstico a largo plazo de los pacientes con artritis inflamatorias crónicas (AIC) y su utilización está asociada a un buen perfil de seguridad. Sin embargo la presencia de efectos adversos puede limitar su uso y obliga a un estricto seguimiento de estos pacientes. Existen pocos datos en condiciones de práctica clínica en relación a la presentación de los efectos adversos en determinadas fases del tratamiento a largo plazo.

Objetivos: Analizar la presencia de los efectos adversos (EA) registrados durante el tratamiento biológico en pacientes con artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (AP) y espondilitis anquilosante (AS) y determinar su relación con el periodo de presentación.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional de una serie de pacientes con AIC que han recibido TB durante el periodo comprendido entre diciembre de 1999 y marzo de 2013 controlados en un hospital de tercer nivel. Se analizaron el género, la edad, la edad al diagnóstico, el tratamiento con glucocorticosteroides, FAMES y el tipo de terapia biológica. En relación a los efectos adversos se registraron el tipo de EA y la fecha de presentación. Se han analizado las tasas de incidencia como el número de efectos adversos por 1.000 pacientes año con un IC95% calculado según el modelo de regresión de Poisson. Para estimar las diferencias en el riesgo de desarrollar un EA, se utilizaron dos métodos. El primero, basado en el modelo de regresión de Cox, es un análisis de supervivencia respecto a la presentación del primer efecto adverso. El segundo, basado en el modelo de regresión de Poisson, es un análisis de los ratios de tasas de incidencia entre los grupos contrastados.

Resultados: Se revisaron las historias clínicas de 290 pacientes con una AIC (AR 222, AS 35, AP 33). Durante los 13 años de seguimiento

se analizaron 533 terapias biológicas en las que se han registrado un total de 1.361 EA. En los pacientes con AR (1.157 pacientes/año) se registraron 1.079 EA, en la AS (252 pacientes/año) y en la AP (157 pacientes/año) se han registrado 170 y 112 EA respectivamente. Las tasas de incidencia (TI) de todos los EA objetivadas para la AR, AP y la AS fueron de 932,13 [877-989], 713,15 [587-858] y 673,80 [576-783], respectivamente. Según el modelo de regresión de Cox, se compararon los resultados de la AP (IRR = 0,81 [0,61-1,09]; HR = 0,82 [0,59-1,13]) y la AS (IRR = 0,83 [0,63-1,09]; HR = 0,87 [0,61-1,24]) con la AR, y si bien se objetivó que el riesgo de desarrollar el primer efecto adverso fue mayor para la AR, esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes, los resultados según los modelos de regresión de Cox y de Poisson presentaron un alto grado de concordancia. Esto indica que los efectos adversos secundarios a las terapias biológicas presentan un patrón de distribución uniforme en el tiempo, de manera que se puede extrapolar la tasa de incidencia al tiempo de presentación del primer efecto adverso. Así mismo, se ha objetivado que no existen diferencias significativas a presentar un primer efecto adverso entre las tres patologías.

285. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, INMUNOLÓGICAS Y EVOLUTIVAS DE UNA SERIE DE 26 PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTISINTETASA POSITIVOS

J.F. Borja Serrati¹, C.V. Medina Quiñones¹, W.A. Sifuentes Giraldo¹, G. Roy Ariño², C. Guillén Astete¹, J. Orte Martínez¹, J. Bachiller Corral¹, C. de la Puente Bujidos¹, A. Rodríguez García¹, G. Fraile Rodríguez³, A. Ruedas López³ y A. Zea Mendoza¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología; ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Determinar las características clínicas, inmunológicas y evolutivas de los pacientes con pruebas positivas para los anticuerpos dirigidos contra las aminoacil-RNA sintetasas (antisintetasas) en un hospital español de tercer nivel.

Métodos: Se realizó la búsqueda de los pacientes con anticuerpos antisintetasa positivos por inmunoensayo lineal (anti-JO1, anti-PL7, anti-PL12, anti-EJ, anti-OJ) o ELISA (anti-JO1) a través de la base de datos del laboratorio de autoinmunidad del hospital, durante el periodo de diciembre 1992 a diciembre 2013. Posteriormente se obtuvo la información demográfica, clínica e inmunológica mediante la revisión retrospectiva de las historias clínicas.

Resultados: Se identificaron 26 pacientes antisintetasa positivos (anti-JO1: 16, anti-PL7: 7, anti-PL12: 4), 1 de ellos con positividad débil para 2 anticuerpos de forma simultánea (anti-PL7 y anti-PL12). La mayoría de los casos eran caucásicos (93%) y generalmente mujeres (78%). La media de edad fue 59 años (rango: 23-85) y la de retraso del diagnóstico de 42 meses (rango: 1-295). Hubo antecedente de tabaquismo en 44% y de ingesta de estatinas en 15%. Existía diagnóstico previo de enfermedad autoinmune en 4 casos (2 hipotiroidismo autoinmune, 1 síndrome de Sjögren, 1 artritis reumatoide), pero ninguno de ellos tenía antecedente de neoplasia. Los diagnósticos correspondieron a síndrome antisintetasa en 18 casos (anti-JO1: 14, anti-PL7: 3, anti-PL12: 1), 2 dermatomiositis (anti-JO1: 1, anti-PL12: 1), 3 enfermedad pulmonar intersticial (EPI) aislada (anti-JO1: 1, anti-PL7: 1, anti-PL12: 1), 2 elevaciones de creatinina sin clínica de miositis (anti-PL7: 2, anti-PL12: 1) y un caso de bronquiectasias aisladas (anti-PL7). En los pacientes con miositis, las manifestaciones clínicas iniciales más frecuentes fueron las articulares (41%), seguidas por las musculares (22%) y respiratorias (19%). Durante el curso de la enfermedad, 35% presentaron fiebre, 45% fenómeno de Raynaud, 40% "manos de mecánico", 30% edema de manos, 65% poliartritis (15% artropatía deformante), 40% mialgias, 35% debilidad muscular, 65% disnea, 45% tos no productiva y

70% crepitantes. En 17 de estos casos se diagnosticó EPI, siendo los tipos más frecuentes la neumonía intersticial usual (6 casos) y la no específica (5 casos). Se detectó aumento de reactantes de fase aguda en 63% y de enzimas musculares en 59%, así como anemia en 22% y linfopenia en 44% de los casos. Las alteraciones inmunológicas asociadas más comunes fueron la presencia de anticuerpos antinucleares (70%), anti-Ro/SSA (Ro60 44%, Ro52 23%), factor reumatoide (19%), hipocomplementemia (15%) e hipergamaglobulinemia (30%). La media de seguimiento de los pacientes fue de 4,7 años y durante este periodo hubo progresión de la EPI hacia la fibrosis pulmonar en 6 casos, 4 desarrollaron neoplasia (2 pulmonares, 1 mama y 1 piel) y hubo 5 muertes, siendo la causa en 2 casos la progresión del compromiso respiratorio y en 1 por la neoplasia.

Conclusiones: Los pacientes con anticuerpos antisintetasa positivos presentan un espectro de manifestaciones clínicas que va de la elevación asintomática de enzimas musculares y la EPI aislada al cuadro completo del síndrome antisintetasa. El pronóstico en estos pacientes está fundamentalmente relacionado con la evolución de la EPI. A pesar de que se describe una menor relación con neoplasias en este tipo de miositis, éstas fueron frecuentes en nuestra serie e influyeron en la mortalidad.

286. RESPUESTAS CLÍNICAMENTE RELEVANTES Y SITUACIÓN DE DOLOR CONTROLADO EN DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO SEGÚN PRÁCTICA CLÍNICA: RESULTADOS DEL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO EVADOR

J. Vidal¹, M. Gobbo², M. Tornero¹, S. Pérez-Vicente² y Grupo de Estudio EVADOR*

¹Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

²Unidad de investigación SER.

Introducción: La valoración y cuantificación del alivio del dolor es una herramienta para identificar los cambios clínicos relevantes y su magnitud. Existe un gran número de pacientes que tienen dolor no controlado y mala respuesta al tratamiento en las consultas de reumatología. Aunque en ensayos clínicos si, no se conoce bien si es posible identificar en la práctica clínica parámetros o variables que posibiliten un mejor control terapéutico del dolor en reumatología en función de la respuesta al tratamiento.

Objetivos: Identificar los cambios que se consideran clínicamente relevantes (respuesta mínima detectable, relevante e importante) y su correlación con otras variables, la intensidad del dolor y la ICGC. Evaluar si solo la intensidad del dolor puede ser el parámetro que discrimine las respuestas clínicas importantes y su sensibilidad y especificidad según práctica clínica habitual. Estudiar si existen parámetros como niveles de intensidad del dolor o criterios que permitan definir un concepto de dolor controlado.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes nuevos o de revisión seleccionados aleatoriamente y manejados según práctica clínica habitual en 40 servicios de reumatología no monográficos de España. Pacientes que en la vista basal (V1) tuvieran dolor EN = 4 y fueran sometidos a un tratamiento y fueron evaluados en V2 entre 1 y 3 meses después. Criterios de exclusión: a) problemas físicos, psicológicos o sociales que impidan recogida fiable de información, b) traumatismo no relacionado con enfermedad reumática como responsable del dolor. Variables: sociodemográficas, EVA dolor última semana, y Brief Pain Inventory (BPI), y sus componentes dolor y función, BPI abreviado (3item) SF-12 y la ICGC en 7 niveles de muchísimo mejor a muchísimo peor. Situación de dolor controlado y estado satisfactorio para el paciente. Estudio estadístico: análisis de las diferencias del valor entre el valor V1 y V2 de cada variable y su correlación con los intervalos de ICGC, calculado por curvas ROC puntos de corte para cada grado de mejoría, su sensibilidad y especificidad.

Resultados: De un total de 1.084 pacientes, 490 realizaron una segunda visita. La ICGC se distribuyó en (Frecuencia/%): muchísimo mejor 52/10,7; mucho mejor 149/30,8; ligeramente mejor 154/31,8; igual, 98/20,2; ligeramente peor 18/3,7; mucho peor 12/2,5, muchísimo peor 1/0,2. El análisis de correlación con los cambios clínicos y las variables se muestra en la tabla. En la V2 un 47% consideran que el tratamiento es suficiente para hacer una vida normal, el 60% consideran que su dolor está controlado en función del dolor previo y la mejoría para actividades de ocio y generales, y un 48% consideran que su estado es satisfactorio.

		ICGC		
		Cambio absoluto	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
EVA	Muchísimo mejor	-2,5	80,4	85,6
	Mucho mejor	-1,50	78,5	73,5
	Ligeramente mejor	-0,50	70,7	57,5
BPI-intensidad	Muchísimo mejor	-1,62	86	80
	Mucho mejor	0,87	73	71,6
	Ligeramente mejor	-0,12	54,3	49,5
BPI-Interferencia	Muchísimo mejor	-1,57	74,5	73,7
	Mucho mejor	-1,21	68,9	66,3
	Ligeramente mejor	-0,21	54,3	49,5
BPI-abreviado (3)	Muchísimo mejor	-2	78,4	76,0
	Mucho mejor	-1,33	72,5	67,3
	Ligeramente mejor	-0,33	52,3	53,1
BPI-5	Muchísimo mejor	-1,5	84	80
	Mucho mejor	-0,5	78,4	69,5
	Ligeramente mejor	-0,5	47,7	69,5

Conclusiones: La escala numérica del dolor es la variable que mejor identifica los cambios clínicos relevantes junto con el BPI intensidad. Una disminución de 2,5 puntos en la EN se correlaciona con una mejoría muy importante y una disminución de 1.5 puntos con una mejoría importante, con una elevada sensibilidad y especificidad. Se considera que la EN del dolor debería cuantificarse de forma sistemática. La situación de dolor controlado parece un primer objetivo en el tratamiento del dolor en patología reumática.

*Grupo de Estudio EVADOR: M.A. Caracuel, A. Escudero, A. Atanés, A. Ponce, A. Renau, A. Rodríguez, C. Porras, C. Díez, C. Alegre, C. Díaz, J. Duruelo, E. Loza, E. Garmendia, E. Salas, F. Francisco, F.J. Navarro, G. Jiménez, G. Pérez, G. Candelas, G. Santos, I. Gómez, I. Granados, J. Calvo, J. Bachiller, J. del Pino, J. García, J. Rivera, J. Vidal, J. Blanco, J.A. González, J.A. Pinto, J. González Vera, J.L. Casals, J.L. Cuadra, J.L. Riestra, J.R. Noguera, J. Rodríguez, J. Rosas, J.M. Piedra, J.V. Tovar, J.J. de Agustín, L. Pantoja, L. Morillas, V. Hernández, M.A. Belmonte, M. Ciria, R. Queiro, M. Revenga, M. del Puerto, M. Torresano, M.A. Abad, M.A. Campillo, M.A. González-Gay, M. Belmonte, M. Bernad, M. Cantalejo, M. Conde, N. Abdilla, N. Vázquez, N. Montalá, P. Fernández Dapica, P. Navarro, P. Trenor, R. Belenguer, R. Veiga, R. Sánchez Perea, R. González Crespo, S. Bustabad, S. Insua, V. Quevedo, V. Coret y V. Villaverde.

287. ESPONDILITIS ANQUILOSANTE VS ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOLÓGICA CON RM DE SACROILÍACAS POSITIVA EN ESPONDILOARTRITIS DE INICIO RECIENTE. ¿CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO MAS FIABLE?

C. Castillo-Gallego¹, E. de Miguel¹, J. Sanz², C. Martín-Hervas³, M. Moreno⁴, J. Gratacós⁴, D. Peiteado¹, L. Lojo¹ y E. Martín-Mola¹

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

²Servicio de Reumatología. Hospital Puerta de Hierro Majadahonda.

³Servicio de Radiología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

⁴Servicio de Reumatología. Consorci Sanitari i Universitari Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

Introducción: El diagnóstico de espondilitis anquilosante (EA) requiere la presencia de sacroileítis radiológica grado 2 bilateral o = 3 unilateral, siendo es muy específico pero con una sensibili-

dad baja en las formas de inicio. Para facilitar el diagnóstico se han propuesto los criterios de clasificación ASAS para espondiloartritis axial (Esp-ax) que clasifica a los pacientes como formas axiales radiológicas (EA) o no radiológicas. No obstante frente a esta supremacía de la EA como diagnóstico surge la duda en algunos foros de si el diagnóstico de sacroileítis radiológica en las formas tempranas de la enfermedad es tan preciso como se nos ha enseñado o si estamos sobrevalorando este signo.

Objetivos: Estudiar la fiabilidad diagnóstica de la radiología simple de pelvis y de la resonancia magnética (RM) de sacroilíacas en una cohorte de EspA-ax de reciente comienzo.

Métodos: Los pacientes procedían de tres Unidades de EspA de reciente comienzo pertenecientes al programa ESPeranza. Todos los pacientes incluidos en este estudio cumplían criterios ASAS para EspA-ax en la visita basal. Se disponía de radiografía de pelvis basal y al seguimiento. La lectura de las radiografías, tanto basal como al seguimiento, fue realizada por dos lectores independientes y de forma ciega, siendo puntuadas según criterios de Nueva York modificados (cNYM). Así mismo, se realizó, según criterios ASAS, una lectura de las RM de sacroilíacas basales también de forma independiente y ciega. También se valoró el edema óseo periarticular según el método de puntuación de Leeds (grado 0: no edema, grado 1: edema < 25%, grado 2: edema 25-75%, grado 3: edema > 75%) y se valoró también la presencia de grasa periarticular en las secuencias T1. La fiabilidad fue valorada por el test kappa.

Resultados: Se incluyeron 48 pacientes, 25 de ellos varones (52,1%) y con una edad media de 33,9 años (rango: 20-45, DE 6,51). El 46,9% eran HLA B27 positivo, el tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la visita basal era de 10,21 meses (rango: 3-24, DE 6,83). Desde las radiografías de las visitas basales a las de las visitas del seguimiento transcurrieron como media 3,25 años (rango: 1-5, DE 1,08). El Kappa global de la lectura de las radiografías de pelvis teniendo en cuenta las dos visitas de forma conjunta, es decir, las 96 radiografías (48 de primera visita y 48 de seguimiento) fue 0,699, siendo este resultado bueno. Cuando valoramos ambas visitas de forma separada, observamos que el Kappa de visita basal (48 radiografías) era de 0,5, lo que se considera un resultado moderado. En cambio, al analizar el Kappa de la lectura de radiografías de pelvis al seguimiento éste mejoró, siendo de 0,869, lo que se considera un resultado excelente. En cuanto a la lectura de RM de sacroilíacas, el kappa de la clasificación ASAS de los 27 pacientes de los que se disponía de imágenes fue de 1,00, siendo este resultado excelente. Al valorar el método de puntuación de Leeds, el kappa era de 0,686, con un ICC de 0,807. En relación a la valoración de las lesiones grasas periarticulares, el resultado del kappa fue regular ($K = 0,34$).

Conclusiones: La radiología simple de pelvis mejora su fiabilidad a medida que progresa la enfermedad, siendo su utilidad limitada o inferior a la que se le atribuye en las espondiloartritis de reciente comienzo. En cambio, la RM de sacroilíacas es un método fiable para establecer el diagnóstico de Esp-ax en estas formas precoces no radiológicas.

288. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E IMPORTANCIA EN LA CORRECTA VALORACIÓN DE LAS ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO

A. Salgado, I. Monjo, K. Franco, D. Cajigas, L. Nuño, A. Balsa y E. Martín

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: Existen múltiples patologías con afectación articular, para la correcta identificación de las artritis de reciente comienzo es necesario reconocer una serie de requisitos, como inflamación, dolor o derrame en más de una articulación, rigidez matutina y duración mayor a veinticuatro semanas.

Objetivos: Describir las características clínicas de mil pacientes con artritis de reciente comienzo.

Métodos: Se utilizó la base de datos de artritis de inicio del Hospital Universitario La Paz desde febrero de 1993 hasta enero de 2014. Se analizaron formas de presentación, extensión articular, parámetros analíticos y clínicos.

Resultados: De los 1.063 pacientes incluidos, el 70,8% eran mujeres, de 50 ± 16 años, el 74,2% eran no fumadores en el momento del examen inicial. El 58,5% presentó una extensión poliarticular, el 31% oligoarticular y el 8,6% monoarticular, con compromiso simétrico en el 68,6% de los casos. Siendo la presentación subaguda en el 71,4% la mayor forma de afectación. La causa más frecuente de derivación fue la artritis indiferenciada en el 35,3% de los casos. Al ingreso la escala visual analógica de dolor (EVA) fue leve en un 26,3% (0-29), moderado en un 46,5% (30-79), y elevado en 13,1% (80-100). Dentro de los parámetros analíticos el 39,4% de los pacientes tuvieron velocidad de sedimentación (VSG) positivo y proteína C activada (PCR) el 28,8% de los casos. Presentaron factor reumatoide (FR) positivo el 37,06% y anticuerpos anticitrulinados positivos el 31,3% de los casos. De los 375 casos de artritis indiferenciadas derivadas a reumatología el 17,1% (66 pacientes) fueron artritis reumatoide. Del total de pacientes analizados se diagnosticaron 400 nuevos casos de artritis reumatoide (37,6%), persistiendo como artritis indiferenciadas 123 pacientes (11,6%), menos frecuente artritis psoriásica en 5,4%, enfermedades de depósito intraarticular 1,6%, polimialgia reumática 1,5%, otras artropatías autoinmunes 1,5%.

Conclusiones: La importancia de la evaluación de los pacientes con artritis de reciente comienzo radica en potenciar la detección precoz de aquellos con artritis reumatoide o alguna otra enfermedad articular inflamatoria crónica y los que tendrán un cuadro autolimitado, para optimizar tratamientos y disminuir morbilidad y complicaciones.

289. SÍNDROME DE EHLERS DANLOS. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE UNA SERIE DE PACIENTES

H. Moruno Cruz, A. Turrión Nieves, L. Ruiz Gutiérrez, M. Romero Bogado, A. Pérez Gómez, A. Sánchez Atrio, F. Albarrán Fernández, E. Cuende Quintana, A. Movasat, C. Bohórquez Heras y M. Álvarez de Mon Soto

Servicio de ESI-Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

Introducción: El síndrome de Ehler Danlos (SED) engloba un grupo de enfermedades del tejido conectivo, heterogéneas en cuanto a su presentación clínica, entre los principales hallazgos están, la fragilidad vascular, elasticidad cutánea y/o ligamentosa-articular benigna.

Objetivos: Describir algunas características clínicas en una serie de pacientes diagnosticados de SED. Describir número de intervenciones quirúrgicas, compromiso neurológico periférico (atrapamiento de nervio periférico), alteración afectivo-emocional, antecedente de hipotensión y cuadros sincopales asociados, presencia de déficit de vitamina D3, además de la presencia de fenómeno de Raynaud.

Métodos: Estudio descriptivo 23 pacientes con diagnóstico de SED, en seguimiento en consulta (monográfica) de reumatología entre enero de 2010 y diciembre de 2013. Los pacientes se diagnosticaron en base a criterios clínicos de Brighton/SED. Las variables fueron definidas por conceptos clínicos habituales. Los datos se recogieron de las historias clínicas y se analizaron mediante SPSS 15.0.

Resultados: Del total de pacientes estudiados 3 eran varones (13%) y el resto mujeres (87%). La edad media fue de 33 años. De los 23 pacientes 18 (78%) tuvieron, al menos, una intervención quirúrgica, del total de intervenidos quirúrgicamente 11 (61%) necesitaron re-intervención del mismo proceso patológico, encontrando en un caso hasta 13 intervenciones, la media de intervenciones quirúrgi-

cas fue de 3. Hasta 5 (25%) pacientes habían sido intervenidos de atrapamiento del nervio mediano y otros 5 presentaban radiculopatía lumbar. En 14 pacientes (60%) se observó trastorno afectivo-emocional, y de estos, hasta en 3 casos presentaron intentos de suicidio. En 5 (22%) sus cifras tensionales fueron bajas y/o episodios de síncope vasovagal. En 17 pacientes (74%) se identificó déficit de vitamina D3. Y un 30%, 6 pacientes, presentaban claro fenómeno de Raynaud; 2 pacientes presentaban livedo reticularis, sin datos de conectivopatía asociada.

Conclusiones: Destaca mayor prevalencia en mujeres, la alta incidencia de intervenciones quirúrgicas y la mayoría no resolutivas, incluidas por atrapamiento del nervio mediano. Se observó una predisposición relativa a la hipotensión arterial y/o episodios de síncope vasovagal. Se observa importante comorbilidad del estado anímico y SED, destacando el impacto social-familiar por presencia de cuadros autolesivos. Un porcentaje considerable, aunque frecuente en la población española, presentó déficit de vitamina D. Se objetivó en algunos la asociación entre SED y presencia de fenómeno de Raynaud con significado clínico incierto. Con los resultados obtenidos de este estudio descriptivo, nos surgen interrogantes respecto a la asociación o no de las características clínicas descritas en estos pacientes. Probablemente el término de “hiperlaxitud benigna” no sea la más adecuada, consideramos necesario realizar estudios que demuestren relación causal, para poder concluir recomendaciones, principalmente respecto a la opción quirúrgica/ortopédica, vigilancia del metabolismo mineral-oseo y bienestar afectivo-emocional.

290. ¿PODEMOS MANTENER LA REMISIÓN CLÍNICA CON DOSIS REDUCIDAS DE TOCILIZUMAB? SEGUIMIENTO DE 38 PACIENTES

C. Prieto Candau, V. Moreira Navarrete, B.E. Hernández Cruz, C. Vargas Lebrón, F.J. Toyos Sáenz de Miera y F. Navarro Sarabia

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La terapia biológica constituye unos de los avances más importantes en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR). Su eficacia ha sido ampliamente confirmada en ensayos clínicos y estudios observacionales. Dentro de estas terapias, se incluye el tocilizumab (TCZ), un anticuerpo anti-IL-6-receptor, indicado en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) moderada a severa en adultos con respuesta inadecuada o intolerancia a tratamiento previo con uno o más fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) o antagonistas del factor de necrosis (TNF). La dosis recomendada es de 8 mg/kg de peso corporal, administrada una vez cada cuatro semanas. Los pacientes son tratados inicialmente con la dosis indicada en ficha técnica, pero no existe ningún consenso sobre la actitud a seguir en caso de remisión sostenida. Existen recomendaciones para el manejo de la AR tanto de EULAR como de la SER, basadas en opiniones de expertos, que indican que en pacientes que hayan alcanzado y mantenido remisión clínica, podría reducirse la dosis del fármaco. Algunos grupos han publicado ya su experiencia clínica de forma empírica y otros empiezan a hacerlo en comunicaciones a congresos. Sin embargo, no hay estudios que evalúen la eficacia de dosis reducidas, ya sea por seguridad o baja actividad, en los pacientes tratados con TCZ. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de la reducción de las dosis de TCZ en una serie de pacientes con AR y su remisión mantenida en el tiempo.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo, en el que se incluyeron aquellos pacientes diagnosticados de AR que recibieron dosis reducidas de tocilizumab en nuestro centro. Los datos demográficos y las enfermedades se recolectaron en todos los pacientes. La reducción de la dosis se realizó por práctica clínica. Variables de desenlace: La remisión clínica de la enfermedad medida según DAS 28, el tiempo en reducción de dosis y los efectos adversos. Protocolo y descripción de variables: se recogieron las características

demográficas y de la enfermedad de todos los pacientes: edad, sexo, tiempo de evolución de la artritis, positividad o negatividad del factor reumatoide y péptido citrulinado, tratamientos concomitantes, FAMEs previos y tratamientos previos con otras terapias biológicas, así como causa de la suspensión de los mismos. Análisis estadístico: para las variables cualitativas se obtuvieron porcentajes y para las variables cuantitativas se obtuvieron medias con intervalos de confianza. Se comparó mediante t-Student la actividad de la enfermedad antes y después de la reducción de la dosis.

Resultados: Los datos demográficos y de la enfermedad al inicio del estudio, se recogen en la tabla 1. Un total de 38 pacientes que estaban recibiendo dosis reducida de tocilizumab fueron incluidos en este estudio. 25 de ellos por remisión clínica medida por DAS 28. 4 pacientes debido a neutropenia durante el seguimiento, 3 por elevación de transaminasas y 6 pacientes por comorbilidades recibieron desde el inicio dosis reducida. De los 25 pacientes en remisión, a 13 de ellos se les pudo reducir la dosis hasta 4 mg/kg por remisión mantenida. El tiempo con TCZ antes de la reducción fue de 20,9 meses. La media de DAS 28 al inicio de la reducción de dosis, fue de para los pacientes en remisión de 1,61. La media de seguimiento de estos pacientes es de 18,8 meses.

Edad (años)	58,3
Sexo (femenino; %)	35 (92,1%)
Tiempo de evolución de la enfermedad (meses)	161
FR+ (n; (%))	34 pac (89,5%)
Anti CCP + (n; (%))	32 pac (84,2%)
Tratamiento previos:	
• Metotrexato (n; (%))	38 (100%)
• Leflunomida (n; (%))	14 (36,8%)
• Hidroxicloroquina (n; (%))	10 (26,3%)
Anti TNF Previo (n; (%))	10 (26,3%)
TCZ en monoterapia (n; (%))	12 (31,6%)
DAS 28 al inicio de reducción	1,61
Tiempo con TCZ antes de la reducción (meses)	20,9
Tiempo en reducción de dosis (meses)	18,8

Conclusiones: Como hemos publicado previamente y con un seguimiento a mayor plazo, concluimos que los pacientes tratados con tocilizumab que han alcanzado la remisión clínica, bajas dosis del fármaco pueden ser eficaces para mantener esta condición. En pacientes con dosis reducidas por otros motivos, también se consigue una buena respuesta clínica. Las consecuencias económicas de esto podrían ser muy relevantes. Futuros estudios son necesarios.

291. HACIA LA BUENA PRÁCTICA EN VACUNACIÓN FRENTE A VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES REUMÁTICOS CON TERAPIAS BIOLÓGICAS

M.L. Velloso Feijoo¹, C. Escassi Pérez² y M. León García¹

¹UGC Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

²UGC Salud Pública. Prevención y Promoción de la Salud.

Área de Gestión Sur de Sevilla. Sevilla.

Introducción: La utilización cada vez más frecuente de fármacos biológicos en las enfermedades reumáticas implica la existencia de un número elevado de pacientes en riesgo de reactivación del virus de la hepatitis B (VHB). Los pacientes reumatológicos presentan mayor riesgo que la población general por la enfermedad de base y por el tratamiento inmunosupresor. Por ello es necesario que sean cribados con HBsAg y antiHBc antes del inicio del tratamiento (sobre todo en caso de terapias biológicas), indicándose vacunación a pacientes seronegativos HBsAg. La respuesta a la vacuna del VHB podría ser inferior en los pacientes reumáticos aunque no existen estudios comparativos con la población general que lo demuestren, y el tratamiento biológico también podría disminuir la respuesta vacunal. Comunicamos los datos resultantes del programa de vacunación de pacientes reumáticos de nuestro hospital.

Objetivos: 1. Conocer el patrón de marcadores serológicos de VHB de pacientes previo al inicio de tratamiento IS. 2. Evaluar respuesta inmunológica frente a hepatitis B en pacientes seronegativos para HBsAg candidatos de tratamiento biológico.

Métodos: Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo. Período de estudio: 2009-2012. Población de estudio: pacientes candidatos a iniciar tratamiento biológico remitidos a consulta de vacunas. Pauta administrada de vacuna frente a VHB: convencional (20 µg) 0,1 y 6 meses. Serología posvacunal a partir del mes de la 3ª dosis. 2ª pauta completa en caso de no responder. Marcadores serológicos solicitados: AchBs, AgHBs y AchBc. La pauta vacunal se iniciaba antes del comienzo del tratamiento biológico, completándose durante el mismo.

Resultados: Se derivaron 78 pacientes con enfermedades reumáticas. La edad media de los pacientes era de 43,22 ± 14,73 años, con un predominio de mujeres (65,38%). De éstos tenían indicación de vacunación 43 pacientes (el resto presentaban inmunización por infección pasada o vacunación previa). La edad media de este grupo fue de 44,06 ± 12,93 años, con 61,36% de mujeres. La distribución por enfermedades fue la siguiente: un 30,23% (13) tenían artritis reumatoide, un 39,53% (17) espondiloartritis, 3 pacientes tenían artritis idiopática juvenil, 3 enfermedad de Behçet, 4 LES, 2 enfermedad de Still, 1 padecía Wegener y otro una vasculitis P-ANCA+. En cuanto a los tratamientos: Un 30,23% inició ETN, un 23,25% infliximab, otro 23,25% rituximab, un 9,3% adalimumab, otro 9,3% tocilizumab, un paciente golimumab y otro abatacept. De los pacientes que comenzaron la pauta vacunal, 28 (65,11%) la completaron en el centro hospitalario; y 20 de éstos (71,42%) fueron respondedores.

Conclusiones: El programa de vacunación de pacientes reumáticos de nuestro hospital es útil para detectar pacientes susceptibles de reactivación viral e iniciar la pauta vacunal en el caso de que esté indicado. La respuesta a la vacuna en individuos sanos se estima en torno al 85%, mientras que en un estudio sobre pacientes con artritis reumatoide se objetivó inmunización frente a VHB en el 68% de los pacientes (Elkayam et al. Ann Rheum Dis. 2002;61:623-5), porcentaje similar al obtenido en nuestro estudio. Una proporción elevada de nuestros pacientes no completan la pauta de vacunación por lo que es necesario fomentar la adherencia a través de los profesionales clínicos implicados en el proceso.

292. DIFERENCIAS EN DOLOR, CALIDAD DE VIDA Y ESTADO EMOCIONAL DE LOS PACIENTES REUMÁTICOS SEGÚN DIAGNÓSTICO. ESTUDIO EVADOR

J. Vidal¹, M. Gobbo², J. Tornero¹, J. Sánchez-Costa²
y Grupo de Estudio EVADOR*

¹Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

²Unidad de Investigación SER.

Introducción: Los estudios de la patología reumática desde la perspectiva del dolor y específicamente en el ámbito de la reumatología son escasos. Tampoco se han analizado las diferencias en función de

la patología concreta ni la respuesta a los tratamientos. En el estudio EVADOR se han analizado estos aspectos.

Métodos: Diseño y población: estudio observacional prospectivo de pacientes seleccionados aleatoriamente y manejados según práctica clínica habitual en 34 servicios de reumatología no monográficos de España. La 2ª visita (V2) tuvo lugar a los 3 meses de la primera (V1). Criterios de exclusión: a) problemas físicos, psicológicos o sociales que impidan recogida fiable de información, b) dolor por traumatismo no relacionado con enfermedad reumática. Variables: sociodemográficas, diagnóstico según juicio clínico, EVA dolor última semana, Brief Pain Inventory (BPI) del dolor dominante (el más intenso o que afecta más a la actividad normal), calidad de vida (SF-12), y ansiedad-depresión (HADS). Análisis: Medias-desviaciones o medianas-rangos según distribución. Comparación para cada diagnóstico en distintos tiempos con t-Student o Wilcoxon según normalidad. La relación entre cada escala y diagnóstico con ANOVA o Kruskal-Wallis según distribución. Significación p < 005.

Resultados: 1.084 pacientes, edad media 57 (DE: 14) años, 71% mujeres, 73% casados, 57% con estudios primarios y 37% en activo. El 30% presenta artropatía inflamatoria crónica, 27% artrosis, 17% reumatismos de partes blandas, 8% algias vertebrales, 4% dolores neuropáticos, fibromialgia (FM) y otros diagnósticos, y 2% artropatía por cristales. En la V1, los pacientes con FM presentan intensidad de dolor significativamente más alta según EVA: 8 (3-9) y BPI: 6,5 (6-8,1), y la más baja las artropatías inflamatorias, EVA: 4 (2-6) y BPI: 3,7 (1,7-5,5). La calidad de vida tanto física 27,7 (5,9) como mental 32,3 (12) es también menor en FM frente a todos los demás diagnósticos 37,4 (10,6) y 44,9 (13,2), respectivamente; y presentan mayores niveles de depresión 10 (2,6) frente a 9,1 (2), aunque menores de ansiedad 9,4 (2,3) frente 11,3 (2,6). Estas diferencias entre patologías desaparecen en la V2. La disminución de dolor entre V1-V2 según EVA y BPI es estadísticamente significativa en todos los diagnósticos salvo en la artropatía inflamatoria crónica, donde la tendencia es inversa. La salud mental y la ansiedad mejoran significativamente.

Conclusiones: El perfil clínico de dolor y repercusión funcional es diferente entre las diferentes categorías diagnósticas, es peor en la FM y el dolor neuropático, y mejor en las artropatías inflamatorias. También las respuestas clínicas con el tratamiento son significativas pero distinta magnitud. El dolor y su tratamiento tienen un pronóstico distinto según la clase de patología de que se trate.

*Grupo de Estudio EVADOR: M.A. Caracuel, A. Escudero, A. Atanés, A. Ponce, A. Renau, A. Rodríguez, C. Porras, C. Díez, C. Alegre, C. Díaz, J. Duruelo, E. Loza, E. Garmendia, E. Salas, F. Francisco, F.J. Navarro, G. Jiménez, G. Pérez, G. Candelas, G. Santos, I. Gómez, I. Granados, J. Calvo, J. Bachiller, J. del Pino, J. García, J. Rivera, J. Vidal, J. Blanco, J.A. González, J.A. Pinto, J. González Vera, J.L. Casals, J.L. Cuadra, J.L. Riestra, J.R. Noguera, J. Rodríguez, J. Rosas, J.M. Piedra, J.V. Tovar, J.J. de Agustín, L. Pantoja, L. Morillas, V. Hernández, M.A. Belmonte, M. Ciria, R. Queiro, M. Revenga, M. del Puerto, M. Torresano, M.A. Abad, M.A. Campillo, M.A. González-Gay, M. Belmonte, M. Bernad, M. Cantalejo, M. Conde, N. Abdilla, N. Vázquez, N. Montalá, P. Fernández Dapica, P. Navarro, P. Trenor, R. Belenguer, R. Veiga, R. Sánchez Perea, R. González Crespo, S. Bustabad, S. Insua, V. Quevedo, V. Coret y V. Villaverde.

Tabla Póster 292

	Patología						p
	Patología mecánica	Artropatía inflamatoria crónica	Fibromialgia	Patología neuropática	Reumatismos de partes blandas	Otros	
Sexo (mujer)	278 (76,0)	185 (60,7)	44 (97,8)	23 (56,1)	130 (75,6)	67 (66,3)	< 0,001
EVA	5,0 [3,0-7,0]	4,0 [2,0-6,0]	8,0 [6,0-9,0]	5,0 [4,0-8,0]	6,0 [4,0-8,0]	3,0 [1,0-6,0]	< 0,001
BPI_Intensidad*	5,0 [3,0-6,2]	3,7 [1,7-5,5]	6,5 [6,0-8,1]	5,9 [4,1-7,7]	5,2 [3,2-6,5]	3,2 [1,4-5,6]	< 0,001
BPI_Interferencia*	4,3 [1,8-6,0]	3,1 [1,0-5,9]	7,0 [5,6-8,4]	5,9 [3,7-7,1]	4,3 [2,1-5,9]	3,6 [0,7-6,4]	< 0,001
BPI_Abreviado*	4,7 [2,3-6,3]	3,3 [1,3-6,0]	7,3 [5,8-8,5]	6,0 [4,1-7,0]	4,7 [3,0-6,3]	3,7 [1,0-6,3]	< 0,001
SF12-Físico	36,2 (9,9)	39,4 (10,7)	27,7 (5,9)	33,0 (11,0)	37,1 (10,0)	39,8 (11,1)	< 0,001
SF12-Mental*	44,7 (13,2)	46,5 (12,9)	32,3 (12,0)	41,5 (14,3)	46,0 (12,5)	45,2 (12,7)	< 0,001

293. CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS/ANSIOLÍTICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

J.A. Carrasco-Fernández, S.A. Sánchez-Fernández y L. Mareña Rojas-Vargas

Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

Objetivos: Cuantificar el consumo de fármacos antidepresivos o ansiolíticos en los pacientes diagnosticados de diferentes enfermedades reumáticas y si existe un mayor número de tratamientos en alguna enfermedad determinada.

Métodos: Se recogieron los datos de edad, sexo, enfermedad y tratamiento antidepresivo o ansiolítico de los pacientes que acuden a nuestra consulta entre los meses de septiembre a noviembre de 2013 y que tenían un diagnóstico establecido de enfermedad reumática. Los datos se recogieron y analizaron en una base de datos openoffice Calc. Los pacientes se dividieron en dos grupos de enfermedades: enfermedad reumática no inflamatoria que incluía a la osteoartritis, osteoporosis y fibromialgia, y enfermedad reumática inflamatoria que incluía al resto de los diagnósticos. Se realizaron t de Student para comparar las variables cuantitativas y chi-cuadrado para las cualitativas con significación estadística si $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 471 pacientes, de los cuales 313 (66,5%) fueron mujeres y 158 (33,5%) hombres. La edad media fue de $59,22 \pm 15,41$, resumiéndose en la tabla 1 el número y porcentaje de tratamientos antidepresivos o ansiolíticos que recibían los pacientes con los principales diagnóstico de enfermedad. El número de pacientes que fueron diagnosticados de enfermedad reumática no inflamatoria fue de 157 y de enfermedad reumática inflamatoria 314. Del total de pacientes, 97 (20,6%) tomaban antidepresivos, 105 (22,3%) ansiolíticos y 129 (27,4%) alguno de los dos. Teniendo en cuenta a los pacientes diagnosticados de enfermedad reumática no inflamatoria, 53 (33,7%) tomaban antidepresivos y 59 (37,5%) ansiolíticos, mientras que los que fueron diagnosticados de enfermedad reumática inflamatoria lo tomaban 44 (14%) y 46 (14,6%) respectivamente. Al comparar la toma de antidepresivos o ansiolíticos en estos dos grupos se objetivo un mayor consumo de estos fármacos en los pacientes que tenían diagnóstico de enfermedad reumática no inflamatoria (44,6% vs 18,8%; $p < 0,01$) (tabla). Al comparar entre sí al grupo de pacientes que tenían el diagnóstico de las enfermedades con mayor toma de antidepresivos o ansiolíticos (fibromialgia, osteoartritis, polimialgia reumática y osteoporosis), se encontró un mayor consumo de estos fármacos en los pacientes con fibromialgia frente a osteoporosis (75% vs 29,3%; $p = 0,006$) y polimialgia reumática (75% vs 32,1%; $p = 0,018$), y de los pacientes diagnosticados de osteoartritis frente a osteoporosis (51,8% vs 29,3%; $p = 0,10$).

Conclusiones: Un porcentaje considerable de nuestros pacientes reumáticos reciben tratamiento con fármacos antidepresivos o

ansiolíticos (más de un 25%), siendo significativamente mayor en los pacientes que padecen enfermedades reumáticas no inflamatorias y destacándose sobre ellas la fibromialgia y la osteoartritis.

294. ASPECTO CLÍNICO Y MOLECULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON SÍNDROME DE HIPERINMUNOGLOBULINEMIA D (HIDS)

I. Calvo¹, B. López¹, M.I. González¹, L. Fernández¹, S. Benito¹ y J.I. Arostegui²

¹Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario Politécnico La Fe. Valencia. ²Servicio de Inmunología. Hospital Clínic. Barcelona.

Objetivos: Conocer las formas clínicas de presentación, las mutaciones del gen MVK y la respuesta al tratamiento en una cohorte de 16 pacientes con HIDS.

Métodos: Se consideran las características demográficas de los pacientes, la edad de inicio de los síntomas, la edad de diagnóstico de la enfermedad, el tiempo de seguimiento. Las manifestaciones clínicas durante los episodios inflamatorios. Datos de laboratorio (recuento de leucocitos, PCR, VSG, inmunoglobulinas (IgA, IgG, IgM y IgD). Resultados de las mutaciones de los alelos del gen MVK y estudio familiar. Tratamientos utilizados: colchicina, corticoides, biológicos (etanercept, IL-1 (anakinra, canakinumab).

Resultados: Género; M/H 10:5. Edad de inicio 0,8 m (0-15 años). Edad de diagnóstico 9,6 años (4m-15 años), tiempo de seguimiento 9,8 años (4m-11 años). 5 pacientes fueron diagnosticados incorrectamente (4 Pfapa 1 AIJ). Manifestaciones clínicas durante los episodios: fiebre 93% de los pacientes, adenopatías 93%, dolor abdominal 66%, aftas orales 66%, diarrea 60%, artritis 60%, amigdalitis 60%, otros síntomas: rash cutáneo 34%, cefalea, 34%, hepatomegalia 27%, esplenomegalia 20% y serositis 10%. 3 pacientes presentaron manifestaciones atípicas: oclusión intestinal (6 episodios), invaginación intestinal (4 episodios), orquitis (3 episodios) y quilotórax. Todos los pacientes presentaron IgD > 100 (100-1.500) En todos se identificó la mutación de uno o dos alelos del gen MVK; V3771 73%, I268T 26%, V2501 13% y 1215Q 6%. Homocigotos 7 pacientes, 2 mutaciones heterocigotas 5 pacientes, heterocigotos 4 pacientes. El estudio genético familiar se realizó en 9 familias. El tratamiento; colchicina en 2 pacientes que no respondieron. Corticoides en 12 pacientes; 8 No respondieron, 3 presentaron una respuesta parcial 1 presentó buena respuesta. Etanercept se administró 1 paciente que fue no respondedor. Anakinra en 6 pacientes, 4 respuesta parcial y 2 respondedores. Canakinumab en 5 pacientes y todos fueron respondedores.

Conclusiones Existe un retraso importante en el diagnóstico de los pacientes con HIDS, desde que inician los síntomas. El estudio mutacional del gen MVK es fundamental para confirmar el diagnóstico de sospecha en nuestra serie es del 100%. La respuesta al

Tabla Póster 293

	No consumo	Antidepresivo	Ansiolítico	Antidepresivo + ansiolítico	Total
Artritis reumatoide	94 (79,7%)	5 (4,2%)	7 (5,9%)	12 (10,2%)	118
Espondiloartropatía inflamatoria	42 (91,3%)	1 (2,2%)	2 (4,3%)	1 (2,2%)	46
Polimialgia reumática	19 (67,9%)	3 (10,7%)	1 (3,6%)	5 (17,9%)	28
Lupus eritematoso sistémico	15 (93,8%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (6,2%)	16
Osteoartritis	41 (48,2%)	6 (7,1%)	14 (16,5%)	24 (28,2%)	85
Fibromialgia	3 (25%)	1 (8,3%)	0 (0%)	8 (66,7%)	12
Osteoporosis	41 (70,7%)	4 (6,9%)	3 (5,2%)	10 (17,2%)	58
Artropatía psoriásica	16 (76,2%)	2 (9,5%)	1 (4,8%)	2 (9,5%)	21
Artropatía por pirofosfato cálcico	8 (80%)	0 (0%)	1 (10%)	1 (10%)	10
Gota	37 (92,5%)	1 (2,5%)	2 (5%)	0 (0%)	40
Total	316 (72,8%)	23 (5,4%)	31 (7,1%)	64 (14,7%)	434

bloqueo de IL-1 es nuestra serie queda demostrada y mayormente IL-1 beta.

295. RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE DOSIS DE TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA INFLAMATORIA ARTICULAR. UNA CONTRIBUCIÓN A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO

A. Rueda Cid¹, C. Campos Fernández¹, J. Calvo Catalá¹, M.D. Pastor Cubillo¹, M.I. González-Cruz Cervellera¹, P. Blasco Segura² y E. Beltrán Catalán¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

Introducción: La necesidad de realizar un uso racional de los tratamientos biológicos (TB), ha motivado la optimización de estos tratamientos utilizando dosis o intervalos diferentes a las recomendadas en la ficha técnica.

Objetivos: Evaluar el ahorro y por tanto el impacto económico conseguido en los últimos 3 años (desde diciembre 2010 hasta diciembre del 2013) al instaurar un programa de optimización de dosis de terapias biológicas (TB) en pacientes en remisión.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo en pacientes con enfermedad inflamatoria articular (AR, SpA Y APs) en remisión o con baja actividad y con TB. Se han seguido las recomendaciones de la Conselleria de Sanitat (SAISE Biológicos), de la S.V.R. y de la S.E.R. Los pacientes firman un consentimiento informado y se valoran en sesión conjunta con el Servicio de Farmacia. Posteriormente son revaluados cada 3 meses, realizando control clínico, control ecográfico manos/pies, determinación de niveles del fármaco (y Ac en los casos indicados) y estudio genético (al inicio), que nos permita valorar con mayor seguridad el espaciamiento. Las recomendaciones de optimización de dosis se han basado en la experiencia clínica sin existir consenso científico, espaciándose el tiempo de administración en los fármacos subcutáneos, y ajustando la dosis por peso en los iv. Se recogen los meses que cada pacientes ha estado con dosis ajustadas de TB y con los datos económicos proporcionados por la Conselleria de Sanitat de ahorro por año en cada fármaco, se calcula la disminución del gasto que se ha llevado a cabo en este periodo de tiempo.

Resultados: De 169 pacientes con tratamiento biológico, 70 (41,4%) están o han estado en el programa de optimización de dosis, 41 varones y 29 mujeres. Treinta están diagnosticados de AR, 25 de SpA y 15 de APs. La edad media es de 52,6 años, tiempo medio de evolución de la enfermedad de 10,5 años y con un tiempo medio de tratamiento con terapia biológica (desde 1^{er} biológico) de 5,4 años. Estos pacientes estaban en tratamiento con adalimumab (30), con etanercept (32), golimumab (5) y tocilizumab (3). De los 70 pacientes revisados, 58 (82,8%) permanecían con dosis ajustada de tratamiento al final de periodo evaluado. De los 12 pacientes (17,2%) que no se mantenían en el programa, 8 (11,4%) habían vuelto a dosis habitual por recaída, 3 pacientes no estaban con terapia biológica por diferentes motivos y 1 paciente se había cambiado de terapia biológica. El tiempo medio que estos pacientes han permanecido con una dosis optimizada es de 14,6 meses. Según los datos proporcionados por la Conselleria de ahorro por año, si se realiza una optimización, en nuestro servicio se han dejado de gastar 257.771 € desde que se comenzó con este programa.

Tratamiento	Posología de optimización	Ahorro/año en € según fármaco
Adalimumab	40 mg cada 21 días	3.957
Etanercept	50 mg cada 14 días	2.278
Golimumab	50 mg cada 5 semanas	1.612
Tocilizumab	4 mg cada 28 días	3.022-3.378

Tratamiento	Meses de optimización	Ahorro en periodo evaluado
Adalimumab	427	140.803
Etanercept	462	87.703
Golimumab	53	7.119
Tocilizumab	80	20.146
Total		257.771

Conclusiones: La optimización de dosis en pacientes con tratamiento biológico puede llevar consigo un importante ahorro económico que nos puede permitir tratar a más número de pacientes sin aumentar el gasto farmacéutico de cada hospital ya que los recursos de los que disponemos son limitados.

296. EXPERIENCIA EN EL AJUSTE DE LA DOSIS E INTERVALOS DEL INFLIXIMAB EN LAS ESPONDILOARTROPATÍAS Y EN ARTRITIS REUMATOIDE. PROYECCIÓN A FUTURO EN LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS HOSPITALARIOS EN EL TRATAMIENTO ANUAL SIGUIENDO LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO

C.A. Egües Dubuc¹, I. Linares Loira², M. Uriarte Ecenarro¹, C. Meneses Villalba¹, N. Errazquin Aguirre¹, I. Hernando Rubio¹, O. Maíz Alonso¹, J. Cancio Fanlo¹, E. Uriarte Isacelaya¹, A. Aranguren Redondo³, M. Irastorza Larburu³, R. Igartua y J. Belzunegui Otano¹

¹Servicio de Reumatología; ²Enfermería; ³Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.

Introducción: El infliximab (IFX) se utiliza en las espondiloartropatías (EsA) y en la artritis reumatoide (AR). La dosis recomendada es de 3 mg/kg y 5 mg/kg en la AR y en las EsA respectivamente, en las semanas 0, 2 y 6 y cada 6-8 semanas. No obstante en la AR la dosis puede aumentarse hasta 5 mg/kg. En ambos casos se sugiere la posibilidad de reducir la dosis hasta la mínima eficaz, esto se está implementando empíricamente en los últimos años en parte también para lograr una reducción de costes por la situación económica del país junto con el elevado precio del fármaco.

Objetivos: Describir nuestra experiencia actual en el tratamiento de las EsA y la AR con IFX en el ajuste de la dosis e intervalos tras el proceso de inducción. Realizar una comparación de la utilización de recursos hospitalarios con las pautas halladas si se mantuvieran durante un año entre las pautas de tratamiento recomendada y con la máxima dosis posible.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo. Se realizó una búsqueda de pacientes con AR y EsA con IFX en diciembre del 2013. Se recolectó la última pauta de tratamiento (dosis e intervalo) que presentaban al momento de la revisión y el tiempo en semanas con el que presentaban estas pautas. Con los resultados hallados se realizó una proyección a futura y un análisis de los recursos hospitalarios si estas pautas de tratamiento se mantuvieran durante un año con el mismo número de pacientes. En las EsA los resultados se compararon con las pautas de tratamientos de 5 mg/kg cada 4 y 8 semanas. En la AR los resultados se compararon con la pautas de tratamiento de 3 mg/kg cada 8 semanas y 5 mg/kg cada 4 semanas. El peso utilizado para los pacientes fue de 70 kg.

Resultados: Se encontraron 76 y 62 pacientes con EsA y AR respectivamente. En la tabla se muestran los resultados de las distintas pautas de tratamientos en pacientes con AR y EsA, y la proyección del gasto económico y utilización del Hospital de Día (HD) anual si estos tratamientos se mantuvieran durante un año. En las EsA si todos los pacientes continuaran con las pautas de tratamiento halladas el gasto económico sería de 765.898 euros/año y la utilización del HD sería 474 veces/año. Con 5mg/kg cada 8 semanas el gasto económico sería de 1.063.335 euros/año y la utilización del HD 494 veces/año, y con 5 mg/kg cada 4 semanas sería de 1.854.456 euros/año y

Tabla Póster 296

Pautas de tratamientos	n		Duración del tratamiento en semanas		Coste/n pacientes-año		Utilización de Hospital Día/n pacientes-año	
	AR	EsA	AR	EsA	AR	EsA	AR	EsA
3 mg/kg cada 6s	1 (1,6%)	4 (5,7%)	130	66,6 (52,7-84,9)	9.694	38.778	13	34,4
3 mg/kg cada 8s	20 (32,5%)	15 (19,7%)	112,5 (55-273)	124,7 (62,4-180,6)	146.404	109.803	172	31,2
3 mg/kg cada 10s	8 (12,8%)	6 (7,8%)	91 (43-147,1)	73,1 (49,5-77,4)	46.849	35.137	41,6	31,2
3 mg/kg cada 12s	5 (8,1%)	8 (10,5%)	156 (69-373)	116,1 (66,7-204,3)	24.213	38.741	21,5	34,4
3 mg/kg cada 14s	2 (3,2%)	2 (2,6%)	108 (78,2-138,7)	40,85 (39,8-41,9)	8.333	8.334	7,4	7,4
4 mg/kg cada 8s	3 (4,8%)	1 (1,3%)	182 (145-186,5)	477,3	29.281	9.760	19,5	6,5
4 mg/kg cada 10s	0	1 (1,3%)		38,7		7.808		5,2
4 mg/kg cada 12s	1 (1,6%)	0	113		6.457		4,3	
5 mg/kg cada 6s	2 (3,2%)	9 (11,8%)	71,5 (61,7-81,2)	116,1 (90,3-172)	32.284	145.278	17,2	77,4
5 mg/kg cada 7s	0	1 (1,3%)		197,8		13.889		7,4
5 mg/kg cada 8s	16 (25,8%)	19 (25%)	147,6 (119,7-305,2)	68,8 (48,5-150,5)	223.860	265.834	104	123,5
5 mg/kg cada 10s	3 (4,8%)	7 (9,2%)	100 (71,5-102)	68,8 (51,6-111,8)	29.280	65.833	15,6	36,4
5 mg/kg cada 12s	1 (1,6%)	3 (3,8%)	43	133,3 (92,45-137,6)	8.071	24.213	4,3	12,9
Total	62 (100%)	76 (100%)			564.728	765.898	426,9	474,2

la utilización del HD 988 veces/año. La proyección de nuestro gasto económico y la utilización del HD sería menor en 297.436 euros/año y 24 veces respectivamente en comparación con la pauta de 5 mg/kg cada 8 semanas, y en comparación con la pauta de 5 mg/kg cada 4 semanas sería menor en 1.088.558 euros/año y 514 veces/año. En la AR si todos los pacientes continuaran con las pautas de tratamiento halladas el gasto económico sería de 564.728 euros/año y la utilización del HD sería 427 veces/año. Con 3 mg/kg cada 8 semanas el gasto económico sería de 453.852 euros/año y la utilización del HD 403 veces/año, y con 5 mg/kg cada 4 semanas sería de 1.519.000 euros/año y la utilización del HD es 806 veces/año. La proyección de nuestro gasto económico y la utilización del HD sería mayor en 110.876 euros/año y en 24 veces/año respectivamente en comparación con la pauta de 3 mg/kg cada 8 semanas, y en comparación con la pauta de 5 mg/kg cada 4 semanas sería menor en 954.272 euros/año y 379 veces/año.

Conclusiones: Las pautas de tratamiento más utilizadas para la AR y EsA en nuestro hospital son las recomendadas según las guías. La proyección de la utilización de recursos hospitalarios por el Servicio de Reumatología se encuentra por debajo de lo mínimo posible respecto al uso del IFX en pacientes con EsA y en la AR se acerca a lo mínimo posible.

297. MANEJO DE RITUXIMAB EN EL DÍA A DÍA. ¿ESTÁ TODO ESCRITO? TRES REVISIONES SISTEMÁTICAS

A.M. Ortiz¹, M.P. Rosario Lozano², C. Martínez Fernández² e I. González-Álvaro¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa. Madrid. ²Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología. Madrid.

Introducción: Desde que se demostró la eficacia de rituximab (RTX) en el tratamiento de pacientes con artritis reumatoide (AR), se ha extendido el empleo de dicho fármaco. Sin embargo, aspectos como el perfil de paciente en el que la administración de RTX puede mostrar un mayor beneficio, la dosis a administrar en cada ciclo o la pauta más adecuada para la administración de ciclos sucesivos no están claramente establecidos.

Objetivos: Revisar, de forma sistemática, la evidencia científica publicada hasta el momento actual sobre la diferencia en la eficacia en el tratamiento de la AR con RTX en pacientes con factor reumatoide (FR) positivo y negativo, cuando se emplea a dosis de 2 x 500 mg (1 g) o 2 x 1000 (2 g) por ciclo o cuando se emplea según una pauta fija (cada seis meses) o a demanda.

Métodos: Se realizó una búsqueda sensible de todos los estudios publicados sobre la diferencia en la eficacia de RTX en pacientes con AR con FR positivo y negativo, administrado a dosis de 1 g o 2 g por ciclo y según una pauta fija o a demanda en ciclos sucesivos en las bases de datos Medline, Embase y Cochrane Central desde el inicio de dichas bases hasta julio de 2013. Se seleccionaron todos aquellos estudios que incluían pacientes adultos con AR tratados con RTX en los que se describía como intervención el tratamiento de pacientes con FR positivo, a dosis de 1 g por ciclo o según una pauta fija, cada seis meses, respectivamente y, como comparador, la administración de dicho tratamiento a pacientes con FR negativo, a dosis de 2 g por ciclo o a demanda, respectivamente. Como medida de desenlace, se consideró cualquier medida estandarizada de eficacia en AR. Aunque se seleccionaron, preferentemente, meta-análisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y cohortes de calidad, finalmente se incluyeron estudios abiertos y todos aquellos estudios en los que, aunque el análisis principal no fuera sobre la pregunta, mostraran un subanálisis metodológicamente correcto relacionado con la misma. Tras la eliminación de duplicados, se llevó a cabo una selección inicial por lectura de títulos, una segunda selección tras la lectura de los resúmenes y, finalmente, la lectura completa de los estudios seleccionados de los que se realizó la valoración de la calidad metodológica mediante los niveles de Evidencia del Centro Oxford de Medicina Basada en la Evidencia (actualización de 2001), cuando procedía. Se llevó a cabo, además, la búsqueda manual de las referencias de los estudios incluidos.

Resultados: Se identificaron un total de 362 citas sobre el tratamiento con RTX de pacientes con AR con FR positivo y negativo, 451 sobre tratamiento con RTX a dosis de 1 y 2 g y 1.118 sobre tratamiento con RTX en pauta fija y a demanda que se redujeron a 54, 46 y 52 respectivamente tras la eliminación de duplicados y la selección por lectura de títulos y resúmenes. De los artículos inicialmente seleccionados se incluyeron finalmente 36, 14 y 2 en cada una de las revisiones.

Conclusiones: RTX muestra una mayor eficacia en el tratamiento de pacientes con AR seropositiva para FR que de los seronegativos, con un nivel de evidencia 1a y un grado de recomendación A, una eficacia clínica global equivalente administrado a las dosis de 1 y 2 g por ciclo, con un nivel de evidencia 1a y un grado de recomendación A y una eficacia similar cuando la administración de ciclos sucesivos se hace según pauta fija, cada 6 meses, o a demanda, con un nivel de evidencia 2b y un grado de recomendación B. Este trabajo ha sido financiado por la Sociedad Española de Reumatología.

298. UTILIDAD DEL MÉDICO REUMATÓLOGO EN CONSULTAS DE UNIDAD DE APARATO LOCOMOTOR

P. Morales Garrido, I. Jiménez Moleón, S. Masegosa Casanova, S. Montes García, T. García Contreras y E. Raya Álvarez

Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción: Es bien conocido que con frecuencia el paciente visita a diferentes especialistas con el mismo motivo de consulta hasta llegar a un diagnóstico y tratamiento correcto, especialmente entre especialidades como Reumatología, Traumatología, Medicina interna y Rehabilitación. De ahí surgen las Unidades de Aparato Locomotor (UAL); el paciente en esta Unidad, tras ser valorado, siga el camino más rápido y correcto para paliar y solucionar su patología, en especial cuando se trata de artritis de inicio precoz donde la rapidez del diagnóstico es decisivo para el pronóstico de la enfermedad.

Objetivos: Se trata de dos estudios para valorar el papel del reumatólogo en UAL y su importancia para el diagnóstico de artritis de inicio precoz. Primer estudio.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se recogen historias clínicas de 320 pacientes que visitaron la UAL durante un mes. El médico responsable de dicha consulta era un reumatólogo. Y todos los pacientes venían derivados de Atención primaria. Se recoge la edad, el sexo y mediante prevalencias, el motivo de consulta por el que consultan y a la especialidad que se derivó o si fue dado de alta por dicha Unidad.

Resultados: De los 320 pacientes, la edad fue de 54 ± 10 años, 57% eran mujeres y 43% varones. El motivo de consulta más frecuente fue lumbalgia (32%), seguida de hombro doloroso (28%), gonalgia (23%), artralgiás (12%) y otros (5%). Del grupo de lumbalgias, un 15% se derivaron para hacer RHB, 7% a neurocirugía, 5% a reumatología por ser enfermedades inflamatorias articulares y el resto fueron dados de alta tras procedimientos diagnósticos y tratamientos oportunos, incluidos un buen control del dolor. Del grupo de pacientes con hombro doloroso, un 32% se derivaron a RHB, un 7% se derivaron para el de servicio de traumatología y el resto se les trató en dicha Unidad. Un porcentaje no despreciable (39%) se infiltró, además de explicar tablas de ejercicios e iniciar tratamiento médico. Del grupo de pacientes con gonalgia, gran número de pacientes (37%) se derivaron a servicio de traumatología, bien a artroscopias (67%) o unidad de ortoprótesis (33%). Un 19% se dio cita para seguimiento por reumatología por ser gonartritis en el contexto de patología inflamatoria articular y el resto se explicaron tablas de ejercicios, se le inició tratamiento médico y un 32% se infiltraron mediante ecografía en dicha Unidad. Por último, del grupo de artralgiás, el mayor porcentaje que se derivó fue a reumatología (21%); el resto se solucionó la patología directamente en dicha consulta. Segundo estudio. Estudio prospectivo en el que se siguen a 100 pacientes de la consulta de UAL derivados por el médico de atención primaria, con motivo de consulta: «artralgiás». Y todos ellos con un tiempo de espera menos de tres meses. Se recoge el sexo, la edad y el diagnóstico definitivo al que se llegó tras anamnesis, exploración física y pruebas complementarias procedentes. Resultados: de los 100 pacientes que consultan por artralgiás, con una edad media de 52,7 años, 65% mujeres y 35% varones. Un 55% fueron diagnosticados de sd artrósico 1º o 2º artritis microcristalina (condrocalcinosis o gotosa). Se les inició tratamiento y se derivó a su médico. Un 21% se diagnosticó de sd hiperlaxitud ligamentosa y/o componente fibromiálgico. Se les inició tratamiento. Un 22% eran pacientes con artralgiás en el contexto de una oligoartritis o poliartritis sin diagnosticar, las cuales se derivaron a consultas de reumatología monográficas Un 2% otras.

Conclusiones: Tras resultados podíamos concluir que es el reumatólogo el médico especialista que puede dirigir y valorar

a pacientes que llegan a las Unidades de Aparato Locomotor, demostrando la utilidad para el diagnóstico de artritis de inicio precoz. Se necesita más tiempo y más estudios que confirmen lo observado.

299. ESTUDIO DE TOLL-LIKE RECEPTORS (TLRS) EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO (SAF): POLIMORFISMOS EN EL GEN DE TLR4 Y TLR9 Y EXPRESIÓN DE TLR9 EN CÉLULAS MONONUCLEARES CIRCULANTES

L. Álvarez-Rodríguez¹, I. Beares², I. Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa⁵, A. Fernández Nebro⁷, R. Cáliz⁶, M. López-Hoyos², E. Herrera Ramos⁴, M.C. Ordóñez Cañizares⁷, M.A. Ferrer⁶, J. Calvo-Alén³, I. Villa³, C. Rodríguez-Gallego⁴ y V.M. Martínez-Taboada¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla-IFIMAV. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. ²Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla-IFIMAV. Santander. ³Sección de Reumatología. Hospital de Sierrallana. Cantabria. ⁴Servicio de Inmunología; ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. ⁷Servicio de Reumatología. UGC Reumatología. Hospital Regional Universitario. IBIMA. Universidad de Málaga. Málaga.

Introducción y objetivos: Estudios previos han sugerido un papel clave de TLR4 en la interacción entre los anticuerpos antifosfolípido y las células endoteliales in vivo. En este mismo estudio se observaron diferencias significativas de los polimorfismos (Asp299Gly y Thr399Ile) en pacientes con SAF y trombosis, comparado con los controles sanos (Pierangeli et al. Ann Rheum Dis, 2007). Además, el TLR9 ha sido implicado en la patogenia de enfermedades autoinmunes, especialmente LES. La expresión de TLR9 puede estar influenciada por diversos polimorfismos genéticos del gen. El objetivo de este estudio es investigar si existe asociación de determinados polimorfismos en genes de TLR4 (+896 A/G, +1196 C/T) y TLR9 (T-1486C and T-1237C) y su posible asociación con susceptibilidad a padecer SAF. Y por otro lado investigar si hay diferencias en la expresión de TLR9 en PBMC de pacientes con SAF y analizar si existe alguna asociación con dos polimorfismos descritos para el gen del TLR9.

Métodos: Se estudiaron un total de 500 individuos, incluyendo 104 pacientes con SAF (62 con SAF 1º y 42 con SAF asociado a LES) y 263 controles sanos. Como grupo control de enfermedad se incluyeron 133 pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) (91 pacientes con LES sin manifestaciones clínicas de SAF). Los polimorfismos (+896 A/G, +1196 C/T) del gen de TLR4 y los polimorfismos (TLR9 T-1486C and T-1237C) del gen de TLR9 se evaluaron mediante PCR-RFLP. La expresión de TLR9 se estudió en PBMCs por medio de citometría de flujo (controles sanos, nº = 36; SAF, nº = 35; LES, nº = 16).

Resultados: Los linfocitos B, T y los monocitos sanguíneos de pacientes con SAF y LES mostraron un descenso significativo de la expresión de TLR9 respecto a controles sanos ($p < 0,05$). No hubo diferencias entre ambas patologías respecto a expresión de TLR9. No se encontró susceptibilidad a padecer SAF o LES en función de los polimorfismos de los genes de TLR4 y TLR9. Cuando comparamos las diferentes patologías entre sí (62 pacientes vs 91), tampoco encontramos diferencias significativas entre ellas. Identificamos una asociación significativa para las diferencias de expresión de TLR9 con el polimorfismo TLR9 T-1486C en células T ($p = 0,015$) y monocitos ($p = 0,044$), pero no en células B ($p = 0,063$). En cambio, no se encontró ninguna asociación entre los polimorfismos y la expresión de TLR9 en LES ni controles sanos.

Conclusiones: Nuestros resultados no apoyan la asociación de las variantes génicas de TLR4 y TLR9 estudiadas con la suscepti-

bilidad a padecer SAF, LES o LES asociado a SAF. El polimorfismo TLR9 T-1486C influyó en la expresión de TLR9 en SAF pero no en LES o individuos sanos. Los datos de expresión en pacientes con LES deben ser valorados con cautela debido a que la mayoría de los pacientes estaban recibiendo tratamiento en el momento del estudio.

El presente trabajo está financiado por becas de: Roche (España) e IFIMAV.

300. ALTA PREVALENCIA DE ENTESOPATÍA Y SINOVITIS ECOGRÁFICA SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

E. Vicente¹, S. Pérez², M. Chaparro³, F. Rodríguez-Salvanés⁴, L. Vega⁴, J. Albelha Aleixo⁵, E. Patiño¹, S. Castañeda¹ y J. Pérez-Gisbert³

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Princesa. IISP. Madrid.

²Servicio de Reumatología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ³Servicio de Aparato Digestivo; ⁴Unidad de Investigación. Hospital de la Princesa. IISP. Madrid. ⁵Servicio de Reumatología. Centro Hospitalar de Sao Joao. Oporto. Portugal.

Introducción: El 10-62% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tienen manifestaciones músculo-esqueléticas como artritis periférica y entesitis. La ecografía es más sensible que el examen físico para detectar entesopatía y sinovitis, por lo que puede ser una herramienta útil para el diagnóstico precoz de espondilitis y artritis asociada a la EII.

Objetivos: Evaluar la presencia de entesitis y sinovitis con ecografía con power Doppler (PD) en pacientes con EII sin clínica músculo-esquelética e investigar su correlación con las características de la EII.

Métodos: Estudio transversal con reclutamiento prospectivo de pacientes con EII que asistieron a la consulta de Digestivo durante 2013. Se realizaron evaluaciones digestivas, reumatológicas y ecográficas, ciegas entre sí. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, características de la EII (actividad, fenotipo, tiempo de evolución y subtipo clínico), índices BASFI, BASDAI y HAQ, la sobrecarga laboral y deportiva. Se realizó una valoración del aparato locomotor por un reumatólogo entrenado. La evaluación ecográfica en escala de grises (EG) y con PD de las 12 entesitis del índice MASEI y de 44 articulaciones (esternoclavicular, acromioclavicular, glenohumeral, codo, carpo, MCF, IFP, rodilla, tobillo y MTF, bilateralmente), se realizó con ecógrafo LOGIQ7 (General Electric) y transductor lineal de 12 MHz. Se valoró la sinovitis de forma binaria (presente/ausente) y semicuantitativa (leve, moderada, severa). Análisis estadístico: Las variables continuas se expresan como media \pm DE o rango y las categóricas como número de casos (%). Las asociaciones entre las variables US y clínicas se evaluaron mediante la prueba de la t de Student y de Mann-Whitney para las variables continuas y la prueba de χ^2 para las categóricas. También se analizaron las correlaciones de Pearson y Spearman. La concordancia intraobservador de la ecografía se estimó en todas las imágenes obtenidas. La significación estadística se estableció para $p < 0,05$ (Stata v.10).

Resultados: Se han incluido hasta el momento 23 EII (56,5% varones): 9 enfermedad de Crohn y 14 colitis ulcerosa. Características clínicas: edad 42 ± 12 años, tiempo de evolución 9 años (rango: 0,1-33), CDAI 28 ± 21 , índice de Mayo $0,4 \pm 1$, terapia con DMARD en el 91,3% durante $5,5 \pm 5,3$ años, VSG $12 \pm 8,8$ y PCR $0,12 \pm 0,14$. El 95,7% tenía un MASEI positivo, con una puntuación media de $35,2 \pm 9,5$. Se encontraron alteraciones en la EG en al menos 1 entesitis en el 100% de los pacientes: entesofitos o calcificaciones (100%), ecoestructura alterada (100%), aumento de grosor (100%), erosión (13%) y bursitis (34,8%). Los entesofitos y las calcificaciones fueron leves, moderados y severos en el 60,9%, 26,1% y 13% de los pacien-

tes, respectivamente. La señal PD en entesitis fue positiva en el 52,2% de los pacientes. Se observó derrame articular e hipertrofia sinovial leve-moderada en EG en al menos 1 articulación en el 91,3% y 100%, respectivamente, siendo poliarticular (= 5 articulaciones) en el 47,8% y 74%, respectivamente. El 47,8% de los pacientes tenía señal PD sinovial leve o moderada. El derrame articular y la hipertrofia sinovial fueron más frecuentes en MTF, MCF y carpo y la señal PD en carpo y rodilla. No se encontró asociación entre las variables ecográficas y las clínico-analíticas, lo que pudiera estar en relación con el pequeño tamaño muestral. La concordancia intraobservador fue alta (0.8).

Conclusiones: La entesopatía y la sinovitis ecográfica subclínica es frecuente en los pacientes con EII, con independencia de la actividad, el tiempo de evolución y el subtipo clínico. Su capacidad para predecir la afectación músculo-esquelética clínica debe ser investigada en estudios longitudinales prospectivos.

301. FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE DIABETES E HIPERTENSIÓN EN UNA POBLACIÓN CON ARTRITIS PSORIÁSICA

S. Rodríguez¹, R. Queiro¹, B. Acasuso¹, I. Morante¹, I. Cabezas¹, P. Tejón², M. Alperi¹, J.L. Riestra¹, L. Arboleya¹ y J. Ballina¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Servicio de Reumatología. Hospital General de Castellón. Castellón.

Introducción: Recientes meta-análisis demuestran un mayor riesgo de diabetes mellitus tipo 2 (DM-2) y HTA en sujetos con psoriasis y artritis psoriásica (AP) respecto a la población general. Es posible que los pacientes con AP tengan incluso mayor riesgo de DM-2 y HTA que los pacientes con psoriasis sin artritis. Los factores de riesgo (FR) asociados al desarrollo de DM y HTA en población con AP no se conocen bien.

Objetivos: Analizar los FR ligados al riesgo de DM-2 y HTA en sujetos con AP.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo que incluye 205 sujetos con AP (criterios CASPAR) seguidos en un solo centro universitario. Cohorte compuesta por 112 varones y 93 mujeres, con edad media $53 \pm 12,9$ años. Duración media de psoriasis de $22 \pm 10,2$ años y de artritis de $14 \pm 8,9$ años. En todos los pacientes se incluyeron las siguientes variables: edad de inicio de psoriasis y de AP, nivel educativo, tipo y localización de psoriasis, forma de inicio de AP, forma evolutiva, entesitis, onicopatía, afectación IFD, dactilitis, erosiones, HLA-B27 y C*06, IMC, consumo de AINE/GC y terapia sistémica. Se realizaron análisis uni y multivariados.

Resultados: 26 de los 205 pacientes desarrollaron DM-2 (12,7%). Los factores asociados a DM-2 en el análisis univariado fueron un nivel educativo bajo ($p = 0,005$), poliartritis ($p = 0,020$), obesidad ($p = 0,009$), HTA ($p = 0,0001$), dislipemia ($p = 0,001$), psoriasis pustuloso ($p = 0,006$), y edades de inicio de psoriasis y AP = 40 años ($p < 0,0001$). En el estudio multivariado las variables que permanecieron significativas fueron nivel educativo bajo (OR 9,15, IC95%: 1,05-79,4, $p = 0,045$), y la edad de inicio de psoriasis tardía (OR 11,5, IC95%: 2,24-59,4, $p = 0,003$). 63 de los 205 sujetos presentaron HTA (30,7%). En el análisis univariado los factores ligados a HTA fueron nivel educativo bajo ($p < 0,0001$), psoriasis pustuloso ($p = 0,040$), inicio poliarticular ($p = 0,012$), evolución poliarticular ($p = 0,040$), inicio de psoriasis = 40 años ($p < 0,001$), inicio de artritis = 40 años ($p = 0,004$) y obesidad ($p = 0,001$). No obstante, en el análisis multivariado el único factor de riesgo ligado a HTA fue la edad (OR 1,12, IC95%: 1,07-1,18).

Conclusiones: La DM y la HTA son comorbilidades frecuentes en sujetos con AP. La edad de los sujetos, la edad de inicio de psoriasis y el nivel educativo, son los factores que mejor definen estos riesgos en población con AP.

302. PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES REUMÁTICOS. ESTUDIO EVADOR

J. Vidal¹, M. Gobbo², J. Tornero¹, S. Pérez-Vicente², J. Sánchez-Costa² y Grupo de Estudio EVADOR*

¹Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

²Sociedad Española de Reumatología.

Introducción: Desde el EPIDOR (2002) los conocimientos en dolor y su tratamiento han aumentado, por lo que es de interés conocer cómo se maneja en el momento actual.

Objetivos: Conocer las características del dolor asociado a patología reumática atendida en consulta de reumatología a nivel nacional.

Métodos: Diseño y población: estudio observacional transversal de pacientes nuevos (PN) o de revisión (PR) seleccionados aleatoriamente y manejados según práctica clínica habitual en 34 servicios de reumatología no monográficos de España. Criterios de exclusión: a) problemas físicos, psicológicos o sociales que impidan recogida fiable de información, b) dolor por traumatismo no relacionado con enfermedad reumática. Variables: sociodemográficas, presencia de dolor, y características (patrón, localización, diagnóstico, EVA dolor última semana, y Brief Pain Inventory_BPI_) del dolor dominante, definido como el que el paciente considera más intenso o que afecta más a su actividad normal, calidad de vida (SF-12), catastrofización (Pain Catastrophizing Scale) y ansiedad-depresión (HADS y Zung). Análisis: frecuencias (variables cualitativas), y medias-desviaciones o medianas-rangos (cuantitativas). t-Student y chi-cuadrado según tipo de variable para diferencias entre grupos.

Resultados: 1.084 pacientes, 32% PN. Edad media 57(DE: 14) años, 71% mujeres, casados (73%), con estudios primarios (57%) y 37% en activo. Sólo un 12% (Zung) y 22% (HADS) presenta depresión, fundamentalmente leve, mientras que hay niveles patológicos de ansiedad en el 65% de los casos. Los niveles de catastrofización fueron muy bajos (Me 15, RI: 6-28). El 85,7% presentaban dolor musculoesquelético en la última semana, y el 96% lo habían presentado alguna vez a lo largo de la enfermedad. El patrón del dolor dominante es intermitente (57,9%), con predominio en movimiento (53,3%), diurno (40,8%) y con picos o brotes a lo largo del día (66%). La localización más frecuente es la columna (35,7%) sobre todo lumbares, seguida de los MMSS (35,5%), sobre todo manos, y MMII (27,2%), fundamentalmente rodilla. El 25% de los pacientes presentan criterios de dolor generalizado. El diagnóstico al que se imputa el dolor con más frecuencia son las artropatías inflamatorias (29,8%) y las artrosis (26,9%). La intensidad media de dolor dominante según EVA es de 5 (DE: 2,66), existiendo diferencias significativas ($p = 0,036$) entre PN (5, DE: 2,54) y PR (4,6, DE: 2,7). También hay diferencias significativas entre ambos grupos en intensidad de dolor (máxima, mínima, media y actual) según el BPI (tabla) aunque no con significación clínica, pero no en cuanto a la interferencia en las actividades. La calidad de vida es baja, media 37 (DE: 10,6) componente físico y 45 (DE: 13,2) en el mental. Solo un 12%-22% de la muestra presentaba índices de depresión, fundamentalmente leve, aunque niveles patológicos de ansiedad de detectaron en 64% de los casos. Un 35,6% de los pacientes nuevos y un 53,3 de los pacientes de revisión consideraron que el tratamiento es satisfactorio y les permite hacer una vida normal.

	Mediana (rango intercuartílico)	Mediana (rango intercuartílico)	p valor
BPI. Intensidad máxima del dolor	6 (4-8)	6 (3-8)	0,032
BPI. Intensidad mínima del dolor	3 (2-6)	3 (1-5)	0,005
BPI. Intensidad promedio del dolor	5 (3-6)	5 (2-6)	0,018
BPI. Intensidad actual del dolor	5 (3-7)	5 (2-7)	0,044

Conclusiones: En las consultas de reumatología es dolor en un aspecto central, con importante repercusión clínica, funcional y en la calidad de vida. Pese a que existen mejores medios para su control, la presencia de dolor en los pacientes reumáticos y su intensidad siguen siendo muy altas. Sin embargo, el manejo por reumatología mejora el grado de satisfacción, aunque cerca de un 46 % de los pacientes el tratamiento no es suficiente.

*Grupo de Estudio EVADOR: M.A. Caracuel, A. Escudero, A. Atanés, A. Ponce, A. Renau, A. Rodríguez, C. Porras, C. Díez, C. Alegre, C. Díaz, J. Duruelo, E. Loza, E. Garmendia, E. Salas, F. Francisco, F.J. Navarro, G. Jiménez, G. Pérez, G. Candelas, G. Santos, I. Gómez, I. Granados, J. Calvo, J. Bachiller, J. del Pino, J. García, J. Rivera, J. Vidal, J. Blanco, J.A. González, J.A. Pinto, J. González Vera, J.L. Casals, J.L. Cuadra, J.L. Riestra, J.R. Noguera, J. Rodríguez, J. Rosas, J.M. Piedra, J.V. Tovar, J.J. de Agustín, L. Pantoja, L. Morillas, V. Hernández, M.A. Belmonte, M. Ciria, R. Queiro, M. Revenga, M. del Puerto, M. Torresano, M.A. Abad, M.A. Campillo, M.A. González-Gay, M. Belmonte, M. Bernad, M. Cantalejo, M. Conde, N. Abdilla, N. Vázquez, N. Montalá, P. Fernández Dapica, P. Navarro, P. Trenor, R. Belenguer, R. Veiga, R. Sánchez Perea, R. González Crespo, S. Bustabad, S. Insua, V. Quevedo, V. Coret y V. Villaverde.

303. EVALUACIÓN DEL DOLOR GENERALIZADO EN REUMATOLOGÍA. ESTUDIO EVADOR

V. Villaverde¹, J. Vidal², J. Tornero², S. Pérez-Vicente³, M. Gobbo³, C. Fernández-Espartero¹, J. Usón¹, M.J. Martínez¹, R. Miguélez¹ y Grupo de Estudio EVADOR*

¹Hospital Universitario de Móstoles. Móstoles. Madrid.

²Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

³Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología.

Introducción: El dolor generalizado está presente en el 5-10% de la población general y la fibromialgia en el 2-4%. Su presencia indica fenómenos de sensibilización central del dolor, mayor repercusión clínica, perfil de paciente distinto, peor pronóstico y posible transición a fibromialgia. Se desconoce su prevalencia y epidemiología en el ámbito de la reumatología.

Objetivos: Estudiar la prevalencia del dolor generalizado en las consultas de reumatología a nivel nacional, sus características y el tratamiento utilizado para su manejo. Estudio EVADOR.

Métodos: Diseño y población: estudio observacional prospectivo de pacientes nuevos (PN) o de revisión (PR) seleccionados aleatoriamente y manejados según práctica clínica habitual en 34 servicios de reumatología no monográficos de España, que presentaran dolor generalizado definido como la presencia de dolor por encima y debajo de la cintura y a ambos lados del cuerpo. Criterios de exclusión: a) problemas físicos, psicológicos o sociales que impidieran la recogida fiable de información, b) traumatismo no relacionado con enfermedad reumática como responsable del dolor. Variables: sociodemográficas, EVA dolor última semana, Brief Pain Inventory (BPI), ansiedad-depresión (HADS y Zung), diagnóstico, tratamientos pautados y calidad de vida (SF12). Análisis: Frecuencias para las variables cualitativas y medias-desviaciones o medianas-rangos para las cuantitativas. t-Student y chi-cuadrado según tipo de variable para diferencias entre grupos.

Resultados: 1.084 pacientes, 32% PN. 25,8% cumplía criterios de dolor generalizado. Edad media 57,5 años (DE: 12,6), 83% mujeres, casados (75%), con estudios primarios (62,9%), laboralmente activos (31,5%) y baja laboral (8,7%). El diagnóstico más frecuente fue patología mecánica (38,4%) seguido de fibromialgia (20,1%). El 67,9% tenía pautado al menos un analgésico, el 30,4% un antidepresivo y el 22,0% un relajante muscular. Sólo el 12,5% recibió algún tratamiento

Tabla Póster 303

Intensidad de dolor	Visita 1		Visita 2		p
	P50	P25-75	P50	P25-75	
BPI Intensidad máxima últimas 24 horas	7	6-8	6	4-8	< 0,001
BPI Intensidad mínima últimas 24 horas	5	3-7	3	2-5	< 0,001
BPI Intensidad media últimas 24 horas	6	5-8	5	3-7	< 0,001
BPI Intensidad actual últimas 24 horas	7	5-8	5	3-7	< 0,001
Intensidad de dolor (EVA) promedio última semana	7	5-8	5	3-6	< 0,001

Intensidad de depresión-ansiedad y calidad de vida	Visita 1		Visita 2		p
	P50	DE	P50	DE	
Depresión (HADS)	9,6	2,2	9,4	2,0	0,031
Ansiedad (HADS)	10,3	2,6	11,3	2,4	< 0,001
ZUNG	44,4	6,0	41,9	6,1	< 0,001
Componente físico SF12	32,6	8,6	34,5	9,2	< 0,001
Componente mental SF12	38,3	12,9	42,3	13,0	< 0,001

no farmacológico y el 5,8% alguna técnica intervencionista. La intensidad del dolor y de depresión, así como la calidad de vida relacionada con la salud, mejoraron significativamente entre la primera y la segunda visita (tabla).

Conclusiones: La prevalencia de dolor generalizado en los pacientes reumatológicos es elevada (25,8%) y sólo una parte corresponden a fibromialgia. Su presencia indica una mayor repercusión clínica en la intensidad del dolor y limitación funcional, peor calidad de vida y mayor índice de ansiedad y depresión, que en su ausencia. A pesar del tratamiento, la mejoría clínica es de pequeña magnitud, lo que indica un peor pronóstico y la necesidad de replantearse el abordaje terapéutico de estos pacientes, que probablemente fenómenos de sensibilización central del dolor.

*Grupo de Estudio EVADOR: M.A. Caracuel, A. Escudero, A. Atanés, A. Ponce, A. Renau, A. Rodríguez, C. Porras, C. Díez, C. Alegre, C. Díaz, J. Duruelo, E. Loza, E. Garmendia, E. Salas, F. Francisco, F.J. Navarro, G. Jiménez, G. Pérez, G. Candelas, G. Santos, I. Gómez, I. Granados, J. Calvo, J. Bachiller, J. del Pino, J. García, J. Rivera, J. Vidal, J. Blanco, J.A. González, J.A. Pinto, J. González Vera, J.L. Casals, J.L. Cuadra, J.L. Riestra, J.R. Noguera, J. Rodríguez, J. Rosas, J.M. Piedra, J.V. Tovar, J.J. de Agustín, L. Pantoja, L. Morillas, V. Hernández, M.A. Belmonte, M. Ciria, R. Queiro, M. Revenga, M. del Puerto, M. Torresano, M.A. Abad, M.A. Campillo, M.A. González-Gay, M. Belmonte, M. Bernad, M. Cantalejo, M. Conde, N. Abdilla, N. Vázquez, N. Montalá, P. Fernández Dapica, P. Navarro, P. Trenor, R. Belenguer, R. Veiga, R. Sánchez Perea, R. González Crespo, S. Bustabad, S. Insua, V. Quevedo, V. Coret y V. Villaverde.