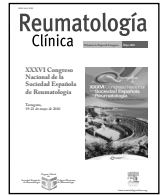




Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Abstracts aceptados para su publicación

XXXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Tarragona, 19-21 de mayo de 2010

312. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PROBABILIDAD DE FRACTURA DE UNA COHORTE DE PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTIOSTEOPORÓTICO DURANTE AL MENOS 1 AÑO VISTOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SARRIA (LUGO)

J. Miguel-Carrera¹, M.E. Varela Prado¹, M. Bravo-Pérez², M.I. Bermúdez Souto¹, B. Basadre Rodríguez¹ y C. García-Porrúa³

¹Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Atención Primaria. Lugo. ²Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. ³Servicio de Reumatología. Hospital Xeral-Calde. Lugo.

Objetivo: Estudiar las características epidemiológicas y la probabilidad de fractura de aquellos pacientes mayores de 18 años en tratamiento antiosteoporótico durante al menos 1 año vistos en el centro de salud de Sarria (Lugo).

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de aquellos pacientes mayores de 18 años en tratamiento antiosteoporótico durante al menos 1 año vistos en el centro de salud de Sarria entre febrero y junio de 2009. El centro atiende a una población de 26.000 habitantes, de predominio rural y envejecida. Los pacientes del centro están distribuidos en 13 cupos, de los cuales hemos elegido dos al azar para el estudio muestral. Elaboramos una base de datos con el fin de recoger las características epidemiológicas de los enfermos, tratamientos que realizaban, densitometría ósea, factores de riesgo de osteoporosis, presencia de fracturas y su localización. La estimación de la probabilidad de fractura de cada paciente se realizó mediante la herramienta Frax. Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia.

Resultados: De un total de 2.668 pacientes, sesenta y ocho (2,55%) cumplían los criterios necesarios para entrar en el estudio. Un paciente era varón. La edad media fue de 70 años. Treinta pacientes presentaban una fractura previa (27% vertebral). En su mayoría los pacientes recibían tratamiento con bifosfonatos (66%). El 88% de los primeros tratamientos fueron prescritos por atención especializada: Traumatología (31%), Reumatología (19%) y Ginecología (12%). El risedronato fue el bifosfonato más frecuentemente prescrito (17 pacientes). La probabilidad media de osteoporosis mayor y fractura de cadera según la herramienta Frax fue del 10% y 4,2% respectivamente. Nueve enfermos habían realizado densitometría ósea y 7 tenían medición en cadera. Nueve pacientes fueron considerados como osteoporosis secundaria, de los cuales 3 tenían una fractura previa (33%).

Conclusiones: La incidencia de pacientes en tratamiento para la osteoporosis en nuestra área fue baja y con una edad avanzada. Traumatología es el servicio que más frecuentemente prescribe medicación para la osteoporosis. Su prescripción se basa fundamentalmente en la presencia de factores de riesgo y el antecedente de fractura. Una actitud vigilante hacia esta enfermedad podría permitir el diagnóstico precoz y evitar fracturas.

313. UVEÍTIS CRÓNICA EN NIÑOS. FACTORES INICIALES DE MAL PRONÓSTICO

J. Sánchez Bursón, R. Hernández, J. Uceda, N. Cid, R. Montero Granados y A. Piñero Bustamante

Unidad de Uveítis y Aparato Locomotor. Hospital de Valme. Sevilla.

Objetivo: Describir los síntomas clínicos en niños que presentaban uveítis crónica en razón a identificar datos demográficos, patológicos u oftalmológicos para determinar si alguno de ellos es predictor de complicaciones o pérdida visual.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los casos de pacientes menores de 16 años con afectación ocular de uveítis crónica que han sido visto en nuestra Unidad entre 1995 y 2009. Se había realizado de pruebas analíticas, inmunológicas e imagen para etiquetar los procesos etiológicos. Los estudios oftalmológicos comprendieron el segmento anterior, agudeza visual, presión intraocular, cornea y fondo de ojo. La reacción entre factores de riesgo fue estudiada mediante la prueba de Kaplan-Meier y Cox.

Resultados: Durante este periodo de tiempo un total de 96 pacientes fueron incluidos, 168 ojos, de estos 8 ojos se identificaron con factores que evolucionaron a la ceguera, en ningún caso bilateral. La forma más frecuente fue la uveítis anterior 65 (68%) y unilateral 54 (56%) Ninguno de estos tenía patología previa o se asoció a síntomas sistémicos. Los principales factores predictivos basales oculares de mal pronóstico fueron: 1.º Inflamación vítrea severa, 2.º Queratopatía en banda, 3.º Edema macular y quiste macular, 4.º Sinequias posteriores. En cuanto a los factores demográficos fueron: Sexo femenino e inicio de la enfermedad antes de los 4 años.

Conclusiones: Es necesario un abordaje precoz de los niños con uveítis e identificar rápidamente los factores de riesgo que van a condicionar complicaciones y pérdida visual desde la infancia.

314. UNIDADES DE FIBROMIALGIA (FM) Y DE SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA (SFC): NUESTRO MODELO ASISTENCIAL. DELIMITACIÓN DE RESPONSABILIDADES

R. Fíguls Poch, M. Riera Soler, H. Corominas Macias, D. Reina Sanz, D. Cerdá Gabaroi y M. Casademont Vilaseca

Hospital Comarcal del Baix Llobregat Moisès Broggi. Sant Joan Despí. Barcelona.

La OMS incluye la FM en el grupo de "Enfermedades del tejido conjuntivo" (M00-M99), apartado de "Enfermedades de los tejidos blandos" (M60-M79): "Trastorno de los tejidos blandos, no especificado". Para su diagnóstico se usan los criterios de Yunus, aceptados por la

ACR (1990), según los cuales se puede definir como un estado doloroso crónico generalizado del sistema musculoesquelético no articular, que dura más de tres meses, adopta diversos aspectos en su distribución somática y presenta unos puntos relativamente ordenados a los que (erróneamente) se les da la categoría de elementos de diagnóstico. Pero no se valoran las manifestaciones neurocognitivas ni psicológicas, que tienen un peso importante. Entendemos la FM como un trastorno somatomorfo y según el DSM-IV la característica común de estos, es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad orgánica, pero que no pueden explicarse completamente por la presencia de ésta, ni por los efectos de una substancia, ni por un trastorno mental. Producen un malestar clínicamente significativo y deterioro social y/o laboral. Y no son síntomas simulados. Al reumatólogo le resulta fácil establecer el diagnóstico diferencial entre este trastorno y los demás síndromes dolorosos, pero para su seguimiento, sobre todo si se trata de FM severa, no está capacitado. En cambio, al psiquiatra le puede pesar la responsabilidad del diagnóstico ante la posibilidad de confusión con una patología orgánica. En lo que se refiere al SFC, definido por los criterios de Fukuda (1994) y cuyos principales rasgos diferenciales respecto a la FM son el predominio de la fatiga y la frecuente presencia de adenopatías, conlleva un diagnóstico diferencial con enfermedades en las que resulta muy operativa su atención por Medicina Interna. En base a estos conceptos hemos ideado nuestro modelo asistencial, en el que consideramos básica la figura del Médico de Familia para pilotar su atención. La Unidad debe actuar de soporte y coordinar los trabajos de investigación. Los pacientes han de acudir cumpliendo unos criterios:

- Después de una evaluación diagnóstica y de haber iniciado un tratamiento.
- Presentar un sufrimiento y discapacidad muy significativos, con escasa respuesta a los tratamientos indicados.
- Consumir fármacos en exceso, especialmente combinaciones de antidepresivos, ansiolíticos y analgésicos opioides.
- Para el estudio de comorbilidades, psiquiátricas o vinculadas al ámbito del aparato locomotor o de la medicina interna.
- Para indicación de tratamiento cognitivo-conductual. La puerta de entrada a la Unidad, a través de un gestor de casos, será Reumatología para FM y Medicina Interna para SFC, pero el seguimiento lo realizará el equipo Psiquiatría/Psicología. Existe evidencia científica de efectividad del tratamiento multidisciplinar, programa que integra pautas de tratamiento psicológico, farmacológico y ejercicio físico. Para su confección resulta básica la aportación de Psiquiatría y Rehabilitación. Reumatología y Medicina Interna colaboran en el tratamiento de las concomitancias y la Clínica del Dolor en el tratamiento sintomático del dolor en los casos más rebeldes. Se contempla la conveniencia de realizar tratamiento preventivo en los casos incipientes con el fin de suscitar recursos de afrontamiento y evitar las distorsiones cognitivas y alteraciones conductuales que pueden agravar el proceso. En estos casos la intervención será a nivel de asistencia primaria.

315. ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN LA ASISTENCIA REUMATOLÓGICA PRIVADA

F.G. Jiménez Núñez, B. Panero Lamothe, M.A. Belmonte López, F. Valverde Cámara, L. Fernández García, G. Díaz Cordobés, V. Coret Cagigal, J. Arrocha Acevedo, A. Donoso Berrobiano y A. Fernández Nebro

GERMA. Grupo de Ecografía Reumatológica. Málaga.

Pacientes y métodos: Diseño: Estudio prospectivo de 12 meses de duración. Población: pacientes a los que se les indica la realización de ecografía musculoesquelética, procedentes de mutuas y consultas privadas de reumatología y traumatología. Recogida de datos y variables: especialidad del facultativo prescriptor, motivo y localización de la exploración, porcentaje de confirmación/exclusión de la patología

sospechada por el clínico y porcentaje de indicación de otras pruebas complementarias en función de los hallazgos ecográficos.

Resultados: Fueron realizadas 340 ecografías. Las localizaciones anatómicas por orden de frecuencia fueron hombro (91; 26,8%), mano (85; 25%), pie (69, 20,9%), rodilla (48; 14,1%), pelvis (28; 8,2%), codo (18; 5,3%) y arteria temporal (1; 0,3%). Los motivos más frecuentes de prescripción fueron hombro doloroso (89; 26,2%), sinovitis (70; 20,6%), tendinosis/tendón en resorte/tenosinovitis (31; 9,1%), síndrome túnel del carpo (24; 7,1%), dolor en trocánteres (24; 7,1%), dolor (19; 5,6%), epicondilitis (15; 4,4%), fascitis plantar (13; 3,8%) y neuroma de Morton (12; 3,5%). Con respecto al impacto de la ecografía sobre la semiología exploratoria de los facultativos, se confirmó el motivo de prescripción en 231 (67,9%) casos y se descartó en 49 (14,4%). En 28 (8,2%) prescripciones la ecografía logró además de excluir el motivo de indicación modificar el diagnóstico, pero también confirmar el motivo de prescripción y modificar el diagnóstico en 25 (7,4%) de los casos. En 3 (0,9%) prescripciones no rezaba el motivo de la petición, y en 4 (1,2%) pacientes la ecografía no fue concluyente (1 ECO de codo sin hallazgos patológicos en un paciente con dolor tras traumatismo, y 3 pacientes derivados por sospecha de síndrome de túnel del carpo con clínica y exploración no muy sugestiva con leve aumento del diámetro del nervio mediano). En 327 (96,2%) casos no fue necesaria la solicitud de ninguna otra prueba complementaria. A raíz de la valoración clínica y del diagnóstico ecográfico se recomendaron la realización de 11 (3,2%) RNM (4 por sospecha de meniscopatía, 3 por importante dolor y limitación funcional del paciente con ecografía normal, 2 sospechas de sinovitis vello nodular pigmentaria, 1 por la imposibilidad del paciente para una adecuada rotación interna que nos permitiera la valoración correcta del manguito de los rotadores, y otra por dudas acerca de la existencia o no de rotura aquilea), 3 (0,9%) ENG-EMG para descartar síndrome túnel del carpo en pacientes con ECO no concluyente y 1 (0,3%) biopsia para confirmar naturaleza de una masa glútea que resultó ser una paniculitis.

Conclusiones: Los motivos más frecuentes de petición fueron hombro doloroso, sinovitis, tendinosis/tendón en resorte/tenosinovitis, síndrome túnel del carpo y dolor en trocánteres. Existe un alto porcentaje de éxito en la confirmación/exclusión del motivo de la prescripción, modificándose el diagnóstico inicial en el 15,6% de los casos. No fue necesaria la solicitud de ninguna otra prueba complementaria en el 96,2% de los casos.

316. DIEZ AÑOS DE INFLIXIMAB

R. Roselló-Pardo, C. Vázquez-Galeano, L. Fábregas-Canales, C.G. Villacampa-Naverac, M.L. Nogués Pérez, M.V. Arguis-Nerín, L. Cavero Martínez, M.D. Aguilà Villacampa y F. Arroyos Belloc

Servicio de Reumatología. Hospital San Jorge. Huesca.

Introducción y objetivos: En junio 2000 iniciamos la andadura con INF en el HSJ. Se cumplen 10 años y queremos hacer una valoración de nuestra experiencia y señalar especialmente a aquellos pacientes que todavía siguen con el primer biológico más de 400 semanas después.

Pacientes y métodos: En enero 2010 tenemos fichados 245 pacientes en biológicos, de los que 13 han fallecido y 15 han dejado el biológico. INF fue el primer biológico autorizado y con el que hemos conseguido llegar a más de 400 semanas en 16 de los 40 enfermos que empezaron antes de mayo 2001. Biológico: Infliximab. Fecha de inicio: antes de mayo 2001 (para poder tener 400 semanas seguimiento). 40 pacientes: Sexo: 16 varones (40%) y 24 mujeres (60%); Edad: 56,3 ± 11,5 años. Diagnósticos: 34 AR, 4 APso, 2 AR+Pso. Motivo abandono: - 6 exitus de los cuales 3 sólo INF, 2 con INF-ETN y 1 INF-RIT-ADA. - 15 cambian de biológico: 8 llevan 2º, 5 enfermos 3º, 1 el 4º y 1 el 5º biológico. - Motivo del cambio: No mejoría: 2 o

Recaída: 8; Efecto secundario: Desmielinización: 1; Infección: 2; Neoplasia: 2, Otras causas: 6; En 6 pacientes mejoría insuficiente + efecto secundario leve.

Resultados: A la semana 400 siguen 16 pacientes: Sexo: 9 varones (56,3%) y 7 mujeres (43,8%); Edad $54 \pm 9,5$ años. Diagnósticos: 16 AR, 2 APso y 2 AR-Pso. En la tabla vemos la evolución de DAS-28 cada 100 ± 5 semanas.

Tabla Resumen 316

| | S-0 | S-100 | S-200 | S-300 | S-400 |
|--------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|
| DAS-28 | 5,65 \pm 1,2 | 3,31 \pm 1,4 | 2,97 \pm 0,8 | 2,93 \pm 1,01 | 2,63 \pm 0,93 |

Conclusiones: INF es el primer biológico en entrar en escena y con el que hemos mantenido tratamientos más largos. Un 40% de los pacientes que lo han iniciado antes de mayo 2001 siguen con él. La mejoría en el DAS-28 es más marcada en el primer año, aunque sigue mejorando a los 7 años (400 semanas) de seguimiento. La supervivencia del tratamiento es mayor en los varones.

317. GOTA POLIARTICULAR REFRACTARIA CON RESPUESTA A FÁRMACOS ANTI TNF-ALFA

M. Cantalejo Moreira, R.M. Veiga Cabello y P. Navarro Alonso

Unidad de Reumatología. Hospital de Fuenlabrada. Área 9. Madrid.

Introducción: Se han demostrado niveles elevados de factor de necrosis tumoral alfa (TNF α) en el líquido sinovial de pacientes con artritis gotosa. En este sentido, distintos Autores han reportado respuestas terapéuticas satisfactorias de casos aislados de gota refractaria a tratamiento convencional con colchicina, antiinflamatorios no esteroideos y/o corticoides a infliximab, etanercept y abatacept. Así mismo, se ha publicado una serie suiza de 10 pacientes con respuesta adecuada a fármaco inhibidor de Interleucina 1 (anakinra). Hasta el momento, no se han reportado respuestas a adalimumab.

Objetivo: Describir la evolución de los cuadros de artritis aguda, en los pacientes de gota poliarticular concomitante con psoriasis y/o artritis reumatoide, que fueron tratados con agentes anti factor de necrosis tumoral alfa (TNF α).

Pacientes y métodos: Se han revisado de forma retrospectiva (2004-9) a 27 pacientes con gota poliarticular (24 varones y 3 mujeres). Del total de pacientes, 4 de ellos presentaban psoriasis en placas con afectación extensa de la piel y 1 paciente presentaba factor reumatoide y péptidos citrulinados en sangre. Los 5 casos tenían brotes severos y repetidos de inflamación poliarticular de grandes y pequeñas articulaciones. En los 5 casos existía hiperuricemia y se demostraron cristales de ácido úrico en el líquido sinovial en al menos 2 determinaciones.

Resultados: En los 5 pacientes el tratamiento estándar de la artritis gotosa con colchicina, AINES y/o corticoides no fue adecuado para controlar los brotes de inflamación poliarticular. De acuerdo con el Servicio de Dermatología del Hospital, en los 4 pacientes con psoriasis cutánea se decidió iniciar tratamiento biológico: 3 con adalimumab (40 mg cada 2 semanas) y 1 con etanercept (50 mg/semana). En el paciente con factor reumatoide y péptido citrulinados en sangre, se inicio tratamiento con etanercept (50 mg/semana). En todos los casos se observo un descenso gradual de númeroe intensidad de los brotes inflamatorios hasta su desaparición (entre 4-6 meses del inicio del tratamiento).

Conclusiones: 1. El tratamiento con fármacos anti TNF a puede resultar útil en el control de la gota severa y refractaria al tratamiento convencional. 2. En la revisión bibliográfica efectuada, no se han encontrado referencias del adalimumab en el tratamiento de la artritis gotosa. En la serie descrita se aportan 3 casos de respuesta adecuada a adalimumab (40 mg cada 2 semanas).

318. ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS REALIZADAS AL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA EN EL AÑO 2009

M.D. García Armario, B. Garrido López, M.V. Navarro Compán, J. Piedra Priego y F. Navarro Sarabia

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La patología reumatológica puede tener muy diversas formas de presentación, con afectación sistémica y manifestaciones atípicas por lo que nuestros pacientes pueden ingresar en cualquier Servicio hospitalario, los cuales pueden solicitar nuestra valoración mediante interconsultas. Muchos pacientes con patologías no reumáticas, pueden presentar durante su ingreso un cuadro reumático concomitante que en ocasiones necesita de nuestra colaboración para el diagnóstico o el tratamiento de la misma.

Objetivo: Analizar las patologías reumatológicas más frecuentes en los pacientes hospitalizados en otros Servicios, y establecer cuáles son las especialidades que solicitan valoración por nuestra especialidad.

Material y métodos: Se realizó un análisis descriptivo de las Interconsultas realizadas en el año 2008 de las siguientes variables de cada paciente: Vía de Solicitud de Interconsulta, Servicio Procedente, Número de visitas por paciente, Diagnóstico, Pruebas Complementarias o Procedimientos realizados.

Resultados: Nuestro Servicio recibió un total de 101 interconsultas. Se realizaron 185 visitas. La media de visita/paciente fue 1.83. El número de interconsultas aumentó en la segunda mitad del año: siendo los porcentajes del 1.º, 2.º, 3.º y 4.º trimestres: 15%, 15%, 34% y 36% respectivamente. La vía de solicitud de Interconsulta por orden de frecuencia fue: Interconsulta reglada escrita (64%), contacto telefónico (28%) y solicitud personal por el médico responsable (9%). Los Servicios demandantes más frecuentes fueron: Medicina Interna (25%), Nefrología (11%), Cardiología (7%), Digestivo (7%), Urgencias (7%), Neumología (6%), y Pediatría (6%). Las Pruebas Complementarias o procedimientos que se realizaron con mayor frecuencia fueron: radiografías (65%), analíticas (55%), artrocentesis (39%), estudio del líquido sinovial (39%), y ecografía aparato locomotor (2%). Los diagnósticos más frecuentes en las interconsultas fueron: Artritis gotosa (16%), Tendinopatía supraespinosa (10%), Artrosis (10%), Artritis infecciosa (9%), Artritis Reumatoide (8%), Poliartrosis indiferenciada (5%), Condrocálcinosis (4%) y LES (4%).

Conclusiones: El número de interconsultas aumentó en la segunda mitad del año. El servicio que más interconsultas a Reumatología interpuso fue Medicina Interna. La mayoría de las interconsultas se realizaron por vía escrita reglada. La radiografía fue la prueba complementaria más solicitada y el diagnóstico más frecuente fue el de artritis gotosa.

319. PREVALENCIA DE INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE EN PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDAD SISTÉMICA CRÓNICA

P. Moya¹, E. Corica¹, M.A. Sambeat², E. Moga³, A. Laiz¹, C. Díaz-Torné¹, I. Castellví¹, J.M. Llobet¹, C. Geli¹ y C. Díaz¹

¹Unidad de Reumatología. ²Servicio de Medicina Interna. ³Servicio de Inmunología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: Los pacientes con enfermedad sistémica crónica, tienen un elevado riesgo de tuberculosis (TBC). La incorporación de terapia biológica ha incrementado aún más dicho riesgo. Los datos de infección tuberculosa latente (ITBL) varían según la zona y la edad de la población, la revisión de los datos existentes en España, habla de una prevalencia entorno al 25%.

Objetivo: Analizar la prevalencia de ITBL entre el grupo de pacientes con enfermedad sistémica crónica candidatos o en tratamiento con terapia biológica, en una consulta de reumatología hospitalaria.

Material y métodos: De noviembre del 2008 a octubre del 2009 se incluyeron 95 pacientes: 48 (16,8%) Artritis Reumatoide (AR), 16 (16,8%) Artritis Psoriásica (APs), 16 (16,8%) Espondilitis Anquilopoyética (EA), 7 (7,4%) Artritis Reactiva (AReac), 2 (2,1%) Lupus Eritematoso Sistémico (LES), 2 (2,1%) S. Sjögren (Sj), 2 (2,1%) CREST, 1 (1%) Eritema Nodoso y 1 (1%) Policondritis. En la visita se recogían las características demográficas y el tratamiento de base, además se solicitaba el Quantiferón (QTF-TB) y una radiografía de tórax. Los resultados los evaluaba una especialista en infecciosas. Considerándose ITBL aquellos que presentaban QTF-TB positivo con Radiografía de tórax sin signos de actividad. Para el análisis de los datos se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión utilizando el programa SPSS (V17.0).

Resultados: La distribución por sexos fue: 44 varones (43,3%) y 51 mujeres (53,7%), con una media de edad de 57,8 años (DE 13,4). Se diagnosticó de ITBL a 36 (37,9%) pacientes, 25 varones y 11 mujeres con una media de edad de 60 años (DE 12,9). La diferencia a favor de los hombres fue significativa (69,4% vs 30,6) ($p = 0,001$). Los resultados por enfermedades se muestran en la tabla. Relacionamos la medicación de base con la ITBL. Presentaron ITBL un 43,3% de los pacientes que estaban en tratamiento con metotrexato (MTX), el 58,3% de los que estaban con corticoesteroides (CE), el 40% de los que estaban con Anti-TNF (etarcept/adalimumab), el 37,5% de los que estaban con otros FAMES (salazopirina, azatioprina, ciclosporina, leflunomida e hidroxicloroquina) y finalmente un 37,5% de los que estaban sin tratamiento. Las diferencias entre grupos de tratamiento no fueron estadísticamente significativas ($p = 0,247$).

Tabla Resumen 319

| | AR (n = 48) | APs (n = 16) | EA (n = 16) | A. reac. (n = 7) | Otros (n = 8) |
|---------------|-------------|--------------|-------------|------------------|---------------|
| ITBL presente | 18 (37,5%) | 6 (37,5%) | 7 (43,8%) | 4 (57,1%) | 1 (12,5%) |

Conclusiones: La prevalencia de ITBL, en nuestra muestra de pacientes con enfermedad inflamatoria crónica es muy superior a la prevalencia encontrada en la población española. Esta diferencia con la población podría deberse a la elevada media de edad de nuestros pacientes. Posiblemente no encontramos diferencias entre los pacientes con distintas terapias por culpa del tamaño de nuestra muestra.

320. PREFERENCIAS DE LOS PACIENTES ESPAÑOLES SOBRE DISTINTAS OPCIONES DE TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS SEVERA

J. Darbá¹, M. Álvarez Balbona², A. Carbonell³, P. Caveró⁴, M. Jordana⁵, C. Prieto⁶, A. Molina⁷ y E. Martínez⁸, en nombre de los investigadores del estudio EMPRENDO

¹Departamento de Economía. Universitat de Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital La Paz. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital San Juan. Alicante. ⁴Servicio de Traumatología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital de Bellvitge. Barcelona. ⁶Servicio de Traumatología. Hospital Álvarez Buylla. Asturias. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital San Cecilio. Granada. ⁸Departamento Médico. Nycomed Pharma.

Objetivo: Valorar las preferencias de los pacientes españoles sobre diferentes aspectos del tratamiento de la osteoporosis (OP) severa (OP con alto riesgo de fracturas).

Métodos: Un total de 166 pacientes con OP severa fueron encuestados utilizando la metodología discret choice experiment (DCE). Se seleccionaron distintos atributos, entre ellos varios relacionados con el tratamiento: vía de administración, frecuencia y forma de administración y costes, con el objetivo de estimar la disposición a pagar (DAP) de las pacientes, asociada a los cambios en los niveles del atributo. Se analizaron los datos mediante un modelo de regresión Probit.

Resultados: Características población: 95% mujeres, edad media: 69 años. El 25% no realizaba medidas preventivas para evitar el empeoramiento de la enfermedad. El 95% recibía tratamiento: 12%, fármacos orales diariamente; 31,5% medicación oral semanal o mensual y 56,6%, inyectables. Un 10% prefería poder elegir la vía de administración o posología del medicamento a que éste fuese muy eficaz. Del total de pacientes tratados con inyectables, el 87% prefiere administración subcutánea (SC) frente a intravenosa. Uso de fármacos SC: El 88% de los que reciben estos tratamientos, opinan que los dispositivos son fáciles de utilizar, aunque un 42% considera las plumas precargadas como bastante o muy difíciles de usar sin ayuda. El 73% cree que el servicio de apoyo al paciente para la administración de medicación SC es bastante o muy importante. Resultados DAP: los pacientes están dispuestos a pagar 120,70 €/mes por cambiar de un tratamiento que supone ingreso hospitalario a un tratamiento SC, si reciben ayuda para la administración del mismo.

Tabla Resumen 320

| Atributo | Coefficiente | p | DAP (€) | IC95% |
|----------------------|--------------|-------|---------|---------------|
| Oral | 0,518 | 0,000 | 142,43 | (0,327-0,709) |
| Intravenoso | 0,667 | 0,001 | 183,45 | (0,082-0,345) |
| Autoadministración | 0,214 | 0,000 | 58,82 | (0,082-0,345) |
| Ingreso hospitalario | 0,439 | 0,000 | 120,70 | (0,321-0,557) |
| Coste mensual | 0,003 | 0,000 | - | (0,002-0,005) |

Conclusiones: Hemos estudiado las preferencias de los pacientes españoles con OP severa. En relación al tratamiento, generalmente prefieren que sea eficaz a otros atributos relacionados con la vía de administración o la posología. En general, tienen un alto grado de aceptación de fármacos inyectables, especialmente los administrados por vía SC. La medicación SC se considera fácil de administrar, aunque valoran positivamente la existencia de un servicio de apoyo al paciente con OP para la administración de estos medicamentos.

321. PIOMIOSITIS CAUSADA POR SALMONELLA ENTERICA EN UN NIÑO INMUNOCOMPETENTE

D. Clemente Garulo¹, L. Alonso Canal², M.D. López Saldaña¹, M. Ibáñez Rubio¹, J. Álvarez-Coca², A. de Prada Martínez³ y J.C. López Robledillo¹

¹Unidad de Reumatología Pediátrica. ²Servicio de Pediatría. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Puerta de Hierro. Madrid.

Introducción: La piomiositis es la infección bacteriana del músculo esquelético. Tiene una incidencia elevada en regiones tropicales, siendo poco frecuente en países de climas templados. Padecer una enfermedad debilitante predispone al desarrollo de esta enfermedad, así como el antecedente de un traumatismo local. El microorganismo más frecuentemente implicado es el *Staphylococcus aureus* (70-90%), seguido del *Streptococcus pyogenes*. Las piomiositis por bacilos gram negativos son inusuales, habiéndose encontrado *Salmonella* spp. sólo en casos aislados. Aquí presentamos el caso de una piomiositis de los músculos adductores causada por *Salmonella* en un niño inmunocompetente.

Caso clínico: Niño de 4 años sin antecedentes personales de interés con fiebre de 5 días de evolución asociado a dolor inguinal bilateral y cojera izquierda. No refiere traumatismo ni sobreesfuerzo previo. No síntomas catarrales ni digestivos. Mejoría parcial con ibuprofeno. En la exploración de caderas presenta dolor a la palpación en regiones inguinales y músculos adductores con limitación a la separación pasiva. Rotaciones de cadera sin limitación. No hematoma, deformidad o tumefacción. Cojera izquierda. Pruebas complementarias: Hemograma: leucocitos 13.850 (N 11.770, L 1.520), hemoglobina 13,1 g/dl, plaquetas 289.000. VSG: 50. PCR: 8 mg/dl. Procalcitonina: 0,43. Bioquímica: CPK 28. Resto normal. Radiografía de caderas: sin

alteraciones significativas. Ecografía de caderas: discreto aumento del espesor de la cápsula anterior de ambas articulaciones con mínima cantidad de líquido intraarticular en el lado izquierdo de 2,7 mm de espesor. Resonancia magnética de caderas: piomiositis región adductores, especialmente músculo largo izquierdo, con una mínima colección de 16 × 7 mm en espesor de dicho músculo. Se inicia tratamiento con cloxacilina (150 mg/kg/día) y cefotaxima (150 mg/kg/día) intravenosas con desaparición de la fiebre en 48 horas. Ante la llegada de un hemocultivo positivo a *Salmonella* entérica (serogrupo D) sensible a ampicilina se modifica tratamiento antibiótico por ampicilina a 200 mg/kg/día. Se realizan ecocardiograma y ecografía de abdomen sin encontrarse alteraciones. Los cultivos de heces y de orina fueron negativos. No presentaba déficit de complemento ni de inmunoglobulinas y no presentaba factores asociados de inmunosupresión, con anticuerpos anti VIH negativos. Se mantuvo el tratamiento con ampicilina intravenosa durante 15 días con desaparición progresiva de la cojera, siendo dado de alta con amoxicilina oral durante otros 15 días más con buena evolución clínica.

Conclusiones: Hay que considerar piomiositis en niños con fiebre y dolor de cadera o cojera incluso si no existen factores de riesgo previos. La resonancia magnética es la prueba más conveniente para el diagnóstico. Un tratamiento antibiótico precoz evita la actitud quirúrgica y el pronóstico es bueno. Aunque el *Staphylococcus aureus* es el agente causal más frecuente, pueden verse implicados otros gérmenes como bacilos gram negativos.

322. DIFERENCIAS CLÍNICO-RADIOLÓGICAS EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE DE RECIENTE INICIO, EN FUNCIÓN DE LA PRESENCIA DE HLA B27 POSITIVO

R. Almodóvar¹, P. Zarco¹, E. Collantes², L. Carmona³, M. Gobbo³, M.J. García Yébenes³, R. Mazzucchelli¹, F.J. Quirós¹ y Grupo ESPERANZA

¹Unidad de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. ²Hospital Reina Sofía. Córdoba. ³Unidad de Investigación de la Fundación Española de Reumatología.

Introducción: El programa Esperanza ha puesto en marcha en el territorio nacional 28 unidades especializadas para el diagnóstico y seguimiento de las espondiloartropatías de reciente comienzo (UESP). En la visita basal se recogen datos sobre criterios de clasificación, exploración física, pruebas complementarias, actividad de la enfermedad, capacidad funcional, calidad de vida, radiología y tratamientos.

Objetivo: Analizar la influencia del HLA B27 positivo en los pacientes con diagnóstico de Espondilitis Anquilosante (EA) de reciente inicio del Programa Esperanza, a nivel clínico, de la actividad de la enfermedad, de la función física, de la afectación radiológica y de los tratamientos utilizados.

Material y métodos: Diseño: estudio transversal de la visita basal de la cohorte de pacientes incluidos en el Programa Esperanza. Muestra: pacientes diagnosticados de EA menores de 45 años atendidos en las UESP, con un tiempo de evolución entre 3 y 24 meses. Criterios de inclusión: la EA se diagnosticó en función de los Criterios Modificados de New York. Datos recogidos: sociodemográficos; medidas antropométricas; presencia de dolor o limitación en hombros, caderas, sacroilíacas o columna lumbar; número de entesis dolorosas y articulaciones inflamadas; datos de laboratorio (VSG, PCR, HLA B27); actividad de la enfermedad (BASDAI, EVA dolor lumbar nocturno, y EVA global paciente); índice funcional de Bath (BASFI); índice de Bath de evaluación radiográfica (BASRI total y columna); calidad de vida (AsQoL) y tratamientos utilizados. Se agruparon los pacientes en 2 grupos en función de la presencia de HLA B27 positivo o negativo. Análisis: se usó el test Chi cuadrado para la comparación de variables categóricas, y la U de Mann-Whitney para el contraste de variables continuas.

Resultados: Un total de 57 pacientes (44 varones, 13 mujeres) con EspA de reciente inicio, con una edad media de 33,8 ± 6 años, fueron

evaluados. El 76,2% (45) de las EA tenían HLA B27 positivo. Los pacientes con EA de reciente inicio con HLA B27 positivo eran más jóvenes (31,5 ± 6,1 años vs 36,2 ± 7,2 años; p < 0,02 respectivamente) y la edad de inicio de los síntomas era menor (30,2 ± 6,1 años vs 35 ± 7 años; p < 0,01 respectivamente) que el grupo HLA B27 negativo. No hubo diferencias significativas respecto a la duración de la enfermedad. El grupo HLA B27 positivo presentaba: mejor flexión lumbar lateral (17,8 cm vs 13,8 cm; p < 0,02), menor VSG (14,4 UI vs 23,3 UI) y menor PCR (9,5 mg/L vs 17,7 mg/L). No se encontraron diferencias significativas en el resto de parámetros estudiados.

Conclusiones: En nuestros pacientes con EA de reciente inicio la presencia de HLA B27 positivo, confiere una edad de inicio de los síntomas más temprana, una mejor flexión lumbar lateral y rotación cervical lateral y unos valores menores de VSG y PCR, a diferencia del grupo con HLA B27 negativo.

323. SÍNDROME ANTISINETASA: ¿VALORAMOS SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS?

M.D. Pastor Cubillo, J. Calvo Catalá, C. Campos Fernández, M.I. González-Cruz, A. Rueda Cid y C. Fenollosa Costa

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

Introducción: El s. antisinetasa es un subtipo de miopatía inflamatoria idiopática con miositis, ac. anti-Jo-1, fibrosis pulmonar, artritis, Raynaud y "manos de mecánico".

Objetivo: Valorar las características clínicas y analíticas de nuestra serie. Caso 1: mujer, 42 años con disnea, tos con escasa expectoración y astenia. Hemograma, bioquímica normales. Rx tórax: derrame pleural bilateral. Pruebas de función respiratoria con trastorno restrictivo grave. Diagnosticada de enfermedad pulmonar intersticial difusa y tratada con glucocorticoides con mejoría clínica. Después refirió artralgiyas y debilidad muscular, pápulas de Gottron, y fisuras y callosidades en manos. Biopsia muscular compatible con miositis. Biopsia de piel: hiperqueratosis orto-paraqueratósica e infiltrado inflamatorio en dermis papilar de predominio linfocitario. Enzimas musculares normales y anti-Jo1+. En tratamiento con deflazacort 30 mg/día en pauta descendente, mejoría articular y cutánea. Caso 2: mujer, 58 años dolor en carpos, IFP e IFD de manos, rigidez matutina y lesiones en piel de codos, manos y rodillas, diagnosticada de psoriasis cutánea. Analítica sin alteraciones. Posteriormente presentó debilidad muscular, tos con escasa expectoración, pápulas de Gottron y "manos de mecánico". Hemograma normal. Destacaba GOT 57, GPT 66, FA 154, LDH 842, CPK 2252, aldolasa 15,4, GGT 84 y anti-Jo 1+. TAC pulmonar: patrón fibroso intersticial reticulonodular en bases. Biopsia de piel paraqueratosis focal y en músculo poliomiomiositis. En tto con prednisona 1 mg/kg/día en pauta descendente mejoría clínica y normalización analítica. Caso 3: mujer de 40 años con cuadro de artritis en carpos, MCF e IFP y debilidad escapular y pelviana. Destacaba GOT 356, GPT 305, FA 125, LDH 1.448, CPK 6.511, aldolasa 245 y anti-Jo1+. Hemograma normal. EMG afectación miógena proximal sin neuropatía ni signos inflamatorios. Biopsia muscular: miositis. Inició tratamiento con prednisona 1 mg/kg/día con mejoría inicial clínica y analítica. Al disminuir los corticoides tuvo artralgiyas y debilidad en cinturas, tos seca escasamente productiva y aparición de lesiones cutáneas compatibles con "manos de mecánico". TAC pulmonar: aumento de densidad en base izquierda y engrosamiento de tabiques interlobulillares periféricos compatible con enfermedad pulmonar intersticial. Inició tratamiento con ciclosporina 3 mg/kg/día y glucocorticoides, con mejoría clínica.

Discusión: El s. antisinetasa es un subtipo de MII, caracterizado por miositis (100%) a veces subclínica, fibrosis pulmonar (70-90%), artritis seronegativa no erosiva (50-90%), Raynaud, febrícula y lesiones cutáneas características "manos de mecánico". De las pacientes pre-

sentadas, en el 1.º caso destacaba la normalidad de enzimas musculares. Quizás debido al tratamiento esteroideos previo. La paciente del caso 3, inicialmente mejoró con glucocorticoides, presentó después resistencia al tratamiento, por lo que se añadió ciclosporina. Se asocia a ac. antisintetasa. El mejor conocido es anti-Jo 1, presente en 75% de enfermos con s. antisintetasa clínico. No obstante, el diagnóstico de este síndrome debe ser clínico y anatomopatológico (miositis).

Conclusiones: Queremos destacar que aunque infrecuente, probablemente esté infradiagnosticado. El hallazgo de cualquier manifestación clínica típica de este síndrome como las lesiones cutáneas y/o fibrosis pulmonar no filiada y ac. antisintetasa debe hacernos pensar en esta entidad.

324. ¿AUMENTA LA INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS (TBC) EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)?

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

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

Introducción: La infección es, con frecuencia, un acontecimiento que complica el curso del LES, que adquiere en ocasiones una importante gravedad y puede causar la muerte. El lupus no sólo facilita la aparición de infección es sino que también modula su espectro clínico patológico hasta hacerlas, en ocasiones, difícilmente reconocibles. La disfunción inmunológica de base, la inmunosupresión terapéutica y los ingresos hospitalarios repetidos son factores que favorecen la infección en los enfermos con LES.

Objetivo: Determinar la frecuencia de TBC en nuestros pacientes con LES. Analizar los casos de TBC activa ocurridos en nuestros pacientes con LES en los últimos 8 años (2000-2008) y compararlas con la tasa de TBC en la población general durante el periodo del estudio.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes con LES atendidos en los últimos 8 años (2000-2008) en nuestro hospital, seleccionando aquellos casos en los que se demostró TBC activa pulmonar o extrapulmonar.

Resultados: Se revisaron las historias clínicas de 95 pacientes con LES, de los cuales 2 desarrollaron TBC, ambos pacientes llevaban tratamiento con corticoides a dosis medias de 0,5 mg/kg/día oral y 1 de ellos asociaba azatioprina a dosis de 2 mg/Kg/día oral, el intervalo entre el diagnóstico de LES y el desarrollo de la TBC fue de 56 meses de media, el número de ingresos hospitalarios era de 2,2 ingresos/año en estos 2 pacientes, la localización de la TBC en 1 caso fue pulmonar y en otro extrapulmonar (ganglionar), ambos pacientes evolucionaron satisfactoriamente con tratamiento tuberculostático, isoniazida (INH), rifampicina (RFP), pirazinamida (PZA) y etambutol (ETB) durante 12 meses, sin registrarse mortalidad asociada a la infección. La tasa de incidencia media según el Instituto Nacional de Estadística (INE), expresada en porcentajes, de TBC en la población general de Valencia durante el periodo del estudio fue de 0,014% casos por 100.000 habitantes y nosotros obtuvimos una tasa de 2,1%.

Discusión: Los pacientes con LES son más susceptibles a la infección por TBC como consecuencia de la enfermedad en sí, demostrando así la relación que guardan entre sí estas dos enfermedades. El lupus eritematoso sistémico (LES) es la enfermedad autoinmune sistémica en la que el protagonismo de la infección en la génesis y en la reactivación del proceso inmunopatológico responsable de las manifestaciones clínicas de la enfermedad adquiere mayor relevancia.

Conclusiones: Los pacientes que desarrollan TBC son aquellos que presentan más tiempo de enfermedad, precisan de una mayor cantidad de corticoides y/o inmunosupresores y presentan mayor número de ingresos hospitalarios. El 50% presentaron TBC pulmonar y un 50% extrapulmonar coincidiendo con otras series. Los pacientes con LES son más susceptibles a la infección por TBC como consecuencia de la

enfermedad en sí, demostrando así la relación que guardan entre sí estas dos enfermedades. No se demostró cambios en la morbimortalidad, si bien la forma de enfermar sí mostró diferencias, ambos pacientes, se mostraron como fiebres de origen desconocido, con radiografía de tórax normal o inaparente y anergia tuberculínica.

325. PATOLOGÍA REUMATOLÓGICA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE TUMORES. SERIE DE CASOS

M.D. García Armario, B.C. Garrido López, C. Vargas Lebrón, J. Piedra Priego y F. Navarro Sarabia

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivo: Las enfermedades reumatológicas pueden ser el debut de diversas patologías tumorales. Debemos prestar especial atención para su diagnóstico precoz.

Material y métodos: Descripción de una serie de casos compuesta por cinco historias clínicas.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 47 años con lesiones dérmicas en MMII y abdomen, artralgias, y epistaxis, de 15 días de evolución. Exploración: púrpura palpable en tobillos. Analítica: PT 5 g/dl, VSG 33 mm; orina: proteínas 2 g/l, cilindros hialinos granulosos y eritrocitarios y catecolaminas normales. Biopsia de piel: vasculitis leucocitoclástica. TAC toraco-abdominal: incidentaloma suprarrenal de 11 cm. Biopsia renal: glomerulonefritis necrotizante focal y segmentaria con semilunas. Biopsia de masa suprarrenal: tumor de células cromafines con necrosis y hemorragia. Diagnóstico: feocromocitoma y granulomatosis de Wegener paraneoplásica. Caso 2: mujer de 42 años con dolor lumbar, caderas y parrilla costal de varios meses, y amenorrea de 3 meses. En el ingreso crisis de HTA. En Rx: fractura esternal, costales, en D11 y rama isquiopubiana. Bioquímica general y hemograma normal; elevación del cortisol, cortisol libre urinario y ACTH. Gammagrafía ósea: hipercaptación en varias localizaciones. TAC tórax-abdomen con lesiones osteoblásticas. DMO c. lumbar: T-score -4,2. Catequización de senos petrosos inferiores: aumento del gradiente de ACTH en adenohipófisis izda. RMN cráneo: nódulo de 6,3 mm en silla turca. Diagnóstico: enfermedad de Cushing por adenoma hipofisario productor de ACTH y osteoporosis secundaria con fracturas patológicas. Caso 3: varón de 82 años, con lumbalgia severa e imposibilidad para deambular de varios meses de evolución, y síndrome constitucional. Analítica: Cr 3 mg/dl, Ca11.1 mEq/l, FA 487 u/l, Rx dorso-lumbar: fracturas D11, D12 y L2 y lesión osteolítica en ilíaco izqdo. RMN dorso-lumbar: metástasis vertebrales y adenopatías retroperitoneales. Ecografía abdominal: masa sólida de 88 mm en riñón izdo. Biopsia de hueso supraacetabular izdo: metástasis de carcinoma de origen renal. Se diagnostica de hipernefoma con metástasis óseas múltiples. Caso 4: varón de 68 años, exfumador, consultó por aumento de volumen y dolor en manos y antebrazos de 12 meses de evolución. Exploración: engrosamiento de antebrazo, artritis de carpos y acropaquias. Rx MMSS: periostitis en radios y cúbitos. Rx tórax: nódulo en LSD. TAC tórax: nódulo de 3 cm en LSD. Gammagrafía ósea: actividad osteogénica incrementada en antebrazos. PAAF de lesión pulmonar: Neoplasia de células no pequeñas. Diagnóstico: neoplasia pulmonar de células no pequeñas con osteoartropatía hipertrófica. Caso 5: mujer de 39 años. Consultó por dolor lumbo-sacro continuo de 4 meses de evolución. Pérdida de peso, tos y expectoración mucosa. Exploración: limitación discreta de la movilidad lumbar. Analítica normal, excepto PCR 11, 3 mg/l, y elevación de CEA, CA 125 y 15,3. Rx lumbo-sacra: osteolisis de transversa izquierda de L5 y S1. Rx tórax: atelectasia en LSD y nódulo parahiliar. Broncoscopia: Infiltración mucosa en bronquio de LSD. PAAF: carcinoma no de células pequeñas. Diagnóstico: metástasis óseas por carcinoma pulmonar.

Conclusiones: Nuestros resultados muestran asociación entre enfermedad de Wegener-feocromocitoma, fracturas-adenoma hipofisario,

lumbalgia-hipernefoma, osteoartropatía hipertrófica-neoplasia pulmonar y lumbalgia-metástasis óseas. Las manifestaciones reumatológicas pueden preceder a enfermedades tumorales.

326. ESTADIO RADIOLÓGICO DE LESIÓN ARTICULAR Y RADIOSINOVIOERTESIS CON 90Y SILICATO/CITRATO EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS TRAS 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO

M.R. Rodríguez Moreno¹, M. Guzmán Úbeda¹, M.T. Miranda León², J.M. López Ruiz³ e I. Rodríguez Moreno¹

¹Servicio de Reumatología. ³Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ²Cátedra de Bioestadística. Universidad de Granada.

Objetivo: Analizar el Estadio Radiológico de lesión articular y el tratamiento mediante Radiosinoviortesis con 90Y Silicato/Citrato en las Enfermedades Reumáticas después de 3 años de seguimiento.

Material y métodos: Población objeto de estudio: muestra de 9 pacientes con sinovitis refractaria. Material: biopsia mediante artroscopia. Variables: respuesta a la terapia, vía de administración, tipo de tratamiento. Criterios diagnósticos: índice de Thompson de sinovitis, estadio radiológico de la ARA de lesión articular. Tratamiento: según las guías de tratamiento con radionúclidos del EANM Comité de terapia con Radionúclidos. Método estadístico: SPSS 15.0.

Discusión: El tratamiento intraarticular usando radionúclidos parece ser el mejor tratamiento conservador local de la sinovitis crónica que ha sido aceptado como una alternativa a la sinovectomía quirúrgica. Mínimos o moderados cambios según los estadios I y II de Steinbrocker tienen una buena respuesta a la terapia con radionúclidos.

Resultados: Hemos obtenido que en función del estadio radiológico, el 100% de los casos de anquilosis o fibrosis ósea requirieron tratamiento posterior con fármacos biológicos a pesar de la terapia isotópica; y en el resto de estadios radiológicos, sólo el 12,5% precisaron tratamiento posterior con fármacos biológicos ($p = 0,222$). Este resultado no es significativo. Hemos observado que en el 100% de los casos de osteoporosis con o sin destrucción ósea, no se realizó tratamiento previo con metotrexato ($p = 0,048$). Este resultado es significativo. Y finalmente, no hemos obtenido diferencias en la respuesta al tratamiento con respecto a la vía de administración y/o tipo de terapia (radioisótopo respecto a corticosteroides más radioisótopo). Aunque, en todos los casos con destrucción ósea y de cartílago en la radiografía se había empleado la vía de administración anterior y se habían inyectado corticosteroides más radioisótopo ($p = 0,083$). Este resultado está próximo a la significación. Mientras que en el resto de casos se había empleado la vía de administración lateral y se había inyectado radioisótopo.

Conclusiones: 1. El estadio radiológico denominado anquilosis o fibrosis ósea requirió tratamiento posterior con fármacos biológicos a pesar del tratamiento isotópico; y en el resto de estadios radiológicos, sólo el 12,5% requirieron tratamiento posterior con fármacos

biológicos ($p = 0,222$). Este resultado está próximo a la significación. 2. En todos los casos de osteoporosis con o sin destrucción ósea, no había existido tratamiento anterior con metotrexato ($p = 0,048$). Este resultado es significativo. 3. Finalmente, no hemos obtenido diferencias en la respuesta a la terapia respecto a la vía de administración y/o tipo de tratamiento (radioisótopo frente a corticosteroides más radioisótopo). Aunque, en todos los casos de destrucción de hueso y cartílago en la radiografía se había empleado la Vía de administración anterior y se había inyectado corticosteroide más radioisótopo ($p = 0,083$). Este resultado está próximo a la significación. Mientras que en el resto de casos se había empleado la vía de administración lateral y se había inyectado radioisótopo.

327. DEBUT DE LOS PACIENTES CON GRANULOMATOSIS DE WEGENER

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

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

Introducción: La granulomatosis de Wegener, vasculitis necrotizante granulomatosa caracterizada por afectación de tracto respiratorio, inferior superior, pudiendo afectar riñones, piel, sistema nervioso. El inicio suele ser indolente, con síntomas inespecíficos, puede tardarse meses e incluso años en llegar al diagnóstico. La presentación clínica inicial más frecuente es afectación de vías respiratorias altas (90%). La afectación pulmonar hallazgo principal, infiltrados pulmonares en un 70% y nódulos generalmente múltiples, bilaterales y cavitados en cerca del 60%. La afectación renal puede conllevar a insuficiencia renal crónica en 42% de casos. Nuestro objetivo, presentar forma de inicio de pacientes diagnosticados de granulomatosis de Wegener en los últimos dos años.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, revisamos 5 pacientes, analizando variables clínicas que motivan ingreso y diagnóstico de la enfermedad.

Resultados: En nuestra serie la edad media era de $48,4 \pm 20,3$ años, 3 varones y 2 mujeres. Edad media al diagnóstico $43,4 \pm 18,6$ años. Todos requirieron hospitalización al inicio del cuadro, como motivo de ingreso el 100% fiebre, poliartritis, y afectación cutánea (lesiones purpúricas difusas en 4 de los pacientes y en uno de ellos infartos vasculíticos con necrosis digital en MMII). La afectación nasal en 3, dos de los cuales con episodios repetidos de epistaxis, rinorrea y costras nasales, y uno presentó sinusitis paranasal. Tan sólo uno presentó al inicio afectación renal con alteración en sedimento urinario (hematuria y proteinuria en rango nefrítico) sin repercusión de función renal y se resolvió tras administración de esteroides iv. El 40% afectación pulmonar por nódulos pulmonares cavitados múltiples y bilaterales. Durante el ingreso 2 pacientes presentaron mononeuropatía axonal. Evolución global favorable tras instaurar tratamiento esteroideo dosis

Tabla Resumen 327

Debut de los pacientes con granulomatosis de Wegener

| Debut clínico | Fiebre y artritis | Afectación digestiva | Afectación ORL | Afectación cutánea | Afectación pulmonar | Afectación renal | Afectación neurológica | Tratamiento de inicio | Evolución |
|---------------|-------------------|---|--|--------------------------------|---------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------|
| Paciente 1 | Sí | Enteritis difusa y perforaciones intestinales múltiples | Aftas orales, costras nasales, epistaxis | Púrpura palpable | No | No | Mononeuropatía axonal | Ciclofosfamida y prednisona | Favorable |
| Paciente 2 | Sí | No | No | Púrpura palpable | Nódulos cavitados | No | No | Ciclofosfamida y prednisona | Favorable |
| Paciente 3 | Sí | No | No | Exantema generalizado | Nódulos cavitados | No | No | Ciclofosfamida y prednisona | Favorable |
| Paciente 4 | Sí | No | Sinusitis paranasales | No | No | No | No | Ciclofosfamida y prednisona | Exitus |
| Paciente 5 | Sí | No | No | Infartos vasculíticos en MM.II | Nódulos cavitados | Alt. sedimento urinario | Mononeuropatía axonal | Ciclofosfamida y prednisona | Favorable |

altas, salvo en un paciente que presentó vasculitis intestinal con enteritis difusa y perforaciones intestinales múltiples. El 100% c-ANCA positivos especificidad PR3. Se inició tratamiento con esteroides a dosis altas y ciclofosfamida, con resolución de la clínica. Los últimos 3 años, se inició en dos terapia combinada de ciclofosfamida y rituximab por afectación pulmonar severa, con buena respuesta en uno y fallecimiento en el otro paciente a consecuencia de cuadro séptico.

Conclusiones: En nuestra experiencia, se pone de manifiesto que la clínica que motiva el ingreso inicial y diagnóstico de estos pacientes es aguda e inespecífica, con espectro de gravedad variable, siendo la afectación cutáneo-articular y de vías respiratorias altas las más frecuentes, tal y como se registra en la literatura científica. En ocasiones la clínica puede evolucionar rápidamente hacia formas de enfermedad grave con compromiso visceral, requiriendo diagnóstico precoz, que permita iniciar de forma temprana el tratamiento inmunosupresor (ciclofosfamida y glucocorticoides a altas dosis), para evitar desarrollo de lesiones irreversibles con disfunción orgánica secundaria. Tras instaurar tratamiento inductor de remisión, la mayoría de los pacientes presentan una buena respuesta clínica, siendo preciso tras alcanzar la remisión, sustituir la ciclofosfamida por otras drogas menos tóxicas, como el metotrexato o la azatioprina, en fase de mantenimiento.

328. CARPITIS REUMATOIDE: ¿UN SUBTIPO DE ARTRITIS REUMATOIDE?

A. Román Pascual, M. Ahijón, C. Macía, J. Bachiller Corral, M. Vázquez, A. Rodríguez y A. Zea Mendoza

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por una artritis poliarticular y simétrica. Las pequeñas articulaciones de pies y manos son las afectadas con mayor frecuencia. Sin embargo, la enfermedad puede cursar como artritis uni o bilateral de otras articulaciones (carpo, hombro o con menor frecuencia, rodilla).

Objetivo: Describir la carpititis reumatoide como una posible categoría de la enfermedad.

Material y métodos: Se recogieron de forma retrospectiva las características epidemiológicas, clínicas, serológicas, radiológicas y de tratamiento de una cohorte de pacientes con artritis uni o bilateral de carpo diagnosticadas en nuestro Servicio. En el análisis de datos se objetivó que el 100% de las pacientes eran mujeres. La edad media en el momento del diagnóstico fue de 55 años. Sólo una de las pacientes presentaba antecedentes familiares de la enfermedad (11,11%). Respecto a los factores de riesgo cardiovascular, el 100% de las pacientes carecía de factores de riesgo cardiovascular como diabetes mellitus y dislipemia y el 89% estaba libre de hipertensión arterial. El 100% de las pacientes presentaba afectación bilateral y sólo el 33% refería rigidez matutina superior a 1 hora en el momento del diagnóstico. El 100% de las pacientes negaban xerostomía o fenómeno de Raynaud asociado, sin embargo, el 22% de las pacientes refería xeroftalmia asociada. El 66,6% de las pacientes presentaba un factor reumatoide positivo en el momento del diagnóstico, observándose una tendencia a la negativización del mismo con la evolución de la enfermedad. Sólo el 44,4% de las pacientes presentaba un anti CCP positivo en algún momento de la evolución de la enfermedad. El 100% de las pacientes presentaba anticuerpos antinucleares negativos y serología para virus hepatitis C negativa. El Mantoux resultó positivo en el 50% de las pacientes a las que se les realizó.

Resultados: La ecografía de carpos mostraba sinovitis con señal power doppler en el 100% de las pacientes, al igual que el 100% de las biopsias sinoviales realizadas fueron informadas como sinovitis crónicas inespecíficas. El 100% de las pacientes recibió tratamiento a lo largo de la enfermedad con corticoides, metotrexato y leflunomida. Las dosis media de corticoide administrado fue de 6,5 mg/día de

prednisona y respecto al metotrexato, de 12,7 mg semanales. Ninguna de nuestras pacientes recibe tratamiento con fármacos biológicos. Es posible que al igual que en otras enfermedades reumatológicas, en la artritis reumatoide se puedan identificar diferentes categorías o subtipos clínicos, siendo uno de ellos la "carpititis reumatoide".

Conclusiones: Es necesario realizar estudios que permitan definir los diferentes subtipos o categorías clínicas de la enfermedad. Probablemente la diferenciación de estas categorías tenga valor pronóstico y permita optimizar el tratamiento de nuestros pacientes en la práctica clínica habitual.

329. RÁPIDA APARICIÓN DEL PATRÓN DE DOLOR CRÓNICO EN LOS PACIENTES CON DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO SUBAGUDO

M.M. Redondo¹, L. León^{1,2}, M.A. Pérez Nieto¹, L. Abásolo² y J.A. Jover²

¹Universidad Camilo José Cela. Madrid. ²Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: Prevenir el dolor y discapacidad de tipo crónico es un objetivo primordial. El patrón de dolor crónico implica altos niveles de emocionalidad negativa, dolor y discapacidad percibidos. Pocos estudios han evaluado el momento en que ese patrón aparece.

Objetivo: El objetivo del trabajo fue comprobar que el patrón de dolor crónico aparece en estadios subagudos y puede ocasionar en el paciente una discapacidad permanente.

Métodos: Se utilizaron una muestra de 146 pacientes subagudos de 4 semanas con incapacidad temporal de origen musculoesquelético (IT-ME), una muestra crónica de 95 pacientes con artritis reumatoide (AR) y un grupo control de 81 sujetos sanos (GC). Todos los sujetos fueron evaluados con los siguientes instrumentos: El Cuestionario de Tristeza Depresión-CTD, el Inventario de de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA-B, el Cuestionario de Evaluación de Salud HAQ, una escala visual analógica para la intensidad del dolor y una escala tipo likert para la frecuencia del dolor. Se realizaron análisis descriptivos y bivariados usando t de Student. Los análisis incluyeron: una comparación de las puntuaciones en los test en los pacientes (IT-ME y AR) vs grupo control, y las diferencias entre pacientes ME y con AR.

Resultados: Los pacientes con IT-ME fueron más jóvenes (45 ± 10 años) que los pacientes con AR (52 ± 13 años) y el grupo control (51 ± 8 años). No hubo diferencias entre sexos en los grupos de estudio. Comparados con el grupo control, el conjunto de pacientes tuvo peores resultados en ansiedad y en depresión, así como mayores niveles de intensidad y frecuencia del dolor. Ambos grupos de pacientes (IT-ME y AR) mostraron altas puntuaciones en el HAQ ($1,11 \pm 0,69$). Los pacientes con IT-ME tuvieron mayor frecuencia e intensidad del dolor que los pacientes con AR ($p < 0,001$). Ambos grupos mostraron altos niveles de emocionalidad negativa.

Conclusiones: Nuestros resultados encontraron que los pacientes con dolor y discapacidad de tipo subagudo mostraban un patrón muy similar en emocionalidad negativa y percepción de dolor y discapacidad, sugiriendo que esos factores aparecen en un estadio muy temprano.

330. PÉRDIDAS DE SEGUIMIENTO Y MOTIVO DE FALLECIMIENTO EN UNA COHORTE LOCAL DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

J. Rosas¹, J.M. Senabre¹, C. Santos-Ramírez¹, G. Santos-Soler¹, X. Barber², N. Llahí¹, C. Cano¹ y R. Riestra¹

¹Sección Reumatología del Hospital de la Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante. ²Centro de Investigación Operativa de la Universidad Miguel Hernández. Elche.

Objetivo: Conocer las causas de las pérdidas de seguimiento y las características de los pacientes fallecidos en una cohorte local de pacientes con artritis reumatoide (AR).

Métodos: Se analiza las causas de la pérdida de seguimiento mayor de 1 año en una cohorte de 274 pacientes en seguimiento habitual en la Consulta de Reumatología del Hospital Marina Baixa.

Resultados: De los 274 pacientes en seguimiento durante un periodo medio de $7 \pm 4,8$ años se detectan 74 pacientes (27%) con pérdida de seguimiento: en 34 pacientes (45%) se desconoce la causa, 9 (12%) por cambio de domicilio, 31 (42%) por fallecimiento. De los 31 pacientes que se conoce su fallecimiento: el 52% eran mujeres, tenían una edad media de 65 ± 14 años, con un seguimiento medio en la consulta de 8.2 años. Respecto de la edad al diagnóstico de la AR, el 59% tenían más de 65 años, el 30% entre 45 y 65 años y el 11% menos de 45 años. El 89% eran españoles. El 56% tenían al menos un factor de riesgo cardiovascular. En el 78% de los pacientes la AR había debutado como poliartritis y en el 4% como un cuadro tipo polimialgia reumática. El 81% de los pacientes presentaban FR y el 67% anti-PCC positivo. El 73% presentaban erosiones radiológicas en manos o pies. El 67% había recibido metotrexato, el 11% antipalúdicos, el 7% leflunomida, el 4% sulfasalacina, el 4% ciclosporina A y otros el 2% restante. Ninguno de ellos había recibido fármacos biológicos. Las causas del fallecimiento se conocen en 27 pacientes (87%): 14 pacientes (52%) por causa cardio-vascular, 7 (26%) por etiología infecciosa, 5 (19%) en relación a enfermedad neoplásica (pulmón: 3 pacientes, colon: 2 pacientes, otros: 4 pacientes) y 1 paciente (4%) por complicaciones derivadas de la cirugía.

Conclusiones: 1. En nuestra cohorte local de pacientes con AR existe una pérdida de seguimiento superior a 1 año en el 27% de los pacientes. 2. El fallecimiento del paciente es motivo de la pérdida en el 42% de los pacientes. 3. El origen cardiovascular fue la causa más frecuente de fallecimiento.

331. VALORACIÓN ENFERMERA ANTES Y DESPUÉS DE TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB

A.M. Sánchez Pastor, A. García Roy, M. Pérez Martínez, C. Santiago Corral, A.I. Sanz Romero, D. Calvo Prieto y B. Tapias de las Heras

Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivo: Buscar una forma de valoración desde el punto de vista enfermero y valorar la evolución de los pacientes que están en tratamiento con infliximab dentro de la U.C.E.

Métodos: Elaboración de una encuesta en la que se valora una serie de parámetros (incluidos en los patrones funcionales de Gordon), antes y después del tratamiento con infliximab. Realización de la encuesta a todos los pacientes que están en tratamiento con infliximab. Análisis de los resultados obtenidos en la encuesta.

Resultados: Se han encuestado un total de 15 pacientes, remitidos por el Servicio de Reumatología, en un periodo comprendido de enero a diciembre de 2007. De estos 15 pacientes, 6 están diagnosticados de espondilitis anquilosante, 2 de espondiloartrosis y 7 de artritis reumatoide. La edad media es de 42 años (27-42 años). Los parámetros analizados son: – Dolor: ha disminuido en el 100% de los pacientes, siendo el parámetro que más ha mejorado en el total de los pacientes. – Higiene personal: del total de los pacientes encuestados, 9 tenían dificultad para realizar una higiene adecuada, y después de iniciar el tratamiento en los 9 se ha visto mejorada. – Actividad física: ha mejorado en el 100%. – Actividad laboral: había 10 pacientes que trabajaban y en todos ha mejorado la capacidad para realizar su actividad laboral. – Sueño: ha mejorado la calidad del sueño en el 100% de los pacientes encuestados. – Relaciones personales: en 10 de los pacientes ha mejorado y 5 siguen encontrándose como antes de iniciar el tratamiento. – Autopercepción-Autoconcepto: en todos los pacientes ha mejorado después de iniciar el tratamiento.

Conclusiones: En el 100% de los pacientes que se han encuestado, han mejorado todos y cada uno de los parámetros, siendo el parámetro que ha experimentado una mejoría más importante el dolor. Podemos terminar concluyendo, que se puede realizar una valoración desde el punto de vista de enfermería y basándonos en los patrones funcionales de Gordon que nos permita ver la evolución de los pacientes en tratamiento con infliximab y la efectividad del tratamiento.

332. INFILTRACIÓN EPIDURAL LUMBAR: UNA ALTERNATIVA MÁS

A. García Roy, A.M. Sánchez Pastor, C. Santiago Corral, M. Pérez Martínez, A.I. Sanz Romero, D. Calvo Prieto y B. Tapias de las Heras

Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción: La infiltración epidural lumbar, es un procedimiento terapéutico intervencionista, que se incluye dentro de la cartera de servicios de la Unidad de Reumatología y otros, aunque su implementación está muy extendida. Se está haciendo desde hace 10 años, con una media de 100 infiltraciones por año y con una periodicidad de 3 infiltraciones (si se ha de repetir no debe aumentar un mínimo de 6 meses de un ciclo a otro). La infiltración epidural se realiza en hospital de día de la Unidad de Corta Estancia, con consentimiento informado. Este procedimiento está indicado en las siguientes patologías: – Artrosis lumbar, canal estrecho y radiculopatía secundaria (son el 70%), hernia discal con dolor radical (25%) y dolor lumbar refractario (5%).

Objetivo: Valorar la eficacia y seguridad de este procedimiento y el beneficio para el paciente.

Material y métodos: Intervenciones de enfermería: – Preparación del kit (jeringas de baja resistencia), paños estériles, gasas, guantes, betadine, agujas, jeringas y medicación. – Recepción del paciente, no ayunas, sin antiagregantes. – Toma de constantes vitales. – Canalización de vía venosa periférica. – Colocación del paciente en sedestación. – Tras el procedimiento, vigilancia del paciente durante 30 minutos en que debe permanecer en reposo absoluto (control de constantes, vigilar reacciones adversas...) si no hay complicaciones el paciente se va de alta a su domicilio. Técnica de IEL: acceso vía post lumbar en espacio interespinoso; anestesia de planos subcutáneos para disminución de sensación dolorosa. Se introduce aguja de tuit hasta llegar a espacio epidural (se observa bajada de resistencia para ver que no hay reflujo de líquido cefalorraquídeo), se inyecta suero salino para reconfirmar la ausencia de reflujo y la permeabilidad del acceso y se administra la medicación: bupivacaína, suero salino, levobupivacaína y 80 mg de triancinolona acetónido. Complicaciones: el índice es muy bajo, cefalea 0,05%, reacciones vagas 0,05%, bloqueo motor incompleto 0,02% y reacciones inespecíficas 0,01%.

Resultados: EL 95% de los pacientes mejora su calidad de vida, evidenciándose una disminución del dolor, reanudando su actividad laboral.

Conclusiones: Esta técnica es una alternativa eficaz, frente a patologías que no han resultado con tratamiento farmacológico.

333. ESTUDIO PILOTO DE NUEVAS HERRAMIENTAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA (FM) EN ASISTENCIA PRIMARIA

G. Ávila, M. Acosta, I. Acosta, E. Quesada, C. Molina, M. Brat, P. Barceló y C. Alegre

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: La frecuencia de consultas en reumatología para valorar dolor generalizado es muy elevada siendo muchas de ellas FM

que no requieren especial instrumentación para el diagnóstico, por ello puede ser importante encontrar un método fácil y rápido que confirme el diagnóstico de FM en asistencia primaria a fin de disminuir la presión asistencial en las consultas de especialidades. Para ello Wolfe, propone la versión inglesa de la escala SI (Symptom Intensity Scale), que proporciona una manera efectiva y fácil de diagnosticar y medir la intensidad de los síntomas en los pacientes con FM sin examen físico.

Objetivo: Evaluar la probable utilidad de la escala SI para el diagnóstico de FM y su aplicabilidad en nuestra población.

Métodos: Se ha realizado un estudio observacional, prospectivo de forma consecutiva en mujeres que acudieron a la consulta de reumatología por dolor crónico osteoarticular. Se incluyeron mujeres, mayores de 18 años que dieron su consentimiento. La escala SI, es auto-administrada, primero filtra a los que presentan o no fatiga, descartando a los que no, a continuación consta de dos partes: la primera es una escala analógica, para medir la intensidad de la fatiga y la segunda presenta 19 áreas anatómicas (mandíbula, tórax, abdomen, brazos, antebrazo, muslos, piernas, caderas, hombros, cuello, cabeza, lumbar, espalda) en donde se debe marcar si siente dolor y su intensidad, se considera un valor de cero el grado leve, y 1 al dolor moderado y severo. La escala SI, se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula: (escala analógica de fatiga + valor del dolor de las áreas/2)/2. Un valor mayor o igual a 5,75 se considera positivo para el diagnóstico de FM y uno menor diferenciaría el síndrome de FM de otras patologías reumáticas.

Resultados: Se estudiaron 40 enfermas consecutivas de las cuales 20 tenían el diagnóstico de FM y 20 otros diagnósticos entre ellos 5 artritis reumatoideas. 9 pacientes no presentaban fatiga. El valor de la escala SI fue positivo ($\geq 5,75$) en 5 casos sin FM, 3 de ellos con AR y en 5 casos de FM el valor de la escala fue negativo. La sensibilidad y especificidad de esta escala en nuestra población fue de un 75%, y el valor predictivo positivo y negativo, un 75% para ambos. El índice de concordancia kappa fue de 1, que según la escala de Landis y Koch, corresponde a una buena concordancia. El cociente de probabilidades positivas fue de 3 (mayor probabilidad que siendo el test positivo se trate de una FM).

Conclusiones: Los falsos positivos y negativos podrían justificarse por diversas razones: enfermedades como la AR frecuentemente se asocian a fatiga por lo que si hay cierta actividad inflamatoria puede darnos un falso positivo; los falsos negativos se corresponden a FM que están en tratamiento y se encuentra muy estables o bien de su proceso; la n de este estudio es pequeña por lo que los resultados no se correlacionan con los estudios previos por el número de falsos positivos y negativos. Lo que hace concluir que se necesita validar el cuestionario a nuestra población e idioma y realizar un estudio con una n más amplia para poder apreciar su utilidad. Futuros análisis deberían realizarse en enfermos libres de tratamiento y en controles que excluyesen enfermedades que potencialmente se asocian con fatiga.

334. PREVALENCIA DE ARTROSIS CERVICAL EN CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

C. Alegre, A. Rodríguez de la Serna, A. Escola, R. Huguet, G. Ávila, I. Acosta y M. Brat

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Hospital de Sant Pau. Clínica Universitaria Dexeus. Ambulatorio de Numancia. Barcelona.

Introducción: La mayoría de la población experimenta en algún momento cervicalgia. Se estima que entre un 22 a un 70% de la población tendrá dolor cervical en algún momento de sus vidas, pero sólo entre un 1,7% a 11,5%, llega a interferir en su actividad diaria.

Objetivo: Conocer la prevalencia de artrosis cervical en consulta externa de Reumatología.

Métodos: Estudio multicéntrico, epidemiológico, observacional, descriptivo, transversal para valorar la prevalencia de la artrosis cervical de más de 6 meses de evolución. Se han incluido cuatro centros de Barcelona capital, dos de ellos hospitalarios y dos ambulatorios (uno privado y otro público). Estudio autorizado por el comité de ética del Hospital Universitario Vall d'Hebron. Como criterio de inclusión, se han valorado durante un mes todos los pacientes de ambos sexos de 50 años o más que firmen el consentimiento informado y acudieron a consulta de reumatología. Para el análisis, se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 17.0.

Resultados: En total se han contabilizado 1.543 vistas, el 73,8% entre 50 y 70 años y el 26,9% corresponde a una edad superior a 70 años y predominando el género femenino (74%), de las cuales un 10,9% han sido pacientes con artrosis cervical (n = 164) de 6 o más meses de evolución. En concreto en cada uno de estos centros, la proporción fue la siguiente: Hospital seguridad social 8,4%, Hospital concertado 13,4%, Clínica privada 8,7% y ambulatorio de primaria 15,4% (tabla).

Tabla Resumen 334

| Centro | N | Cervicoartrosis |
|---------------------|-------|-----------------|
| Hospital SS | 202 | 8,40% |
| Hospital concertado | 192 | 13% |
| Hospital privado | 726 | 80,70% |
| C.esp. primaria | 382 | 15,40% |
| Total | 1.502 | 10,90% |

Conclusiones: La prevalencia de artrosis cervical varía poco entre los centros de referencia. No hay importantes variaciones entre lo público y privado ni entre los centros hospitalarios o ambulatorios. Esto confirma que aproximadamente el 11% de nuestra consulta padece una artrosis cervical lo que nos debería llevar a una profundización mayor de este problema.

335. NIVELES DE INTERLEUCINAS (IL) EN PLASMA DE ENFERMAS CON FIBROMIALGIA (FM)

C. Alegre, G. Ávila, M. Brat, M.I. Acosta, C. Molina, E. Quesada y P. Barceló

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: En diversas publicaciones se han detectado niveles alterados de ciertas ILs en la fibromialgia correlacionándolos con su posible etiología. En estos artículos se han detectado alteraciones en los niveles de diversas IL, Carbonell et al detectaron un aumento de la IL-1 y del TNF-alfa y su receptor 1, en biopsias musculares de 30 FMs. La confirmación de estos hallazgos podría ser de gran importancia para enfocar el tratamiento de los pacientes que presentasen estas alteraciones. Por ello hemos querido corroborar esos datos analizando los niveles de ILs en plasma de 13 FM diagnosticadas según los criterios de la ACR de 1990.

Objetivo: Detectar la existencia o no de alteraciones de los niveles de ILs en plasma de pacientes FM, especialmente las ILs 10 y 6.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal. Se incluyeron enfermos de ambos sexos con edad comprendida entre 18 y 70 años que cumplieren los criterios clínicos propuestos por ACR para el diagnóstico y clasificación de la FM (ACR 1990 Criteria for fibromialgia) y que estuvieran dispuestos a dar el consentimiento informado por escrito para participar. Se realizó extracción de sangre a todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y se analizaron mediante la técnica de Elisa. Se valoró la mediana de cada uno de ellas.

Resultados: Se estudiaron 12 enfermos, 1 varón y 11 mujeres de edad media 47,4 ($\pm 6,7$). Los niveles de IL se muestran en la tabla.

Tabla Resumen 335

| Pacientes | IL-1 | IL-1B | IL-2 | IL-6 | IL-8 | IL-10 | Inf-gamma | TNF-alfa |
|-----------|------|-------|-------|------|------|-------|------------|----------|
| 1 | - | - | 62,4 | 41 | 12,4 | 41,7 | 11 | 27,4 |
| 2 | 1,3 | 1,2 | 5,4 | 4,2 | 29,2 | 1,7 | 0,4 | 7 |
| 3 | 2,1 | 1,5 | 11,8 | 29,3 | 20,1 | 25,6 | 3,2 | 4 |
| 4 | 3,2 | 1,8 | 18,8 | 17,6 | 16,3 | 6,7 | 7,6 | 6,7 |
| 5 | 1 | 1 | 28,4 | 9,7 | 14,1 | 5,8 | 2,1 | 3 |
| 6 | 0,3 | 0,8 | 1,2 | 4,3 | 4 | 2,5 | - | 0,9 |
| 7 | - | - | 176,3 | 24,9 | 8,2 | 14,2 | - | - |
| 8 | - | - | 60,7 | 10,1 | 38 | 5,3 | - α | 29,8 |
| 9 | 1,9 | 1,5 | 11,1 | 4,2 | 8,7 | 5 | 4,9 | 6,1 |
| 10 | 1,1 | 1,9 | 17 | 4,3 | 8 | 2,5 | 2 | 3,4 |
| 11 | 3,1 | 3,2 | 13,1 | 19 | 10,8 | 9,9 | 10,8 | 6,2 |
| 12 | 0,9 | 0,6 | 13,8 | 5,1 | 9,3 | 1,6 | 1,8 | 1,7 |

Conclusiones: Detectamos valores fuera de rango en orden de frecuencia de la IL-10, IL-2, IL-6, IL1B, INF-gamma y IL-8. Las mayores alteraciones fueron en la IL-10 y IL-2 y en todos los pacientes la IL-10 y en 10 pacientes la IL-2. El valor promedio en IL-10 fue 4 veces el valor normal ± 7 y en la IL-2 $2,5 \pm 7$ el valor normal. En forma aislada hemos detectado hasta casi 30 veces el valor normal de estas 2 ILs. Estos hallazgos corroboran anteriores estudios, necesitando confirmarlos en poblaciones de mayor N y asociarlo con la clínica y la respuesta al tratamiento.

336. REINICIO DE TERAPIA BIOLÓGICA DURANTE EL TRATAMIENTO TUBERCULOSTÁTICO EN UNA PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE DESARROLLÓ TUBERCULOSIS MIENTRAS RECIBÍA INFILIXIMAB. EVOLUCIÓN A 2 AÑOS

S. Cabrera, M.V. Hernández, V. Ruiz-Esquide, J.A. Gómez-Puerta, J. Martín, J.D. Cañete y R. Sanmartí

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

Introducción: El tratamiento anti-TNF se ha asociado a un aumento de reactivación de tuberculosis (TBC) latente, estando contraindicado en caso de TBC activa. Recientemente se han publicado algunos casos de reinicio de anti-TNF en pacientes que han desarrollado TBC durante el tratamiento una vez completado el tratamiento tuberculostático. Presentamos el caso de una paciente con screening negativo inicial para TBC latente que desarrolló TBC pulmonar a los 5 años (a) de tratamiento biológico con infliximab (INF), en la que se reinició INF antes de finalizar el tratamiento tuberculostático debido a reactivación de su artritis. Describimos el cuadro clínico y su evolución a 2 a.

Caso clínico: Mujer de 59 a afectada de artritis reumatoide de 41 a de evolución que había recibido tratamiento con diversos FAMES (sales de oro, metotrexato) retirados por ineficacia. En febrero-02 inicia terapia biológica con INF 3 mg/kg, siendo el screening de TBC latente negativo, con muy buena respuesta clínica y manteniendo el tratamiento. En diciembre-07 presentó astenia, fiebre, tos y sudoración nocturna de 3 semanas de evolución. No se observó BK en esputos seriados. La radiografía de tórax (RxT) mostró condensación parahiliar izquierda (I). Un TAC torácico mostró condensación de lóbulo superior I, derrame pleural I y múltiples adenopatías de 1 cm a nivel paratraqueal I. Se realizó fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar y biopsia transbronquial que no evidenció atipias celulares. Se orientó inicialmente como probable TBC pulmonar, iniciándose terapia cuádruple tuberculostática (isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol) confirmándose el diagnóstico con cultivo de Löwenstein de esputo positivo para *Mycobacterium tuberculosis complex*, multisensible. Se suspendió INF habiendo recibido la última dosis en octubre-07. La paciente presentó mejoría clínica con desaparición de la fiebre y tos y la RxT de control a los 15 días mostró mejoría de condensación y de derrame pleural. Un TAC torácico de control en febrero-08 mostró mejoría de condensación alveolar y disminución de adenopatías. A los 3 meses de la última infusión de INF la paciente presentó reactivación de su artritis. Se decidió

reinicio de INF a los dos meses de tratamiento tuberculostático (febrero-08), con control evolutivo estricto (clínico y radiológico) de su patología pulmonar, presentando nuevamente buena respuesta clínica a INF manteniendo el tratamiento hasta la actualidad. Asimismo completó un año de tratamiento tuberculostático (diciembre-08), sin ninguna recidiva clínica y presentando una mejoría de las lesiones radiológicas en los controles posteriores (RxT, TAC torácico). Los cultivos de esputo de control fueron también negativos. Actualmente tras 2 a de seguimiento, la paciente no ha presentado ninguna recidiva de TBC pulmonar o extrapulmonar, manteniéndose asintomática y continuando el tratamiento con INF.

Discusión: El tratamiento con anti-TNF, a pesar de estar contraindicado reintroducirlo antes de completar el tratamiento tuberculostático, podría tener un efecto "paradójico" al inhibir la formación del granuloma, evitando que la bacteria quedara acantonada y favoreciendo un efecto bactericida más que bacteriostático, pudiendo contribuir a la erradicación de la infección bacteriana. En este caso se ha visto que además de conseguir una curación eficaz de la TBC, con completa resolución, su reintroducción no se ha visto acompañada de ningún efecto adverso y se ha mostrado segura, sin complicaciones a largo plazo.

337. CUANDO LA MINOCICLINA FUE LA MEJOR OPCIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

P.A. Zurita Prada^{1,2}, M. Ruiz Grispán², C.L. Urrego Laurín¹ y B. Varas de Dios¹

¹Área de Reumatología. Hospital General de Segovia. ²Hospital Moncloa. Madrid.

Caso clínico: Mujer de 68 años con antecedentes personales de tabaquismo, HTA, DM no insulindependiente en seguimiento a raíz de ingreso hospitalario prolongado. Diagnosticada de AR en base a cuadro de poliartritis crónica simétrica erosiva seronegativa (FR, CCP, ANA, ENAs, HLA B27) de 3 años de evolución de pequeñas articulaciones de las manos, hombros, rodillas, tobillos y mts, permanecía en tratamiento con esteroides y metotrexato (20 mg/sem). Dos meses previos al ingreso, se había añadido leflunomida por mal control sintomático suspendida poco después por intolerancia digestiva y que provocó la necesidad de un incremento de esteroides. Se produjo entonces un importante descontrol glucémico acompañado además de la aparición de lesiones ulcerosas perianales que en un principio se propusieron como de causa micótica en paciente inmunodeprimido. La mala evolución de las úlceras, la descompensación persistente de las glucemias y un brote poliarticular motivó finalmente el ingreso. En la exploración física presentaba mal estado general, Cushing yatrogénico, fiebre 38° y sinovitis con hipertrofia sinovial en mcs, carpos, rodillas y tobillos (NAD: 10 NAT: 10). Asociaba úlceras perianales y en cara interna del glúteo muy dolorosas y de fondo ulcerado y necrótico. Analíticamente destacaba Hb 10,0 mg/dl, VSG 56, glucosa 316, GOT 130, GPT 102 y GGT 189, así como OE con piuria y bacteriuria. Junto con la retirada del metotrexato, se indicó reposo, antibioterapia amplio espectro, aumento de AINE y analgésicos, manteniendo mismas dosis esteroideas e insulinoterapia según requerimiento glucémico. La evolución inicial fue tórpida, con artritis persistente y progresión de las úlceras a pesar del tratamiento antibiótico y antifúngico tópicos, realizándose finalmente una biopsia resultando compatible con pioderma gangrenoso. Como causas secundarias, se descartó enfermedad inflamatoria intestinal, pero se encontró nódulo pulmonar sugestivo de neoplasia, confirmándose el diagnóstico de Adenocarcinoma bronquioloalveolar (T1, N0, M0), siendo el tratamiento de elección la lobectomía LID y sin necesidad de QT ni RT hasta ver evolución posterior. Antes de la intervención quirúrgica se solicitaba control de la sintomatología articular y cutánea que tenía postrada a la paciente. Ante estos antecedentes, se decidió tratamiento con 40 mg (1/2 mg/kg/día) de prednisona e introducción de minoci-

clina (100 mg/12h), dado que posee indicación tanto para AR como PG. A las dos semanas presentaba respuesta parcial articular (NAD: 4 NAT: 4) y mejoría importante del pioderma, con Cushing severo bien controlado y control glucémico adecuado con insulina. En ese momento se realizó lobectomía LID sin incidencias. A los 10 días se produjo el alta y a las 4 semanas de la cirugía, los parámetros analíticos eran normales, persistiendo leve resto cicatricial ulcerado perianal y sinovitis en carpos y tobillos, por lo que se añadió salazopirina (2 g/día). A los 3 meses, con 7,5 mg/día de prednisona de mantenimiento, no presentaba úlceras y únicamente sinovitis residual en carpos. La minociclina fue suspendida por intolerancia digestiva, permaneciendo la paciente con aceptable control articular con bajas dosis esteroideas, salazopirina y añadiéndose hidroxiclороquina. Después de dos años no se ha producido recidiva oncológica ni del PG.

Discusión: A pesar de todo el arsenal terapéutico actual, la minociclina resultó una opción oportuna y eficaz en este caso concreto.

338. ¿ES ÓPTIMA LA DERIVACIÓN DE PACIENTES A LAS UNIDADES DE REUMATOLOGÍA?

N. Lozano-Rivas, E. Sainz, C. Tornero y J. Gálvez

Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia.

Introducción: La demanda de asistencia por enfermedad reumática ha aumentado de forma espectacular en los últimos años, pero los recursos que disponemos son limitados. Por tanto resulta esencial conocer las características del flujo de pacientes que acuden a nuestra consulta para intentar ofrecer oportunidades de mejora.

Objetivo: Conocer los aspectos más relevantes de la derivación de pacientes remitidos a una Unidad de Reumatología.

Material y métodos: Estudio prospectivo con 119 pacientes consecutivos en primera visita mediante el uso de una hoja de recogida de datos. Se obtuvo información sobre la procedencia de los pacientes, motivo e idoneidad de la derivación, pruebas complementarias aportadas y utilidad de las mismas.

Resultados: La edad media de la población fue de $52,8 \pm 15,1$ años siendo un 72,3% mujeres. Analizando por categorías la información obtenida: – Origen de la derivación: el 58% de los pacientes fueron derivados desde Atención Primaria y un 17,5% provenían de Traumatología. – Causas de la derivación: 37,8% problema diagnóstico, 32,8% cuadro crónico que no mejora, 18% enfermedad específica, 23,5% problema terapéutico, 7,6% un problema laboral y en 6 el% la causa fue ansiedad. – Exploraciones complementarias aportadas: un 49,6% no aporta pruebas básicas. Sin embargo, podrían haber resultado de ayuda diagnóstica en el 72% de esos casos. – Otros servicios implicados: en un 37% de los casos se había derivado por el mismo proceso a otra especialidad fundamentalmente Traumatología.

Conclusiones: Atención Primaria y Traumatología son las fuentes principales de derivación. El motivo más frecuente de remisión fueron un problema diagnóstico y un cuadro clínico crónico que no mejora. Con frecuencia los pacientes son derivados a varias especialidades por el mismo problema y aporta pruebas de forma inadecuada lo que aumenta la ineficiencia y el gasto sanitario de forma exponencial.

339. NEUMOPATÍA INTERSTICIAL EN LA DERMATOMIOSITIS AMIOPÁTICA. DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS

P. González-Moreno, R. Hernández-Sánchez, J. Uceda, M.L. Velloso Feijoo, S. Montero-Rodríguez, L. Mayordomo, E. Rejón y J.L. Marengo de la Fuente

Servicio de Reumatología. Hospital de Valme. Sevilla.

Objetivo: Conocer el espectro clínico y evolutivo de la afectación pulmonar asociada a la dermatomiositis, al ser ésta una patología poco

frecuente pero de curso grave. Evaluar la respuesta a tratamiento con rituximab en el caso de neumopatía refractaria a ciclofosfamida.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se recogen datos clínicos, anatomopatológicos, terapéuticos y evolutivos de dos pacientes que han precisado ingreso en nuestro servicio por neumopatía intersticial asociada a dermatomiositis amiopática (lesiones cutáneas características de DM pero sin evidencia clínica o de laboratorio de miositis).

Resultados: Caso 1: mujer de 58 años con alergia a penicilina y derivados y codeína. Intervenida de amígdalas, vesícula y hernia umbilical. Hipotiroidismo secundario a tiroiditis de Hashimoto en tratamiento hormonal sustitutivo desde hace 16 años. En agosto de 2009 ingresa por: disnea de esfuerzo de 6 meses de evolución, artromialgias, febrícula y lesiones eritematoescamosas periungueales y exantema violáceo en escote y eritema heliotropo. En las pruebas complementarias realizadas se destaca: ANA 1/320 moteado fino y Ac antimúsculo liso 1/80 (resto de autoanticuerpos negativos). ENG: normal. Espirometría: FVC 69%, FEV1 76%, DLCOc SB 36%, DLCOc VA 56% TAC pulmón: afectación parenquimatosa difusa y bilateral con biopsia compatible con neumopatía intersticial inicial. Dado que las lesiones dermatológicas que la paciente presenta son compatibles con DM, se realiza biopsia muscular que se informa como "ausencia de cambios de miopatía inflamatoria". Con estos datos confirmamos el diagnóstico de DM amiopática y se inicia tratamiento con prednisona y bolos de ciclofosfamida iv. La paciente refiere una clara mejoría de sus lesiones cutáneas y de sus síntomas musculoesqueléticos pero persiste con disnea que empeora progresivamente hasta hacerse de reposo motivo por el que reingresa en diciembre de 2009. En el actual ingreso, se ha descartado sobreinfección bacteriana ni micótica además de gripe A. Se ha realizado un TAC de alta resolución que pone de manifiesto empeoramiento con respecto al previo y dado que las pruebas excluyen que se trate de una infección y sí de una progresión rápida de la enfermedad, se solicita tratamiento compasivo con rituximab. Caso 2: mujer de 56 años diagnosticada de DM amiopática en 2007 con neumopatía incipiente asociada motivo por el que se inicia tratamiento con dosis altas de esteroides asociados a bolos mensuales de ciclofosfamida. A pesar del tratamiento, la paciente desarrolla un fenómeno de Raynaud severo con úlceras digitales y vasculitis palmar además de empeoramiento de su enfermedad pulmonar. Se añade a su terapia rituximab. Hasta la fecha, la paciente ha permanecido estable en cuanto a lesiones y manifestaciones pulmonares, precisando prostaglandinas iv para control de Raynaud.

Conclusiones: Las manifestaciones clínicas de nuestros pacientes y la evolución de la enfermedad son similares a las recogidas en la literatura. El tratamiento con rituximab ha demostrado eficacia en uno de nuestros casos al igual que en algunos estudios observacionales.

340. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA DERIVACIÓN A REUMATOLOGÍA EN UN ÁREA HOSPITALARIA DE ANDALUCÍA Y OTRA ÁREA VASCA. ¿ES SIMILAR LA NECESIDAD ASISTENCIAL DE LA REUMATOLOGÍA EN AMBAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS?

Y. Grandal¹, C. Carrasco¹, M. Mendoza², J.L. de la Iglesia¹, M. Páez Camino¹, J.J. Salaberri¹, J.J. Pérez Venegas¹ y M.M. Ruiz¹

¹Servicio de Reumatología. ²Medicina Interna. Hospital de Jerez. Cádiz.

Introducción: Los reumatólogos somos los especialistas de referencia en las enfermedades de aparato locomotor, al estar específicamente formados para ello y teóricamente nuestra necesidad asistencial debe ser similar en las distintas Comunidades Autónomas.

Objetivo: Analizar las derivaciones realizadas a las consultas de Reumatología en nuestra Área Hospitalaria en Andalucía y comparar los resultados con las derivaciones a Reumatología en el Área Hospitalaria de Bizkaia (País Vasco) (Reumatol Clin 2006;2:11-180).

Material y métodos: Durante 4 semanas, de forma prospectiva, se entrevista a todos los pacientes que llegan como, primera visita, a nuestra consulta de Reumatología de nuestra Área Hospitalaria Andaluza, para determinar, quien es el responsable de dicha derivación y quien solicita nuestra opinión como expertos en el aparato locomotor. Comparamos dichos resultados con los publicados en el Área Hospitalaria de Bizkaia.

Resultados: 267 pacientes fueron entrevistados en nuestra Área Hospitalaria Andaluza. Un 60% procedían de Atención Primaria: un 50% procedían de Atención Primaria a criterio del médico y un 10% procedían de atención primaria a petición propia del paciente. Un 15% procedían de los Servicios de Urgencias. Otro 15% procedían de Traumatología. El 10% restante procedían de diversas especialidades, siendo en porcentajes relativamente similares: Oncología, Hematología, Rehabilitación, Otorrino, Dermatología, Medicina Interna, Ginecología, Cirugía Vasculat, Digestivo, Oftalmología y Cardiología. 196 pacientes fueron valorados en el Área Hospitalaria de Bizkaia. Un 72,4% procedían de Atención Primaria. Un 17% procedían Traumatología. Un 4% de Urgencia. El resto se repartían entre distintas especialidades.

Conclusiones: Existe una mayor prevalencia, en ambas Comunidades Autónomas, de las derivaciones procedentes de Atención Primaria. Existe unos porcentajes similares de derivaciones procedentes de Traumatología, lo que predice que sigue siendo el traumatólogo (en ambas Comunidades Autónomas) el primer referente en la patología del aparato locomotor, al existir un número nada despreciable de derivaciones que inicialmente deberían haber sido al reumatólogo en vez de traumatólogo, retrasando en gran medida la asistencia recibida por el usuario. Sin embargo las derivaciones a Reumatología desde los Servicios de Urgencias en la Comunidad Andaluza son mayores que en la Comunidad Vasca, lo que puede significar una mayor necesidad asistencial de la Reumatología en las Urgencias en Andalucía que en el País Vasco.

341. UTILIDAD DE LOS MARCADORES BIOQUÍMICOS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE PRECOZ

N. Abdel-Kader Martín, V. Navarro Compán, C. González Rodríguez, B. Hernández Cruz, M.D. García Armario y F. Navarro Sarabia

Servicio de Reumatología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La artritis reumatoide es una enfermedad grave, demostrado esto por los estudios de mortalidad, incapacidad laboral y necesidad de intervenciones quirúrgicas precoces, que provoca un daño irreversible al inicio de la enfermedad. Hay estudios que demuestran que precisamente en las fases iniciales de la enfermedad es dónde se establece el curso de ésta. En el otro extremo, también sabemos que no todas las artritis de inicio tienen la misma evolución; y es necesario identificar aquellos factores de riesgo que nos permitan clasificar pacientes que van a desarrollar una enfermedad más grave y van a requerir tratamiento más intenso.

Objetivo: Valorar la eficacia diagnóstica de marcadores bioquímicos en la AR precoz.

Material y métodos: Estudio de casos y controles, (pacientes con AR de menos de 2 años de evolución y grupo control de pacientes con fibromialgia-FM). Se obtuvieron muestras de sangre y se determinaron los siguientes marcadores: factor reumatoide (FR), anticuerpo antipéptido cíclico citrulinado (anti-PCC), proteína C reactiva (PCR), marcadores de remodelamiento óseo y subpoblaciones linfocitarias (cociente CD4/CD8). El estudio estadístico se realizó con SPSS y STATA.

Resultados: Fueron estudiados 20 AR y 45 FM. No hubo diferencias significativas en los datos sociodemográficos de ambas poblaciones. Las concentraciones séricas de FR, anti-PCC y PCR fueron significati-

vamente superiores en el grupo de AR a las del grupo control, ($p = 0,0001$). Se halló una sensibilidad del 75%, y una especificidad del 97% para el FR, con AUC 0,876, IC95% (0,766-0,985). La sensibilidad obtenida para la PCR fue del 60% con una especificidad del 93%, siendo estos valores para anti-PCC del 70% y 100%, respectivamente, AUC 0,800, IC95%(0,664-0,956). La razón de verosimilitud (likelihood ratio-LR) positiva obtenida para PCR, FR y anti-PCC fue 8,9, 32,6 e infinito, respectivamente. No hubo diferencias significativas en los valores de RANKL, osteoprotegerina entre ambos grupos. El cociente CD4/CD8 fue mayor en el grupo de AR precoz pero sin significación estadística, ($p = 0,3$).

Conclusiones: El FR y anti-PCC tienen alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de AR precoz frente a FM. La positividad de anti-PCC en estos pacientes tiene un LR muy elevado.

342. ASOCIACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y ESCLERODERMIA DIFUSA EN LA INFANCIA

J.A. Hernández Beriain, D. Batista Perdomo, S. Machín, E. Girona y A. Rosas

Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Materno Insular de Gran Canaria. Las Palmas.

Introducción: Las enfermedades reumáticas autoinmunes presentan ciertos rasgos clínicos y biológicos comunes aunque algunos datos específicos permiten una adecuada diferenciación y clasificación de las mismas. La coexistencia de enfermedades reumáticas es una situación clínica infrecuente en la edad pediátrica. Se ha descrito la asociación de LES a esclerodermia localizada, pero la coexistencia o aparición sucesiva de lupus eritematoso sistémico y esclerodermia difusa es una de estas asociaciones que se presentan excepcionalmente en la edad pediátrica.

Caso clínico: Paciente de 14 años valorada por vez primera a los 4 años de edad durante su ingreso en relación con hemorragia pulmonar grave que respondió al tratamiento con glucocorticoides y posteriormente a azatioprina. Dos años antes había tenido una hemorragia alveolar y presentó asimismo crisis convulsivas y un episodio de anemia hemolítica autoinmune. En relación con estos datos clínicos y la presencia anticuerpos antinucleares a título elevado así como antiDNA se diagnosticó de lupus eritematoso sistémico. En ese momento fueron negativos los anticuerpos antimembrana basal, anticitoplasma de neutrófilo y también los anti Scl70 y no había artritis, fenómeno de Raynaud, esclerodermia ni otras lesiones cutáneas. Evolucionó de forma favorable y se pudo suprimir el tratamiento inmunosupresor en los siguientes años hasta la remisión. A los 10 años acudió a consultas por poliartritis y posteriormente tuvo cambios de coloración en los dedos con cianosis y palidez alternante y progresiva induración cutánea con anquilosis en flexión parcial de articulaciones IFPs y MCFs así como incipiente necrosis en los pulpejos. Tras instaurar tratamiento con aspirina y nifedipino presentó una mejoría parcial con cicatrización de algunas de estas úlceras cutáneas. En la anamnesis por aparatos destacó la presencia de disnea y tos seca. En la exploración física existía esclerodermia que afectaba las manos y los antebrazos y una evidente contractura en flexión en ambas manos, así como necrosis en pulpejos; la auscultación pulmonar objetivó la presencia de crepitantes teleinspiratorios en ambos hemitórax. Los estudios complementarios incluyendo TC de tórax mostraron signos de neumopatía intersticial; los anticuerpos antinucleares fueron positivos a un título de 1/1.280, los anticuerpos antiDNA y anti Scl 70 fueron positivos. Inicio tratamiento con glucocorticoides y posteriormente con micofenolato mofetilo con mejoría global aunque con persistencia de contractura en manos e induración cutánea. El presente caso ilustra lo complejo de las asociaciones de enfermedada-

des reumáticas autoinmunes en la edad pediátrica. En este caso hubo una transición clínica desde síntomas graves de LES (hemorragia alveolar, crisis convulsivas, anemia hemolítica) hacia una forma difusa y grave de esclerodermia que obviamente requiere una replanteamiento clínico en los aspectos diagnósticos y terapéuticos. Aunque puede tenderse al diagnóstico de enfermedad mixta en los casos de asociaciones clínicas complejas, sin embargo no hay en este caso datos clínicos o biológicos que sugieran este diagnóstico. La transición como en el presenta caso y/ o coexistencia de enfermedades reumáticas autoinmunes en la edad pediátrica es una situación clínica compleja y que requiere una atención coordinada entre pediatras, reumatólogos y otros profesionales.

343. UTILIZACIÓN DE UNA NEUROTOXINA EN EL DOLOR MUSCULAR CRÓNICO REFRACTARIO

S. Soro Marín¹, V. Salas Manzanedo¹, P.V. García Morales¹, M. Paulino Huertas¹ y R. Ibáñez²

¹Servicio de Reumatología. ²Servicio de Neurología. Hospital General de Ciudad Real.

Introducción: La toxina botulínica es una neurotoxina producida por *Clostridium botulinum* en condiciones anaerobias. Existen 8 tipos inmunológicos de toxinas, aunque los que más se utilizan en la práctica clínica son los tipos A y B. Producen una inhibición de la exocitosis de acetilcolina en las terminaciones nerviosas colinérgicas, lo que paraliza a la célula muscular y causa una denervación química. Se utilizan en distonías, mioquimias, nistagno o hiperhidrosis. En Reumatología encontramos su aplicación principal en el tratamiento del dolor muscular crónico refractario.

Objetivo: Valorar la efectividad de la toxina botulínica a largo plazo en el tratamiento del dolor muscular crónico que no responde a tratamientos habituales.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, en el que se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con toxina botulínica valorados en el Servicio de Reumatología del Hospital General de Ciudad Real desde el año 1999 hasta diciembre del 2009. La indicación de este tratamiento se realizó en aquellos pacientes que no mejoraron con terapia convencional (AINE, analgésicos, miorrelajantes, corticoides sistémicos, derivados mórnicos orales y transdérmicos y fisioterapia). Se realizó una revisión sistemática de las historias clínicas. Las variables fueron: diagnóstico, localización del dolor, pruebas de imagen realizadas, duración de la mejoría y tiempo transcurrido hasta la necesidad de nueva infiltración, tratamientos coadyuvantes y efectos secundarios. Se hizo un análisis estadístico descriptivo de las variables recogidas.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes (3v 7m) que cumplían los requisitos previos, de los cuales 5 presentaban cervicalgia, 3 síndrome miofascial, 1 síndrome de dolor regional complejo, 1 lumbalgia. Se realizó un seguimiento de los pacientes durante una media de 26,5 meses, con repetición de las sesiones cada 4-5 meses según respuesta al tratamiento. Todos los casos presentaban contractura muscular. De ellos 5/10 tenían patología en pruebas de imagen (2/5 signos de discopatía y 3/5 signos artrósicos). Sólo un caso tenía antecedentes de cirugía vertebral. Al inicio del estudio la puntuación media en la escala EVA fue 8,15. En la segunda sesión realizada se objetivó una mejoría media de 1,9 puntos en la escala EVA, excepto dos casos que se retiraron por no respuesta tras primera infiltración. Al cabo de dos años de tratamiento los pacientes (4/8) referían importante mejoría del dolor, con una disminución media de 3,5 puntos en la escala EVA, con respecto al inicio de la terapia. La infiltración con toxina botulínica permitió una reducción o suspensión de otros fármacos analgésicos orales, antiinflamatorios, miorre-

lajantes y fisioterapia. No se observaron efectos secundarios locales ni sistémicos.

Conclusiones: La toxina botulínica es un agente clínicamente eficaz en el tratamiento del dolor muscular crónico refractario a los tratamientos convencionales. Permite la reducción o suspensión de analgésicos orales, antiinflamatorios, miorrelajantes, así como tratamiento rehabilitador. Se trata de una terapia alternativa, mínimamente invasiva, con escasos efectos secundarios tanto locales como sistémicos.

344. EL VALOR DEL HLA-DRB1 EPÍTOPO COMPARTIDO, EL GEN PROMOTOR DEL POLIMORFISMO -308TNF α , FR Y ANTICUERPOS ANTIPCC PARA PREDECIR LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE RECIENTE COMIENZO

S. Reneses Cesteros, L. Pestana, E. Rubio Romero, E. Alonso Blanco-Morales y E. Gil González

Sección de Reumatología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Una vez establecida la relación entre HLA DRB1 como factor de riesgo y artritis reumatoide, ahora aún más con la nueva reclasificación en los alelos S1, S2 y S3P, se ha iniciado la búsqueda de asociaciones entre este antígeno leucocitario con presencia homocigótica y determinados marcadores clínicos y serológicos de la enfermedad, como una mayor agresividad de esta o la probabilidad de desarrollar anticuerpos antiPCC o antifibrinógeno-citrulinado.

Objetivo: Estudiar el valor del FR, los anticuerpos antiPCC, el epítipo compartido HLA-DRB1 y el gen promotor del polimorfismo -308 TNF α como predictores de riesgo de desarrollar trastorno de ansiedad en la AR de reciente comienzo.

Métodos: La medida de resultados se realizó a través del Cuestionario de Salud General de Goldberg y su subescala de ansiedad (GHQ28). La ansiedad se definió como (GHQ28) = 4 y fue analizada en una cohorte de 201 pacientes con AR con una duración de = 1 año a su entrada en el estudio. El valor predictivo de los factores inmunogenéticos basales, el cumplimiento de los criterios ARA (American Rheumatology Association) para AR durante el seguimiento y el tratamiento administrado durante este fueron estudiados por medio de análisis de regresión múltiple, utilizando el grado de ansiedad registrada al año como variable dependiente.

Resultados: Al primer año, 76 de los 201 pacientes (37,8%) tuvieron un GHQ28 = 4; En el análisis univariado, solamente el número de DMARD (p = 0,002), estuvo asociado significativamente con la ansiedad. En el análisis de regresión univariado, igualmente la ansiedad se predijo solamente por el número de DMARD (OR: 1,74 [IC95%: 1,22, 2,50]; p = 0,002). En el mejor análisis de regresión logística, se pudo predecir la ansiedad de forma significativa por el número de DMARD (OR: 1,74 [IC95%: 1,22, 2,50]; p = 0,002) pero no por otra variable.

Conclusiones: Aunque la ansiedad medida al primer año en la AR de reciente comienzo está influenciada significativamente por el número DMARD, ningún modelo predijo con exactitud el riesgo de desarrollo de ansiedad. Sólo la variable N.º de FAMES resultó ser predictora de ansiedad en los análisis uni y multivariante; las demás variables: FR, AAC, EPI, TNF308, P. indiferenciada y esteroides fueron una a una eliminadas del modelo de RLM. Por cada FAME de más administrado la probabilidad de tener ansiedad después de 18 meses de seguimiento es 1,74 veces mayor, es decir el riesgo de ello aumenta un 74%. En la población será un valor comprendido entre 1,22 y 2,50 con una seguridad del 95%. Por cada dos FAMES sería

1,742 = 3,03 veces mayor. Por cada tres FAME sería 1,743 = 5,27 veces mayor.

Tabla Resumen 345

| Variable | Análisis univariante | Análisis univariante | Análisis múltiple | Análisis múltiple |
|----------------------------|----------------------|----------------------|-------------------|-------------------|
| Variable | OR (IC95%) | P* | | |
| FR (No, Sí) | 1,06 (0,59, 1,91) | 0,847 | | |
| AAC (No, Sí) | 1,16 (0,65, 2,06) | 0,613 | | |
| EPI (-/-, +/- o ++) | 0,99 (0,56, 1,76) | 0,967 | | |
| TNF308 (AA oGA,GG) | 0,23 (0,32, 1,32) | 0,233 | | |
| Nº FAMES | 1,74 (1,22, 2,50) | 0,002 | 1,74 (1,22, 2,50) | 0,002 |
| P. Indiferenciada (no, sí) | 0,30 (0,82, 1,12) | 0,073 | | |
| Referencia: a. reumatoide | | | | |
| Esteroides (no, sí) | 1,91 (0,59, 6,16) | 0,278 | | |

FR: Factor Reumatoide, AAC: Anticuerpo Anticitrulinado, EP: Epítipo compartido, TNF308: Polimorfismo genético 308 del factor de necrosis tumoral alfa, FAMES: Fármacos moduladores de la enfermedad, IC95%: Intervalo de confianza al 95% de seguridad. *Significación estadística basada en el estadístico t de Student.

345. SÍNDROME DE LA COSTILLA FLOTANTE Y CALIDAD DE VIDA

P. Navarro Alonso, R. Veiga Cabello, M. Cantalejo Moreira y A. Díaz Oca

Unidad de Reumatología. Hospital de Fuenlabrada. Madrid.

Introducción: El síndrome de la "costilla flotante", fue nominado como tal en 1922 por Davies-Colley a propósito de dos casos de dolor toraco-abdominal con punto gatillo costal. Se clasifica dentro de los síndromes parieto-torácicos. De etiopatogenia desconocida, aunque puede iniciarse tras un traumatismo. Representa el 3% del global de las primeras consultas en Medicina Primaria y es motivo de consulta a múltiples especialidades como Digestivo, Neumología, Reumatología, Urología y Unidades de Columna. Para su diagnóstico, no se requieren exploraciones complementarias, su tratamiento puede llegar a ser quirúrgico, con la exéresis del arco costal afecto.

Objetivo: Describir las características de los pacientes, pruebas complementarias realizadas y calidad de vida los pacientes diagnosticados de sd. de costilla flotante en una Unidad de Reumatología.

Material y métodos: Se seleccionaron para el estudio todos los pacientes que acudieron a consulta de enero-09 a septiembre-09 y fueron diagnosticados de sd. de costilla flotante. En los pacientes seleccionados se revisaron las historias clínicas, pruebas complementarias y consultas realizadas en otras especialidades. Se recogieron datos de calidad de vida mediante el Cuestionario de Salud SF-36.

Resultados: Se estudiaron 10 pacientes (6 mujeres y 4 varones) con una edad media de 55 años (rango de 22 a 71 años). Los pacientes localizaban el dolor en 5 casos a nivel torácico, 2 toraco-lumbar, 1 torácico, 1 en fosa renal y 1 abdominal. Todos los pacientes notaban modificaciones de la intensidad de su clínica con determinados movimientos. En todos los pacientes la manipulación de las costillas flotantes, provocaba dolor que reconocían como la génesis del su dolencia. La duración de los síntomas en el momento del diagnóstico, era mayor de 1 año en 5 casos, de 2-3 meses en 2, y en 3 no encontramos datos en la historia clínica. En 5 casos los pacientes habían sido valorados por otra especialidad por este motivo (3 digestivo, 1 urología, y 1 digestivo y COT). En todos se habían realizado diversas pruebas complementarias y en conjunto eran las siguientes: 6 rx de tórax, 4 rx de parrilla costal, 6 rx de C. Dorsal y/o Lumbar, 1 rx abdominal, 4 gammagrafías óseas, 6 eco abdominal y 3 RMN Lumbar. Ninguna de las pruebas complementarias realizadas mostró datos que se pudieran relacionar con los síntomas que referían los pacientes. En el

SF-36, encontramos valores bajos en las áreas físicas, principalmente en el área de dolor corporal.

Conclusiones: El diagnóstico del síndrome de costilla flotante, es clínico y por exploración física. Incide de forma negativa en la calidad de vida de los pacientes. Origina de forma innecesaria, la solicitud de pruebas complementarias y consultas a diversas especialidades médicas, con el consiguiente gasto de recursos sanitarios.

346. OVERLAP DE ARTRITIS REUMATOIDE Y POLIANGÉITIS MICROSCÓPICA

L. Sampaio, L. Silva, F. Brandão, E. Mariz, J. Pinto, J. Brito y F. Ventura

Servicio de Reumatología. Hospital de São João. Servicio de Reumatología. Facultad de Medicina. Universidad de Oporto. Portugal.

Introducción: La artritis reumatoide es una patología frecuente, asociada a veces a otra enfermedad autoinmune, especialmente al síndrome de Sjögren. La coexistencia de aspectos clínicos, analíticos y de imagen de artritis reumatoide y poliangéitis microscópica en un mismo paciente es extremadamente rara.

Caso clínico: Paciente de 54 años con cuadro de poliartritis simétrica y aditiva con 5 años de evolución, con factor reumatoide y anti-CCP (561 U/ml) positivos y erosiones radiológicas a nivel de las articulaciones metacarpofalángicas y interfalángicas. Medicada con metotrexato 25 mg por semana y prednisolona 10 mg/día. Inició cuadro de astenia, anorexia y adelgazamiento de 15 Kg en 6 meses asociado a tos irritativa a veces con expectoración hemoptoica y disnea. Analíticamente presentaba anemia microcítica normocrómica (Hgb 9,6 g/dl), VS 62 mm/1ªh, PCR 29,6 mg/l, urea 0,71 g/l, creatinina 15 mg/l, sedimento urinario con cilindros hialinogranulosos, proteinuria de 1,3 g en 24 horas con clearance de creatinina 81 ml/min. El estudio inmunológico mostró ANCA MPO positivos (198 U/ml). La TAC torácica de alta resolución mostró patrón en vidrio esmerilado de forma difusa, varias bronquiectasias y espesamiento de la pared bronquial. El lavado broncoalveolar alveolitis neutrofílica con prueba de hemoderina en el citoplasma de los macrófagos positivo. Se excluyó neoplasia e infección. La biopsia renal mostró glomerulonefritis mesangioproliferativa con inmunofluorescencia negativa. Se diagnosticó poliangéitis microscópica con afectación pulmonar y renal. Se realizaron 3 pulsos de metilprednisolona y se iniciaron pulsos mensuales de 1 g de ciclofosfamida con buena respuesta.

Conclusiones: La vasculitis puede ser una manifestación extra-articular de la artritis reumatoide. Sin embargo, la glomerulonefritis rápidamente progresiva es una complicación rara. En un paciente con artritis reumatoide que ha desarrollado síntomas constitucionales, respiratorios, y alteración de sedimento urinario, se debe pensar en vasculitis asociada a ANCA. El diagnóstico y el tratamiento rápido de la poliangéitis microscópica son esenciales.

347. TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y AMILOIDOSIS SECUNDARIA

J. Narváez¹, M.V. Hernández², J.M. Ruiz³, C. Gómez Vaquero¹, X. Juanola¹ y J.M. Nolla¹

Servicios de Reumatología. ¹Hospital Universitario de Bellvitge. ²Hospital Clínic. ³Hospital de Viladecans. Barcelona.

Introducción: La amiloidosis secundaria es una complicación grave que aparece en pacientes con artritis reumatoide (AR) severa mal controlada. Lo primordial en estos casos es conseguir suprimir la actividad inflamatoria de la AR, para lo cual la aparición de las nuevas terapias biológicas ha supuesto un gran avance. Varios casos aislados y series pequeñas han demostrado mejoría clínica significativa e

Tabla Resumen 347

| | Paciente 1 | Paciente 2 | Paciente 3 | Paciente 4 |
|---|---------------------------------|------------------------|---------------------------------|------------|
| Edad/Sexo | 46 /Mujer | 75 /Mujer | 56/Mujer | 67/Mujer |
| Tiempo de evolución de la AR (años) | 14 | 28 | 40 | 16 |
| Órgano afectado por la amiloidosis | Riñón, tubo digestivo y corazón | Riñón y tubo digestivo | Riñón, tubo digestivo y corazón | Riñón |
| Número de FAME previos ensayados | 5 | 6 | 5 | 5 |
| Número de anti-TNF fracasados | 3 | 1 | 1 | 1 |
| Tiempo total de seguimiento desde el inicio del tto con RTX (meses) | 24 | 22 | 15 | 9 |
| Número de ciclos de tto administrados | 5 | 2 | 3 | 2 |

FR: Factor Reumatoide, AAC: Anticuerpo Anticitrulinado, EP: Epítipo compartido, TNF308: Polimorfismo genético 308 del factor de necrosis tumoral alfa, FAMEs: Fármacos moduladores de la enfermedad, IC95 %: Intervalo de confianza al 95% de seguridad. *Significación estadística basada en el estadístico t de Student.

incluso la regresión histológica de los depósitos de amiloide en pacientes con AR tratados con antagonistas del TNF alfa o tocilizumab. Hasta la fecha no se han publicado datos sobre la eficacia de rituximab en estos enfermos.

Objetivo: Evaluar la eficacia de rituximab en pacientes con AR y amiloidosis secundaria.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en 4 pacientes de estas características. La pauta administrada de RTX fue de 2 infusiones endovenosas de 1 gramo por ciclo de tratamiento separadas por 2 semanas (días 1 y 15), realizándose retratamiento con nuevos ciclos a partir de la semana 24 en función de la respuesta clínica.

Resultados: Las principales características clínicas de los pacientes se resumen en la tabla. En todos los casos se obtuvo confirmación histológica de la amiloidosis secundaria con biopsia de grasa subcutánea abdominal y/o biopsia rectal. En 2 pacientes se administró RTX en monoterapia y en los otros 2 en combinación con metotrexato.

Al final del período de seguimiento, la evolución de los principales parámetros clínicos y analíticos ha sido la siguiente (datos basales vs tras tratamiento al final del período de seguimiento expresados como media \pm desviación estándar): DAS28: $6,9 \pm 0,9$ vs $4,0 \pm 1,0$ ($p = 0,007$); VSG: 72 ± 17 vs 51 ± 10 ($p = 0,049$); proteína C reactiva: $38,8 \pm 17,4$ vs $13,1 \pm 9,9$ ($p = NS$); creatinina: 151 ± 6 $\mu\text{mol/l}$ vs 144 ± 7 ($p = NS$); filtrado glomerular: $30,9 \pm 5,7$ ml/min vs $44,4 \pm 9,5$ ($p = NS$); proteínas totales: $64 \pm 6,2$ g/L vs $66,6 \pm 7,0$ ($p = NS$); y proteinuria: $0,3 \pm 0,1$ g/24 h vs $0,18 \pm 0,01$ ($p = NS$). No ha habido efectos adversos que obliguen a suspender el tratamiento con rituximab. Una de las 4 pacientes presentó una infección del tracto urinario bajo durante el tratamiento, que no requirió hospitalización; ninguna ha presentado infecciones bacterianas graves, ni infecciones oportunistas y todas continúan vivas.

Conclusiones: Rituximab parece ser una alternativa terapéutica útil en pacientes con artritis reumatoide y amiloidosis secundaria. Según nuestra experiencia, rituximab produce una mejoría clínica sustancial (mejoría de los reactantes de fase aguda y en la mayoría de los casos de la proteinuria, con una respuesta EULAR moderada de la clínica articular), con estabilización de la función renal. Son necesarios otros estudios con mayor número de pacientes para confirmar estos resultados preliminares.

348. TIEMPO DE SUPERVIVENCIA DE ADALIMUMAB EN ESPONDILOARTRITIS

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

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

Objetivo: Evaluar la duración del tratamiento con adalimumab en pacientes con espondiloartritis (EspA), los motivos de interrupción,

el papel del tratamiento previo con otros anti-TNF y otras variables que pueden influir en el tiempo de supervivencia del fármaco. Conocer las diferencias en el tiempo de supervivencia de adalimumab entre las distintas espondiloartritis.

Métodos: En este estudio prospectivo, observacional se incluyeron todos los pacientes con EspA tratados con adalimumab de nuestro hospital, previo consentimiento informado. Se registraron los datos demográficos, los tratamientos previos y concomitantes, las manifestaciones de la enfermedad y las causas de interrupción del tratamiento. La supervivencia de adalimumab se estimó mediante el método de Kaplan-Meier, y el modelo de regresión de Cox se utilizó para identificar las variables independientes que afectaron a la supervivencia del fármaco.

Resultados: Se incluyeron 79 pacientes en el estudio, con una duración media de seguimiento de 27,5 meses (rango 4-63 meses), que representan 169,4 paciente años. El 57% de los pacientes eran varones. La edad media de inicio del tratamiento con adalimumab fue de 46 años (IC95% 44-50 años). El HLA-B27 estaba presente en el 55,6% de los pacientes, 75,9% había tenido elevación de reactantes de fase aguda, 46,8% estaba recibiendo FAME concomitantes (83,3% MTX) y 46,8% (37/79) había sido tratados previamente con otros fármacos anti-TNF (25/37; 67,6% infliximab). La tasa de tuberculosis latente fue de 31,6%. Durante el estudio el 30,4% de los pacientes abandonaron adalimumab: 56% por ineficacia, 32% por eventos adversos y 12% por otras razones. La tasa de efectos adversos graves fue de 4,7 por 100 paciente años, siendo por infección 3,5 por 100 paciente años. La supervivencia de adalimumab no se asoció con el género, psoriasis, enfermedad periférica, uso de FAME o tratamiento anti-TNF previo suspendido por ineficacia o evento adverso. No se encontraron variables clínicas con influencia significativa sobre la supervivencia del fármaco. El 45,6% de los pacientes estaba diagnosticado de Espondilitis Anquilosante (EA), 40,5% de Artritis Psoriásica (Aps), 3,8% de Espondiloartritis Indiferenciada (EspInd) y 10,5% de artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (AEII). El tiempo medio de supervivencia en meses de adalimumab (95% IC) fue de: EA: 28,7 (25,1-32,3); Aps: 26,2 (21,4-31,0); EspInd: 13,4 (7,7-19,1); AEII: 18,4 (7,9-28,9). No se encontraron diferencias globales en el tiempo de supervivencia, pero ésta fue menor en los pacientes con espondiloartritis asociada a EII que en los pacientes con EA (HR: 4,2, IC 95%: 1,4-13,1). En pacientes con EA y Aps, el uso de FAME y el tratamiento anti-TNF previo no tuvo influencia en el tiempo de supervivencia del tratamiento. Tampoco se identificaron otras variables con influencia significativa en la supervivencia del fármaco en pacientes con EA y Aps.

Conclusiones: El tiempo de supervivencia medio de adalimumab en pacientes con EspA fue mayor de dos años, siendo menor en la AEII que en los pacientes con EA y Aps. La causa principal de interrupción del tratamiento fue la ineficacia. Ni el uso de FAME concomitantes ni la terapia anti-TNF previa tuvieron efecto sobre la supervivencia global de adalimumab en pacientes con EA y Aps. Aunque el tiempo de supervivencia del fármaco puede asimilarse a su eficacia, se debe interpretar de forma cuidadosa al estar influido por otros factores externos.

349. EFECTO DE DENOSUMAB SOBRE EL RIESGO DE FRACTURA EN MUJERES CON OSTEOPOROSIS

S.R. Cummings¹, M.R. McClung², C. Christiansen³, E. Siris⁴, P.D. Delmas⁵, R. Eastell⁶, S. Adams⁷, S. Kutilek⁸, I.R. Reid⁹, J.R. Zanchetta¹⁰, J. San Martín¹¹, C. Libanati¹¹, S. Siddhanti¹¹, A. Wang¹¹, M. Austin¹¹ y J. Kanis¹²

¹San Francisco Coordinating Center. CPMC Research Institute & UCSF. San Francisco, CA. EE.UU. ²Oregon Osteoporosis Center. Portland, OR. EE.UU. ³Center for Clinical and Basic Research. Ballerup. Dinamarca. ⁴Columbia University Medical Center. New York, NY. EE.UU. ⁵Inserm Research Unit 831. University of Lyon. Lyon. Francia. ⁶Metabolic Bone Centre and University of Sheffield. Sheffield. R.U. ⁷University of Verona. Verona. Italia. ⁸Center for Clinical and Basic Research. Pardubice. República Checa. ⁹University of Auckland. Auckland. Nueva Zelanda. ¹⁰Instituto de Investigaciones Metabólicas y Universidad del Salvador. Buenos Aires. Argentina. ¹¹Amgen Inc. Thousand Oaks, CA. EE.UU. ¹²WHO Collaborating Center for Metabolic Bone Diseases and University of Sheffield. Sheffield. R.U.

Introducción: Denosumab, un anticuerpo monoclonal totalmente humano dirigido contra el ligando del RANK, inhibe la formación, función y supervivencia de los osteoclastos. En estudios clínicos previos se ha observado que denosumab reduce rápidamente la resorción ósea y aumenta la DMO en todas las localizaciones evaluadas.

Métodos: FREEDOM (Fracture REduction Evaluation of Denosumab in Osteoporosis every 6 Months) es un estudio de 3 años de duración, multinacional, aleatorizado y doble ciego en el que se incluyeron 7.868 mujeres de 60 a 90 años con puntuaciones t de la DMO en la columna lumbar o la cadera total $< -2,5$ y $\geq -4,0$. Las participantes se asignaron aleatoriamente para recibir 60 mg de denosumab por vía subcutánea cada 6 meses o placebo. Todas las participantes recibieron vitamina D y calcio elemental diariamente. La variable principal fue la evaluación de nuevas fracturas vertebrales y las variables secundarias fueron el tiempo hasta la primera fractura no vertebral y el tiempo hasta la primera fractura de cadera. También se evaluaron las fracturas osteoporóticas graves (fractura clínica de columna, cadera, antebrazo y húmero proximal) como análisis previamente especificado. El riesgo de fractura a 10 años en una región específica para fractura osteoporótica grave y fractura de cadera se determinó a través del algoritmo de FRAX®.

Resultados: Las mujeres que recibieron denosumab presentaron una reducción en el riesgo de fractura vertebral de un 68% (IC95%: de 59% a 74%) en comparación con placebo (incidencia acumulada a los 3 años: 7,2% frente a 2,3%; $p < 0,0001$). Además, denosumab también redujo el riesgo de fractura no vertebral en un 20% (IC95%: [5%, 33%]; 8,0% frente a 6,5%, $p = 0,011$) y de fractura de cadera en un 40% (IC95%: [3%, 63%]; 1,2% frente a 0,7%, $p = 0,036$). Denosumab redujo el riesgo de fractura osteoporótica grave en un 36% (IC95%: [24%, 47%]; 7,8% frente a 5,0%, $p < 0,0001$). La media (DE) del riesgo de fractura a 10 años basal fue del 18,6% (10,6%) para fracturas osteoporóticas graves y del 7,2% (7,8%) para fracturas de cadera. No hubo diferencias significativas entre los grupos de placebo y denosumab respecto a la incidencia global de neoplasias malignas, infecciones o acontecimientos cardiovasculares, ni se observó aumento de la hipocalcemia o retraso en la consolidación de fracturas. No se observó ningún caso de osteonecrosis de mandíbula ni síntomas relacionados con las inyecciones. En el grupo de placebo se produjeron 90 (2,3%) muertes y 70 (1,8%) en el de denosumab ($p = 0,08$).

Conclusiones: La administración de 60 mg de denosumab cada 6 meses durante 3 años redujo el riesgo de fractura vertebral, no vertebral, de cadera y de fractura osteoporótica grave en mujeres con osteoporosis.

350. CARACTERÍSTICAS DE LAS CONSULTAS INTRAHOSPITALARIAS A LOS ESPECIALISTAS DEL APARATO LOCOMOTOR

S. Cabrera, M.E. Gómez, A. Monegal, P. Perís, L. Gifré, A. Martínez y N. Guañabens

Servicio de Reumatología. ICEMEQ. Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción: Las consultas intrahospitalarias representan una parte importante del trabajo realizado por los especialistas en enfermedades del aparato locomotor de los hospitales de tercer nivel. No obstante, existe poca información sobre sus características y los motivos de consulta a las diferentes especialidades.

Objetivo: Analizar las características de las interconsultas realizadas a los Servicios de Reumatología, Cirugía Ortopédica y Traumatología en nuestro hospital (854 camas).

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de todas las interconsultas hospitalarias, realizadas a los Servicios de Reumatología (SR), Cirugía Ortopédica (SCOT) y Traumatología (ST), mediante el programa de gestión clínica SAP/R3, entre el 31 de septiembre del 2008 y el 1 de octubre de 2009. La recogida de datos incluyó: edad y sexo de los pacientes, el Servicio consultor y el consultado, el motivo de ingreso y de consulta. En las interconsultas realizadas al Servicio de Reumatología se incluyeron también otras patologías reumatológicas concomitantes, el diagnóstico definitivo tras la interconsulta y el número y característica de las exploraciones realizadas. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 16.0.

Resultados: Durante el año analizado el SR realizó 145 consultas intrahospitalarias, el SCOT 65 y el ST 171. No se observaron diferencias significativas en la edad y sexo de los pacientes que fueron consultados a los tres Servicios. Los Servicios de las áreas quirúrgicas consultaron con menos frecuencia al SR que a los SCOT y ST ($p < 0,05$). El principal servicio interconsultor fue el servicio de enfermedades infecciosas, que solicitó el 13% de las interconsultas (12, 14 y 13,5% de las interconsultas de SR, SCOT y ST, respectivamente). Seguidos por los servicios de neumología para SR (11%), el de medicina interna (14%) para SCOT y el de cirugía digestiva (9,9%) para ST. Los motivos más frecuentes de interconsulta al SR fueron las artralgias inespecíficas (25%) y monoartritis (17%). En el 12% de las interconsultas a SR los pacientes presentaron patología séptica del aparato locomotor y en el 11% una artropatía microcristalina.

Conclusiones: En nuestro hospital el Servicio de Reumatología recibe más de un tercio de las interconsultas hospitalarias solicitadas a los Servicios especializados en enfermedades del aparato locomotor, pero es poco frecuente que procedan de los departamentos quirúrgicos. Los pacientes ingresados en el Servicio de Enfermedades Infecciosas con frecuencia presentan patología que precisa la intervención de especialista en enfermedades del aparato locomotor. En consonancia, uno de los motivos habituales de consulta al Servicio de Reumatología es la monoartritis y los principales diagnósticos están en relación con procesos sépticos y artropatías microcristalinas.

351. MODIFICACIONES DEL PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TERAPIA ANTI-TNF POR ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

M. Prieto Morales, A. Boteanu, C. Guillén Astete, M. Ahijón Lana, A. Lois Iglesias, A. Román Pascual y A. Zea Mendoza

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

Introducción: Los mecanismos vinculados a la inflamación, que se producen en múltiples enfermedades reumatológicas, han sido relacionados también al incremento del riesgo cardiovascular, especialmente por modificaciones del perfil lipídico y por el sedentarismo que se produce por la afectación del aparato locomotor. El propósito

Tabla Resumen 351

| Fármaco | Pacientes seguidos | Colesterol total | | | Triglicéridos | | |
|---------|--------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | | Incremento a los 3 meses | Incremento a los 6 meses | Incremento a los 12 meses | Incremento a los 3 meses | Incremento a los 6 meses | Incremento a los 12 meses |
| ADM | 118 | 3,0% | 3,9%* | 2,8% | 1,4% | 1,9% | 6,3%* |
| ETN | 119 | 4,1% | 1,9%* | 1,7% | 2,7% | 2,2% | 7,9%* |
| IFM | 106 | 4,0% | 0,8% | 0,4% | 10,6% | 8,6%* | 14,3%* |

*Análisis estadístico t Student.

del presente estudio es revisar la evolución del perfil tras el inicio de terapias biológicas.

Material y métodos: Se incluyeron 346 historias de pacientes de nuestro servicio, que recibieron tratamientos aTNF entre 1999 y 2009 con seguimientos de pruebas de colesterol total (COL) y triglicéridos (TG). Se registraron los diagnósticos de base, el tiempo de enfermedad desde el diagnóstico hasta el inicio del biológico (TPB), los antecedentes personales, la actividad DAS 28 al inicio del tratamiento, el fármaco administrado, datos del perfil lipídico al inicio, a los 3, 6 y 12 meses. Se hizo un primer análisis de los niveles de COL y TG en los pacientes estudiados. En un segundo análisis se determinó la relación entre la evolución de los valores de COL y TG con el fármaco administrado.

Resultados: La media de la variación de cifras de COL y TG fue positiva en el estudio de las modificaciones individuales. Los incrementos sobre la basal de COL fueron: 4,9%, 3,2% y 2,2% a los 3, 6 y 12 meses respectivamente. Los incrementos de TG sobre la basal fueron: 7,4%, 7,4% y 12,3%. En todos los casos se produjo un incremento de la media de cifras de COL y TG. El Infliximab (IFM) presentó el menor incremento de la media de COL a los 6 y 12 meses. Comparado con este fármaco, el Adalimumab (ADM) y Etanercept (ETN) presentaron incrementos mayores y estadísticamente significativos (t Student) en ambos periodos de tiempo. La tendencia del incremento del COL en los fármacos estudiados es positiva hasta los 6 meses y se reduce al año sin volver a las cifras originales. Los incrementos más significativos de triglicéridos se observaron 12 meses después del inicio del tratamiento en ADM, ETN, IFM y Rituximab (RTM). El resumen de este análisis se representa en la tabla.

Conclusiones: Hemos encontrado una tendencia al incremento de las cifras de colesterol y triglicéridos en pacientes con EAS y tratamientos aTNF. El incremento de cifras de colesterol fue particularmente mayor en pacientes que recibieron ETN o ADM respecto de los que recibieron IFM a los 6 meses. Esta tendencia al incremento es menor a los 12 meses. Reconocemos que la propia enfermedad de base, el uso de corticoides como terapia adyuvante y las propias características de los pacientes así como el uso de terapias hipolipemiantes influyen en las modificaciones del perfil lipídico por lo que consideramos que el seguimiento analítico de estos parámetros debe hacerse rutinariamente. Creemos que son necesarios estudios comparativos con cohortes con EAS sin exposición a fármacos biológicos.

352 INFLUENCIA DE LA EDAD Y EL GÉNERO FÍSICO EN LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE, TRATADOS CON INFILIXIMAB

N. Rivera, E. Úcar, O. Fernández, C. Pérez, L. Estopiñán, J.M. Gorordo, E. Galíndez, M.L. García, E. Ruiz, I. Torre y J.M. Aranburu

Servicio de Reumatología. Hospital de Basurto. Bilbao-Bizkaia.

Objetivo: Evaluar la evolución de cuatro variables metrológicas en pacientes diagnosticados de Espondilitis Anquilosante (EA), que están siendo tratados con infliximab.

Material y métodos: Se estudian 19 pacientes (18 hombres y 1 mujer), con un rango de edad entre 22 y 70 años, diagnosticados de EA, que están siendo tratados con infliximab desde hace, al menos

tres años. Se evalúa: 1) la movilidad en la columna cervical mediante la medición trago-pared, 2) la flexión anterior de la columna lumbar mediante el test de Schober, 3) la distancia dedo-suelo, y 4) la flexión lateral mediante la distancia dedo-suelo lateral. Se valora la práctica de ejercicio físico habitual. Las mediciones metrológicas fueron obtenidas con intervalos de 10 meses. Además, se evaluaron los test: BASFI y BASDAI de los paciente, cada seis u ocho semanas.

Resultados: El seguimiento metrológico realizado a los pacientes puso de manifiesto dos grupos. El grupo A se conformó por el 68,4% de los pacientes que mejoraron o mantuvieron los parámetros evaluados respecto al inicio, con una edad media de 38 años; y el grupo B se constituyó por el 31,6% que disminuyeron la movilidad, con una edad media de 56 años. En el grupo A un 83% de los pacientes hacían deporte habitualmente, mientras que en el grupo B sólo un 20%. La evaluación de los test BASFI y BASDAI se mantuvieron estables sin diferencias significativas entre el inicio y final del estudio de cada paciente.

Conclusiones: La terapia con infliximab y la práctica del ejercicio habitual mejora la evolución de la enfermedad. La causa mayoritaria de la reducción de movilidad fue la falta de ejercicio y la edad avanzada. La variación de la movilidad no resultó estadísticamente significativa, no obstante se requieren estudios con población más amplia.

353. DIFERENCIAS ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E INMUNOLÓGICAS DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA O ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO EN TRATAMIENTO CON BOSENTÁN

I. Castellví¹, C. Díaz-Torné¹, I. Veltri², J.M. Llobet¹, C. Geli¹, P. Moya¹, M. Corica¹ y C. Díaz-López¹

¹Unitat de Reumatologia. Servei de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Departamento de Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Favaloro. Buenos Aires. Argentina.

Objetivo: Determinar si existen diferencias entre parámetros clínicos e inmunológicos en pacientes afectados de enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) o esclerosis sistémica (ES) tratados con bosentán.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes afectados de ES o EMTC controlados en nuestra unidad de 1970 a 2009. Se determinó qué pacientes estaban en tratamiento con bosentán en momento actual y se compararon con el resto de pacientes las siguientes variables clínicas: presencia de fenómeno de Raynaud, presencia de esclerodactilia, acroosteolisis, calcinosis, telangiectasias, úlceras digitales, hipertensión pulmonar, afectación cardíaca, afectación intersticial pulmonar, afectación renal, afección muscular y presencia o ausencia de afectación articular inflamatoria. Los datos inmunológicos comparados fueron el patrón de anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia indirecta y específicamente los anticuerpos anti-Scl70, anticentromérico y anti-U1RNP. Para la comparación entre grupos de variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi-cuadrado o el test exacto de Fisher cuando fue necesario. El nivel de significación estadística se estableció para valores de $p \leq 0,05$.

Resultados: De un total de 153 pacientes, 105 (68,63%) presentaban ES con afectación cutánea limitada, 34 (22,23%) ES difusa y 14 (9,15%) EMTC. De todos ellos 8 (5,23%) estaban en tratamiento con bosentán.

Las características clínicas e inmunológicas de los dos grupos se recogen en la tabla. Los enfermos en tratamiento con bosentán presentaban más úlceras digitales (50 vs 16,43%; p 0,037), acroosteolisis (75 vs 15,06%; p 0,000), incidencia de derrame pericárdico (62,5 vs 24,13%; p 0,029) o valvulopatía (37,5 vs 4,1%; p = 0,007). La presencia de calcinosis estuvo cerca la significación estadísticas (62,5 vs 29,6%; p 0,064). No se observó una mayor incidencia de hipertensión pulmonar o diferencias en el resto de variables clínicas estudiadas pero sí mayor prevalencia de patrón nucleolar por IFI que los no tratados. También se encontró una frecuencia mayor de antiScl70, pero no de patrón anticentromérico o U1RNP.

Tabla Resumen 353

| | En tratamiento con bosentán | Sin tratamiento con bosentán | p |
|----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------|
| Presencia de Raynaud | 8/8 (100%) | 107/145 (85,51%) | 0,096 |
| Esclerodactilia | 8/8 (100%) | 134/146 (91,78%) | ns |
| Calcinosis | 5/8 (62,5%) | 43/145 (29,6%) | 0,064 |
| Telangiectasias | 6/8 (75%) | 89/146 (60,96%) | ns |
| Úlceras digitales | 4/8 (50%) | 24/146 (16,43%) | 0,037 |
| Hipertensión pulmonar | 1/8 (12,5%) | 3/146 (2%) | ns |
| Derrame pericárdico | 5/8 (62,5%) | 35/145 (24,13%) | 0,029 |
| Valvulopatía cardíaca | 3/8 (37,5%) | 6/145 (4,1%) | 0,007 |
| Crisis renal | 0/8 | 3/146 (2%) | ns |
| Proteinuria > 0,5 g/d | 1/8 (12,5%) | 19/146 (13,01%) | ns |
| Afectación intersticial pulmonar | 3/8 (37,5%) | 22/146 (15,06%) | 0,122 |
| Acroosteólisis | 6/8 (75%) | 22/146 (15,06%) | 0,000 |
| Artritis | 2/8 (25%) | 42/145 (28,9%) | ns |
| Miopatía | 0/8 | 14/145 (9,65%) | ns |
| ANA nucleolar | 5/8 (62,5%) | 35/146 (23,97%) | 0,028 |
| ANA moteado | 7/8 (87,5%) | 134/146 (91,78%) | ns |
| Anticentromero | 1/8 (12,5%) | 66/146 (45,2%) | 0,069 |
| AntiScl70 | 5/8 (62,5%) | 14/145 (9,65%) | 0,001 |
| AntiU1RNP | 0/7 | 19/123 (15,45%) | ns |
| Factor reumatoideo | 1/8 (12,5%) | 22/145 (15,17%) | ns |
| AntiRo | 0/7 | 22/142 (15,49%) | ns |
| AntiLa | 0/7 | 3/140 (2,14%) | ns |
| Antifosfolípidicos | 0/5 | 21/115 (18,26%) | ns |

Conclusiones: La frecuencia de úlceras digitales y acroosteolisis fue mayor en los enfermos en tratamiento con bosentán probablemente al ser los pacientes con afectación digital severa los seleccionados para tratar con el fármaco. La afectación cardíaca manifestada como valvulopatía o derrame pericárdico también fue mayor en este grupo. La presencia de ANA con patrón nucleolar era mayor en el grupo de pacientes en tratamiento. Los resultados indican que se tiende a tratar con bosentán a enfermos con mayor afectación digital y con autoanticuerpos que sugieren esclerosis sistémica difusa.

354. HIPERCKEMIA ESENCIAL. A PROPÓSITO DE TRES CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

P.A. Zurita Prada, C.L. Urrego Laurín y E. Ciruelo Monge

Área de Reumatología. Hospital General de Segovia.

Introducción: La HiperCKemia esencial o idiopática es el término usado para definir la elevación persistente de la concentración sérica de la creatin kinasa sin debilidad ni otros síntomas neuromusculares acompañantes en donde se han excluido todo tipo de causas que pudieran producir dicha elevación. Presentamos tres casos clínicos de pacientes jóvenes sanos sin antecedentes familiares ni personales de interés en donde por diversas circunstancias se evidenció elevación significativa de CK sin llegar a un diagnóstico concreto tras estudio inmunológico, electromiográfico y anatomopatológico muscular específico, permaneciendo todos en seguimiento durante más de un año sin incidencias ni tratamiento.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 31 años a quien durante estudio de hipertransaminasemia asintomática se detectan niveles elevados repetidamente de CPK (4.000-6.000 UI). Caso 2: mujer de 42 años con antecedentes de hipercolesterolemia en tratamiento con estati-

nas a quien se le detecta elevación de CPK (1.000-1.200 UI) en repetidas ocasiones a pesar de la retirada prolongada del hipolipemiente (CPK: 700-800 UI). Caso 3: varón de 28 años con mialgias leves generalizadas crónicas inespecíficas, a quien se le objetiva elevación crónica de CPK (1.000-1.500 UI) permaneciendo con sintomatología fluctuante no incapacitante.

Discusión: Desde que en 1980 Rowland adoptara el término de hiperCKemia idiopática, se han producido muchos avances en el diagnóstico de las enfermedades musculares. Sin embargo, un importante número de pacientes aún presenta elevaciones significativas de CPK sugerentes de daño muscular subclínico en donde aún somos incapaces de determinar su causa. En estas situaciones, es recomendable informar detalladamente respecto al tratamiento y pronóstico, la probabilidad de desarrollar en un futuro algún tipo de trastorno neuromuscular o la necesidad de tomar medidas preventivas en situaciones particulares concretas. La hiperCKemia esencial se presenta en todas las series publicadas con curso benigno en la mayoría de los casos. Sin embargo, en determinadas ocasiones puede preceder a una enfermedad neuromuscular más grave, alguna susceptible de tratamiento. La utilidad de la biopsia muscular sigue siendo discutida dado que sólo en torno a un 8-15% según las series se consigue un diagnóstico concreto, principalmente miopatías hereditarias de baja expresividad, siendo infrecuente descubrir una miopatía inflamatoria. La probabilidad de llegar a un diagnóstico definitivo es mayor en pacientes jóvenes (sobre todo menores de 15 años) y en aquellos con alto grado de elevación de la CPK. Su relación o asociación con la hipertermia maligna no está claramente determinada pero si no se ha descartado específicamente, todos los casos deben ser considerados susceptibles a ella, especialmente si han existido antecedentes familiares de incidentes anestésicos. Por último, se debe evitar el uso de estatinas además de otros fármacos o situaciones que pudieran desencadenar fenómenos de rabdomiolisis.

355. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DESPUÉS DE INFECCIÓN AGUDA EN PACIENTES SOMETIDOS A PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

M. Núñez¹, J. Vilchez², A. Soriano³, E. Núñez⁴, L. Lozano², P. Torner², J.M. Segur², D. Popescu², S. Sastre², F. Maculé², S. Suso² y J.C. Martínez-Pastor²

¹Servicio de Reumatología. ²Servicio de Rodilla/IDIBAPS. ³Servicio de Infecciones. Hospital Clínic. Barcelona. ⁴SAP Suport al Diagnòstic i al Tractament. Institut Català de la Salut. Barcelona.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de pacientes con infección aguda tras ser sometidos a prótesis total de la rodilla (PTR) y compararla con un grupo control de pacientes sometidos a PTR sin infección.

Métodos: Estudio de casos y controles de 1 año de seguimiento. Los pacientes fueron apareados por edad, sexo, índice de masa corporal (IMC) y puntuaciones de las dimensiones WOMAC. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos. La CVRS se midió utilizando el cuestionario específico WOMAC. Análisis estadístico. Los grupos se compararon mediante t test para las variables continuas y la prueba de χ^2 para las variables categóricas. Para observar el efecto de la PTR sobre las dimensiones del WOMAC, a los 12 meses se utilizó el test de Wilcoxon para datos apareados. Para la comparación entre grupos (grupo de estudio vs grupo control) se utilizó el U-test Mann-Whitney a los 12 meses tras la PTR.

Resultados: Grupo de estudio: Treinta pacientes infectados (22 mujeres) con una edad media de 72,53 (DE 7,9) años. El 96,6% tenía una o más comorbilidades. IMC 32,47 (DE 6,2). La puntuación media del índice WOMAC fue de 59,97 (DE 12,6). Grupo control: Se incluyeron 60 controles apareados. Cuarenta y cuatro eran mujeres, con una

edad media de 70,82 (DE 7,3) años. Todos los pacientes presentaron alguna comorbilidad. IMC 32,86 (DE 6,3). La puntuación media del índice WOMAC fue de 60,07 (DE 12,2). Se hallaron mejoras significativas entre las puntuaciones preoperatorias y postoperatorias en todas las dimensiones del WOMAC ($p = 0,003$) en ambos grupos. A los 12 meses de seguimiento los pacientes del grupo de estudio presentaron puntuaciones más altas (peor), que los pacientes del grupo control, en todas las dimensiones del WOMAC aunque estas diferencias sólo fueron estadísticamente significativas en la dimensión dolor (30,17 [DE 24,3] vs 19,65 [DE 19,3], respectivamente) $p = 0,028$.

Conclusiones: Los pacientes infectados tras ser tratados con desbridamiento y antibióticos mejoran significativamente su calidad de vida a los 12 meses de seguimiento. Los resultados en los pacientes infectados fueron peores que los obtenidos en los pacientes no infectados principalmente en el dolor medido por WOMAC.

356. TRATAMIENTO CON RITUXIMAB DE LA GRANULOMATOSIS DE WEGENER REFRACTARIA. EXPERIENCIA EN DOS CASOS

C. Escudero, S. Rodríguez, R. Martínez, A. Muñoz, M. León, M.L. Velloso, L. Mayordomo, M.P. González y J.L. Marengo

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

Introducción: La Granulomatosis de Wegener (GW) es una enfermedad multisistémica caracterizada por inflamación de predominio granulomatoso en vasos de manera predominante a nivel pulmonar y renal. Tanto la ciclofosfamida (CF) como los glucocorticoides han permanecido como pilares en su tratamiento. Pero hasta un 10% de los pacientes la enfermedad se muestra refractaria a la terapia convencional. Presentamos dos casos con enfermedad refractaria tratados con rituximab (RTX).

Casos clínicos: Paciente 1: mujer. 68 años. GW de 5 años de evolución y manifestaciones pulmonares, articulares y vías respiratorias superiores, asociando amiloidosis secundaria. Inicia CF como tratamiento de inducción (6×1 g). Al pasar a administración trimestral presenta empeoramiento clínico con aparición de úlceras cutáneas de origen vasculítico, por lo que precisa nuevamente infusión mensual para control sintomático. Por persistencia de la clínica solicitamos RTX ($1 \text{ g} \times 2$) como uso compasivo, administrando dos ciclos completos y primera dosis del tercero con escasa respuesta. La paciente fue éxitus en enero de 2009 tras ingreso prolongado por empeoramiento de la clínica cutánea y complicaciones respiratorias y neurológicas. Paciente 2: mujer. 48 años. GW cANCA+ de 3 años de evolución y afectación ORL, digestiva, nervio periférico, cutánea y articular. Inicia CF como tratamiento de inducción. Al paso a la pauta de mantenimiento, reaparece la clínica sistémica precisando disminución en el intervalo de infusión, por lo que solicitamos RTX. Tras la administración de dos ciclos de tratamiento ($1 \text{ g} \times 2$) presenta cuadro de disnea, objetivándose en fibrobroncoscopia estenosis subglótica en fibrobroncoscopia por actividad de su enfermedad de base. Pasamos a administrar RTX en pauta de linfoma ($375 \text{ mg/m}^2 \times 4 + \text{CF}$) con excelente control clínico y resolución de la patología ORL.

Discusión: Rituximab ha mostrado ser una alternativa terapéutica segura y bien tolerada en pacientes con GW refractaria aunque, hasta la actualidad, su eficacia no está suficientemente avalada por la literatura científica. En nuestra experiencia pareció ser ineficaz en uno de los casos, consiguiendo una respuesta parcial en el segundo. Dicha respuesta parece estar relacionada con la disminución de títulos de cANCA, aunque precisaríamos nuevos biomarcadores más específicos. El estudio retrospectivo realizado por Jones et al en 2009 (Arthritis Rheum. 2009;60:2156-68) ($n = 68$) arroja datos positivos, pero serían necesarios ensayos clínicos aleatorizados con mayor tamaño

muestral para protocolizar la dosificación y pauta ideal de retratamiento.

357. PUSTULOSIS PALMOPLANTAR Y LESIONES PSORIASIFORMES SECUNDARIAS A TRATAMIENTO CON ANTI TNF. SERIE DE CASOS

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

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

Introducción: Los anti TNF alfa han sido indicados para el tratamiento de numerosas enfermedades inflamatorias como la AR, EA o A. PSo. Son numerosos los efectos secundarios relacionados tales como erupción psoriasiforme en relación con dicho tratamiento, lo que sugiere que dicho tratamiento pudiera inducir o exacerbar este tipo de lesiones.

Material y métodos: Describimos tres casos de erupción psoriasiforme y pustulosis palmoplantar en pacientes tratados con anti TNF en nuestro Hospital de Día, con distintas enfermedades de base y sin lesiones cutáneas previas ocurridos durante el último año. El diagnóstico de dichas lesiones fue llevado a cabo por el Servicio de Dermatología de nuestro hospital, mediante biopsia cutánea.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 70 años, diagnosticada de AR seropositiva. La paciente presentaba afectación predominante en carpos, rodillas y tobillos, por lo que llevó tratamiento con combinación de varios FAMES y finalmente adalimumab. A los pocos meses de iniciar dicho tratamiento, apareció una erupción pustulosa en palmas y plantas que obligó a la retirada de adalimumab. Posteriormente se inicia tratamiento con etanercept mejorando la clínica articular. Tras un año de tratamiento, vuelven a reaparecer lesiones pustulosas palmo-plantares. Se suspende el tratamiento anti TNF, con el consiguiente empeoramiento de la artritis y la mejora de las lesiones cutáneas por lo que se decide cambiar de diana terapéutica, iniciando en este caso rituximab. Caso 2: varón de 39 años diagnosticado de EA de dos años de evolución. Inicialmente recibe tratamiento con antiinflamatorios inhibidores selectivos de la COX-2. Debido a la no mejoría clínica se decide tratamiento con anti TNF, en este caso infliximab. Tras la tercera dosis, comienza con lesiones pustulosas palmoplantares y una semana después con lesiones eritematodescamativas en tronco y miembros inferiores. Es valorado por Dermatología e inicia tratamiento con PUVA. El tratamiento con infliximab fue sustituido por etanercept. Caso 3: mujer de 39 años diagnosticada de AIJ a los 14 años de edad evolucionada a AR del adulto. Ha recibido tratamiento con varios FAMES e infliximab persistiendo actividad inflamatoria importante a nivel de carpos, metacarpofalángicas e interfalángicas proximales de ambas manos por lo que se decide iniciar tratamiento con etanercept. Tras dos meses de tratamiento aparición de una erupción maculopapular en tronco, espalda y manos. Valorada por el Servicio de Dermatología, siendo diagnosticada de toxicodermia confirmada posteriormente mediante biopsia cutánea. Se suspende dicho fármaco, y se inicia tratamiento con abatacept.

Conclusiones: Se ha observado que este tipo de "reacción paradójica" de los anti TNF no sólo aparece en pacientes con espondiloartritis, sino también en AR, EII. Hay distintas teorías para explicar esta reacción: diagnóstico previo erróneo y que estemos ante una artropatía psoriásica, o bien que se trate de un cuadro de toxicodermia por el tratamiento o una infección de la piel provocada por la inmunodepresión de los anti TNF. Dichas lesiones tienden a mejorar hasta desaparecer desde que se suspende el tratamiento anti TNF, orientándonos a que su aparición estaría en relación con dichos fármacos y no que formara parte de la propia enfermedad, como sería el caso de una artropatía psoriásica.

358. ESTIMULACIÓN DE CORDONES POSTERIORES EN LUMBALGIAS/CERVICOBRAQUIALGIA INESPECÍFICA DE PACIENTES CON SÍNDROME FIBROMIÁLGICO

E. Orilla, J. Pérez-Cajaraville, R. Sainz y B. Galarraga

Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

Objetivo: El objetivo de este estudio es presentar nuestra experiencia en el tratamiento del dolor axial invalidante en pacientes con síndrome fibromiálgico mediante la implantación de estimulador de cordones posteriores (SCS).

Material y métodos: En el periodo comprendido entre febrero de 2006 y enero de 2009, se realizó la implantación de 8 SCS de prueba procediéndose si la respuesta al mismo es favorable durante 2 semanas. Se incluyeron pacientes con dolor axial (cervical o lumbar) severo, con pobres resultados a las técnicas conservadoras, no alteraciones psicológicas mayores y aceptación por parte del paciente. En todos ellos se implantaron dos tipos de generador de impulsos (Itrel 3 Medtronic o ANS) a nivel cervical o lumbar, con unos parámetros de estimulación: rango de amplitud 1,1-6,5 Hz, rango de frecuencias 50-90 pps, Duración media del impulso 300 mseg, estimulación continua. El seguimiento medio fue de 12 meses, donde se valoró: efectividad, complicaciones, y relación de factores psicológicos en los resultados (incapacidad laboral y S. depresivo). EVA, grado de satisfacción, área de cobertura conseguida con la estimulación y alivio durante los diferentes momentos del estudio hasta los 12 meses, episodios irruptivos de dolor lumbar/cervical y la disminución de medicación analgésica por dolor axial a los 12 meses.

Resultados: Los pacientes a los que se realizó implantación de SCS, 8 mujeres, tienen un rango de edades de 29-61 (media 43 años), estado laboral: 50% en activo, 50% amas de casa. Se obtuvieron buenos resultados con mejoría analgésica (axial y radicular), reducción de la necesidad de fármacos, mejoría de la calidad de vida (aumento de la actividad física, mejoría del sueño). Las complicaciones aparecen en 2 pacientes: infección en 1 paciente y migración de cable en el otro paciente.

Conclusiones: Aunque el dolor axial inespecífico severo refractario al tratamiento clásico en pacientes con síndrome fibromiálgico no forma parte de las indicaciones clásicas del SCS, dicha técnica se ha mostrado efectiva en el control analgésico y mejora de la calidad de vida de estos sujetos. No obstante, el pequeño tamaño muestral de nuestro estudio obliga a ampliar el número de sujetos para confirmar dichas conclusiones.

Tablas Resumen 358

Tabla 1. Etiología de las lumbalgias/cervicobraquialgia inespecífica tratadas con estimulación de cordones posteriores en fibromialgia

| Fibromialgia | N | % | Tipo específico | N |
|--------------------|---|------|--|--------|
| Lumbar | 3 | 37,5 | Síndrome poslaminectomía | 3 |
| Lumbar-radicular | 2 | 25 | Sin objetivar hernia Con estenosis canal por imagen | 1 1 |
| Cervicobraquialgia | 3 | 37,5 | Sin objetivar hernia Con estenosis canal por imagen | 2 1 |
| Total | 8 | 100 | | 8 |

Tabla 2. Descripción de la evolución de las variables EVA, grado de satisfacción, área de cobertura conseguida con la estimulación y alivio durante los diferentes momentos del estudio hasta los 12 meses. Los resultados son las medianas en cada momento del estudio

| | 1 mes | 3 meses | 6 meses | 12 meses |
|----------------|-------|---------|---------|----------|
| Mejoría > 50% | 77,5% | 67,5% | 65% | 67,5% |
| EVA > 2 puntos | 80% | 70% | 77,5% | 67,5% |
| Cobertura | 70% | 73% | 75% | 56% |
| Satisfacción | 4 | 3 | 4 | 3 |
| Alivio | 65% | 60% | 55% | 60% |

Satisfacción. 4: muy satisfecho; 3: satisfecho.

Tabla 3. Episodios irruptivos de dolor lumbar/cervical según el tiempo evolución. Los datos son expresados en porcentaje de pacientes en cada grupo

| | 1 mes | 3 meses | 6 meses | 12 meses | Comentarios |
|--------|-------|---------|---------|----------|--|
| Caso 1 | 37,5 | 62,5 | 62,5 | 50 | Presenta meses sin dolor lumbar |
| Caso 2 | 37,5 | 37,5 | 50,0 | 37,5 | |
| Caso 3 | 12,5 | 12,5 | 12,5 | 12,5 | > 2 episodios por mes |
| Caso 4 | - | - | - | - | Sin cambios respecto al inicio del tratamiento |

Tabla 4. Relación medicación y dolor lumbar/cervical a los 12 meses

| | 1 | 2 | 3 |
|---|-------|-------|-------|
| 1 | 37,5% | 0% | 0% |
| 2 | 12,5% | 25,0% | 12,5% |
| 3 | 12,5% | 12,5% | 12,5% |

1: sin medicación; 2: disminución; 3: sin cambios respecto a los previos. Datos expresados en porcentajes.

359. GOTA DE RAQUIS

J.L. Guerra, A. Camba, J. Vázquez Coleman, A. Hernández y M. Rodríguez

Hospital Arquitecto Marcide-Naval. Ferrol. A Coruña.

Caso clínico: Paciente de 35 años que presenta crisis de dolor agudo de raquis dorsal desde hace unos 6 meses. Sus crisis son de características inflamatorias, invalidantes, localizadas selectivamente, no irradiadas, duran una a dos semanas y le mejoran con AINEs. AP-Hiperuricemia y gota (podagra) desde los 25 años. F tifoidea. No fumador. Bebedor de 4 a 5 cervezas/día. No realizó nunca tratamiento por su gota. Examen clínico: obesidad 112 kg, 1,80 m altura. Dolor agudo y selectivo a presión espinosas dorsales D8 a D10, sin irradiación. No dolor lumbar ni SI. Leve dolor a presión artc, MTF de 1º dedo pie izdo. Examen neurológico: hiperreflexia m inferiores, babinbinski flexión no altc sensitivas. Analítica: VSG-14. Coulter-n. Glucosa 110. GOT-106. GPT-141. GGT-134. Ca-10, P-3. F alcalinas-n. Proteinograma-n. PCR-16,5. FR(-). ANAs(-). TSH-n. T3, T4-n. HLA B27 (-). Serología: Hepatitis B y C(-). Salmonella y Brucella (-). Mantoux (-). Rx. Raquis, pelvis, manos-n. Erosiones artc. TTF de 1º dedo pie izdo. Gammagrafía Tc99-Hiper captación focal IAP D9,D10. TAC dorsal. Lesiones geólicas y erosivas a nivel de lámina e inter-articulares posteriores D9-D10. RMN dorsal. Protrusiones discal posterior D3-D4, D9-D10, aumento de señal epidural posterior a nivel arco posterior con impronta a nivel canal medular en región D8-D9, hiposeñal en T2. TAC toracoabdominal: normal salvo hígado graso y hepatomegalia. Punción con aguja a nivel de artc posteriores a nivel de D8, D9, D10, evidenciando a microscopio de luz polarizada la presencia de cristales de ác. úrico. El paciente es diagnosticado de artritis microcristalina de raquis (gota). Se realiza tratamiento mediante colchicina 1 mg/3 meses. Indometacina 150 mg/3 semanas e hipouricemiantes a dosis progresiva hasta 300 mg de allopurinol/día que se mantiene y dieta, remitiendo el cuadro clínico del paciente y normalizando las cifras de uricemia, en el periodo de seguimiento actual de 9 meses no volvió a presentar crisis. Existen 76 casos documentados en la literatura de gota de raquis, la mayoría con complicaciones neurológicas, mielopatías, compresión cola de caballo o radiculopatía. Los diagnósticos fueron realizados en el acto quirúrgico de descompresión y sólo en 2 casos mediante punción con aguja. Tofos de raquis 76 casos: cervical 18 (mielopatía), dorsal 13 casos (mielopatía), lumbar 29 casos (5 comp cola caballo, 16 radiculopatías, 6 estenosis canal, 2 pseudoespondilodiscitis).

360. CONDRICALCINOSIS DE RAQUIS CERVICAL

J.L. Guerra Vázquez, J. Vázquez Coleman, A. Hernández y M. Rodríguez

Hospital Arquitecto Marcide-Naval. Ferrol. A Coruña.

Casos clínicos: Presentamos dos pacientes con clínica de cervicalgia aguda persistente y dolor de cintura escapular que acudieron a Urgencias repetidas ocasiones y fueron remitidas a consulta por sospecha de polimialgia reumática. Caso 1: mujer 87a. Antecedentes: HTA. Asma. Dislipemia. Artrosis. Presenta dolor cervical agudo, persistente, predominio nocturno, se incrementa decúbito, de unos 3 meses evolución, dolor irradiado a nuca y hombros, dolor hombros e impotencia funcional, acudió a su médico y a urgencias en 3 ocasiones donde le indican tto. mediante AINEs con poca mejoría de su cuadro. Relata cefalea posterior, nuchalgia, no relata alteración de la visión ni astenia ni pérdida de peso, no claudicación masticación. Al examen destaca dolor agudo a presión segmento cervical e intensa contractura muscular para vertebral, imposibilidad de movimientos de rotación, extensión y lateralización, dolor y limitación, abducción de hombros, dolor flexión de rodillas, flogosis rodilla derecha. Temporales pulsátiles y no dolorosas. Examen neurológico normal. Analítica. VSG-25. Coulter-n. Bioquímica-n. PCR 6,5. FR(-). ANAs(-). TSH-n. Fe (n). PTHi-n. Artropunción rodilla dcha. Cristales de pirofosfato de calcio. Rx. Condrocalcinosis de hombros, rodillas, imagen condensación a nivel de charnela occipito cervical anterior. TAC charnela cervical. Calcificación ligamento transversal del atlas, erosiones del odontoides y artropatía degenerativa de macizos occipito atloideos bilateralmente y calcificaciones peri articulares. Caso 2: mujer de 85a. Antecedentes: HTA. Artrosis. Fractura isquión. Intolerancia AINEs. Presenta clínica de dolor cervical agudo de un mes de evolución, dolor predominio nocturno irradiado a nuca, insomnante, no cede con analgésicos menores. Acudió a Urgencias en tres ocasiones donde le prescriben corticoides con neta mejoría de su cuadro pero al suspenderlos recidiva su clínica. Se remite por sospecha de polimialgia o Horton. No relata alteraciones de visión ni claudicación a masticación ni síntomas generales. Al examen presenta dolor agudo a la movilización segmento cervical con severa limitación de rotación y extensión, marcada contractura muscular para vertebral, dolor a la abducción de hombros y flexo extensión de rodillas, no flogosis, artrosis dedos de las manos. Pulsos temporales presentes y simétricos no dolor a palpación. Normalidad de la exploración neurológica. Analítica: VSG-5. Coulter-n. Bioquímica-n. PCR(-). FR(-). Proteinograma-n. Fe-n. TSH-n. PTHi-n. Rx. Condrocalcinosis de muñecas, rodillas, imagen condensación a nivel charnela occipito cervical. TAC cervical. Voluminosa calcificación ligamento transversal del atlas, erosiones y artrosis macizos laterales del atlas datos que evocan disposición de cristales de pirofosfato de calcio a dicho nivel. Ambas pacientes fueron diagnosticadas de condrocalci-

nosis, con afectación cervical. Las dos pacientes fueron tratadas inicialmente con corticoterapia 30 mg/día, dosis decreciente, analgésicos e inmovilización temporal con collarín blando con buena evolución de su cuadro clínico. Rememorar los trabajos de Lagier (1979) Resnick (1984) indicando la presencia de cristales de PPCa a nivel de discos, IAP, ligamentos inter-espinosos, amarillos, transversal del atlas, articulación atloideo axoidea, esterno clavicular, SI. Entre un 44 a 70% de CCA pueden presentar depósitos periodontoides, en algunos casos pueden ser responsables de clínica hiperálgica o de complicaciones como mielopatías, canal estrecho, radiculopatías o pseudoespondilodiscitis.

361. ESTUDIO PRELIMINAR DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA INFLAMATORIA TRATADOS CON TERAPIA BIOLÓGICA ENDOVENOSA

O. Fernández, N. Rivera, E. Úcar, C. Pérez, L. Estopiñán, J.M. Gorordo, M.L. García, E. Galíndez, E. Ruiz, I. Torre y J.M. Aranburu

Servicio de Reumatología. Hospital de Basurto. Bilbao-Bizkaia.

Objetivo: Evaluar la densidad mineral ósea (DMO), en pacientes diagnosticados de patología inflamatoria, espondiloartropatías y artritis reumatoide, que están siendo tratados con fármacos biológicos intravenosos.

Materiales y métodos: Se estudia una población de 57 pacientes con artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APSO) o espondilitis anquilosante (EA), de entre 22 y 80 años, tratados con infliximab, rituximab o abatacept. Se evalúan los datos basales de DMO de cadera y columna, las variables analíticas: PTH, CTX en Orina, NTX en suero, 25-hidroxivitamina D, y una radiografía de columna dorsolumbar; también se considera el tiempo en que el paciente ha estado tratado con fármacos biológicos, tiempo total en tratamiento corticoideo, y se evalúan las variables: nicotina y cafeína ingerida al día.

Resultados: Los resultados obtenidos de la DMO y de las variables analíticas y radiológicas han dado a conocer que el 16% de los pacientes tenían osteoporosis (ocho mujeres y un hombre), de los cuales sólo 2 mujeres habían estado en tratamiento biológico menos de 2 años. El 39% de los pacientes presentaron osteopenia (14 hombres y 8 mujeres) y el 71% de los pacientes no cumplían criterios de osteopenia ni osteoporosis. El 30% de los pacientes presentaron niveles bajos vitamina D. El 80% de los pacientes han estado una media de 8 años con tratamiento corticoideo, un 18% son fumadores habituales con una media de 5 cigarrillos al día y el 75% toman al menos una taza de café al día.

Conclusiones: Entre los pacientes con DMO baja, los varones presentaron con más frecuencia osteopenia y las mujeres más osteoporosis. Se requiere una población más amplia de estudio y un seguimiento a largo plazo.