



Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



PÓSTERS EXHIBIDOS

XLII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Barcelona, 18-21 de mayo de 2016

1.ª Sesión

Jueves, 19 de mayo

1. MODELOS DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN ESPAÑA

R. Queiro¹, P. Coto², J. Rodríguez³, J. Notario⁴, T. Navío Marco⁵, P. de la Cueva⁶, M. Pujol Busquets⁷, M. García Font⁸, B. Joven⁹, R. Rivera¹⁰, J.L. Álvarez Vega¹¹, A.J. Chaves Álvarez¹², R. Sánchez Parera¹³, J.C. Ruiz Carrascosa¹⁴, F.J. Rodríguez Martínez¹⁵, J. Pardo Sánchez¹⁶, C. Feced Olmos¹⁷, C. Pujol¹⁸, E. Galíndez¹⁹, S. Pérez Barrio²⁰, A. Urruticoechea-Arana²¹, M. Hergueta²², J. Luelmo²³ y J. Gratacós²⁴

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ³Servicio de Reumatología; ⁴Servicio de Dermatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ⁵Servicio de Reumatología; ⁶Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ⁷Servicio de Reumatología; ⁸Servicio de Dermatología. Hospital Mutua de Terrassa. Barcelona. ⁹Servicio de Reumatología; ¹⁰Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ¹¹Servicio de Reumatología; ¹²Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina. Badajoz. ¹³Servicio de Reumatología; ¹⁴Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. ¹⁵Servicio de Reumatología; ¹⁶Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia. ¹⁷Servicio de Reumatología; ¹⁸Servicio de Dermatología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ¹⁹Servicio de Reumatología; ²⁰Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Basurto. Bizkaia. ²¹Servicio de Reumatología; ²²Servicio de Dermatología. Hospital Can Misses. Ibiza. ²³Servicio de Dermatología; ²⁴Servicio de Reumatología. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

Objetivos: Describir (estructura, procesos) los modelos de atención multidisciplinar de pacientes con artritis psoriásica (APs) en España así como las barreras y facilitadores en su implantación.

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo mediante entrevistas estructuradas a 24 profesionales (12 reumatólogos, 12 dermatólogos que realizan atención multidisciplinar en pacientes con APs). Se recogieron datos relacionados con el centro, servicio, población atendida y sobre el modelo de atención multidisciplinar (tipo, recursos materiales y humanos, requerimientos de los profesionales, objetivos, criterios de entrada y salida, agendas, protocolos de actuación, responsabilidades, toma de decisiones, actividad

Pasos generales a seguir en la implantación de un modelo de atención multidisciplinar para pacientes con artritis psoriásica (APs)

- Pasos pre-implantación
1. Buscar 2 especialistas implicados, con experiencia, interés, y buena sintonía
 2. Comunicación entre jefes/responsables del servicio para dar el visto bueno
 3. Si fuese necesario presentar la propuesta a la gerencia/dirección médica
 4. Definir de forma conjunta:
 - Tipo de modelo que mejor se puede ajustar a las circunstancias del centro/profesionales
 - Criterios de entrada y salida de pacientes
 - Cadencia de visitas y nº pacientes/visita (modelos conjuntos)
 - Cómo, qué días, se pueden comunicar por teléfono, correo, en persona, etc.
 - Lugar/es donde se realizará la consulta multidisciplinar (modelos conjuntos)
 - Materiales necesarios (ordenador, sillas...)
 - Si procede: protocolos, guías a seguir
 - Nivel de responsabilidad/implicación en el seguimiento y tratamiento de pacientes:
 - Definir si se van a recomendar o directamente cambiar tratamientos
 - En el caso de que se decida indicar una terapia biológica establecer un criterio sobre a quién le va a computar esta prescripción
 - Plan de objetivos
 - Registro y evaluación de la actividad (qué, quién, dónde, etc.)
 - Medidas (actividad de la consulta, actividad y daño de la APs, calidad de vida, etc.)
 5. Preparar la logística de las agendas
 - Intentar generar una agenda única cuya actividad compute a ambos servicios
 6. Presentar el proyecto a los 2 servicios
- PASOS DURANTE LA IMPLANTACIÓN (2 primeros años)
7. Buscar fórmulas eficientes para agilizar la consulta/s
 8. Dar un informe para el paciente y su médico responsable (pueden ser 2 diferentes)
 9. Evaluar la consulta multidisciplinar y realizar ajustes:
 - Al empezar evaluarla cada 3-6 meses y hacer los ajustes que se precisen:
 - Sobre la agenda, cambios en la cadencia y/o nº de pacientes vistos por visita
 - Recordatorio a los servicios sobre el servicio y los criterios de derivación
 - Implicar, formar al personal de enfermería/auxiliar de enfermería
 - Definir más específicamente qué actitud a seguir en determinado tipo de pacientes
 - Necesidad de ajustes en la historia médica electrónica
 - En caso de recogida de datos, evaluar si lleva mucho tiempo, es factible, hay que modificar variables, reducir el número que se recogen, etc.
 - A final de año se realizará una evaluación de los objetivos concretos planteados
- Pasos post-implantación (a partir de 2 años)
10. Evaluación de la consulta y objetivos
 - Recomendable hacerlo de forma anual/bianual
 - Se recogerá y analizará lo que no estén funcionando bien, incidencias, etc.
 - Si algún objetivo no se ha cumplido se evaluará por qué
 - Con todo ello se diseñará un plan de mejora
 11. Junto con el plan de mejora se podrán plantear nuevos objetivos. Además de objetivos clínicos se podrán valorar otros relacionados con la investigación y/o docencia
 12. Una vez bien asentados se puede ver si la consulta cumple con los estándares de calidad desarrollados en el NEXUS
 13. De igual manera se puede sopesar la implantación de los indicadores de calidad igualmente generados en el NEXUS

investigadora y docente, sesiones clínicas conjuntas, creación/inicio, planificación, ventajas/desventajas del modelo, barreras/facilitadores en la implantación del modelo. Se describen sus características.

Resultados: Analizamos 12 modelos de atención multidisciplinar en APs, implantados desde hace al menos 1-2 años, con 3 subtipos de modelos, presencial conjunto, presencial paralelo, y circuito preferencial. Estos se adaptan a las circunstancias del centro y profesionales. Una correcta planificación de la implantación es fundamental, las principales recomendaciones se muestran en la tabla. La implicación y buena sintonía entre profesionales y un acceso y criterios de derivación bien definidos son facilitadores muy importantes en la implantación de un modelo. La gestión de las agendas y la recogida de datos para medir resultados de salud de estos modelos son las principales barreras.

Conclusiones: Existen distintos modelos de atención multidisciplinar implantados que pueden mejorar la atención del paciente con APs, la eficiencia del sistema y la colaboración entre especialistas. Su implantación debe planificarse cuidadosamente.

2. DESCRIPCIÓN Y PREVALENCIA DE ESPONDILOARTRITIS EN UNA LARGA COHORTE DE PACIENTES CON UVEÍTIS ANTERIOR: PROYECTO MULTIDISCIPLINAR COLABORATIVO SENTINEL

X. Juanola¹, E. Loza², M. Cordero-Coma^{3,4} y Grupo de Trabajo SENTINEL

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. ²Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid. ³Unidad de Uveítis. Hospital Universitario de León. ⁴Instituto de Biomedicina (IBIOMED). Universidad de León. Grupo de Trabajo SENTINEL.

Objetivos: Describir y analizar la prevalencia de espondiloartritis (EspA) en pacientes con uveítis anterior (UA).

Métodos: En un estudio prospectivo multicéntrico (66 hospitales repartidos por toda la geografía española) promovido por el grupo GRESSER, se seleccionaron pacientes (adultos) de forma consecutiva que cumplieren los siguientes criterios: pacientes con UA y HLA B27 (positivo o negativo) con más de un episodio de UA separados por al menos 3 meses. Los pacientes fueron evaluados por un oftalmólogo y un reumatólogo siguiendo un esquema de visitas pre-fijado (durante al menos 1 año). Se excluyeron pacientes con diagnóstico previo de EspA. Se recogieron datos (en una plataforma electrónica específicamente diseñada para el proyecto, en cada visita) sociodemográficos y clínicos (oftalmológicos y reumatológicos, estandarizados) incluyendo todas las variables incluidas en los nuevos criterios ASAS de clasificación de EspA axial y periférica. Se realizó un análisis (de los datos basales) descriptivo, bivariado (para comparar pacientes con UA HLA-B27 positiva y pacientes con UA recurrente HLA-B27 negativa) y de concordancia entre el diagnóstico clínico del reumatólogo y el cumplimiento de los nuevos criterios de clasificación de EspA del grupo ASAS. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitari de Bellvitge.

Resultados: Se incluyeron 798 pacientes, la mayoría hombres (59%) con una edad media de 45 años, el 60% presentaban UA HLA-B27 positiva, el 40% UA recurrente HLA-B27 negativa. El 44,1% presentaba dolor lumbar inflamatorio, el 12,7% entesitis, el 11,8% artritis, el 7% psoriasis, el 23,3% PCR elevada, y el 35,2% sacroileítis radiológica. Se estimó que un 50,2% y 17,5% de los pacientes presentaban EspA axial y periférica respectivamente según los criterios de clasificación de ASAS. Los pacientes con UA HLA-B27 positiva presentaban con más frecuencia el diagnóstico de EspA axial (69,8% vs 27,3%, $p < 0,0001$) y EspA periférica (21,9% vs 11,1%, $p < 0,0001$) que los pacientes con UA recurrente HLA-B27 negativa. En general no se

detectaron diferencias entre grupos en las variables oftalmológicas registradas.

Conclusiones: Un porcentaje importante de pacientes con UA clínicamente significativa presentan una EspA no diagnosticada, mayor si son HLA-B27 positivos. Se deben realizar más esfuerzos para conseguir un diagnóstico precoz de las EspA.

3. POLYMORPHISMS IN STEROID HORMONE SIGNALING, PHASE I- AND II-METABOLIZING ENZYME AND HORMONE TRANSPORTER GENES ARE ASSOCIATED WITH THE RISK OF RHEUMATOID ARTHRITIS AND RESPONSE TO ANTI-TNF THERAPY

L.M. Canet¹, R. Cáliz², C.B. Lupiañez¹, H. Canhã^{3,4}, M. Martínez-Bueno⁵, A. Escudero⁶, J.M. Sánchez-Maldonado¹, J. Segura-Catena¹, M.J. Soto-Pino², M.A. Ferrer², A. García², I. Filipescu⁷, E. Pérez-Pampín⁸, A. González-Utrilla², M.A. López Nevot⁹, S. de Vita¹⁰, E. Collantes-Estévez⁶, L. Quartuccio¹⁰, J.E. Fonseca^{3,4} and J. Sainz¹

¹Genomic Oncology Area. GENYO. Centre for Genomics and Oncological Research: Pfizer/University of Granada/Andalusian Regional Government. PTS Granada. Granada. ²Rheumatology Department. Virgen de las Nieves University Hospital. Granada. ³Rheumatology Research Unit. Instituto de Medicina Molecular. Faculdade de Medicina da Universidades de Lisboa. Rheumatology Department. Hospital de Santa Maria. Lisbon Academic Medical Centre. Lisbon. Portugal. ⁴Rheumatology Department. Santa Maria Hospital-CHLN. Lisbon. Portugal. ⁵Area of Genomic Medicine. GENYO. Centre for Genomics and Oncological Research: Pfizer/University of Granada/Andalusian Regional Government. Granada. ⁶Rheumatology Department. Reina Sofía Hospital/IMIBIC/University of Córdoba. ⁷Rheumatology Department. University of Medicine and Pharmacy Iuliu Hatieganu. Cluj-Napoca. Romania. ⁸Rheumatology Unit. University Hospital of Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. ⁹Immunology Department. Virgen de las Nieves University Hospital. Granada. ¹⁰Department of Medical and Biological Sciences. Clinic of Rheumatology. University of Udine. Italy.

Sex steroid hormones may influence susceptibility to rheumatoid arthritis (RA) and disease progression. Here, we evaluated whether 47 single nucleotide polymorphisms (SNPs) in steroid hormone-related genes are associated with the risk of RA and anti-TNF drug response in a population of 1360 RA patients and 1219 controls. We found overall and/or rheumatoid factor (RF)-specific associations for SNPs within ABCB1, CYP2C9, CYP2C19, CYP3A4, ESR1, PGR and SULT1A1 genes with the risk of developing RA (OROverall/RF+/- = 0.71-5.93). The most relevant effect was observed for the CYP3A4rs11773597 SNP. Patients carrying the CYP3A4rs11773597/C genotype had a significantly increased risk of developing the disease when compared with those carrying the wild type allele (OR = 3.74 95%CI: 1.61-8.66, $p = 0.0016$). Interestingly, we also observed a substantial impact of SNPs within CYP1B1, ESR2, NR112, and GSTP1 genes on response to anti-TNF drugs. We observed that carriers of the CYP1B1rs1056836G, ESR2rs4986938G, and NR112rs1464603C alleles showed a significantly increased chance of having poor response to anti-TNF drugs (OR = 2.08, 95%CI: 1.16-3.73, $p = 0.012$; OR = 2.13, 95%CI: 1.26-3.61, $p = 0.004$ and OR = 1.95, 95%CI: 1.19-3.18, $p = 0.0073$) whereas those carrying the ESR2rs1255998G, and GSTP1rs1695G alleles or the ESR2GGAA haplotype showed a decreased chance of having poor response (per-allele OR = 0.38, 95%CI: 0.22-0.66, PTrend = 0.0002; OR = 0.56, 95%CI: 0.38-0.82, $p = 0.0028$ and ORHap = 0.35, 95%CI: 0.19-0.64, $p = 0.0009$). In line with these findings, we also observed a positive correlation between ESR2 3'UTR polymorphisms (ESR2rs4986938 and ESR2rs928554) and

ESR2 mRNA expression ($p = 2.47 \times 10^{-16}$ and $p = 9.95 \times 10^{-29}$) and that a model built with 5 steroid hormone-related variants associated with response to anti-TNF drugs significantly improved the ability to predict drug response to anti-TNF medications (AUC = 0.694 vs AUC = 0.607; PLR = 8.89×10^{-7} and P50.000perm = 5.72×10^{-9}). These data suggest that hormone-related variants have a low to moderate impact on the risk of RA but also highlight the key role of these variants to improve the prediction of response to anti-TNF medications.

4. COLECALCIFEROL PARA EL TRATAMIENTO DE HIPOVITAMINOSIS D

V. Aldasoro Cáceres¹, C.A. Egües Dubuc², N. Errazquin Aguirre² y M. Uriarte Ecenarro²

¹Hospital Alto Deba. Mondragón. ²Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.

Introducción: Con la reciente aparición de colecalciferol (25.000 UI, 0,625 mg, 2,5 ml) en el mercado nos planteamos saber cuál podría ser la pauta de administración a la hora de intentar obtener niveles de vitamina D superiores a 30 ng/mL.

Métodos: El objetivo principal fue obtener niveles óptimos de vitamina D: > 30 ng/mL. Se seleccionaron pacientes remitidos para estudio de osteoporosis con vitamina D baja a los que se les administró colecalciferol de la siguiente manera: vitamina D < 30-20 ng/mL: colecalciferol mensual (Grupo 1). Vitamina D < 20-10 ng/mL: colecalciferol bisemanal (Grupo 2). Vitamina D < 10 ng/mL: colecalciferol semanal (Grupo 3). Se seleccionaron pacientes con niveles de PTH, calcio y fósforo normales. Se excluyeron aquellos pacientes que realizaban tratamiento con suplementos de calcio y/o Vitamina D. Se realizó analítica de sangre solicitando calcio, PTH, fósforo y vitamina D al inicio y a los 3 meses. Todos los pacientes partían con una función renal normal.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes en este trabajo. Todos los pacientes incluidos fueron mujeres. La media de edad fue de 57,9 años. Pretratamiento: se incluyeron 18 pacientes en el Grupo 1 (media 25,7), 20 pacientes Grupo 2 (media 18,3) y 12 pacientes Grupo 3 (media 9,2). Postratamiento: 9/18 pacientes alcanzaron niveles óptimos en el Grupo 1, 12/20 en el Grupo 2 y 5/12 en el Grupo 3. Ningún paciente presentó insuficiencia renal. 1 paciente del Grupo 1 experimentó intolerancia a colecalciferol en forma de náuseas y malestar general tras la 3ª dosis; no se excluyó a dicho paciente del estudio.

	Pretratamiento (media)	Postratamiento: número de no respondedores	Porcentaje de respuesta (%)
Vitamina D < 30-20 ng/mL: colecalciferol mensual (Grupo 1)	18 (media 25,7)	9	50%
Vitamina D < 20-10 ng/mL: colecalciferol bisemanal (Grupo 2)	20 (media 18,3)	8	60%
Vitamina D < 10 ng/mL: colecalciferol semanal (Grupo 3)	12 (media 9,2)	7	41,7%

Conclusiones: El esquema de tratamiento utilizado con colecalciferol para el tratamiento del déficit de vitamina D alcanza el objetivo terapéutico (vitamina D > 30 ng/mL) en aproximadamente la mitad de los casos en los 3 grupos. Parece que el esquema actual de tratamiento no sería suficiente en la mitad de los casos o tal vez sea necesario más tiempo de tratamiento. Hace falta un mayor número de pacientes para poder ratificar estos resultados.

5. CTX-II Y GLUCOSIL GALACTOSIL PIRIDINOLINA URINARIOS EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA PRECOZ: ASOCIACIÓN CON LA GRAVEDAD, LA DISCAPACIDAD, LA CALIDAD DE VIDA Y LA PROGRESIÓN RADIOLÓGICA A LOS 5 AÑOS

E. Trujillo Martín, M. García, H. Sánchez, A. Monroy, L. Expósito y M.M. Trujillo

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Servicio de Evaluación y Planificación de Tecnología Sanitaria. Servicio Canario de Salud. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La búsqueda de biomarcadores en la artritis psoriásica (PsA) tiene gran interés debido al importante avance en los tratamientos de esta enfermedad. En estudios previos de nuestro grupo hemos comprobado que la excreción urinaria de CTX-II (fragmentos del telopéptido C del colágeno tipo II) y de Glc-Gal-PYD (glucosil galactosil piridinolina) pueden ser biomarcadores de pronóstico en la espondiloartritis precoz.

Objetivos: Analizar la asociación entre los niveles basales urinarios de CTX-II y Glc-Gal-PYD en pacientes con PsA precoz con la severidad de la enfermedad, la discapacidad, la calidad de vida y la progresión del daño estructural a los 5 años de seguimiento.

Métodos: Se incluyeron 36 pacientes que acudieron a la consulta de reumatología con datos sugestivos de PsA, que posteriormente cumplieron criterios de clasificación de PsA (CASPAR) y completaron 5 años de seguimiento. Se tomaron muestras de orina de todos los pacientes que acudieron por primera vez con sospecha de PsA precoz. Se determinó la excreción urinaria de CTX-II mediante inmunoensayo (ELISA) (ng/ml) y de Glc-Gal-PYD mediante cromatografía líquida de alta resolución (HPLC). Debido a que los niveles urinarios no se encuentran normalmente distribuidos, todos los datos fueron transformados en logaritmos para obtener así una distribución normal. Se realizó análisis de asociación con las siguientes variables de seguimiento a los 5 años. Gravedad de la enfermedad (Group for Research and Assessment of Psoriasis Arthritis GRAPPA): leve, moderado o grave. Necesidad de tratamiento biológico: Sí/No. Calidad de vida (Health Assessment Questionnaire (HAQ)). Discapacidad (Study Short Form 36, SF-36). Daño radiológico (Sharp-van Der Heijde modified scoring method for PsA).

Resultados: Los niveles de CTX-II y Glc-Gal-PYD urinarios de los pacientes con PsA precoz fueron significativamente más altos en aquellos que a los 5 años de seguimiento presentaban peores resultados de calidad de vida (HAQ) y discapacidad (SF-36), enfermedad moderada-grave y habían necesitado tratamiento anti-TNF ($p < 0,001$). En un análisis de regresión lineal multivariante, los valores de la excreción urinaria de CTX-II y de Glc-Gal-PYD de los pacientes que acudieron por primera vez a la consulta con PsA precoz son un importante predictor de progresión radiológica a los 5 años.

Conclusiones: Los niveles urinarios basales de CTX-II y Glc-Gal-PYD en pacientes con artritis psoriásica precoz pueden ser un marcador de pronóstico puesto que en nuestra serie se ha relacionado con la gravedad de la enfermedad, con la necesidad de tratamiento biológico, con la calidad de vida y la discapacidad y con la progresión del daño estructural.

6. EFICACIA Y SEGURIDAD DE BARICITINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA Y RESPUESTA INADECUADA A LOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL: RESUMEN DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO DE FASE III RA-BEACON DE 24 SEMANAS

O. Zamani¹, B. Combe², H.P. Tony³, J. Sánchez Bursón⁴, H. Tahir⁵, M. Østergaard⁶, B. Augendre-Ferrante⁷, A. Beselin⁸, E. Larsson⁹, M. Casillas¹⁰ y J. Smolen¹¹

¹Rheumazentrum Favoriten. Vienna. Austria. ²CHRU Montpellier. Francia. ³Department of Rheumatology. University Hospital of Würzburg. Alemania. ⁴Division of Rheumatology. Hospital de Valme.

Sevilla. ⁵Whipps Cross University Hospital. London. Reino Unido. ⁶Copenhagen Center for Arthritis Research. Center for Rheumatology and Spine Diseases. Rigshospitalet. Copenhagen. Dinamarca. ⁷Lilly France. Neuilly-sur-Seine Cedex. Francia. ⁸Eli Lilly Ges.m.b.H. Vienna. Austria. ⁹Eli Lilly Sweden AB. Solna. Suecia. ¹⁰Eli Lilly Spain. Alcobendas. ¹¹Department of Internal Medicine III. Medical University Vienna. Austria.

Introducción: En el estudio de fase III RA-BEACON, en pacientes con artritis reumatoide (AR) activa moderada o severa y una respuesta inadecuada (RI) a los inhibidores del factor de necrosis tumoral (iTNF), baricitinib un inhibidor JAK1/JAK2 de administración oral, mejoró la actividad de la enfermedad, con un perfil de seguridad aceptable. Presentamos un resumen de los datos de eficacia y seguridad hasta la semana 24 en pacientes con RI/intolerancia a = 1 iTNF.

Métodos: 527 pacientes con AR activa a pesar del uso previo de = 1 iTNF durante = 3 meses fueron aleatorizados 1:1:1 para recibir placebo o baricitinib (2 o 4 mg/día). La variable principal fue la respuesta ACR20 en la semana 12 (baricitinib 4 mg vs placebo). Se presentan el análisis de subgrupos de eficacia de acuerdo a uso previo de fármacos biológicos, la seguridad y los cambios en el recuento de linfocitos totales (RLT) y de células natural killer (NK). Para predecir baja actividad de la enfermedad (BAE)/remisión a la semana 12 se utilizó la mejoría en DAS28-PCR y CDAI en la semana 4.

Resultados: 57% de los pacientes habían recibido = 2 bFAMES y 38% = 1 no-iTNF bFAME. La respuesta ACR20 a las 12 semanas fue mayor con baricitinib 4 mg vs placebo (55% vs 27%, p = 0,001). Se observó mejoría en las respuestas ACR20/50/70, DAS28-PCR (tabla), CDAI, SDAI, y HAQ-DI a la semana 24. Se observó una disminución = 0,6 en DAS28-CRP y = 6 en CDAI en la semana 4 en 79% y 80% de los pacientes tratados con baricitinib 4 mg, respectivamente, asociada con una BAE/remisión a las semanas 12 y 24. Los grupos de baricitinib 2 y 4 mg en comparación con placebo presentaron más acontecimientos adversos surgidos durante el tratamiento (71%, 77%, 64%), incluyendo infecciones (44%, 40%, 31%), aunque la presencia de infecciones graves fue similar. En pacientes tratados con baricitinib 4 mg no se observaron infecciones oportunistas, pero dos pacientes presentaron cáncer de piel-no melanoma. En las semanas 12 y 24 los cambios en RLT en los grupos tratados con baricitinib y placebo fueron similares. Se observó un aumento en linfocitos T, B y células NK a las 4 semanas, seguido por una disminución en linfocitos T y un aumento en linfocitos B a las semanas 12 y 24 en los grupos tratados con baricitinib (todos los cambios en RLT dentro del intervalo normal; la reducción en células NK no estuvo asociada con un aumento en infecciones).

Conclusiones: En pacientes con AR, independiente del número de agentes biológicos usados, baricitinib demostró una mejora clínica

rápida y sostenida desde la semana 4 hasta la semana 24 con un perfil de seguridad aceptable. La respuesta clínica precoz a las 4 semanas podría predecir una BAE/remisión posterior. Los beneficios de baricitinib estuvieron acompañados con cambios en el RLT no relacionados con infecciones.

7. EFICACIA Y SEGURIDAD DE BARICITINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA Y RESPUESTA INADECUADA A CSDMARDS: RESUMEN DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO DE FASE III PHASE RA-BUILD DE 24 SEMANAS

P. Emery¹, M. Krogulec², R. Blanco³, M. Rossini⁴, F. Raeman⁵, D. Walker⁶, A.P. Ghzdvescu⁷, I. Irto⁸, M.L. Rentero⁹, M. Casillas⁹, I. de la Torre⁹ y M. Dougados¹⁰

¹University of Leeds. Leeds Institute of Molecular Medicine and LMBRU. Leeds. Reino Unido. ²Rheumatology Clinic. MAK-MED. Nadarzyn. Polonia. ³Department of Rheumatology. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ⁴Sezione di Reumatologia. School of Medicine and Surgery. University of Verona. Verona. Italia. ⁵Department of Rheumatology. Ziekenhuis Netwerk Antwerpen-ZNA. Merksem. Bélgica. ⁶The Newcastle upon Tyne Hospitals NHS Foundation Trust. Freeman Hospital. Newcastle upon Tyne. Reino Unido. ⁷Eli Lilly Romania S.R.L. Bucharest. Rumania. ⁸Lilly Hungaria Kft. Budapest. Hungría. ⁹Eli Lilly Spain. Alcobendas. ¹⁰Paris-Descartes University. Paris. Francia.

Introducción: Baricitinib, un inhibidor JAK1/JAK2 de administración oral, ha demostrado resultados prometedores en pacientes con artritis reumatoide (AR) activa. Presentamos un resumen de los análisis de eficacia, seguridad y resultados percibidos por los pacientes (PRO) en pacientes con AR activa y respuesta inadecuada (RI) o intolerancia a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad convencionales (FAMES) en el estudio de fase III RA-BUILD de 24 semanas.

Métodos: Los pacientes con AR activa y RI o intolerancia a los FAMES (N = 684) fueron aleatorizados 1:1:1 para recibir placebo o baricitinib (2 o 4 mg/día) durante 24 semanas. La variable principal fue la respuesta ACR20 a la semana 12 para baricitinib 4 mg vs placebo. Se presentan también otros análisis de eficacia y seguridad, incluyendo la mejoría en DAS28-VSG y CDAI a las 4 semanas que predicen baja actividad de la enfermedad (BAE)/remisión a las 12 semanas, mTSS, PRO y datos de laboratorio.

Resultados: Se observaron mejorías estadísticamente significativas en las respuestas ACR 20/50/70, DAS28-VSG, remisión SDAI, HAQ-DI, rigidez articular matutina, peor dolor articular y cansancio con baricitinib vs placebo en las semanas 12 y 24. La progresión

Tabla Póster 6

Eficacia a las semanas 12 y 24 en subgrupos de acuerdo al uso previo de bFAME (NRI)

	n/N (%)	Sem 12		Sem 24		Sem 24	
		Placebo	Baricitinib 2 mg/día	Baricitinib 4 mg/día	Placebo	Baricitinib 2 mg/día	Baricitinib 4 mg/día
1 iTNF solo	ACR20	22/69 (32)	32/61 (53)*	40/63 (64)***	21/69 (30)	27/61 (44)	40/63 (64)***
	ACR50	8/69 (12)	15/61 (25)	25/63 (40)***	12/69 (17)	14/61 (23)	29/63 (46)***
	ACR70	1/69 (1)	12/61 (20)***	12/63 (19)***	2/69 (3)	9/61 (15)*	20/63 (32)***
	DAS28-PCR = 3,2	8/69 (12)	15/61 (25)	27/63 (43)***	10/69 (15)	12/61 (20)	31/63 (49)***
>1 iTNF, sin no-iTNF	ACR20	10/30 (33)	18/33 (55)	17/33 (52)	9/30 (30)	15/33 (46)	13/33 (39)
	ACR50	1/30 (3)	8/33 (24)*	7/33 (21)	4/30 (13)	10/33 (30)	7/33 (21)
	ACR70	1/30 (3)	5/33 (15)	2/33 (6)	2/30 (7)	5/33 (15)	2/33 (6)†
	DAS28-PCR = 3,2	2/30 (7)	10/33 (30)*	8/33 (24)	3/30 (10)	8/33 (24)	8/33 (24)
=3 bFAMES previos	ACR20	6/47 (13)	19/50 (38)**	24/45 (53)***‡	5/47 (11)	16/50 (32)*	16/45 (36)**
	ACR50	1/47 (2)	5/50 (10)	9/45 (20)**	3/47 (6)	10/50 (20)	11/45 (24)*
	ACR70	0/47 (0)	3/50 (6)	5/45 (11)*	1/47 (2)	6/50 (12)	5/45 (11)
	DAS28-PCRs = 3,2	1/47 (2)	9/50 (18)*	12/45 (27)***	3/47 (6)	8/50 (16)	11/45 (24)*

Los datos son n/N (%) pacientes que logran respuesta (NRI); *p = 0,05, **p = 0,01, ***p = 0,001 vs placebo. †Interacción significativa entre iTNF y >1 iTNF. ‡Interacción significativa entre bFAMES = fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos; N = número de pacientes en análisis por intención de tratar modificado en el subgrupo especificado; n = número de pacientes en la categoría especificada; NRI = imputación del no respondedor; Sem = Semana.

Tabla Póster 7

Baja actividad de la enfermedad y remisión después de 12 y 24 semanas de tratamiento con baricitinib 4 mg en pacientes con AR y RI a los FAMES

	BAE (DAS28-VSG = 3,2)	BAE (DAS28-VSG = 3,2)	Remisión (DAS28-VSG < 2,6)	Remisión (DAS28-VSG < 2,6)
Disminución desde el basal hasta la semana 4	Semana 12	Semana 24	Semana 12	Semana 24
DAS28-VSG				
< 0,6	3/39 (7,7)	5/36 (13,9)	2/39 (5,1)	3/36 (8,3)
= 0,6	45/168 (26,8)	62/159 (39,0)	19/168 (11,3)	32/159 (20,1)
CDAI				
< 6	2/41 (4,9)	2/37 (5,4)	2/41 (4,9)	2/37 (5,4)
= 6	44/166 (26,5)	65/159 (40,9)	18/166 (10,8)	32/159 (20,1)

radiográfica del daño estructural en las articulaciones (mTSS) a la semana 24 disminuyó con baricitinib 4 mg vs placebo. En comparación con el placebo, baricitinib 4 mg produjo una disminución rápida y significativa en DAS28-VSG y CDAI ya en la semana 1. Una disminución en la semana 4 de = 0,6 en DAS28-VSG o = 6 en CDAI fueron los niveles mínimos de mejoría asociados con un incremento en la probabilidad de lograr BAE/remisión en la semana 12 o 24 (tabla). Las tasas de acontecimientos adversos surgidos durante el tratamiento (TEAE) y acontecimientos adversos graves, incluyendo las infecciones, fueron similares en todos los grupos. Los aumentos en el recuento total de linfocitos (RTL) con baricitinib en la semana 4 estuvieron por lo general dentro del intervalo normal y, en las semanas 12 y 24 los cambios en el RTL fueron similares. En los grupos con baricitinib, en la semana 4, se observó un aumento en linfocitos T y B y células NK, mientras que en las semanas 12 y 24 se observaron una disminución en linfocitos T y células NK y un aumento en linfocitos B.

Conclusiones: En general, el tratamiento con baricitinib dio lugar a una mejoría significativa en la progresión estructural y los PRO, incluyendo dolor, discapacidad funcional y cansancio a las semanas 12 y 24. Una disminución de los valores del DAS28-VSG = 0,6 y del CDAI = 6 a la semana 4 fueron predictores de BAE/remisión a las 12 y 24 semanas. La seguridad y la tasa de infecciones fueron aceptables independientemente del cambio en el RLT.

8. DERMATOMIOSITIS ANTI-MDA5 POSITIVO: UNA REALIDAD EMERGENTE

V. Ortiz-Santamaría¹, A. Babet², C. Ferrer³, S. Montull⁴, J. Xirgu⁵, A. Guilabert⁶, M. Pérez Moreno⁷, A. Ponce¹, N. Busquets-Pérez¹, N. del Castillo¹ y X. Surís¹

¹Unidad de Reumatología; ²Medicina Familiar y Comunitaria; ³Geriatría; ⁴Departamento de Medicina Interna; ⁵Unidad de Cuidados Intensivos; ⁶Unidad de Dermatología; ⁷Laboratorio Clínico. Hospital Universitario de Granollers.

Introducción: Las dermatomiositis (DM) hipo o amiopáticas representan alrededor del 20% de las DM clásicas. En la última década se ha descrito el anticuerpo contra 'melanoma differentiation-associated gene 5' o anti-MDA5, antes conocido como anti-CADM140. Este anticuerpo se detecta en más del 50% de los pacientes con DM hipo o amiopáticas y presenta unas características específicas como son la presencia de afectación vascular ulcerativa y la rápida progresión pulmonar.

Objetivos: Describir los casos de DM anti-MDA5 atendidos en un hospital comarcal, entre el 2012 y el 2015.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Área de referencia de 350.000 habitantes. Análisis de las características clínicas, analíticas y el curso evolutivo.

Tabla Póster 8

	A	B	C	D
Sexo	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Origen	Magrebí	Caucásico	Magrebí	Caucásico
Edad al dx	43	77	35	62
Manifestaciones clínicas				
Fiebre	Sí	No	No	No
Cutáneo (Cut)				
Eritema en heliotropo	Sí	No	Sí	No
Pápulas de Gottron	Sí	No	No	No
Eritema periungueal	Sí	No	No	Sí
Lesiones lividoides	Sí	No	Sí	Sí
Lesiones ulcerativas	No	No	No	Sí
Articular (Art)	No	No	AR like	Palindrómico like
Raynaud	No	No	No	No
Debilidad muscular (M)	No	No	Sí	No
Pulmonar (P)	Bronquiolitis	Pneumonitis intersticial	No	Pneumonitis intersticial
Cardíaco (C)	No	Arritmias	Taquicardia sinusal	No
Síntomas	Cut-P	Card-P	Cut-Art-M-Card	Cut-P
Aparición síntomas	P--1,5m→Cut	P--11m→Card	Coincidente	Cut--1m→P
Analítica y pruebas complementarias				
ANA	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
CK	Normal	Normal	Normal	Normal
Aldolasa (N<7)	Normal	ND	11	14,6
VSG/PCR mg/dL	30/4,5	41/13,7	102/8,1	50/1,8
Ferritina (30-400 ng/ml)	1253	ND	225	2437
Capilaroscopia	DM	ND	DM	DM
EMG	ND	ND	Normal	ND
Biopsia muscular	ND	ND	Miopatía	ND
Biopsia cutánea	DM	ND	Inespecífica	DM
Tratamiento	CC + CFM + TACR + IGIV	CC	CC + MTX	CC + CFM
Evolución	Exitus	Exitus	Buena respuesta	Estable

AR = artritis reumatoide; ND = no determinado; DM = dermatomiositis; CC = corticoesteroides; CFM = ciclofosfamida; TACR = tacrolimus; IGIV = inmunoglobulinas intravenosas; MTX = metotrexato.

Resultados: Se describen 4 casos de DM anti-MDA5 (2 mujeres: 2 hombres) con edad media al diagnóstico de 54 años (35-77). Origen caucásico los 2 hombres y magrebí las 2 mujeres. No presentaban antecedentes patológicos de interés ni se detectó proceso neoproliferativo concomitante. En todos los casos expuestos los ANA fueron negativos y la determinación de CK fue normal. La capilaroscopia peringueal fue característica de DM. El caso B no presentó manifestaciones cutáneas y fue diagnosticado de DM anti-MDA5 después de haber fallecido. Los casos B y C presentaron alteraciones del ritmo cardíaco que podrían estar en relación con afectación miocárdica, como se sugiere en una publicación reciente de DM antiMDA5 (JEur Acad Dermatol Venereol. 2014;28:1097-102). En el caso C la taquicardia sinusal se resolvió coincidiendo con la respuesta al tratamiento. Algunos autores hablan de síndrome dermato-pulmonar como sinónimo de DM anti-MDA5, aunque probablemente el perfil clínico de estos pacientes está por definir. En nuestros casos, uno de ellos no presentó lesiones cutáneas y en otro no ha presentado afectación pulmonar en los 6 meses posteriores al diagnóstico.

Conclusiones: Valorar la determinación del anticuerpo anti-MDA5 en los enfermos con lesiones cutáneas de DM con predominio vascular, con poca expresión muscular periférica, con alteraciones del ritmo cardíaco no explicadas por otras causas y/o con afectación pulmonar parenquimatosa rápidamente progresiva. Los enfermos con DM anti-MDA5 pueden tener una mala respuesta al tratamiento y una evolución tórpida. Está por ver, si el diagnóstico precoz podría mejorar las expectativas de vida de estos pacientes.

9. REVISIÓN SISTEMÁTICA: “EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TERAPIA BIOLÓGICA COMPARADA CON LOS INMUNOSUPRESORES SINTÉTICOS O PLACEBO EN EL TRATAMIENTO DE LA UVEÍTIS ASOCIADA A ENFERMEDAD DE BEHÇET”

A. Urruticoechea-Arana¹, T. Cobo-Ibáñez², V. Villaverde García³, M. Santos-Gómez¹, F. Díaz-González⁴, L. Fariñas-Padrón⁵, V. Calvo-Río⁶ y R. Blanco⁶

¹Servicio de Reumatología. Hospital Can Misses. Ibiza. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Móstoles. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁵Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Can Misses. Ibiza. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Introducción: Los tratamientos sistémicos utilizados en la afectación ocular de la enfermedad de Behçet son los corticoides, inmunosupresores sintéticos y biológicos. Debido a las complicaciones irreversibles oftalmológicas que se originan en esta enfermedad es prioritario conocer la eficacia de estos fármacos.

Objetivos: Analizar la eficacia y seguridad de la terapia biológica vs ciclosporina A (CyA), azatioprina (AZA), o placebo en la disminución del número de recidivas de uveítis y en la mejora del pronóstico visual de los pacientes con Behçet.

Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura en MEDLINE, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials desde su inicio hasta julio de 2015. Se efectuó además una búsqueda manual en congresos internacionales y en las referencias de los estudios incluidos. Los criterios de selección de los estudios fueron: 1) pacientes adultos con enfermedad de Behçet y uveítis, 2) tratamiento con terapias biológicas, 3) placebo o comparador activo con CyA o AZA, 4) medidas de desenlace para evaluar eficacia como número (nº) de recidivas de uveítis, pronóstico visual, edema macular quístico, vasculitis retiniana, vitritis, hipopion, etc.; y/o eventos adversos. Se incluyeron meta-análisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y estudios observacionales de > 10 pacientes con comparador.

La selección, revisión y evaluación de la calidad de los artículos fue realizada por 2 revisores de forma independiente. Se utilizó la escala de Oxford para determinar la calidad de los estudios.

Resultados: De 195 artículos, 5 cumplieron los criterios de inclusión: 2 estudios observacionales retrospectivos y 3 ensayos clínicos aleatorizados en 235 pacientes con Behçet y uveítis refractaria a corticoides y/o inmunosupresores sintéticos. El rango de edad fue 12-69 años con predominio de varones y el periodo de seguimiento de 1-72 meses. La evidencia con infliximab (IFX) (2 estudios) es débil y sugiere que es más eficaz que CyA en reducir la tasa de uveítis a corto plazo (6 m) y más eficaz que CyA + AZA o metotrexato (MTX) en reducir el nº de brotes de vasculitis retiniana, el nº de complicaciones graves y mejorar la agudeza visual a largo plazo (NE 4). La débil y escasa evidencia de rituximab (RTX) asociado a MTX (1 estudio) sugiere similar eficacia a ciclofosfamida (CYM) asociada a AZA, mejorando el índice total ajustado de actividad de la enfermedad sin mejoría en la agudeza visual a corto plazo (6m) (NE 3b). Respecto a secukinumab y daclizumab vs placebo (1 estudio respectivamente), el escaso pero aceptable nivel de evidencia sugiere ineficacia en la reducción de brotes y en la mejoría de la agudeza visual, con efecto ahorrador de inmunosupresores a corto plazo de secukinumab (NE 2a-2b). La evidencia disponible revela pocos eventos adversos significativos. Todos los estudios podrían ser aplicables en práctica clínica.

Conclusiones: Con limitada evidencia encontrada, IFX parece ser seguro y más eficaz que CyA sola o en combinación con otros inmunosupresores en reducir los brotes de uveítis a corto plazo y el nº de complicaciones severas a largo plazo. RTX es similar a CYM asociado a AZA en mejorar los índices de actividad inflamatoria a corto plazo. Secukinumab al igual que daclizumab no es eficaz en reducir los brotes de uveítis pero podría ahorrar inmunosupresores. Los resultados de esta revisión apoyan el beneficio de realizar más estudios comparativos bien diseñados con IFX y RTX.

10. INFLUENCIA DEL MOMENTO DE INICIO DE LA ARTRITIS Y LA ASOCIACIÓN CON OTRAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTISINTETASA ANTI-JO1 POSITIVO: RESULTADOS DE UN ESTUDIO INTERNACIONAL, MULTICÉNTRICO Y RETROSPECTIVO

W.A. Sifuentes Giraldo¹, S. Castañeda², L. Nuño³, F.J. López-Longo⁴, J. Martínez-Barrio⁴, J. Bachiller Corral¹, N. Ortego-Centeno⁵, T. Pina⁶, C.A. Scirè⁷, I. Cavazzana⁸, P. Airò⁹, E. Bartoloni Bocchi¹⁰, R. Neri¹¹, C. Montecucco¹², R. La Corte¹³, M. Giannini¹⁴, S. Parisi¹⁵, G. Barausse¹⁶, A. Russo¹⁷, L.A. Saketkoo¹⁸, L. Quartuccio¹⁹, C. Specker²⁰, A. Schwarting²¹, K. Triantafyllidis²², C. Selmi²³, F. Salaffi²⁴, M.A. Cimmino²⁵, A. Iuliano²⁶, F. Conti²⁷, G. Baiocchi²⁸, E. Bravi²⁹, A. Ghirardello³⁰, L. Cavagna¹², M.A. González-Gay³¹ y AENEAS (American and European Network of Antisynthetase Syndrome) Collaborative Group

¹Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

²Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. IIS-IP. Madrid.

³Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁴Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁵Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital San Cecilio. Granada.

⁶Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ⁷Epidemiology Unit-Italian Society for Rheumatology (SIR). Milano. Italia. ⁸Rheumatology and Clinical Immunology. Spedali Civili and University of Brescia. Brescia. Italia. ⁹Rheumatology Unit. Spedali Civili of Brescia. Brescia. Italia. ¹⁰Rheumatology Unit. Department of Clinical & Experimental Medicine. University of Perugia. Italia.

¹¹Rheumatology Unit. University of Pisa. Italia. ¹²Division of Rheumatology. University and IRCCS Policlinico S. Matteo Foundation. Pavia. Italia. ¹³UOC Reumatología. Azienda Ospedaliera Universitaria S. Anna. Ferrara. Italia. ¹⁴Interdisciplinary Department of Medicine (DIM). Rheumatology Unit. University of Bari. Italia. ¹⁵Department of

Rheumatology. Città della Salute e della Scienza. Torino. Italia. ¹⁶Rheumatology Unit. Santa Chiara Hospital. Trento. Italia. ¹⁷Division of Rheumatology. Mauriziano Hospital. Turin. Italia. ¹⁸New Orleans Scleroderma and Sarcoidosis Patient Care and Research Center. Tulane University Lung Center. New Orleans. EEUU. ¹⁹S. Maria della Misericordia. University of Udine. Italia. ²⁰Department for Rheumatology and Clinical Immunology. St. Josef Krankenhaus. University Clinic. Essen. Alemania. ²¹Department of Internal Medicine. Rheumatology and Clinical Immunology. University Hospital Johannes-Gutenberg. Mainz. Alemania. ²²ACURA Rheumatology Center. Bad Kreuznach. Alemania. ²³Internal Medicine-Unit of Rheumatology and Clinical Immunology. Humanitas Clinical and Research Center. Rozzano. Italia. ²⁴Rheumatology Department. Polytechnic University of Marche. C. Urbani Hospital. Jesi. Ancona. Italia. ²⁵Research Laboratory and Academic Unit of Clinical Rheumatology. Department of Internal Medicine. University of Génova. Génova. Italia. ²⁶Osp. San Camillo. Roma. Italia. ²⁷Rheumatology Unit. Department of Internal Medicine and Medical Specialties. Sapienza University of Rome. Roma. Italia. ²⁸Rheumatology Unit. Department of Internal Medicine. S. Maria Hospital-IRCCS. Reggio Emilia. Italia. ²⁹Internal Medicine. Rheumatology Unit. Ospedale Guglielmo da Saliceto. Piacenza. Italia. ³⁰Department of Medicine-DIMED. University of Padova. Italia. ³¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Universidad de Cantabria. Santander.

Introducción: La presencia de artritis, miositis y enfermedad pulmonar intersticial (EPI) ha sido descrita hasta en el 90% de los pacientes con síndrome antisintetasa (SAS) y representan las manifestaciones clínicas más comunes de este infrecuente trastorno. El espectro de la artritis en el SAS va desde la poliartritis simétrica a la artritis oligoarticular/asimétrica. El factor reumatoide (FR) y los anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (anti-PCC) pueden ser positivos y observarse erosiones en las radiografías de manos y pies. Debido a ello, el diagnóstico diferencial del SAS con la artritis reumatoide (AR) puede ser complicado en algunos casos. La artritis puede presentarse al inicio de la enfermedad con o sin miositis y/o EPI asociadas, o durante el seguimiento.

Objetivos: El objetivo de este estudio internacional, multicéntrico y retrospectivo es valorar si el momento de inicio de la artritis en pacientes con SAS y su asociación con otras manifestaciones típicas de la enfermedad puede influenciar en las características de la artritis.

Métodos: Se incluyeron en este estudio pacientes anti-Jo1 que presentaron artritis pertenecientes a 29 Centros de España, Italia, Alemania y USA (estudio colaborativo AENEAS). Las características clínicas, analíticas y radiológicas de estos pacientes y la presencia de

miositis y EPI fueron recogidas de forma retrospectiva. Los pacientes fueron divididos en 3 grupos: grupo 1: artritis aislada al inicio de enfermedad; grupo 2: artritis asociada con miositis y/o EPI al inicio (en un intervalo de ± 2 meses); y grupo 3: artritis de aparición posterior al inicio.

Resultados: La cohorte inicial incluía 252 pacientes con SAS anti-Jo1 positivo. La artritis estaba presente en 186 (74%) de los casos y era principalmente poliarticular y simétrica (120, 65%). El resto de pacientes tenían una artritis oligoarticular/asimétrica (64,4%). El FR-IgM era positivo en 54/154 pacientes evaluados (30%) y los anti-PCC en 19/139 (14%). Se disponía de radiografías de manos y pies en 179 casos, encontrándose erosiones en 39 (22%). Los anticuerpos anti-Ro eran positivos en 102/180 pacientes (57%). Las características de los pacientes y la significación estadística se muestran en la tabla (análisis estadístico: §Kruskal Wallis, *prueba de Mann-Whitney, otros: prueba de χ^2). La poliartritis simétrica fue el principal patrón de presentación en todos los grupos. El FR-IgM y las erosiones fueron menos frecuentes en pacientes sin artritis al inicio de la enfermedad (grupo 3) que en aquellos con artritis aislada (grupo 1). Los anti-PCC y las erosiones fueron más comunes en el grupo 1 que en el 2.

Conclusiones: El momento de la aparición de la artritis y su agrupación con otras manifestaciones clínicas al inicio, puede influenciar en las características de la artritis. De acuerdo a nuestros hallazgos, la heterogeneidad dentro del espectro clínico de la artritis es una de las características principales del SAS anti-Jo1 positivo. La presencia de manifestaciones típicas de AR es más común en pacientes con artritis al inicio de la enfermedad, especialmente en aquellos con artritis aislada.

11. EXPERIENCIA CLÍNICA DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN TRATAMIENTO CON USTEKINUMAB (STELARA®)

A. Urruticoechea-Arana¹, K. Vargas-Osorio², M. Hergueta-Díaz³, M. Serra-Torres³, E. González-Guerrero² y A. Palacios-Abufón³

¹Servicio de Reumatología; ²Medicina Familiar y Comunitaria; ³Servicio de Dermatología. Hospital Can Misses. Ibiza.

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad articular inflamatoria crónica con un comportamiento heterogéneo que puede conducir a una marcada disminución en la función articular y en la calidad de vida. Existen nuevas dianas terapéuticas, los inhibidores de la IL-12 y 23, el ustekinumab (Stelara®) que apoyan una nueva experiencia aprobada en la APs.

Tabla Póster 10

	Grupo 1: Artritis aislada al inicio	Grupo 2: Artritis asociada con miositis y/o EPI al inicio	Grupo 3: Artritis posterior al inicio
Número (% del total)	60 (32)	97 (52)	29 (16)
Edad media al inicio de la enfermedad en años (RIQ)	54,5 (43-62,5)	53 (43-61) p = 0,824 §	52 (39,5-66,5)
Media de seguimiento (RIQ) en meses	86,5 (60-150)	75 (32,5-132) p = 0,007 §	130 (66-225)
Hombres/mujeres	Referencia 13/47	25/72 p = 0,74	p = 0,079* 6/23
Poliartritis simétrica (%)	41 (68)	61 (63) p = 0,636	17 (59)
FR-IgM(+)/pacientes evaluados (%)	24/59 (41)	26/93 (28) p = 0,023	4/29 (14)
Anti-PCC(+)/pacientes evaluados (%)	Referencia 13/49 (26,5)	p = 0,147 5/71 (7) p = 0,005	p = 0,030 1/19 (5)
Erosiones/pacientes evaluados (%)	Referencia 20/59 (34)	p = 0,007 16/92 (17) p = 0,013	p = 0,107 3/28 (11)
Anti-Ro(+)/pacientes evaluados (%)	Referencia 29/60 (48)	p = 0,024 58/91 (64) p = 0,147	p = 0,042 15/29 (52)

Objetivos: Analizar pacientes con APs que han recibido tratamiento con ustekinumab (UST) y estudiar el comportamiento clínico y de satisfacción.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con psoriasis cutánea que han llevado tratamiento con UST y que tienen APs cumpliendo criterios Caspar; en seguimiento por reumatología y valorados en la consulta multidisciplinar reumatología-dermatología. Se revisan las historias clínicas y se describen datos de entesitis, dactilitis, artritis con las escalas de valoración clínica: EVA dolor, EVA global, NAT, NAD, DAS 28, BASFI, BASDAI, PCR, VSG así como subjetivamente escala de Felicidad del paciente basada en la afectación funcional articular recogida en una numeración analógica, < 5 no feliz y > 5 feliz. Se recogen datos de tratamientos previos y actuales biológicos y no biológicos.

Resultados: Encontramos una muestra de N = 9 pacientes con APs del total de 28 pacientes con psoriasis cutánea en tratamiento con UST desde 2010 hasta 2015. De nuestra cohorte, presentaban afectación periférica un 89%, mixta un 11%. Todos los pacientes han recibido en algún momento AINES; FAMES no biológicos metotrexate (MTX) y/o leflunomida (LEF) en un 72%; y un 22% recibieron glucocorticoides a dosis media de 10 mg (prednisona). De la muestra de 9 pacientes UST fue dado de primera línea en un 23%; un 33% recibieron tratamiento biológico previo con adalimumab, 11% etanercept y 44% infliximab. El UST fue dado en monoterapia en un 67% y 33% en terapia combinada (LEF 67% y MTX 33%). La media DAS28 al inicio del tratamiento fue 3,7 (moderada actividad), VSG 13,7 mm/h, PCR 1,06 mg/dl, EVA dolor 7,1, EVA global 6,8, y escala de felicidad focalizada a la función articular < 5 (no feliz). A los 19 meses de media de supervivencia del UST, se obtuvieron valores DAS28 de 2,72 (baja actividad), VSG 8,8 mm/h, PCR 0,46 mg/dl, EVA dolor 3, EVA global 3,5, y escala de felicidad > 5 (feliz); 3 pacientes con datos de entesitis y dactilitis activa mejoraron clínicamente. En cuanto a la psoriasis cutánea de la cohorte de 9 casos con APs se recoge un PASI medio de 10,7 previo y un PASI de 0,5 posterior. Actualmente continúan con UST el 67% (6) de los pacientes, el 22% (2) interrumpieron por ineficacia cutánea y/o articular y un 11% (1) por remisión de la enfermedad articular.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con APs activa que han recibido tratamiento con UST durante 19 meses han mejorado según DAS 28, VSG-PCR, y datos recogidos de felicidad y han presentado mejoría de la entesitis, dactilitis así como de la psoriasis cutánea. Los pacientes con APs fueron evaluados en la consulta conjunta reumatología-dermatología para un abordaje multidisciplinar. Con esta pequeña muestra que se presenta nos acercamos a una realidad clínica y terapéutica de la Aps.

12. FACTORES PREDICTORES DE REMISIÓN PERSISTENTE DE LA ARTRITIS REUMATOIDE. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE MONOCÉNTRICA

A. Acosta-Mérida, A. Naranjo, S. Ojeda, F. Francisco, C. Erausquin, I. Rúa-Figueroa, J.C. Quevedo y C. Rodríguez-Lozano

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: En el seguimiento de los pacientes con AR en el HUGC Dr. Negrín existen áreas de mejora en cuanto a consecución de los objetivos terapéuticos de baja actividad o remisión. Así, debemos conocer los factores asociados a alcanzar remisión a fin de implementar medidas correctivas especialmente para aquellos factores modificables.

Objetivos: Los objetivos de este estudio fueron determinar la prevalencia en práctica clínica de pacientes con AR que se encuentran en remisión de la enfermedad e identificar factores asociados a no remisión que pudieran ser modificables.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en una cohorte de pacientes con AR atendida en primera consulta en el Servicio de

Reumatología del HUGC Dr. Negrín entre el 1 de enero de 2000 y el 30 de abril de 2014. Los datos sobre características demográficas, clínicas (tiempo de evolución, hábito tabáquico, tratamientos) y asistenciales (retraso diagnóstico) se incluyeron en una base de datos electrónica incluyendo los parámetros de actividad de la enfermedad (DAS28, HAQ), datos analíticos, características radiográficas y comorbilidades (índice de comorbilidad de Charlson). Se utilizó como criterio de remisión el índice DAS28 y se definió como remisión mantenida un índice DAS28 menor de 2,6 en las últimas dos visitas disponibles en la historia clínica.

Resultados: Se incluyeron de manera consecutiva 463 pacientes, la mayoría (75%) mujeres, con una media de edad al inicio de la AR de 50 años y una media de duración de la enfermedad en el seguimiento de 8 años. El factor reumatoide fue positivo en el 80% y el anti CCP fue positivo en el 73%. A lo largo del seguimiento, el 96% de los pacientes fue tratado con fármacos modificadores de enfermedad (FAME), mientras que la combinación de FAME y biológico se utilizó en el 19%. El 11% alcanzó remisión en el primer año y el 72% de manera puntual durante el seguimiento. Se encontraron en remisión clínica mantenida el 46% de los pacientes. El sexo masculino ($p = 0,003$; OR 2,01, IC95% 1,26-3,23), el diagnóstico antes del primer año de duración de los síntomas ($p = 0,013$; OR 1,7, IC95% 1,49-1,93), la escala de dolor baja en la primera visita ($p = 0,016$), una mejor capacidad funcional medida por HAQ ($p = 0,011$), la VSG inicial inferior a 30 ($p = 0,045$), el DAS28 inicial bajo ($p = 0,021$), una buena respuesta EULAR al primer tratamiento ($p < 0,001$, OR 2,23; IC95% 2,02-2,44) así como la remisión en el primer año de seguimiento ($p = 0,042$, OR 1,98, IC95% 1,01-3,87) se asociaron de manera significativa con la remisión mantenida. No se asociaron a remisión mantenida el índice de comorbilidad de Charlson, el hábito tabáquico, el empleo de biológicos ni el factor reumatoide. En el análisis multivariante, el sexo masculino ($p = 0,031$, OR 1,7, IC95% 1,05-2,82) y el diagnóstico en el primer año de evolución de los síntomas ($p = 0,023$, OR 1,7, IC95% 1,07-2,69) y el DAS28 inicial ($p = 0,035$) fueron predictores independientes de remisión mantenida.

Conclusiones: El 46% de los pacientes con AR seguidos en el HUGC Dr. Negrín se encuentra en remisión persistente, siendo el diagnóstico precoz un factor modificable predictor de remisión. Así, un objetivo del servicio de reumatología debiera ser mejorar el retraso diagnóstico de la AR en el área sanitaria.

13. INFLUENCIA DE LA OBESIDAD EN LA EFICACIA Y EFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO DE FONDO EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

E. Galíndez Agirregoikoa¹, M.L. García-Vivar¹, S. Pérez Barrio², J.M. Blanco-Madrigal¹, E. Guerrero Basterretxea¹, I. Calvo Zorrilla¹ y L. Carmona Ortells³

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. ³Instituto de Salud Musculoquelética. Madrid.

Objetivos: La obesidad, el síndrome metabólico y sus complicaciones son relativamente frecuentes en los pacientes con artritis psoriásica (APs). Nuestro objetivo fue estudiar si la obesidad en la APs influye en la eficacia y en los efectos adversos de los fármacos modificadores de la enfermedad (FAME).

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de la literatura utilizando las bases de datos Medline y Embase según las guías del consenso MOOSE. Se incluyeron estudios de APs, en los que la obesidad fuera un factor predictor de efectos adversos y el desenlace fuera toxicidad, incluido fallo de eficacia. La calidad se evaluó mediante una escala de riesgo de sesgos ad hoc. Se realizó un análisis cualitativo por tipo de estudio y población estudiada, calidad y resultados específicos.

Resultados: Se encontraron y revisaron 1.043 artículos, la mayoría se descartaron por título y abstract. Se estudiaron en detalle 10 publicaciones, excluyéndose finalmente 3 (tabla). A excepción de un estudio, el resto concluye con resultados estadísticamente significativos que la obesidad en pacientes con APs e inhibidores del TNFa (iTnFa) se asocia con una probabilidad menor de alcanzar y mantener la mínima actividad de la enfermedad (MAE), con mayor tasa de interrupción del tratamiento y menor tasa de respuesta cutánea. En relación con los FAME sintéticos convencionales, en obesos se observó una tendencia a un aumento moderado de las transaminasas con metotrexate (MTX).

Conclusiones: En la APs la obesidad es un factor predictivo negativo de la respuesta clínica con los fármacos iTnFa. En relación a los efectos adversos por FAME tanto biológicos como sintéticos, sólo se encontró una tendencia al aumento de hepatotoxicidad con MTX en pacientes con obesidad.

14. CERTOLIZUMAB PEGOL EN COMBINACIÓN CON METOTREXATO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EROSIVA, ACTIVA Y GRAVE SIN TRATAMIENTO PREVIO CON FME: RESULTADOS DE UN ESTUDIO DE FASE III ALEATORIZADO, CONTROLADO Y DOBLE CIEGO

F.J. Blanco García, V.P. Bykerk, C.O. Bingham, G.R. Burmester, D.E. Furst, X. Mariette, O. Purcaru, B. van Lunen, M.E. Weinblatt y P. Emery

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Weill Cornell Medical College. Division of Rheumatology. Hospital for Special Surgery. New York. EEUU. John Hopkins University. Baltimore. EEUU. Charité-University Medicine. Berlin. Alemania. University of California.

Los Angeles. EEUU. Université Paris-Sud. AP-HP. Hôpitaux universitaires Paris-Sud. Paris. Francia. UCB Pharma. Brussels. Belgium. UCB Pharma. Raleigh. EEUU. Division of Rheumatology. Immunology and Allergy. Brigham and Women's Hospital. Boston. EEUU. Leeds Institute of Rheumatic and Musculoskeletal Medicine. University. RU.

Introducción: Fases precoces de la artritis reumatoide (AR) proporcionan una ventana terapéutica en la que los fármacos biológicos son más efectivos.1 C-EARLY (NCT01519791) es un estudio de fase III en pacientes (pts) con AR erosiva, activa y grave que no han recibido tratamiento previo con FME que evalúa la eficacia y la seguridad de certolizumab pegol (CZP)+MTX frente a placebo (PBO)+MTX en la inducción y el mantenimiento de respuesta clínica sostenida y en la inhibición del daño estructural.

Métodos: En la visita basal (VB), los pts incluidos tenían un diagnóstico de AR < 1 año según criterios ACR/EULAR de 2010; = 4 articulaciones inflamadas y = 4 articulaciones dolorosas; DAS28-VSG = 3,2; PCR = 10 mg/L y/o VSG = 28 mm/h, y FR o ACPA positivo. 879 pts fueron aleatorizados 3:1 a CZP (400 mg en la semana [sem] 0, 2 y 4, seguido de 200 mg/2 sem hasta la sem 52)+MTX o PBO+MTX cada 2 sem. MTX se inició con 10 mg/sem con escalada rápida hasta 25 mg/sem a partir de la sem 8; la dosis máxima tolerada por pt (dosis optimizada) se mantuvo hasta la sem 52 en ambos grupos. Los pts que no toleraron una dosis de MTX = 15 mg/sem en la sem 8 fueron retirados del estudio. El objetivo primario fue la remisión sostenida (REMs), definida como un DAS28-VSG = 2,6 tanto en la sem 40 como en la 52; como objetivo secundario importante fue la baja actividad de la enfermedad sostenida (LDAs), definida como un DAS28-VSG = 3,2 tanto en la sem 40 como en la 52. Las variables secundarias de eficacia incluidas en los análisis jerárquicos fueron la respuesta ACR50 en la sem 52, el cambio en el índice HAQ-DI en la sem 52

Tabla Póster 13

Resultados sobre el efecto del sobrepeso/obesidad en la respuesta

Autor; año (ref.)	FAME	Medida de desenlace	Asociación de la obesidad con las medidas de desenlace
Di Minno 2013 (1)	iTNFa: -Etanercept -Adalimumab -Infliximab	- MAE (12 meses) - MAE sostenida (12-24 meses)	Obesidad: más frecuente si no se alcanza MAE (64,0% vs 25,5%; p No se alcanzan MAE según IMC: - IMC > 30 kg/m ² : HR 4,90 [IC95%3,04-7,87]; p < 0,001 - IMC 30-35 kg/m ² : HR 3,98 [IC95%1,96-8,06], p - IMC 35-40 kg/m ² : HR 5,40 [IC95%3,09-9,43], p < 0,001 Obesidad implica menor probabilidad de mantener MAE a los 2 años: - HR 2,04 [IC95%1,015-3,61], p = 0,014
Schmajuk 2014 (2)	Metotrexate	Alteración AST o ALT según el límite alto normalidad: - Leve < × 1,5 - Moderada ≥ × 1,5 - Grave > 10	Frecuencia de IMC ≥ 30 kg/m ² según elevación de AST/ALT: - AST/ALT normal: 30% - AST/ALT normal- × 1,5: 30% - AST/ALT > × 1,5: 44% Obesidad se relaciona con hepatotoxicidad; IMC = 30 vs - Riesgo de AST/ALT = × 1,5; OR = 1,9 [IC95%1,0-3,6]
Iannone 2012 (3)	iTNFa: -Etanercept -Adalimumab -Infliximab	- HAQ 0 - SDAI 0 - SDAI - Respuesta EULAR	Peso normal vs Sobrepeso vs Obeso - HAQ; media(DE): 0,79(0,9) vs 0,47(0,8) vs 0,81(0,8) p = 0,06 - DAS28; media(DE): 3,1(1,6) vs 2,9(1,6) vs 3,2 (1,5) p = 0,42 - SDAI; media(DE): 14,2(13) vs 11,6(12) vs 13,0(12) p = 0,44 0 - SDAI - Respuesta EULAR: 61,5% vs 63,8% vs 62,8%; p = 0,05
Cassano 2008 (4)	Adalimumab	- PASI 50	Respuesta PASI empeora con obesidad: - PASI50 IMC30: 79% vs 58%; p = 0,02
Eder 2015 (5)	iTNFa FAME sintético	- MAE(s) sostenida durante al menos un año	Respuesta MAE(s) empeora con sobrepeso/obesidad: - Si IMC 25-30 MAE(s), OR: 0,66[IC95%0,50-0,87], p = 0,003 - Si IMC > 30; MAE(s), OR: 0,53[IC95%0,41-0,69], p < 0,0001
Greenberg 2011 (6)	iTNFa: -Etanercept -Adalimumab -Infliximab	- Retención del tratamiento	Retención empeora con la obesidad, Riesgo de interrupción en IMC > 30: - HR ajustada = 1,52 [IC95%1,08-2,1] p = 0,017 - Retención del tratamiento a 18 meses IMC30: 80% vs 63%, Dosis fija de iTnFa tiene más riesgo de suspensión que dosis ajustada al peso: - HR ajustada 1,3 [IC95%0,9-2,1], p = 0,140 - Retención a los 18 meses del iTnFa de dosis ajustada vs dosis fija: 75% vs 70%, MAE en 146 pacientes tras una duración media de tratamiento de 1,3 años, Los pacientes que no alcanzaron MAE presentaban al inicio mayor IMC: - Media IMC de los que no vs los que sí alcanzan MAE: 31,6 vs 28,5; p = 0,02
Haddad 2013 (7)	iTNFa FAME sintético	- MAE	

IMC: índice masa corporal. FAME: fármaco modificador de la enfermedad. iTnFa: inhibidor del TNFa. MAE: Mínima Actividad de la enfermedad. HAQ: Health assessment questionnaire. DAS28: Disease Activity Score. SDAI: Simplified Disease Activity Index. PASI: Psoriasis Area Activity Index. AST: Aspartato amino transferasa. ALT: Alanina amino transferasa. OR: Odd Ratio. HR: Hazard Ratio. IC: intervalo de confianza. DE: desviación estándar.

respecto a la VB y el cambio en la puntuación total en la sem 52 respecto a la VB (TSSm). Los pts con o sin progresión radiográfica en la sem 52 (definida como el cambio en la puntuación TSSm respecto a la VB > 3 o > 5) 2 fueron evaluados posteriormente.

Resultados: Las características iniciales fueron similares entre los grupos. El 96,5% de los pts presentaban un DAS28-VSG > 5,1, con una mediana de evolución de la enfermedad de 2,6 meses. Todos los objetivos del estudio resultaron estadísticamente significativos (tabla): 28,9% CZP+MTX vs 15% PBO+MTX en REMs ($p < 0,001$); 43,8% CZP+MTX vs 28,6% PBO+MTX en LDAs ($p < 0,001$). El nº de pts que progresaron, con un aumento en la puntuación TSSm de más de 3 o más de 5 puntos, fue unas tres veces mayor con PBO+MTX que con CZP+MTX (23,3% vs 7,4% y 15,3% vs 4,2%, respectivamente). La tasa de incidencia de acontecimientos adversos (AA) fue similar en ambos grupos. Se produjeron más infecciones en CZP+MTX que en PBO+MTX (71,8 vs 52,7/100 pte-año), aunque las infecciones graves fueron similares en ambos grupos (3,3 vs 3,7/100 pte-año). Se comunicaron 2 muertes en CZP+MTX (1 accidente cerebrovascular, considerado como no relacionado con el fármaco; 1 tuberculosis sistémica, considerada como relacionada con el fármaco) y 1 en PBO+MTX (insuficiencia respiratoria, considerada como no relacionada con el fármaco). No se notificaron nuevos problemas de seguridad con CZP.

Conclusiones: En pts con AR erosiva, activa y grave sin tratamiento previo con FME y tratamiento con CZP+MTX se observó a una mayor proporción de pts en REMs y LDAs, una mayor mejoría en los signos y síntomas de la AR y una inhibición del daño estructural en comparación con PBO+MTX. El perfil de seguridad de CZP+MTX fue similar al de PBO+MTX.

15. MEJORÍAS A LARGO PLAZO CON CERTOLIZUMAB PEGOL EN LAS ARTICULACIONES Y LAS MANIFESTACIONES EXTRAARTICULARES EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA CON Y SIN EXPOSICIÓN PREVIA A FÁRMACOS ANTI-TNF

J.J. Gómez-Reino, D.D. Gladman, A.B. Gottlieb, B. Hoepken, L. Peterson y O. Fitzgerald

Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela. Toronto Western Research Institute. Tufts Medical Center. UCB Pharma. Department of Rheumatology. St. Vincent's University Hospital. UCD School of Medicine and Medical Sciences and Conway Institute of Biomolecular and Biomedical Research. University College Dublin.

Introducción: Los artículos publicados del estudio RAPID-PsA (NCT01087788) han demostrado la eficacia de certolizumab pegol (CZP) en pacientes (pts) con artritis psoriásica (APs) durante 96 semanas (sem), y han mostrado que las mejorías a nivel articular y cutáneo eran similares independientemente del tratamiento previo con fármacos anti-TNF. En el presente abstract se muestra la eficacia de CZP en las articulaciones y las manifestaciones extraarticulares (MEA) de la APs en pts con y sin exposición previa a fármacos anti-TNF durante las 96 sem del ensayo RAPID-PsA.

Métodos: El RAPID-PsA fue un estudio doble ciego y controlado con placebo hasta la sem 24, con enmascaramiento de la dosis hasta la sem 48 y sin enmascaramiento hasta la sem 216. Los pts presentaban APs activa, con fracaso terapéutico a = 1 FME y = 40% de los pts podían haber recibido tratamiento previo con un fármaco anti-TNF. 409 pts fueron distribuidos de forma aleatoria a recibir CZP (200 mg/2 sem o 400 mg/4sem, tras la dosis de inducción de 400 mg en la sem 0, 2 y 4) o placebo (PBO). El objetivo primario fue la respuesta ACR20 en la sem 12.3 Se evaluó la actividad mediante el número de articulaciones dolorosas (NAD), el número de articulaciones tumefactas (NAT) y el índice DAS28-PCR. Se evaluaron las MEA en pts con afectación en la visita basal (VB), que incluyeron la psoriasis ungueal (índice de gravedad de psoriasis ungueal modificado [mNAPSI, modified nail psoriasis severity index], mNAPSI en VB > 0; en algunos pts la uña analizada varió en una o más visitas hasta la sem 96), entesitis (índice de entesitis de Leeds [LEI, Leeds enthesitis index], LEI en la VB > 0) y dactilitis (índice de dactilitis de Leeds [LDI, Leeds dactylitis index], en la VB al menos 1 dedo afectado y con una diferencia en la circunferencia = 10% en comparación con el dedo contralateral). Se presentan los datos observados para todos los pts originalmente asignados aleatoriamente al grupo CZP, con o sin exposición previa a fármacos anti-TNF.

Resultados: De los 409 pts incluidos, 273 recibieron CZP a partir de la sem 0, de los cuales 54 (19,8%) habían recibido tratamiento previo con un fármaco anti-TNF. De los 273 pts asignados a CZP, 197 (72,2%) presentaban psoriasis ungueal, 172 (63,0%) entesitis y

	Pacientes con exposición previa a fármacos anti-TNF (n = 54)	Pacientes sin exposición previa a fármacos anti-TNF (n = 219)
Recuento de articulaciones dolorosas (NAD)	21,4 (54) Sem 0 15,1 (52) Sem 4 11,4 (50) Sem 24 5,6 (39) Sem 96	20,3 (219) Sem 0 13,5 (215) Sem 4 7,4 (199) Sem 24 5,1 (178) Sem 96
Recuento de articulaciones inflamadas (NAT)	12,7 (54) Sem 0 5,6 (52) Sem 4 3,4 (50) Sem 24 1,9 (39) Sem 96	10,3 (219) Sem 0 5,3 (215) Sem 4 2,8 (199) Sem 24 1,2 (178) Sem 96
DAS28-PCR	5,2 (54) Sem 0 3,7 (53) Sem 4 3,1 (50) Sem 24 2,6 (39) Sem 96	5,0 (219) Sem 0 3,8 (215) Sem 4 3,0 (199) Sem 24 2,5 (179) Sem 96
Psoriasis ungueal (mNAPSI)	2,9 (38) Sem 0 2,0 (38) Sem 4 1,2 (37) Sem 24 0,6 (29) Sem 96	3,4 (159) Sem 0 3,0 (158) Sem 4 1,4 (142) Sem 24 0,7 (129) Sem 96
Entesitis (LEI)	2,9 (39) Sem 0 1,6 (38) Sem 4 1,3 (37) Sem 24 0,8 (27) Sem 96	3,0 (133) Sem 0 1,8 (131) Sem 4 1,0 (121) Sem 24 0,7 (104) Sem 96
Dactilitis (LDI)	52,5 (17) Sem 0 17,7 (17) Sem 4 7,3 (16) Sem 24 0,0 (11) Sem 96	50,9 (56) Sem 0 17,1 (55) Sem 4 0,8 (49) Sem 24 0,0 (46) Sem 96

Tabla Póster 14

Resultados en la semana 52	PBO + MTX (n = 213)	CZP + MTX (n = 655)	Análisis estadístico
REMs, n (%)	32 (15,0)	189 (28,9)	O: 2,3, p < 0,001
LDAs, n (%)	61 (28,6)	287 (43,8)	O: 2,0, p < 0,001
ACR50, n (%)	113 (53,1)	408 (62,3)	O: 1,4, p = 0,023
Cambio en la media respecto a la VB en el HAQ-DI (DE)	-0,8 (0,04)	-1,0 (0,03)	p
Cambio en la puntuación TSSm respecto a la VB, (DE)	1,9 (4,8) [n = 163]	0,2 (3,3) [n = 528]	p
Progresión radiográfica de la TSSm, n (%)	n = 163	n = 528	
Cambio en la puntuación TSSm >3 respecto a al VB			O: 3,9, p < 0,001
Pacientes con progresión	38 (23,3)	39 (7,4)	
Pacientes sin progresión	125 (76,7)	489 (92,6)	
Cambio en la puntuación TSSm >5 respecto a al VB			O: 4,2, p < 0,001
Pacientes con progresión	25 (15,3)	22 (4,2)	
Pacientes sin progresión	138 (84,7)	506 (95,8)	

73 (26,7%) dactilitis en la VB. Los índices en la VB para las articulaciones y las MEA resultaron similares en los pts con y sin tratamiento previo con fármacos anti-TNF (tabla). Alrededor de la sem 4, el tratamiento con CZP se asoció a mejorías rápidas en todas las mediciones de actividad de la enfermedad articular, incluyendo el NAD, el NAT y el DAS28-PCR. Las mejorías en todos los parámetros continuaron hasta la sem 96 y resultaron similares en los pts con y sin exposición previa a fármacos anti-TNF (tabla). De la misma manera, hasta la sem 96 de tratamiento con CZP se observaron mejorías en la psoriasis ungueal, la entesitis y la dactilitis en los pts con APs, independientemente de la exposición previa a fármacos anti-TNF (tabla). Sin embargo, estos análisis resultaron limitados por el escaso número de pts sometidos a tratamiento previo con fármacos anti-TNF.

Conclusiones: Se observaron mejorías en la afectación articular y en las MEA, incluyendo la psoriasis ungueal, la entesitis y la dactilitis, de la APs durante las 96 sem de tratamiento con CZP. Se observaron mejorías similares en los pts con y sin exposición previa a fármacos anti-TNF.

16. MEJORAS SOSTENIDAS EN LOS RESULTADOS CUTÁNEOS TRAS EL TRATAMIENTO CON CERTOLIZUMAB PEGOL EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EXPUESTOS PREVIAMENTE A FÁRMACOS ANTI-TNF O CON AFECTACIÓN CUTÁNEA GRAVE AL INICIO DEL ESTUDIO

J.J. Gómez-Reino, M. Khraishi, B. Hoepken, O. Davies, T. Arledge, L. Peterson y P.J. Mease

Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela. Department of Medicine. Memorial University of Newfoundland. St. John's. Canadá. UCB Pharma. Monheim. Alemania. 3UCB Pharma. Slough. Reino Unido. UCB Pharma. Raleigh. University of Washington. Seattle. EEUU.

Introducción: Publicaciones previas del RAPID-PsA (NCT01087788) han demostrado la eficacia de certolizumab pegol (CZP) en pacientes (pts) con artritis psoriásica (APs) hasta la semana (sem) 96 de tratamiento. En el presente abstract se muestra la eficacia de CZP en las manifestaciones cutáneas en pts con APs durante 96 sem, e incluye pts con o sin exposición previa a anti-TNF y pts con afectación cutánea grave al inicio del estudio.

Métodos: El RAPID-PsA1 fue un estudio doble ciego y controlado con placebo (PBO) hasta la sem 24, con enmascaramiento de la dosis hasta la sem 48 y sin enmascaramiento hasta la sem 216. Los pts presentaban APs activa, con fracaso terapéutico a = 1 FAME y = 40% de los pts podían haber recibido previamente un anti-TNF. Los pts se distribuyeron aleatoriamente en la visita basal (VB) bien a recibir PBO o bien CZP (200 mg/2 sem o 400 mg/4 sem, tras 400 mg en las sem 0, 2 y 4). El objetivo primario fue la respuesta ACR20 en la sem 12. En este trabajo se presentan los datos cutáneos para los pts originalmente asignados a CZP y con una afectación cutánea = 3% del área de superficie corporal (ASC) en la VB. Se presentan los resultados para las respuestas del índice de gravedad del área de psoriasis (PASI), la evaluación global de la psoriasis por el médico (PGA) y el índice de calidad de vida en dermatología (DLQI). Los datos se muestran como valores observados e imputados. Se utilizó la imputación de los pts que no responden (NRI) para las variables categóricas y la imputación de la última observación considerada (LOCF) para las variables continuas. Se presentan los resultados para los pts con o sin exposición previa a anti-TNF, o para los pts con afectación cutánea grave en la VB (PASI en la VB = 10).

Resultados: De los 409 pts incluidos, 273 recibieron CZP desde la sem 0. Los pts tratados con CZP y afectación cutánea = 3% en la VB (166 pts, 60,8%) presentaron una media del 24,2% del ASC afectada

por la psoriasis y un PASI promedio de 12,0. Se alcanzó el objetivo primario del RAPID PsA (ACR20 [NRI]: 58,0%, 51,9% vs 24,3%; para CZP 200 mg/2 sem, 400 mg/4 sem vs PBO) y las respuestas ACR se mantuvieron hasta la sem 96 (ACR20 [NRI]: 60,1% en la sem 24 y 64,1% en la sem 96, dosis de CZP combinadas). Las mejorías en los parámetros cutáneos se observaron hasta la sem 96 de tratamiento con CZP, con una eficacia similar con ambas pautas posológicas (PASI90 [NRI]: Sem 24: 46,7% y 35,5%; sem 96: 48,9% y 38,2%, para 200 mg/2 sem y 400 mg/4 sem, respectivamente). La eficacia se mantuvo también en los pts con afectación cutánea grave en la VB (PASI = 10) (PASI90 [NRI]: Sem 24: 59,5% y 47,1%; sem 96: 45,9% y 47,1%, para 200 mg/2 sem y 400 mg/4 sem, respectivamente). En estos pts, se observaron mejorías más importantes en las respuestas PASI, así como en la medida DLQI, comunicada por el paciente, en comparación con todos los pts analizados. Se observaron mejorías similares en los parámetros cutáneos en los pts con y sin exposición previa a anti-TNF (tabla).

Datos a la semana 96	Con tratamiento anti-TNF previo (N = 36)	Sin tratamiento anti-TNF previo (N = 130)
PASI75, n/N (%)	18/26 (69,2%) Datos observados 18/36 (50,0%) NRI	70/95 (73,7%) Datos observados 70/130 (53,8%) NRI
PASI90, n/N (%)	14/26 (53,8%) Datos observados 14/36 (38,9%) NRI	59/95 (62,1%) Datos observados 59/130 (45,4%) NRI
PGA sin lesiones/casi sin lesiones, n/N (%)	18/26 (69,2%) Datos observados 18/36 (50,0%) NRI	81/97 (83,5%) Datos observados 81/130 (82,3%) NRI
Cambio en DLQI respecto a la VB, media (DE)	-10,4 (9,1) Datos observados -8,7 (8,7) NRI	-7,9 (7,0) Datos observados -7,6 (7,0) NRI

Conclusiones: Las mejorías en los resultados cutáneos observadas en los pts de APs tratados con CZP hasta la sem24 se mantuvieron hasta la sem 96 de tratamiento en pts con y sin exposición previa a fármacos anti-TNF. Los pts con una mayor afectación cutánea grave en la VB mostraron una mayor mejoría en los resultados cutáneos. Se observó una eficacia similar en ambas pautas posológicas para CZP.

17. REMISIÓN DE LA INFLAMACIÓN EN LA COLUMNA VERTEBRAL Y LAS ARTICULACIONES SACROILÍACAS MEDIDA MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA (RM) EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL Y ASOCIACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS DE RM Y LA REMISIÓN CLÍNICA DURANTE 96 SEMANAS DE TRATAMIENTO CON CERTOLIZUMAB PEGOL

E. Chamizo, J. Braun, W.P. Maksymowych, R. Landewé, X. Baraliakos, K.G. Hermann, P. Machado, B. Hoepken, C. Stach, O. Davies, T. Nurminen y D. van der Heijde

Hospital General de Mérida. Rheumazentrum Ruhrgebiet. Herne. Alemania. Department of Medicine. University of Alberta. Alberta. Canadá. Academic Medical Center Amsterdam & Atrium Medical Center. Heerlen. Holanda. Ruhr-University Bochum. Herne. Charité Medical School. Berlin. Alemania. MRC Centre for Neuromuscular Diseases. University College London. London. Reino Unido. Clínica Universitária de Reumatologia. Faculty of Medicine. University of Coimbra. Portugal. UCB Pharma. Monheim. Alemania. UCB Pharma. Slough. Reino Unido. Leiden University Medical Center. Leiden. Holanda.

Introducción: La actividad de la espondiloartritis axial (EsAax) puede determinarse mediante evaluaciones clínicas y analíticas, así como mediante la inflamación observada en pruebas de RM en las articulaciones sacroilíacas (RM-SI) y la columna vertebral (RM-cv).

Se dispone de poca información sobre la concordancia de la remisión entre ambos tipos de evaluación.

Objetivos: Evaluar la remisión, determinada mediante RM, en pacientes (pts) con EsAax, incluyendo espondilitis anquilosante (EA) y EsAax no radiográfica (EsAax-nr), tratados con certolizumab pegol (CZP). Analizar las asociaciones entre la RM y la remisión clínica a las 96 semanas (sem).

Métodos: RAPID-axSpA (NCT01087762)¹ es un estudio de fase III, doble ciego y controlado con placebo (PBO) hasta la sem 24, con enmascaramiento de dosis hasta la sem 48 y sin enmascaramiento hasta la sem 204. Los pts se asignaron aleatoriamente a CZP o PBO. Los del grupo PBO (que comenzaron la fase con enmascaramiento de la dosis) se volvieron a asignar aleatoriamente al grupo de CZP en la sem 24. Se registraron tomografías por RM en un subgrupo de pts mediante secuencias de recuperación de la inversión tau corta (STIR) en la visita basal (VB) (\pm 3 días) y en las sem 12, 48 y 96, y se evaluaron mediante el índice SPARCC para las articulaciones SI y el método de Berlín para la cv (modificación de ASspiMRI-a). Los umbrales de inflamación se establecieron en SPARCC = 2 y Berlín > 2. Los umbrales de remisión se establecieron en SPARCC < 2 (SI), Berlín = 2 (cv) y ASDAS ID (< 1,3, clínico). Los datos se presentan como valores observados para los pts asignados aleatoriamente a CZP en la VB (datos de la sem 12) o para todos los pts independientemente de su asignación aleatoria (datos de las sem 48 y 96).

Resultados: De los 325 pts distribuidos aleatoriamente, 163 formaban parte del conjunto sometido a RM (109 CZP, 54 PBO). En la VB, 90 (58,8%) presentaron inflamación en la RM-SI, 73 (47,7%) en la RM-cv, 43 (28,5%) en ambas y 34 (22,5%) en ninguna de las dos. En la sem 12, al menos la mitad de los pts con inflamación en la RM-SI o RM-cv en la VB alcanzaron una remisión en la RM-SI o RM-cv, respectivamente, y más de un tercio de los pts con inflamación tanto en la RM-SI como en la RM-cv en la VB alcanzaron una remisión en la RM tanto en SI como en cv. Las tasas de remisión en la RM se mantuvieron hasta la sem 96, con tendencias similares observadas en los pts con EA o EsAax-nr. El cambio medio observado en la sem 96 respecto a la VB (DE) en los métodos SPARCC y Berlín fue de -7,2 (12,6) [VB: 9,2 (13,1)] y -3,3 (5,1) [VB: 4,7 (6,3)], respectivamente. Los pts que estaban en remisión clínica en la sem 96, presentaron igualmente remisión en RM-cv y una gran proporción también en RM-SI. Mientras que la remisión en RM-cv fue más frecuente en los pts con remisión clínica, la remisión en RM-SI y la remisión en ambas (cv y SI) tuvo lugar con una frecuencia similar independientemente de si se había alcanzado o no una remisión clínica (tabla).

Conclusiones: Más de la mitad de los pts con inflamación en la RM en SI o cv en la VB, y al menos un tercio de los pts con inflamación en ambas, alcanzaron una remisión en la RM en la sem12, que se mantuvo hasta la sem 96 con el tratamiento con CZP. En la sem 96,

la concordancia entre la remisión clínica y la remisión en la RM era limitada; sin embargo, la concordancia resultó mejor en la remisión en la RM de cv que en la RM de SI.

Remisión en la RM, semana 96:	Con remisión clínica (ASDAS)	Sin remisión clínica (ASDAS)
Remisión en la RM-SI (SPARCC < 2)	26/41 (63,4%) EsAax total 17/21 (81,0%) EA 9/20 (45,0%) EsAax-nr	65/82 (79,3%) EsAax total 44/55 (80,0%) EA 21/27 (77,8%) EsAax-nr
Remisión en la RM-cv (Berlín = 2)	37/40 (92,5%) EsAax total 19/21 (90,5%) EA 18/19 (94,7%) EsAax-nr	66/84 (78,6%) EsAax total 43/56 (76,8%) EA 23/28 (82,1%) EsAax-nr
Remisión en la RM-SI y en la RM-cv (SPARCC < 2)	23/40 (57,5%) EsAax total 15/21 (71,4%) EA 8/19 (42,1%) EsAax-nr	54/82 (65,9%) EsAax total 37/55 (67,3%) EA 17/27 (63,0%) EsAax-nr

18. CARACTERÍSTICAS Y DESENLACES DE LAS NOTIFICACIONES PROSPECTIVAS DE EMBARAZOS EN PACIENTES EXPUESTOS A CERTOLIZUMAB PEGOL OBTENIDOS A PARTIR DE UNA BASE DE DATOS DE SEGURIDAD

P. Talavera, M.E.B. Clowse, D.C. Wolf, A. Golembesky, L. Shaughnessy, D. de Cuyper y F. Förger

UCB Pharma España. Duke University. Atlanta Gastroenterology Associates. UCB Pharma. Insepsital University Hospital.

Introducción: Los datos disponibles sobre el impacto de los medicamentos anti-TNF sobre el desenlace del embarazo son escasos. Certolizumab pegol (CZP) es un fármaco anti-TNF pegilado sin región Fc autorizado en más de 50 países para el tratamiento de la artritis reumatoide y/o la enfermedad de Crohn, la artritis psoriásica y la espondiloartritis axial. El objetivo de este proyecto es proporcionar información sobre el desenlace del embarazo en mujeres en tratamiento con CZP.

Métodos: Se utilizó la base de datos de seguridad de UCB Pharma para buscar embarazos con exposición a CZP hasta el 1 de febrero de 2015. Se incluyó la exposición a CZP materna y paterna, así como las notificaciones prospectivas y retrospectivas. Este abstract se centra en los embarazos con exposición materna que se notificaron prospectivamente para reducir el sesgo en las tasas de notificación de desenlaces. Los datos disponibles sobre la exposición a CZP, fecha de embarazo, desenlace del embarazo, comorbilidades y acontecimientos en el feto fueron extraídos por dos revisores internos de forma independiente. Se examinó el número de nacidos vivos, abortos espontáneos e inducidos y mortinatos para los embarazos con exposición a CZP.

Tabla Póster 18

	Nacido vivo n = 207	Aborto espontáneo n = 26	Aborto inducido n = 22	Mortinatos n = 1
Trimestre más temprano de exposición, n				
Únicamente previa a la concepción (n = 7)	6	0	1	0
Primer trimestre (n = 187)	143	24	19	1
Segundo trimestre (n = 20)	20	0	0	0
Tercer trimestre (n = 5)	5	0	0	0
Indeterminable (n = 37)	23	2	2	0
Trimestre(s) de exposición, n				
Únicamente previa a la concepción (n = 7)	6	0	1	0
Únicamente primer trimestre (n = 70)	39	18	13	0
Únicamente segundo trimestre (n = 1)	1	0	0	0
Únicamente tercer trimestre (n = 5)	5	0	0	0
Primer y segundo trimestre (n = 7)	4	3	0	0
Segundo y tercer trimestre (n = 15)	15	0	0	0
Primero, segundo y tercer trimestre (n = 52)	52	0	0	0
Indeterminable (n = 99)	85	5	8	1

Resultados: Se encontraron un total de 723 notificaciones de embarazo con exposición a CZP, de los cuales 572 fueron notificados prospectivamente. 540 embarazos presentaron exposición materna (256 con desenlace del embarazo conocido, 47,4%) y 32 con exposición paterna (18 con desenlace conocido, 56,3%). De los 256 embarazos con exposición materna y desenlace conocido, 207 fueron nacidos vivos (80,9%), 26 abortos espontáneos (10,2%), 22 abortos inducidos (8,6%) y 1 mortinato (0,4%). La mayoría de los embarazos fueron notificados mediante los programas de vigilancia ya establecidos (65,9%), mientras que las notificaciones de embarazo obtenidas a partir de ensayos clínicos contabilizaron el 9,1%. Las indicaciones para el tratamiento con CZP incluyeron la enfermedad reumática (n = 100, 39,1%) y la enfermedad de Crohn (n = 140, 54,7%). La edad materna media en la fecha prevista de parto fue de 31,3 (DE 5,4) años. Gran parte de los embarazos (n = 70, 44,6%) sufrieron una exposición únicamente durante el primer trimestre, cuando tiene lugar la mayor parte del desarrollo de los órganos y sistemas fetales; 52 sufrieron exposición durante los 3 trimestres (tabla). Se notificaron prospectivamente 9 casos de malformaciones congénitas entre 210 fetos (incluyendo 3 parejas de gemelos), sin patrón perceptible en las malformaciones notificadas.

Conclusiones: El análisis representa una cantidad excepcional de embarazos con exposición a un único fármaco anti-TNF. La mayoría de los embarazos presentaron exposición a CZP durante el primer trimestre, y hasta un tercio de los embarazos recogidos prospectivamente continuaron el tratamiento hasta el segundo y/o tercer trimestre. Una limitación de este estudio es que la mayoría de los datos se originaron a partir de notificaciones espontáneas tras la comercialización, por lo que puede verse afectado por el sesgo y las limitaciones inherentes debidas a la naturaleza pasiva y voluntaria de los sistemas de notificación. Los datos en su conjunto sugieren que la exposición a CZP in utero no afecta negativamente al desenlace del embarazo.

19. RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE COMORBILIDADES EN LA ENFERMEDAD PSORIÁSICA

J.C. Torre-Alonso¹, L. Carmona², M. Moreno³, E. Galíndez⁴, J. Babío⁵, P. Zarco⁶, L. Linares⁷, E. Collantes⁸, M. Fernández Barrial⁹, J.C. Hermosa¹⁰, P. Coto¹¹, C. Suárez¹², R. Almodóvar⁶, J. Luelmo¹³, V. Cárcaba¹⁴, S. Castañeda¹⁵ y J. Gratacós³

¹Reumatología. Hospital Monte Naranco. Oviedo. ²InMusc. Madrid. ³Reumatología. Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell. ⁴Reumatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. ⁵Reumatología. Hospital de Cabueñes. Gijón. ⁶Reumatología. Hospital Fundación Alcorcón. Madrid. ⁷Reumatología. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁸Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ⁹Centro de Salud de Sotondrio. Langreo. ¹⁰Centro de Salud de Getafe. Madrid. ¹¹Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ¹²Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ¹³Dermatología. Hospital Universitario Parc Taulí Sabadell. Sabadell. ¹⁴Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ¹⁵Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos: Establecer recomendaciones, basadas en la evidencia, sobre el manejo en la práctica clínica de las comorbilidades con mayor impacto en pacientes con enfermedad psoriásica.

Métodos: Un grupo de expertos previamente seleccionado, se encargó de definir el alcance, usuarios, apartados del documento, posibles recomendaciones, y revisiones sistemáticas a realizar durante una sesión de grupo nominal. Las recomendaciones se desarrollaron en los temas establecidos y se les añadió la evidencia de 4 revisiones sistemáticas. La evaluación del grado de acuerdo se llevó a cabo mediante técnica Delphi a dos rondas; manteniéndose las recomendaciones con puntuación = 7 por al menos el 70% de los participantes.

Resultados: Se emitieron un total de 19 recomendaciones distribuidas en tres apartados fundamentales: 1) despistaje de comorbilida-

Tabla Póster 19

Recomendaciones para el despistaje de comorbilidades específicas		NE	GA
1.	Debe realizarse un despistaje precoz y periódico de los factores de riesgo CV y monitorizarse su control, en caso de estar presentes.	3	9,8
2.	El buen control de la obesidad y el sobrepeso deben ser objetivos específicos e importantes en el manejo de los pacientes con EPs.	3	9,3
3.	Es importante investigar posibles trastornos psicoafectivos.	4	8,9
4.	Se recomienda interrogar sobre disfunciones sexuales.	5	7,7
5.	Los pacientes con EPs y síntomas oculares —sobre todo si existe sospecha de uveítis o en EPs de inicio juvenil—, deben ser evaluados lo antes posible por un oftalmólogo.	5	8,8
6.	Es conveniente vigilar regularmente los niveles de uricemia y la posible presencia de sintomatología gotosa.	4	8,8
7.	Hay que considerar la coexistencia de artrosis de manos.	5	7,2
8.	Es aconsejable descartar onicomiosis en los pacientes con afectación ungueal mediante la realización de un examen micológico.	5	7,2
9.	Ante la aparición de lesiones nuevas en piel, debe despistarse el cáncer de piel no melanoma, especialmente en pacientes que han recibido PUVA, ciclosporina A o tratamiento biológico. Acciones terapéuticas y de prevención	5	8,5
10.	El tratamiento de elección en el paciente con EPs debe tener en cuenta sus posibles comorbilidades, evitándose aquellos tratamientos que puedan tener un efecto negativo sobre las mismas.	5	9,5
11.	El panel recomienda informar del riesgo CV aunque no existan factores de riesgo.	5	8,4
12.	Se aconseja incluir recomendaciones dietéticas encaminadas a evitar el sobrepeso y obesidad; la dieta debe estar, en la medida de lo posible adaptada al paciente.	2	8,8
13.	Se debe recomendar la realización de ejercicio aeróbico regular.	2	9,1
14.	Se debe insistir en cada visita en que el paciente deje abandonar el hábito de fumar.	3	9,8
15.	Se recomienda alentar a los pacientes a que supriman o reduzcan la ingesta de alcohol.	4	9,1
16.	Se aconseja seguir las directrices estándar para la prevención de la osteoporosis, especialmente en pacientes en tratamiento crónico con glucocorticoides.	5	8,8
Recomendaciones sobre la gestión del paciente crónico con EPs			
17.	El manejo óptimo del paciente con EPs ha de contemplarse desde un punto de vista integral, investigando precozmente y de forma adecuada las posibles comorbilidades, aunque serán el reumatólogo o el dermatólogo los que tengan un papel central de coordinación con otros especialistas	5	9,8
18.	Para la vigilancia y control de las comorbilidades asociadas a la EPs, es fundamental la participación del médico de familia y de otros especialistas, promoviendo una participación activa del paciente.	5	9,3
19.	Se recomienda valorar las comorbilidades en el momento del diagnóstico, en los cambios de tratamiento sistémico y en el seguimiento del paciente, con una periodicidad semestral.	5	8,8

CV, cardiovascular; EPs, enfermedad psoriásica; NE, nivel de evidencia; GA, grado de acuerdo.

des específicas, 2) acciones terapéuticas o preventivas concretas, y 3) recomendaciones de gestión.

Conclusiones: En la práctica clínica diaria, se hace fundamental la combinación del control de la enfermedad y el manejo de las comorbilidades para asegurar un control óptimo de los pacientes. Estas recomendaciones priorizan una serie de comorbilidades en base a impacto y frecuencia y actúan a varios niveles: detección, manejo e integración.

El proyecto GECOAP fue financiado por Merck Sharp & Dohme de España S.A.

20. EVALUACIÓN DE LA COMORBILIDAD EN LA ENFERMEDAD PSORIÁSICA: ¿CADA CUANTO TIEMPO?

J.C. Torre-Alonso¹, L. Carmona², M. Moreno³, E. Galíndez⁴, J. Babío⁵, P. Zarco⁶, L. Linares⁷, E. Collantes⁸, M. Fernández Barrial⁹, J.C. Hermosa¹⁰, P. Coto¹¹, C. Suárez¹², R. Almodóvar⁶, J. Luelmo¹³, V. Cárcaba¹⁴, S. Castañeda¹⁵ y J. Gratacós³

¹Reumatología. Hospital Monte Naranco. Oviedo. ²InMusc. Madrid.

³Reumatología. Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell.

⁴Reumatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. ⁵Reumatología.

Hospital de Cabueñes. Gijón. ⁶Reumatología. Hospital Fundación

Alcorcón. Madrid. ⁷Reumatología. Hospital Virgen de la Arrixaca.

Murcia. ⁸Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

⁹Centro de Salud de Sotondrio. Langreo. ¹⁰Centro de Salud de Getafe.

Madrid. ¹¹Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias.

Oviedo. ¹²Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa.

Madrid. ¹³Dermatología. Hospital Universitario Parc Taulí Sabadell.

Sabadell. ¹⁴Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias.

Oviedo. ¹⁵Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos: La psoriasis y la artritis psoriásica (APs) asocian comorbilidades con mucha frecuencia, pero no hay una pauta de periodicidad para la detección y evaluación de las mismas por el reumatólogo. El objetivo de este trabajo es establecer dichas pautas para las comorbilidades más frecuentes en pacientes con enfermedad psoriásica (EPs).

Métodos: Un grupo de expertos que incluyeron especialistas en reumatología, medicina interna, medicina de familia y dermatología definió las comorbilidades más frecuentes basadas en la literatura. Tras una revisión sistemática se definieron una serie de recomen-

daciones y una pauta temporal de evaluación para la detección y seguimiento de las mismas por parte de reumatología. Las recomendaciones se acompañaron de un nivel de evidencia de acuerdo a la revisión de la literatura y de un grado de acuerdo obtenido mediante metodología Delphi con dos rondas.

Resultados: El panel acordó la evaluación de las comorbilidades como parte de la práctica clínica habitual en el momento del diagnóstico, en los cambios de tratamiento sistémico y en las visitas de seguimiento del paciente (nivel de evidencia 5, grado de acuerdo 8,8). Se recomienda la valoración de las comorbilidades en el momento del diagnóstico, ya que podrían condicionar tanto el pronóstico como la elección terapéutica. Se recomienda también hacerlo ante cambios en el tratamiento para despistar riesgos potenciales y contraindicaciones, ya que algunos tratamientos específicos pueden modificar los factores de riesgo CV así como otras comorbilidades asociadas. En cualquier caso, el seguimiento debe personalizarse en función del perfil de riesgo, morbilidad, comorbilidad y preferencias del paciente. La tabla muestra la propuesta de periodicidad para la detección, evaluación y seguimiento de las comorbilidades más importantes.

Conclusiones: Esta propuesta de evaluación periódica de las comorbilidades en pacientes con enfermedad psoriásica permite un seguimiento sistemático del paciente por parte del reumatólogo y el dermatólogo, y puede contribuir a la detección y manejo precoz de dichas comorbilidades.

El proyecto GECOAP fue financiado por Merck Sharp & Dohme de España S.A.

21. UNIDAD DE FRACTURA MULTIDISCIPLINAR (UFMUDI) EN EL ÁREA NORTE DE GRAN CANARIA. SEGUIMIENTO A 36 MESES

A. Naranjo, S. Ojeda Bruno, A. Bilbao Cantarero, R. López Sánchez y C. Rodríguez-Lozano

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: En el congreso SER 2015 comunicamos nuestra experiencia Fracture Liaison Service (FLS) con datos de adherencia a 24 meses.

Tabla Póster 20

En la primera visita	En todas las visitas	Anualmente	Cada 2 años	Ante un cambio de tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> Antecedentes personales y familiares Alergias Listado de tratamientos Evaluación CV, riesgo CV SCORE 	<ul style="list-style-type: none"> Interrogar por síntomas de nueva aparición y evaluación correspondiente Análítica hepática y de función renal 	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo CV SCORE: - Colesterol total, LDL y triglicéridos - Glucemia - Tabaco - Presión arterial - IMC - Perímetro abdominal - Búsqueda de adenopatías - Evaluación del estado psico-afectivo - Interrogar por adicciones (alcohol/tabaco) 	<ul style="list-style-type: none"> Recomendaciones por dermatología y reumatología: - Dietéticas - Ejercicio - Revisar tratamiento antihipertensivo e hipolipemiente si alterado (por dermatología y reumatología o MAP). 	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo CV SCORE Riesgo de infección Tuberculosis latente Vacunaciones Condiciones de residencia y trabajo
<ul style="list-style-type: none"> Despistaje de: - Obesidad y SM (perímetro abdominal, IMC) - Diabetes (glucemia y HbA1c) - HTA - Dislipemia - Tabaquismo - Cáncer - Alcoholismo - Depresión - Problemas hepáticos o renales 				

Objetivos: Analizar la adherencia al tratamiento de la unidad de fracturas a 36 meses.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Criterios de inclusión: pacientes > 50 años con fractura por fragilidad. Criterios de exclusión: fractura patológica, pacientes incapacitados o con demencia o enfermedad grave a criterio médico. El programa consta de: 1) formación de médicos de atención primaria (AP), 2) reclutamiento a partir de los registros de urgencias; 3) visita basal: cuestionario realizado por una enfermera dedicada al programa incluyendo variables del FRAX; 4) DXA); 5) educación del paciente sobre hábitos saludables, dieta y prevención de caídas por parte de la enfermera; 5) remisión de resultados al médico de AP con recomendaciones específicas de manejo, excepto pacientes con múltiples fracturas o que precisan terapia parenteral, que son derivados a reumatología; y 6) seguimiento mediante encuesta telefónica más comprobación de prescripción en los registros electrónicos, cada 6 meses.

Resultados: El programa comenzó en marzo de 2012 y ha atendido hasta el momento a 920 pacientes (78% mujeres) con un promedio de edad de 72 años. La localización de las fracturas fue la siguiente: antebrazo (n = 284; 31%), fémur (n = 218; 23%), húmero (n = 208; 22%), vértebra (n = 57; 6%) y otras localizaciones (n = 115; 12%). Recibían tratamiento previo con bisfosfonato 143 pacientes (15%), 111 de ellos en la visita basal (12%). Tras la visita en la unidad se remitieron 586 pacientes al médico de AP (63%) y 334 pacientes a reumatología. En total se recomendó tratamiento antirresortivo a 621 pacientes (68%). En el control a los 3 meses, habían iniciado tratamiento antirresortivo el 82,2% de los pacientes a los que se había prescrito. En el control a los 6, 12, 18, 24, 30 y 36 meses la adherencia al antirresortivo fue del 77%, 74%, 71%, 70% 67% y 63% respectivamente.

Conclusiones: Nuestra unidad de fracturas tipo FLS es efectiva en términos de inicio y persistencia del tratamiento antifractura a medio-largo plazo.

Proyecto nacional del Ministerio de Ciencia e Innovación. Instituto de Salud Carlos III: P111/01429.

22. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

J.L. Andreu¹, M.A. Martín-Martínez², J.J. Pérez-Venegas³, J.A. Román-Ivorra⁴, H. Corominas⁵, A. Gil de Miguel⁶, F. Sánchez-Alonso², T. Jiménez⁶ y M.A. Sánchez⁶

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. ²Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología. Madrid.

³Hospital Universitario de Jerez. ⁴Hospital Universitario Politécnico

La Fe. Valencia. ⁵Hospital Universitario Moisés Broggi. Sant Joan Despí.

⁶Cátedra de Evaluación de Resultados en Salud. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

Introducción: Una asistencia de calidad al paciente con artritis reumatoide (AR) contempla un diagnóstico precoz, un inicio rápido de fármacos modificadores de enfermedad, una modificación ágil de los tratamientos con la intención de alcanzar un estado de remisión o baja actividad objetivados con índices de actividad combinados, unos controles analíticos de seguridad y la consideración de comorbilidades, entre otros aspectos. El objetivo de este estudio es evaluar, mediante un instrumento desarrollado específicamente para este fin, diferentes aspectos de la calidad asistencial ofrecida a los pacientes con AR atendidos en unidades de reumatología españolas.

Métodos: Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que cumplieran criterios de clasificación para AR de ACR/EULAR-2010 y que hubieran sido diagnosticados entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2013, en consultas de Reumatología españolas. El total de centros reclutados fue de 46. Se eligieron aleatoriamente 19 historias clínicas de cada centro a partir de un listado informatizado anónimo aportado por las unidades asistenciales. Auditores

independientes examinaron las historias clínicas, comprobando la presencia explícita de los diferentes criterios de calidad contemplados por la herramienta de evaluación específicamente desarrollada para este proyecto. El estudio fue aprobado por el CEIC de referencia y los CEIC locales de cada centro participante. Se utiliza estadística descriptiva (porcentajes y valores absolutos) para la presentación de los datos.

Resultados: Se evaluaron 856 historias clínicas de 46 unidades de Reumatología. La edad media de los pacientes fue de 54 años y el 71% eran mujeres. La duración media de la enfermedad fue de 2 años. Durante el seguimiento, el 38% de los pacientes alcanzaron un estado de baja actividad según DAS28 y/o SDAI. Una valoración explícita de la actividad de la enfermedad como elemento determinante a la hora de escoger el tratamiento aparecía en el 32% de las historias. Una escalada adecuada de la dosis de MTX aparecía en el 72% de los casos. Quedaba reflejado el uso de índices de actividad combinados en el 61% de los casos. La monitorización cada 6-8 meses tras alcanzar el objetivo terapéutico aparecía en el 73% de los casos. Constaban las comorbilidades y su consideración para diseñar el tratamiento y elegir el objetivo terapéutico en el 99% de los casos. El control inicial cada 4 semanas mediante un índice combinado quedaba reflejado sólo en el 4% de las historias clínicas. La instauración del primer fármaco modificador de enfermedad en las primeras dos semanas tras la llegada del paciente a la unidad de Reumatología estaba documentada en el 35% de los casos. La valoración de criterios de mal pronóstico se reflejó en el 36% de los casos.

Conclusiones: La evaluación de la calidad asistencial ofrecida a los pacientes con AR pone de manifiesto numerosas áreas de oportunidad de mejora en aspectos fundamentales del manejo de la enfermedad como la monitorización estrecha de la actividad inflamatoria o el uso de índices de actividad combinados.

23. ANÁLISIS DE LA REDUCCIÓN DE DOSIS DE TOCILIZUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

M. Rojas-Giménez, C. Fuego, N. Mena-Vázquez, C. Domic, S. Manrique-Arija, I. Ureña-Garnica, M.C. Ordóñez-Cañizares, C.M. Romero-Barco, G. Díaz-Cordovés, F.G. Jiménez-Núñez, M.A. Belmonte-López, V. Coret, M.V. Irigoyen-Oyazábal, M. Rodríguez-Pérez, A. Ponce Vargas y A. Fernández-Nebro

Servicio de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Instituto de Investigación biomédica de Málaga. Hospital Regional de Málaga. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. Universidad de Málaga.

Objetivos: Estudiar la efectividad y la seguridad de la reducción de dosis de tocilizumab (TCZ) en pacientes con AR en condiciones de práctica clínica.

Métodos: Diseño: cohorte retrospectiva de 6 meses. Población: pacientes con AR en tratamiento con TCZ iv o sc en HRUM. Muestreo consecutivo. Criterios de inclusión: AR (ACR/EULAR 2010) que iniciaron tratamiento con TCZ entre enero de 2009 y diciembre de 2014 y que después redujeron la dosis por cualquier motivo. Criterios de exclusión: falta de datos en las variables de desenlace. Protocolo: los pacientes con TB iv son revisados por una reumatóloga en el hospital de día antes de cada infusión y cada 6 meses por su reumatólogo habitual. Cada médico decide si reduce la dosis según la actividad clínica o por motivos de seguridad. El día que se administró la última dosis completa de TCZ se marcó la visita basal (v0). Desenlaces: cambio en DAS28 y HAQ a los 6 meses respecto a v0; cambio en el grado de actividad a los 6 meses respecto a v0; recuento y descripción de efectos adversos graves/no-graves durante la reducción de dosis. Variables: demográficas, terapéutica, clínico-analíticas: número de articulaciones dolorosas (NAD), número de articulaciones inflamadas (NAI), PCR, VSG, evaluación general médico, evaluación general del paciente, DAS28, HAQ, grado

de actividad según DAS28. Análisis estadístico: descriptivo y prueba t pareada o prueba de rangos con signos de Wilcoxon entre basal y 6 meses, según procediera.

Resultados: Veintiún pacientes de 54 (38,9%) en tratamiento con TCZ en nuestro servicio redujeron la dosis. Diecisiete (81%) pacientes con TCZ iv, 2 (9,5%) pacientes que estando en reducción de dosis con iv, pasaron a una dosis reducida en sc (que a su vez siguieron reduciendo más adelante) y otros 2 (9,5%) que estaban con TCZ sc desde el principio también habían ampliado el intervalo entre dosis. El 95,2% (n = 18) de los casos de las reducciones de TCZ iv se hicieron a expensas de la dosis manteniendo el intervalo mientras que todos los que estaban con TCZ sc ampliaron el intervalo sin cambiar la dosis. Las principales características en la evaluación basal de los pacientes que redujeron la dosis se muestran en la tabla. No encontramos diferencias en ninguno de los desenlaces medidos entre la visita basal (v0) y después de 6 meses de reducción (v6). Tres pacientes están pendientes de reevaluar a los 6 meses por llevar una media de 54 días en reducción de dosis. Sólo un paciente tuvo que volver a dosis plenas tras 37 meses de reducción por empeoramiento clínico. No se han observado ningún efecto adverso durante su seguimiento en reducción.

Características epidemiológicas y clínicas de 35 pacientes con AR en tratamiento con tocilizumab intravenoso

Variable	Cohorte
Sexo, mujer, n (%)	20 (95,2)
Edad en años, media (DE)	54,4 (24,8)
Fumador, n (%)	2 (9,5)
Duración AR meses, media (DE)	171,7 (61,8)
Factor reumatoide positivo, n (%)	14 (66,7)
Anticuerpo anti-péptido citrulinado positivo, n (%)	14 (66,7)
Enfermedad erosiva, n (%)	13 (61,9)
Número articulaciones dolorosas, mediana (p25-p75)	1,0 (0,0-2,0)
Número articulaciones inflamadas, mediana (p25-p75)	0,0 (0,0-1,0)
VSG, media (DE)	4,7 (4,0)
PCR, mediana (p25-p75)	2,8 (1,0-2,8)
EVA general, media (DE)	40,0 (24,8)
EVA médico, media (DE)	26,3 (20,6)
DAS28, media (DE)	2,11 (1,0)
Remisión, n (%)	15 (78,9)
Baja actividad, n (%)	3 (15,8)
Moderada actividad, n (%)	1 (5,3)
Alta actividad n (%)	0 (0)
HAQ, media (DE)	0,95 (0,9)

Conclusiones: La reducción de dosis de TCZ parece ser efectiva y segura a corto plazo en pacientes con AR. La proporción de pacientes que reduce con TCZ podría ser superior a la de otros agentes biológicos (en nuestro servicio este dato se sitúa en torno a 25%).

24. CAMBIO DE TOCILIZUMAB (TCZ) INTRAVENOSO A SUBCUTÁNEO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

N. Mena-Vázquez, M.C. Ordóñez-Cañizares, M. Rojas-Giménez, C. Domic, C. Fuego, S. Manrique-Arija, V. Coret, I. Ureña-Garnica, C.M. Romero-Barco, L. Cano-García, G. Díaz-Cordovés, F.G. Jiménez-Núñez, M.A. Belmonte-López, M.V. Irigoyen-Oyazábal, M. Rodríguez-Pérez, A. Ponce Vargas y A. Fernández-Nebro

Servicio de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Instituto de Investigación biomédica de Málaga. Hospital Regional de Málaga. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. Universidad de Málaga.

Objetivos: Estudiar la efectividad y seguridad a corto plazo del cambio de formulación de tocilizumab (TCZ) y equivalencia de dosis en práctica clínica.

Métodos: Diseño: cohorte retrospectiva de 3 meses. Población: pacientes con AR en tratamiento con TCZ iv. En nuestro hospital a los que se les ofreció el cambio de formulación a sc. Criterios de

inclusión: pacientes con AR (ACR/EULAR 2010) tratados con TCZ iv en nuestra unidad que a juicio de su médico fueran susceptibles de cambio a la formulación sc. Criterios de exclusión: falta de datos en la variable de desenlace principal o rechazo del médico o del paciente al cambio de formulación. Protocolo: los pacientes con TCZ iv son revisados cada vez que acuden a la infusión del fármaco con un protocolo preestablecido de recogida de datos. El día de la última infusión de TCZ iv se marcó como la visita basal y en vez de la siguiente infusión se programó una visita con la enfermera y la administración de la 1ª dosis de TCZ sc. A los pacientes en remisión con dosis iv reducidas se les inició con dosis sc reducida. Posteriormente el paciente fue citado para su seguimiento cada 3 meses en consulta general y específica (de biológicos sc) de forma alterna. La primera visita en consulta ocurrida dentro de las siguientes 12 ± 4 semanas fue marcada como la visita final. Outcomes: cambio en DAS28 a los 3 meses; cambio en HAQ a los 3 meses; cambio del grado de actividad a los 3 meses; recuento y descripción de efectos adversos graves y no graves durante el seguimiento. Variables: demográficas, terapéutica (fechas y dosis de inicio de TCZ iv y cambio a sc), clínico-analíticas: número de articulaciones dolorosas (NAD), número de articulaciones inflamadas (NAI), PCR, VSG, EVA general médico, EVA general del paciente, efectos adversos. Análisis estadístico: prueba t pareada o prueba de rangos con signos de Wilcoxon entre basal y 3 meses.

Resultados: Las principales características basales de los pacientes que pasaron a TCZ sc (n = 35) en la fecha de la última infusión de TCZ iv se muestran en la tabla. Encontramos mejoría de DAS28 y HAQ en la última infusión iv con respecto al inicio de TCZ iv (p < 0,001). Las dosificaciones finales de TCZ sc fueron: 162 mg/sem (n =); 162 mg/10 días (n =); 162 mg/15 días (n =). A los 3 meses no se observó ninguna diferencia comparado con basal en ninguno de los parámetros clínicos, de actividad de la enfermedad ni en el porcentaje de pacientes que cambiaron su grado de actividad. Durante el seguimiento con TCZ sc 12 pacientes (34,3%) presentaron efectos adversos leves: 8 presentaron reacción cutánea, 2 infección no grave, 1 hipertransaminasemia leve y otro paciente cuadro vasovagal. Ninguno presentó efecto adverso grave. Cuatro (11,4%) pacientes suspendieron TCZ sc y volvieron a iv por empeoramiento subjetivo de la actividad (aumento del NAD y EVA general con RFA normales; n = 2) o por efecto adverso leve (1 cuadro vasovagal durante la autoadministración y 1 reacción urticarial).

Características epidemiológicas y clínicas de 35 pacientes con AR en tratamiento con tocilizumab intravenoso

Variable	Cohorte
Sexo, mujer, n (%)	29 (82,9)
Edad en años, media (DE)	52,9 (21,7)
Índice de masa corporal, media (DE)	26,8 (5,0)
Duración AR meses, media (DE)	171,6 (75,9)
Factor reumatoide positivo, n (%)	28 (80,0)
Anticuerpo anti-péptido citrulinado positivo, n (%)	27 (77,1)
Enfermedad erosiva, n (%)	27 (77,1)
Número articulaciones dolorosas, mediana (p25-p75)	2,0 (0,0-4,0)
Número articulaciones inflamadas, mediana (p25-p75)	0,0 (0,0-0,0)
VSG, mediana (p25-p75)	4,0 (2,0-6,0)
PCR, mediana (p25-p75)	2,8 (1,0-2,8)
EVA general, media (DE)	39,2 (24,7)
EVA médico, mediana (p25-p75)	20,0 (10,0-40,0)
DAS28, media (DE)	2,21 (1,1)
Remisión, n (%)	24 (68,6)
Baja actividad, n (%)	7 (20,0)
Moderada actividad, n (%)	3 (8,6)
Alta actividad	1 (2,9)
Diferencia de DAS28 desde inicio de TCZ iv, media (DE)	3,24 (1,9)
HAQ, media (DE)	1,13 (0,9)
Diferencia de HAQ desde inicio de TCZ iv, media (DE)	0,66 (0,8)
Dosis basal de TCZ iv (mg/infusión), media (DE)	533,71 (124,2)
Dosis basal de TCZ iv (mg/Kg/infusión), mediana (p25-p75)	8,0 (6,0-8,0)
TCZ iv (8 mg/Kg/4 semanas), n (%)	22 (62,9)
TCZ iv (8 mg/Kg/6 semanas), n (%)	1 (2,9)
TCZ iv (6 mg/Kg/4 semanas), n (%)	12(34,3)
TCZ iv (4 mg/Kg/4 semanas), n (%)	0 (0,0)
Monoterapia, n (%)	28 (80,0)

Conclusiones: El cambio a TCZ sc desde el iv en pacientes con AR parece igual de efectivo en la práctica clínica y permite continuar con dosis sc reducidas en los pacientes en remisión y dosis iv reducidas. Ningún paciente en tratamiento con TCZ sc presentó efecto adverso grave durante su seguimiento. El acontecimiento adverso más frecuente asociado es la reacción cutánea.

25. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TOCILIZUMAB EN LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN PRÁCTICA CLÍNICA

C. Domic, N. Mena Vázquez, G. Díaz-Cordovés, E. Cuadros, M. Rojas-Giménez, M.C. Ordóñez-Cañizares, C. Fuego, S. Manrique-Arija, V. Coret, I. Ureña-Garnica, C.M. Romero-Barco, L. Cano-García, F.G. Jiménez-Núñez, M.A. Belmonte-López, M.V. Irigoyen-Oyarzábal, M. Rodríguez-Pérez, A. Ponce Vargas y A. Fernández-Nebro

Servicio de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Instituto de Investigación biomédica de Málaga. Hospital Regional de Málaga. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. Universidad de Málaga.

Objetivos: Estudiar la efectividad y seguridad de tocilizumab (TCZ) en pacientes con artritis idiopática juvenil (AIJ).

Métodos: Diseño: serie de casos. Población: AIJ en tratamiento con TCZ en Hospital Regional de Málaga. Criterios de inclusión: todos los pacientes con AIJ (ILAR 2001) infanto-juvenil y adultos en seguimiento en Hospital Civil y hospital Materno-infantil. Criterios de exclusión: enfermedad de Still o falta de datos en las variables de desenlace. Protocolo: los pacientes con AIJ infanto-juvenil en tratamiento con TCZ son seguidos en una unidad mixta entre Pediatría y Reumatología en el Hospital Materno-infantil de nuestro centro y son revisados cada vez que reciben una infusión. Los mayores de 14 años, tras alcanzar una estabilidad clínica son derivados a Reumatología y revisados cada vez que reciben una infusión iv del fármaco o cada 3 meses si están con sc. Desenlaces: cambio en DAS28 (en los niños además se determinó la presencia de remisión según criterios ACR y se determinó el grado de actividad mediante JADAS27 en los activos); cambio en HAQ; resolución de uveítis; porcentaje de pacientes que cambiaron su grado de actividad a los 3 meses del cambio a TCZ sc respecto al basal, y a los 6 meses de la reducción; efectos adversos graves y no graves durante el seguimiento. Variables: demográficas, terapéutica (fechas y dosis de administración de TCZ), clínico-analíticas: número de articulaciones dolorosas (NAD), número de articulaciones inflamadas (NAI), PCR, VSG, EVA general médico y paciente. Análisis estadístico: prueba t pareada con signos de Wilcoxon entre inicio y última administración de TCZ, la reducción y tras 6 meses de la misma, el paso a sc y tras 3 meses. Se comparó mediante t-Student, Test de la U Wilcoxon-Mann Whitney y χ^2 de Pearson las diferencias entre grupos adulto e infantil.

Resultados: Las principales características basales de los pacientes con AIJ en la última administración de TCZ se muestran en la tabla. La media de DAS28 fue superior en AIJ adultos en la última administración a expensas de EVA médico y EVA paciente (p = 0,028). Durante el tiempo en tratamiento con TCZ (34,7 meses) se registraron 3 efectos adversos leves: infección por herpes zoster, neutropenia e hipertansinemia. Tres pacientes han pasado de formulación iv a sc. A los tres meses de iniciar TCZ sc no se observó diferencia en parámetros clínicos ni de actividad de la enfermedad. Ningún paciente presentó efecto adverso con TCZ sc. Ninguna AIJ infanto-juvenil ha pasado a TCZ sc frente a casi un 70% > 14 años que si lo han hecho (p = 0,022). Siete pacientes han realizado reducción de dosis: 6 iv y 1 con sc. No encontramos diferencias significativas entre la evaluación previa a la reducción y tras 6 meses; solo tendencia a la significación en los efectos adversos leve (3 con dosis completas vs 0 en reducción; p = 0,07). Sólo 1 paciente volvió a dosis completa por ineficacia.

Características clínicas de 11 pacientes (6 adultos y 5 niños) con AIJ en la primera y última administración de TCZ

Variable	Primera administración TCZ	Última administración TCZ	P valor
Sexo, mujer, n (%)	10 (90,9)		
Factor reumatoide, n (%)	1 (9,1)		
ANA positivo, n (%)	4 (36,4)		
Enfermedad erosiva, n (%)	1 (9,1)		
Tipo AIJ			
Oligoarticular extendida, n (%)	5 (45,5)		
Poliarticular, n (%)	6 (54,5)		
Número articulaciones dolorosas, mediana (p25-p75)	2,0 (2,0-4,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,005
Número articulaciones inflamadas, mediana (p25-p75)	2,0 (1,0-3,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,005
VSG, media (DE)	28,6 (12,4)	4,0 (2,5)	<0,001
PCR, mediana (p25-p75)	6,0 (2,8-12,0)	2,8 (2,0-2,8)	0,001
EVA general, media (DE)	59,09 (25,4)	10,9 (17,5)	0,001
EVA médico, mediana (p25-p75)	66,36 (25,0)	8,1 (10,7)	<0,001
DAS28, media (DE)	4,26 (0,6)	1,05 (0,6)	<0,001
Remisión, n (%)	0 (0,0)	11 (100)	
Baja actividad, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	<0,001
Moderada actividad, n (%)	10 (90,9)	0 (0,0)	
Alta actividad, n (%)	1 (9,1)	0 (0,0)	
Grado de actividad criterios ACR			
Inactiva, n (%)	0	5 (100)	
Activa, n (%)	5 (100)	0 (0,0)	
JADAS27	18,5 (3,9)	-	-
HAQ, mediana (p25-p75)	1,0 (0,7-1,5)	0,0 (0,0-0,0)	0,003

Conclusiones: TCZ parece una opción efectiva en el tratamiento de pacientes con AIJ en práctica clínica, con mejoría de los marcadores de inflamación, de la clínica articular y uveítis. El cambio a TCZ sc desde iv en pacientes con AIJ parece igual de efectivo en la práctica clínica. La reducción de dosis de TCZ parece posible en AIJ manteniendo buen control de la enfermedad y posiblemente con menos efectos adversos.

26. CAPACIDAD DISCRIMINATIVA DEL TEST DE MORISKY-GREEN (MG) PARA DETECTAR FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN 178 PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR) TRATADOS CON BIOLÓGICOS

N. Mena-Vázquez, C.M. Romero-Barco, M. Rojas-Giménez, C. Domic, C. Fuego, S. Manrique-Arija, I. Ureña-Garnica, M.C. Ordóñez-Cañizares, G. Díaz-Cordovés, F.G. Jiménez-Núñez, M.A. Belmonte-López, V. Coret, L. Cano García, M.V. Irigoyen-Oyarzábal, M. Rodríguez-Pérez, A. Ponce Vargas y A. Fernández-Nebro

Servicio de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Instituto de Investigación biomédica de Málaga. Hospital Regional de Málaga. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. Universidad de Málaga.

Objetivos: Analizar la capacidad discriminativa del test de MG para detectar pacientes con AR no adherentes a FAMEb según la tasa de retirada de la medicación (TRM).

Métodos: Diseño: observacional de corte transversal. Pacientes: se realizó un muestreo consecutivo estratificado por la vía de administración del FAMEb entre los pacientes seguidos en la Unidad de Terapia Biológica (UTB) de nuestro hospital. Protocolo: en la UTB se sigue un protocolo preestablecido de recogida sistemática de datos. Los pacientes tratados con FAMEb sc son revisados cada 3 meses en consulta general y específica de biológicos y los pacientes con FAMEb iv son revisados cada vez que se administra el fármaco en Hospital de Día. En cada visita los pacientes rellenan un test de MG, se les mide la actividad, se recogen los posibles efectos adversos y se les renueva el tratamiento electrónicamente. Esta unidad cuenta con una enfermera que al inicio del tratamiento les proporciona información sobre la aplicación del fármaco y consejos para su autocuidado y posteriormente hace un seguimiento telefónico para confirmar la adecuada administración. Variables de desenlace principal: resultados del test

de MG y TRM en farmacia hospitalaria y extra-hospitalaria. Se consideró buena adherencia si el paciente contestaba las 4 respuestas del test MG correctamente y tenía una TRM > 80%. Análisis estadístico: Se construyó una tabla de 2 × 2 (filas con MG correcto/incorrecto y columnas TRM > 80%/= 80%) y se calculó la sensibilidad, la especificidad, y los valores predictivos positivo y negativo de cada puntuación (IC95%) frente a la variable de referencia (TRM > 80%).

Resultados: Se incluyeron 178 pacientes con AR tratados con FAMEb de los cuales 112 (63%) estaban con FAMEb s.c. y 66 (37%) con i.v. Se detectó una prevalencia de adherencia de 88,7% [IC95%: 82,9-92,8]. En la tabla se muestran las características de la capacidad predictiva del Test de MG, utilizando como prueba diagnóstica de referencia la TRM. El test de MG identificó correctamente como buenos adherentes al 76,9% [IC95%: 69,9-82,7] de los pacientes. Se halló una sensibilidad del Test de MG del 78% [IC95%: 70,4-83,9], una especificidad del 70% [IC95%: 45,6-87,1], VPP del 95,3% [IC95%: 89,7-98,1], un VPN del 28,5% [IC95%: 17,0-43,4], un LHR+ 2,6 [IC95%: 1,3-5,0] un LHR- de 0,3% [IC95%: 0,2-0,4].

Capacidad predictiva del test de Morisky-Green para identificar sujetos no adherentes a los FAMEb según la TRM

		TRM de FAMEb		
		> 80%	= 80%	Total
Test de MG	4 respuestas correctas	123	6	129
		35	14	49
	Total	158	20	178

Conclusiones: El test de Morisky-Green por su alto VPP, su sencillez, rapidez, aceptación y economía, puede ser útil en el cribado de adherencia a los biológicos solo en los pacientes que contestan correctamente el cuestionario. Por su bajo VPN, aquellos pacientes que fallan el test requieren otra prueba de confirmación como la TRM.

27. ADHERENCIA A LOS FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD BIOLÓGICOS (FAMEB) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

N. Mena-Vázquez, S. Manrique-Arija, L. Yunquera-Romero, M. Rojas-Giménez, C. Domic, C. Fuego, I. Ureña-Garnica, L. Cano-García, M.C. Ordóñez-Cañizares, C.M. Romero-Barco, G. Díaz-Cordovés, F.G. Jiménez-Núñez, M.A. Belmonte-López, V. Coret, M.V. Irigoyen-Oyarzábal, M. Rodríguez-Pérez, A. Ponce Vargas y A. Fernández-Nebro

Servicio de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Instituto de Investigación biomédica de Málaga. Hospital Regional de Málaga. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. Universidad de Málaga.

Objetivos: Estudiar el grado de adherencia a los FAMEb en pacientes (pts) con AR.

Métodos: Diseño: corte transversal. Pacientes: muestreo consecutivo estratificado por vía de administración en la unidad de terapia biológica (UTB) de nuestro hospital. Protocolo: la UTB de nuestro servicio revisa a los pts tratados con FAMEb sc cada 3 meses en consulta general y específica (de biológicos sc) de forma alterna. Los pts con FAMEb iv son revisados cada vez que se administra el fármaco. Ambos grupos de pts son atendidos según un protocolo preestablecido de recogida sistemática de datos. Cada vez que se inicia un nuevo FAMEb una enfermera les explica el modo de aplicación y proporciona consejos para su autocuidado haciendo hincapié en la adherencia y seguridad. A los 5 días de la 1ª infusión o en la 2ª dosis del FAMEb sc reciben una llamada de la enfermera para confirmar que todo ha ido bien. Los pacientes con FAMEb sc llevan un diario de las autoinyecciones y todos tiene acceso telefónico libre a la enfermera. Variables de desenlace: (1) Grado de adherencia evaluada mediante test de Morisky-Green (MG) y tasa de retirada de medicamentos (TRM) en farmacia

hospitalaria y extra hospitalaria. Se consideró buena adherencia una TRM > 80% y un test de MG correcto. La tasa de asistencia a las infusiones fue manejada como equivalente a efectos de recuentos que la TRM. Variables: demográficas, comorbilidades, clínico-analíticas, terapéuticas y TRM de FAMEs concomitante en la farmacia de la calle (receta electrónica XXI) en los últimos 6 meses. Análisis estadístico: Bivariante mediante t-Student, U Mann Whitney y χ^2 seguido de regresión logística binaria (RLB) (Vd: buena adherencia a FAMEb).

Resultados: Las principales características de los pts incluidos (n = 178) se muestran en la tabla. Ciento doce (63%), estaban con FAMEb sc., 66 (37%) con iv y 49 (27,5%) en monoterapia. El 69% (123/178) presentaron buena adherencia a FAMEb y el 52% (67/129) tomó correctamente el FAMEs concomitante. La buena adherencia a FAMEb se asoció en el bivariante con mejor control de la enfermedad medido por DAS28 (p < 0,001) y HAQ (p = 0,006), menos comorbilidades (p = 0,061), menor multimorbilidad (p = 0,014) y administración iv. Sin embargo, en el análisis de RLB la mala adherencia a FAMEb solo se asoció a DAS28 moderada-alta actividad (OR [IC95%] = 4,51 [1,78-11,38]; p = 0,001) y mala adherencia a FAMEs (OR [IC95%] = 5,42 [2,18-13,24]; p < 0,001).

Variable	Cohorte
Características epidemiológicas	
Sexo, mujer, n (%)	138 (77,5)
Edad en años, media (DE)	56,9 (11,7)
Raza caucásica, n (%)	170 (95,5)
Frecuencia de comorbilidades	
Alguna comorbilidad, n (%)	111 (62,4)
Número de comorbilidades, mediana (p25-p75)	1 (0-2)
Multimorbilidad, n (%)	76 (42,7)
Algún FRCV tradicional, n (%)	113 (63,5)
Número de FRCV tradicional, mediana (p25-p75)	1 (0-2)
Características clínicas y analíticas	
Fumador, n (%)	39 (21,9)
Índice de masa corporal, media (DE)	27,7 (5,1)
Tiempo evolución AR meses, media (DE)	177,3 (96,7)
Factor reumatoide positivo, n (%)	153 (86,0)
Anticuerpo anti-péptido citrulinado positivo, n (%)	142 (79,8)
Enfermedad erosiva, n (%)	147 (82,6)
DAS28 al protocolo, media (DE)	2,99 (1,3)
Promedio de DAS28*, media (DE)	3,04 (1,2)
HAQ al protocolo, media (DE)	1,20 (0,7)
Promedio de HAQ†, media (DE)	1,19 (0,7)

Conclusiones: La adherencia a la terapia biológica de los pacientes con AR en una unidad específica es moderada (69,1%) y la adherencia a los FAMEs asociados es mala (52,7%). Los pacientes que mantienen una media de actividad moderada o alta en los 6 meses previos, tienen 4,5 veces más probabilidad de ser malos adherentes a los FAMEb en comparación con los que están en remisión o tienen baja actividad. Así mismo, los pacientes que no toman correctamente los FAMEs asociados a los biológicos tienen 5,4 veces más probabilidad de ser también malos adherentes a los FAMEb. Sería recomendable un seguimiento longitudinal para ver causalidad de estos resultados.

28. TOCILIZUMAB EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M. Rojas-Giménez, N. Mena-Vázquez, C. Domic, C. Fuego, S. Manrique-Arija, I. Ureña-Garnica, M.C. Ordóñez-Cañizares, C.M. Romero-Barco, G. Díaz-Cordovés, F.G. Jiménez-Núñez, M.A. Belmonte-López, V. Coret, M.V. Irigoyen-Oyarzábal, L. Cano-García, M. Rodríguez-Pérez, A. Ponce Vargas y A. Fernández-Nebro

Servicio de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Instituto de Investigación biomédica de Málaga. Hospital Regional de Málaga. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. Universidad de Málaga.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica de causa desconocida. Su desarrollo, probablemente, se encuentre relacionado con factores genéticos poligénicos y ambientales. El tratamiento estándar no consigue el

control clínico en todos los pacientes por lo que hay que recurrir a nuevas dianas terapéuticas. Además de terapias biológicas dirigidas contra linfocitos B, en los últimos años se han probado otras, como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF α) o la interleucina (IL)-6, entre otras. Presentamos 2 casos de mujeres caucásicas con artritis lúpica refractaria que están siendo tratadas con tocilizumab (TCZ).

Métodos: Caso 1: mujer de 52 años con LES desde 2005 que debutó con rash malar, fotosensibilidad, artritis no erosiva severa, alopecia, C3 y C4 bajos, ANA y Ro+. Posteriormente ha presentado también de forma intermitente, febrícula, rash cutáneo y aftas orales. Ha sido tratada con ibuprofeno, hidroxicloroquina (HCQ), metotrexato (MTX), azatioprina (AZA) y corticoides con persistencia siempre de la artritis y necesidad constante de dosis moderadas de corticoides. Con leflunomida (LF) 20 mg/d se consiguió alguna respuesta, pero insuficiente. Se probaron sin éxito asociados a LF: rituximab, epratuzumab y belimumab, así que finalmente se probó con tocilizumab 8 mg/Kg/mes iv junto a LF20 y corticoides. Caso 2: mujer de 54 años con LES desde 1995 con aftas orales, artritis no erosiva, Raynaud, linfopenia, hipocomplementemia, ANA y anti-RNP+. Durante años recibió tratamiento con AINEs, corticoides, HCQ y MTX intermitente, por mala tolerancia, obteniéndose una respuesta parcial de la artritis. Se asoció RTX (2 cursos completos) y se consiguió una respuesta completa pero se suspendió por reacción infusional grave. Se probó con poco éxito AZA, epratuzumab (respuesta inicial de corta duración) y belimumab (respuesta inicial pero reacción tardía grave). Finalmente se probó tocilizumab 8 mg/kg/mes intravenoso junto a MTX y corticoides.

Resultados: Ambas pacientes, como puede verse en la tabla, mejoraron en las puntuaciones de SELENA-SLEDAI y sobre todo de DAS28 junto a una reducción en las necesidades de corticoides. Ambas pacientes pasaron de TCZ iv a sc, cuando estuvo disponible, a los 4 y 16 meses, para los casos 1 y 2 respectivamente. El caso 1 no experimentó ningún efecto adverso. El caso 2 tuvo un descenso de C3 y C4 (partiendo de niveles basales normales) junto a un descenso ligero de los neutrófilos.

Recuento de SELENA-SLEDAI, DAS28 y corticoides desde el inicio de tratamiento con tocilizumab

	Basal	3 meses	6 meses	12 meses	24 meses
Caso 1					
SELENA-SLEDAI (0-105)	4	4	2	2	
DAS28 (0-10)	4,52	3,26	2,03	1,95	
NAD (0-28)	5	16	1	2	
NAI (0-28)	2	5	0	0	
Prednisona mg/d	5	2,5	5	2,5	
Caso 2					
SELENA-SLEDAI (0-105)	6	6	6	6	4
DAS28 (0-10)	5,95	3,95	3,21	3,04	3,73
NAD (0-28)	14	6	2	0	1
NAI (0-28)	6	6	2	0	1
Prednisona mg/d	15	5	5	5	0

Conclusiones: Tocilizumab podría ser una opción válida en el tratamiento de pacientes refractarios con LES en los que predomine la clínica articular. Estos resultados deberían ser contrastados con estudios controlados en el futuro.

29. EFECTOS DE LA TERAPIA ANTI-TNF-ALFA EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

N. Palmou-Fontana¹, J. Solís García del Pozo², J.A. Pinto-Tasende³, R. Blanco¹ y M.A. González-Gay¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Márques de Valdecilla. Santander. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Villarrobledo. Albacete. ³Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Objetivos: Valorar el efecto del tratamiento con fármacos biológicos que bloquean la acción del factor de necrosis tumoral-alfa (TNF- α)

en la calidad de vida de pacientes diagnosticados de espondilitis anquilosante.

Métodos: Revisión sistemática a partir de los ensayos clínicos aleatorizados que comparan fármacos anti-TNF- α con placebo y que utilizan escalas de calidad de vida como medida para evaluar los resultados del tratamiento. Se incluyeron aquellos estudios que utilizaron terapia anti-TNF- α en pacientes con espondilitis anquilosante. Por ello, se pudieron incluir ensayos a 12-16 semanas con etanercept, adalimumab y golimumab así como a 24 semanas con infliximab, adalimumab y golimumab. Se usó el SF-36 (en sus componentes físico y mental) como medida de resultado cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud. Se excluyeron estudios observacionales, estudios no comparativos, sin adecuada especificación del fármaco usado así como de la dosis y forma de administración. Se realizó búsqueda en MEDLINE con los términos ("tumors necrosis factor" OR "TNF" OR "anti TNF") AND ("quality of life" OR "QL") AND ("Spondyloarthritis" OR "spondyloarthropaties" OR "spondylitis") con posterior selección de aquellos ensayos referidos a espondilitis anquilosante. La búsqueda se completó mediante la consulta de la bibliografía de los ensayos encontrados. Se realizó un análisis estadístico, empleando las diferencias medias de los resultados para cada estudio y para el resultado global de los estudios, con su intervalo de confianza al 95%. Los resultados se presentaron mediante un gráfico "forest Plot" diferenciando los resultados entre los diferentes fármacos. Los cálculos se realizaron con la ayuda del programa RevMan.

Resultados: Se evidenció un efecto de fármacos biológicos anti-TNF- α a 12-16 semanas sobre el componente mental del cuestionario SF-36. El efecto obtenido fue significativo con una mejoría global de 2,71 puntos (IC95% 1,50 -3,91; < 0,0001). Igual efecto beneficioso se observó en estudios de tratamiento a 24 semanas [mejoría del componente mental de 2,09 puntos (IC95% 1,01 -3,18; p = 0,0001)]. Sin embargo, en este último caso (a 24 semanas) los resultados positivos se obtuvieron a expensas de los ensayos con golimumab, ya que ni con infliximab ni con adalimumab, se alcanzó significación estadística (p = 0,50 y p = 0,17 respectivamente).

Conclusiones: El análisis de resultados demuestra que la terapia anti-TNF- α , mejora significativamente la calidad de vida en pacientes con espondilitis anquilosante.

30. EFECTOS DE LA TERAPIA ANTI-TNF-ALFA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

N. Palmou-Fontana¹, J. Solís García del Pozo², J.A. Pinto-Tasende³, R. Blanco¹ y M.A. González-Gay¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Márques de Valdecilla. Santander. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Villarrobledo. Albacete. ³Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Objetivos: Valorar el efecto del tratamiento con fármacos biológicos que bloquean la acción del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) en la calidad de vida de pacientes diagnosticados de artritis psoriásica.

Métodos: Se ha realizado una revisión sistemática a partir de los ensayos clínicos aleatorizados que comparan fármacos anti-TNF- α con placebo y que utilizan escalas de calidad de vida como medio para evaluar los resultados del tratamiento. Se incluyeron aquellos estudios que utilizaban en el tratamiento de los pacientes fármacos anti-TNF en pacientes con artritis psoriásica, principalmente infliximab, adalimumab y etanercept, golimumab y certolizumab pegol. Se incluyeron como medida de resultado cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud principalmente el SF-36 (en sus componentes físico y mental), y el DLQI. Se excluyeron estudios observacionales, estudios no comparativos, sin adecuada especificación del fármaco usado así como de la dosis y forma de administración.

Se realizó búsqueda en MEDLINE con los términos (“tumors necrosis factor” OR “TNF” OR “anti TNF”) AND (“quality of life” OR “QL”) AND (“Spondyloarthritis” OR “spondyloarthropaties” OR “spondylitis”) con posterior selección de aquellos ensayos referidos a artritis psoriásica. La búsqueda se completó mediante la consulta de la bibliografía de los ensayos así encontrados. Se realizó un análisis estadístico, empleando las diferencias medias de los resultados para cada estudio y para el resultado global de los estudios, con su intervalo de confianza al 95%. Los resultados se presentan mediante un gráfico “forest Plot” diferenciando los resultados entre los diferentes fármacos. Los cálculos se realizaron con la ayuda del programa RevMan.

Resultados: Se han encontrado seis ensayos que cumplieran nuestros criterios. Tres ensayos emplearon el DLQI. A las 12 semanas los fármacos anti-TNF mejoraron la puntuación de este cuestionario en -3,62 puntos (IC95% -4,70, -2,54; $p < 0,001$) y a las 24 semanas en -4,36 puntos (IC95% -5,56, -3,16; $p < 0,001$). Seis ensayos emplearon el SF-36. A las 12 y 24 semanas el componente físico del SF-36 también mejoró con la terapia anti-TNF en 5,88 puntos (IC95% 4,25, 7,52; $p < 0,001$) y en 6,85 puntos (IC95% 5,75, 7,94; $p < 0,001$) respectivamente. El componente mental también mejoró a las 12 y a las 24 semanas en 1,61 puntos (IC95% 0,30, 2,91; $p = 0,02$) y en 3,22 puntos (IC95% 1,97, 4,47; $p < 0,001$).

Conclusiones: Nuestros resultados demuestran que la eficacia de la terapia anti-TNF, mejora significativamente la calidad de vida en pacientes con artritis psoriásica.

31. EL ABORDAJE MIXTO (VIRTUAL-PRESENCIAL) DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y MUSCULOESQUELÉTICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA PERMITE LA OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS

P. Vela¹, B. Zapata², V. Almela², M.A. Aracil², M. Arana², B. Calvo², M.E. Cambor², J.C. Deltell², M. Egea², M.J. Jordá², A.M. Lechuga², M.C. Marín², A.I. Martí², F. Martínez², A. Ortiz², L. Roig² y E. Santonja²

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

²Centro de Salud Lo Morant. Departamento 19. Alicante.

Introducción: La alta prevalencia de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (ERyME) (WHO. The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium, 2003), y los limitados recursos destinados a la especialidad de Reumatología, aconsejan proponer un cambio asistencial. En mayo-2014 se inicia un modelo de consulta mixto virtual-presencial, colaborando el Centro de Salud (CS) Lo Morant y la Sección de Reumatología del HGU de Alicante, siendo los objetivos la resolución rápida de problemas menores y detección precoz de graves/incapacitantes, una mejor interrelación entre profesionales, potenciar la formación continuada y mejorar el uso de los recursos asistenciales (Vela et al. Reum Clin. 2015;11:76).

Objetivos: Analizar los motivos de consulta desde atención primaria, la distribución de patologías y la forma de resolución de las mismas.

Métodos: El médico de atención primaria (MAP) realiza la consulta virtual (CV) al reumatólogo dentro del sistema de historia electrónica “Abucasis”. Uno-dos días al mes éste y un MAP atienden una consulta presencial (CP) en el CS. Se realiza ese mismo día una sesión formativa-informativa con asistencia del reumatólogo y los MAP. Variables registradas: nº pacientes, nº CV y CP, técnicas diagnóstico-terapéuticas, diagnósticos, actitud. Análisis estadístico: descriptivo de las variables.

Resultados: Se ha analizado el periodo mayo 2014-diciembre 2015. En 806 consultas (607 virtuales, 199 presenciales), se ha atendido a 537 pacientes. Tras la evaluación virtual, se derivan a consulta hospitalaria de reumatología (CREU) 75 casos (13,9%) y se resuelven 280

(52,1%, 132 patología mecánica (47,1%), 51 osteoporosis (18,2%), 40 tendinitis (14,2%), 12 fibromialgia (4,3%), 8 microcristales (2,8%), 5 inflamatorio/autoinmune (1,7%), 5 no patología (1,7%), 21 se derivan a otro especialista (7,5%). En la CP se atendió a 181 pacientes (33,7%), se practicaron 104 infiltraciones locales (a 86 pacientes), 13 pacientes se derivan a otro especialista, y 31 a CREU. Los diagnósticos de los 106 casos derivados a CREU fueron: 24 mecánico-tendinoso (22,8%), 22 artritis crónicas (20,9%), 21 artritis microcristalinas (20%), 12 enfermedades autoinmunes (11,4%), 9 osteoporosis severas (8,5%), 2 neoplasias, 2 no patología, 1 Sudeck, 1 neuropatía. La CV evita el desplazamiento de 301 pacientes (280 se resuelven, 21 se dirigen a la especialidad apropiada), restando pérdidas laborales y gastos de desplazamiento, y disminuyendo la carga en la consulta de reumatología. Los problemas menores (partes blandas, mecánico) son en su mayoría resueltos en la CP en el propio CS, siendo la patología grave e inflamatoria mayoritariamente dirigida a las consultas hospitalarias donde se realiza la atención al paciente crónico.

Conclusiones: La consulta mixta virtual-presencial para atención de las ERyME resulta altamente eficaz, evita desplazamientos innecesarios de los pacientes y facilita la atención de la patología en el nivel apropiado. La formación continuada del MAP, y la estrecha relación con reumatología, favorecen una mejor derivación de pacientes, optimizando la disponibilidad de consulta especializada para aquellos casos que lo requieren.

32. CORRELACIÓN ENTRE LOS VALORES DE CALCIURIA EN ORINA DE 24 HORAS Y EL ÍNDICE CALCIO/CREATININA EN ORINA DE PRIMERA MICCIÓN

S.A. Sánchez-Fernández, L.M. Rojas Vargas, P.V. García Morales y J.A. Carrasco Fernández

Servicio de Reumatología. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan.

Introducción: La determinación de la calciuria se realiza frecuentemente en consulta de Reumatología en pacientes con sospecha o enfermedades del metabolismo óseo así como en los que reciben tratamiento por este motivo. Frecuentemente la calciuria en orina de 24 horas (24hCa) no se determina de manera adecuada por las dificultades técnicas que conlleva para los pacientes. Adicionalmente se ha propuesto el índice calcio/creatinina en orina de primera micción (UCa/Cr) como alternativa para detectar hipercalciuria pero el valor a considerar como patológico todavía no está claramente establecido.

Objetivos: Determinar la posible correlación existente entre los valores de 24hCa y de UCa/Cr en los pacientes de nuestra consulta y si el índice UCa/Cr puede ser utilizado como herramienta de cribado para detectar hipercalciuria.

Métodos: Estudio transversal que incluye a 79 pacientes de consulta externa de Reumatología y a los que se les solicita orina de 24 horas por seguimiento de su patología reumática, añadiéndose determinación de 24hCa y de UCa/Cr. Se consideró como hipercalciuria el valor de calcio en orina de 24 horas superior a 300 mg/día. Se registró adicionalmente el diagnóstico de enfermedad y el tratamiento que recibe cada paciente. La correlación entre 24hCa y el índice UCa/Cr se realizó mediante correlación de Spearman. Para conocer los puntos de corte y la capacidad predictiva se realizaron curvas ROC.

Resultados: Del total de pacientes, 71 fueron mujeres (89,2%) y 8 hombres (10,8%), siendo la edad media de $64,2 \pm 12,9$ años. Dentro de las enfermedades por las que eran valorados los pacientes, 57 (72,2%) presentaban enfermedad del metabolismo óseo (osteoporosis u osteopenia) y 22 (27,8%) otras. En el momento de la determinación de la calciuria, los pacientes que recibían tratamiento para la osteoporosis u osteopenia (suplementos de calcio, bifosfonatos, SERM, ralenato de estroncio, teriparatide o denosumab) fueron 47

(59,5%) frente a 32 (40,5%) que no reciben ninguno de estos tratamientos. El valor medio de 24hCa encontrado fue de $165,58 \pm 100,09$ DE y del índice UCa/Cr de $0,19 \pm 0,12$. Se encontró una correlación entre 24hCa y UCa/Cr de 0,725 ($p < 0,001$). En la curva ROC, el mejor punto de corte del índice UCa/Cr para estimar hipercalcemia fue 0,20 (sensibilidad (S): 100%; especificidad (E): 60%; área bajo la curva (ABC): 0,789). Analizando solo los pacientes con diagnóstico de enfermedad del metabolismo óseo, la correlación encontrada fue de 0,624; $p < 0,001$; Igualmente el mejor punto de corte para estimar hipercalcemia con UCa/Cr en estos pacientes fue 0,20 (S: 100% y E: 46%; ABC: 0,721). Dentro de estos últimos pacientes y teniendo en cuenta a los que recibían tratamiento para osteoporosis u osteopenia, la correlación hallada fue de 0,601 ($p < 0,001$) frente a 0,801 ($p = 0,005$) de los que no recibían ningún tratamiento. Para los grupos con y sin tratamiento, nuevamente el valor de UCa/Cr superior a 0,20 fue el mejor punto de corte (S: 100% y E: 43%; S: 100% y E: 72,5%) con unas ABC de 0,686 y 0,875 respectivamente.

Conclusiones: En los pacientes de nuestra consulta parece existir una moderada correlación entre los valores de 24hCa y el índice UCa/Cr, incluido en los pacientes que presentan enfermedad del metabolismo óseo y que reciben tratamiento para ello. El valor de UCa/Cr $> 0,20$ parece tener una gran sensibilidad para estimar hipercalcemia en nuestros pacientes, aunque no es muy específico.

33. EFECTO DE LA POSITIVIDAD DEL FACTOR REUMATOIDE Y LOS ANTICUERPOS ANTI PÉPTIDO CÍCLICOS CITRULINADOS EN LA SUPERVIVENCIA DE ABACEPT IV EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

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

Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Introducción: Abatacept (ABA) es una proteína de fusión compuesta por un fragmento del dominio FC de la IgG1 y el dominio extracelular del antígeno citotóxico de linfocito T CTLA-4 que inhibe la activación de las células T, bloqueando selectivamente la unión específica de los receptores CD80/CD86 de las células presentadoras de antígeno al CD28 del linfocito T. Se presentan los datos de supervivencia de ABA y análisis de las causas de discontinuación.

Objetivos: Investigar el efecto de la positividad del factor reumatoide (FR) y de los anticuerpos anti péptido cíclicos citrulinados (ACPA) en la supervivencia de ABA en pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR) en la práctica clínica habitual.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal y abierto en el que se incluyeron 45 pacientes diagnosticados de AR. A todos los pacientes se les administró ABA a dosis de 10 mg/kg/mes IV y se realizó un seguimiento a los 6, 12 y 24 meses. Se recogieron datos demográficos y clínicos como: la edad, sexo, duración de la enfermedad, tasa de retención del fármaco y los motivos de la suspensión del mismo. Se realizó un análisis de supervivencia por el método de Kaplan-Meier para estudiar el tiempo hasta finalización del tratamiento. Además se utilizó el test de Log-Rank para comparar por grupos (positividad para FR y/o ACPA).

Resultados: De los 45 pacientes en tratamiento con ABA, el 75,6% eran mujeres con una edad media de $57,9 \pm 12$ años. La duración media de la enfermedad fue de $11,1 \pm 5,43$ años. Un 9,75% ($n = 4$) de los pacientes recibieron ABA como primera línea de tratamiento, un 11,11% ($n = 5$) en segunda línea, un 42,2% ($n = 19$) en tercera línea y un 37,7% ($n = 17$) en cuarta y quinta línea de tratamiento. El porcentaje de pacientes con positividad del FR fue de 51,1% y de ACPA fue del 60%. Las tasas de supervivencia de ABA a los 6, 12 y 24 meses

fueron del 92,7%, 86,7% y 80,1% respectivamente, siendo la causa de discontinuación más frecuente la pérdida de eficacia. Se objetivó una mayor tasa de supervivencia a los 12 meses de tratamiento entre los pacientes ACPA (+), en comparación con aquellos que eran ACPA (-) (79,4% frente a 69%), manteniéndose esta tendencia a los 24 meses (65,4% frente a 48,3%), siendo estas diferencias no estadísticamente significativas. Las tasas de supervivencia de ABA a los 12 meses de tratamiento fue del 75,4% tanto para los pacientes FR (+) como para los FR (-), sin alcanzar la significación estadística.

Conclusiones: La tasa de supervivencia de ABA a los 24 meses de tratamiento parece ser más alta en los pacientes ACPA positivos. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las tasas de supervivencia respecto a la seropositividad al FR.

34. USO DE RITUXIMAB EN NEFRITIS LÚPICA REFRACTARIA A TERAPIA INMUNOSUPRESORA CONVENCIONAL

C. Gómez-Cano Fernández-Figueroa, L.M. Jiménez Liñán, M.L. Velloso Feijóo y J.L. Marengo de la Fuente

Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: La nefritis lúpica es una importante causa de morbimortalidad y el tratamiento se basa principalmente en corticosteroides, ciclofosfamida, micofenolato mofetilo y azatioprina. Sin embargo, en casos moderados-graves el uso de rituximab, un anticuerpo monoclonal anti-CD20, ha tenido buenos resultados. En este estudio retrospectivo evaluamos la efectividad de rituximab en pacientes refractarios a los inmunosupresores convencionales.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo con 10 pacientes (9 mujeres y 1 varón) diagnosticados de LES entre los años 1992 y 2006, con nefritis lúpica diagnosticada por biopsia (6 tipo III, 2 tipo IV y 2 tipo V) y tratados rituximab (ciclos de 2 dosis de 1 g). Se midió el filtrado glomerular (FG), la proteinuria, el sedimento y la albúmina sérica para definir los pacientes que presentaron remisión parcial o completa.

Resultados: Un total de 10 pacientes con LES, con una edad media al diagnóstico de $28 \pm 14,27$ años, una duración media enfermedad desde el diagnóstico de $6,1 \pm 4,2$ años y una edad al inicio del tratamiento de $34,1 \pm 12,85$ años. Los ciclos pautados fueron variables, siendo el mínimo de 2 ciclos y el máximo de 5, realizando la mayoría (40%), 3 ciclos. La remisión parcial se consiguió en el 10% de los pacientes y la remisión completa en el 70%. Además, se observó una negativización de los anti-DNA (del 70% al 40% de los pacientes), una mejoría de la hipocomplementemia C3 y/o C4 (del 90% al 50%), desaparición del rash (del 90% al 10%) y desaparición de la artritis del 90% al 10%.

Conclusiones: La terapia anti-CD20 con rituximab podría ser una alternativa terapéutica en la nefritis lúpica cuando el tratamiento de primera línea con inmunosupresores convencionales ha fracasado. Además, en nuestra serie ha permitido reducir la dosis de corticosteroides orales y azatioprina como tratamiento de mantenimiento. No obstante, sería necesario estudios analíticos que ayudaran a comprobar nuestra hipótesis.

35. ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

J. Gratacós¹, J. Luemo², J. Rodríguez³, J. Notario⁴, T. Navío Marco⁵, P. de la Cueva⁶, M. Pujol Busquets⁷, M. García Font⁸, B. Joven⁹, R. Rivera¹⁰, J.L. Álvarez Vega¹¹, A.J. Chaves Álvarez¹², R. Sánchez Parera¹³, J.C. Ruiz Carrascosa¹⁴, F.J. Rodríguez Martínez¹⁵, J. Pardo Sánchez¹⁶, C. Fedec Olmos¹⁷, C. Pujol¹⁸, E. Galíndez¹⁹, S. Pérez Barrio²⁰, A. Urruticoechea-Arana²¹, M. Hergueta²², P. Coto²³ y R. Queiro²⁴

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Dermatología. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. ³Servicio de Reumatología; ⁴Servicio de

Dermatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ⁵Servicio de Reumatología; ⁶Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ⁷Servicio de Reumatología; ⁸Servicio de Dermatología. Hospital Mutua de Terrassa. Barcelona. ⁹Servicio de Reumatología; ¹⁰Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ¹¹Servicio de Reumatología; ¹²Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina. Badajoz. ¹³Servicio de Reumatología; ¹⁴Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. ¹⁵Servicio de Reumatología; ¹⁶Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. ¹⁷Servicio de Reumatología; ¹⁸Servicio de Dermatología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ¹⁹Servicio de Reumatología; ²⁰Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Basurto. Bizkaia. ²¹Servicio de Reumatología; ²²Servicio de Dermatología. Hospital Can Misses. Ibiza. ²³Servicio de Dermatología; ²⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos: Generar estándares de calidad de la atención multidisciplinar de pacientes con artritis psoriásica (APs).

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo. En una reunión de grupo nominal, un total de 24 expertos (12 reumatólogos, 12 dermatólogos que realizan atención multidisciplinar en pacientes con APs) se discutió sobre los distintos modelos de atención multidisciplinar y se perfilaron los estándares de calidad de la misma. Paralelamente, se realizó una revisión sistemática de la literatura sobre los estándares de calidad en la atención multidisciplinar en pacientes con APs publicados. Con toda esta información, se generaron los estándares de calidad definitivos y posteriormente se evaluó el grado de acuerdo mediante una encuesta delphi on-line. Se definió acuerdo si al menos el 70% de los participantes votaba = 7. El documento

completo se envió a los expertos para su última revisión. El proyecto estuvo coordinado por un experto metodólogo.

Resultados: Se generaron un total de 26 estándares de calidad (7 de estructura, 12 de procesos y 7 de resultados) que cubren todos los aspectos de la atención multidisciplinar en APs. En la tabla se describen los estándares, así como los resultados del delphi.

Conclusiones: La estandarización de la atención multidisciplinar en pacientes con APs puede mejorar el manejo y resultados de estos pacientes, así como disminuir la variabilidad en la práctica clínica.

36. INDICADORES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

J. Gratacós¹, J. Luelmo², J. Rodríguez³, J. Notario⁴, T. Navío Marco⁵, P. de la Cueva⁶, M. Pujol Busquets⁷, M. García Font⁸, B. Joven⁹, R. Rivera¹⁰, J.L. Álvarez Vega¹¹, A.J. Chaves Álvarez¹², R. Sánchez Parera¹³, J.C. Ruiz Carrascosa¹⁴, F.J. Rodríguez Martínez¹⁵, J.P. Sánchez¹⁶, C. Fedec Olmos¹⁷, C. Pujol¹⁸, E. Galíndez¹⁹, S. Pérez Barrio²⁰, A. Urruticoechea-Arana²¹, M. Hergueta²², P. Coto²³ y R. Queiro²⁴

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Dermatología. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. ³Servicio de Reumatología; ⁴Servicio de Dermatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ⁵Servicio de Reumatología; ⁶Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ⁷Servicio de Reumatología; ⁸Servicio de Dermatología. Hospital Mutua de Terrassa. Barcelona. ⁹Servicio de Reumatología; ¹⁰Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ¹¹Servicio de Reumatología; ¹²Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina.

Tabla Póster 35

Estándar de calidad	% =7	Media (DE)	Mediana (p25-75)	Mínimo	Máximo
1. Las consultas de atención multidisciplinar deben disponer de una estructura física adecuada así como el equipamiento necesario para la atención de los pacientes con APs	81,8	9,09 (1,56)	10 (8-10)	6	10
2. Las consultas de atención multidisciplinar deben estar correctamente ubicadas y señalizadas	81,8	8,72 (1,71)	10 (8-10)	5	10
3. Las consultas de atención multidisciplinar deben disponer de sala de espera (o acceso a ella)	100	9,54 (0,65)	10 (9-10)	8	10
4. La atención multidisciplinar precisa de una historia clínica electrónica	100	8,54 (1,23)	8 (7-10)	7	10
5. La atención multidisciplinar debe disponer de un reumatólogo	100	9,81 (0,57)	10 (10-10)	8	10
6. La atención multidisciplinar debe disponer de un dermatólogo	100	9,81 (0,57)	10 (10-10)	8	10
7. Debe haber acceso a cuidados de enfermería/auxiliar de enfermería	100	8,72 (0,86)	9 (8-9)	7	10
8. Los pacientes deben de tener acceso a pruebas complementarias, otros profesionales de la salud relacionados y tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos) con evidencia demostrada de su eficacia aprobados	100	9,72 (0,61)	10 (10-10)	8	10
9. La atención multidisciplinar debe disponer de protocolos de actuación basados en la evidencia y programas de calidad	100	9 (1,04)	9 (8-10)	7	10
10. Los profesionales implicados en las atención multidisciplinar deben tener acceso a una formación reglada en la APs	100	8,90 (1,08)	9 (8-10)	7	10
11. La atención multidisciplinar debe tener unos objetivos definidos	100	8,81 (1,19)	9 (8-10)	7	10
12. La atención multidisciplinar debe tener unos objetivos definidos	100	9,09 (0,79)	9 (8-10)	8	10
13. Las consultas de atención multidisciplinar deben disponer de una agenda específica	100	9,45 (0,65)	10 (9-10)	8	10
14. La consulta de atención multidisciplinar deben tener una cadencia y tiempo de consulta definidos	100	9 (0,73)	9 (8-10)	8	10
15. La evaluación y manejo de los pacientes con APs atendidos debe ajustarse a las manifestaciones clínicas de la enfermedad, gravedad de los síntomas, otros hallazgos clínicos, a factores pronósticos, evidencia científica así como a las preferencias y expectativas del paciente	100	9,09 (0,66)	9 (9-10)	8	10
16. Las consultas de atención multidisciplinar deben realizar un informe sobre lo acontecido con el paciente con APs	100	8,81 (1,02)	9 (8-10)	7	10
17. Los pacientes deben recibir información sobre su enfermedad, tratamientos, pronóstico y cualquier otra información que se estime oportuna y relevante para el mismo	100	9,3 (0,78)	9,5 (8,75-10)	8	10
18. En la atención multidisciplinar se debe realizar un registro sistemático de datos que permita evaluar el funcionamiento de la misma	100	8,27 (1,13)	8 (7-10)	7	10
19. Se deben generar e implantar actividades, estrategias, planes que fomenten el conocimiento de la APs y la colaboración entre los profesionales implicados en el cuidado de pacientes con APs	100	8,45 (0,89)	8 (8-9)	7	10
20. Se debe evaluar sistemática y periódicamente la actividad consulta	100	8,27 (0,86)	8 (8-9)	7	10
21. Se debe evaluar sistemática y periódicamente la actividad de la APs	100	9,27 (0,74)	9 (9-10)	8	10
22. Se debe evaluar sistemática y periódicamente la función de la APs	100	9,09 (0,79)	9 (8-10)	8	10
23. Se debe evaluar sistemática y periódicamente la seguridad	100	9,27 (0,74)	9 (9-10)	8	10
24. Se debe evaluar sistemática y periódicamente la calidad de vida	100	9 (0,95)	9 (8-10)	7	10
25. Se debe evaluar sistemática y periódicamente la satisfacción de los pacientes y profesionales implicados	81,8	8,18 (1,33)	8 (7-9)	6	10
26. Se debe evaluar sistemática y periódicamente los costes	72,2	7,27 (1,60)	8 (5-8)	5	10

Badajoz. ¹³Servicio de Reumatología; ¹⁴Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. ¹⁵Servicio de Reumatología; ¹⁶Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. ¹⁷Servicio de Reumatología; ¹⁸Servicio de Dermatología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ¹⁹Servicio de Reumatología; ²⁰Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Basurto. Bizkaia. ²¹Servicio de Reumatología; ²²Servicio de Dermatología. Hospital Can Misses. Ibiza. ²³Servicio de Dermatología; ²⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción: Las consultas multidisciplinares (reumatología/ dermatología) dirigidas a la atención de pacientes con artritis psoriásica (APs) y psoriasis constituyen cada vez una herramienta mejor valorada por especialistas y pacientes. Como de entrada podría consumir más recursos que la visita estándar (participación de dos especialistas), es importante establecer unos indicadores de calidad que permitan evaluar la eficiencia de estas unidades.

Objetivos: Generar indicadores de calidad de estructura, proceso y resultado de la atención multidisciplinar de pacientes con artritis APs.

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo. En una reunión de grupo nominal, un total de 24 expertos (12 reumatólogos, 12 dermatólogos que realizan atención multidisciplinar en pacientes con APs) se discutió sobre los distintos modelos de atención multidisciplinar y se perfilaron los indicadores de calidad de la atención multidisciplinar en pacientes con APs. Paralelamente, se realizó una revisión sistemática de la literatura sobre indicadores de calidad en modelos de atención multidisciplinar en APs publicados. Con toda esta información, se generaron los indicadores de calidad definitivos. Posteriormente se a) graduó el grado de acuerdo de los indicadores de calidad mediante una encuesta delphi on-line. Se definió acuerdo si al menos el 70% de los participantes votaba = 7; b) definió quién extrae la información para la elaboración de los indicadores; c) fuente para la obtención de los datos; d) factibilidad; e) periodicidad y f) prioridad de los indicadores de calidad. Estos indicadores se mostraron a gerentes hospitalarios para su valoración. El documento completo se envió a los expertos para su última revisión. El proyecto estuvo coordinado por un experto metodólogo.

Resultados: Se generaron un total de 25 indicadores de calidad (2 de estructura, 4 de proceso, 19 de resultado), de los que todos menos 2 se aceptaron. En la tabla se describen los indicadores de calidad y sus descriptores. Los indicadores obtuvieron el visto bueno de los gerentes hospitalarios.

Conclusiones: El desarrollo e implementación de indicadores de calidad puede ayudar enormemente en la atención multidisciplinar para pacientes con APs.

37. INFILTRACIÓN LUMBAR CON ESTEROIDES GUIADA POR TAC EN LA LUMBALGIA REFRACTARIA. ESTUDIO DE 258 PROCEDIMIENTOS DE UN MISMO CENTRO

E. Galíndez Agirregoikoa¹, M.L. García-Vivar¹, E. Ruíz Lucea¹, J.F. García Llorente¹, I. Torre Salaverri¹, O. Fernández Berrizbeitia¹, C. Gómez Arango¹, J.M. Blanco-Madrigo¹, E. Guerrero Basterretxea¹, I. Calvo Zorrilla¹, N. Rivera García¹, M.J. Allande López-Linares¹, C. Morandeira Arrizabalaga² y F. Díez Renovales²

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.

Objetivos: La lumbalgia mecánica es una causa importante de incapacidad e intervención quirúrgica (IQ). La infiltración lumbar con esteroides puede acelerar el proceso de recuperación y en ocasiones evitar la IQ. Nuestro objetivo fue revisar las indicaciones, eficacia y complicaciones de esta técnica en una serie amplia no seleccionada de enfermos. Además se realizó un estudio comparativo de la eficacia según la patología lumbar subyacente, tipo de esteroide y vía de infiltración.

Métodos: Estudio retrospectivo de las infiltraciones lumbares con esteroides guiadas por TAC efectuadas en un Hospital Universitario (enero 2012-junio 2015). El seguimiento mínimo es de 3 meses. La indicación de las infiltraciones es el dolor refractario al tratamiento sintomático y rehabilitador habitual en: a) hernia discal, b) estenosis de canal, c) fibrosis posquirúrgica y espondilolistesis, d) quistes sinoviales y síndrome facetario. La vía de la infiltración se realiza a nivel a) epidural posterior b) recesos laterales y c) recesos foraminales. Como corticoides se utilizan: a) acetónido de triamcinolona, b) dexametasona y, c) metilprednisolona. La eficacia se valora a los 1 y 3 meses según una escala semicuantitativa del dolor en a) respuesta total, b) parcial, c) ninguna o d) empeoramiento. Se realizó un estudio comparativo de la eficacia y seguridad entre a) la causa de la infiltración, b) la vía de la misma y c) los tres tipos de esteroides. Se emplearon el test de Fisher y χ^2 y el programa SAS System for Windows V 9.2. para el análisis estadístico de los datos.

Resultados: Se realizaron 258 procedimientos en 171 pacientes (132 varones/126 mujeres) con una edad media \pm DE de 58,24 \pm 13,45 años (rango, 18-88 años). Las indicaciones de las infiltraciones fueron: a) hernia discal (44,57%), b) estenosis de canal (34,11%), c) fibrosis posquirúrgica y espondilolistesis (20,15%), d) quistes sinoviales y síndrome facetario (1,17%). Las vías de acceso fueron: a) epidural posterior (24,42%), b) receso lateral (58,91%), y c) receso foraminal (16,67%). Se infiltró con triamcinolona (74,81%), dexametasona (23,64%) y metilprednisolona (1,55%). En una proporción importante se observó mejoría al primer mes independientemente de la indicación, vía de infiltración y corticoide empleado (tabla). A los 3 meses el 72,48% de los procedimientos experimentaron mejoría. Un 21,71% de los pacientes precisó IQ posterior. La eficacia clínica no mostró diferencias estadísticamente significativas según la indicación

Tabla Póster 37

Evolución clínica del dolor al primer mes según la indicación, vía de infiltración y corticoide empleado

	Mejoría total, n (%)	Mejoría parcial, n (%)	Igual, n (%)	Empeoramiento, n (%)	Total, n (%)
Indicación					
Hernia discal	7 (6,9%)	83 (72,2%)	23 (20,0%)	2 (1,7%)	115 (44,6%)
Estenosis de canal	4 (4,6%)	60 (68,2%)	22 (25,0%)	2 (2,3%)	88 (34,1%)
Fibrosis posquirúrgica	1 (2,1%)	36 (75,0%)	11 (28,6%)	0 (0,0%)	48 (18,6%)
Otros (listesis, quistes sinoviales, sd. facetario)	0 (0,0%)	5 (71,4%)	2 (28,6%)	0 (0,0%)	7 (2,7%)
Vía de infiltración					
Epidural posterior	2 (3,2%)	43 (68,3%)	18 (28,6%)	0 (0,0%)	63 (24,4%)
Receso lateral	9 (5,9%)	107 (70,4%)	33 (21,7%)	3 (2,0%)	152 (58,9%)
Receso foraminal	1 (2,3%)	34 (79,1%)	7 (16,3%)	1 (2,3%)	43 (16,7%)
Corticoide					
Triamcinolona	12 (6,2%)	142 (73,6%)	36 (18,7%)	3 (1,6%)	193 (74,8%)
Dexametasona	0 (0,0%)	39 (63,9%)	21 (34,4%)	1 (1,6%)	61 (23,6%)
Metilprednisolona	0 (0,0%)	4 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (1,6%)
Total n = 258	12 (4,7%)	184 (71,3%)	57 (22,5%)	4 (1,6%)	258 (100%)

Tabla Póster 36 (continuación)

Nombre del indicador	Definición	Quién extrae la información	Fuente de datos	Acuerdo (%=7)	Media (DS)	Mediana (p25-75)	Mínimo	Máximo	Acción	Factibilidad	Periodicidad	Prioridad
Cambios en el tiempo a la resolución del problema	Tiempo medio que pasa desde que se le hace el PIC a un paciente con criterios de derivación hasta que se resuelve Tiempo medio que pasa desde que se le hace el PIC a un paciente con criterios de derivación hasta que se resuelve (vía preferencial)	R, D, E, AE, A	Au, HC, datos administrativos	100%	8,42 (1,17)	8 (7-10)	7	10	Aceptar	-Sí: 50% -Difícil: 33,33% -No sé: 16,66%	-Anual: 80% -Mensual: 20%	-Alta: 50% -Media: 50%
Cambios en el número de pruebas complementarias	Total de pruebas solicitadas en el servicio de derma y reuma en el año previo de los pacientes que son vistos en el primer año en el modelo total pruebas solicitadas del primer año en el modelo	R, D, E, AE, A	Au, HC, datos administrativos	83,33%	7,83 (1,34)	7,5 (6,75-9,25)	6	10	Aceptar	-Sí: 60% -Difícil: 20% -No sé: 20%	-Anual: 80% -Mensual: 20%	-Media: 60% -Baja: 40%
Cambios en el número total de visitas	Total de visitas realizadas en el servicio de derma y reuma en el año previo de los pacientes que son vistos en el primer año en el modelo total visitas realizadas en primer año en el modelo	R, D, E, AE, A	Au, HC, datos administrativos	83,33%	7,83 (1,06)	8 (6,75-9)	6	9	Aceptar	-Sí: 80% -Difícil: 20%	-Anual: 80% -Mensual: 20%	-Alta: 20% -Media: 40% -Baja: 40%
Cambios en la "Duplicidad"	Visitas en el servicio de derma y reuma en el año previo de los pacientes que son vistos en el primer año en el modelo las visitas del primer año en el modelo	R, D, E, AE, A	Au, HC, datos administrativos	83,33%	7,66 (0,94)	8 (6,75-8,25)	6	9	Aceptar	-Sí: 60% -Difícil: 20% -No sé: 20%	-Anual: 80% -Mensual: 20%	-Alta: 20% -Media: 40% -Baja: 40%
Cambios en el número de ingresos, incluidas cirugías	Total de ingresos realizados en el servicio de derma y reuma en el año previo de los pacientes que son vistos en el primer año en el modelo total ingresos realizados en primer año en el modelo	R, D, E, AE, A	Au, HC, datos administrativos	66,67%	7,16 (1,57)	7 (5,75-8,5)	5	10	Rechazar	-Sí: 80% -Difícil: 20%	-Anual: 80% -Mensual: 20%	-Alta: 20% -Media: 40% -Baja: 40%
Optimización de tratamientos	A definir en cada centro	R, D, E, AE, A	Au, HC, datos administrativos	83,33%	8,16 (1,46)	8 (6,75-10)	6	10	Aceptar	-Sí: 80% -Difícil: 20%	-Anual: 66,66% -Semestral: 33,33%	-Alta: 60% -Media: 20% -Baja: 20%
Seguridad del paciente	Tasa en derma y reuma de efectos adversos graves antes y después de la implantación de la atención multidisciplinaria	R, D, E, AE, A, Medicina Preventiva	Au, HC	83,33%	8,16 (1,46)	8 (6,75-10)	6	10	Aceptar	-Sí: 60% -Difícil: 40%	-Bianual: 25% -Anual: 50% -Mensual: 25% -Bianual: 25%	-Alta: 60% -Media: 20% -Baja: 20% -Alta: 20%
Cambios en el gasto directo	A partir de visitas, ingresos, pruebas, optimización, etc. Comparar el gasto anual con el año previo	R, D, E, AE, A	Au, HC, datos administrativos	83,33%	7,66 (1,49)	8 (6,5-8,5)	5	10	Aceptar	-Sí: 40% -Difícil: 60%	-Anual: 75%	-Media, 60% -Baja: 20%
Cambios en bajas laborales y absentismo	N de días de baja laboral por artritis o psoriasis de los pacientes con APs de derma y reuma en el año previo al desarrollo de la unidad N de días de baja laboral por artritis o psoriasis de los pacientes de derma y reuma en el año posterior al desarrollo de la unidad	MAP, AE	Datos administrativos	60%	7,4 (1,85)	7 (5,5-9,5)	5	10	Rechazar	-Sí: 40% -Difícil: 40% -No sé: 20%	-Anual: 66,66% -Semestral: 33,33%	-Alta: 20% -Media, 60% -Baja: 20%

del procedimiento ni vía de la infiltración. En cambio, en relación al esteroide utilizado, la mejoría del dolor fue significativamente mayor con triamcinolona con respecto a dexametasona ($p = 0,01$). En cuanto a la seguridad hubo 6 casos (2,3%) complicaciones locales (punción del saco tecal) y 3 (1,16%) complicaciones sistémicas (reacción alérgica), todas ellas sin relevancia clínica y sin asociación significativa con el corticoide utilizado.

Conclusiones: La infiltración de corticoides guiada por TAC es una técnica accesible, eficaz y segura para el tratamiento de la lumbalgia refractaria al tratamiento médico habitual en pacientes con estenosis de canal, hernia discal y fibrosis postquirúrgica. En nuestra serie la triamcinolona demostró ser más eficaz que la dexametasona.

38. LOCALIZACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO REFERIDO AL APARATO LOCOMOTOR EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA, ¿ES ÚNICA O MÚLTIPLE? ¿INFLUYE EN LA VALORACIÓN DEL DOLOR?

G. Santos-Soler¹, E. Salas¹, J.M. Senabre-Gallego¹, J. Rosas¹, C. Cano², M. Lorente², A. Pons², X. Barber³, M. Sanchís³ y Grupo AIRE-MB

¹Servicio de Reumatología; ²Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ³CIO. Universidad Miguel Hernández. Elche.

Introducción: Los ensayos clínicos dirigidos a evaluar la respuesta analgésica y/o funcional en diferentes patologías del aparato locomotor, se centran en pacientes con dolor definido por una localización y etiología precisas; sin embargo, en la consulta un porcentaje de pacientes, nos señalan la presencia de dolor simultáneamente en varias regiones anatómicas.

Objetivos: Conocer si los pacientes presentan una o diferentes localizaciones del dolor, y evaluar la intensidad del dolor y su repercusión funcional, según esta circunstancia.

Métodos: Se recogieron los datos de los pacientes remitidos a una consulta ambulatoria de Reumatología por Dolor Crónico (duración > 3 meses continuo o recurrente), durante octubre y noviembre de 2015. Se excluyeron aquellos que valorados en los últimos 12 meses por un reumatólogo. Se clasificó a los pacientes en función de la localización del dolor, atendiendo a una distribución axial (cervical, dorsal o lumbar), periférica (hombro, codo, carpo, mano, cadera, rodilla, tobillo o pie), o mixta; que se valoran como única (una única localización) o múltiple (dolor referido a 2 o más sitios, y diferenciando entre derecha e izquierda las periféricas). Se especifica la intensidad del dolor basal como: dolor basal controlado (DBC) cuando presentaban una EVA ≤ 5 , o no controlado (DBNC) si la EVA de dolor basal era > 5. El estado de salud se valoró mediante el HAQ.

Resultados: Se evaluaron 273 ptes con una mediana de edad de 57 años. La mayoría eran mujeres (69%), la localización del dolor más frecuentemente, periférica (66%) y el diagnóstico más frecuentemente establecido era la patología de partes blandas (40%). Ningún paciente presentaba dolor oncológico.

Conclusiones: Significativamente los pacientes presentaban dolor de localización múltiple. 1. Estos pacientes presentan puntuaciones de dolor y función significativamente peores, seguían una pauta analgésica y esta incluía opioides con mayor frecuencia, que aquellos que presentaban una localización del dolor única. 2. Un porcentaje apreciable de los pacientes atendidos en Consultas por Primera vez, presentan un dolor basal controlado y una afectación funcional leve. 3. Debemos tener en cuenta al desarrollar o interpretar los resultados de ensayos clínicos que hagan referencia al dolor y/o función referidos al aparato locomotor, la presencia de una realidad más pleomórfica que los diagnósticos simples que hacen referencia a una etiología o localización anatómica única.

39. ESTUDIO DE LA PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DEL DOLOR IRRUPTIVO REFERIDO AL APARATO LOCOMOTOR EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

G. Santos-Soler¹, E. Salas¹, J.M. Senabre-Gallego¹, J. Rosas¹, C. Cano², M. Lorente², A. Pons², X. Barber³, M. Sanchís³ y Grupo AIRE-MB

¹Servicio de Reumatología; ²Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ³CIO. Universidad Miguel Hernández. Elche.

Introducción: El dolor irruptivo o episódico es la "exacerbación transitoria (de gran intensidad (EVA ≥ 7) y de corta duración (usualmente inferior a 20-30 minutos) del dolor, a pesar de un dolor basal relativamente estable y adecuadamente controlado (reducido a un nivel tolerable (EVA < 5))". (Davies. Eur J Pain 2009, Collado. Rev Soc Esp Dolor. 2004). No todos los episodios de crisis de dolor se consideran episodios de dolor irruptivo. Se excluyen: episodios de dolor sin la existencia de dolor basal y episodios de dolor con dolor basal inadecuadamente controlado.

Objetivos: Conocer la incidencia del dolor irruptivo en Reumatología, valorando su presencia, intensidad y el estado de salud del paciente.

Métodos: Se recogieron los datos de los pacientes remitidos a la consulta ambulatoria de Reumatología (febrero y marzo 2015) por dolor crónico (> 3 meses). Se excluyen aquellos que hubieran sido valorados en los últimos 6 meses por un reumatólogo, o estuvieran en seguimiento semestral o anual por otro motivo en la consulta de Reumatología. Se clasificó a los pacientes en función de la intensi-

Tabla Póster 38

Localizaciones	Única	Múltiple (total)	Múltiple 2 localizaciones	Múltiple = 3 localizaciones
Nº	86 (31,5%)	187(68,5%)*	73 (39%)	114 (61%)
Mujer/Varón	47 (54,7%)/39 (45,3%)	142 (76%)/45 (24%)*	53 (73%)/20 (27%)	89 (78%)/25 (22%)
EVA	(Media) 4,48		5,22	5,95
	≤ 5 (%) 49%*	33%	41%	28%
	> 5 (%) 31,4%	46%*	41%	49%
HAQ	(media) 0,69		0,78	1,26
	0- 50%*	37%	48%	30%
	1- 23%	27%	22%	30%
	≥ 2 1,16%	12,3%*	4%	17,5%
Localización diagnóstico principal	Dolor general 0	24%		
	Dolor axial 30,23%	12,29%		
	Dolor periférico 68,61%	65,78%		
Etiología diagnóstico principal	Artrosis 12,79%	14,44%		
	Inflamatoria/Conectivopatía 0	2,14%		
	Gota 3,49%	3,74%		
	Partes blandas 52,33%	40,64%		
Tratamiento (1)	Ninguno 60,5%/39,5%	38,5%/22%*	55%/22 3%	28%/17%
	Opioide 9,3%/25,6%	19%/42%*	15%/35,6%	22%/46,5%
	Cambio 34%	45,5%	56%	38,6%
	Infiltración 21%	17,65%	19%	16,67%

* $p < 0,001$, (1) Tratamiento previo y posterior a la Consulta en Reumatología,

dad del dolor basal (DB), en DB controlado (DBC) cuando presentaban una EVA ≤ 5 , o no controlado (DBNC) si la EVA de DB era > 5 ; y como dolor episódico severo (DES) al que alcanzaba una EVA ≥ 7 . Se identificó a los pacientes con Dolor Irruptivo (DI) siguiendo el algoritmo de Davies: DES (EVA ≥ 7) en paciente con DBC (EVA ≤ 5), con una frecuencia temporal de los episodios de 3/6/24h y una duración de la crisis: 30-60 min.

Resultados: Se analizaron 255 ptes. 48 (19%) fueron excluidos por no ser capaces de autorrellenar los cuestionarios EVA de valoración del dolor. Los resultados de la aplicación del algoritmo de Davies, se representan en la tabla. La proporción de mujeres que acuden a consulta es mayor que la de hombres, la prevalencia de DBNC y DE son mayores entre las mujeres, mientras que la del DI no muestra diferencias de prevalencia entre sexos. Los ptes con DI respecto a aquellos con DBC sin DI, presentan con una frecuencia mayor y significativa un HAQ ≥ 1 ($p \leq 0,001$); y siguen una pauta analgésica, añaden opioides a la misma y reciben tratamiento mediante infiltraciones en la Consulta de Reumatología en un porcentaje significativamente mayor que los que presentan DBC sin DI ($p \leq 0,001$, $\leq 0,001$, $\leq 0,045$, respectivamente). Las reagudizaciones del dolor graves (EVA ≥ 7) fueron significativamente más frecuentes entre los ptes con DBNC respecto a los que presentaban DI ($p \leq 0,001$, estos ptes con DBNC presentaban también con significativa mayor frecuencia HAQ ≥ 1 ($p \leq 0,05$); pero no se apreciaban diferencias respecto al tratamiento.

Conclusiones: 1. El dolor irruptivo (DI) se muestra en nuestro trabajo con una prevalencia de 31,13% respecto a los ptes con dolor basal controlado (DBC), y del 15,94% respecto al total de pacientes analizados. 1.1. Los pacientes con DBC y DI presentaban respecto a los que tenían un DBC sin DI, una significativa mayor frecuencia de HAQ ≥ 1 ($p \leq 0,001$). 1.2. Además, en el momento de la consulta un 48,79% de los ptes presentaban un dolor basal no controlado (DBNC), y de ellos un 92,55% presentaban un dolor episódico severo (DES). 2. Al planificar la atención al pte con dolor referido al aparato locomotor debe de valorarse la presencia y conocerse las características del dolor irruptivo. Otra cuestión es plantearse el uso de los tratamientos especialmente diseñados con ese objetivo para el dolor irruptivo oncológico, en patología no oncológica.

40. PRESENCIA DE OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA CON AFECTACIÓN AXIAL (APSA). COMPARACIÓN CON ESPONDILITIS Y FACTORES PREDICTIVOS DE FRACTURA

M.D. Sánchez-González, C.A. Montilla-Morales, C. Hidalgo-Calleja, S. Gómez-Castro, O. Martínez-González, A. Quesada-Moreno, R. Usategui-Martín, L. Pérez-Garrido, G. Manzano-Canabal, P. Pérez Ayuso, N. Mariz Vázquez, N. Crego Díez y J. del Pino Montes

Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Introducción: La espondilitis (EA) se asocia con una pérdida de densidad mineral ósea (DMO) relacionada con la inflamación. Esta dis-

minución de DMO junto con los cambios biomecánicos del raquis condiciona un aumento de la fragilidad ósea. La prevalencia de fracturas vertebrales clínicas varía entre el 10-17%. La artritis psoriásica con afectación axial (APSA) comprende a dos subgrupos de pacientes: aquellos con afectación axial de forma exclusiva o con afectación mixta axial y periférica. La afectación radiográfica axial en la APSA es diferente a la de la EA, con sacroileítis asimétrica y sindesmofitos no maginales, que suelen ser de mayor tamaño y asimétricos, además de osificación paravertebral. Realizamos un estudio original que compara la presencia de fracturas vertebrales entre pacientes con EA y APSA.

Objetivos: Comparar la DMO y la presencia de fracturas entre pacientes con EA y APSA. Relacionar la presencia de fractura en pacientes con APSA con características epidemiológicas y actividad inflamatoria de la enfermedad.

Métodos: Se incluyeron 232 pacientes con diagnóstico de EA según los criterios de Nueva York modificados y 86 pacientes con APSA según los criterios CASPAR y GRAPPA (15 con afectación exclusivamente axial). Se excluyeron los pacientes en tratamiento con fármacos modificadores de la DMO, así como los que tenían asociada alguna patología del metabolismo óseo. Se recogieron características epidemiológicas (edad, sexo), año de diagnóstico, hábitos tóxicos (tabaco, alcohol), consumo de lácteos, índice de masa corporal (IMC), reactantes de fase aguda (VSG, PCR), actividad de la enfermedad (BASDAI y ASDAS), función (BASFI), movilidad (BASMI 11 puntos). Se realizó densitometría ósea (DXA), radiografías de columna dorsal y lumbar. Se definió fractura vertebral cuando había una reducción del tamaño de la vértebra por encima del 20% según la escala semicuantitativa de Genant.

Resultados: Las diferencias entre los pacientes con EA y APSA se exponen en la tabla (en pág. siguiente). Los pacientes con APSA son mayores y tienen menor tiempo de evolución de la enfermedad, sin que haya diferencias estadísticamente significativas. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la afectación de la movilidad, medida por BASMI de 11 puntos y en el BASRI espinal. Si estudiamos el grupo de pacientes con afectación exclusivamente axial, no hallamos diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables estudiadas. Respecto a la presencia de fracturas (41 en EA vs 24 en APSA y 7 en los pacientes con afectación exclusivamente axial); hay diferencias significativas entre los pacientes EA y los APs con afectación exclusivamente axial ($p = 0,007$), con una presencia de fracturas que fue del 46,6% en este grupo de pacientes (frente al 27,9% de los pacientes con afectación mixta). En el análisis de regresión encontramos que la presencia de fracturas tiene relación con los valores de ASDAS PCR en los pacientes con APSA: ante una mayor actividad, los pacientes con artritis psoriásica y afectación axial tienen más fracturas ($p = 0,043$, OR: 0,07, IC: 0,006-0,921).

Conclusiones: A pesar de que no encontramos diferencias en la disminución de la DMO, los pacientes con APSA presentaron mayor número de fracturas que los pacientes con EA. La presencia de fractura en estos pacientes se correlacionó con la actividad de la enfermedad medida por ASDAS PCR.

Tabla Póster 39

1º ¿Presenta dolor controlado (EVA ≤ 5)?		No = DBNC (EVA > 5)	Sí = DBC (EVA ≤ 5)
	Nº (%)	101 (48.79%)	106 (51.21%)
	Edad (mediana, años)	56	51
	Mujer/Varón (nº y %)	77 (76%)/24 (24%)	67 (63%)/39 (37%)
2º ¿Presenta episodios de dolor graves (EVA ≥ 7)?		No = No DES (EVA)	Sí = DBC + DES (EVA ≥ 7)
	Nº (%)	73 (69%)	33 (31%)
	Mujer/Varón (nº y %)	43 (59%)/30 (41%)	24 (73%)/9 (27%)
	HAQ 0-	82,35%	51,61%
	HAQ 1-	16,18%	41,94%
	HAQ ≥ 2 (%)	1,47%	6,45%
	No seguían pauta analgésica (nº y %) (1)	57 (78%)/33 (45%)	16 (49%)/4 (12%)
	Pauta analgésica nueva (nº y %)	28 (38%)	24 (73%)
	Seguían algún tratamiento para el DE %	51%	62,5%
	Tomaban tratamiento Opiode (nº y %) (1)	4 (5,5%)/8 (11%)	2 (6%)/14 (42%)

(1). No seguían una pauta analgésica previa o posteriormente a la consulta en Reumatología.

	EA	APSA	p
Edad	49,5 (12,7)	53,3 (13,3)	NS
Sexo (H/M)	151/81	61/25	NS
Tiempo duración de la enfermedad	15,1 (10,2)	13,1 (8,9)	NS
BASDAI	3,9 (2,3)	3,4 (2,2)	NS
BASFI	3,55 (2,5)	2,90 (2,2)	NS
BASMI 11 p	3,56 (1,7)	3,09 (1,5)	0,04
BASRI espinal	7,39 (1,9)	6,81 (2,0)	0,03
DMO columna	0,99 (0,1)	1,00 (0,1)	NS
DMO cadera	0,903 (0,1)	0,911 (0,1)	NS
VSG	17,1 (14)	18,2 (15)	NS
PCR	0,67 (0,9)	0,74 (1,1)	NS
ASDAS VSG	1,9 (1,8)	1,8 (0,6)	NS
ASDAS PCR	1,8 (1,6)	1,6 (0,8)	NS
Bcrosslaps	0,3 (0,2)	0,4 (0,2)	NS
PINP	44,7 (22,1)	45,3 (19,3)	NS
Vitamina D	24,16 (10,8)	31,1 (25,6)	NS
Fracturas	41	24	NS

41. ASOCIACIÓN ENTRE FATIGA E INSUFICIENCIA DE VITAMINA D EN LOS PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO NO SUPLEMENTADOS DEL HOSPITAL DEL MAR

T.C. Salman-Monte¹, F. Castro¹, P. Corzo¹, F. Ojeda¹, M. Almirall¹, P. Rubio¹, D. Marqués¹, L. Orpinell¹, L. Polino¹, V. Torrente-Segarra² y J. Carbonell-Abelló¹

¹Servicio de Reumatología. Parc de Salut Mar. IMIM. Departamento de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital General Hospitalet-Moisès Broggi. Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: Es conocido que la deficiencia de vitamina D es más prevalente en los pacientes con LES que en la población general (Kamen et al. Autoimmun Rev. 2006;5:114-7). El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de la insuficiencia y deficiencia de vitamina D, los factores asociados así como su relación con los síntomas y actividad de la enfermedad en un grupo de mujeres con LES con y sin toma de suplementos de vitamina D de nuestra cohorte.

Métodos: Se realizó un estudio transversal que incluye mujeres con diagnóstico de LES que asistieron regularmente a la Unidad ambulatoria de Lupus del Parc de Salut Mar-IMAS, en Barcelona desde enero de 2012 hasta mayo de 2014. Se recogieron variables socio-demográficas; de suplementación con vitamina D; grado de fatiga por escala visual analógica; tratamiento farmacológico; principales marcadores serológicos, índices y escalas de LES y niveles plasmáticos de 25-hidroxi vitamina D.

Resultados: Se incluyeron 102 mujeres con diagnóstico de LES. La insuficiencia global y la deficiencia de vitamina D se manifestaron respectivamente en un 46% y en un 22,5%. Se halló insuficiencia de vitamina D en el 50% de las pacientes suplementadas versus el 60% de las pacientes no suplementadas. Entre las pacientes con LES no suplementadas, se encontró que las pacientes con insuficiencia de vitamina D mostraron más fatiga ($p = 0,009$) y recibieron más corticosteroides orales ($p = 0,02$) que aquellos con niveles normales (tabla). En el global de los pacientes, las pacientes con insuficiencia de vitamina D (suplementadas y no suplementadas) recibieron más corticosteroides orales que aquellas sin insuficiencia ($p = 0,008$).

Conclusiones: La insuficiencia de vitamina D es muy prevalente entre las pacientes con LES. Los resultados son similares a los obtenidos en nuestro previo trabajo y a los obtenidos por otras series (Munoz-Ortego et al. Scand J Rheumatol. 2012;41:472-5; Souto et al. Lupus. 2011;20:1019-26). Las pacientes con LES no suplementadas mostraron más fatiga y recibieron más corticosteroides orales que aquellas con niveles normales de vitamina D. Sin embargo, en las pacientes suplementadas estos datos no se han encontrado a pesar de sufrir hasta en un 50%, insuficiencia de vitamina D. Se necesitan más estudios con mayor seguimiento y una población más amplia para confirmar nuestras observaciones.

Relación entre los niveles de vitamina D y las variables de LES en las pacientes no suplementadas

Variables	25(OH)D (n = 16)	25(OH)D =30 ng/mL (n = 24)	p-valor
Edad*	52 [39-66]	56 [41-68]	0,539
Raza caucásica **	11 (68,8%)	22(91,7%)	0,058
IMC (Kg/m ²)*	23,9 [21,3-29,2]	23,7 [21,7-30,2]	0,672
Hábito tabáquico**	3 (18,8%)	6 (25,0%)	0,717
Estación**			0,041
Primavera	6 (37,5%)	8 (30,3%)	
Verano	4 (25%)	3 (12,5%)	
Otoño	2 (12,5%)	12 (50%)	
Invierno	4 (25%)	1 (4,2%)	
Uso de protección solar**	12 (75%)	18(75%)	1
Aporte de vitamina D en dieta	14(87,5%)	18 (75%)	0,439
SLEDAI*	3,3 [0-5,5]	3,4 [0-7,5]	0,967
SLICC**			0,144
1	2 (12,5%)	5 (20,8%)	
2	3 (18%)	0 (0%)	
3	0 (0%)	0 (0%)	
4	0 (0%)	1 (4,2%)	
MHAQ*	0,39 [0-0,68]	0,33 [0-0,75]	0,859
VAS fatigues*	63,5 [51,5-80,0]	39,5 [20,0-59,7]	0,009
ANA*	370 [80-640]	366,6 [80-320]	0,902
Anti-dsDNA UI/ml*	208 [35-265,7]	141 [30-176,2]	0,318
C3 (mg/dl) *	100,3 [90,2-111,2]	104,1 [86,0-119,7]	0,795
C4 (mg/dl) *	17,5 [9-17,5]	18 [10,2-22,7]	0,389
CH 50 (mg/dl) *	51,4 [44,5-59,8]	57,2 [39,3-62,8]	0,795
VSG (mm/h) *	14 [4,2-23]	14,7 [5,5-20,2]	0,881
PCR (mg/dl) *	0,4 [0,2-0,4]	0,3 [0,2-0,2]	0,233
PTH (pg/ml) *	49,5 [27,2-63,0]	40,6 [27,5-52,7]	0,304
Creatinina mg/dL*	0,7 [0,5-0,7]	0,7 [0,6-0,8]	0,222
Lumbar*			
DMO (g/cm ²)	0,943 [0,805-1,040]	0,939 [0,870-1,001]	0,904
T-Score	-0,9 [-2,2-(-0,0)]	-0,9 [-1,6-(-0,4)]	1
Cadera total			
DMO (g/cm ²)	0,859 [0,752-0,949]	0,860 [0,734-0,952]	0,89
T-Score	-0,6 [-1,5- (-0,0)]	-0,6 [-1,6- (0,01)]	0,89
Cuello femoral			
*DMO (g/cm ²)	0,749 [0,650-0,832]	0,734 [0,652-0,808]	1
T-Score	-0,9 [-1,7-(-0,1)]	-1,0 [-1,8-(-0,3)]	1
Lumbar DMO**			1
Normal	8 (50,0%)	12 (52,2%)	
Osteopenia	6 (37,5%)	9 (39,1%)	
Osteoporosis	2 (12,5%)	2 (8,7%)	
Cadera total DMO**			0,89
Normal	11 (68,8%)	16 (66,7%)	
Osteopenia	5 (31,2%)	8 (33,3%)	
Osteoporosis	0 (0%)	0 (0%)	
Cuello femoral DMO**			1
Normal	9 (56,2%)	13 (54,2%)	
Osteopenia	6 (37,5%)	10 (41,7%)	
Osteoporosis	1 (6,2%)	1 (4,2%)	
Fractura**	1 (6,2%)	4 (16,7%)	0,631
Hidroxicloroquina**			0,246
200 mg/día	3 (18,8%)	10 (41,7%)	
400 mg/día	5 (31,2%)	4 (16,7%)	
Corticoides (mg/día)**			0,021
Sí	9 (56,2%)	5 (20,8%)	
No	7 (43,8%)	19 (79,2%)	
Dosis media de corticoides (prednisona mg/día)*	6,4 [0-10]	0,9 [0-0]	0,02
Dosis máxima de prednisona recibida** (prednisona mg/día)			0,033
< 10	5 (31,2%)	16 (66,7%)	
11-30	8 (50,0%)	3 (12,5%)	
31-60	0 (0%)	0 (0,0%)	
> 60	3 (18,8%)	5 (20,8%)	
Corticosteroides ev**	2 (12,5%)	3 (12,5%)	1
Medicación anti-resortiva**	1 (6,2%)	3 (12,5%)	0,891
Menopausia	9 (56,2%)	16 (66,7%)	0,505

N (%)/Media \pm DE; Med [P25- P75]. *Comparaciones realizadas con el test de Mann-Whitney U. ** Comparaciones realizadas con el test chi-cuadrado o la test exacto de Fisher.

42. CÁNCER DE PULMÓN EN ESCLEROSIS SISTÉMICA: CASUÍSTICA EN UNA COHORTE HOSPITALARIA

P. Corzo, A. Pros, L. Polino, D. Marqués, F. Ojeda y E. Balcells

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

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad infrecuente que conlleva una mayor morbimortalidad que en la población general (pg), pero dada su escasa frecuencia existen pocos datos clínico-epidemiológicos. Recientemente se han publicado meta-análisis sobre el aumento de incidencia de cáncer en ES comparado con la media poblacional (Riesgo Incidencia Estandarizado (RIS) 1.41 y Riesgo Relativo (RR) 1.75); siendo estos datos, aún más relevantes, cuando se comparan los casos de cáncer de pulmón (RIS 3.18 y RR 4.35) respecto a los esperados en la pg; sugiriendo que la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) pueda ser la causante de este aumento de incidencia.

Objetivos: Aportar nuestra casuística de cáncer de pulmón en pacientes con ES, descripción de las características clínicas, epidemiológicas y anatomopatológicas y valoración de los posibles factores de riesgo asociados.

Métodos: Revisión retrospectiva de los casos de cáncer de pulmón, de una cohorte hospitalaria de 115 pacientes con ES. Descripción clínico-epidemiológica, cronología, subtipo de ES, histología y determinación de posibles factores de riesgo asociados: tabaco y EPI.

Resultados: La prevalencia de cáncer en nuestra serie de 115 pacientes afectados de ES es de un 10,4% (12/115), siendo el cáncer de pulmón la neoplasia más frecuente (4/12, 33%) (tabla). Caso 1. Mujer de 36 años (a), no fumadora, diagnóstico a los 24 a de ES difusa (ESd) Scl70, con úlceras recurrentes. EPI (TCAR y biopsia: neumonía intersticial descamativa, NID) a los 29 a. Tratamiento: prednisona (7,5 mg/d dosis promedio, dp), azatioprina 100 mg, calcioantagonistas, bosentán y alprostadilo. Presenta dolor intercostal y se diagnostica por TCAR y biopsia de adenocarcinoma bien diferenciado de patrón lipídico con áreas mucosecretoras y de tipo acinar T3N0M0. Se realiza neumonectomía con buena evolución. Caso 2. Mujer de 72 a, no fumadora, diagnóstico a los 58 a de ESd, Scl70 con úlceras recurrentes. EPI (TCAR: neumonía intersticial no específica, NINE) a los 64 a. Tratamiento: calcioantagonistas, bosentán y alprostadilo. Presenta empeoramiento clínico brusco y de las PFR y se diagnostica por TCAR y biopsia de carcinoma mal diferenciado de células no pequeñas T4N0M1b. Es exitus, seis meses después del diagnóstico. Caso 3. Varón de 47 a, no fumador, diagnóstico a los 43 a de ESd y EPI (TCAR: NINE), con úlceras recurrentes. Tratamiento: prednisona (7,5 mg/d dp), calcioantagonistas, bosentán y alprostadilo. Presenta cuadro tóxico con empeoramiento clínico y respiratorio y se diagnostica por TCAR y biopsia de carcinoma neuroendocrino de célula grande pulmonar T3N0M1b. Estable tras 18 meses de quimioterapia paliativa. Caso 4. Varón de 57 a, fumador, diagnóstico de ESd de rápida instauración con síndrome de Raynaud y evidencia en TCAR y biopsia de adenocarcinoma pulmonar T2aN3M0. Mejoría de la afectación cutánea tras quimiorradioterapia.

	N (%)	EPI	Neoplasia	N. pulmón	Otras neoplasias (cutánea, linfoma, mama, colon, ginecológica)
Total	115 (100%)	34 (29,5%)	12 (10,43%)	4	8
ESd	44/115 (38%)	34 (77,3%)	6 (50%)	4	2
ESI	71/115 (61%)	0 (0%)	6 (50%)	0	6

Conclusiones: El cáncer de pulmón es la neoplasia más frecuente en nuestra cohorte. Todos presentaban afectación difusa. La mayoría (3/4) tenían diagnóstico previo de EPI y eran no fumadores, con un tiempo medio de evolución de la ES al diagnóstico

de neoplasia de 9,6 años y 6,3 años desde el diagnóstico de EPI. El otro caso, presentó diagnóstico simultáneo de ESd y neoplasia pulmonar. Sólo uno de los casos había sido tratado previamente con inmunosupresor no corticoideo. Estos resultados nos obligan a un control estricto del riesgo de neoplasia en los pacientes con ES, predominantemente en aquellos con afectación difusa y diagnóstico de EPI.

43. AORTITIS NO INFECCIOSA ASOCIADA A POLIMIALGIA REUMÁTICA. ¿CUÁL ES LA MEJOR OPCIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA? EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

V. Aldasoro Cáceres¹, J.J. Inchausti Irazábal², J.R. de Dios de Jiménez de Aberasturi³ y O. Maíz Alonso⁴

¹Hospital Alto Deba. Arrasate. ²Hospital de Mendaro. ³Hospital Universitario de Araba. ⁴Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.

Introducción: La aortitis no infecciosa asociada a polimialgia reumática (PMR) es una entidad poco común. Es frecuente que el tratamiento inmunosupresor convencional no sea suficiente, lo cual nos obliga a buscar nuevas opciones terapéuticas. En este trabajo presentamos nuestra experiencia en un hospital comarcal.

Métodos: Durante los años 2010-2015 se realizó una búsqueda de pacientes diagnosticados de PMR que a su vez fueron diagnosticados de aortitis no infecciosa. Se revisaron sus historias clínicas y se recogieron los siguientes datos: clínica inicial al diagnóstico, método diagnóstico utilizado, tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico, VSG y PCR al diagnóstico y tras el tratamiento, tratamiento utilizado.

Resultados: Se encontraron 5 pacientes: 4 mujeres y 1 hombre. La edad media de presentación de los síntomas iniciales fue de 67,2 (74-58) años y el retraso medio para el diagnóstico de la enfermedad fue de 26 (1-50) meses. La clínica más común fue la de PMR clásica. Los pacientes 2, 3, 4 y 5 presentaron, además, cefalea parietal o parietooccipital. Otros síntomas fueron claudicación de la marcha, dolor en articulación temporomandibular, disnea, astenia y pseudofibromialgia. A todos los pacientes se les realizó biopsia de arteria temporal. Al paciente 5 se le realizó biopsia de arteria temporal bilateral. La prueba diagnóstica definitiva fue el PET. Cabe destacar que en el paciente 2 el PET fue compatible para aortitis siendo la angiioresonancia negativa. La VSG media al inicio y final de los síntomas fue de 87,4 (114-65) y 10,2 (15-6) respectivamente. La PCR media (mg/dL) inicial y final fue de 8,03 (14,54-1,86) y 1,2 (3-0,5). A todos los pacientes se les realizó batería autoinmune analítica, siendo dicho estudio negativo. Todos los pacientes recibieron tratamiento con hasta 60 mg de prednisona diarios en pauta descendente. La dosis media de esteroides en la que se observó rebrote de la clínica fue de 18 mg diarios de prednisona. Los pacientes 1, 2, 3 y 4 realizaron tratamiento concomitante con metotrexate (MTX) sc a dosis máxima de 25 mg semanales. Los pacientes 1 y 5 realizaron tratamiento concomitante, junto con los esteroides, con azatioprina a dosis de 100 y 150 mg diarios respectivamente. Los pacientes 1, 2, 3 y 5 recibieron tratamiento con tozilizumab con buena tolerancia y sin efectos adversos hasta el momento actual. El tiempo medio desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el inicio del tratamiento fue de 9,75 meses. El paciente 4 en el momento de la publicación de estos datos permanecía asintomático con 15 mg de MTX sc y 5 mg de prednisona.

Conclusiones: La aortitis no infecciosa asociada a PMR puede pasar desapercibida debido a gran variabilidad presentación: clínica clásica de PMR, disnea, claudicación en extremidades inferiores, astenia, sintomatología compatible con fibromialgia... Este hecho puede hacer que, en ocasiones el diagnóstico se retrase. Algo que parecen tener todos los pacientes en común es la elevación persis-

Tabla Póster 43

	Sexo	Edad Inicio Síntomas	Clínica	Biopsia Arteria Temporal	VSG/PCR inicial (mg/dL)	VSG/PCR final (mg/dL)	Tiempo hasta diagnóstico (desde el inicio de los síntomas)	Dosis de refractariedad corticoidea/FAMEs utilizados al ser refractarios a esteroides.	Técnica diagnóstica	Tiempo hasta inicio tozilizumab (desde el diagnóstico de la enfermedad)
Paciente 1	Mujer	73	PMR, Pseudofibromialgia, astenia	Unilateral negativa	114/14,54	15/3	50 meses	Prednisona 20 mg diarios MTX 20 mg/ semanales Imurel 100 mg diarios	PET	3 meses
Paciente 2	Mujer	74	PMR, Disnea, Cefalea frontoparietal, Astenia	Unilateral negativa	65/2,79	7/1,2	21 meses	Prednisona 20 mg diarios MTX 20 mg/ semanales	PET (ANGIORMN Negativa)	26 meses
Paciente 3	Hombre	69	PMR, cefalea parietal	Unilateral negativa	70/7,89	9/0,8	12 meses	Prednisona 30 mg diarios MTX 25 mg/ semanales	PET	0 meses
Paciente 4	Mujer	62	PMR, Dolor ATM, Cefalea parietooccipital	Unilateral negativa	83/13,08	14/0,7	1 mes	Prednisona 15 mg diarios MTX 15 mg/ semanales	PET	-
Paciente 5	Mujer	58	PMR, Claudicación EEII, Astenia, Cefalea temporal	Bilateral negativa	105/1,86	6/0,5	46 meses	Prednisona 5 mg diarios Imurel 150 mg diarios Dolquine 400 mg/ diarios	PET (PET 2012 negativo)	10 meses

tente de VSG y PCR. El PET parece ser una buena herramienta para el diagnóstico y tozilizumab parece ser un tratamiento adecuado en aquellos pacientes refractarios a esteroides y FAMEs. La aortitis no infecciosa asociada a PMR es una enfermedad con una clínica muy variable para la que el PET y tozilizumab parecen ser una buena opción diagnóstica y terapéutica respectivamente. Hacen falta más pacientes para poder generalizar estos datos.

44. CIRCUITO ASISTENCIAL EN UN HOSPITAL DE DÍA DE REUMATOLOGÍA: INTRODUCCIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA

E. Guerrero, J. Blanco, I. Calvo, I. Aramburu, N. Rivera, M.L. García Vivar, E. Galíndez, I. Torre, F. García Llorente, O. Fernández, C. Gómez, E. Ucar, J.M. Gorordo y E. Ruiz-Lucea

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Introducción y objetivos: El hospital de día (HD) de reumatología atiende a los pacientes que precisan tratamientos intravenosos (IV), principalmente terapias biológicas (TB), u otros procedimientos que no se pueden realizar en la consulta externa y que no requieren de ingreso hospitalario. La administración de TB exige un control de seguridad previo a su administración que suele realizar el reumatólogo y supone una sobrecarga asistencial importante. La instauración de una consulta de enfermería protocolizada (CEP) con la aplicación de un check-list de seguridad permitiría reducir el número de consultas sin implicar riesgos para el paciente. El objetivo del estudio es analizar el número de consultas y las incidencias registradas tras la instauración de una consulta de enfermería en HD.

Métodos: Introducción de CEP en HD con modificación del circuito asistencial desde abril 2015 en pacientes que reciben TB habitual en HD (infiximab, abatacept, golimumab y tocilizumab). Tras la primera consulta médica el paciente es citado de forma alternativa en la CEP (visitas pares) donde se aplica el check-list de seguridad, se realiza toma de constantes, se administra la medicación según

protocolo y los cuestionarios de actividad y se registran incidencias, y si es necesario, consulta telefónica con el reumatólogo, y en la consulta médica (visitas impares) donde se realiza anamnesis, exploración física, solicitud y revisión de pruebas complementarias e indicación y modificaciones de tratamiento. Se realiza revisión retrospectiva de número de pacientes, diagnósticos, procedimientos, consultas e incidencias registrados durante el año 2015 en HD de reumatología de un hospital terciario tras la introducción en abril de una consulta de enfermería en pacientes que reciben TB. Estudio estadístico realizado con programa SAS System for Windows, v 9.2. **Resultados:** Durante el año 2015 fueron atendidos 116 pacientes en HD de reumatología: 49 artritis reumatoides (42,2%), 29 espondilitis (25,1%), 16 conectivopatías (13,8%), 8 vasculitis (6,9%), 10 artritis psoriásicas (8,6%) y 4 artritis juvenil (3,4%). Recibían tratamiento habitual con infliximab 59 pacientes, con tocilizumab 56, con abatacept 7 y con golimumab 3. Durante el periodo de enero- marzo/abril- diciembre se administraron los siguientes tratamientos: infliximab 72/214 dosis, tocilizumab 80/189, abatacept 8/36 y golimumab 3/21. Se realizaron 819 consultas: 610 médicas (74,48%) (203 enero- marzo y 407 abril- diciembre) y 209 de enfermería (25,52%) (abril- diciembre) suponiendo 67 visitas médicas/mes en el primer periodo y 45 visitas/mes en el segundo periodo. En la CEP tras la aplicación del test de seguridad o durante el tratamiento se registraron 22 incidencias (10,5%) (6 catarro vías altas, 5 fiebre, 3 escalofríos, 1 disuria, 2 extracción dental, 2 artritis, 1 dermatitis, 1 hipoglucemia, 1 edemas eeii) que precisaron consulta telefónica con el reumatólogo y obligaron a la suspensión del tratamiento en 5 casos (2,3%) todos ellos por infecciones (2 urinarias y 3 respiratorias), adjudicando al paciente nueva cita en consulta médica, sin registrarse efectos secundarios o complicaciones relevantes.

Conclusiones: La instauración de una consulta de enfermería protocolizada en hospital de día permite reducir el número de consultas médicas sin observarse incidencias relevantes en cuanto a la administración de tratamiento ni suponer un riesgo para la seguridad del paciente.

45. DESARROLLO DE DOS CHECKLISTS (MÍNIMOS Y EXCELENCIA) PARA LA EVALUACIÓN DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN LA PRÁCTICA DIARIA: PROYECTO PERSONALIZA

R. Almodóvar¹, E. Batlle², E. Collantes³, E. de Miguel⁴, S. González⁵, A. Hernández⁶, X. Juanola⁷, L.F. Linares⁸, M.J. Moreno⁸, M. Moreno⁹, V. Navarro-Compán⁴, J. Sanz¹⁰ y P. Zarco¹

¹Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. ²Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant. Alicante. ³Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ⁴Hospital Universitario IdiPaz. Madrid. ⁵Hospital de Cabueñes. Gijón. ⁶Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ⁷Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. ⁸Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁹Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell. ¹⁰Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

Introducción: El estudio EmAR II (http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/EMAR_Informe.pdf), mostró que, en la evaluación de las espondiloartritis (EspA) en nuestro país, en las historias clínicas de estos pacientes aproximadamente en el 60% no consta la valoración de las entesis o la valoración global del paciente. En el 84% un índice funcional. Además, actualmente, existe una gran presión asistencial, que junto con gran variabilidad en las características y uso de las variables de evaluación de los pacientes con EspA (número, validación, etc.) hacen que esta no sea la óptima.

Objetivos: Estandarizar el manejo clínico en la práctica diaria de pacientes con EspA axial mediante la generación de dos checklists de evaluación, uno de mínimos, otro de excelencia.

Métodos: Estudio cualitativo basado en la metodología de grupo nominal promovido por el grupo GRESSER. Se seleccionó un grupo de 13 expertos con representatividad geográfica. Previa a la reunión de grupo nominal, se realizó una revisión de la literatura para recoger todas las variables empleadas en la evaluación de los pacientes con EspA axial y se realizó un grupo focal de pacientes para explorar su opinión sobre todas las variables/dominios/aspectos de su evaluación habitual en consultas de reumatología. En la reunión de grupo nominal se presentaron sus resultados, se discutió sobre todas las variables y se seleccionó un primer listado basado en aspectos como su relevancia clínica, validez o factibilidad. Posteriormente este listado se circuló entre los expertos que decidieron qué variables deben incluirse en la visita basal y sucesivas, cuáles se deben evaluar siempre (checklist de mínimos), y cuáles en una situación ideal (checklist de máximos) así como su cadencia. Finalmente, estos checklists se presentaron y valoraron en reuniones locales por un grupo amplio de reumatólogos. Todo el proceso contó con asesoramiento metodológico.

Resultados: Se generaron 2 checklists de evaluación para pacientes con EspA axial. El checklist de mínimos incluye a) Antecedentes personales [fecha de inicio de síntomas, fecha de diagnóstico, antecedentes familiares de (Crohn/colitis, psoriasis, artritis reactiva, uveítis, EspA), fumador, afectación periférica, articulaciones afectadas, entesitis, dactilitis, manifestaciones extraarticulares, profesión, actividad física, dolor lumbar inflamatorio]; b) Comorbilidades (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, evento cardiovascular, úlceras gástricas, depresión, osteoporosis, otros); c) Exploración física (entesitis, sinovitis, exploración de caderas, Schöber modificado, expansión torácica, rotación cervical); d) Índices de actividad (EVA médico, ASDAS, BASDAI); e) Índices de función (BASFI); f) Pruebas complementarias (hemograma, VSG, bioquímica general, PCR, radiografía simple de pelvis y de columna, orina, HLA B27, sacroileítis en imagen); g) Tratamientos (AINEs, terapia biológica, otros tratamientos, actividad física, tabaco). El checklist de excelencia además incluye la evaluación de: presión arterial, frecuencia cardíaca, peso, talla, IMC, perímetro abdominal, BASMI, perfil lipídico, 25-OH Vit-D, glicohemoglobina, microalbuminuria, DEXA.

Conclusiones: Estos checklists de evaluación del paciente con EspA axial pueden ayudar enormemente entre otros en mejorar la evaluación, homogeneizar y tener un control más estricto de la enfermedad, identificación y control de comorbilidades. Esto además contribuirá a disminuir la variabilidad en la práctica diaria.

46. DESARROLLO DE UN CHECKLIST PARA LA EVALUACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN LA PRÁCTICA DIARIA: PROYECTO APROXIMA

J.C. Torre Alonso¹, C. Castillo², J. Gratacós³, V. Navarro-Compán⁴, C. Rodríguez Lozano⁵, J. Sanz⁶, A. Sellas⁷ y P. Zarco⁸

¹Hospital Monte Naranco. Oviedo. ²Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant. Alicante. ³Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell. ⁴Hospital Universitario IdiPaz. Madrid. ⁵Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ⁶Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid. ⁷Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ⁸Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Introducción: El estudio EmAR II (http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/EMAR_Informe.pdf), mostró que, en la evaluación de las espondiloartritis incluyendo la artritis psoriásica (APs) en nuestro país, en las historias clínicas de estos pacientes aproximadamente en el 60% no consta un recuento articular, o la valoración global del paciente. En el 87% no se ha registrado nunca un índice articular, y en el 84% un índice funcional. Además, actualmente, existe una gran presión asistencial, que junto con gran variabilidad en las características de las variables de evaluación estos pacientes (número, validación, etc.) hacen que esta no sea la óptima.

Objetivos: Estandarizar el manejo clínico en la práctica diaria de todos los perfiles de pacientes con artritis psoriásica (APs) mediante la generación de un checklist de evaluación.

Métodos: Estudio cualitativo basado en la metodología de grupo nominal promovido por el grupo GRESSER. Se seleccionó un grupo de 8 expertos con representatividad geográfica. Previa a la reunión de grupo nominal, se realizó una revisión de la literatura y 2 grupos focales, uno con reumatólogos, otro con pacientes en los que se exploró los distintos perfiles de pacientes, barreras y facilitadores en su manejo y los aspectos más relevantes de su evaluación habitual en consultas de reumatología. Todos sus resultados se discutieron en la reunión de grupo nominal donde se decidió la pertinencia de realizar un checklist de evaluación para pacientes con APs. Posteriormente, con los datos de la reunión se realizó una revisión de la literatura de las variables utilizadas en la evaluación de pacientes con APs y se generó un listado que se circuló entre los expertos que decidieron qué variables se incluyen en la visita basal y sucesivas, así como su cadencia. Finalmente, este checklist se ha presentado y valorado en reuniones locales por un grupo amplio de reumatólogos. Todo el proceso contó con asesoramiento metodológico.

Resultados: Se generó un checklist de evaluación para pacientes con APs que incluye a) Antecedentes personales (fecha de inicio de síntomas, fecha de diagnóstico, antecedentes familiares de Crohn/colitis, psoriasis, artritis reactiva, uveítis, espondiloartritis, fumador, alcohol, afectación axial, afectación periférica, sintomatología cutánea, entesitis, dactilitis, manifestaciones extraarticulares, profesión, actividad física); b) Comorbilidades (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, evento cardiovascular, úlceras gástricas, depresión, osteoporosis, otros); c) Exploración física (recuento articular de 28, otras articulaciones, afectación axial, dactilitis, piel/uñas); d) Control clínico (EVA médico, EVA paciente, rigidez, DAS28, BASDAI); e) Pruebas complementarias (hemograma, VSG, bioquímica general, perfil lipídico, PCR, serologías VHB, VHC, Mantoux y booster, radiografía simple axial y periférica, FR, HLA B-27, ACPA, ANA); f) Tratamientos indicación, (AINEs, terapia biológica, previos/ causa de retiradas, otros tratamientos, actividad física, tabaco).

Conclusiones: Este checklist de evaluación del paciente con APs puede ayudar enormemente en mejorar la evaluación de los mismos, así como homogeneizar el tratamiento y decisiones y tener un control más estricto de la enfermedad de los mismos.

47. ITNF α EN AORTITIS REFRACTARIAS: ESTUDIO MULTICÉNTRICO ABIERTO DE 19 PACIENTES

J. Loricera¹, R. Blanco¹, J.L. Hernández¹, S. Castañeda², A. Humbría², S. Melchor³, P. Collado⁴, J. Calvo-Catalá⁵, E. Rubio⁶, J. Rosas⁷, R. Ariza⁸, I. Rúa-Figueroa⁹, E. Peiró¹, N. Palmou¹ y M.A. González-Gay¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. IIS-Princesa. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: La aortitis no infecciosa es a menudo refractaria al tratamiento inmunosupresor convencional. En estos casos se han utilizado diferentes agentes biológicos. Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia de los inhibidores del TNF α (iTNF α) en una serie de pacientes con aortitis refractaria de causa no infecciosa.

Métodos: Estudio multicéntrico abierto de pacientes con aortitis no infecciosa diagnosticada mediante técnicas de imagen (angio-RMN, TAC, PET, ultrasonidos y/o arteriografía) y que recibieron iTNF α . Todos habían sido refractarios al tratamiento habitual con dosis altas de esteroides y en la mayoría de los casos, a un fármaco inmunosupresor. Las variables continuas con distribución normal se expresaron como media \pm DE, y las variables con distribución no normal como mediana [IQR]. Se realizó un estudio comparativo de diversos parámetros (tabla) en la visita basal y a los 3, 6 y 12 meses, mediante la prueba de Wilcoxon.

Resultados: Se estudiaron 19 pacientes (15 mujeres y 4 varones) con una media de edad de 42 ± 13 años. Los iTNF α utilizados fueron: infliximab (IFX) (n = 14), adalimumab (ADA) (n = 3) y etanercept (ETN) (n = 2). Las causas subyacentes encontradas fueron: arteritis de Takayasu (ATaK) (n = 11 casos), arteritis de células gigantes (ACG) (n = 2), policondritis recidivante (PR) (n = 1), colitis ulcerosa (n = 1), enfermedad de Crohn (n = 1), enfermedad de Behçet (n = 1), sarcoidosis (n = 1) y artropatía psoriásica (n = 1). Diecisiete pacientes recibieron previamente inmunosupresores tradicionales [metotrexato (MTX) (n = 15), azatioprina (AZA) (n = 7), ciclofosfamida (CFM) (n = 5), micofenolato mofetilo (MM) (n = 3), clorambucilo (n = 1), ciclosporina A (n = 1), tacrólimus (n = 1)]. Dos pacientes precisaron de un "switching" entre fármacos biológicos (una mujer con TaKa tuvo que cambiar de IFX a ETN; y un varón con artropatía psoriásica cambió de ETN a ADA; en ambos casos por ineficacia del primer biológico). Después de una mediana de seguimiento de 16 [12-36] meses, la mayor parte de los pacientes había experimentado una clara mejoría clínica con disminución de la VSG de $37,5 [30-56]$ mm/1^a hora en el momento de iniciar el tratamiento con iTNF α a $20,5 [10-24]$

mm/1^a hora en la última visita. De forma similar, la proteína C reactiva descendió desde $1,5 [0,1-2,6]$ mg/dL hasta $0,3 [0,1-0,8]$ mg/dL. A los 3 meses de iniciar la terapia con el iTNF, el 55% de los pacientes había experimentado una mejoría de los síntomas (p < 0,01); y a los 12 meses del tratamiento la mejoría alcanzó al 94% de los pacientes (p < 0,01). También se consiguió disminuir la dosis de corticoides (desde una dosis inicial de $25,7 \pm 22,0$ mg/día de prednisona en el momento de introducir iTNF α hasta $6,6 \pm 5,4$ mg/día en la última visita). Asimismo, se objetivó mejoría mediante prueba de imagen en 10 de los 13 pacientes (77%) a los que se realizó prueba de imagen de control. En 3 pacientes hubo que suspender el iTNF α (IFX en los 3) debido a ineficacia (n = 1), neumonías recurrentes (n = 1) y reacción infusional grave (n = 1).

Conclusiones: Los agentes iTNF α parecen eficaces y relativamente seguros en pacientes con aortitis no infecciosa refractaria al tratamiento con corticoides o con otros fármacos inmunosupresores.

48. MORBILIDAD CARDIOVASCULAR EN ARTRITIS PSORIÁSICA. FACTORES PREDICTORES

D. Palma-Sánchez¹, F.J. Rodríguez Martínez², M.J. Moreno Martínez¹, E. Peñas Martínez¹, M.R. Oliva Ruiz³, N. Lozano⁴, A.C. Haro Martínez¹, M.J. Moreno Ramos⁴ y grupo de trabajo GEAPSOMUR

¹Unidad de Reumatología. Hospital Rafael Méndez. Lorca. ²Servicio de Reumatología. Hospital Santa Lucía. Cartagena. ³Unidad de Reumatología. Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: La artropatía psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria articular crónica con una prevalencia entre 0.3-1% de la población general. Varios estudios han demostrado un aumento de prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con psoriasis y APs que se ha asociado al proceso inflamatorio crónico subyacente, que parece jugar un papel significativo en la aterogénesis y enfermedad coronaria. La severidad de la psoriasis y de la enfermedad articular se ha relacionado con un mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares. De este modo, parámetros clínicos asociados a mayor gravedad de enfermedad así como los indicadores de un estado crónico de inflamación como la duración de la enfermedad podrían tener un impacto en la incidencia de la morbilidad cardiovascular.

Objetivos: Analizar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y eventos cardiovasculares en pacientes con APs de la Región de Murcia e identificar factores predictores de su desarrollo.

Métodos: Estudio transversal en el que se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de artropatía psoriásica según criterios CASPAR de la Región de Murcia. Los pacientes se dividieron en dos grupos según la duración de la enfermedad: enfermedad precoz (< 2 años de evolución) y enfermedad establecida (≥ 2 de evolución) así como según el tipo de afectación articular (periférica, axial, mixta). Se evaluaron los siguientes factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipemia (DLP), y hábito tabáquico. Los eventos cardiovasculares analizados fueron: cardiopatía isquémica (CI), ictus isquémico y arteriopatía periférica.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 186 pacientes con artropatía psoriásica. Las características sociodemográficas y clínicas se

Tabla Póster 47

	Al inicio	A los 3 meses	A los 6 meses	A los 12 meses
PCR, mediana [IQR]	1,5 [0,1-2,6] (15)	0,1 [0,1-0,5] (12)*	0,3 [0,1-0,9] (12)*	0,2 [0,1-0,6] (11)*
VSG, mediana [IQR]	37,5 [30-56] (14)	17,5 [9-25] (14)*	16 [9-20] (13)*	16 [11-18] (13)*
Dosis de prednisona, mediana [IQR]	20 [5-50] (17)	12,5 [5-20] (15)*	10 [5-10] (16)*	7,5 [5-10] (16)*

Entre paréntesis figuran el número de pacientes con el dato disponible. *p = 0,05. La "p" se refiere al porcentaje de mejoría a los 3, 6 y 12 meses respecto al valor basal.

recogen en la tabla. El 74,3% de la población presentaban enfermedad establecida. No encontramos diferencias en cuanto a edad entre los grupos estratificados para el tiempo de evolución de la enfermedad y tipo de afectación articular. El factor de riesgo cardiovascular más frecuente fue la hipertensión arterial (36,8%), seguido por dislipemia (35,5%), hábito tabáquico (30,1%), y DM (14%). Se identificaron eventos cardiovasculares en el 5,9% de los pacientes. No encontramos asociación estadísticamente significativa entre la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y eventos cardiovasculares y el tiempo de evolución de la APs, tipo de afectación articular, presencia de onicopatía, dactilitis ni entesitis.

Edad media (años ± DE)	52,71 ± 11,53
Sexo, n (%)	Hombre, 102 (54,8)
Hábito tabáquico, n (%)	49 (30,1)
Tipo afectación	
Periférica, n (%)	136 (73,9)
Axial, n (%)	10 (5,4)
Mixta, n (%)	38 (20,7)
Dactilitis, n (%)	40 (22,3)
Entesitis, n (%)	32 (17,9)
Onicopatía, n (%)	52 (33,1)
Hiperuricemia, n (%)	23 (12,5)
HLA B27, n (%)	21 (11,5)
Duración APs media (años ± DE)	7,25 ± 6,88
Mediana	5
Duración psoriasis media (años ± DE)	15,58 ± 10,67
Mediana	13
Biológico, n (%)	68 (36,8)
FAMES, n (%)	150 (80,64)

Conclusiones: Encontramos un aumento de la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en nuestros pacientes con APs similar a la encontrada en estudios previos aunque el número de eventos cardiovasculares fue menor. No encontramos factores predictores de desarrollo de eventos cardiovasculares y factores de riesgo cardiovascular.

49. DIFERENCIAS HISTOPATOLÓGICAS ENTRE LA VASCULITIS CUTÁNEA LIMITADA A LA PIEL Y OTRAS CON AFECTACIÓN SISTÉMICA

J. Loricera¹, C. González-Vela², R. Blanco¹, J.L. Hernández³, M.A. González-López⁴, S. Armesto⁴, W. Salcedo², M. Marcellán⁴, M. López-Escobar⁴, M. Lacalle-Calderón⁴, V. Calvo¹, F. Ortiz-Sanjuán¹, S. Hermana Ramírez² y M.A. González-Gay¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Anatomía Patológica; ³Servicio de Medicina Interna; ⁴Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Objetivos: Bajo la denominación “vasculitis cutánea” (VC), se incluyen síndromes con mayor o menor afectación sistémica caracterizados por la inflamación de los vasos de la piel. La vasculitis de vaso pequeño limitada a la piel (VVPLP) se define, según la nomenclatura de Chapel Hill-2012, como aquella vasculitis confirmada histológicamente y limitada exclusivamente a la piel. Nuestro objetivo fue comparar los hallazgos histopatológicos de las biopsias cutáneas de

los casos de VVPLP de aquellos con otras VC con afectación sistémica.

Métodos: De una serie de pacientes con VC se seleccionaron 3 grupos: grupo a) VVPLP (afectación exclusivamente cutánea); grupo b) VC con afectación sistémica (afectación de al menos un órgano además de la piel); grupo c) subgrupo de pacientes del grupo b con afectación de al menos 3 órganos además de la piel. Se incluyeron solo aquellos casos con biopsias cutáneas disponibles y en condiciones óptimas. Las revisaron al menos dos dermatopatólogos, al microscopio óptico utilizando tinciones de hematoxilina-eosina y PAS. Se realizó un estudio comparativo entre el grupo a) con los otros dos grupos (b y c). Las variables categóricas se compararon con el test exacto de Fisher y las variables cuantitativas se expresaron como mediana [IQR] y se analizaron con la prueba de Kruskal-Wallis.

Resultados: Se estudiaron en el grupo a) 9 pacientes (7 mujeres/2 varones; edad media; 64 ± 16 años). En el grupo b) se incluyeron 43 pacientes (18 mujeres/25 varones; 54 ± 21 años). Las enfermedades subyacentes en este grupo fueron: infecciones bacterianas graves (n = 12), vasculitis de hipersensibilidad con repercusión en otros órganos además de la piel (n = 10), púrpura de Schoenlein-Henoch (n = 9), panarteritis nodosa (n = 4), poliangeítis microscópica (n = 2), crioglobulinemia (n = 2), neoplasia (n = 2), lupus eritematoso sistémico (n = 1) y síndrome de Sjögren (n = 1). Finalmente, en el grupo c) se analizaron 7 pacientes (3 mujeres/4 varones; 50 ± 20 años). Las patologías subyacentes en este grupo fueron: infecciones bacterianas graves (n = 3), púrpura de Schoenlein-Henoch (n = 3) y crioglobulinemia (n = 1). El resultado de las comparaciones histopatológicas del grupo a) con los grupos b) y c) se reflejan en la tabla. Aunque ningún parámetro alcanzó significación estadística, en esta serie hemos observado que a mayor afectación sistémica, hay mayor neutrofilia tisular, dermatosis pustular, y afectación de arteriolas profundas. Por el contrario, la VVPLP tienen tendencia a desarrollar una mayor eosinofilia tisular y linfocitosis tisular y la intensidad del infiltrado inflamatorio es menor. Asimismo, en ninguna de las muestras de los pacientes con VVPLP se objetivó afectación de arteriolas profundas. **Conclusiones:** Se observan diferencias histopatológicas cualitativas y cuantitativas en relación con la mayor o menor afectación sistémica. Estos resultados precisan ser comprobados en estudios prospectivos con un mayor número de pacientes.

50. UNIDAD DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA: PREVALENCIA DE FRACTURA VERTEBRAL DORSAL NO DOCUMENTADA DURANTE INGRESO HOSPITALARIO

J. Rosas¹, E. Salas¹, J.M. Senabre-Gallego¹, G. Santos-Soler¹, C. Cano², M. Lorente², A. Pons², X. Barber³, M. Sanchís³ y Grupo AIRE-MB

¹Servicio de Reumatología; ²Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ³CIO. Universidad Miguel Hernández. Elche.

Introducción: La fractura vertebral (FV) constituye una complicación común en pacientes con osteoporosis. Se estima que en mujeres de más de 50 años, a lo largo de la vida, un 25% sufrirá una o más FV por osteoporosis, llegando al 54% en mujeres mayores de 80

Tabla Póster 49

	VVPLP (grupo a) (n = 9)	VC con afectación sistémica (grupo b) (n = 43)	VC con afectación sistémica de al menos 3 órganos (grupo c) (n = 7)
Índice de Hodge*, media ± DE	6 ± 1	7 ± 3	6 ± 1
Eosinofilia tisular	3 (33,3%)	5 (11,6%)	0 (0%)
Neutrofilia tisular	4 (44,4%)	32 (74,4%)	7 (100%)
Linfocitosis tisular	2 (22,2%)	4 (9,3%)	0 (0%)
Intensidad del infiltrado inflamatorio, media ± DE	1 ± 0	1,4 ± 0,7	1,1 ± 0,3
Dermatosis pustular	1 (11,1%)	11 (25,6%)	2 (28,6%)
Afectación de arteriolas profundas	0 (0%)	5 (11,6%)	1 (14,3%)

*Hodge et al. J Cutan Pathol. 1987;14:279-84.

años. Su detección, con frecuencia inadvertida, llega al 30% en gran número de series.

Objetivos: Conocer la prevalencia de FV dorsal de las radiografías laterales de tórax, no documentada, de los pacientes ingresados en servicios o secciones de Medicina Interna, previo a la creación de una Unidad de fracturas osteoporóticas.

Métodos: Estudio transversal, realizado en pacientes dados de alta en noviembre de 2015, tras ingreso en los servicios de Neumología y Medicina Interna. Se incluyeron 100 pacientes consecutivos, mayores de 50 años, 50 de cada especialidad, a los que se les hubieron realizado radiología de tórax durante el ingreso. Un único observador, reumatólogo, revisó: 1) el informe de alta hospitalaria para comprobar si se reflejaba entre los antecedentes la existencia de FV previa o información de su presencia en la radiografía de tórax, del ingreso actual, 2) el informe del servicio de Radiología, si existía y/o si se reflejaba la presencia de FV, 3) el observador revisó la radiología lateral de tórax digitalizada, en caso de su realización del ingreso. Se definió FV, la diferencias entre muro anterior-posterior o central vertebral, = 20%, realizándose medición sobre la vértebra si existían dudas. Se comprobó cuántos pacientes con FV, eran dados de alta con tratamiento específico para osteoporosis.

Resultados: De los 100 pacientes evaluados, el 32% eran mujeres, con edad media de 76 ± 10 años (mediana: 76 años; rango: 56-90 años). Respecto a la enfermedad que había provocado el ingreso: el 44% era por infección, el 16% por descompensación de EPOC, el 15% por neoplasia, otro 15% por insuficiencia cardiaca descompensada (ICC) y miscelánea el 20% restante. En 30 (30%) pacientes no se había realizado radiología lateral de tórax, que imposibilitó conocer la existencia de FV. De los 70 pacientes restantes con radiología lateral de tórax y buena visualización de las vértebras dorsales, en 18/70 (26%) pacientes se visualizó FV. Entre los 18 pacientes con FV visualizada, el diagnóstico motivo del ingreso fue: infección: 8 (44%) pacientes, EPOC: 5 (30%) pacientes, ICC; 4 (22%) pacientes, neoplasia: 1 (6%) paciente. De los 38 (38%) pacientes en los que se disponía informe radiológico, solo en uno de los 10 de ellos con FV, se reflejaba su presencia. Ninguno de los pacientes con FV, se indicaba en el informe de alta tratamiento específico para osteoporosis.

Conclusiones: 1. La prevalencia de FV dorsal no documentada durante ingreso hospitalario, en secciones o servicios de Medicina Interna, es del 26%, con predominio en pacientes ingresados por infección, EPOC o ICC. 2. La creación de unidades de fractura osteoporótica, puede mejorar este resultado.

51. VASCULITIS CUTÁNEA SECUNDARIA A CONECTIVOPATÍAS Y OTRAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES. ESTUDIO DE 35 PACIENTES DE UNA SERIE DE 766 DE UN MISMO CENTRO

J. Loricera¹, R. Blanco¹, J.L. Hernández², V. Calvo-Río¹, F. Ortiz-Sanjuán¹, H. Fernández-Llaca³, M.A. González-López³, S. Armesto³, M.C. González-Vela⁴ y M.A. González-Gay¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Interna; ³Servicio de Dermatología; ⁴Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Introducción: La vasculitis cutánea (VC) puede ser una manifestación clínica de una conectivopatía. En general, cualquier conectivopatía o enfermedad autoinmune puede producir una VC. Nuestro objetivo fue evaluar la frecuencia y características clínicas de la VC asociada a conectivopatías.

Métodos: Estudio de una serie amplia y no seleccionada de 766 pacientes con VC de un mismo hospital. Consideramos una VC secundaria a una conectivopatía a las vasculitis que aparecieron en el contexto de una conectivopatía o enfermedad autoinmune, y una vez excluidas otras posibles causas de la VC.

Resultados: En 35 (25 mujeres/10 varones), (edad media 48 ± 15 años) de 766 pacientes (4.57%) la VC se debió a una conectivopatía o enfermedad autoinmune: lupus eritematoso sistémico (LES) (n = 15), artritis reumatoide (n = 9), síndrome de Sjögren (n = 5), espondilitis anquilosante (n = 2), policondritis recidivante (n = 1), enfermedad de Behçet (n = 1), sarcoidosis (n = 1) y hepatitis autoinmune (n = 1). Todos los pacientes desarrollaron lesiones cutáneas vasculíticas: púrpura palpable (n = 31), eritema máculo-papular (n = 4) y lesiones urticariformes (n = 2). La localización más frecuente fue en extremidades inferiores (n = 30), extremidades superiores (n = 12) y tronco (n = 10). La duración media de las lesiones cutáneas fue de $13,83 \pm 7,62$ días. Otras manifestaciones clínicas fueron nefropatía (9 pacientes), afectación articular (6 pacientes), síndrome constitucional (4 pacientes) y síntomas gastrointestinales (1 paciente). Dentro de los datos analíticos obtenidos, se observó elevación de VSG (25 pacientes), hematuria (4 pacientes), anemia (7) y proteinuria (5 casos). En el estudio inmunológico se observó factor reumatoide (10 de 13 pacientes en que se realizó), ANA (15 de 19 pacientes) y disminución del complemento (11 de 20 pacientes). Veinticinco pacientes requirieron tratamiento farmacológico para la resolución del cuadro vasculítico, fundamentalmente corticoides (22), ciclofosfamida (6), metotrexato (5), AINE (4), azatioprina (4), cloroquina (3), hidroxycloquina (2), dapsona (1), rituximab (2).

Conclusiones: Las conectivopatías y, en general, cualquier enfermedad autoinmune, pueden ir acompañadas de una VC que, aunque infrecuente, no es excepcional.

52. ANÁLISIS DEL RIESGO DE INFECCIÓN GRAVE EN ARTRITIS REUMATOIDE SEGÚN TIPO DE TRATAMIENTO Y PARÁMETROS CLÍNICO-ANALÍTICOS RECOGIDOS EN EL ÍNDICE "RABBIT"

M. Novella Navarro, M.M. Muñoz Gómez, J. Cantero Hinojosa, E. Raya Álvarez y J. Salvatierra Ossorio

Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Introducción: Recientemente se ha publicado el índice RABBIT como herramienta para la estimación del riesgo de infección grave en pacientes con artritis reumatoide (AR). Este índice, obtenido a partir de variables epidemiológicas, clínicas y de los tratamientos que reciben nuestros pacientes permite valorar la probabilidad de que el paciente sufra una infección grave en los 12 meses siguientes. Existe evidencia de que la actividad inflamatoria que conlleva la AR puede predisponer a un mayor riesgo de infecciones en estos pacientes. Nos propusimos valorar si existe correlación entre los parámetros de fase aguda (VSG y PCR) o la positividad de FR y/o ACPA con un mayor riesgo de infección valorado por dicho índice.

Métodos: Estudio transversal de 120 pacientes con AR atendidos consecutivamente en consultas externas del hospital durante el año 2015 en los que se recogieron las variables necesarias para el cálculo de índice RABBIT: edad, HAQ, infección grave en el último año, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad renal crónica, número de tratamientos previos con FAMES biológicos y no biológicos, así como tratamiento actual. Se recogieron otros parámetros no incluidos en dicho índice: VSG, PCR, factor reumatoide y anticuerpos antipéptido citrulinado. En base al RABBIT, los pacientes fueron clasificados en tres grupos: bajo riesgo de infección (< 1%), riesgo moderado (1-4%) o alto (> 4%). Análisis estadístico: descriptivo con porcentajes, medias y desviaciones típicas; de asociación con χ^2 y t de Student para muestras independientes; correlación y regresión lineal múltiple.

Resultados: La distribución de nuestra muestra según el índice RABBIT fue: 26% de los pacientes con riesgo bajo de infección (< 1%), 74% riesgo moderado (1-4%) y 0% en riesgo alto (> 4%). Al correlacionar dicho índice con los parámetros de laboratorio considerados

encontramos una asociación estadísticamente significativa entre PCR y la puntuación del índice RABBIT ($p < 0,0001$). No hubo diferencias con los valores de VSG, factor reumatoide ni ACPA en los grupos de riesgo considerados.

Conclusiones: La mayoría de nuestros pacientes presentan un riesgo moderado de padecer una infección grave. Posiblemente la actividad inflamatoria que conlleva la AR suponga un incremento del riesgo de infección grave, de modo similar a lo que ocurre con el incremento del riesgo cardiovascular en AR.

53. EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE TRATADOS CON ADALIMUMAB LA COMBINACIÓN CON FAME AUMENTA EL NIVEL DE ADALIMUMAB Y DISMINUYE LA APARICIÓN DE INMUNOGENICIDAD

J. Rosas¹, F. Llinares-Tello², J.M. Senabre-Gallego¹, A. Pons³, X. Barber⁴, G. Santos-Soler¹, E. Salas¹, C. Cano³, M. Lorente³, M. Sanchís⁴, J. Molina², M. García-Carrasco⁵ y Grupo AIRE-MB

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Laboratorio; ³Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ⁴CIO. Universidad Miguel Hernández. Elche. ⁵Universidad Autónoma de Puebla. México.

Introducción: En pacientes con AR, añadir metotrexato (MTX), mejora la eficacia clínica de los fármacos anti-TNF, entre otros motivos por disminuir la inmunogenicidad. Sin embargo, existen dudas de su beneficio en pacientes con espondilitis anquilosante (EA).

Objetivos: Conocer la influencia del tratamiento combinado con FAMEs en la eficacia clínica en los pacientes con EA, tratados con adalimumab (ADL).

Métodos: Estudio observacional prospectivo, en 62 pacientes consecutivos, diagnosticados de AS axial, en tratamiento con ADL, que reciben FAME, según práctica clínica, a criterio de su reumatólogo. Se recogieron datos epidemiológicos del paciente (edad, sexo, índice de masa corporal), tipo de FAME concomitante, de la EA, (tiempo de evolución de la enfermedad, presencia de psoriasis o enfermedad inflamatoria intestinal, HLA-B27), y de ADL (orden de introducción de anti-TNF y tiempo en tratamiento, nivel sérico y presencia de anticuerpos anti-ADL). La respuesta clínica se evaluó mediante la versión en español del índice BASDAI y el índice ASDAS-VSG. Los niveles séricos de ADL y Ac anti-ADL, se determinaron mediante técnica de ELISA (Progenika, Grifols SA, España). Los niveles séricos de corte para niveles séricos de ADL fueron $< 0,004$ mg/L y para Ac anti-ADL $> 3,5$ AU/mL. Las muestras fueron extraídas justo antes de la administración subcutánea del fármaco (nivel valle) y se conservaron congeladas a -80 °C hasta su posterior análisis.

Resultados: De los 62 pacientes incluidos con EA con afectación axial, 47 (76%) pacientes, no estaban asociados a otra manifestación extraesquelética, 12 (19%) pacientes, tenían EA asociada a enfermedad inflamatoria intestinal y 3 (5%) pacientes EA asociada a psoriasis cutánea, El 31 (%), eran mujeres, con edad media de 46 ± 10 años y un IMC medio de $27,47 \pm 4,49$. El tiempo medio de evolución de la EA era de $9,5 \pm 9,25$ años. El HLA-B27 fue positivo en el 74%. Seguían tratamiento con FAME, 14 (23%) pacientes (metotrexato: 10, salazopirina: 3 y azatioprina 1 paciente). ADL fue el primer anti-TNF en el 66% de los pacientes. El tiempo medio en tratamiento con ADL fue de $1,44 \pm 1,33$ años (mediana: 1 año). El nivel sérico medio de ADL fue de $8,59 \pm 8,62$. En 19 (31%) de los pacientes se detectaron Ac anti-ADL, todos en el grupo de pacientes que no recibían FAME. El BASDAI y ASDAA medio fue de $3,98 \pm 2,16$ y $2,18 \pm 2,1$, respectivamente. Al comparar el grupo de pacientes en tratamiento con FAME y los que no (tabla), el grupo sin FAME, solo presentó de forma significativa la presencia de Ac anti-ADL (40% vs 0%; $p < 0,0001$) y la tendencia a menor nivel sérico de ADL ($10,82 \pm 5,2$ mg/L vs $7,59 \pm 5,5$ mg/L;

$p = 0,064$). El grupo con Ac anti-ADL frente a los que no tenían anticuerpos anti-ADL, presentaron niveles de ADL casi indetectables (media: $0,082 \pm 0,16$ vs $10,32 \pm 4,49$; $p < 0,0001$) y pérdida de eficacia clínica significativa por BASDAI y ASDAS medio: $5,53 \pm 2,0$ vs $3,59 \pm 2,0$ ($p < 0,0001$) y $3,2 \pm 2,1$ vs $1,92 \pm 0,74$ ($p = 0,038$), respectivamente.

	FAME Sí (n: 14/23%)	FAME No (n: 48/77%)	p
Nº determinaciones nivel ADL n (%)	34 (31)	79 (69)	
Edad (años): media (DE)	48,07 (10,80)	46,13 (10,75)	0,56
Mediana	48,5	45	
Varón, n (%)	8 (57)	23 (49%)	0,69
IMC (kg/m ²): media (DE)	28,12 (3,89)	27,18 (4,73)	0,46
Mediana	28,16	27,51	
Tiempo evolución enfermedad (años):			0,22
Media (DE)	7,45 (7,09)	10,46 (9,87)	
Mediana	6,25	5,33	
HLA B27 positivo (%)	10 (71)	36 (77)	0,69
Orden introducción ADL, n (%):			0,48
Primer anti-TNF	4 (29)	14 (26)	0,9
Segundo anti-TNF	2 (14)	3 (4)	0,68
Tercer anti-TNF			
Tiempo (años) en ADL: media (DE)	1,67 (1,57)	1,36 (1,27)	0,51
Mediana	1	0,91	
Nivel ADL, mg/dL: media (DE)	10,82 (5,16)	7,59 (5,5)	0,064
Mediana	11,25	8,34	
Ac anti-ADL, AU/L, n (%):	0 (0)	19 (40)	0,0001
BASDAI: media (DE)	4,09 (2,14)	3,98 (2,20)	0,86
Mediana	4,1	4,05	
BASFI: media (DE)	3,67 (2,0)	3,87 (2,40)	0,75
Mediana	4,05	3,9	
ASDAS: media (DE)	2,09 (0,62)	2,23 (1,40)	0,6
Mediana	2	2,1	

Conclusiones: En pacientes con EA axial en tratamiento con ADL: 1) Los pacientes no tratados con FAME, presentan menor nivel del fármaco en sangre y mayor probabilidad de inmunogenicidad. 2) Los pacientes con Ac anti-ADL presentan niveles de fármaco casi indetectables y pérdida de eficacia clínica.

Este estudio se ha realizado con el apoyo de una beca de investigación de la Fundación Española de Reumatología (2012) y de la Asociación para la Investigación en Reumatología de la Marina Baixa (AIRE-MB).

54. EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE TRATADOS CON ADALIMUMAB LA OBESIDAD DISMINUYE LOS NIVELES DEL FÁRMACO Y SU EFICACIA CLÍNICA SIN AUMENTO DE INMUNOGENICIDAD

J. Rosas¹, F. Llinares-Tello², J.M. Senabre-Gallego¹, A. Pons³, X. Barber⁴, G. Santos-Soler¹, E. Salas¹, C. Cano³, M. Lorente³, M. Sanchís⁴, J. Molina², M. García-Carrasco⁵ y Grupo AIRE-MB

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Laboratorio; ³Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ⁴CIO. Universidad Miguel Hernández. Elche. ⁵Universidad Autónoma de Puebla. México.

Introducción: La obesidad parece ser un factor que influya en la respuesta a los fármacos anti-TNF en pacientes con AR. No obstante, los estudios en pacientes con espondilitis anquilosante (EA) son escasos.

Objetivos: Conocer si en pacientes con EA, tratados con adalimumab (ADL), la obesidad influye en su eficacia clínica, en los niveles séricos del fármaco o aumenta la aparición de inmunogenicidad.

Métodos: Estudio transversal, con 57 pacientes consecutivos diagnosticados de AS axial, en tratamiento con ADL. Recibían FAME, según práctica clínica, a criterio de su reumatólogo. El índice de masa corporal (IMC), se obtuvo en la primera visita del paciente, tras inicio de ADL. La respuesta clínica se evaluó mediante la versión en español del índice BASDAI y del índice ASDAS-VSG. Se determi-

naron los niveles séricos de ADL y Ac anti-ADL, mediante técnica de ELISA (Progenika, Grifols SA, España). Los niveles séricos de corte para niveles séricos de ADL fueron $< 0,004$ mg/L y para Ac anti-ADL $> 3,5$ AU/mL. Las muestras fueron extraídas justo antes de la administración subcutánea del fármaco (nivel valle) y se conservaron congeladas a -80 °C hasta su posterior análisis.

Resultados: Los pacientes con IMC > 30 kg/m² respecto a los IMC < 25 kg/m², presentan menor nivel de ADL en sangre ($9,14$ mg/L \pm $4,3$ mg/L vs $5,0$ mg/L \pm $5,52$ mg/L, $p = 0,32$), mayor resultado ASDAS ($1,9 \pm 0,83$ vs $2,58 \pm 0,79$, $p = 0,03$) y aunque no significativo, menor tiempo de tratamiento en ADL ($1,85 \pm 1,65$, $p = 0,08$) y mayor resultado de BASDAI ($3,5 \pm 1,88$ vs $5,04 \pm 2,5$, $p = 0,06$). Los pacientes obesos frente a los no obesos, muestran una menor probabilidad de respuesta clínica al ADL, para alcanzar un BASDAI < 4 (OR: 3,5, IC95% 0,84-17,19, $p = 0,05$) o un ASDAS $< 2,1$ (OR: 4,64, IC95% 1,02-24,13, $p = 0,02$).

Conclusiones: En pacientes con EA en tratamiento con ADL, los pacientes obesos: 1) Alcanzan, de forma significativa menor nivel sérico de ADL y menor respuesta clínica, sin provocar aumento de la inmunogenicidad; 2) Presentan menor probabilidad de respuesta clínica medida por BASDAI y ASDAS.

El estudio fue apoyado con una beca de investigación, de la Fundación Española de Reumatología (2012) y de la Asociación para la Investigación en Reumatología de la Marina Baixa (AIRE-MB).

55. ENTESITIS Y NECESIDAD DE TERAPIA BIOLÓGICA EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA

M. Bascuas, J.L. Andreu, I. Millán, M. Cuadros, C. Ramos, M. Espinosa, B.J. Flores, J. Campos y J. Sanz

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

Introducción y objetivos: La artritis psoriásica (APs) es una artropatía crónica inflamatoria potencialmente destructiva. Su espectro clínico es extraordinariamente amplio. Actualmente, la terapia biológica (TB) constituye la segunda línea de tratamiento tras la respuesta inadecuada a fármacos modificadores de enfermedad. El objetivo de nuestro estudio es identificar características basales de los pacientes diagnosticados de APs asociados a la necesidad de TB durante la evolución de la enfermedad.

Métodos: Estudio caso-control, realizado en un único centro, de pacientes diagnosticados de APs a partir del 1 de enero de 2000 y que cumplen criterios de clasificación CASPAR. Se revisó en las historias clínicas diferentes características epidemiológicas, clínicas, analíticas y radiológicas de los pacientes. La variable de desenlace dependiente fue la necesidad de usar TB durante la evolución: pacientes TB+ (casos) frente a pacientes TB- (controles). El estudio fue autorizado por el CEIC de nuestro centro. Se ha utilizado estadística descriptiva para la presentación de los resultados; las pruebas de chi cuadrado, t de Student y U de Mann-Whitney para establecer la significación estadística en el análisis univariante; y la regresión logística para el análisis multivariante. Una $p < 0,05$ fue considerada significativa. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS versión 14.0.

Resultados: Se incluyeron 159 pacientes (75 mujeres y 84 hombres), con una edad media al diagnóstico de 48 años. Durante la evolución, necesitaron TB 66 pacientes (un 41%). No se objetivaron diferencias significativas respecto a edad, sexo, raza, presencia de factores de riesgo cardiovascular, tabaquismo, consumo de alcohol, patrón articular inicial, presencia de dactilitis, presencia de onicopatía, positividad del HLA B27, presencia de erosiones radiológicas, presencia de afectación radiológica axial o valores de velocidad de sedimentación global o proteína C reactiva basales entre los pacientes TB+ y TB-. El 20% de los pacientes TB-

presentaban entesitis basal, frente al 39% de los pacientes TB+ [odds ratio 2,53 (IC95%: 1,25-5,12); $p = 0,009$]. El tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la primera consulta en reumatología también se asoció a la necesidad de uso futuro de TB: la mediana del tiempo a primera consulta en los pacientes TB- fue de 20 semanas frente a 108 semanas en los pacientes TB+ ($p < 0,001$). El análisis multivariante puso de manifiesto que tanto el retraso en la atención reumatológica como la presencia de entesitis basal eran factores independientes asociados a la necesidad de uso de TB.

Conclusiones: En los pacientes con APs, la presencia de entesitis es un marcador de riesgo independiente de necesidad de TB durante la evolución de la enfermedad.

56. "OPTIMIZACIÓN" DEL TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB EN LAS UVEÍTIS REFRACTARIAS DEL SÍNDROME DE BEHÇET UNA VEZ OBTENIDA LA REMISIÓN

V. Calvo-Río¹, R. Blanco¹, C. Fernández¹, J. Loricera¹, J. Sánchez-Bursón², N. Ortego³, J.L. García Serrano³, J.L. Callejas Rubio³, M. Cordero Coma⁴, J. Vázquez⁵, E. Beltrán⁶, E. Valls Pascual⁶, O. Maíz⁷, A. Blanco⁷, I. Torre⁸, A.M. García-Aparicio⁹, J. Toyos¹⁰, M. Hernández Grafella¹¹, L. Martínez-Costa¹¹ y M.A. González-Gay¹

¹Reumatología Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Reumatología. Hospital de Valme. Sevilla. ³Oftalmología y Enfermedades Autoinmunes. Hospital San Cecilio. Granada. ⁴Oftalmología. Hospital de León. ⁵Reumatología. Hospital de Ferrol. A Coruña. ⁶Reumatología y Oftalmología. Hospital General Universitario de Valencia. ⁷Reumatología y Oftalmología. Hospital Donosti San Sebastián. ⁸Reumatología. Hospital Basurto. Bilbao. ⁹Reumatología. Hospital de Toledo. ¹⁰Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ¹¹Reumatología y Oftalmología. Hospital Dr. Peset. Valencia

Objetivos: En las uveítis no anteriores no infecciosas, adalimumab (ADA) es el único biológico que ha demostrado eficacia en estudios fase III doble ciego aleatorizados (estudios VISUAL I y VISUAL II) (Brezin. Arthritis Rheumatol. 2015; Nguyen. Arthritis Rheumatol. 2015). En dichos estudios la pauta fue dosis de carga de 80 mg y después dosis de mantenimiento que es la estándar de otras indicaciones (40 mg/sc/2s). En la uveítis del síndrome de Behçet (SB) en tratamiento con biológico hay pocos datos sobre la "optimización". Nuestro objetivo fue comprobar en una serie amplia de uveítis del SB si una vez obtenida la remisión de la uveítis es posible "optimizar" la dosis.

Métodos: Estudio multicéntrico de 174 pacientes con uveítis refractaria del SB seguidos en las 47 unidades de uveítis. Todos ellos presentaban respuesta insuficiente o intolerancia al tratamiento con corticoides y al menos 1 inmunosupresor (IS) sistémico convencional por lo que se inició tratamiento con un agente biológico. En 71 de ellos se inició tratamiento con ADA a dosis estándar (40 mg/sc/2s). Una vez alcanzada la remisión se revisaron los pacientes que tuvieron una "optimización" de la pauta. El grado de inflamación ocular se evaluó según "the Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) working Group" (Am J Ophthalmol. 2005) y el espesor macular por tomografía de coherencia óptica (OCT). Se hizo una comparación entre la visita de inicio de ADA (dosis estándar), al inicio de la optimización, y la visita final. El análisis estadístico se realizó con el software STATISTICA (Statsoft Inc. Tulsa, Oklahoma. EEUU). Los resultados se expresan como media \pm 1DE para las variables con una distribución normal, o como mediana [25-75 IQR] cuando no es normal. La comparación de las variables continuas se realizó con el test de Wilcoxon.

Resultados: Se estudiaron 23 pacientes/42 ojos afectados (15 hombres/8 mujeres) que tuvieron una “optimización” de la dosis de ADA, con una edad media 37,2 ± 13,04 años (rango 10-62). El HLA-B51 era positivo en un 60,8%. Previamente al ADA además de corticoides vía oral habían recibido, bolos ev de metilprednisolona (n = 7), ciclosporina A (CyA) (n = 20), metotrexato (MTX) (n = 11) y azatioprina (AZA) (n = 11). La dosis estándar de ADA fue de 40 mg/2s/sc. El ADA se utilizó en monoterapia (n = 5) o combinado con IS en 18: CyA (n = 12), MTX (n = 4), AZA (n = 2). La media de meses que habían estado en remisión de la uveítis hasta la optimización fue de 15,3 ± 9. En los 23 pacientes se aumentó progresivamente el intervalo de administración de ADA hasta 3 s (n = 6), 4 s (n = 13), 5 s (n = 1), 6 s (n = 1) y 8 s (n = 2). La evolución de los principales parámetros oculares al inicio del ADA, antes y después de la optimización se resume en la tabla. Tras un seguimiento medio de 34,7 ± 13,3 meses, solo 2 pacientes tuvieron un brote grave. Ambos estaban con ADA 40 mg/4s/sc. Dicho brote se corrigió al restaurar la dosis estándar de ADA. En 4 pacientes se pudo suspender el ADA tras 35,2 ± 9,3 meses en remisión, no objetivándose nuevos brotes tras un seguimiento medio de 20 ± 6,9 meses tras la suspensión. Tras una media de seguimiento tras iniciar ADA de 34,7 ± 13,3 meses no se observaron efectos secundarios graves.

	Inicio de ADA	Inicio optimización de ADA	Visita final
Agudeza Visual (mediana [IQR])	0,8 [0,3-1]	1 [0,8-1]*	1 [0,9-1]*
Células cámara anterior (mediana [IQR])	0 [0-2]	0 [0-0]*	0 [0-0]*
Vitritis (mediana [IQR])	1 [0-2]	0 [0-0]*	0 [0-0]*
Vasculitis retiniana (% ojos afectados)	41,8%	10,8%*	0%*
OCT (μ) (media ± DE)	306,7±122,9	253±20*	250,5±17,9*

*p < 0,05 entre inicio de ADA, con inicio de optimización y última visita (test Wilcoxon).

Conclusiones: La “optimización” del tratamiento con ADA, una vez alcanzada la remisión, parece factible en las uveítis refractarias al tratamiento sistémico habitual del SB.

57. GOLIMUMAB EN LA UVEÍTIS REFRACTARIA DE LAS ESPONDILOARTRITIS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 15 PACIENTES

V. Calvo-Río¹, R. Blanco¹, C. Fernández¹, M. Santos-Gómez¹, E. Rubio-Romero², M. Cordero-Coma³, A. Gallego-Flores⁴, R. Veroz⁴, I. Torre⁵, F.F. Hernández⁶, A. Atanes⁷, J. Loricera¹, M.C. González-Vela¹, N. Palmou¹, J.L. Hernández⁸ y M.A. González-Gay¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL.

Santander. ²Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Sevilla. ³Oftalmología. Hospital de León. ⁴Reumatología Hospital de

Mérida. Badajoz. ⁵Reumatología. Hospital Basurto. Bilbao.

⁶Reumatología. Hospital Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

⁷Reumatología. HUCA. La Coruña. ⁸Departamento de Medicina Interna.

Hospital Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria-IDIVAL.

Red Temática de Investigación Cooperativa en Envejecimiento y Fragilidad (RETICEF). Santander.

Objetivos: Evaluar la eficacia de golimumab (GLM) en las uveítis refractarias asociada a las espondiloartritis (SpA).

Métodos: Estudio multicéntrico de uveítis relacionadas con SpA refractarias a al menos un fármaco inmunosupresor. Las principales variables resultado fueron el grado de inflamación de la cámara anterior y posterior, la agudeza visual y el grosor macular.

Resultados: 15 pacientes (13 hombres/2 mujeres; 18 ojos afectados, con una media de edad de 39 ± 6 años) fueron evaluados. Los subtipos de SpA subyacentes fueron: espondilitis anquilosante (n = 8), artritis psoriásica (n = 6) y SpA axial no radiográfica (n = 1). Los patrones de afectación ocular fueron: uveítis anterior recurrente en 8 pacientes y uveítis anterior crónica en 7. Antes del inicio de GLM los pacientes habían recibido metotrexato (n = 13), sulfasalazina (n = 6), pulsos de metilprednisolona ev (n = 4), azatioprina (n = 3), leflunomida (n = 2) y ciclosporina (n = 1). 10 de ellos además habían sido tratados con anti TNF-alfa: etanercept (n = 7), adalimumab (n = 7), infliximab (n = 6), n certolizumab (n = 1). GLM se administró a dosis estándar (50 mg/sc/mensual) en monoterapia (n = 7) o en combinación con fármacos inmunosupresores convencionales (n = 8), principalmente metotrexato. La mayoría de los pacientes tuvieron una mejoría rápida y progresiva de los parámetros de inflamación intraocular. La mediana del número de células en cámara anterior a

Tabla Póster 57

Paciente	Edad	Sexo	HLA-B27	Subtipo de SpA	Patrón de uveítis	Afectación ocular	IS previos al GLM	Indicación de GLM
1	37	Hombre	+	EA	UA crónica/unilateral	Células CA + vitritis + EMQ	MTX, SSZ	Uveítis
2	32	Hombre	+	EA	UA crónica/bilateral	Células CA + EMQ	MTX, SSZ, ADA	Uveítis
3	45	Hombre	+	EA	UA recurrente/unilateral	Células CA + EMQ	IFX, ADA, ETN	Uveítis
4	46	Hombre	+	EA	UA crónica/bilateral	Células CA + vitritis	MTX	Uveítis y actividad articular
5	48	Hombre	+	EA	UA crónica/unilateral	Células CA	MTX, ETN, IFX	Uveítis y actividad articular
6	42	Hombre	+	EA	UA recurrente/unilateral	Células CA + vitritis	MTX, AZA, ETN	Uveítis y actividad articular
7	47	Hombre	+	EA	UA recurrente/unilateral	Células CA	MTX, AZA, LFN, SSZ, IFX	Uveítis y actividad articular
8	39	Hombre	+	EA	UA recurrente/unilateral	Células CA	SSZ, AZA	Uveítis y actividad articular
9	36	Hombre	+	APs	UA recurrente/unilateral	Células CA + vitritis	MTX, SSZ, ADA	Uveítis y actividad articular
10	31	Mujer	-	APs	UA recurrente/unilateral	Células CA	MTX, ADA, ETN, CZP, ETN	Uveítis y actividad articular
11	36	Hombre	-	APs	UA crónica/unilateral	Células CA	MTX, IFX, ADA, ETN	Uveítis
12	32	Hombre	+	APs	UA crónica/unilateral	Células CA	MTX, LFN, ETN, IFX, ADA	Uveítis y psoriasis
13	35	Mujer	-	APs	UA crónica/unilateral	Células CA	MTX, SSZ	Uveítis y actividad articular
14	40	Hombre	+	APs	UA recurrente/unilateral	Células CA + vasculitis retiniana	MTX, CsA, ETN, ADA, IFX	Uveítis
15	43	Hombre	-	SpAax -nr	UA recurrente/unilateral	Células CA	MTX	Uveítis

los 2 años del inicio del tratamiento con GLM (0 [0-0]) fue significativamente inferior a la basal (1 [de 0-3]); $p = 0,04$). La agudeza visual también mejoró ($0,84 \pm 0,3$ a los 2 años frente a $0,62 \pm 0,3$ al inicio del estudio; $p = 0,03$). Después de un seguimiento medio de 23 ± 7 meses sólo se observaron efectos secundarios menores.

Conclusiones: Nuestros resultados indican que GLM puede ser una opción terapéutica útil en las uveítis refractarias relacionadas con las SpA.

58. REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE SI EL TABACO EMPEORA LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON ESPONDILARTRITIS AXIAL Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

V. Villaverde-García¹, T. Cobo-Ibáñez², D. Seoane-Mato³, P. Díaz del Campo-Fontecha³, M. Guerra³, G. Candelas-Rodríguez⁴ y J.D. Cañete⁵

¹Sección de Reumatología. Hospital Universitario de Móstoles. Madrid.

²Sección de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de Los Reyes. ³Unidad de Investigación SER. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

⁵Servicio de Reumatología. Hospital Clínic e IDIBAPS. Barcelona.

Introducción: Se ha sugerido previamente que el tabaquismo es un factor independiente de mal pronóstico en los pacientes con espondilitis anquilosante, sin embargo los estudios no son homogéneos y los resultados publicados han sido en ocasiones discordantes.

Objetivos: Evaluar sistemáticamente la evidencia publicada sobre si el tabaco empeora las manifestaciones clínicas en los pacientes con espondilartrosis axial (EspA) y espondilitis anquilosante (EA).

Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura en MEDLINE, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials desde su inicio hasta noviembre de 2014. Los criterios de selección de los estudios fueron: 1) pacientes adultos fumadores activos o exfumadores con EspA según criterios Amor, ESSG y/o ASAS y EA según criterios modificados de Nueva York; 2) comparación con pacientes no fumadores con EspA y EA; 3) medidas de desenlace: nº de articulaciones dolorosas e inflamadas, movilidad (BASMI), actividad de la enfermedad (BASDAI; ASDAS), entesitis, capacidad funcional (HAQ-S, BASFI), daño estructural (BASRI, mSASSS) y calidad de vida (ASQoL, SF-36, SF-12, Euro-QoL). Se incluyeron meta-análisis, revisiones sistemáticas, estudios de cohortes, casos y controles y series de casos. La selección y revisión de los artículos fue realizada por un revisor. Se efectuó además una búsqueda manual revisando congresos internacionales (EULAR y ACR) y las referencias de los estudios incluidos. Se utilizó la escala de Oxford para determinar la calidad de los estudios.

Resultados: Se recuperaron 341 artículos, excluyendo 323 tras eliminar duplicados y la lectura por título y resumen. Finalmente 18 se revisaron en detalle y 13 cumplieron los criterios de inclusión. Los estudios seleccionados eran 7 estudios de casos y controles y 6 de cohortes. Todos ellos fueron realizados en pacientes con EA y sólo dos estudios en pacientes con EA y EspA no radiográfica, siendo la calidad de los estudios moderada-baja. El tabaco tuvo una asociación dosis dependiente con la severidad de la enfermedad en los pacientes con EA. Los pacientes fumadores activos tuvieron una actividad de la enfermedad mayor (BASDAI > 4) [OR = 1,83; IC95% 1,13 a 2,98; $p = 0,015$], peor calidad de vida (ASQoL > 7) [OR = 2,00, IC95% 1,25 a 3,22, $p = 0,004$] y mayor intensidad de dolor (escala numérica NRS) [OR = 2,00, IC95% 1,23 a 3,27, $p = 0,005$], independientemente de la edad, sexo, duración de la enfermedad y situación social. En los pacientes con EspA no radiográfica, el tabaquismo activo se asoció de forma independiente con la progresión radiológica espinal (OR: 2,53; IC95% 0,90 a 7,07; $p = 0,077$). Ser fumador también se asoció con la aparición a edad más temprana de dolor lumbar inflamatorio [coeficiente de regresión $B = -1,46$; IC95% -2,87

a -0,06, $p = 0,04$], mayor actividad de la enfermedad y peor capacidad funcional evaluadas por ASDAS-PCR, BASDAI y BASFI ($B = 0,20$; IC95% 0,02 a 0,38; $p = 0,03$; $B = 0,50$; IC95% 0,17 a 0,83; $p = 0,003$ y $B = 0,38$; IC95% 0,07 a 0,69; $p = 0,02$, respectivamente), mayor inflamación y mayor daño estructural en RMN (OR = 1,91; IC95% 1,34 a 2,72, $p < 0,001$) y RX (OR = 1,56; IC95% 1,08 a 2,26, $p = 0,02$), y peor calidad de vida (Euro-QoL) [$B = 1,38$; IC95% 0,69 a 2,07, $p < 0,001$] en los pacientes con EspA de reciente comienzo.

Conclusiones: Es esencial recomendar a los pacientes con EA y EspA, que abandonen el hábito tabáquico no sólo en el momento del diagnóstico, sino a lo largo de toda la evolución de la enfermedad. No obstante, la evidencia disponible es insuficiente y limita la fuerza de la recomendación (NE 4, GR C), por lo que son necesarios más estudios y de mayor calidad que refuerzan la importancia de la recomendación de la deshabituación tabáquica en estos pacientes. Esta revisión sistemática forma parte de las revisiones para la Guía de espondilitis anquilosante y artritis psoriásica (Espoguía) de la Sociedad Española de Reumatología.

59. RELACIÓN ENTRE LOS HALLAZGOS EN VIDEOCAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL Y LA SATURACIÓN POR PULSIOXIMETRÍA DIGITAL

I. Castellví, M. Millán, P. Moya, C. Díaz-Torné, B. Magallares, C. Geli, A. Laiz, H.S. Park, A. Rodríguez de la Serna y J.M. Llobet

Unitat de Reumatologia. Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: La pulsioximetría digital es una técnica que permite determinar la saturación de oxígeno mediante una sonda, utilizada en diversas pruebas complementarias como el test de la marcha de 6 minutos. Se considera que la presencia de fenómeno de Raynaud (FR) o la presencia de ciertas enfermedades como la esclerosis sistémica no produce lecturas fiables. La videocapilaroscopia periungueal (VCP) es una técnica útil para el estudio de la microcirculación y se usa habitualmente para el estudio de FR. Son muy escasos los trabajos que relacionan el estado de la microcirculación con la lectura por pulsioximetría.

Objetivos: Determinar si existen diferencias entre los diferentes hallazgos en la VCP y el valor de saturación de oxígeno medidos por pulsioximetría.

Métodos: Estudio prospectivo de 51 pacientes que acudieron de forma consecutiva a realizarse una VCP a la Unidad de Reumatología de un hospital universitario. A todos los pacientes se realizó una VCP del 2 al 5 dedo de ambas manos recogiendo las siguientes variables: presencia o ausencia de capilares gigantes, densidad capilar y patrón capilaroscópico. Posteriormente en el 4 dedo de la mano no dominante se determinó la saturación basal por pulsioximetría. Además se recogieron las siguientes variables epidemiológicas y clínicas de los pacientes: sexo, edad, hábito tabáquico, presencia o no de FR, diagnóstico asociado FR y historia de úlceras digitales. Para la comparación entre grupos de variables cualitativas se utilizó la prueba de chi-cuadrado o el test exacto de Fisher cuando fue necesario. Para la comparación de variables cualitativas con cuantitativas se realizó la prueba t de Student. El nivel de significación estadística se estableció para valores de $p \leq 0,05$.

Resultados: Las características de la muestra se resume en la tabla. De un total de 51 pacientes con FR el 76,5% fueron mujeres, siendo la edad media de la muestra $53,8 \pm 16,6$ años. 45/51 presentaban FR siendo el diagnóstico más frecuente (22/51). Solamente 2 enfermos tenían historia previa de úlceras digitales. En la VCP 27/51 pacientes tenían patrones patológicos siendo los patrones esclerodermiformes los más frecuentes. La alteración específica más frecuente fue la pérdida de densidad (29,4%) seguida de la presencia de capilares gigantes (27,5%). Al realizar la medida de pulsioximetría los

pacientes presentaban saturaciones $97,92 \pm 1,2\%$. Ningún paciente presento valor inferior al 94%. No se encontraron diferencias entre la presencia de FR y la saturación. Al comparar la saturación con los hallazgos capilaroscópicos no se hallaron diferencias entre patrones, la densidad capilar o la presencia de pérdida de densidad y los valores de saturación basal por pulsioximetría, sin embargo aquellos pacientes con una saturación $> 97\%$ presentaban mayor frecuencia de capilares gigantes ($p < 0,02$). Este resultado pareció mantener la misma tendencia al analizar únicamente a los pacientes con esclerodermia sistémica ($p 0,067$).

		Sat>97%	Sat=97%	p
Mujeres (%)	39/51 (76,5)	26/39	13/39	ns
Edad \pm DE	53,8 \pm 16,64	49,15 \pm 17,3	63,12 \pm 10,46	0,004
Fenómeno de Raynaud (%)	45/51 (88,2)	28/45	17/45	0,065
Fumadores(%)	25/51 (49)	15/25	10/25	ns
Historia de UD(%)	2/51 (3,9)	2/2	0/2	ns
Saturación basal \pm DE	97,92 \pm 1,2	34/51	17/51	
Densidad capilar/mm \pm DE	8,86 \pm 2,82	8,59 \pm 2,93	9,41 \pm 2,57	ns
Pérdida de densidad (%)	15/51(29,4)	21/34	13/34	ns
Capilares gigantes(%)	14/51(27,5)	13/14	1/14	0,015
VCP con patrón esclerodermiforme lento (Mariq) (%)	6/51(0,11)	5/6	1/6	ns
VCP con patrón esclerodermiforme activo (Mariq) (%)	4/51(0,08)	3/4	1/4	ns

Conclusiones: No parece ser que en los pacientes con fenómeno de Raynaud y patrones esclerodermiformes en VCP presenten valores menores en la pulsioximetría digital. Sin embargo, los pacientes con mayor diámetro capilar parece ser que presentan lecturas mayores. Son necesarios estudios prospectivos más amplios para determinar la fiabilidad de la pulsioximetría digital en pacientes con y sin FR para determinar la fiabilidad de su lectura.

60. EXPERIENCIA Y SATISFACCIÓN DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR PARA PACIENTES CON PSORIASIS-ARTRITIS PSORIÁSICA

A. Urruticochea-Arana¹, M. Serra Torres², M. Hergueta Díaz², E. González Guerrero³, L. Fariñas Padrón³, S. Navarro Martín³, K. Vargas Osorio³, A. Palacios Abufón², M.J. García de Yébenes⁴ y E. Loza⁴

¹Servicio de Reumatología. Hospital Can Misses. Ibiza. ²Servicio de Dermatología; ³Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Can Misses. Ibiza. ⁴Instituto de Salud Musculoesquelética. InMusc. Madrid.

Introducción: En el año 2012 se implantó una consulta de atención multidisciplinar para pacientes con psoriasis o artritis psoriásica (APs) formada por 2 dermatólogas y una reumatóloga con amplia experiencia y conocimiento en el diagnóstico y manejo de estos pacientes. Se derivan pacientes de estos 2 servicios para manejo conjunto con dudas diagnósticas o de tratamiento. Los pacientes son tratados conforme a protocolos pre-establecidos siguiendo las guías nacionales e internacionales. Una vez resuelta la duda/problema el paciente vuelve a su médico responsable.

Objetivos: Describir las características de los pacientes, la actividad registrada, así como la satisfacción percibida de una consulta de atención multidisciplinar para pacientes con psoriasis o APs.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes atendidos en la consulta de atención multidisciplinar. Se contactó con todos ellos para que contestasen una encuesta de satisfacción. Varios investigadores recogieron datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes, así como administrativos incluyendo el número de visitas en una base de datos especialmente generada para este proyecto. Se realizó un análisis descriptivo de los datos.

Resultados: Se incluyeron 112 pacientes con psoriasis o APs que generaron 154 visitas en un periodo de tiempo de casi 3 años, el 54% fueron mujeres con una edad media de 51 años, el 36,6% eran obesos y el 40,2% presentaban gota. La mitad de los pacientes se derivaron por dudas diagnósticas, la otra mitad por dudas con el tratamiento. Tras la evaluación de los pacientes, 66 (58,9%) cumplían criterios de APs y 13 (11,6%) de una enfermedad inflamatoria crónica distinta a la APs. El 95% de los pacientes atendidos volvieron a su médico responsable habitual tras resolverse el motivo de consulta. Las pruebas complementarias más solicitadas fueron analíticas en el 75,6% de los pacientes, seguido de radiografías simples en 57 pacientes (51,3%). En general el número de tratamientos aumentaron tras la consulta, y en un 19% de la muestra se cambió el tratamiento. Sólo disminuyó (levemente) el número de pacientes con corticoides sistémicos. El nivel de satisfacción de los pacientes con la atención prestada en la consulta multidisciplinar fue muy alto, y todos los pacientes consideraron que su enfermedad se controló mejor en esta consulta multidisciplinar.

Conclusiones: Esta consulta de atención multidisciplinar ha mejorado el manejo y satisfacción de pacientes con psoriasis o APs y ha incrementado la colaboración entre los servicios de Reumatología y Dermatología.

61. ¿ESTÁ CAMBIANDO EL ATRACTIVO DE LA REUMATOLOGÍA ENTRE LOS ELECTORES A PLAZAS MIR?

J.L. Andreu¹, L. Silva² y T. Galla³

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. A Coruña. ³Complex Systems and Statistical Physics Group. School of Physics and Astronomy. The University of Manchester. Manchester. Reino Unido.

Introducción: La reumatología es la especialidad que se ocupa del estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades médicas del aparato locomotor y de las enfermedades autoinmunes sistémicas. En los últimos años, el ejercicio de la reumatología ha experimentado grandes cambios, como el advenimiento de las terapias biológicas o la implantación de la ultrasonografía musculoesquelética en la práctica clínica habitual. La elección de plazas para especializarse por la vía de médico interno residente (MIR) en España representa un observatorio único y preciso de las preferencias de los médicos españoles ante las diferentes especialidades que se ofertan anualmente en las sucesivas convocatorias MIR.

Objetivos: El objetivo de nuestro trabajo es describir la evolución del grado de atractivo de la especialidad de reumatología en las sucesivas convocatorias MIR desde 1983 a 2014, así como comparar dicha evolución con la experimentada por otras especialidades.

Métodos: Se solicitó al servicio de Gestión de Formación Sanitaria Especializada de la Subdirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad español datos de elección de la especialidad de reumatología de las convocatorias MIR de 1983 a 2014. En concreto, se solicitó el número de orden de elección de la primera y última plazas de reumatología en cada convocatoria MIR, así como la mediana. Con el objeto de llevar a cabo comparaciones con otras especialidades, se solicitó la mediana de elección de cardiología, dermatología, endocrinología, medicina interna y alergología. Para definir el grado de atractivo de cada especialidad, tomando en consideración factores que pueden modificar la mediana de elección, se realizó un análisis matemático de 100 simulaciones sobre la mediana que habría obtenido cada especialidad si se hubieran elegido al azar y se calculó la desviación entre la mediana observada y la mediana por azar generada mediante las simulaciones.

Resultados: El mejor número de orden de elección de la primera plaza de reumatología fue en la convocatoria del año 1984, en la que

el número 2 eligió reumatología, mientras que la convocatoria en la que se eligió la primera plaza con el número de orden más alto fue la de 1999, con el número 995. Con respecto al número con el que se eligió la última plaza ofertada, el rango osciló entre número 629 en la convocatoria de 1984 y el número 4.913 en las convocatorias de 2007 y 2012. En cuanto a la mediana, el rango se situó entre el número 244 en la convocatoria de 1983 y el número 3.394 en la convocatoria del año 2008, observándose, en términos absolutos, un progresivo incremento a lo largo de los años. Ya que la mediana se ve influenciada no solo por el atractivo de la especialidad sino por el número total de plazas y el número de plazas ofertadas en cada especialidad, la simulación matemática permitió cuantificar la desviación entre la mediana observada y la que habría ocurrido si las especialidades se hubieran elegido por puro azar. Se puso de manifiesto una tendencia a la recuperación del atractivo de reumatología tras un nadir evidenciado a finales de los años noventa del siglo pasado.

Conclusiones: Tras un acusado descenso en el atractivo de la reumatología entre los electores a plazas MIR, que alcanzó su nadir a finales de los años noventa del siglo pasado, parece evidenciarse una recuperación en los últimos años.

62. COMPARACIÓN DE LAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS (ANSIEDAD Y DEPRESIÓN) EN DOS GRUPOS DE PACIENTES AFECTOS DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL TRATADOS CON INFLIXIMAB

R. Morlà-Novell¹, F.J. Narváez², M.V. Hernández³, H. Corominas⁴, M. Moreno⁵, V. Ortiz⁶, P. Reyner⁷, M. Sala⁸, G. Salvador⁹, A. Sellas¹⁰, E. Sirvent¹¹, V. Torrente¹² y X. Juanola²

¹Xarxa Hospitalària i Social de Santa Tecla. ²Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. ³Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. ⁴Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ⁵Hospital Parc Taulí. Sabadell. ⁶Hospital de Granollers. ⁷Hospital Santa Caterina. Girona. ⁸Hospital de Figueras. ⁹Hospital Mútua de Terrassa. ¹⁰Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ¹¹Hospital Sant Camil. Sant Pere de Ribes. ¹²Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: Los trastornos psicológicos (ansiedad y depresión) que presentan los pacientes afectados de una espondiloartritis axial (EsPax) constituyen un aspecto poco estudiado, con una prevalencia alrededor del 30%. Los estudios longitudinales publicados para conocer cambios en el tiempo y/o con intervenciones terapéuticas son aún más escasos. No existe ningún trabajo que analice si existen diferencias entre grupos de pacientes que presenten una EsPax.

Objetivos: Conocer si existen diferencias significativas en la presencia de trastornos psicológicos (ansiedad y depresión) entre dos grupos de pacientes afectados de una espondiloartritis axial (EsP ax), en uno se incluyen pacientes con espondilitis anquilosante (EA) y en el otro, con espondiloartritis indiferenciada axial (EsP Indif ax). Esta comparación se realiza en estado basal y a las 22 semanas de haber iniciado tratamiento con infliximab.

Métodos: Se estudian un total de 62 pacientes con EsP ax, 48 con diagnóstico de EA según criterios modificados de Nueva York y otros 14 pacientes clasificables como EsP indif ax, según criterios del Grupo Europeo de Estudio de Espondiloartritis. Los pacientes están activos clínicamente (BASDAI:6,4 y BASFI:5) y cumplen criterios para recibir terapia biológica según Consenso de la SER para el uso de terapias biológicas en espondiloartritis; reciben tratamiento con infliximab a dosis de 5 mg/kg ev cada 8 semanas. Se evalúa el estado psicológico mediante tests de autocumplimentación con validez y fiabilidad probada para la medida de depresión y de ansiedad. El test HADS mide ansiedad y depresión de forma global, con posibilidad de valoración numérica (HADS) y con punto de corte establecido en ≥ 11 , que permite así una valoración categórica (HADScat). El test STAI únicamente mide ansiedad y permite diferenciar el rasgo

ansioso de personalidad (STAI-R) del estado puntual de ansiedad (STAI-E); la lectura del test se realiza en puntuación de centiles que se transforman en decatipos (dec) mediante una tabla estandarizada de conversión. El punto de corte se establece con una puntuación de decatipos ≥ 7 . Se comparan los resultados obtenidos de las puntuaciones de estos tests, como variables numéricas (media de HADS, STAI-R dec y STAI-E dec) y como variables categóricas (HADS cat, STAI-R cat y STAI-E cat) a la semana basal y a las 22 semanas. El análisis estadístico para variables continuas se realiza con la prueba t de Student y con la prueba de χ^2 para las variables cualitativas. Se establece un nivel de significación para valores con $p < 0,05$.

Resultados: La comparación de variables psicológicas numéricas entre el grupo de pacientes con EA y el grupo de pacientes con EsP Indif ax no muestra diferencias significativas ($p < 0,05$) en la media de HADS, tampoco en STAI-R dec ni en STAI-E dec basales ni a las 22 semanas. La comparación de variables categóricas (HADS cat basal, HADS cat 22 semanas; STAI-R cat basal, STAI-R cat 22 semanas; STAI-E cat basal, STAI-E cat 22 semanas) entre los dos grupos de pacientes tampoco muestra diferencias significativas ($p < 0,05$).

Variables numéricas	EA, n: 48	EsP Indif ax, n: 14	p
HADS B media (DE)	16,7 (7,3)	16,7 (9,8)	0,901
HADS 22sem media (DE)	11,9 (7,1)	12,8 (6,9)	0,540
STAI-Rdec B media (DE)	6,1 (2,1)	5,8 (2,9)	0,157
STAI-Rdec 22sem media (DE)	5,2 (2,7)	4,5 (2,2)	0,373
STAI-Edec media (DE)	6,3 (2,1)	5,7 (2,4)	0,082
STAI-Edec 22sem media (DE)	5,2 (5,2)	5,8 (2,7)	0,228
Variables categóricas	EA, n: 48	EsP Indif ax, n: 14	p
HADS cat B, n (%)	36 (75)	10 (71)	0,499
HADS cat 22sem, n (%)	20 (41)	6 (42)	0,993
STAI-Rcat B, n (%)	18 (37,5)	6 (42,8)	0,723
STAI-Rcat 22sem, n (%)	13 (27)	3 (21,4)	0,798
STAI-Ecat B, n (%)	22 (45,8)	7 (50)	0,661
STAI-Ecat 22sem, n (%)	13 (27)	4 (28)	0,427

Conclusiones: Los dos grupos de pacientes estudiados con espondiloartritis axial, uno de pacientes con EA y el otro de pacientes con EsP Indif ax, no se comportan de forma diferente en la evaluación de la ansiedad y la depresión, ni a nivel basal ni tras 22 semanas de recibir tratamiento con infliximab.

63. FACTORES ASOCIADOS A LA NECESIDAD DE USO DE TERAPIA BIOLÓGICA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

M. Cuadros, J.L. Andreu, I. Millán, M. Bascuas, C. Ramos, M. Espinosa, B.J. Flores, J. Campos y J. Sanz

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

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica inflamatoria inmuno-mediada que conduce a la destrucción irreversible de las articulaciones diartrodiales. El diagnóstico e instauración tempranos de tratamiento con fármacos modificadores de enfermedad (FAMEs) se consideran esenciales para lograr controlar la actividad inflamatoria y prevenir el deterioro estructural y funcional. La terapia biológica (TB) constituye la segunda línea de tratamiento en caso de respuesta inadecuada a FAMEs convencionales. Dicha TB posee un excelente perfil de seguridad y eficacia, pero su coste económico es elevado.

Objetivos: El objetivo del estudio es identificar características clínicas, epidemiológicas, analíticas, así como demora a diagnóstico, tratamiento con primer FAME y control de actividad inflamatoria, asociadas a la necesidad de utilizar TB en pacientes con AR.

Métodos: Estudio caso-control en un único centro. Se incluyeron pacientes diagnosticados de AR a partir del 1 de enero de 2000 y que cumplían criterios de clasificación ACR/EULAR de 2010. La variable dependiente fue la necesidad de un primer agente biológico. Las

variables independientes analizadas fueron tiempo a diagnóstico, tiempo a tratamiento, tiempo a estado de remisión, tiempo a estado de baja actividad, edad, sexo, número de articulaciones tumefactas (NAT) y dolorosas (NAD) al diagnóstico, positividad de FR y Anti-PCC, niveles de proteína C reactiva, velocidad de sedimentación globular (VSG), presencia de erosiones radiológicas, tabaquismo, índice de masa corporal, nivel educativo y actividad laboral. El estudio fue autorizado por el CEIC de nuestro centro. Se ha utilizado estadística descriptiva para la presentación de los resultados; las pruebas de chi cuadrado, t de Student y U de Mann-Whitney para establecer la significación estadística en el análisis univariante; y una regresión logística para el análisis multivariante. Una $p < 0,05$ fue considerada significativa. El análisis de los datos se realizó usando el programa estadístico SPSS v14.0.

Resultados: Se incluyeron 139 pacientes (edad media 53 años; 82% mujeres; 83% de raza blanca; 82% FR+; 74% anti-PCC+). Durante la evolución, habían recibido TB 61 pacientes (44%). El análisis univariante demostró asociación significativa entre la necesidad de usar TB y el NAD ($p < 0,001$), el NAT ($p = 0,004$), la VSG ($p = 0,026$), el tiempo hasta alcanzar un estado de baja actividad ($p < 0,001$) y tiempo hasta alcanzar un estado de remisión ($p < 0,001$). El análisis de regresión logística puso de manifiesto que el NAD al inicio, el tiempo hasta alcanzar baja actividad y el tiempo hasta alcanzar remisión se asociaban independientemente a la necesidad de TB durante la evolución.

Conclusiones: En los pacientes con AR, el número de articulaciones dolorosas al inicio y el tiempo hasta alcanzar estados de baja actividad o remisión se asocian a la necesidad de utilizar TB durante la evolución de la enfermedad.

64. LA COMBINACIÓN DE CORTICOIDE Y ANESTÉSICO INTRAARTICULAR APORTA UN ALIVIO RÁPIDO Y SOSTENIDO PARA PACIENTES CON ARTRITIS GOTOSA

M. Andrés¹, A. Begazo¹, F. Sivera², P. Vela^{1,3} y E. Pascual^{1,3}

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

²Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Elda.

Alicante. ³Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Alicante.

Introducción: Los ataques de gota son especialmente dolorosos según refieren los pacientes. Disponemos de agentes efectivos para controlar el ataque, pero los síntomas tardan en desaparecer normalmente 1-3 días [Cochrane Database Syst Rev. 9:CD010120; Arthritis Rheum. 62:1060; Ann Rheum Dis. 71:1839]. Nuestro manejo clínico habitual supone añadir mepivacaína al 2% al corticoide intraarticular, ya que hemos observado de forma repetida una rápida y sostenida desaparición del dolor. Nuestro objetivo es documentar este hecho de forma prospectiva.

Métodos: Se han reclutado pacientes consecutivos con gota probada por cristales y ataque monoarticular, tratados según nuestra práctica con infiltración intraarticular de triamcinolona y mepivacaína al 2%. El dolor articular se registró empleando una escala semicuantitativa Likert de 0 a 4 (0 = ausente, 4 = intenso) a nivel basal, a los 15min y a las 6, 24 y 72 horas de la infiltración. Se recogió además la presencia de tumefacción articular y eritema basalmente y a las 72h. La respuesta al tratamiento a las 72h se evaluó mediante escala Likert de 0 a 4 (0 = ningún efecto; 4 = resolución completa). Se empleó el test de Wilcoxon para las comparaciones antes-después.

Resultados: Se han analizado 24 pacientes, de edad media (DE) 64,8 años ($\pm 12,7$), siendo 22 de ellos hombres. Las articulaciones afectadas fueron 16 1^a metatarsofalángicas (1MTF), 5 rodillas, 2 carpos y un tobillo. La dosis empleada de triamcinolona fue de 10 mg en 1^a MTF y de 20-40 mg en el resto. La mediana (p25-75) de dolor basal fue de 3 (2-3,8), en todos los casos hubo tumefacción articular y en

13 (54,2%) eritema en la inspección. Tras la infiltración la mediana (p25-75) de dolor registrada a los 15 min y a las 6, 24 y 72h fue de 1 (1-2), 1 (1-1), 1 (0-1) y 0 (0-0,9) respectivamente. El dolor se redujo de forma estadísticamente significativa en todos los puntos temporales en comparación con el basal, incluso a los 15 min ($p < 0,001$ en todas las comparaciones); no aumentos de dolor fueron referidos por los pacientes. El tratamiento se consideró efectivo a las 72h tanto para los pacientes (mediana 3 [p25-75 3-4]) como para los reumatólogos (mediana 3,5 [3-4]).

Conclusiones: Este pequeño estudio confirma el alivio rápido del ataque de gota con la adición de mepivacaína al corticoide intraarticular, con mejoría significativo incluso tras los 15 min. Estudios controlados de mayor tamaño deberían confirmar estos resultados.

65. HIPOVITAMINOSIS D EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

C. Ramos, J.L. Andreu, B.J. Flores, M. Espinosa, M. Bascuas, M. Cuadros, J. Campos y J. Sanz

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

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica que afecta preferentemente a mujeres en edad fértil. Estudios recientes sugieren una alta prevalencia de los estados de insuficiencia y deficiencia de vitamina D en los pacientes con LES. Unos niveles inadecuados de vitamina D podrían condicionar no solo problemas a nivel óseo sino también una potenciación de la actividad autoinmune característica de la enfermedad.

Objetivos: Determinar la prevalencia de insuficiencia y deficiencia de vitamina D en una población de LES atendida en consultas de un centro de tercer nivel.

Métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos atendidos en la clínica de LES de un servicio de Reumatología perteneciente a un centro de alta complejidad del sistema sanitario público español. Los pacientes debían cumplir los criterios de clasificación ACR 1997. Se recogieron diferentes características epidemiológicas, clínicas, analíticas y serológicas de los pacientes. En todos ellos se realizó sistemáticamente determinaciones de niveles de vitamina D y de PTH, así como de calcio, fósforo y fosfatasa alcalina séricos. Se consideró insuficiencia unos niveles de vitamina D < 75 nmol/l y deficiencia unos niveles < 25 nmol/l. El estudio fue autorizado por el CEIC de nuestro centro. Se ha utilizado estadística descriptiva para la presentación de los resultados así como las pruebas de chi cuadrado, t de Student y U de Mann-Whitney para establecer la significación estadística. Una $p < 0,05$ fue considerada significativa. El análisis estadístico se realizó con el programa Stata versión 12.0.

Resultados: Se incluyeron 120 pacientes, con una edad media de 51 años. El 89% eran mujeres y el 89% de raza blanca. El tiempo medio de evolución del LES era de 13 años. El 76% de los pacientes estaba recibiendo hidroxycloquina y el 42% estaba siendo tratado con glucocorticoides. El 37% estaba recibiendo suplementos de calcio y vitamina D. El 9% de los pacientes presentaba deficiencia de vitamina D y el 56% insuficiencia de vitamina D. La presencia de niveles elevados de PTH se detectó en el 18% de los pacientes con insuficiencia de vitamina D y en el 45% de los pacientes con deficiencia, sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas con respecto a los pacientes con niveles óptimos de vitamina D. No se objetivó asociación estadísticamente significativa entre ambos estados de hipovitaminosis D y la afectación cutánea, la fotosensibilidad, el uso de medida de fotoprotección, el uso de glucocorticoides, el uso de antipalúdicos o el uso de anticonvulsivantes.

Conclusiones: A pesar del aporte de suplementos de calcio y vitamina D, la deficiencia y, sobre todo, la insuficiencia de vitamina D son frecuentes entre los pacientes con LES por lo que podría ser

aconsejable monitorizar los niveles de vitamina D con el objetivo de ajustar la dosis de vitamina D aportada.

66. ANÁLISIS DE LA REINTRODUCCIÓN DE TRATAMIENTO CON ANTI-TNF EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

J. Sánchez Manubens¹, E. Iglesias Jiménez², J. Calzada Hernández², R. Bou Torrent², C. Giménez Roca², S. Borlán Fernández², A. Zacarías³, A. Fariña⁴ y J. Antón López²

¹Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. ²Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. ³Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. ⁴Hospital Ntra. Sra. Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Evaluar la evolución de pacientes con artritis idiopática juvenil (AIJ) a los que se les reintroduce tratamiento con fármacos bloqueadores del TNF-alfa (AntiTNF) después de retirarlo por remisión.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional. Pacientes de hospital de 3^{er} nivel con AIJ entre 1994-2012.

Resultados: Datos de 63 pacientes. Edad media al debut 61 meses (m) (9-187m) y al diagnóstico 71m (14-188m). 57,1% tenían ANA positivos y 28,5% uveítis asociada. Subtipos AIJ: oligoarticular: 16 (25,4%), oligoarticular extendida: 6 (9,5%), poliarticular FR+: 1 (1,6%), poliarticular FR-: 16 (25,4%), ERA: 14 (22,2%), psoriásica: 1 (1,6%), indiferenciada: 9 (14,3%). Ningún paciente recibió AntiTNF como primera opción de tratamiento. Media de inicio de tratamiento con antiTNF: 793 días (d) (8-4.569). Indicación AntiTNF: 84% brote articular, 3% brote oftalmológico, 13% brote mixto. AntiTNF inicial: etanercept 47 (75%), adalimumab 14 (22%), infliximab 2 (3%). Des del inicio del tratamiento se tardó 229d (10-1601) hasta la inactividad y 418d (145-1773) hasta la remisión clínica con tratamiento. El tratamiento se retiró a 63 pacientes a los 787d (213-2.139). De estos, 43 (68%) presentaron recaída (articular 36, oftálmica 4, mixta 3), 174d (3-1.205) después. Se reintrodujo tratamiento a 41 pacientes, 24d (0-133) después de la retirada. La inactividad clínica se alcanzó a los 96d (13-510) y la remisión clínica a los 286d (96-678). A 18 pacientes se les retiró por 2^a vez el AntiTNF 683d (152-1608) después del reinicio. De estos, 11 (61%) presentó recaída (articular 7, oftálmica 3, mixta 1), 256d (23-680) después. A 9 se les reintrodujo de nuevo el AntiTNF 11d (0-32) después de su retirada. Estos pacientes tardaron 219d (42-1.223) en alcanzar la inactividad y 432d (229-1.462) la remisión.

Conclusiones: La reintroducción de los fármacos AntiTNF después de su retirada es efectiva en la mayoría de pacientes. Con las reintroducciones posteriores la eficacia de estos fármacos disminuye y se tarda más en alcanzar la inactividad y remisión.

67. ENTESITIS, SINOVITIS Y TENOSINOVITIS POR ULTRASONOGRAFÍA EN PACIENTES CON PSORIASIS: VALOR DIAGNÓSTICO DE LOS CUESTIONARIOS PASE, EARP Y VARIABLES PREDICTIVAS

D. Reina¹, D. Vidal², D. Cerdà¹, P. Estrada¹, S. García¹, J.L.R. Martín³, V. Navarro¹, D. Roig¹, V. Torrente¹ y H. Corominas¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Dermatología. Hospital Moisès Broggi/Hospital General de L'Hospitalet. Barcelona. ³Simplifying Research Institute. Toledo.

Objetivos: Evaluar la calidad diagnóstica de los cuestionarios PASE y EARP en la detección ultrasonográfica de entesitis, sinovitis y tenosinovitis. Determinar posibles variables predictiva de estos hallazgos.

Métodos: Transversalmente se analizó la validez diagnóstica de los cuestionarios PASE y EARP en un total de 96 pacientes consecutivos. Se realizó la valoración clínica y ecográfica a doble ciego. Se

estableció un modelo de análisis ROC para las puntuaciones de los cuestionarios, utilizando como variable de referencia los hallazgos ecográficos. A partir de los datos obtenidos se determinó el punto diagnóstico más óptimo según un modelo de análisis de Youden, obteniendo la sensibilidad y especificidad junto a los valores predictivos, así como el likelihood ratio (LR) y odds ratio diagnóstico (OR). Se realizó un modelo de regresión logística para determinar posibles variables predictoras de entesitis, sinovitis y tenosinovitis. **Resultados:** EARP: Los análisis realizados indicaron un AUC de 0,66 en sinovitis sobre un punto Youden de 3,5. Sensibilidad 66,7% y especificidad 60,8%. Valores predictivos positivos y negativos de 16,2% y 94,1% respectivamente. Para tenosinovitis el punto Youden fue 2,5 y AUC de 0,74, sensibilidad 100% y especificidad 48,8%; LR+: 1,81 (1,35-2,43). PASE: el AUC para detectar entesopatía se estableció en 0,62 con Youden 25. Sensibilidad 82,1% y especificidad 41,7%; LR+ 1,39 (1,06-1,84) y OR 3,07 (1,06-8,85). Variables predictoras de sinovitis: PCR p = 0,0003 y VSG p = 0,0041.

Conclusiones: Los test PASE y EARP tuvieron un comportamiento diagnóstico en entesitis, tenosinovitis y sinovitis siguiendo el habitual patrón donde existen bajas prevalencias de hallazgos. En estos casos los test incrementan su valor predictivo negativo, centrando su mayor utilidad en descartar enfermedad.

68. LA UTILIDAD DE LA BIOPSIA MUSCULAR EN LA VASCULITIS SISTÉMICA EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

S. Rodríguez-Muguruza¹, J. Sanint¹, X. Sáenz-Sardá², A. Prior-Español¹, Y. García-Mira¹, S. Holgado¹, L. Mateo¹, J. Cañellas¹, M. Martínez-Morillo¹, X. Tena¹, I. Casas³, J.L. Mate² y A. Olivé¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Anatomía Patológica; ³Servicio de Epidemiología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: Las vasculitis sistémicas incluyen a un grupo de entidades heterogéneas que se caracterizan por la presencia de inflamación y necrosis de la pared vascular halladas en el análisis histológico del órgano afectado. La biopsia muscular es un procedimiento ambulatorio y mínimamente invasivo, realizado con anestesia local, que forma parte del diagnóstico de las vasculitis sistémicas al alcance del reumatólogo.

Objetivos: Evaluar el valor diagnóstico de la biopsia muscular en las vasculitis sistémicas en un servicio de reumatología.

Métodos: Estudio retrospectivo. Entre 1984-2015 en un hospital universitario de tercer nivel con un área de referencia de 850.000 habitantes se realizaron 619 biopsias musculares. Se analizaron los datos clínicos, analíticos, neurofisiológicos y anatomopatológicos de todos los pacientes sometidos a una biopsia muscular ante la sospecha diagnóstica de una vasculitis sistémica. Las biopsias musculares fueron realizadas por reumatólogos, en el músculo gemelar, todas fueron unilaterales y "abiertas". Las biopsias se clasificaron en positivas y negativas para vasculitis. La positividad estuvo dada por la presencia de vasculitis necrotizante o no necrotizante vista en el microscopio óptico. El diagnóstico de vasculitis sistémica se basó en datos clínicos, analíticos e histológicos.

Resultados: De las 619 biopsias musculares, 55 fueron indicadas dada la sospecha clínica de vasculitis sistémica. Fueron 29 (52,7%) mujeres y 26 hombres (47,3%), con una media de edad de 64,4 años (DE 15,22). De las 55 biopsias realizadas: 47 fueron positivas (sensibilidad de 85%) y 8 (14,6%) negativas. Los diagnósticos fueron: 41 (74,5%) vasculitis necrotizantes (poliarteritis nodosa y poliangeítis microscópica), 5 (9,1%) granulomatosis eosinofílica asociada a poliangeítis, 4 (7,3%) granulomatosis asociada a poliangeítis, 2 (3,6%) crioglobulinemias, 1 (1,8%) vasculitis reumatoide y 2 (3,6%) pacientes sin diagnóstico definido. De 45 pacientes en los que se disponía de estudio inmunológico, 24 (53,3%) fueron ANCA positivo: 20 con

biopsia positiva y 4 con biopsia negativa. No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos excepto en la presencia un electromiograma patológico. Los pacientes con biopsia positiva mostraron mayor frecuencia de alteración en el electromiograma ($p = 0,01$). Se observó que la pérdida de peso, mialgias, parestesias, púrpura y dolor testicular se presentaron con mayor frecuencia en los pacientes con biopsia positiva, sin embargo estas diferencias no son estadísticamente significativas. No se presentaron complicaciones posteriores al procedimiento.

	Biopsia positiva (n = 47)	Biopsia negativa (n = 8)	valor p
Hombre/mujer, n (%)	24/23 (51/49)	5/3 (62,5/37,5)	0,5
Edad al momento de la biopsia (años), media (DE)	65,1 (14,34)	60 (20,2)	0,3
ANCA positiva/negativa	20 (54,1)/17 (45,9) (n = 37)	4 (50)/4 (50)	0,8
VSG(mm), media (DE)	58,2 (35,6)	64,7 (36,3)	0,6
Hemoglobina (g/dL), media (DE)	11,24 (1,4)	10,25 (1,3)	0,8
Pérdida de peso (≥ 2 kg) n (%)	13 (27,7)	2 (25)	0,8
Fiebre (≥ 38 °C) n (%)	20 (42,5)	5 (62,5)	0,3
Mialgia n (%)	18 (38,3)	3 (37,5)	0,9
Parestesias n (%)	20 (42,6)	2 (25)	0,3
Artralgia n (%)	12 (25,5)	2 (25)	0,9
Púrpura n (%)	7 (14,9)	1 (12,5)	0,8
Dolor testicular n (%)	3 (6,4)	0	0,4
Úlceras en piernas n (%)	5 (10,6)	2 (25)	0,3
Dolor abdominal n (%)	3 (6,4)	1 (12,5)	0,5
Dolor gemelar n (%)	12 (25,5)	3 (37,5)	0,5
Electromiograma patológico n (%)	12 (25,5)	2 (25)	0,01

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que la biopsia muscular es una técnica de fácil acceso, simple, clínicamente útil y con una sensibilidad elevada para el diagnóstico de las vasculitis sistémicas. La presentación clínica de los pacientes con biopsia positiva y negativa no presentan diferencias significativas. Los pacientes con biopsia positiva tienen con mayor frecuencia una electromiograma patológico.

69. DATOS DEMOGRÁFICOS Y CARACTERÍSTICAS BASALES DE LA ENFERMEDAD ASOCIADOS CON LA RESPUESTA A GOLIMUMAB EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOLÓGICA ACTIVA. ESTUDIO GO-AHEAD

M. Dougados¹, G. Bergman², W.P. Maksymowych³, S.P. Curtis², S. Huyck², A. Tzontcheva² y J. Sieper⁴

¹Universidad de París-Descartes. París. Francia. ²Merck & Co. Inc. Kenilworth. NJ. EEUU. ³University of Alberta. Edmonton. AB. Canadá. ⁴Clínica Universitaria Benjamin Franklin. Berlín. Alemania.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar la respuesta en subgrupos de pacientes con espondiloartritis axial no radiológica (EsA Axial-nr) y distintas características demográficas y de la enfermedad tratados con golimumab o placebo durante 16 semanas.

Métodos: GO-AHEAD fue un estudio doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo de golimumab en pacientes con EsA Axial-nr activa (según criterios ASAS, lectura centralizada de rayos-X y RM de las articulaciones sacroilíacas; duración de la enfermedad ≤ 5 años; dolor lumbar crónico; elevada actividad de la enfermedad [dolor lumbar ≥ 40 mm en EAV/BASDAI ≥ 4 cm]; y respuesta inadecuada/intolerancia a AINEs). Los pacientes fueron aleatorizados 1:1 a golimumab 50 mg subcutáneo o placebo cada 4 semanas. Se estimó la diferencia entre grupos de tratamiento e IC del 95% para respuesta ASAS20 y ASAS40 en semana 16. Las diferencias entre los tratamientos y los subgrupos se compararon mediante el método de Miettinen-Nurminen estratificado con presencia de signos basales de inflamación de las articulaciones sacroilíacas en la RM y la concentración de PCR en el screening del estudio.

Resultados: Se incluyeron un total de 197 pacientes (97 con golimumab y 100 con placebo). El 71,1% de los pacientes tratados con golimumab y el 40% de los que recibieron placebo alcanzaron una respuesta ASAS 20 en semana 16 ($p < 0,0001$). Aunque la magnitud de la respuesta difirió ligeramente entre los subgrupos, las respuestas fueron superiores con golimumab que con placebo en la mayoría de los subgrupos ($p < 0,05$; tabla). Debido al bajo número de pacientes en los subgrupos y a la posibilidad de que la muestra aleatorizada no sea representativa, estos resultados se deben considerar como exploratorios e interpretarse con precaución. Las diferencias entre los grupos de tratamiento parecieron ser superiores en los pacientes con signos objetivos de inflamación (sacroileítis en RM o PCR $>$ límite superior normal). Los valores de ASAS 40 fueron muy parecidos a los de ASAS 20.

ASAS 20 en Semana 16 por Grupo de Tratamiento y Características Basales

Subgrupo	Golimumab, n/N (%)	Placebo, n/N (%)	Diferencia vs placebo*, % (IC95%)
Sexo			
Mujeres	21/36 (58,3)	20/48 (41,7)	14,8 (-6,9, 35,4)
Hombres	48/61 (78,7)	16/45 (35,6)	40,0 (21,8, 55,6)
Edad			
≤ 30 años	41/56 (73,2)	16/45 (35,6)	39,6 (20,4, 56,0)
> 30 años	28/41 (68,3)	24/55 (43,6)	26,1 (5,6, 43,7)
Duración de la enfermedad			
$>$ Mediana	38/48 (79,2)	18/51 (35,3)	43,3 (24,1, 59,3)
\leq Mediana	31/49 (63,3)	22/49 (44,9)	18,2 (-1,4, 36,3)
HLA-B27			
Negativo	8/16 (50,0)	7/18 (38,9)	11,1 (-23,3, 43,5)
Positivo	61/81 (75,3)	33/82 (40,2)	35,0 (20,2, 48,2)
Sacroileítis en RM			
Sí	48/65 (73,8)	25/66 (37,9)	36,0 (19,3, 50,7)
No	21/32 (65,6)	15/34 (44,1)	21,6 (-2,6, 43,0)
PCR			
\leq LSN	35/58 (60,3)	25/59 (42,4)	17,9 (-0,3, 35,0)
$>$ LSN	34/39 (87,2)	15/41 (36,6)	50,6 (30,5, 66,6)
Sacroileítis en RM (+) o PCR $>$ LSN	60/78 (76,9)	30/80 (37,5)	39,6 (24,6, 52,6)
Sacroileítis en RM (-) y PCR = LSN	9/19 (47,4)	10/20 (50,0)	-2,6 (-32,7, 27,9)

*Diferencias derivadas del modelo estadístico. LSN = límite superior normal.

Conclusiones: En general, los pacientes con EsA Axial-nr activa que recibieron golimumab, tuvieron más probabilidades de alcanzar un ASAS 20 en semana 16 que los tratados con placebo, incluyendo los pacientes con signos objetivos de inflamación en el momento basal (p. ej., sacroileítis en RM o PCR $>$ límite superior normal). El estudio GO-AHEAD fue financiado por Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, EEUU.

70. USO DE TERAPIA SISTÉMICA EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

M. Fernández Castro¹, J.L. Andreu², C. Sánchez-Piedra³, V. Martínez Taboada⁴, A. Olivé⁵, J. Rosas⁶, R. Menor⁷, B. Rodríguez⁸, A. García Aparicio⁹, F.J. López-Longo¹⁰, S. Manrique-Arija¹¹, J.A. García Vadillo¹², S. Gil Barato¹³, R. López-González¹⁴, F.J. Narváez García¹⁵, C. Galisteo¹⁶, J. González Martín¹⁷, E. Ruiz Lucea¹⁸, C. Erausquin¹⁹, O. Illera¹, L. Romani²⁰, S. Melchor²¹, B. Moreira²², E. Raya²³, C. Mouriño²⁴, N. Cid²⁵, E. Júdez²⁶, C. Moriano²⁷, V. Torrente²⁸, H. Corominas²⁹, B. García Magallón³⁰, C. Guillén Astete³¹, I. Castellví³², C. Bohórquez³³, J. Loricera⁴, J. Belzunegui³⁴ y "Proyecto SJOGRENSER del Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la SER"

¹Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. ²Hospital Puerta de Hierro. Madrid. ³Unidad de Investigación de la SER. ⁴Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. ⁵Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁶Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ⁷Hospital General Jerez de la Frontera. ⁸Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁹Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ¹⁰Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ¹¹Hospital

Carlos Haya. Málaga. ¹²Hospital de la Princesa. Madrid. ¹³Hospital General de Alicante. ¹⁴Hospital Virgen de la Concha. Zamora. ¹⁵Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. ¹⁶Hospital Parc-Taulí. Sabadell. ¹⁷Hospital Madrid Norte Sanchinarro. Madrid. ¹⁸Hospital de Basurto. Bilbao. ¹⁹Hospital Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ²⁰Hospital Virgen de las Nieves. Granada. ²¹Hospital 12 de Octubre. Madrid. ²²Hospital de Sierrallana. Torrelavega. ²³Hospital Clínico San Cecilio. Granada. ²⁴Hospital de Meixoeiro. Vigo. ²⁵Hospital de Valme. Sevilla. ²⁶Hospital de Albacete. ²⁷Hospital de León. ²⁸Hospital de L'Hospitalet. ²⁹Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ³⁰Hospital Miguel Servet. Zaragoza. ³¹Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ³²Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³³Hospital Príncipe de Asturias. Madrid. ³⁴Hospital de Donostia. San Sebastián.

Objetivos: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica que afecta preferentemente a las glándulas exocrinas. Sin embargo, su espectro clínico incluye el desarrollo de múltiples manifestaciones extraglandulares que condicionan el pronóstico del paciente y que requieren con frecuencia terapia sistémica. El objetivo del presente estudio es describir el tratamiento sistémico en la práctica clínica diaria de una cohorte española de pacientes con SSp y su asociación a afectación de órgano o sistema.

Métodos: Estudio transversal descriptivo multicéntrico de pacientes con SSp clasificados según criterios consenso europeo-americanos (Vitali, 2002). Se incluyeron aleatoriamente pacientes atendidos en consultas de 33 servicios de reumatología españoles. Se utilizaron tanto la historia clínica como la entrevista médica para la obtención de los datos. Se recogieron características epidemiológicas, clínicas, serológicas, complicaciones y tratamientos. El estudio obtuvo la aprobación de los CEIC locales y los pacientes firmaron el consentimiento informado correspondiente. Las variables se han analizado con estadística descriptiva mediante el cálculo de medias, medianas y frecuencias, con sus respectivas desviaciones y rangos intercuartílicos (p25-p75). Se utilizó la prueba de chi cuadrado para establecer las asociaciones estadísticas, considerándose una $p < 0,05$ como significativa.

Resultados: Se incluyeron 437 pacientes. El 95% fueron mujeres. La mediana de edad de la cohorte fue de 58 años. El 84% de los pacientes había recibido o estaba recibiendo antiinflamatorios no esteroideos (AINE), el 49% glucocorticoides (GC), el 7% bolus de GC, el 51% antipalúdicos, el 13% metotrexato (MXT), el 10% azatioprina (AZA), el 4% micofenolato mofetilo (MM), el 3% leflunomida (LF), el 3% ciclofosfamida (CF), el 1% tacrólimus, el 0,7% dapsona y el 0,5% ciclosporina A. Los AINEs se utilizaron significativamente con más frecuencia en los pacientes con afectación articular ($p < 0,05$). Los GC se utilizaron significativamente con más frecuencia en los pacientes con afectación articular, pulmonar, del sistema nervioso central (SNC) y periférico (SNP) y con citopenia ($p < 0,05$). Así mismo, los bolus de GC se emplearon significativamente con más frecuencia en los enfermos con afectación articular, pulmonar, del SNC y SNP ($p < 0,05$). Los antipalúdicos se emplearon significativamente con más frecuencia en los pacientes con afectación articular ($p < 0,05$). El MXT se utilizó significativamente con más frecuencia en los individuos con afectación articular, del SNC y citopenia ($p < 0,05$). La LF se empleó significativamente con más frecuencia en los enfermos que presentaban afectación del SNC y citopenia. La AZA se utilizó significativamente con más frecuencia en los individuos con afectación pulmonar, del SNC y citopenia ($p < 0,05$). El MM se empleó significativamente con más frecuencia en los pacientes con afectación renal, pulmonar, del SNP y citopenia ($p < 0,05$). La CF se utilizó significativamente con más frecuencia en los pacientes que habían desarrollado afectación articular, pulmonar, del SNC y SNP ($p < 0,05$).

Conclusiones: A pesar de la ausencia de ensayos clínicos controlados demostrando eficacia y seguridad, la utilización de terapia sistémica

en los pacientes con SSp es muy frecuente. Su uso se relaciona fundamentalmente con la presencia de manifestaciones musculoesqueléticas, neurológicas, pulmonares y hematológicas.

71. ESTUDIO OBSERVACIONAL Y ABIERTO EN PACIENTES CON AR CON Y SIN EXPOSICIÓN PREVIA A ANTI-TNF TRATADOS CON CERTOLIZUMAB PEGOL DURANTE 12 SEMANAS PARA EVALUAR LA DISCAPACIDAD Y RESULTADOS ECOGRÁFICOS: ESTUDIO SONAR

F.J. Blanco García, E. Rubio Romero, J. Ramírez, C. Díaz Torne, P. Talavera, J. Dunkel y E. Naredo, en representación del equipo del estudio SONAR

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Hospital Clínic de Barcelona. España. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. UCB Pharma. Madrid. UCB Pharma. Monheim. Alemania. Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción y objetivos: La artritis reumatoide (AR) afecta en gran medida a la función física y a la calidad de vida (CdV) de los pacientes. Para evaluar la actividad de la enfermedad, se emplean los resultados notificados por médicos y pacientes (PRO, patient reported outcomes), y además la ecografía (EG) musculoesquelética. Certolizumab pegol (CZP) es un anti-TNF pegilado sin región Fc aprobado para el tratamiento (tto) de la AR de moderada a grave en adultos, en combinación con metotrexato (MTX) o como monoterapia en pacientes intolerantes al MTX. En este estudio se evaluó el impacto de CZP en el desenlace clínico y la CdV y en las mediciones EG, a lo largo de 12 semanas (sem), en pacientes con AR.

Métodos: SONAR fue un estudio multicéntrico, abierto, prospectivo y no intervencionista de 12 sem de duración (NCT01526434). Los pacientes tenían AR activa (según los criterios del ACR, = 3 meses) con un DAS28 (VSG) > 4,5 y proteína C reactiva (PCR) > 1,0 mg/dl en la visita basal. Los pacientes fueron tratados con CZP (400 mg en las sem 0, 2 y 4, seguido de 200 mg cada 2 sem), y podía ser pacientes con primer cambio a anti-TNF o bien sin tto anti-TNF previo. La decisión de tratar con CZP fue independiente de la decisión de incluir a los pacientes en el estudio. El objetivo primario fue el resultado del cuestionario de discapacidad (HAQ-DI) en la sem12; otras evaluaciones incluyeron el DAS28(VSG), el dolor (mediante EVA) y el SF-36. Los resultados de las mediciones EG incluyeron cambios desde la visita basal hasta la sem12 en el índice EG de 24 articulaciones global (con índice de hipertrofia sinovial, índice de derrame e índice de señal del power Doppler). Se evaluó la fiabilidad intralector. Todos los datos ausentes se indicaron como tales a no ser que se especificara lo contrario.

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes en total, de los cuales 77(96%) recibieron tratamiento con CZP (población de seguridad, edad 53,8 años de media, 74% mujeres y 74% no habían recibido tto anti-TNF previo), y de estos 65 (81%) no presentaban desviaciones del protocolo importantes y disponían de una evaluación basal y de otra post-basal de la eficacia (grupo completo de análisis, GCA). De los pacientes del GCA, 60/65 pacientes [92,3%] completaron el tratamiento con CZP hasta la sem 12, y la mayoría de ellos eligió seguir en tratamiento con CZP tras la sem 12. Hasta la sem 12 se observaron mejorías en el HAQ-DI, DAS28(VSG), dolor y SF-36 (MCS y PCS), independientemente de la exposición previa con antiTNF (tabla). Se observaron reducciones en el índice de hipertrofia sinovial, de derrame y de señal del power Doppler hasta la sem 12 en todos los grupos de pacientes (tabla). Ningún paciente abandonó el tratamiento con CZP por falta de eficacia. No se han identificado nuevas señales relacionadas con la seguridad. A las 12 sem, en todas las variables principales se observaron diferencias estadísticamente significativas en comparación con la visita basal *.

Tabla Póster 71

Media (DE)	Valor basal Todos [N = 65]	Valor basal Sin tto. previo [N = 48]	Valor basal Primer cambio [N = 17]	Cambio respecto al momento basal en la semana 12 Todos [N = 65]	Cambio respecto al momento basal en la semana 12 Sin tto. previo [N = 48]	Cambio respecto al momento basal en la semana 12 Primer cambio [N = 17]
HAQ-DI	1,4 (0,8) [n = 64]	1,4 (0,8) [n = 48]	1,4 (0,7) [n = 16]	-0,6 (0,6)* [n = 47]	-0,7 (0,5) [n = 34]	-0,3 (0,6) [n = 13]
DAS28(VSG)	5,8 (1,1) [n = 65]	5,8 (1,1) [n = 48]	6,0 (1,1) [n = 17]	-2,2 (1,5)* [n = 44]	-2,1 (1,4) [n = 32]	-2,6 (1,7) [n = 12]
Dolor (EVA)	66,8 (22,1) [n = 63]	67,6 (22,6) [n = 47]	64,7 (21,1) [n = 16]	-36,8 (26,8)* [n = 46]	-36,2 (27,4) [n = 33]	-38,5 (26,2) [n = 13]
SF-36 PCS	32,2 (7,7) [n = 63]	32,7 (8,0) [n = 47]	30,7 (6,9) [n = 16]	5,9 (6,5)* [n = 46]	6,1 (6,2) [n = 33]	5,4 (7,5) [n = 13]
SF-36 MCS	42,4 (12,8) [n = 63]	40,9 (13,3) [n = 47]	46,9 (10,3) [n = 16]	6,0 (10,1)* [n = 46]	5,1 (10,7) [n = 33]	8,3 (8,2) [n = 13]
Índice de hipertrofia sinovial	19,3 (10,9) [n = 63]	19,3 (10,1) [n = 47]	19,5 (13,1) [n = 16]	-8,0 (8,1) [n = 46]	-8,9 (7,2) [n = 33]	-5,5 (9,9) [n = 13]
Índice de derrame	14,3 (10,6) [n = 63]	13,5 (9,4) [n = 47]	16,8 (13,8) [n = 16]	-6,1 (7,5) [n = 46]	-6,1 (6,9) [n = 33]	-5,9 (9,1) [n = 13]
Índice de señal del power Doppler	8,9 (7,0) [n = 63]	9,0 (6,5) [n = 47]	8,6 (8,4) [n = 16]	-4,7 (6,5) [n = 46]	-5,0 (6,4) [n = 33]	-4,1 (6,7) [n = 13]

Conclusiones: Los pacientes con AR mostraron mejoras en los resultados clínicos, de EG y los PRO tras 12 sem de tratamiento con CZP, independientemente de su exposición previa a anti-TNF. Estos resultados, obtenidos en la práctica clínica real, añaden consistencia a los hallazgos de estudios clínicos previos en los que se demostraba el impacto de CZP sobre los signos y síntomas de la AR.

72. TOLERABILIDAD Y EFICACIA DE GOLIMUMAB A LARGO PLAZO EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOLÓGICA ACTIVA: RESULTADOS DE LA FASE ABIERTA DE EXTENSIÓN DEL ESTUDIO GO-AHEAD

D. van der Heijde¹, M. Dougados², W.P. Maksymowych³, G. Bergman⁴, S.P. Curtis⁴, A. Tzontcheva⁴, G. Philip⁴, S. Huyck⁴ y J. Sieper⁵

¹Centro Médico de la Universidad de Leiden. Leiden. Países Bajos.

²Universidad de París-Descartes. París. Francia. ³University of Alberta. Edmonton. AB. Canadá. ⁴Merck & Co. Inc. Kenilworth. NJ. EEUU.

⁵Clínica Universitaria Benjamin Franklin. Berlín. Alemania.

Objetivos: Recientemente se ha investigado la tolerabilidad y eficacia de golimumab como tratamiento de la espondiloartritis axial no radiológica (EsA Axial-nr) en un estudio fase 3, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo (PBO) (GO-AHEAD). Se presentan los resultados de la fase abierta de extensión del estudio GO-AHEAD en el que se evaluó el tratamiento a largo plazo con golimumab en pacientes con EsA Axial-nr.

Métodos: Los pacientes que completaron las 16 semanas fueron seleccionados para recibir golimumab 50 mg en una fase abierta cada 4 semanas durante una extensión de 44 semanas (36 semanas de período de tratamiento; 8 semanas de seguimiento de seguridad). Las evaluaciones de seguridad incluyeron la incidencia/severidad de los acontecimientos adversos (AAs). Entre las variables de eficacia se encontraban ASAS20, ASAS40, BASDAI50, ASAS remisión parcial (RP) (≤ 20 mm en los 4 dominios) y ASDAS en semanas 20, 24, 32, 40 y 52. La evaluación de la calidad de vida se llevó a cabo mediante el EQ-5D y el Cuestionario de Alteración en la Actividad y Productividad Laboral (WPAI) en las semanas 16 y 52. Los datos se resumieron de manera descriptiva incluyéndose todos los pacientes. Aquellos pacientes con valores no disponibles de ASAS20, ASAS40 y ASAS RP se consideraron no respondedores. Fueron necesarias 3 de 5 respuestas en el BASDAI. Se utilizaron sólo datos observados, sin imputación de los datos omitidos. ASDAS se calculó únicamente si se disponía de información de todos los componentes.

Resultados: De los 197 pacientes del estudio doble ciego, 189 entraron en la extensión (golimumab/golimumab, 93/97 [96%]; PBO/golimumab, 96/100 [96%]). En total, 174/189 (92%) pacientes completaron todas las visitas (golimumab/golimumab, 85/93 [91%]; PBO/golimumab, 89/96 [93%]). No hubo diferencias notables en el número/tipo de AAs entre los grupos golimumab/golimumab y PBO/golimumab (tabla). El grupo PBO/golimumab mostró una mejoría considerable de ASAS20, ASAS40, BASDAI50 y ASAS-RP tras cambiar

de placebo a golimumab, mientras que la proporción de respondedores en el grupo golimumab/golimumab siguió siendo superior a la del grupo PBO/golimumab durante todo el estudio. En semana 52 vs semana 16 la media del cambio respecto al momento basal de ASDAS fue similar o mejor en el grupo golimumab/golimumab (-2,2 vs -1,7) y mejoraron en el grupo PBO/golimumab tras cambiar a golimumab (-1,7 vs -0,6). En semana 52, la media del cambio respecto al momento basal en la EAV del EQ-5D fue de 3,2 cm en el grupo golimumab/golimumab y 2,3 cm en el grupo PBO/golimumab, mientras que la variación media respecto al momento basal del deterioro en el trabajo fue -28,1% en el grupo golimumab/golimumab y -22,8% en PBO/golimumab.

Resumen acontecimientos adversos en la fase abierta de extensión del GO-AHEAD

AAs, n (%) (incluye los pacientes que recibieron ≥ 1 dosis del fármaco del estudio)	Golimumab/golimumab (N = 93)	PBO/golimumab (N = 96)	Total (N = 189)
AA durante el tratamiento	39 (41,9)	52 (54,2)	91 (48,1)
AA más frecuentes relacionados con el tratamiento	12 (12,9)	16 (16,7)	28 (14,8)
Nasofaringitis	2 (2,2)	3 (3,1)	5 (2,6)
Infección de las vías respiratorias altas	2 (2,2)	2 (2,1)	4 (2,1)
Cefalea	2 (2,2)	2 (2,1)	4 (2,1)
Abandono por AA	1 (1,1)	2 (2,1)	3 (1,6)
AA grave	2 (2,2)	3 (3,1)	5 (2,6)
AA mortal	0	0	0

Conclusiones: En concordancia con los resultados del ensayo aleatorizado GO-AHEAD, el tratamiento con golimumab en la fase abierta de extensión fue en general bien tolerado por los pacientes con EsA Axial-nr. La mejoría en la actividad de la enfermedad se mantuvo en los pacientes que recibieron golimumab en la fase abierta de extensión y en los que cambiaron de PBO a golimumab. El estudio GO-AHEAD fue financiado por Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, EEUU.

73. MANIFESTACIONES EXTRAGLANDULARES DEL SÍNDROME DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

M. Fernández Castro¹, J.L. Andreu², C. Sánchez-Piedra³, A. Olivé⁴, J. Rosas⁵, V. Martínez Taboada⁶, R. Menor⁷, B. Rodríguez⁸, A. García Aparicio⁹, F.J. López-Longo¹⁰, S. Manrique-Arrija¹¹, J.A. García Vadillo¹², S. Gil Barato¹³, R. López-González¹⁴, F.J. Narváez García¹⁵, C. Galisteo¹⁶, J. González Martín¹⁷, E. Ruiz Lucea¹⁸, I. Rúa-Figueroa¹⁹, O. Illera¹, L. Romani²⁰, S. Melchor²¹, B. Moreira²², E. Raya²³, J.M. Pego²⁴, N. Cid²⁵, E. Júdez²⁶, C. Moriano²⁷, V. Torrente²⁸, H. Corominas²⁹, B. García Magallón³⁰, C. Guillén Astete³¹, I. Castellví³², C. Bohórquez³³, J. Loricera⁶, J. Belzunegui³⁴ y "Proyecto SJOGRENSER del Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la SER"

¹Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. ²Hospital Puerta de Hierro. Madrid. ³Unidad de Investigación de la SER. ⁴Hospital

Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁵Hospital Marina Baixa. ⁶Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. Villajoyosa. ⁷Hospital General Jerez de la Frontera. ⁸Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁹Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ¹⁰Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ¹¹Hospital Carlos Haya. Málaga. ¹²Hospital de la Princesa. Madrid. ¹³Hospital General de Alicante. ¹⁴Hospital Virgen de la Concha. Zamora. ¹⁵Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. ¹⁶Hospital Parc-Taulí. Sabadell. ¹⁷Hospital Madrid Norte Sanchinarro. Madrid. ¹⁸Hospital de Basurto. Bilbao. ¹⁹Hospital Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ²⁰Hospital Virgen de las Nieves. Granada. ²¹Hospital Doce de Octubre. Madrid. ²²Hospital de Sierrallana. Torrelavega. ²³Hospital Clínico San Cecilio. Granada. ²⁴Hospital de Meixoeiro. Vigo. ²⁵Hospital de Valme. Sevilla. ²⁶Hospital de Albacete. ²⁷Hospital de León. ²⁸Hospital de L'Hospitalet. ²⁹Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ³⁰Hospital Miguel Servet. Zaragoza. ³¹Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ³²Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³³Hospital Príncipe de Asturias. Madrid. ³⁴Hospital de Donostia. San Sebastián.

Objetivos: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad sistémica autoinmune caracterizada por la infiltración linfocitaria de las glándulas exocrinas. Sin embargo, puede afectar a cualquier órgano y provocar manifestaciones extraglandulares diversas. El objetivo del presente estudio es describir las manifestaciones sistémicas no incluidas en los índices de actividad de la enfermedad (Sjogren's Syndrome Disease Activity Index y EULAR Sjogren's Syndrome Disease Activity Index).

Métodos: Estudio transversal descriptivo multicéntrico de pacientes con SSp que cumplen criterios de clasificación europeo-americano, seleccionados al azar en 33 unidades de reumatología españolas. Las características epidemiológicas, clínicas y serológicas se recogieron de las historias clínicas así como de la entrevista médica a los pacientes en el momento de la inclusión en el registro. El estudio fue aprobado por los CEIC locales y los pacientes firmaron un consentimiento informado. Se utilizó estadística descriptiva de las variables recogidas mediante el cálculo de medias, medianas y frecuencias, con sus respectivas desviaciones y rangos intercuartílicos (p25-p75). Se utilizó la prueba de chi cuadrado para establecer las asociaciones estadísticas; $p < 0,05$ se considera significativa.

Resultados: Se incluyeron 437 pacientes. El 95% fueron mujeres. La mediana de edad de la cohorte fue de 58 años. El 19% de los pacientes refirió afectación de tráquea o vía aérea superior. El 21% de los individuos presentaron fenómeno de Raynaud. Doce (2,7%) pacientes desarrollaron afectación cardiaca (6 fueron pericarditis; 6 trastornos de la conducción). Un 13% de los pacientes desarrollaron afectación digestiva, la más frecuente la gastritis crónica atrofica (21 pacientes), seguida de la alteración de la motilidad esofágica (12 pacientes) y colitis linfocítica (3 pacientes). Un 7% de los pacientes desarrollaron afectación hepática, siendo las más frecuentes la cirrosis biliar primaria y la hepatitis autoinmune (15 y 14 pacientes, respectivamente), seguidas de la colangitis autoinmune en 3 pacientes; 55 pacientes (13%) presentaron anticuerpos anti-LKM, 15 pacientes anti-mitocondriales y 5 pacientes anti-músculo liso. Siete pacientes desarrollaron afectación pancreática. Setenta y ocho pacientes (18%) desarrollaron afectación tiroidea, siendo el cuadro más frecuente el hipotiroidismo anti-tiroperoxidasa (anti-TPO) positivo en 41 pacientes, seguido del hipotiroidismo subclínico en 23 pacientes, hipotiroidismo anti-TPO- en 12 pacientes e hipertiroidismo anti-TPO+ e hipertiroidismo anti-TPO- en 1 paciente respectivamente. La afectación tiroidea se presentó significativamente con más frecuencia en los pacientes anti-Ro+. El fenómeno de Raynaud se presentó significativamente con más frecuencia en los pacientes anti-La+. La afectación digestiva se presentó significativamente con más frecuencia en los individuos con C3 disminuido. La afectación pancreática se presentó signi-

ficativamente con más frecuencia en los individuos con C3 y C4 disminuidos. La afectación hepática y de la tráquea se presentó significativamente con más frecuencia en aquellos pacientes con hipergammaglobulinemia ($p < 0,05$).

Conclusiones: Hasta un 20% de los pacientes con SSp presentan afectación extraglandular no contemplada en los índices de actividad de la enfermedad. Las características serológicas pueden ser de utilidad en la identificación de este subgrupo de pacientes.

74. FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE TOBILLO: ¿DEBERÍAMOS VALORARLA?

A. Prior-Español¹, S. Rodríguez-Muguruza¹, A. Florido², I. Casas³, J. Sanint¹, Y. García-Mira¹, M. Martínez-Morillo¹, L. Mateo¹, J. Cañellas¹, X. Tena¹, J.A. Hernández-Hermoso², A. Olivé¹ y S. Holgado¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Traumatología; ³Servicio de Epidemiología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: La osteoporosis se define como una enfermedad del esqueleto caracterizada por una resistencia ósea disminuida que predispone a las fracturas. A pesar de que las fracturas de tobillo acontecen con frecuencia, su relación con la osteoporosis es debatida. La valoración de la masa ósea y el tratamiento de estos pacientes no siempre es el más apropiado.

Objetivos: Describir las características de la fractura de tobillo en una serie de pacientes y su relación con la osteoporosis.

Métodos: De manera retrospectiva se revisaron las historias clínicas, densitometrías óseas (DXA) y radiografías de pacientes con fractura de tobillo atendidos entre 2008-2014 en un hospital universitario con un área de referencia de 850.000 habitantes. Se recogieron los datos demográficos (edad, sexo), densidad mineral ósea (DMO), mecanismo de fractura (alto o bajo impacto), tipo de fractura (maleolar, bimalleolar, trimaleolar), tratamiento de la fractura (quirúrgico, conservador) y tratamiento de la osteoporosis. Se dividieron los pacientes en dos grupos (≤ 60 años y > 60 años) y se compararon los datos obtenidos.

Resultados: Se identificaron un total de 299 pacientes con fractura de tobillo, con una media de edad de 49,5 años (DE 26,5); 131 (43,8%) varones y 168 (56,2%) mujeres. De los cuales, el 28,1% ($n = 84$) tenían más de 60 años (74% mujeres y 26% varones) y el 72,2% ($n = 216$) menos de 60 (49% mujeres y 51% varones). La fractura bimalleolar fue la más frecuente en ambos grupos (62,7% y 50,5%). Las fracturas de bajo impacto y el tratamiento conservador predominaron en el grupo de mayor edad (63,9% vs 38%, $p 0,002/20,5\%$ vs 8,3%, $p 0,003$). Tan solo se solicitó la DXA (en los meses posteriores a la fractura) en el 11,7% de los pacientes ($n = 34$); la mitad en cada grupo. De las DXA del grupo de menor edad, el 82% tenían más de 50 años. Entre los mayores de 60 años, solo 1 (5,9%) presentaba una DXA normal, 8 (47,1%) tenían osteopenia y 9 (47,1%) osteoporosis. El ratio de osteoporosis fue significativamente más alto en el grupo mayor de 60 años (10,8% vs 1,4%, $p < 0,005$). El ratio de nuevas fracturas fue más elevado en los mayores de 60 años (23,8% vs 12,6%, $p 0,016$), sucediendo entre los 3 y 60 meses posteriores a la fractura de tobillo. Las localizaciones de éstas fueron: 9 en radio distal, 4 vertebrales, 4 en cadera y 3 en otras.

Conclusiones: Las fracturas de la articulación del tobillo en las personas mayores son más frecuentes en las mujeres. No se realiza una DMO en la mayoría de los casos. Las características de las fracturas y el mayor índice de nuevas fracturas en el grupo de mayor edad indican una posible relación con la osteoporosis. Se concluye que ante una fractura de la articulación tobillo se debería valorar el estudio y posterior tratamiento de la osteoporosis.

75. AUMENTO DE LA FRECUENCIA DE CÉLULAS B REGULADORAS CD19+CD24HIGHCD38HIGH CIRCULANTES EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA)

M.B. Bautista Caro, I. Arroyo Villa, E. de Miguel, D. Peiteado, C. Plasencia Rodríguez, A. Villalba, A. Puig Kröger, P. Sánchez-Mateos, E. Martín-Mola y M.E. Miranda Carús

Servicio de Reumatología. Hospital La Paz-IdiPAZ. Madrid.

Introducción: Las células B CD19+CD24highCD38high poseen capacidad reguladora y su frecuencia se encuentra alterada en sangre periférica de pacientes con varias enfermedades autoinmunes. La patogenia de la EA no se conoce bien, y tanto mecanismos autoinflamatorios como autoinmunes podrían estar implicados en ella. Por otro lado, recientemente se ha descrito una elevación de subpoblaciones de linfocitos B con fenotipo regulador en pacientes con espondiloartritis (Cantaert et al. *Arthritis Rheum.* 2012;64:1859-68).

Objetivos: Estudiar la frecuencia de células B circulantes CD19+CD24 high CD38high (Breg) en pacientes con EA y determinar la capacidad reguladora de este subtipo celular.

Métodos: Obtuvimos sangre periférica de pacientes con EA que nunca habían recibido tratamiento con fármacos biológicos (EA/nb) (n = 37) y controles sanos (CS) pareados para edad y género (n = 37). Después de su aislamiento por gradiente de Ficoll, los PBMCs fueron teñidos con anticuerpos monoclonales frente a CD3, CD4, CD19, CD24 y CD38, y examinados por citometría de flujo. Para los estudios funcionales, las células B CD19+ totales fueron aisladas a partir de PBMCs de 3 CS mediante separación magnética. Las células B deplecionadas de Breg se obtuvieron mediante citometría de flujo, tras pasar las células B CD19+ totales por un sorter FacsVantage (Beckton Dickinson) con el fin de eliminar la población CD19+CD24highCD38high. Se estableció cultivo tanto de células B totales como de células B deplecionadas de Breg, y la secreción de interferon gamma se midió por ELISA en sobrenadantes de estos cultivos que habían sido estimulados a través del receptor de linfocitos B.

Resultados: En comparación con los controles sanos, los pacientes con EA/nb mostraron una frecuencia significativamente elevada de células CD19+CD24high CD38high (Breg). Dicha frecuencia estaba aumentada no sólo en pacientes cuya actividad de la enfermedad era alta o muy alta (ASDAS-PCR > 2,1), sino también en pacientes con actividad baja o nula (ASDAS-PCR < 2,1). La frecuencia de células Breg circulantes no mostró una correlación significativa con los valores de ASDAS-PCR, ASDAS-VSG, BASDAI, PCR o VSG. Los estudios funcionales in vitro mostraron que la secreción de IFN gamma al medio era significativamente mayor en los cultivos de células B CD19+ deplecionadas de Breg que en los cultivos de células B19+ totales, lo cual indica que las células Breg poseen la capacidad de regular negativamente la secreción de citoquinas pro-inflamatorias.

Conclusiones: Los pacientes con EA/nb muestran una frecuencia aumentada de células CD19+CD24highCD38high (Breg) circulantes, y esta observación es independiente del grado de actividad de la enfermedad. Los estudios funcionales in vitro confirmaron que las células B CD19+CD24highCD38high son capaces de regular negativamente la secreción de citoquinas pro-inflamatorias.

76. PRONÓSTICO DE LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS ASOCIADAS A ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL: ANÁLISIS PRELIMINAR DEL REGISTRO REMICAM

T. Cobo-Ibáñez¹, L. Nuño², M.J. García de Yébenes³, B. Joven⁴, P. Carreira⁴, V. Maldonado⁵, C. Larena⁵, I. Llorente⁶, E. Tomero⁶, M.C. Barbadillo⁷, P. García de la Peña⁸, L. Ruiz⁹, J.C. López Robledillo⁹, H. Moruno¹⁰, A. Pérez¹⁰, R. Almodóvar¹¹, L. Lojo¹² y F.J. López-Longo¹³

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid.

²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

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

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) asocia peor morbilidad y mortalidad entre los pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas (MII). Sin embargo, se ha sugerido que los tipos de MII y la presencia y asociación de anticuerpos específicos de miositis podrían influir en el pronóstico de las MII asociadas a EPI.

Objetivos: Investigar el valor pronóstico de los diferentes tipos de MII y de los anticuerpos específicos de miositis en los pacientes con MII asociadas a EPI.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que analizamos los pacientes con MII asociadas a EPI incluidos en el registro multicéntrico REMICAM (1980-2014) (REMICAM: Registro de Miopatías inflamatorias de la Comunidad Autónoma de Madrid). En este registro no se incluyeron pacientes con dermatomiositis (DM) clínicamente amiopáticas. Comparamos el pronóstico entre a) tipos de MII: DM vs polimiositis (PM) idiopática, juvenil, asociada a conectivopatía o asociada a neoplasia; y b) según la ausencia-presencia de anticuerpos anti-Jo1 vs anti-RO vs anti-Jo1 y anti-RO. En este análisis preliminar, elegimos como medidas de desenlace la mortalidad y el cambio en las pruebas de función respiratoria DLCO y CVF (diferencia entre la visita final e inicial) tras tratamiento. Se estimó y comparó la supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier y el test de Log-rank y se determinaron las tasas de mortalidad. Se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney para las diferencias entre grupos en el cambio de DLCO y CVF. El análisis estadístico se realizó mediante Stata 12®, con un nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados: De 478 pacientes incluidos en el registro REMICAM, 143 presentaban EPI, 94 PM (66%) y 49 DM (34%). La distribución por anticuerpos fue: 79 anti-Jo1-/RO- (56%), 29 anti-Jo1+ (20%), 13 anti-RO+ (9%) y 21 anti-Jo1+/RO+ (15%). Se produjeron 52 fallecimientos: 35,6% en las PM, 46,7% en las DM, 45,7% en los anti-Jo1-/RO-, 27,6% en los anti-Jo1+, 33,3% en los anti-Ro+ y 40% en los anti-Jo1+/Ro+. Los eventos cardiovasculares y las infecciones fueron las causas más frecuentes de muerte sin diferencias entre los tipos de MII ($p > 0,05$). La probabilidad global de supervivencia fue de 50% a los 18,8 años y la tasa global de mortalidad fue de 37,3 por 1.000 pacientes-año. No encontramos diferencias al comparar la función de supervivencia entre tipos de MII ($p = 0,645$), ni al excluir del análisis las asociadas a neoplasia o conectivopatía ($p = 0,798$) y tampoco al comparar por anticuerpos ($p = 0,933$). La CVF mejoró más en las DM que en las PM ($1,26 \pm 5,23$ vs $0,53 \pm 4,74$; $p = 0,059$), sin embargo la DLCO empeoró en la DM ($-0,06 \pm 3,54$ vs $1,24 \pm 6,26$; $p = 0,714$). La CVF empeoró en los pacientes anti-Jo1+ ($-0,40 \pm 4,69$ anti-jo1+ vs $0,61 \pm 3,61$ sin anticuerpos vs $1,51 \pm 5,26$ anti-RO+ vs $2,44 \pm 7,81$ anti Jo1+/RO+; $p = 0,827$) y la DLCO en los pacientes anti-RO+ ($-1,21 \pm 4,44$ anti-RO+ vs $0,48 \pm 2,32$ sin anticuerpos vs $1,75 \pm 9,47$ anti-Jo1+ vs $2,20 \pm 6,79$ anti Jo1+/RO+; $p = 0,966$).

Conclusiones: En el registro REMICAM no encontramos diferencias de pronóstico en las causas de mortalidad, en la tasa de mortalidad entre los diferentes tipos de MII, ni en tasa de mortalidad según presencia o no de anticuerpos específicos en los pacientes con EPI. En

los pacientes con DM hay una tendencia a que la mejoría en la CVF sea superior a los diagnosticados de PM. Sin embargo, este análisis es preliminar y precisa ser ampliado.

77. APLASIA PURA DE CÉLULAS ROJAS EN PACIENTES DEL REGISTRO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA (RELESSER)

A. Lois-Iglesias¹, I. Rúa-Figueroa², C. Erausquin², D. Grados Cánovas³, A. Olivé³, V. Quevedo-Vila⁴, J.J. Alegre Sancho⁵, C. Mourinho⁶, J. Calvo-Alén⁶, F.J. López-Longo⁷, M. Galindo⁸, F.J. de Toro-Santos¹ y J.M. Pego-Reigosa⁹

¹Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ²Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ³Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁴Hospital Monforte. ⁵Hospital Dr. Peset. Valencia. ⁶Hospital Sierrallana. Torrelavega. ⁷Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁸Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁹EOXI. IBI. Vigo.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad reumática sistémica autoinmune que, en nuestro medio, presenta manifestaciones hematológicas aproximadamente en el 70% de los casos (Pego-Reigosa et al. Lupus 2015;24:720-9). Algunas de ellas son muy poco frecuentes por lo que no existen grandes series cuyo análisis pueda aportar información relevante.

Objetivos: Estudiar las características de los pacientes con aplasia pura de células rojas (APCR) en una gran muestra de pacientes con LES procedente de RELESSER.

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo a partir de la base de datos del Registro RELESSER, 3.656 pacientes diagnosticados de LES de 45 hospitales españoles. Se analizaron de manera exhaustiva las manifestaciones clínicas/analíticas presentes a 12 niveles (muco-cutáneo, renal, musculoesquelético, constitucional, hematológico, vascular, cardíaco, respiratorio, neuropsiquiátrico, gastrointestinal,

oftalmológico y serológico) antes de la APCR, en el momento de diagnóstico de la APCR y en la última evaluación del paciente. Además, estudiamos también los índices de actividad (SELENA-SLEDAI) y daño (SLICC/ACR DI) en cada uno de esos momentos. Evaluamos los tratamientos recibidos y la respuesta a los mismos, recidivas y el número de exitus por esta manifestación.

Resultados: Encontramos 5 casos de APCR en esta serie (< 0,5% del total). Todas las pacientes eran mujeres caucásicas, con una edad media (\pm DE) de 35,64 \pm 17,64 años. En 4 de los 5 casos la APCR se presentó tras el diagnóstico de LES, con un intervalo de tiempo medio (meses \pm DE) de 107,2 \pm 69,7 meses. En el otro caso la APCR se produjo 132 meses antes de la aparición del LES. En ningún caso se relacionó esta manifestación con infecciones víricas concomitantes. Todas las pacientes respondieron a los tratamientos pautados, alcanzando con los mismos la remisión completa del cuadro y sin presentar recidivas ni desenlaces fatales. Para ello, la media del número de líneas de tratamiento (\pm DE) necesarias fue de 2,2 (\pm 1,01) y la media (\pm DE) del número de tratamientos utilizados fue de 2,8 (\pm 1,92). Salvo la paciente no diagnosticada de LES en el momento de la APCR todas recibieron como tratamiento inicial glucocorticoides (GC), de estas 4 pacientes sólo una alcanzó la remisión con glucocorticoides sin precisar añadir otro tratamiento inmunosupresor. En la tabla exponemos las características de cada paciente.

Conclusiones: La APCR es una causa muy poco frecuente de anemia en el LES. En la mayoría de los casos aparece tras varios años del diagnóstico de LES. Es una manifestación grave pero que, en nuestra serie, con el manejo adecuado del tratamiento presentó una respuesta favorable.

Este estudio ha sido apoyado por el FIS (ISCIII) PI11/02857. También ha sido financiado parcialmente por: GSK, UCB, Roche y Novartis. El Dr. Pego-Reigosa recibe apoyo de BIOCAPS (beca 316265) del 7º Programa Marco de la Unión Europea (FP7/REG-POT-2012-2013.1).

Tabla Póster 77

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
Nº sistemas afectados por LES previos a APCR	No procede	6	6	4	7
Nº sistemas afectados por LES al diagnóstico de APCR	No procede	1	1	1	6
Nº sistemas afectados por LES hasta última evaluación	3	3	5	1	2
Hemoglobina al diagnóstico de APCR (g/dl)	7	4,9	4,9	4,5	6,3
Biopsia/Aspirado médula ósea	Aplasia/hipoplasia selectiva de la serie roja con las demás series normales	Aplasia/hipoplasia selectiva de la serie roja con las demás series normales	Aplasia/hipoplasia selectiva de la serie roja con las demás series normales	Aplasia/hipoplasia selectiva de la serie roja con las demás series normales	Aplasia/hipoplasia selectiva de la serie roja con las demás series normales
SLEDAI//SLICC-ACR DI al diagnóstico de APCR	No procede	4//1	2//1	0//0	20//0
SLEDAI//SLICC-ACR DI al 1 año tras APCR	No procede	0//1	2//1	2//0	4//0
SLEDAI//SLICC-ACR DI en la última evaluación	0//0	6//3	0//2	0//0	0//0
Nº de líneas de tratamiento necesarias	2	2	2	1	4
Tratamientos administrados	1ª: Oxitosona 2ª: Inmunoglobulinas	1ª: Glucocorticoides 2ª: Inmunoglobulinas & Transfusión hemáticas	1ª: Glucocorticoides 2ª: Ciclosporina A	Glucocorticoides	1ª: Glucocorticoides e Hidroxicloroquina 2ª: Belimumab y eritropoyetina 3ª: Rituximab 4ª: Darbeopetina alfa
Nº total de tratamientos administrados	2	3	2	1	6
Nº de recidivas	0	0	0	0	0
Exitus	0	0	0	0	0

78. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOLÓGICA ACTIVA TRAS 16 SEMANAS DE TRATAMIENTO CON GOLIMUMAB. ESTUDIO GO-AHEAD

W.P. Maksymowych¹, S.P. Curtis², M. Dougados³, G. Bergman², S. Huyck², A. Tzontcheva² y J. Sieper⁴

¹Universidad de Alberta. Edmonton. AB. Canadá. ²Merck&Co. Inc. Kenilworth. NJ. EEUU. ³Universidad de París-Descartes. París. Francia. ⁴Clínica Universitaria Benjamin Franklin. Berlín. Alemania.

Objetivos: La inflamación crónica, el dolor lumbar y la rigidez vertebral progresiva asociadas a la espondiloartritis axial (EsA axial) pueden disminuir la calidad de vida (CdV). El objetivo del estudio fue determinar si golimumab es superior a placebo en la mejoría de la CdV de los pacientes con EsA Axial-nr.

Métodos: GO-AHEAD fue un estudio doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo de golimumab en pacientes con EsA Axial-nr activa (por criterios ASAS, lectura centralizada de rayos-X y RM de las articulaciones sacroilíacas; duración de la enfermedad ≤ 5 años; dolor lumbar crónico; elevada actividad de la enfermedad [dolor lumbar ≥ 40 mm en EAV/BASDAI ≥ 4 cm]; y respuesta inadecuada/intolerancia a AINEs). Los pacientes fueron aleatorizados 1:1 a golimumab 50 mg subcutáneo o placebo cada 4 semanas. Las variables secundarias relacionadas con CdV incluían el cuestionario SF-36, ASQoL, EQ-5D, EAV de 0-10 cm, y el Cuestionario de Alteración en la Actividad y Productividad Laboral (WPAL) en semana 16. Se compararon los grupos de tratamiento para todos los pacientes y para la población con signos objetivos de inflamación (inflamación basal de las articulaciones sacroilíacas en la RM evaluada de forma centralizada y/o PCR elevada) mediante un modelo de análisis de datos longitudinales restringidos y la prueba de Mann-Whitney para las puntuaciones del WPAL.

Resultados: Se incluyeron 197 pacientes (golimumab = 97; placebo = 100, edad media 31 años; 57% hombres). En semana 16, los pacientes tratados con golimumab experimentaron una mayor mejoría de la CdV que los tratados con placebo según las escalas ASQoL, EQ-5D y SF-36 (tabla). Los pacientes tratados con golimumab también experimentaron mayores mejorías que los pacientes tratados con placebo en los porcentajes de las puntuaciones WPAL en alteración de la productividad laboral (-21,1 vs -11,7; p = 0,0391) y en la alteración de la actividad (-24,9 vs 8,6; p < 0,0001); la alteración durante el horario laboral y las horas de trabajo perdidas no difirieron significativamente entre los grupos. Los resultados de las mediciones de la CdV y WPAL fueron similares en la población con signos objetivos de inflamación, aunque los pacientes del grupo de golimumab expe-

rimentaron mejorías más acentuadas en el porcentaje del deterioro durante el horario laboral que el grupo placebo (p = 0,0194).

Conclusiones: Los pacientes con EsA Axial-nr activa en tratamiento con golimumab experimentaron una mayor mejoría en la CdV y productividad laboral en semana 16, que los pacientes en tratamiento con placebo; sin embargo, los valores medios indican que se mantuvo cierto grado de disfunción.

El estudio GO-AHEAD fue financiado por Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, EEUU.

79. SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO DE LA TERAPIA BIOLÓGICA, ETANERCEPT Y ADALIMUMAB, PRESCRITA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

C. García Porrúa, T.R. Vázquez Rodríguez, A. Miranda-Filloly y A. Sánchez-Andrade

Sección de Reumatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

Introducción: La supervivencia de la terapia biológica en la artritis reumatoide es un tema muy sensible para el Reumatólogo clínico. Conocer y reportar las características epidemiológicas de cada área geográfica y las peculiaridades de nuestros enfermos, nos permite conocer mejor su respuesta terapéutica y establecer unas normas de manejo más específicas.

Objetivos: Conocer y comparar la tasa de supervivencia a largo plazo del etanercept y adalimumab prescritos en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide según la práctica clínica habitual.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional de todos los pacientes mayores de 18 años diagnosticados de artritis reumatoide y atendidos en el Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo hasta diciembre 2014 y tratados con etanercept y adalimumab durante al menos 6 meses. El Hospital Universitario Lucus Augusti da asistencia a una población de 250.000 habitantes. Para los análisis de supervivencia se utilizaron el método de Kaplan-Meier y análisis de regresión. Para comparar diferencias entre los grupos de curvas de supervivencia se utilizó el test de Log Rank. Este estudio fue aprobado por el Comité Ético Hospitalario.

Resultados: Cuarenta y nueve pacientes cumplieron los criterios de selección. La media de edad fue de 46 años (75% mujeres). El factor reumatoide fue positivo en el 80% de los pacientes. Todos ellos habían sido tratados previamente con FAME. La edad media de los pacientes al comienzo del tratamiento con inhibidor del TNF fue de 52 años de edad. El tiempo medio de la duración de la enfermedad fue de 2,7 años, y la media del DAS28 al inicio del tratamiento fue

Tabla Póster 78

CdV desde Basal hasta Semana 16

	Todos los pacientes tratados			Población SOI		
	Golimumab (N = 97 ^a), Media (DE)	Placebo (N = 100 ^a), Media (DE)	Diferencia vs placebo ^b , Media (IC95%)	Golimumab (N = 78 ^a), Media (DE)	Placebo (N = 80 ^a), Media (DE)	Diferencia vs placebo ^b , Media (IC95%)
ASQoL ^c						
Basal	11,1 (4,6)	10,2 (4,6)		10,9 (4,4)	10,2 (4,8)	
Semana 16	5,6 (5,2)	8,6 (5,1)	-3,5 (-4,7, -2,2) ^d	5,6 (5,2)	8,6 (5,1)	-3,4 (-4,8, -2,0) ^d
EQ-5D						
Basal	0,41 (0,32)	0,44 (0,33)		0,41 (0,32)	0,42 (0,34)	
Semana 16	0,68 (0,28)	0,54 (0,31)	0,15 (0,08, 0,22) ^d	0,68 (0,29)	0,53 (0,32)	0,16 (0,07, 0,24) ^e
EQ-5D-EAV, cm						
Basal	4,5 (2,2)	5,1 (2,1)		4,6 (2,2)	5,2 (2,1)	
Semana 16	6,8 (2,4)	5,5 (2,3)	1,5 (0,9, 2,1) ^d	6,7 (2,5)	5,5 (2,3)	1,5 (0,8, 2,2) ^d
SF-36 Componente Físico						
Basal	32,9 (8,1)	35,0 (8,7)		33,0 (8,3)	35,1 (8,9)	
Semana 16	43,4 (10,2)	38,3 (9,6)	6,6 (4,3, 8,8) ^d	43,6 (10,2)	38,4 (9,9)	6,7 (4,2, 9,2) ^d
SF-36 Componente Mental						
Momento basal	41,1 (11,9)	41,6 (11,1)		40,9 (11,4)	42,2 (11,0)	
Semana 16	47,1 (11,1)	43,1 (11,8)	4,2 (1,4, 7,1) ^f	46,8 (11,6)	42,9 (12,0)	4,5 (1,3, 7,8) ^g

^aEl tamaño de la muestra puede variar por ausencia de datos; ^bDiferencias debidas al modelo estadístico; ^cLa disminución con respecto al valor basal indica mejoría; ^dp < 0,0001; ^ep = 0,0004; ^fp = 0,0034; ^gp = 0,0065.

4.93. Al 65% de los pacientes (n = 32) se le había prescrito etanercept 50 mg/semana como primer tratamiento biológico, mientras que un 35% (n = 17) había sido tratado con adalimumab. La media del DAS28 antes del tratamiento con etanercept fue 4,79, y 5,19 antes de adalimumab (p = 0,110). Etanercept llevó asociado FAME en el 67% de los casos siendo la asociación con adalimumab en el 100% de los pacientes (p < 0,01). El tratamiento concomitante con esteroides fue retirado en el 36% de los pacientes (p < 0,001), el 27% en el grupo de etanercept y 59% en el grupo adalimumab (p < 0,05). Etanercept mostró una mayor supervivencia (media 8,53 años; IC 7,26 a 9,80) en comparación con adalimumab (media 4,87 años, CI 4,01-5,73), p = 0,706 (test Log Rank). Un total de 11 pacientes suspendieron el tratamiento anti TNF, el 91% debido a fallo secundario.

	Etanercept (n = 32) (65%)	Adalimumab (n = 17) (35%)	p
DAS28 al inicio del tratamiento	4.79	5.19	p = 0,110
Asociación con FAME	67%	100%	p < 0,01
Retirada de corticoides	27%	59%	p < 0,05

Conclusiones: La supervivencia global de etanercept y adalimumab en la artritis reumatoide es elevada, siendo la causa principal de interrupción del tratamiento el fallo secundario. El tratamiento con etanercept mostró una mayor supervivencia en comparación con adalimumab. El uso de etanercept como monoterapia fue significativamente superior a adalimumab. El tratamiento con anti-TNF, mayoritariamente adalimumab, permitió reducir la dosis de corticosteroides.

80. SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO DE LOS FÁRMACOS INMUNOSUPRESORES EN PACIENTES CON UVEÍTIS

A. Gómez Gómez¹, Z. Rosales Rosado¹, D. Freitas Núñez¹, C. León Cárdenas¹, P. Arriola Villalobos², C. López Abad², E. Pato Cour¹ y L. Rodríguez Rodríguez¹

¹UGC Reumatología; ²UGC Oftalmología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Evaluar en práctica clínica habitual la supervivencia a largo plazo de los fármacos inmunosupresores (ISs) en pacientes diagnosticados de uveítis. Se estudiaron también los factores asociados a suspensión.

Métodos: Estudio observacional longitudinal en pacientes con uveítis en tratamiento con ISs desde 1989 a 2014. El endpoint primario fue la suspensión del IS por mejoría clínica, ineficacia, evento adverso farmacológico (EA) y otras causas. Se estimó la tasa de suspensión por 100 pacientes-año. Se analizaron las variables asociadas a suspensión por todas las causas y por cada causa específica mediante modelos de regresión de Cox bivariados y multivariados.

Resultados: Se incluyeron 104 pacientes con 207 cursos de ISs (607,2 pacientes-año). Los ISs más frecuentemente utilizados fueron ciclosporina [62 pacientes (59,6%)], metotrexato [46 (44,2%)], azatioprina [36 (34,6%)] e infliximab [25 (24,0%)]. El tratamiento se suspendió en 124 casos (IR 20,4 con intervalo de confianza del 95% [17,1-24,4]). Tras 1 y 10 años, el porcentaje de pacientes que seguía en tratamiento con ISs fue del 72% y del 16%, respectivamente. La tasa de suspensión por mejoría clínica, ineficacia y EA fue de 10,4 [7,8-13,8], 6,5 [4,4-9,5], y 7,2 [4,9-10,5], respectivamente. La tasa de suspensión por todas las causas para ciclosporina, metotrexato, azatioprina, y anti-TNF fue de 21,1 [15,9-28,1], 11,5 [7,8-16,9], 18,3 [12,5-26,9], y 24,1 [16,0-36,3], respectivamente. En el análisis multivariado, la terapia combinada (uso simultáneo de 2 o más fármacos) se asoció con una mayor tasa de suspensión, independientemente de la causa. Los cursos de tratamiento iniciados en años más recientes, comparados con los comenzados previamente, se asociaron de forma independiente a una mayor tasa de suspensión por mejoría

clínica y a una menor tasa de suspensión por EAs. Una mayor edad del paciente se asoció también a una mayor tasa de suspensión por EAs.

Conclusiones: La supervivencia de los ISs en pacientes con uveítis seguidos en práctica clínica habitual es baja, sobre todo debido a mejoría clínica de la uveítis y a EAs. El metotrexato presentó la tasa de suspensión más baja y los anti-TNF la más alta. En los últimos años se observó una menor tasa de suspensión debida a EAs y una mayor tasa de suspensión debida a mejoría clínica.

81. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE PACIENTES CON PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA EN TRATAMIENTO CON USTEKINUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

M. Almirall¹, J. Rodríguez², L. Mateo³, J.M. Carrascosa⁴, J. Notario⁵ y F. Gallardo⁶

¹Servicio de Reumatología. Parc de Salut Mar. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. ³Servicio de Reumatología; ⁴Servicio de Dermatología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁵Servicio de Dermatología. Hospital de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. ⁶Servicio de Dermatología. Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción: Desde que fue aprobado el uso de ustekinumab para el tratamiento de la psoriasis moderada-grave en 2009, dado que el 20-30% de estos pacientes pueden presentar artritis psoriásica asociada, se han tratado con ustekinumab pacientes con ambas patologías en práctica clínica habitual. Los objetivos de este estudio fueron describir una serie de pacientes con psoriasis y artritis psoriásica tratados con ustekinumab en condiciones de práctica clínica y evaluar la evolución del índice de actividad DAS28 en el subgrupo de pacientes con esta información.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que participaron tres centros hospitalarios españoles con unidades especializadas en psoriasis y artritis psoriásica. Se incluyeron pacientes con ambas patologías que hubieran recibido durante un mínimo de tres meses terapia con ustekinumab entre el 1 de marzo de 2009 y el 30 de septiembre de 2015. Se evaluaron las características basales de los pacientes, el número y el porcentaje de pacientes que mantuvieron y suspendieron el tratamiento con ustekinumab, la duración media del tratamiento y el motivo de suspensión. Se describió la evolución del índice DAS28 en el subgrupo de pacientes con esta información en la historia clínica informatizada.

Resultados: Se incluyeron 58 pacientes, el 56,9% de sexo masculino, con una edad media de 51,12 ± 12,68 años. El 82,8% habían llevado terapia biológica previa, de los cuales el 54,17% dos o más anti-TNF. La indicación de ustekinumab fue por dermatología en un 72,4% de los casos, por reumatología en un 8,6% y por ambas especialidades en un 19%. Las otras características basales se muestran en la tabla. Se mantuvo el tratamiento con ustekinumab en un 62,1% de los pacientes (36), con una media de tratamiento de 28,14 ± 24,02 meses, y se suspendió en un 37,9% (22), con una media de tratamiento de 11,59 ± 7,66 meses. De los 22 pacientes a los que suspendió el tratamiento en el 4,5% (sólo 1 caso) fue por efectos secundarios (cefalea intensa), en el 54,6% por ineficacia cutánea, en el 22,7% por ineficacia articular y en el 22,7% por ineficacia cutánea y articular. En 30 pacientes disponíamos de la evolución del índice de actividad DAS28 durante el tratamiento con ustekinumab. 14 pacientes estaban inicialmente en remisión clínica (DAS28 ≤ 2,6) y todos permanecieron en remisión hasta el final del seguimiento y/o la suspensión del tratamiento. 4 pacientes presentaban baja actividad de la enfermedad (DAS 28 de 2,7 a 3,1), de los cuales 3 entraron en remisión a partir de los 3-6 meses y 1 evolucionó a alta actividad. 9 pacientes presentaban moderada actividad de la enfermedad (DAS 28 de 3,2 a 5,1), de los cuales 5 no mejoraron y 4 mejoraron más de

1,2 puntos en el DAS28, tres de los cuales entraron en remisión. 3 pacientes presentaban alta actividad de la enfermedad (DAS \geq 5,2) y los 3 mejoraron más de 1,2 puntos el DAS28, 2 pasaron a tener actividad moderada y 1 entró en remisión a los 12 meses.

Características basales de la cohorte de pacientes con psoriasis y artritis psoriásica en tratamiento con ustekinumab en práctica clínica habitual

Características basales	Pacientes en tratamiento con UST (58)
Hombres, número (%)	33 (56,9%)
Edad (años), media \pm DE	51,12 \pm 12,68
Duración de la psoriasis (años), media \pm DE	22,4 \pm 10,92
Duration de la Apso (años), media \pm DE	12,93 \pm 9,12
Peso (kg), media \pm DE	80,47 \pm 17,07
Obesidad (IMC \geq 30), número (%)	19 (32,8%)
Fumadores activos, número (%)	24 (41,4%)
HLAB27 +, número (%)	8 (13,8%)
Artritis periférica, número (%)	56 (96,6%)
Patrón poliarticular, número (%)	34 (58,9%)
Afectación axial, número (%)	13 (22,4%)
Entesitis en talón, número (%)	25 (43,1%)
Dactilitis, número (%)	18 (31%)
Afectación IFD, número (%)	14 (24,1%)
Psoriasis en placas, número (%)	55 (94,8%)
Onicopatía, número (%)	39 (67,2%)
Tt ^o biológico previo, número (%)	48 (82,8%)
Dos o más anti-TNF previos, número (%)	31 (54,2%)
Tt ^o con MTX, número (%)	15 (25,9%)
Tt ^o con corticoides, número (%)	12 (20,7%)
Indicación principal por dermatología, número (%)	42 (72,4%)
Dosis UST 45 mg, número (%)	55 (94,8%)

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con psoriasis y artritis psoriásica que han recibido ustekinumab con indicación principal dermatológica y alta frecuencia de terapia biológica previa (la mayoría con dos o más anti-TNF) se mantuvo el tratamiento en un 62,1% de los pacientes, sólo se retiró en un caso por efecto adverso no grave y en la mayoría de casos la principal causa de suspensión fue por ineficacia exclusivamente cutánea. Todos los pacientes que estaban en remisión clínica articular la mantuvieron, de los 16 pacientes que presentaban actividad 7 entraron en remisión clínica y de los 12 que presentaban actividad moderada o severa 7 mejoraron más de 1,2 puntos el DAS28.

82. TRATAMIENTO CON USTEKINUMAB EN UNA SERIE DE PACIENTES CON PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LAS CARACTERÍSTICAS BASALES ENTRE LOS PACIENTES QUE SUSPENDIERON EL TRATAMIENTO Y LOS QUE LO MANTUVIERON?

M. Almirall¹, J. Rodríguez², L. Mateo³, J.M. Carrascosa⁴, J. Notario⁵ y F. Gallardo⁶

¹Servicio de Reumatología. Parc de Salut Mar. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. ³Servicio de Reumatología; ⁴Servicio de Dermatología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁵Servicio de Dermatología. Hospital de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. ⁶Servicio de Dermatología. Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción: Ustekinumab, anticuerpo monoclonal inhibidor de las interleuquinas 12 y 23, ha demostrado recientemente eficacia y seguridad para el tratamiento de pacientes con Artritis psoriásica en los estudios PSUMMIT 1 y PSUMMIT 2, pero desde 2009 se está utilizando para el tratamiento de pacientes con psoriasis a raíz de los estudios PHOENIX. Dado que el 20-30% de los pacientes con psoriasis también presentan Artritis psoriásica, desde su aprobación se han tratado pacientes con ambas patologías con ustekinumab en práctica clínica habitual. El objetivo principal de este estudio fue analizar, en una serie de pacientes con psoriasis y artritis psoriá-

sica tratados con ustekinumab en condiciones de práctica clínica, si existían diferencias en las características basales entre los pacientes que suspendieron el tratamiento con ustekinumab y los que lo mantuvieron.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que participaron tres centros hospitalarios españoles con unidades especializadas en psoriasis y artritis psoriásica según criterios CASPAR, con suficientes datos clínicos y demográficos en la historia clínica informatizada, que hubieran recibido durante un mínimo de tres meses terapia con ustekinumab entre el 1 de marzo de 2009 y el 30 de septiembre de 2015. Se recogieron las características basales de los pacientes, el número de pacientes que suspendieron el tratamiento con ustekinumab y el número de pacientes que lo mantuvieron. Se analizó si existían diferencias en las características basales entre los pacientes que suspendieron el tratamiento y los que lo mantuvieron. Las diferencias en las características basales entre los dos grupos de pacientes se calcularon mediante el test t de Student para las variables cuantitativas con distribución normal (presentadas como medias y desviaciones estándar), mediante el test de Mann-Whitney para las variables cuantitativas con distribución no normal (presentadas como medianas y percentiles 25 y 75) y mediante el test de chi-cuadrado para las variables categóricas. Las p con valores menores a 0,05 fueron aceptadas como estadísticamente significativas.

Resultados: Se incluyeron 58 pacientes con psoriasis y artritis psoriásica que habían recibido durante un mínimo de tres meses terapia con ustekinumab. 36 pacientes (62,1%) mantuvieron el tratamiento durante su seguimiento y 22 lo suspendieron (37,9%). De forma estadísticamente significativa, en el grupo de pacientes que suspendieron el tratamiento con ustekinumab había un mayor número de obesos (IMC \geq 30), un menor número de pacientes con psoriasis en placas y habían tomado más tratamientos biológicos previos que el grupo de pacientes que mantuvieron el tratamiento ($p = 0,001$, $p = 0,02$ y $p = 0,049$, respectivamente). No hubieron diferencias estadísticamente significativas en las otras características basales entre los dos grupos de pacientes.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes, se correlacionó la suspensión del tratamiento con ustekinumab con un mayor número de obesos, con menor presencia de psoriasis en placas y con un mayor número de tratamientos biológicos previos.

83. ASOCIACIÓN DE FACTORES DE RIESGO CON DISMINUCIÓN DE MASA ÓSEA EN PERSONAS MAYORES DE AMBOS SEXOS EN MALLORCA

A. Juan¹, G. Frontera², B. Marí³, T. Cabanes³, J. Narváez⁴ y J.M. Nolla⁴

¹Unidad de Reumatología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ²Unidad de Investigación. Hospital Universitari de Son Espases. Palma de Mallorca. ³Unidad de Medicina del Deporte. Institut de Serveis Socials i Esportius. Consell de Mallorca. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La osteoporosis (OP) es la enfermedad metabólica ósea más frecuente, gravada con una importante morbimortalidad. Conocer los determinantes de la disminución de la densidad mineral ósea en una población determinada es importante de cara a establecer las oportunas medidas preventivas y terapéuticas.

Objetivos: Conocer los factores, tanto esqueléticos como extraesqueléticos, capaces de influir sobre la densidad mineral ósea, identificables a través de una anamnesis dirigida, en personas mayores de ambos sexos que acuden a centros de la tercera edad en Mallorca. **Métodos:** Se estudiaron los hombres mayores de 60 años y las mujeres posmenopáusicas que participaron en el programa "Gent gran en Marxa", que pretende la promoción de la salud en personas mayores que acuden a centros de la tercera edad de Mallorca, entre los años 2001 y 2004. Se les aplicó un cuestionario ad hoc analizando varia-

bles demográficas, epidemiológicas y clínicas, y se le practicó una densitometría ósea de columna lumbar y cuello femoral, así como una densitometría de calcáneo. Se realizó un análisis multivariante exploratorio mediante regresión logística para cuantificar la fuerza de asociación e independencia de las diferentes variables con osteoporosis diagnosticada en columna lumbar, en cuello de fémur o en ambas localizaciones, utilizando el método de introducción directa de las variables, y valorando su permanencia en el modelo según el test de Wald de su coeficiente, admitiendo un máximo de 0,15 de probabilidad de error alfa, o evidenciando un efecto sobre los coeficientes del resto de variables ya introducidas, efecto de confusión.

Resultados: Se estudiaron 119 varones con una media de edad de 68,1 años y 629 mujeres con una media de edad de 60 años. Se observó una asociación de OP en columna lumbar con la edad, sexo, toma de glucocorticoides y menopausia precoz. Por otro lado, se identificó que tanto la ingesta moderada de alcohol como el incremento del IMC actuaban como factores protectores en columna lumbar. Al analizar el cuello femoral únicamente la edad se relacionó con la OP; en esta localización las variables protectoras fueron el incremento del resultado de la densitometría de calcáneo y el hábito atlético o pícnico en contraposición al asténico. Al analizar de forma conjunta en la columna lumbar y en cuello femoral la presencia de OP, ésta se asoció con la edad y el sexo; tanto la ingesta moderada de alcohol como el aumento de IMC y el hábito atlético y pícnico fueron protectores (tabla).

Análisis multivariante de los factores relacionados a OP en columna lumbar, cuello femoral o ambos

	Valor de p	OR	IC95% (superior)	IC95% (inferior)
Sexo	0	5,542	2,93	10,483
Edad	0	1,047	1,024	1,071
Menopausia precoz	0,142	1,34	0,906	1,981
IMC	0,009	0,929	0,879	0,982
Glucocorticoides	0,141	1,88	0,81	4,363
Alcohol	0,023	0,514	0,29	0,912
Asténico	0,032			
Atlético	0,041	0,53	0,288	0,973
Pícnico	0,471	0,791	0,417	1,497

Conclusiones: En la población estudiada, la presencia de OP se asoció con la edad, el sexo, la menopausia precoz y la toma de glucocorticoides. Las siguientes variables actuaron como protectoras frente a la presencia de OP: aumento del IMC y de los valores de DXA de calcáneo, ingesta enólica moderada y hábito constitucional atlético y pícnico.

84. COMPARACIÓN DE DIFERENTES ESCALAS DE RIESGO DE BAJA MASA ÓSEA: OST, ORAI, OSIRIS Y SCORE EN PERSONAS MAYORES DE AMBOS SEXOS EN MALLORCA

A. Juan¹, G. Frontera², B. Marí³, T. Cabanes³, J. Narváez⁴ y J.M. Nolla⁴

¹Unidad de Reumatología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca.

²Unidad de Investigación. Hospital Universitari de Son Espases. Palma de Mallorca. ³Unidad de Medicina del Deporte. Institut de Serveis Socials i Esportius. Consell de Mallorca. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La osteoporosis (OP) es la enfermedad metabólica ósea más frecuente. Además de la densidad mineral ósea, otras variables también se asocian a la OP y al riesgo de fractura. Existen escalas de riesgo diseñadas para determinar el riesgo de presentar una baja densidad mineral ósea, como son el OST (Osteoporosis Self-assessment Tool), ORAI (OP Risk Assessment Instrument), OSIRIS (Osteoporosis Index of Risk) y SCORE (Simple Calculated OP Risk Estimation) entre otras.

Objetivos: a) Comparar las diferentes escalas de riesgo de detección de una densidad mineral ósea baja en una población de personas mayores de ambos sexos en Mallorca y analizar si presentan una

concordancia aceptable respecto al diagnóstico de OP establecido mediante DXA central. b) Valorar si la aplicación de dichas escalas puede ser útil para establecer el diagnóstico de OP u osteopenia y si la realización de una DXA de calcáneo aporta valor añadido.

Métodos: Se estudiaron los hombres mayores de 60 años y las mujeres posmenopáusicas que participaron en el programa "Gent gran en Marxa", que pretende la promoción de la salud en personas mayores que acuden a centros de la tercera edad de Mallorca, entre los años 2001 y 2004. Para el análisis de concordancia en la predicción de osteoporosis entre las diferentes escalas de riesgo publicadas, se calculó el índice kappa y su intervalo de confianza al 95%. Se estudió su capacidad diagnóstica en su formato original y añadiendo T-score calcáneo inferior a -2,5, -1 o -1,35 mediante ROC y cálculo del área bajo su curva con sus intervalos de confianza al 95%.

Resultados: Se estudiaron 119 varones con una media de edad de 68,1 años y 629 mujeres con una media de edad de 60 años. Se observó que el área bajo la curva de la correlación entre las diferentes escalas de riesgo: OSIRIS, OST, SCORE, ORAI fue similar entre ellas (tabla 1), y si se toma como referencia el resultado de la DXA central tanto en cadera como en columna lumbar o bien cadera o columna, el área bajo la curva oscilaba entre 0.632 y 0.649 (tabla 2). Al añadir los valores de la densitometría de calcáneo según distintos puntos de corte, el área bajo la curva apenas se modifica (tabla 2).

Tabla 1. Valor de ROC entre las siguientes escalas de riesgo de baja masa ósea: OSIRIS, OST, SCORE, ORAI

	Valor de ROC
OST vs OSIRIS	0,7305
ORAI vs OSIRIS	0,5693
SCORE vs OSIRIS	0,6781
OST vs SCORE	0,6701
ORAI vs SCORE	0,4684
OST vs ORAI	0,6338

Tabla 2. Valor de ROC entre las escalas de riesgo de baja masa ósea tomando como referencia la DXA central con y sin resultados de DXA de calcáneo

	Valor de ROC
ORAI	0,632
OSIRIS	0,649
OST	0,648
SCORE	0,636
ORAI-DXAcalc	0,664
OSIRIS-DXAcalc	0,662
OST-DXAcalc	0,645
SCORE-DXAcalc	0,623

Conclusiones: Las diferentes escalas de riesgo de baja masa ósea estudiadas tienen una concordancia con el diagnóstico de la OP, medido por densitometría central, aceptable y similar entre ellas. La adición del resultado de la DXA de calcáneo al de las escalas de riesgo no aumentó el área bajo la curva y por tanto no incrementó su utilidad diagnóstica.

85. TRATAMIENTO DE LA AORTITIS NO INFECCIOSA: ESTUDIO DE 32 CASOS DE UN MISMO CENTRO

J. Loricera¹, C. Pena², R. Blanco¹, J.L. Hernández³, J.M. Carril⁴, I. Martínez-Rodríguez⁴, A. Canga⁵, E. Peiró¹, A. Corrales¹, V. Calvo-Río¹, M.C. González-Vela⁶ y M.A. González-Gay¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Servicio de Reumatología. Hospital Interzonal General de Agudos. San Martín. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. ³Servicio de Medicina Interna; ⁴Servicio de Medicina Nuclear; ⁵Servicio de Radiodiagnóstico; ⁶Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Objetivos: La aortitis es una patología infradiagnosticada caracterizada por la inflamación de la pared de la aorta. El diagnóstico y

tratamiento temprano y adecuado son cruciales para evitar complicaciones graves. El tratamiento habitual lo constituyen los corticoides. Sin embargo, los fármacos modificadores de la enfermedad convencionales (FAMEc) y/o la terapia biológica son necesarios con frecuencia. Nuestro objetivo es evaluar el tratamiento y evolución de pacientes diagnosticados de aortitis no infecciosa de un mismo centro hospitalario de referencia.

Métodos: Estudio retrospectivo de 32 pacientes (22 mujeres/10 varones) diagnosticados de aortitis no infecciosa en un hospital de referencia. El diagnóstico se confirmó por técnicas de imagen habitualmente PET y en ocasiones angio-RMN, o angio-TAC. Consideramos tres grupos: grupo a) pacientes que sólo recibieron corticoides; grupo b) pacientes que además precisaron FAMEc; y grupo c) pacientes que requirieron terapia biológica. Las variables continuas con una distribución normal se expresaron como media ± DE, y las variables con una distribución no normal con la mediana (IQR). Se realizó un estudio comparativo por el Wilcoxon test entre los parámetros en la visita basal y la última visita. Asimismo, se hizo una comparación entre los tres grupos de la edad media de los pacientes, el tiempo de evolución y el seguimiento mediante el test de Kruskal-Wallis, llevándose a cabo una comparación dos a dos.

Resultados: La edad media ± DE de los pacientes de la serie fue de 68 ± 11 años y la media ± DE de seguimiento de 24,7 ± 22,7 meses. El grupo a) estaba integrado por 11 pacientes; el grupo b) constaba de 12 pacientes que recibieron tratamiento con metotrexate (MTX) y 2 hidroxicloroquina (uno de ellos asociado a MTX); y grupo c) conformado por 9 pacientes que precisaron ser tratados con terapia biológica: adalimumab (ADA) (n = 3), tocilizumab (TCZ) (n = 5) y rituximab (RTX) (n = 1). Ocho pacientes de este grupo habían recibido previamente FAMEc: MTX (n = 7) y azatioprina (n = 1). Los principales resultados se resumen en la tabla. Dos pacientes en tratamiento con MTX tuvieron que prescindir de ello por elevación de las pruebas de función hepática. Por otro lado, dos pacientes que se encontraban en tratamiento con TCZ tuvieron que suspenderlo debido a neutropenia. Además uno de ellos sufrió un ángor hemodinámico en el contexto de una crisis hipertensiva durante la tercera infusión del agente biológico.

Conclusiones: Los corticoides constituyen el tratamiento de elección para el tratamiento de la aortitis no infecciosa aunque, con frecuencia, se precisa de FAMEc (habitualmente MTX) y en ocasiones terapia biológica. En general el tratamiento parece ser eficaz y relativamente seguro.

86. CORRELACIÓN CLÍNICO-ECOGRÁFICA DEL SÍNDROME DOLOROSO ANSERINO EN FUNCIÓN DEL TIEMPO DE EVOLUCIÓN

C.A. Guillén Astete, G. Silvestre Egea y A. Boteanu

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

El síndrome de dolor anserino (SDA) incluye dos presentaciones clínicas: Bursitis anserina y tendinitis (o entesitis) anserina. Su diagnóstico es básicamente clínico. La clínica no depende necesariamente del mecanismo fisiopatológico sin embargo es lógico asumir que la respuesta terapéutica sí. Nuestro objetivo es identificar relaciones entre los hallazgos ecográficos y características clínico-epidemiológicas de pacientes con SDA. Los registros electrónicos del servicio de admisión de urgencias, con los términos "bursitis anserina", "tendinitis anserina", "entesitis anserina", "tendinitis de la pata de ganso" o "síndrome anserino" fueron revisados. El periodo de observación fue de 2013-2014. Se recogieron los datos epidemiológicos y clínicos de dichos registros así como los resultados de los informes ecográficos realizados en la consulta específica de urgencias reumatológicas (> 95% de los pacientes fueron valorados ecográficamente). Las ecografías fueron realizadas con adherencia a las definiciones estándar Euler. El análisis de los resultados de las ecografías se hizo de forma dicotómica para bursitis y entesitis. Se incluyeron 113 registros. De ellos 38 fueron descritos como normales, 20 con bursitis y 56 con entesitis. La edad media por grupo fue: 69 DE 8, 46 DE 7 y 55 DE 9 años, respectivamente (ANOVA, p < 0,0001). Los pacientes con bursitis fueron significativamente menores que los pacientes con entesitis (t de Student, p = 0,0001). Además, los pacientes sin hallazgos fueron significativamente mayores que los otros dos grupos (t de Student, p < 0,0001 en ambas comparaciones). La proporción de género femenino fue respectivamente 58,9, 65,0 y 53,6 en el grupo de entesitis, bursitis y ausencia de hallazgos (χ^2 , p = 0,647). Se identificaron dos pacientes diabéticos y dos pacientes hipotiroideos en el grupo de bursitis (no se realizaron comparaciones). De acuerdo con el tiempo de enfermedad, los pacientes con menos de una semana presentaron bursitis y entesitis en 55,17 y 34,48%, respectivamente. Aquellos con síntomas de 7 a 14 días de evolución presentaron los mismos hallazgos en 6,67 y 44,67%, respectivamente. Finalmente, pacientes con síntomas de 15 a 30 días de antigüedad presentaron los mismos síntomas en 2,56 y 64,10%, respectivamente. La bursitis fue significativamente mayor en pacientes con síntomas agudos comparado con los otros dos grupos (p < 0,001). Por otro lado, más pacientes

Tabla Póster 85

	Grupo a (n = 11) Sólo corticoides	Grupo b (n = 12) FAMEc	Grupo c (n = 9) Biológicos
Edad media ±DE	69,4 ± 12,4	69,3 ± 10,4	65,8 ± 9,9
Sexo (M/V)	6 (54,5%)/5 (45,4%)	9 (75%)/3 (25%)	7 (77,8%)/2 (22,2%)
Meses de evolución hasta inicio tto	0	2,5 [1-36]	4 [3-14]
Enfermedad basal	ACG (n = 2), PmR (n = 7), idiopática (n = 2)	ACG (n = 7), PmR (n = 3), AT (n = 1), SS (n = 1)	ACG (n = 4), PmR (n = 1), SS (n = 1), APs (n = 1), CU (n = 1), sarcoidosis (n = 1)
Seguimiento (meses)	14 [6-22]	14 [2-36]	22 [12-36]
Mejoría clínica en última visita†	11 (100%)*	12 (100%)*	8 (89%)*
PCR §			
Inicio tratamiento	3,4 [1,5-9,1] (10)	0,9 [0,1-3,3] (11)	1 [0,1-2,4] (8)
Última visita	0,3 [0,1-1,4] (10)*	0,1 [0,1-0,4] (10)*	0,1 [0,1-0,6] (9)*
VSG §			
Inicio tratamiento	78 [43-92] (11)	50,5 [25-78] (12)	33 [12-46] (9)
Última visita	16 [4-19] (10)*	14 [4-26] (11)*	2 [2-7] (9)*
Dosis prednisona §			
Inicio tratamiento	20 [10-30] (10)	25 [10-40] (12)	15 [10-25] (9)
Última visita	2,5 [0-6,25] (9)*	2,5 [0-5] (12)*	2,5 [0-5] (7)*
Mejoría en PET de control §	3, 100% (3)*	5, 83,3% (6)*	5, 71,4% (7)*

ACG = arteritis de células gigantes; PmR = polimialgia reumática; SS = síndrome de Sjögren; APs = artritis psoriásica; CU = colitis ulcerosa. *p = 0.05. †Mejoría en al menos una de las manifestaciones clínicas que motivó el tratamiento. § Entre paréntesis figuran el número de pacientes con el dato disponible.

Tabla Póster 86

Hallazgo tiempo ecográfico de evolución	Grupo I	%	Grupo II. 7-14 días (N=45)	%	Grupo III. 15-30 días (N=39)	%	Significancia estadística
Bursitis	16	55,17	3	6,67	1	2,56	p
Entesitis	10	34,48	21	46,67	25	64,10	p
Sin hallazgos	3	10,34	21	46,67	14	35,90	No aplica

con entesitis fueron clasificados en los grupos con mayor tiempo de evolución de forma significativa ($p < 0,05$). Nuestros resultados nos permiten concluir lo siguiente: (1) La clínica de SDA sin hallazgos ecográficos es mucho más prevalente en pacientes con mayor edad, probablemente por la presencia de enfermedad del ligamento colateral o del menisco interno cuya clínica se confunde con la del SDA. (2) La bursitis aserina es más probablemente identificable en procesos de reciente inicio mientras que la entesitis se observa en procesos de mayor antigüedad. Creemos que la identificación fisiopatológica de la causa de un SDA puede tener repercusiones en el abordaje terapéutico por lo que entendemos por apropiada una valoración ecográfica una vez identificado clínicamente el diagnóstico. Limitación del estudio: La naturaleza retrospectiva de nuestro estudio pudo infraestimar la coexistencia de bursitis y entesitis en una misma valoración ecográfica.

87. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN TRATAMIENTO CON TERAPIA BIOLÓGICA EN GALICIA (2011-2015)

C. García Porrúa¹, J.A. Pinto Tasende², F.J. Maceiras Pan³, J. Mosquera Martínez⁴, A. Willisch Domínguez⁵ y Grupo Gallego de Artritis Psoriásica

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ²Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ³Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Provincial-Complejo Hospitalario de Pontevedra. ⁵Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Introducción: La artritis psoriásica (Aps) constituye una entidad claramente diferenciada; sin embargo, nuestro conocimiento sobre esta entidad todavía es limitado. En este sentido conocer las características diferenciadoras para el uso de una determinada terapia biológica (TB) y su correlación posterior para una adecuada optimización supone un gran avance para el manejo de estos enfermos en la práctica clínica diaria.

Objetivos: Estudiar las características epidemiológicas de todos aquellos pacientes mayores de 15 años diagnosticados de Aps en nuestra Comunidad Autónoma en tratamiento con TB durante el período 2011-2015.

Métodos: Estudio retrospectivo, transversal, observacional, elaborado a partir de los datos de las historias clínicas de todos los pacientes mayores de 15 años diagnosticados de Aps según criterios CASPAR y en tratamiento con TB. El estudio se llevó a cabo en 5 hospitales gallegos (HULA, CHOU, CHOP, CHUVI y CHUAC) que atienden a una población de 1.546.509 habitantes (> 70% del total de la población gallega mayor de 15 años). Todos los pacientes recibieron TB siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología. Se han recogido las características demográficas (edad, sexo), clínicas (formas periférica, axial o mixta), factor reumatoide, HLA-B27 y tratamientos pasados y actuales. Todos los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS 17.0. Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de Santiago-Lugo.

Resultados: Un total de 2.310 pacientes cumplían los criterios CASPAR para Aps (1.284 hombres, 55,58%). La prevalencia estimada fue de 0,15% (0,13% en mujeres y 0,17% en hombres). Los pacientes con Aps que recibieron TB fueron 562 (24,3% del total de Aps). La media de edad fue de 53 años. Trescientos trece hombres (55,7%). El sub-

tipo clínico más frecuente fue el periférico (72%) y dentro de este el tipo poliartritis simétrica fue el 62%, siendo el oligoarticular un 35%. La TB más usada fue el etanercept (42%), seguida del adalimumab (36%). El HLA-B27 se había determinado en 226 pacientes siendo positivo en 73 (32%) y se asociaba al subtipo de Aps con afectación axial ($p < 0,06$). El 47% de los pacientes recibían TB en monoterapia y no hubo diferencias significativas en función de la terapia biológica administrada ($p < 0,600$); sin embargo, las formas axiales asocian FAME en menor porcentaje ($p < 0,001$). La TB estaba optimizada en el 33% de los casos siendo golimumab el menos optimizado ($p < 0,001$). El 61,4% de los pacientes llevaban menos de 5 años en TB siendo este grupo el de menor porcentaje de optimización ($p < 0,0001$).

Conclusiones: La prevalencia de artritis psoriasis en nuestra área es baja, siendo ligeramente más frecuente en hombres. Un 24% de estos pacientes se encuentra en tratamiento con TB. El subtipo poliartritis simétrica es el que más frecuentemente precisa TB. La forma axial es la que más se asocia al HLA B27 y en la que concomitante se utilizaron menos FAME. La optimización de TB ocurrió en un 33% de los pacientes, principalmente aquellos que llevaban más de 5 años en tratamiento.

88. MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

M. Fernández Castro¹, J.L. Andreu², C. Sánchez-Piedra³, J. Rosas⁴, V. Martínez Taboada⁵, A. Olivé⁶, R. Menor⁷, B. Rodríguez⁸, A. García Aparicio⁹, F.J. López-Longo¹⁰, S. Manrique-Arija¹¹, J.A. García Vadillo¹², S. Gil Barato¹³, R. López-González¹⁴, F.J. Narváez García¹⁵, C. Galisteo¹⁶, J. González Martín¹⁷, E. Ruiz Lucea¹⁸, A. Naranjo¹⁹, O. Illera¹, L. Romani²⁰, S. Melchor²¹, B. Moreira²², E. Raya²³, M. Rodríguez López²⁴, N. Cid²⁵, E. Júdez²⁶, C. Moriano²⁷, V. Torrente²⁸, H. Corominas²⁹, B. García Magallón³⁰, C. Guillén Astete³¹, I. Castellví³², C. Bohórquez³³, J. Loricera⁵, J. Belzunegui³⁴ y "Proyecto SJÖGREN del Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la SER"

¹Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. ²Hospital Puerta de Hierro. Madrid. ³Unidad de Investigación de la SER. ⁴Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ⁵Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. ⁶Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁷Hospital General Jerez de la Frontera. ⁸Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁹Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ¹⁰Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ¹¹Hospital Carlos Haya. Málaga. ¹²Hospital de la Princesa. Madrid. ¹³Hospital General de Alicante. ¹⁴Hospital Virgen de la Concha. Zamora. ¹⁵Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. ¹⁶Hospital Parc-Taulí. Sabadell. ¹⁷Hospital Madrid Norte Sanchinarro. Madrid. ¹⁸Hospital de Basurto. Bilbao. ¹⁹Hospital Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ²⁰Hospital Virgen de las Nieves. Granada. ²¹Hospital 12 de Octubre. Madrid. ²²Hospital de Sierrallana. Torrelavega. ²³Hospital Clínico San Cecilio. Granada. ²⁴Hospital de Meixoeiro. Vigo. ²⁵Hospital de Valme. Sevilla. ²⁶Hospital de Albacete. ²⁷Hospital de León. ²⁸Hospital de L'Hospitalet. ²⁹Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ³⁰Hospital Miguel Servet. Zaragoza. ³¹Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ³²Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³³Hospital Príncipe de Asturias. Madrid. ³⁴Hospital de Donostia. San Sebastián.

Objetivos: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica. Las manifestaciones neurológicas son una importante causa de morbilidad en esta entidad. El objetivo del presente estudio es describir las manifestaciones del sistema ner-

vioso central (SNC) y periférico (SNP) en una cohorte de pacientes con SSp seguidos en las unidades de reumatología españolas.

Métodos: Estudio transversal descriptivo multicéntrico de pacientes con SSp atendidos en 33 unidades de reumatología españolas. Selección al azar de pacientes con SSp que cumplen criterios de clasificación consenso europeo-americano. Se recogieron, mediante revisión de historia clínica y entrevista con los pacientes, datos demográficos, clínicos, terapéuticos e índices de actividad de la enfermedad: SSDAI (Sjogren's Syndrome Disease Activity Index) y ESSDAI (EULAR Sjogren's Syndrome Disease Activity Index). Previamente todos los pacientes firmaron un consentimiento informado. El estudio obtuvo la autorización correspondiente de los CEIC locales. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva, se analizaron medias, medianas y frecuencias. Se utilizó la prueba de chi cuadrado para establecer las asociaciones estadísticas, considerándose una $p < 0,05$ como significativa.

Resultados: Se incluyeron 437 pacientes. El 95% eran mujeres. La mediana de edad de la cohorte fue de 58 años. Treinta y cuatro pacientes (7,8%) desarrollaron afectación del SNC: 15 pacientes antes del diagnóstico de la enfermedad. El tiempo medio de evolución de la enfermedad en este subgrupo fue de 9 años. Catorce pacientes desarrollaron migraña, 11 algún trastorno psiquiátrico, 6 accidente isquémico cerebral, 5 deterioro cognitivo, 5 esclerosis múltiple, 3 afectación de un par craneal de origen central, 3 vasculitis cerebral, 2 neuritis óptica, 1 meningitis aséptica y 1 mielopatía. El índice ESSDAI fue significativamente superior en los pacientes con afectación del SNC (media, 7). Los tratamientos sistémicos (corticoide, bolus de corticoide, azatioprina, metotrexato y ciclofosfamida) y biológicos (anti-TNF, abatacept y tocilizumab) se emplearon significativamente con más frecuencia en los pacientes con afectación del SNC. Treinta y nueve pacientes (8,9%) desarrollaron afectación del SNP: 14 pacientes antes del diagnóstico de la enfermedad. El tiempo medio de evolución del SSp en este subgrupo fue de 8,5 años. Trece pacientes presentaron polineuropatía mixta, 2 polineuropatía motora, 8 polineuropatía sensitiva y 3 neuropatía de fibra pequeña; un paciente presentó mononeuritis múltiple y 8 mononeuropatía focal; tres pacientes presentaron neuropatía sensitiva trigeminal, 1 paciente neuropatía del III par y 3 pacientes neuropatía del VII par. Los índices SSDAI y ESSDAI fueron significativamente superiores en los pacientes con afectación del SNP. Los tratamientos sistémicos (corticoide, bolus de corticoide, metotrexato, micofenolato mofetilo y ciclofosfamida), biológicos (rituximab) e inmunoglobulinas intravenosas se emplearon significativamente con más frecuencia en los pacientes con afectación del SNP.

Conclusiones: Más de un 7% de los pacientes con SSp de esta cohorte desarrollaron afectación del sistema nervioso. La afectación del SNC y SNP implicó una significativa mayor actividad de la enfermedad en los índices de actividad. La utilización de tratamiento sistémico y biológico es significativamente mayor en los pacientes con manifestaciones del sistema nervioso.

89. PERFIL DE EXPRESIÓN GÉNICA EN CÉLULAS OSTEABLÁSTICAS TRATADAS CON ÁCIDO LITOCÓLICO O BILIRRUBINA. IMPLICACIONES EN LA PATOGENIA DE LA OSTEOPOROSIS EN LAS ENFERMEDADES HEPÁTICAS

S. Ruiz-Gaspà, A. Parés, M. Dubreuil, A. Combalia, P. Peris, A. Monegal y N. Guañabens

Unidad de Metabolismo Óseo. Servicio de Reumatología. Unidad de Hepatología. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona IDIBAPS. Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). Barcelona.

Introducción: La característica principal de la osteoporosis asociada a la colestasis y a los estadios finales de la enfermedad hepá-

tica es la baja formación ósea. Estudios previos muestran los efectos perjudiciales de las sustancias retenidas en la colestasis como el ácido litocólico (LCA) y la bilirrubina (BIL) sobre los osteoblastos humanos, incluyendo la expresión diferencial de algunos genes implicados en la osteoclastogénesis y apoptosis de los osteoblastos. Estos efectos se neutralizan total o parcialmente por el ácido urso-desoxicólico (UDCA).

Objetivos: Evaluar la expresión diferencial de genes en osteoblastos humanos tras su exposición a sustancias retenidas en la colestasis y a UDCA.

Métodos: Los experimentos se han realizado en Saos-2 (osteosarcoma humano), tratadas con LCA (10 μ M), BIL (50 μ M) o UDCA (10 y 100 μ M) durante 2 y 24 horas. La expresión de genes de diferentes rutas de señalización relacionadas con el metabolismo óseo fue analizada mediante tecnología TaqMan usando micro fluidic cards. Los 88 genes analizados cubrían una amplia gama de actividades funcionales: apoptosis, diferenciación de osteoblastos y osteoclastos, y mineralización, así como la expresión de genes implicados en el metabolismo del colágeno, factores de crecimiento y vascularización.

Resultados: El LCA aumenta la expresión de diversos genes apoptóticos (BAX, BCL10, BCL2L13, BCL2L14), pero también de MGP (matrix Gla protein), BGLAP (osteocalcina), SPP1 (osteopontina) y CYP24A1, y disminuye la expresión de las BMPs (BMP3 y BMP4) y DKK1. La BIL aumenta la expresión de genes apoptóticos y CSF2, y además disminuye la expresión de genes antiapoptóticos BCL2 y BCL2L1. Asimismo, la BIL aumenta la expresión de BMP3 y BMP4, DPP1 y SMAD6. El UDCA tiene efectos específicos sobre la expresión génica siendo más pronunciados a 100 μ M, aumentando la expresión de BMP2, BMP4, BMP7, CALCR, SPOCK3 (osteonectina), SPP1 y DMP1, y disminuyendo la expresión de genes apoptóticos y RANKL. Además, UDCA disminuye la expresión de los genes relacionados con el colágeno pero sin producir cambios en la expresión de las metaloproteinasas, MAP kinasas, factores de crecimiento, vascularización y oncogenes.

Conclusiones: Se han identificado nuevos genes diana en la regulación del metabolismo óseo por las sustancias retenidas en la colestasis. Ello proporciona nuevas perspectivas en la patogenia de la osteoporosis de la colestasis crónica y de los estadios finales de la enfermedad hepática.

90. PAPEL DE LOS GENES PCR, GCKR, HNF1A, LEPR, ASCL1, NLRP3, SALL1, IL1F10, PPP1R3B Y HNF4A EN EL AUMENTO DEL ESPESOR ÍNTIMA-MEDIA CAROTÍDEO, PRESENCIA DE PLACAS DE ATEROMA Y DESARROLLO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

R. López-Mejías¹, F. Genre¹, S. Remuzgo-Martínez¹, M. Robustillo-Villarino², B. Ubilla¹, J. Llorca³, V. Mijares¹, A. Corrales¹, C. González-Juanatey⁴, J.A. Miranda-Filloo⁵, T. Pina¹, R. Blanco¹, E. Vicente⁶, J.J. Alegre Sancho², C. Magro⁷, E. Raya⁷, B. Tejera-Segura⁸, M.A. Ramírez Huaranga⁹, M.D. Mínguez Sánchez⁹, C. Gómez-Vaquero¹⁰, A. Balsa¹¹, D. Pascual-Salcedo¹¹, F.J. López-Longo¹², P. Carreira¹³, I. González-Álvaro⁶, L. Rodríguez-Rodríguez¹⁴, B. Fernández-Gutiérrez¹⁴, I. Ferraz-Amaro⁸, S. Castañeda⁶, J. Martín¹⁵ y M.A. González-Gay^{1,16,17}

¹Grupo de investigación "Epidemiología genética y arterioesclerosis en enfermedades inflamatorias sistémicas". Departamento de Reumatología. IDIVAL. Santander. ²Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. ³Departamento de Epidemiología y Biología computacional. Escuela de Medicina. Universidad de Cantabria y CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). IDIVAL. Santander. ⁴Departamento de Cardiología; ⁵División de Reumatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ⁶Departamento de Reumatología. Hospital Universitario la Princesa.

IIS-Princesa. Madrid. ⁷Departamento de Reumatología. Hospital Clínico San Cecilio. Granada. ⁸División de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ⁹Departamento de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. ¹⁰Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ¹¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ¹²Departamento de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ¹³Departamento de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ¹⁴Departamento de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ¹⁵Instituto de Parasitología y Biomedicina López-Neyra. IPBLN-CSIC. Granada. ¹⁶Escuela de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. ¹⁷Unidad de Investigación de Fisiopatología Cardiovascular y Genómica. Escuela de Fisiología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Witwatersrand. Johannesburgo. Sudáfrica.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria de etiología desconocida caracterizada por un aumento de la morbilidad y mortalidad cardiovascular (CV), consecuencia de un proceso de aterosclerosis acelerada. La proteína C reactiva (PCR) es un reactante de fase aguda y, por tanto, un marcador de inflamación sistémica. Diversos estudios han demostrado que existe una clara asociación entre la elevación de los niveles de PCR y el incremento en el riesgo de padecer enfermedad coronaria e infarto. En este sentido, un reciente estudio a gran escala ha identificado a los genes PCR, GCKR, HNF1A, LEPR, ASCL1, NLRP3, SALL1, IL1F10, PPP1R3B y HNF4A como variantes genéticas asociadas con la variación en los niveles de PCR en población caucásica general.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo ha sido analizar la posible asociación de los genes PCR, GCKR, HNF1A, LEPR, ASCL1, NLRP3, SALL1, IL1F10, PPP1R3B y HNF4A con el desarrollo de aterosclerosis clínica (medida mediante la presencia/ausencia de enfermedad CV) y subclínica (valorada mediante el espesor íntima-media carotídeo (cIMT) y la presencia/ausencia de placas de ateroma) en pacientes con AR.

Métodos: Para el desarrollo del presente trabajo se han analizado 2.384 pacientes con AR (todos ellos reunían los criterios de 1987 y 2010 para el diagnóstico de AR) reclutados en diversos hospitales de ámbito nacional: Hospital Lucus Augusti (Lugo), Marqués de Valdecilla (Santander), Bellvitge (Barcelona), San Cecilio (Granada), Canarias (Tenerife), Doctor Peset (Valencia), General de Ciudad Real (Ciudad Real) y Hospital Clínico San Carlos, La Paz, La Princesa, Gregorio Marañón y 12 de Octubre (Madrid). El genotipado de los 10 genes se ha llevado a cabo mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) a tiempo real y el uso de sondas Taqman (Applied Biosystems). En 1.193 de estos pacientes se analizaron los valores de cIMT y la presencia/ausencia de placas de ateroma mediante ultrasonografía carotídea (US).

Resultados: No se observaron diferencias estadísticamente significativas al analizarse los genes PCR, GCKR, HNF1A, LEPR, ASCL1, NLRP3, SALL1, IL1F10, PPP1R3B y HNF4A en base a la presencia/ausencia de enfermedad CV. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas cuando se testaron los genes PCR, GCKR, HNF1A, LEPR, ASCL1, NLRP3, SALL1, IL1F10, PPP1R3B y HNF4A en función de los valores cIMT o la presencia/ausencia de placas de ateroma.

Conclusiones: En resumen, nuestros resultados confirman la falta de asociación de los genes PCR, GCKR, HNF1A, LEPR, ASCL1, NLRP3, SALL1, IL1F10, PPP1R3B y HNF4A con aterosclerosis clínica y subclínica en los pacientes con AR.

Este estudio está financiado mediante ayudas del Fondo de Investigaciones Sanitarias (PI12/00060 y PI15/00525) del 'Instituto de Salud Carlos III' (ISCIII) y cofinanciado con fondos FEDER (Fondo Europeo de Desarrollo Regional). Además, el trabajo está parcialmente financiado por fondos de la RETICS (RD12/0009) (RIER) del Instituto de Salud Carlos III y por fondos europeos del programa IMI BTCure.

RL-M and BU están financiadas mediante fondos del Programa RETICS (RIER) (RD12/0009/0013) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). FG es beneficiaria de un contrato posdoctoral 'Sara Borrell', financiado por el 'Instituto de Salud Carlos III' (CD15/00095).

91. VALOR DIAGNÓSTICO DE LOS ANTICUERPOS ANTI-C1Q Y DE LA PROTEÍNA QUIMIOTÁCTICA DE MONOCITOS 1 (MCP-1) EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

J.A. Gómez-Puerta^{1,2}, B.L. Ortiz Reyes¹, C. Pérez Koller³, T. Urrego¹, A.L. Vanegas^{2,4}, C.H. Muñoz^{2,4}, M. Restrepo², L.A. González² y G.M. Vásquez^{1,2}

¹Grupo de Inmunología Celular e Inmunogenética; ²Sección de Reumatología. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia. ³Werfen. Inova Diagnostics. Bogotá. Colombia. ⁴Hospital Universitario de San Vicente Fundación. Medellín. Antioquia. Colombia.

Introducción: La nefritis lúpica (NL) es la principal complicación del lupus eritematoso sistémico (LES), con importantes implicaciones sobre el pronóstico de la enfermedad. La biopsia renal sigue siendo el "gold" estándar para el diagnóstico de la NL; no obstante, no está libre de riesgos y no es posible realizarla en todos los casos. Por tal motivo, es de vital importancia la identificación de biomarcadores (séricos y en orina) que permitan identificar la afectación renal en pacientes con LES.

Objetivos: Analizar el valor diagnóstico de la MCP-1 y de los anticuerpos anti-C1q en pacientes con LES y correlacionarlos con las diferentes manifestaciones clínicas, serológicas y la actividad de la enfermedad.

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva los pacientes con diagnóstico de LES (ACR 1997) seguidos en el Hospital Universitario de San Vicente Fundación, Medellín, Colombia en el año 2015. Se determinaron por técnicas de ELISA las concentraciones urinarias de MCP-1 (R&D Systems, Minneapolis, EEUU) y los anticuerpos Anti-C1q en suero (Inova, San Diego, EEUU). Se excluyeron todos aquellos pacientes con infección urinaria activa, síndromes de solapamiento y pacientes en terapia de remplazo renal. Se realizaron comparaciones paramétricas y no paramétricas, correlaciones entre los biomarcadores y se calculó el valor discriminativo de los biomarcadores mediante curvas ROC.

Resultados: Se incluyeron 67 pacientes con diagnóstico de LES. El 89% de los pacientes eran de sexo femenino, la edad media fue de $33,5 \pm 12,0$ años y el tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de $6,76 \pm 6,80$ años. El 71% de los pacientes eran de raza mestiza y el 26% de raza afro-latinoamericana. Las principales manifestaciones de la enfermedad fueron: afectación hematológica (89%), articular (85%), cutánea (81%) y afectación renal (66%). El índice SLE-DAI medio fue de $9,80 \pm 9,0$. El 74% de los pacientes fueron positivos para los anti-dsDNA, el 57% para los anticuerpos antifosfolipídicos y los anti RNP, Sm, Ro y La fueron positivos en un 60%, 43%, 43% y 22% de los casos respectivamente. El 63% fueron positivos para los anti-C1q y un 56% positivos para la MCP-1. Los anti-C1q se asociaron significativamente con la presencia de serositis, proteinuria, afectación renal, y hematológica y con los anti-dsDNA, la hipocomplementemia y con un SLEDAI mayor. Por su parte la MCP-1 urinaria se asoció con la afectación renal y la proteinuria y con los anti-C1q (tabla). Los pacientes con NL tuvieron concentraciones significativamente más elevadas de MCP-1 (2.399 ± 4.566 vs 472 ± 596 pg/ml, $p = 0,017$) y de anti-C1q ($91,3 \pm 85$ vs $31,7 \pm 38,7$ UI, $p = 0,002$) que los pacientes sin NL. No se encontraron diferencias significativas en las concentraciones de MCP-1 y anti C1q entre las formas proliferativas y no proliferativas de NL. No hubo correlación significativa entre las concentraciones de MCP-1 y anti-C1q. Las curvas ROC para la discriminación de la afectación renal reportaron unas AUC de 0,82 para la MCP-1 y de 0,74 para los anti-C1q.

Tabla Póster 91

Características generales de acuerdo a la presencia de MCP-1 y anti-C1q

	Cohorte total (N = 67)	MCP-1 positivo (%) (N = 37)	MCP-1 negativo (%) (N = 29)	Valor de p	Anti-C1q positivo (%) (N = 35)	Anti-C1q negativo (%) (N = 20)	Valor de p
Edad (años)	33,4 ± 12,5	31,8 ± 9,2	34 ± 14	0,112	31 ± 9	37 ± 17	0,40
Sexo femenino (%)	89	89	91	0,58	91	90	0,85
Tiempo de evolución de la enfermedad (años)	6,72 ± 6,70	4,70 ± 4,80	8,3 ± 7,2	0,049	5,0 ± 5,1	7,4 ± 7,6	0,37
Cutánea (%)	81	82	78	0,74	82	77	0,67
Articular (%)	85	88	81	0,63	87	83	0,68
Renal (%)	66	80	42	0,006	78	47	0,02
Proteinuria (%)	66	79	42	0,006	77	47	0,037
Hematológico (%)	89	90	95	0,73	96	72	0,015
Serositis (%)	39	43	36	0,61	57	20	0,019
Neurológico (%)	19	24	17	0,47	25	11	0,29
Anti-dsDNA (%)	72	81	72	0,08	96	42	< 0,001
Hipocomplementemia (%)	74	82	60	0,11	90	47	< 0,001
Anticuerpos antifosfolipídicos (%)	57	51	70	0,251	58	64	0,68
SLEDAI	10,02 ± 9,0	12,3 ± 9,4	7,8 ± 7,6	0,109	15 ± 7,6	3,1 ± 5,3	< 0,001
Niveles de MCP-1 (pg/ml)	1.678 ± 3.722	2.657 ± 4.536	169 ± 119	< 0,0001	1.125 ± 1.326	892 ± 1.520	0,10
Niveles de C1q (UI)	71 ± 76	96 ± 85	39,5 ± 38	0,04	107 ± 74	7,7 ± 5,2	< 0,0001

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes colombianos con LES, los anti-C1q tuvieron una fuerte asociación con la actividad de la enfermedad y con diversas manifestaciones clínicas del LES incluyendo la NL. Las concentraciones en orina de MCP-1 y en suero de anti-C1q fueron significativamente más elevadas en los pacientes con NL. Por lo tanto, dichos biomarcadores parecen ser prometedores en el diagnóstico de la afectación renal en pacientes con LES.

92. ATRIBUTOS DE MÁXIMA RELEVANCIA EN LA ELECCIÓN DEL FAME BIOLÓGICO EN LA PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE. PROYECTO ACORDAR 2015

S. Muñoz Fernández¹, M.S. Bustabad², J. Calvo Alén³, M. Castaño Sánchez⁴, E. Chamizo Carmona⁵, H. Corominas⁶, N. Fernández-Llanio Comella⁷, M.C. Hidalgo Calleja⁸, J.J. Pérez Venegas⁹, J.M. Rodríguez Heredia¹⁰, S.M. Romero Yuste¹¹ y V. Ruiz Esquide¹²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Universidad Europea de Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ³Servicio de Reumatología. Hospital Sierrallana. Santander. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital de Mérida. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Moisés Broggi Sant Joan Despí. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Clínico de Salamanca. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital de Jerez de la Frontera. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Getafe. ¹¹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

Introducción: Según consenso de la Sociedad Española de Reumatología (SER) sobre el uso de terapias biológicas en la artritis reumatoide (AR), debe instaurarse tratamiento con un fármaco modificador de la enfermedad (FAME) lo antes posible, siendo con un FAME biológico si con al menos un FAME sintético relevante no se alcanzó remisión clínica o baja actividad. Aun con FAME biológico, una tercera parte de los pacientes no logra el objetivo deseado. **Objetivos:** El proyecto ACORDAR tiene como objetivos identificar y valorar los atributos del FAME biológico, que determinan la terapia más adecuada, tras la respuesta insuficiente de al menos un FAME sintético o un FAME biológico previo.

Métodos: Tras una búsqueda sistemática de términos MeSH: rheumatoid arthritis, biologic, DMARD, characteristic, efficacy, safety, side effects, pharmacology, route-administration, adherence y cost, en Reumatología Clínica, PubMed, Embase y la biblioteca Cochrane Plus, se revisaron más de 500 publicaciones, seleccionando 77 atributos: 7 aspectos generales, 5 farmacológicos, 18 de eficacia, 31 de

seguridad, 6 de administración y 10 del coste. Entre mayo y septiembre de 2015 se organizaron 12 reuniones seguidas de un proceso Delphi de 2 circulaciones otorgando el grado de importancia a cada atributo sobre una escala Likert del 1 (mínima) al 9 (máxima). Se aplicaron 2 criterios para valorar la consistencia del acuerdo: 1º según mediana y rango intercuartílico ≤1,00; y 2º en base al cumplimiento simultáneo de media y mediana ≥ 7, desviación estándar y rango intercuartílico ≤ 1,00 y coeficiente de variación ≤ 0,25. Había concordancia si < 1/3 de las respuestas quedaban fuera de la importancia atribuida. Por último, se circularon con la consistencia y concordancia, obteniéndose el porcentaje que respaldaban cada una.

Resultados: Participaron 83 reumatólogos españoles, habiendo un alto grado de acuerdo con los atributos seleccionados siendo la mayoría de importancia alta, 75 de los 77 (97,40%), ninguno lo fue de baja importancia. Solo entre los relacionados con la administración del fármaco, 2 lo fueron de importancia intermedia y 4 no presentaban concordancia. Hubo 15 que fueron ratificados por el 100% de los participantes. Producto con indicación aprobada en AR como primera línea de biológico. Producto recomendado en guías (SER, EULAR, ACR, etc.) como primera línea de biológico. Producto que muestra eficacia tras fallo de otro biológico. Tratamiento que se acompaña de reducción en la progresión del daño articular. Tratamiento que reduce las comorbilidades asociadas a la AR. Tratamiento caracterizado por una respuesta mantenida a largo plazo. Producto seguro (de forma global). Seguridad demostrada a largo plazo. Tratamiento con baja incidencia de infecciones graves. Producto que no aumenta la incidencia de neoplasias malignas sólidas. Producto que no aumenta la incidencia de neoplasias hematológicas. Producto seguro en pacientes con patología cardiovascular. Producto seguro en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial. Mostrar reducción en la mortalidad. Presentar una escasa incidencia de acontecimientos adversos graves.

Conclusiones: Hubo un alto grado de acuerdo con los atributos seleccionados, no considerándose ninguno de baja importancia. Quince de ellos tuvieron el apoyo del 100% del grupo de trabajo. Estos atributos ayudarían a definir el perfil ideal del FAME biológico tras el fracaso a un FAME sintético o biológico previo.

93. PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS EN TRASPLANTADOS PULMONARES

M. Barceló Bru, B. Rodríguez-Díez, S. Farietta Varela, E. Trallero y M. López Corbeto

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

Introducción: La prevalencia de osteoporosis (OP) en pacientes en lista de espera para trasplante pulmonar oscila entre el 29 y el

61% (Stein et al. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2007;36:937-63). Se ha visto que en los pacientes trasplantados pulmonares, existe una rápida pérdida de masa ósea durante el primer año de tratamiento, probablemente debido a la inmovilización prolongada después de la cirugía, las altas dosis de corticoides para controlar el rechazo agudo y el régimen inmunosupresor. Estudios prospectivos han demostrado cambios en la masa ósea y mayor incidencia de fracturas en pacientes trasplantados pulmonares.

Objetivos: Determinar la prevalencia de osteopenia, OP y fracturas en los pacientes trasplantados pulmonares en un centro de referencia. Valorar el cambio de DMO en el pre y post-trasplante.

Métodos: Se incluyeron 179 pacientes de la cohorte de pacientes trasplantados pulmonares, en los que se dispusiera de una densitometría (DXA) lumbar y femoral previa y posterior al trasplante. Al ser un estudio retrospectivo no se pudo estandarizar el momento de la segunda DXA post-trasplante, por lo que se estratifica los pacientes según el tiempo en que se realizó esta prueba en: menos de 6 meses, entre 7 y 12 meses y más de 12 meses del trasplante. Informe favorable CEIC proyecto PR(AG)344/2015.

Resultados: Se recogieron datos de 179 pacientes (70 mujeres). En nuestra serie, la prevalencia de OP y osteopenia previa al trasplante pulmonar fue del 38% y 45,8% respectivamente y de fracturas sintomáticas del 9,5%. En el post-trasplante la prevalencia de OP y osteopenia fue del 38,5% y 48,6% respectivamente y la prevalencia de fracturas del 11,2%. Comparando el porcentaje de hombres y de mujeres con OP y osteopenia antes y después del trasplante, no se observan diferencias significativas en relación al sexo, ni tampoco en relación con la edad. Se valora los pacientes que cambian de diagnóstico después del trasplante, tal y como se muestra en la tabla. La mayoría de los pacientes (más del 60%) no cambian su diagnóstico después del trasplante. De los 11 pacientes que presentaban densidad mineral ósea (DMO) normal, 9 no recibieron tratamiento previo. De los pacientes con osteopenia pretrasplante, 16 posteriormente presentan OP. 8 no habían recibido tratamiento preventivo. 14 pacientes con OP pretrasplante mejoran a osteopenia después del trasplante, habiendo sido tratados 12 de ellos previamente. La variación de DMO (g/cm²) es en columna lumbar de 1,3 (± 15,3), cuello femoral -2,1 (± 11,3) y FT -2,1 (± 9). La pérdida de DMO es predominante en cuello femoral (-3,7%) y fémur total (-4,6%) en el primer año post-trasplante.

Conclusiones: La prevalencia de OP previa al trasplante en nuestra serie es del 38% y de osteopenia de 45,8%. La prevalencia de fracturas sintomáticas pre-trasplante es de 9,5%. La prevalencia de OP post-trasplante es de 38,5% y de osteopenia es del 48,6%. La prevalencia de fracturas sintomáticas después del trasplante pulmonar es del 11,2%. En nuestra cohorte la mayoría de pacientes que empeoran la DMO de normal/osteopenia a OP, no habían recibido tratamiento preventivo en el pretrasplante. La pérdida de masa ósea posterior al trasplante oscila entre el 1 y el 2%, las regiones más afectadas son el cuello femoral y el fémur total.

94. AFECTACIÓN SUBCLÍNICA ARTICULAR EN PSORIASIS CUTÁNEA. VALORACIÓN ECOGRÁFICA

E. Peñas Martínez¹, M.R. Oliva Ruiz², M.J. Moreno Martínez¹, D. Palma Sánchez¹, A. Haro Martínez¹, M. Mayor González¹, A. Uceda Galiano³, M.J. Moreno Ramos⁴, F. Rodríguez Martínez⁵ y Grupo Grapsomur

¹Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca. ²Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca. ³Hospital Los Arcos del Mar Menor. San Javier. ⁴Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁵Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

La psoriasis (PS) es una enfermedad crónica de la piel, que afecta al 1,5% de la población general. Entre estos sujetos, la artropatía psoriásica (AP) tiene una prevalencia del 2-48%, realizándose su diagnóstico entre los 3-5 años después del diagnóstico de PS. Habitualmente las manifestaciones cutáneas preceden a las articulares hasta en el 68% de los casos, siendo la afectación ungueal, interglútea/anal y del cuero cabelludo las de más mayor predisposición para desarrollar AP. Respecto a la afectación articular, ésta puede aparecer antes de que se produzcan manifestaciones clínicas evidentes (artritis, entesitis, dactilitis). Naredo et al, demuestra sinovitis subclínica en el 3,2% de su serie de PS cutánea (n: 162). Dentro del grupo de trabajo Grapsomur, uno de sus proyectos es reducir mediante screening el tiempo diagnóstico de esta patología, desarrollando programas educativos multidisciplinares entre reumatología-dermatología, donde se valore la actividad subclínica mediante ecografía (US). Criterios inclusión: pacientes derivados de Consultas Externas de Dermatología como primera visita a Reumatología en el periodo comprendido entre mayo-diciembre 2015. PS de afectación ungueal, pliegues y cuero cabelludo; además de las moderadas-graves. Inicialmente se valora actividad subclínica ecográfica A en: entesis (aquiles y rotuliano) y sinovial (muñecas, rodillas, 1º MTF, 2º y 5º MCF). En los casos en la que la actividad es positiva, se valoran resto de MTF y MCF, repitiéndose la ecografía a los 3 y 6 meses. Se evaluaron un total de 33 pacientes con psoriasis de los cuales 46,9% eran mujeres y 53,1% hombres, con una media de edad de 44,2 años, y un tiempo de diagnóstico de 18,4 años. El 6% de los pacientes presentaron una afectación ungueal, de cuero cabelludo y pliegues, un 15% presentaron afectación severa, siendo los pacientes con localización múltiple un 63,7%. En cuanto a los US solo se encontró afectación a nivel de la entesis rotuliana en 6% de los pacientes, siendo la entesis aquilea normal en todos ellos. Respecto a la valoración articular, en el 100% de los pacientes explorados la 1º MTF, 5º MCF y rodilla fueron normales. En el carpo se encontraron alteraciones en el 15,2%. La 2º MCF fue patológica en el 18,2% de los pacientes, mientras que se vieron afectadas otras articulaciones en el 79% (de éstas el 25% fue 1º MTF y el 75% 3º y 4º MCF). No se encontraron diferencias significativas respecto al sexo y las variables ecográficas (p > 0,05). Como conclusión, podemos determinar que en nuestra muestra tienen actividad subclínica por US el 39,4% de los pacientes, porcentaje superior al demostrado en otras series. Si hablamos de las articulaciones afectas, nuestro grupo no muestra una distribución similar a Freeston 6, pero es pronto para determinar lo ya que el estudio permanece actualmente abierto.

Tabla Póster 93

		Post- trasplante		
		Normal (n = 23)	Osteopenia (n = 87)	Osteoporosis (n = 69)
Pre-Trasplante	Normal (n = 29)	18 (62,1%)	11 (37,9%)	-
	Osteopenia (n = 82)	4 (4,9%)	62 (75,6%)	16 (19,5%)
	Osteoporosis (n = 68)	1 (1,5%)	14 (20,6%)	53 (77,9%)

95. EFECTIVIDAD DEL USO DE BUPRENORFINA TRANSDÉRMICA EN EL MANEJO DEL DOLOR AXIAL RELACIONADO CON FRACTURAS VERTEBRALES NO AGUDAS EN COMPARACIÓN CON OTRAS TERAPIAS FARMACOLÓGICAS: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE BASADO EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN TÉRMINOS DE REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE CONSULTAS REPETIDAS URGENTES

C.A. Guillén Astete, A. Boteanu y A. Tentor Viñas

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La fractura vertebral (FV) es un proceso patológico responsable de dolor axial mecánico de difícil control. Además, las alteraciones biomecánicas que produce condicionan otros dolores de origen paravertebral. Por otra parte, el manejo del dolor de estos pacientes supone un desafío considerando que se trata de pacientes con una edad superior a los 60 años y que suelen tener comorbilidades que limitan el uso de tratamientos convencionales. El propósito del presente estudio es determinar el efecto del uso de la buprenorfina transdérmica en comparación con otras actuaciones terapéuticas en la necesidad de nuevas valoraciones urgentes por mal control analgésico como medida indirecta de bienestar global.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional. Los datos fueron obtenidos de los registros de admisión de urgencias de nuestro centro y las fichas de seguimiento de la unidad de urgencias reumatológicas y musculoesqueléticas. Ningún dato de identidad fue incluido en la captura de información. Criterios de inclusión: (1) Edad > 60 años, (2) demostración radiológica de una FV de al menos 3 meses de evolución, (3) Motivo de consulta: dolor dorsal o lumbar. Los registros se agruparon de acuerdo con el tratamiento al alta: Primer escalón de tratamiento analgésico de la OMS (Grupo I), Segundo escalón (Grupo II) y Tercer escalón analgésico (Grupo III). En caso de tratamientos combinados con el primer escalón se consideró el escalón de mayor nivel. No hubo combinaciones entre el Grupo II y III. La variable respuesta principal fue el tiempo libre de necesidad de reevaluación.

Resultados: Se analizaron 180 registros. La cantidad de registros por grupo fue 39, 74 y 67 casos. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en términos demográficos. Grupo I: 24 pacientes con paracetamol, metamizol o ambos y 15 con AINEs asociados o no a paracetamol o metamizol. Grupo II: 72 pacientes con una dosis media de 155 mg/día de tramadol (rango 37,5-300 mg/día) y 2 pacientes tratados con codeína. Grupo III: 64 pacientes tratados con 35 µg/72 horas de buprenorfina, 2 con 50 µg y 1 con 70 µg. 50% de pacientes del grupo III tuvieron que ser reevaluados después del día 50 (RIC 41-60), mientras que la misma proporción de pacientes del grupo I y II habían sido reevaluados al día 28 y 19, respectivamente (RIC 21-53 y 10-37, respectivamente). Los pacientes del Grupo I tuvieron una tasa de reevaluación 4,19 veces mayor (IC95% 2,57-6,80; p < 0,001) que los del grupo III. Los pacientes del grupo II tuvieron una tasa 1,91 veces mayor (IC95% 1,22-2,99, p = 0,005). 3/39, 10/74 y 1/67 pacientes de los grupos I, II y III, respectivamente consultaron por un motivo que finalmente fue atribuido a efecto adverso de la medicación. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los efectos adversos presentados en pacientes del Grupo I y Grupo III (p = 0,14; no paramétrico).

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que el tratamiento farmacológico con buprenorfina transdérmica en pacientes con fracturas vertebrales no agudas reduce la necesidad de reevaluaciones urgentes en comparación con los usuarios de tramadol o fármacos del primer escalón analgésico. Considerando que la necesidad de reevaluación es el resultado de un mal control analgésico y efectos adversos del tratamiento, nuestro estudio sugiere que la buprenorfina podría ser una alternativa terapéutica a considerar en estos pacientes.

96. PATRONES ATÍPICOS DE LOS ANTICUERPOS ANTINUCLEARES EN LA POBLACIÓN COLOMBIANA

J.A. Gómez-Puerta^{1,2}, A. Londoño¹, V.E. Estrada¹, S.L. Puerta¹, S.M. Osorno¹ y J. Carmona¹

¹Dinámica IPS. Medellín. Colombia. ²Grupo de Inmunología Celular e Inmunogenética y Grupo de Reumatología. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia.

Introducción: Mientras que los patrones más frecuentes de anticuerpos antinucleares (ANAs), como son el patrón homogéneo o el patrón moteado han sido ampliamente estudiados y descritos, la prevalencia de patrones atípicos en la población general no es bien conocida.

Objetivos: Nuestro objetivo fue describir la prevalencia de los patrones atípicos en una amplia muestra de determinaciones de ANAs en una población general de pacientes de Colombia.

Métodos: Se incluyeron todas las determinaciones de ANAS en 2 años consecutivos (2013 y 2014) realizadas en Dinámica IPS en 8 ciudades de Colombia. Dinámica IPS es una empresa privada dedicada al diagnóstico de laboratorio e imagen con muestras provenientes tanto de pacientes ingresados como ambulatorios y de aseguradoras privadas como de la seguridad social. Se definieron como patrones atípicos los anticuerpos contra el aparato del huso mitótico 2, anti MSA-2 (mitotic spindle apparatus), el patrón de fibras citoplasmáticas, el lisosomal, el Golgi, los múltiples puntos, el patrón NuMA1 (nuclear mitotic apparatus), los anti MSA-3, el patrón de envoltura nuclear, el patrón centriolar y el patrón PCNA. Los ANAs se realizaron mediante técnicas de inmunofluorescencia indirecta utilizando como sustrato células Hep-2 con dilución inicial 1:80 procesado en Helmed y Helios (AESKU.DIAGNOSTICS, Wendelsheim, Alemania) realizándose la clasificación mediante 3 imágenes por cada determinación y en casos necesarios se realizaron diluciones seriadas. Se utilizaron pruebas paramétricas y no paramétricas para las comparaciones entre grupos.

Resultados: Se incluyeron un total de 113.491 muestras consecutivas de ANAs, de las cuales, 62.501 (55%) fueron positivas. De las muestras positivas se analizaron aquellas con patrones atípicos, los cuales estuvieron presentes en 912 (1,45%) de las muestras y en 838 pacientes. La edad media de los pacientes con patrones atípicos fue de 47,1 ± 16,8 años, y el 80% fueron de sexo femenino. Los patrones atípicos encontrados se resumen en la tabla. No se encontraron diferencias en la presencia de los diferentes patrones entre sexos. En un análisis de subgrupos el patrón anti MSA-2 fue significativamente más frecuente en pacientes mayores de 18 años vs < 18 años (23% vs 11%, χ^2 , p = 0,038), el patrón centriolar fue más frecuente en menores de 18 años (27,8% vs 11,5%, p = 0,001) y el patrón de fibras citoplasmáticas fue significativamente más frecuente en pacientes mayores de 55 años (14,7 vs 9%, p = 0,013).

Prevalencia de patrones atípicos de ANAS

	N = 843	%
NuMA	294	35,0
Cuerpo medio MSA-2	190	22,5
Centriolar	106	12,5
Fibras citoplasmáticas	93	11,0
Múltiples puntos	82	9,7
Lisosomal	28	3,3
Golgi	21	2,5
PCNA	19	2,3
Cuerpo medio MSA-3	8	1,0
Envoltura nuclear	2	0,2

Conclusiones: En una cohorte de más de 130.000 muestras de ANAs en la población general colombiana, la prevalencia de patrones atípicos fue del 1.5%. Dicha prevalencia esta en concordancia con otras series descritas (Vermeersch et al. Autoimmunity Rev. 2013;12:998-1003). Los patrones NuMA y MSA-2 fueron los más frecuentes. Los

anti MSA-2 son más frecuentes en adultos jóvenes, el patrón centrilobular en niños y jóvenes y el patrón de fibras citoplasmáticas en mayores de 55 años.

97. ASOCIACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y OTROS INDICADORES EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL

J.L. Garrido Castro¹, C. González Navas¹, J. Castro Jiménez¹, P. Font Ugalde², J. Calvo Gutiérrez², R. Ortega Castro², C. López Medina² y E. Collantes Estévez²

¹Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba.

²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: La espondiloartritis axial (EsAx) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta predominantemente a la columna vertebral. A medida que la enfermedad progresa se produce una reducción en la calidad de vida del paciente debido, sobre todo, a la pérdida de movilidad y de función y también a los frecuentes episodios de inflamación y rigidez (actividad de la enfermedad) así como a comorbilidades asociadas.

Objetivos: Analizar qué factores influyen en la calidad de vida del paciente con EsAx, según el resto de indicadores habitualmente utilizados en la monitorización de estos pacientes.

Métodos: Un total de 100 pacientes con EsAx (67% hombres, con edad media de 48,38 (11,05) años, tiempo medio de evolución de 14,37 (10,74) años y 85% HLAB27+) se incluyeron en el estudio. A todos los pacientes se les determinó la Calidad de Vida medida de acuerdo con el cuestionario ASQoL (Ankylosing Spondylitis Quality of Life) y el resto de parámetros que definen la movilidad según metrología convencional y según un novedoso sistema de captura de movimiento (UCOTrack) y su índice metroológico UCOASMI (Garrido-Castro et al. Rheumatol Int. 2014;34:401-6). Así mismo se cumplimentaron autocuestionarios para evaluar actividad (ASDAS), función (BASFI), y estado general (BAS-G). También se evaluó el daño estructural a través del índice radiográfico mSASSS. Para evaluar cómo influye en la calidad de vida el resto de parámetros se realizaron tests de Spearman, ANOVA y regresión lineal múltiple.

Resultados: ASQoL mostró correlaciones con significancia estadística con BASFI, BAS-G, ASDAS, y UCOASMI. No se evidenciaron correlaciones significativas entre la calidad de vida y el daño estructural (mSASSS). Tampoco ocurrió al relacionar la calidad de vida y el tiempo de evolución ni con el hecho de ser B27+, ni por tener una forma no radiológica de la enfermedad (EsAx-nr). La tabla muestra los resultados obtenidos al clasificar los pacientes según sexo, B27, tiempo de evolución, aparición de daño estructural (EsAx-nr con mSASSS < 5 y Tº Evol > 5 años) nivel de actividad (ASDAS > 2,1) y afectación a la movilidad (UCOASMI > 4) junto a su significación estadística. Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para

relacionar la calidad de vida medida por ASQoL ajustando por UCOASMI, sexo, B27+, edad de inicio, edad al diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad, BASFI, BASDAI y BASMI. Finalmente las variables que resultaron asociadas de forma independiente con la puntuación del cuestionario ASQoL fueron sexo ($p = 0,027$), BASDAI ($p = 0,008$) y BASFI ($p < 0,001$) $R^2 = 0,676$. Por otro lado, volvimos a repetir este análisis, pero incluyendo diferentes medidas de movilidad obtenidas mediante el sistema de captura de movimiento. Las variables que resultaron asociadas de forma independiente con la puntuación del cuestionario ASQoL fueron BASDAI ($p = 0,000$) flexión lateral definida por la posición de hombros y caderas ($p = 0,004$) e inclinación de la columna vertebral (C7-L4) en flexión lateral ($p = 0,023$) $R^2 = 0,609$.

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio demuestran que la calidad de vida en la EsAx está influenciada por la actividad de la enfermedad, y también por la disminución de la movilidad. Las mujeres perciben una peor calidad de vida. La medida más relacionada con la calidad de vida es la flexión lateral. Potenciando la movilidad de los pacientes a través de ejercicio físico adecuado y encontrando el tratamiento adecuado que disminuya la actividad de la enfermedad, se puede mejorar la calidad de vida de los pacientes con EsAx.

98. DOSIS BAJAS DE CORTICOTERAPIA SISTÉMICA EN PACIENTES DIABÉTICOS CON BROTES OLIGO O POLIARTICULARES DE GOTA

C.A. Guillén Astete, A. Boteanu y M. Villarejo Botija

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Las recomendaciones ACR y EULAR para el manejo de brotes de gota oligo o poliarticular coinciden en el uso de corticoides sistémicos (CEs) a dosis no menores de 0,5 mg/Kg/día. Sin embargo, antes de considerar su uso se deben tener en cuenta las comorbilidades del paciente. Es el caso de pacientes diabéticos con malos controles glucémicos o con respuestas hiperglucémicas graves ante la exposición a corticoides orales. En la práctica clínica habitual estos pacientes reciben dosis inferiores a las recomendadas. El propósito del presente estudio es comparar la efectividad de dos tipos de posología de tratamiento con corticoides inferiores a las recomendadas en pacientes diabéticos con brotes oligo o poliarticulares de gota.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se revisaron los registros de pacientes diabéticos que consultaron a nuestro servicio de urgencias entre 2013 y 2015 con diagnóstico de brote de gota poli u oligoarticular, así como las fichas de seguimiento de dichos pacientes hasta el 14º día. Se incluyeron pacientes que no fueron tratados con corticoides parenterales o infiltraciones articulares. Se agruparon de acuerdo a la dosis de CEs recibidos ajustados por peso y en función de tomar o no colchicina de forma concomitante. Las

Tabla Póster 97

	Total	Hombre/Mujer	B27 Positivo/ B27 Negativo	Tº Evol > 10/ Tº Evol < 10	EsAx/EsAx-nr	ASDAS > 2,1/ ASDAS < 2,1	UCOASMI > 4/ UCOASMI < 4
Pacientes (n)	100	67/33	85/15	60/40	72/28	66/34	58/42
ASQoL	4,02 (2,81)	3,61 (2,80)/4,83 (2,70)*	3,87 (2,70)/4,85 (3,44)	4,09 (2,65)/3,83 (3,12)	4,03 (2,78)/3,99 (2,95)	5,29 (2,64)/1,90 (1,98)**	5,03 (2,69)/2,65 (2,37)**
ASDAS	2,62 (1,07)	2,53 (1,03)/2,81 (1,14)	2,56 (1,03)/2,98 (1,25)	2,73 (1,01)/2,50 (1,20)	2,67 (1,07)/2,43 (1,08)	3,21 (0,74)/1,43 (0,43)**	3,01 (1,00)/1,89 (0,79)**
BASFI	3,83 (2,88)	3,73 (3,02)/4,03 (2,62)	3,78 (2,80)/4,35 (3,36)	4,06 (2,94)/3,31 (2,86)	4,04 (2,87)/3,32 (2,90)	5,26 (2,60)/1,62 (1,60)**	5,31 (2,64)/1,83 (1,78)**
BASG	4,70 (2,60)	4,38 (2,50)/5,33 (2,73)	4,73 (2,63)/4,67 (2,58)	4,68 (2,53)/4,66 (2,80)	4,77 (2,64)/4,54 (2,55)	6,10 (2,07)/1,91 (1,27)**	5,52 (2,44)/3,62 (2,44)**
UCOASMI	4,74 (1,87)	4,80 (2,06)/4,61 (1,44)	4,77 (1,87)/4,57 (2,01)	5,15 (1,93)/3,94 (1,40)**	5,09 (1,95)/3,84 (1,31)**	5,32 (1,68)/4,18 (1,98)*	5,92 (1,54)/3,10 (0,66)**
mSASSS	14,43 (16,35)	18,13 (18,75)/6,91 (3,90)**	14,46 (16,60)/14,73 (15,91)	17,30 (17,72)/8,39 (7,66)**	18,72 (17,47)/3,39 (1,59)**	16,22 (17,36)/16,72 (19,24)	19,60 (19,51)/7,29 (5,11)**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$.

Tabla Póster 98

Variable	Grupo I	Grupo II. 0.31-0.49 mg/Kg/d	Significancia estadística
Edad y DE	55,0 DE 8,1	57 DE 6,4	p = 0,286
Proporción sexo masculino	27/29 (93,1%)	31/32 (96,9%)	p = 0,600
Tiempo hasta el inicio de la pauta descendente			
7-30 días	2	2	
> 30 días	22	24	p = 1,000
Terapia con colchicina			
Ninguna	1	2	
0,5 mg/d	9	8	p = 1,000
1 mg/d	11	13	
2 mg/d	8	9	
Proporción de pacientes que reconsultaron antes del 14º día	13 (44,8%)	8 (25,0%)	p = 0,068
EVA dolor y DE al 7º día	4,3 DE 2,2	3,1 DE 1,9	p = 0,025
EVA dolor y DE al 14º día	4,1 DE 2,5	2,0 DE 0,5	p = 0,0001
Hiper glucemia con necesidad de valoración médica	1 (3,45%)	1 (3,13%)	N,A,
Baja laboral (según corresponde). Días/paciente	6,3 DE 2,6	5,1 DE 1,9	p = 0,051

variables principales fueron: Necesidad de reevaluación antes del 14º día, EVA dolor al 7º y 15º día, estados hiperglucémicos y días de baja laboral (donde correspondía). Los grupos según posología se delimitaron arbitrariamente en dos: Hasta 0,30 mg/Kg/día (Grupo I) y 0,31 a 0,49 mg/Kg/día (Grupo II). Los pacientes que fueron tratados con dosis mayores fueron considerados bajo terapia convencional y se excluyeron.

Resultados: Durante el periodo de observación se identificaron 81 pacientes diabéticos con brotes oligo o poliarticulares de gota. De ellos, solo 62 tenían registros completos de peso en atención primaria (HORUS®) y fichas de seguimiento completas y disponibles. 29 y 32 pacientes fueron incluidos en los grupos I y II, respectivamente. La tabla resume las características demográficas y resultados del seguimiento.

Conclusiones: En pacientes diabéticos con brotes oligo o poliarticulares de gota el tratamiento con dosis de prednisona superiores a 0,3 mg/Kg/día parecen asociarse a una menor necesidad de valoraciones urgentes posteriores, mejor control del dolor sin una mayor frecuencia de estados hiperglucémicos con necesidad de intervención médica, en comparación con dosis inferiores. Sería entonces, esta posología una alternativa terapéutica válida en pacientes diabéticos con brotes de gota. La principal limitación del estudio es la posibilidad de pérdida de información de seguimiento. Sin embargo, considerado que las crisis hiperglucémicas por corticoides se presentan en las primeras 72 horas, dicha pérdida de información a mayor plazo podría no ser clínicamente relevante.

99. INFERTILIDAD Y GESTACIÓN EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS: UTILIDAD DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MANEJO MULTIDISCIPLINAR

C. Chalmeta-Verdejo¹, J. Ivorra-Cortés¹, C. Díaz-García³, B. Marcos-Puig⁴, J.A. Román-Ivorra¹, R. Negueroles-Albuixech¹, R. Cortes-Verdú⁴, E. Beltrán-Catalán⁵, R. Hortal-Alonso⁶, J.L. Valero-Sanz¹, L. González-Puig¹, F. Ortiz-Sanjuán¹, C. Feced-Olmos¹, I. Martínez-Cordellat¹, C. Alcañiz-Escandell¹, E. Labrador-Sánchez¹, K. Arévalo-Ruales¹, E. Grau-García¹, J. Fragio-Gil¹, G. Poveda-Marín¹ y C. Nájera-Herranz¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Preservación de la Fertilidad y de Salud de la Mujer; ³Servicio de Obstetricia Alto Riesgo. Hospital La Fe. Valencia. ⁴Sección de Reumatología. Hospital de Onteniente. Valencia. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario. Valencia. ⁶Sección de Reumatología. Hospital de Gandía. Valencia.

Introducción: El embarazo en pacientes con enfermedades reumáticas es un proceso que requiere un cuidadoso manejo, que debe comenzar con una adecuada planificación. Infertilidad, consumo

crónico de fármacos teratógenos, y añosidad son algunas situaciones frecuentes en estas pacientes, lo que les confiere un alto riesgo obstétrico. Por tanto, cabe esperar que el seguimiento de la gestación por un equipo de especialistas en embarazos de alto riesgo (EARO) se relacione con un mejor resultado final.

Objetivos: Revisar los resultados de las pacientes incluidas en un protocolo de manejo multidisciplinar para planificación y seguimiento del embarazo.

Métodos: Revisión de resultados de un protocolo de seguimiento de pacientes con enfermedades reumáticas y con intención de gestar, que incluye: consulta pregestacional para estudio de fertilidad de la paciente y su pareja, información sobre riesgos del embarazo, retirada de fármacos teratógenos y establecimiento de un tratamiento farmacológico adecuado; consultas mensuales durante la gestación por un obstetra EARO y un reumatólogo; y, una consulta postparto para ajuste de tratamiento farmacológico dependiendo del deseo o no de lactancia materna.

Resultados: 51 pacientes, edad media de 32 años [18-43] y con diferentes enfermedades reumáticas (tabla), han sido incluidas en un protocolo multidisciplinar para planificación y seguimiento de su embarazo, del que se han extraído los resultados (tabla). El estudio de infertilidad ha detectado 8 pacientes con diferentes problemas para gestar: (2 astenozoospermia en la pareja, 1 hiperprolactinemia y 5 con fallo ovárico precoz); 7 han recurrido a técnicas de reproducción asistida (6 FIV y 1 inseminación). Para el control de la enfermedad reumática se han utilizado fármacos con un adecuado perfil de seguridad, dependiendo de la enfermedad de base; los más frecuentes han sido: salazopirina (4), hidroxiclороquina (13), azatioprina (2). En 12 pacientes ha sido necesario el uso de corticoides por inflamación articular, y a 2 pacientes con S. Sjögren se les administró Inmunoglobulinas iv+ esteroides tras detección de Bloqueo AV fetal. Los FAME biológicos se han utilizado en 1 paciente con EA asociada a enfermedad de Crohn (infliximab hasta el 6º mes) y en 2 pacientes con AR certolizumab hasta confirmación del embarazo. Todas las pacientes con trombofilia (10 con Acs anticardiolipina y 1 déficit de proteína S) han llevado pauta de HBPM (enoxaparina o tanziparina) asociada o no AAS. La evolución de la gestación ha sido satisfactoria en 28 de 35 gestaciones; en el resto, 3 han finalizado pretérmino por diferentes motivos (1 desprendimiento prematuro de placenta, 1 rotura prematura membranas, 1 pre-eclampsia), 3 pacientes sufrieron un aborto en el primer trimestre (2 pacientes con lupus eritematoso y 1 con a. reumatoide) y 1 neonato falleció en la primera semana de vida por un BAV. En este momento hay 7 gestaciones en curso y 8 pacientes están pendientes de gestar. El control posparto de los recién nacidos con madres con positividad de anti-Ro (15 gestaciones de 12 pacientes) ha objetivado una transferencia neonatal de Acs en el 100% de los casos, pero sólo 8 de ellos han desarrollado LES neonatal (2 lesiones cutáneas y 6 cardíacas).

Lupus eritematoso	12
Síndrome Sjögren	10
Artritis reumatoide	13
Artritis psoriásica	5
Enfermedad de Behçet	3
Espondiloartritis	2
Fiebre mediterránea familiar	2
Síndrome hiper Ig D	1
Enfermedad mixta tejido conectivo	1
Síndrome antifosfolípido	2

Conclusiones: el 87% de las pacientes ha tenido una evolución satisfactoria de su gestación, dato que apoya nuestra impresión de que este proceso debería abordarse de forma multidisciplinar, por especialistas en gestaciones con alto riesgo obstétrico. La infertilidad es una situación que debe ser considerada y tratada de forma precoz en pacientes con enfermedades reumáticas (preferiblemente antes de la discontinuación/modificación preconcepcional del tratamiento habitual) para no demorar la gestación, evitando por tanto una actividad inflamatoria de la enfermedad de base y sus consecuencias.

100. LA PRODUCCIÓN INTRAVASCULAR DE RADICALES LIBRES DE OXÍGENO EN RESPUESTA A LA INTERLEUKINA-8 MODULA LA CAPACIDAD DE ROLLING Y TRANSMIGRACIÓN DE LOS NEUTRÓFILOS

M.J. Domínguez-Luis^{1,2}, E. Armas González^{1,2}, A.M. Herrera-García¹, M. Arce-Franco¹, F. Sánchez-Madrid³ y F. Díaz-González¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

²Departamento de Farmacología. Universidad de La Laguna. Tenerife.

³Servicio de Inmunología. Hospital de La Princesa. Universidad Autónoma de Madrid.

Introducción: Está bien establecido que los neutrófilos producen grandes cantidades de especies reactivas de oxígeno (ROS) en el foco inflamatorio tras la fagocitosis. Sin embargo, existen evidencias que sugieren que la producción de ROS se inicia en las fases iniciales de la cascada de adhesión; durante el “rolling”. En esta fase los neutrófilos ruedan sobre el endotelio vascular, un hecho en el que la selectina-L, una molécula de adhesión constitutivamente expresada en la membrana celular, juega un papel muy importante. Durante el “rolling” los neutrófilos son activados por la interleucina (IL)-8, una quimioquina presente en la superficie de las células endoteliales, que causa que las integrinas de la familia β_2 , LFA-1 (CD11a) y MAC-1 (CD11b) del neutrófilo cambien su estado de afinidad por el ICAM-1 endotelial, causando la adhesión firme del neutrófilo al endotelio y por tanto el final de la fase de “rolling”. Finalmente, los neutrófilos se abren paso entre las células endoteliales acumulándose en los tejidos inflamados.

Objetivos: 1) Analizar el papel de la producción de ROS durante la fase de “rolling” en la regulación de la selectina-L en neutrófilos; y 2) Determinar el papel de la IL-8 en la producción de ROS en los neutrófilos durante esta fase.

Métodos: Los cambios de expresión en superficie de la selectina-L y el CD11b producida por ROS se estudiaron mediante citometría de flujo. Se realizaron experimentos de cámara de flujo para analizar la producción de ROS en los neutrófilos durante el “rolling” sobre células endoteliales (HUVEC) y sobre ligando inmovilizado, en células cargadas con dihidroetidium (DHE). Para estudiar el papel regulador de los ROS sobre el “rolling” se utilizaron antioxidantes fisiológicos, como el superóxido dismutasa (SOD) y la catalasa, así como el diphenyleniodonium chloride (DPI), un inhibidor de la capacidad del complejo NADPH-oxidasa para producir anión superóxido. La captación de imágenes se realizó con una cámara Hamamatsu conectada a un microscopio invertido Zeiss, y su análisis se realizó con el software Wasabi. El análisis de los videos, tanto la cuantificación del

movimiento como la intensidad de fluorescencia, se realizaron con un programa denominado Metamorph.

Resultados: En experimentos de cámara de flujo, se observó un aumento significativo de la producción de ROS intracelular en neutrófilos de forma proporcional a la distancia recorrida haciendo “rolling” sobre HUVEC. La inhibición enzimática de ROS mediante SOD, catalasa y el bloqueo de su producción extracelular al interferir con el complejo NADPH-oxidasa, influyó de manera significativa en el aumento del número de células que eran capaces de rodar y en el descenso de células que transmigraron. Además, se observó que la producción de ROS requiere el reconocimiento de IL-8 por el neutrófilo durante la fase de “rolling”.

Conclusiones: Estos datos demuestran que la producción de ROS en las fases tempranas de la respuesta inflamatoria, a través de la inducción de la pérdida de selectina-L, tiene un efecto regulador sobre la capacidad de los neutrófilos para acumularse en los focos inflamatorios.

101. UVEÍTIS POR SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA EN UNA UNIDAD DE UVEÍTIS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA DE LA TERAPIA ANTI-TNFA

B.J. Flores Robles¹, R. Blanco², M. Santos-Gómez², V. Calvo-Río², J. Blanco-Madrigal³, C. Fernández-García², P. Huntley⁴, N. Palmou-Fontana², R. Demetrio-Pablo⁵, J. Loricera², J.L. Hernández⁶ y M.A. González-Gay²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ⁴Universidad Complutense. Madrid. ⁵Servicio de Oftalmología. ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos: El Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) es un síndrome autoinmune y sistémico. A nivel ocular se caracteriza por una panuveítis granulomatosa con desprendimiento retiniano. A pesar de los inmunosupresores convencionales, como ciclosporina (CyA), azatioprina (AZA) o metotrexato (MTX), puede permanecer activa y complicarse con ceguera. Nuestro objetivo fue revisar los casos de síndrome de VKH en una unidad de uveítis de referencia durante los últimos 5 años especialmente en lo referente a terapia anti-TNFa.

Métodos: Revisión de los casos de uveítis posterior o panuveítis de una unidad de uveítis entre enero de 2010 y diciembre de 2015. De ellos se seleccionaron los síndromes de VKH diagnosticados según criterios internacionales (Greco et al. *Autoimmunity Reviews*. 2013;12:1033-8) y se revisó el tratamiento, en especial con agentes anti-TNFa en casos refractarios a inmunosupresores convencionales. Además se hizo una revisión de la literatura sobre el uso de la terapia anti-TNF-a en las uveítis del síndrome VKH (Martínez-Berriotxo et al. *Internistas*. 2013;0:17-24; Díaz-Lagares et al. *Reumatología Clínica Española*. 2010;6:121-7; Zmuda et al. *Ocular immunology and inflammation*. 2013;21:310-6; Kahn et al. *Ophthalmology*. 2006;113:860-4; Díaz-Llopis et al. *Ophthalmology*. 2012;119:1575-81; Niccoli et al. *Br J Ophthalmol*. 2009;93:1554; Jeroudi et al. *Ophthalmic Surgery Lasers Imaging Retina*. 2014; 5:332-4; Díaz Llopis et al. *Acta de la sociedad española de Reumatología*. 2007;82:131-2; Khalifa et al. *Ocular Immunology and Inflammation*. 2010;18:218-22).

Resultados: En este período de tiempo se valoraron 104 pacientes con uveítis posterior o panuveítis. De ellos 5 casos (4 mujeres/1 hombre) (4,8%) cumplieron criterios de síndrome de VKH, con una edad media de 45 años (rango, 38-53 años). En todos los casos el patrón de presentación fue disminución de la agudeza visual con dolor ocular, siendo el diagnóstico oftalmológico panuveítis con desprendimiento exudativo de retina bilateral. El tratamiento inicial fueron dosis altas

de corticoides y un inmunosupresor convencional: CyA (4 casos), AZA (2 casos) CyA+AZA (2 casos). En los dos pacientes con falta de respuesta a AZA+CyA se utilizó como primer anti-TNFa infliximab (IFX) (5 mg/kg/iv semanas 0, 2 y 6 y cada 8 semanas). En ambos casos (1 por intolerancia y 1 por ineficacia), se hizo cambio ("switching") a adalimumab (ADA) 40 mg/sc cada dos semanas consiguiéndose una respuesta clínica adecuada y alcanzándose la remisión de la uveítis. Además de los 2 casos de nuestra serie, en la revisión de la literatura hemos encontrado 9 artículos sobre terapia anti TNFa en el síndrome de VKH (v. tabla en pág. siguiente). Se trata de 9 series de casos que incluyen 25 pacientes (14 con ADA/11 con IFX). En la mayoría de ellos se observa remisión de la inflamación intraocular [13 pacientes con ADA (92,8%)/10 con IFX (90,9%)]. No hay publicados casos de "switching" entre agentes anti-TNFa en VKH.

Conclusiones: En la uveítis del síndrome de VKH refractaria a inmunosupresores convencionales, el tratamiento anti-TNFa puede ser una opción terapéutica. En casos de respuesta inadecuada al primer anti-TNFa puede valorarse "switching" a otro anti-TNFa. Estos datos preliminares deben ser comprobados en estudios prospectivos aleatorizados con un mayor número de pacientes.

102. ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL. SEGUIMIENTO EN LA EDAD ADULTA: ESTUDIO DESCRIPTIVO

L. Expósito Pérez¹, J.J. Bethencourt Baute¹, F. Álvarez Reyes², M. García González¹, H. Sánchez Pérez¹, A. Monroy Calero¹, S. Peña Montelongo¹ y S. Bustabad Reyes¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias.

²Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la entidad clínica de mayor prevalencia entre las enfermedades reumáticas infantiles. El tratamiento y seguimiento durante la edad adulta de los pacientes diagnosticados de AIJ no se encuentra bien definido, en base a la poca evidencia disponible al respecto por la dificultad que supone un estudio retrospectivo en pacientes con tiempo de evolución de la enfermedad tan prolongado. Por este motivo es importante definir las características clínicas y complicaciones durante la edad adulta de estos pacientes, y así conseguir un mejor manejo de la enfermedad.

Objetivos: Describir las características clínicas y complicaciones de los pacientes en edad adulta diagnosticados de AIJ.

Métodos: Estudio descriptivo observacional transversal donde se determina la evolución de 44 pacientes > 18 años en seguimiento actual en los Servicios de Reumatología de dos hospitales de tercer nivel.

Resultados: 44 pacientes con edad media actual de 31,06 años (18-64 años); sexo: 34 mujeres, 10 varones; edad media al diagnóstico 9,9 años (1-16 años); tiempo medio de evolución de la enfermedad 21,2 años (4-53 años). El número de pacientes en cada subtipo de AIJ, las características de los pacientes y sus complicaciones se especifican en la tabla 1. Durante el seguimiento el número de infecciones relevantes se produjeron en 9 pacientes (20,5%): 4 en AIJ poliarticular (neumonía adquirida en la comunidad, pielonefritis por E. coli, sepsis asociada a catéter e ITUS de repetición), 2 en AIJ oligoarticular, 2 en AIJ sistémica y otra en la forma psoriásica; y han necesitado ingresos hospitalarios en algún momento de la evolución de su enfermedad el 80% de las AIJ sistémicas, el 71,4% de las AIJ poliarticulares y el 66,6% de las AIJ oligoarticulares. La cirugía ortopédica se realizó en 14 pacientes (32%); los subtipos de AIJ tributarios de mayor número de cirugías fueron la forma sistémica y la poliarticular FR positivo. Las cirugías más frecuentes: prótesis total de rodilla y cadera. Los tratamientos recibidos por cada subtipo de AIJ se especifican en la tabla 2. Todos los pacientes han llevado tratamiento con FAME (especialmente MTX y LFN), excepto un paciente con AIJ Psoriásica y 2

con ERA B27+. Se ha utilizado tratamiento biológico en 23 pacientes (52,3%): AIJ poliarticular (47,6%), AIJ sistémica (100%), AIJ oligoarticular (50%), artritis-entesis (50%). El 25% recibieron un biológico, el 16% recibieron dos y el 10% tres o más (v. tablas en pág. siguiente).

Conclusiones: A pesar del reducido número de pacientes de nuestra serie, hemos podido determinar que la forma de AIJ más frecuente en seguimiento en la edad adulta es la poliarticular (47,7%); el 93,2% de los pacientes ha llevado tratamiento con FAME (lo más frecuente MTX y LFN); más de la mitad de los pacientes (52,3%) han recibido tratamiento con fármacos biológicos, el 26% más de un biológico; se produjeron infecciones relevantes en el 20,5% de los pacientes, especialmente en el subtipo poliarticular, precisando ingreso 6 de ellos (66%), sin exitus en ninguno de los casos; presentaron uveítis el 58% de los pacientes con AIJ oligoarticular y Síndrome de activación macrofágica el 40% de las AIJ sistémicas; la gran mayoría de las cirugías ortopédicas se realizaron en la era pre-biológica, los subtipos que necesitaron más cirugías ortopédicas fueron la forma sistémica y la poliarticular FR positivo, siendo las cirugías más frecuentes la prótesis total de cadera y de rodilla.

103. ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: ANÁLISIS MEDIANTE ECOGRAFÍA CAROTÍDEA

J. Restrepo Vélez, M. Medina Malone, M.C. Fito Manteca, L. Horcada Rubio, N. del Val del Amo, R. Gutiérrez Polo, I. Paniagua Zudaire, L. Garrido Courel, R. Ibáñez Bosch y E. Loza Cortina

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción: En los pacientes con artritis psoriásica (APs) se ha evidenciado mayor prevalencia de factores riesgo cardiovascular (CV). Es conocido por estudios previos el incremento de la aterosclerosis subclínica, probablemente asociado a la carga inflamatoria y a los factores de riesgo cardiovascular, con notable aumento de la morbilidad CV. La ecografía carotídea ha demostrado ser útil como herramienta en la valoración de aterosclerosis, mediante la detección de placas de ateroma (PC) y el incremento de la intima media carotídea (intima-media thickness IMT).

Objetivos: Analizar la aterosclerosis subclínica mediante ecografía de carótidas en pacientes con artritis psoriásica.

Métodos: Realizamos un estudio caso-control entre pacientes con APs y controles sin patología inflamatoria ni psoriasis. Los controles se seleccionaron apareados por edad y sexo. Se realizó ecografía de carótidas utilizando un ecógrafo MyLab classic (Esaote) con sonda LA523 de frecuencia 7-13 MHz. Se midió el grosor de la Intima media carotídea (IMT) mediante el software QIMT tool. Se exploraron ambas arterias carótidas en longitudinal y transversal en busca de presencia PC. Se definió PC como un engrosamiento superior a 1,5 mm o un incremento localizado superior al 50% del grosor de la IMT media. Analizamos los datos obtenidos en función de las siguientes variables de riesgo CV: antecedentes personales y familiares de eventos CV, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, tabaquismo, hipercolesterolemia, el systematic coronary risk evaluation (SCORE), la toma de antiinflamatorios (AINES) o corticoides. El análisis estadístico se llevo a cabo mediante el programa SPSS versión 20. Se estableció como valor de significancia estadística $p < 0,05$.

Resultados: Incluimos 39 pacientes con APs y 39 controles. El tiempo de evolución medio de los pacientes con APs fue de 6,5 años (DE 2,4). El 64,1% de los pacientes con APS tomaban DMARDs y el 26,6 terapia biológica. Los pacientes con APs tuvieron mayor frecuencia de PC (OR 3,45 IC95% 0,98-11,9, $p = 0,052$) que ajustado a edad, sexo y factores de riesgo CV fue de OR 4,1 (IC95% 1-16,6) $p = 0,050$. Hubo mayor riesgo de PC entre los fumadores actuales o previos frente a los que nunca han sido fumadores (OR 5,2 IC95% 1,08-25, $p = 0,039$). La IMT de los pacientes fumadores actuales o

Tabla Póster 101

	Presente serie, Flores Robles et al. España	Martínez-Berriotxo et al. España (2)	Díaz-Llopis et al. España (3)	Zmuda et al. Francia (4)	Khan et al. USA (5)	Díaz-Llopis et al. España (6)	Nicolli et al. Italia (7)	Jeroudis et al. EEUU (8)	Díaz-Llopis et al. España (9)	Yosuf et al. EEUU (10)
Número de casos	2	3	4	2	2	1	2	1	8	2
Edad (media) inmunosupresores	43.5 años	40 años	No se especifica	35.5 años	14.5 años	36 años	39.5 años	15 años	No se especifica	11 años
Condiciones previas	CYA y AZA	MTX (n = 2), CYA (n = 3)	CYA (n = 4), MTX (n = 2), AZA, (n = 1 caso)	MTX (uso concomitante con IFX)	MTX (n = 1), CYA (n = 1), Tacrolimus (n = 1), AZA (n = 1), Micofenolato (n = 1)	CYA	AZA (n = 2) CYA (n = 2)	MTX	Al menos uno (no se especifica cuáles)	MTX (n = 2), Micofenolato (n = 1), CYM (n = 1)
Biológico utilizado	IFX (n = 2), ADA (n = 2)	IFX (n = 3)	ADA (n = 4)	IFX (n = 2)	IFX (n = 2)	ADA (n = 1)	IFX (n = 2)	ADA (n = 1)	ADA (n = 8)	IFX (n = 2)
Razón de inicio de anti-TNFa	Fracaso a Inmunosupresor	Fracaso a Inmunosupresor	Fracaso a inmunosupresor	Primera elección	Fracaso a inmunosupresor	Fracaso a CYA	Fracaso a inmunosupresor	Fracaso a MTX	Fracaso a inmunosupresor	Primera elección
Pacientes con respuesta clínica	2	3	3	2	2	1	2	1	8	1
Efectos adversos por anti-TNFa	1	Ninguno	Ninguno	Colestasis (n = 1)	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	No se especifica	Ninguno
Meses con respuesta clínica	18 meses	No se especifica	9.5 meses	7 meses	17 meses	8 meses	27 meses	26 meses	No se especifica	12 meses (n = 1)

Tablas Póster 102

Tabla 1. Características y complicaciones

Subtipo de AIJ	Nº Pacientes (N = 44)	Sexo	Tº de evolución (media en años)	ANA	Uveítis	Síndrome de activación macrolégtica	Infecciones	Cirugía ortopédica	Sinovectomía o sinoviortesis
Sistémica	5 (11,3%)	3M: 2V	24,8	ND	No	2/5	2/5	4/5	No
Oligoarticular	12 (27,3%)	10M: 2V	21,7	10+/2-	7/12	No	2/12	2/12	3/12
Poliarticular	21 (47,7%)	17M: 4V	23,9	10+/11-	1 (ANA-)	No	4/21	7/21	3/21
FR+	9 (42,9%)						3/9	4/9	2/9
FR-	12 (57,1%)						1/12	3/12	1/12
Psoriásica	2 (4,5%)	2M	7	ND	No	No	1/2	1/2	No
Artritis-Entesitis B27+	4 (9,1%)	2M: 2V	14,2	ND	No	No	No	No	No

Tabla 2. Tratamientos utilizados en la evolución

Subtipo AIJ	Nº Pacientes (n = 44)	Sales de oro	Ciclosporina A	D-penicilamina	Antipalúdicos	Sulfasalazina	AINE	Glucocorticoides	Metotrexato	Leflunomida	Infliximab	Etanercept	Adalimumab	Golimumab	Tocilizumab	Anakinra	Rituximab
Sistémica	5	X	X		X		X	X	X		X				X		X
Oligoarticular	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Poliarticular	21	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Psoriásica	2				X	X	X	X	X								
Artritis-entesitis B27+	4				X	X	X	X	X								

Tabla 3. Tratamiento actual por subtipos

Subtipo AIJ	Nº Pacientes (n = 44)	Sales de oro	Ciclosporina A	D-penicilamina	Antipalúdicos	Sulfasalazina	AINE	Glucocorticoides	Metotrexato	Leflunomida	Infliximab	Etanercept	Adalimumab	Golimumab	Tocilizumab	Anakinra	Rituximab
Sistémica	5	0	0	0	0	0	60%	40%	40%	0	0	0	0	0	40%	20%	20%
Oligoarticular	12	0	0	0	0	0	25%	41%	41%	0	0	8%	25%	5%	10%		
Poliarticular	21	0	0	0	4,7%	0	14%	33%	52%	14%	0	14%	5%				
Psoriásica	2					0	0	50%	50%	0	0						
Artritis-entesitis B27+	4				0	0	25%	0	0	0	0	25%		25%			

Tabla Póster 103

	Total (N = 78)	APs (N = 39)	Controles (N = 39)	p
Edad (años), media (DE)	55,2 (13,7)	54,7 (14)	55,6 (13,7)	
Sexo, mujeres	28 (35,9)	14 (35,9)	14 (35,9)	
Antecedentes CV	7 (9)	3 (7,7)	4 (10,3)	ns
Antecedentes familiares CV	29 (37,2)	12 (30,8)	17 (43,6)	ns
mHAQ, media (DE)	0 (0,25)	0,1 (0,38)	0 (0,13)	0,01
PCR (mg/dL), media (DE)	1,25 (3,5)	3,2 (5,4)	1 (1,5)	0,01
Uricemia mg/dL	5 (2,3)	5,6 (2,1)	4,9 (2,3)	ns
Colesterol total (mg/dL), media (DE)	200 (42,5)	198 (41,6)	203 (43,8)	ns
Colesterol total/colesterol HDL	3,8 (1,7)	3,7 (1,7)	3,8 (1,8)	ns
Hipertensión	29 (37,2)	15 (38,5)	14 (35,9)	ns
TAS	130 (30)	130 (20)	130 (28)	ns
Diabetes	5 (6,4)	3 (7,7)	2 (2,5)	ns
Obesidad (IMC ≥ 30)	23 (29,5)	17 (43,6)	6 (15,4)	0,01
No fumador	30 (38,5)	12 (30,8)	18 (46,2)	ns
Fumador activo	18 (23,1)	11 (28,2)	7 (17,1)	ns
Exfumador	30 (38,5)	16 (41)	14 (35,9)	ns
SCORE	1 (3)	2 (3)	1 (3)	ns
AINEs	29 (37,2)	22 (56,4)	7 (17,9)	0,001
Corticoides	14 (17,9)	13 (33,3)	1 (2,6)	0,001
Estatinas	17 (21,8)	7 (17,9)	10 (25,9)	ns
IMT	624 (235)	625 (262)	623 (226)	ns
Placas carotídeas	15 (19,4)	11 (23,2)	4 (10,3)	0,04

Los valores están expresados en mediana (IQR) o N (%) a excepción de los indicados.

previos era superior a la de los que nunca han fumado ($p = 0,016$). No se halló asociación de PC con el resto de factores de riesgo CV. La IMT de los pacientes que presentaban PC era significativamente mayor ($p = 0,008$). El factor de riesgo que más significativamente se asoció a presencia de PC y al mayor grosor de IMT, fue el tabaquismo actual o previo. No obstante, en el análisis ajustado a consumo de tabaco, la asociación entre PC y APs persistió. Se detectó mayor frecuencia de obesidad entre los pacientes con APs sin embargo no se asoció a mayor frecuencia de PC. Hemos visto que, como en otras enfermedades inflamatorias, los factores de riesgo CV infraestiman la aterosclerosis subclínica. En nuestro estudio el SCORE era bajo y no obstante el 23,2% de los pacientes con APs tenían PC.

Conclusiones: Los pacientes con APs tienen mayor riesgo de aterosclerosis subclínica, detectada por ecografía carotídea. Todo paciente con APs debería ser valorado periódicamente por esta técnica para prevención de riesgo CV.

104. LA INTEGRINA VLA-4 MEDIA LA INTERACCIÓN DINÁMICA ENTRE LAS CÉLULAS B Y EL ENDOTELIO

E. Armas González^{1,2}, A. Díaz Martín^{1,2}, M.J. Domínguez Luis³, A. Herrera García¹, M.T. Arce Franco¹, S. Bustabad¹ y F. Díaz González¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

²Departamento de Farmacología. Universidad de La Laguna. Tenerife.

³Centro para la Investigación Biomédica de las Islas Canarias. Instituto de Investigaciones Biomédicas. Universidad de La Laguna. Tenerife.

Introducción: Datos experimentales sugieren que las células B deben migrar y acumularse en el microambiente sinovial para ejercer su acción patogénica en la AR. Para la extravasación de leucocitos se requiere que sucedan una serie de eventos adhesivos coordinados entre los leucocitos circulantes y las células endoteliales, denominados en su conjunto cascada de adhesión. Mientras este proceso ha sido bien estudiado en neutrófilos y linfocitos T, poco se sabe del mismo en linfocitos B.

Objetivos: Estudiar las moléculas de adhesión responsables de interacciones dinámicas entre las células B y el endotelio.

Métodos: Los niveles de expresión de superficie de VLA-4, ICAM-1 y L-selectina se evaluaron mediante citometría de flujo de doble marcaje en células CD20+ de sangre periférica (SP) y líquido sinovial (LS) de 10 pacientes con AR y 8 con artritis psoriásica (APs). Las interacciones entre células B, aisladas de buffy coats, y células endo-

teliales de vena umbilical humana (HUVEC) se estudiaron mediante ensayos de adhesión dinámica en una cámara de flujo. Para ello se preincubaron las células B con anticuerpos monoclonales (mAbs) anti-CD20 o mAbs bloqueantes anti-L-selectina, anti-VLA-4 e anti-ICAM-1 y las HUVEC con anti-VCAM-1.

Resultados: El análisis de citometría de flujo mostró que un $54,26 \pm 9,02\%$ de las células B de SP y $45,34 \pm 6,53\%$ de LS fueron positivas para VLA-4 en pacientes con AR, siendo la diferencia de expresión en superficie no significativa en células B de ambos compartimentos tanto en pacientes AR como APs. Se observó un aumento de células positivas para ICAM-1 en LS ($70,32 \pm 11,99\%$) respecto a SP ($56,77 \pm 10,43\%$). Además, estas células B del compartimento sinovial mostraron un aumento en la expresión superficial de ICAM-1 en comparación con las de sangre periférica en ambos tipos de artritis. Curiosamente, el porcentaje de células B positivas para L-selectina en pacientes con artritis fue significativamente menor en LS ($44,27 \pm 8,53\%$) que en SP ($69,99 \pm 9,34\%$) ($p < 0,05$), mostrando este menor número células B sinoviales una disminución en la expresión de esta selectina respecto a SP, en la AR y la APs. En los experimentos de cámara de flujo, no se observaron diferencias en el proceso de rolling cuando las células fueron incubadas con anticuerpos anti-CD20, o mAbs bloqueantes anti-L-selectina o anti-ICAM-1 con respecto a la condición basal. Sin embargo, se observó una ausencia completa de interacción entre las células B con el endotelio en presencia mAbs bloqueantes anti-VLA-4 mAb o anti-VCAM-1 mAb.

Conclusiones: Los resultados obtenidos sugieren que la unión de la integrina VLA-4 a su ligando endotelial VCAM-1 debe ser esencial para el proceso de la extravasación de las células B. Por otra parte, las células B con mayor expresión de ICAM-1 y menor expresión de L-selectina son reclutadas preferencialmente en los tejidos inflamados en la artritis.

105. VALIDACIÓN DE UNA VERSIÓN AL ESPAÑOL DE LOS CUESTIONARIOS DE SCREENING DE ARTRITIS PSORIÁSICA EN PACIENTES CON PSORIASIS

P. Tejón Menéndez¹, M.A. Belmonte Serrano¹, A. Lozano Sáez¹, A. Pitarch Archelós¹, M. Robustillo Villarino² y J.J. Lerma Garrido¹

¹Hospital Universitario General de Castellón. ²Hospital de la Plana. Castellón.

Objetivos: El presente estudio se elaboró con el objetivo de adaptar y validar al castellano cuatro cuestionarios de screening utilizados

para la detección precoz de artritis psoriásica en pacientes con psoriasis. Los cuestionarios elegidos fueron los siguientes: EARP, PASE, PASQ y PEST.

Métodos: El estudio se llevó a cabo en dos fases: la primera fue la traducción al castellano de los cuestionarios elegidos; y la segunda fue la validación del mismo mediante un estudio transversal en una población de psoriasis. Para realizar la adaptación lingüística se diseñó un proceso de etapas fundamentado en metodologías de adaptación de escalas recomendadas. La traducción se realizó por dos traductores: un médico con buenos conocimientos de inglés y un filólogo en inglés, pero sin conocimientos médicos. Las dos versiones se compararon posteriormente entre sí y se decidió la versión final. La retrotraducción al inglés la realizó un especialista en ese idioma, bilingüe y con larga experiencia en las traducciones. Finalmente, la versión original y la retrotraducida se compararon por un sujeto con idioma nativo inglés sin conocimientos médicos específicos, y se estableció para cada pregunta tres niveles de concordancia entre la versión original y la retrotraducida. Para validar dichos cuestionarios se autoaplicaron en 122 pacientes consecutivos con psoriasis que acudían a la consulta de Dermatología. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: paciente mayor de 18 años con psoriasis que aceptaba participar mediante un consentimiento informado. Todos los pacientes completaban los cuatro cuestionarios, la dificultad de cada uno de ellos se medía en una escala tipo likert y se anotaba el tiempo en realizarlos. Además completaban los cuestionarios BASDAI y BASFI. Se excluían aquellos pacientes que ya tenían el diagnóstico previo de artritis. Posteriormente se realizaba exploración por el reumatólogo y se recogían datos demográficos y de la psoriasis. El estudio recibió autorización de la Comisión de Investigación Clínica del Hospital General de Castellón.

Resultados: En la valoración reumatológica se hizo un nuevo diagnóstico de artritis en 10 pacientes (8,2%). Los resultados de los cuestionarios se muestran en la tabla. El cuestionario EARP es el que obtuvo más resultados positivos, mientras que el PEST fue el de menor puntuación. Respecto a la duración, el más largo resultó ser el PASE y el más rápido de completar fue el PEST. La consideración de "muy fácil" fue más prevalente en el EARP (50,8%), por el contrario el cuestionario puntuado más veces como "difícil" o "muy difícil" fue el PASE (7,4%).

Cuestionarios	Resultado positivo	Tiempo medio	Dificultad- Muy fácil
EARP (= 3)	61 (50%)	1,5 min	62 (50,8%)
PASQ (= 4)	56 (45,9%)	1,7 min	52 (42,6%)
PASE (= 44)	43 (35,2%)	2,4 min	29 (23,8%)
PEST (= 3)	37 (30,3%)	1,0 min	58 (47,5%)
BASFI (media)	2,2		
BASDAI (media)	2,8		

Conclusiones: En este trabajo se publica por primera vez la validación de una versión traducida al castellano de cuatro cuestionarios desarrollados para la detección temprana de artritis en pacientes con psoriasis. Ninguno de los cuestionarios ha demostrado diferencias significativas entre los mismos. Una buena opción podría ser el PEST, es muy rápido de realizar, sencillo y fácil de puntuar.

106. UTILIDAD DEL ÍNDICE ECOGRÁFICO MASEI PARA IDENTIFICAR ARTRITIS PSORIÁSICA EN PACIENTES CON PSORIASIS

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

Hospital Universitario General de Castellón.

Objetivos: Los objetivos del estudio fueron los siguientes: estudiar la prevalencia ecográfica de entesopatía latente en pacientes con psoriasis; identificar las lesiones elementales ecográficas predictoras del desarrollo de artritis en estos pacientes; y evaluar la pre-

valencia de artritis psoriásica sin diagnosticar entre pacientes con psoriasis que acuden a una consulta de Dermatología.

Métodos: Es un estudio transversal. Los pacientes fueron remitidos desde el Servicio de Dermatología con el diagnóstico de psoriasis, ninguno de ellos tenía el diagnóstico previo de artritis inflamatoria crónica. El reumatólogo realizaba la anamnesis, exploración física y recogía los datos demográficos y relacionados con la enfermedad. Se utilizó el índice ecográfico MASEI para valorar cuantitativamente las lesiones en las entesis. Posteriormente se subdividieron en dos categorías: lesiones de tipo inflamatorio y de tipo crónico. Las lesiones inflamatorias incluyeron hipoecogenicidad, engrosamiento, bursitis y señal power Doppler positiva. Los cambios crónicos se consideraron las erosiones, entesofitos y calcificaciones. El estudio recibió autorización de la Comisión de Investigación Clínica del Hospital General de Castellón.

Resultados: Se examinaron un total de 111 pacientes de los cuales se detectaron 7 (6,3%) con artritis psoriásica cumpliendo los criterios CASPAR. Los pacientes con artritis presentaron una puntuación total más elevada del índice MASEI aunque la diferencia no era estadísticamente significativa ($2,86 \pm 3,49$ vs $2,57 \pm 2,41$, $p > 0,05$). En este grupo predominaban las lesiones de tipo inflamatorio (tabla). Al realizar la regresión logística ajustando por edad, sexo e índice de masa corporal destacaba la presencia de señal power Doppler como única variable ecográfica predictora del desarrollo de artritis ($p = 0,019$).

Índice MASEI	Psoriasis (n = 104)	Artritis psoriásica (n = 7)	p*
Puntuación total (media, desviación estándar)	2,57 ± 2,41	2,86 ± 3,49	NS
Lesiones inflamatorias	0,75 ± 1,33	2,14 ± 2,27	NS
Lesiones crónicas	1,81 ± 2,57	0,71 ± 0,76	p = 0,009
Aumento de espesor (nº pacientes, puntuación media)	33 (0,62)	2 (0,29)	NS
Cambios estructurales	9 (0,12)	3 (1,14)	NS
Calcificaciones/entesofitos	48 (1,43)	3 (0,57)	0,03
Erosiones	21 (0,38)	1 (0,14)	NS
Bursitis	0 (0)	1 (0,14)	NS
Señal doppler	2 (0,02)	3 (0,57)	NS
Fascia plantar (nº y % de pacientes)	9 (8,65%)	0 (0)	
Tendón de Aquiles	26 (25%)	3 (42,86%)	
Tendón rotuliano proximal	24 (23,08%)	1 (14,28%)	
Tendón rotuliano distal	27 (25,96%)	2 (28,57%)	
Tendón del cuádriceps	38 (36,54%)	2 (28,57%)	
Tendón del tríceps	8 (7,69%)	2 (28,57%)	

Conclusiones: Los pacientes con artritis psoriásica presentan mayor número de alteraciones ecográficas a nivel de las entesis respecto a los pacientes con psoriasis sin artritis. Las lesiones ecográficas que traducen inflamación son más prevalentes en estos pacientes, teniendo una especial consideración la detección de señal power Doppler. El índice ecográfico MASEI puede ser una herramienta muy útil para realizar un diagnóstico precoz de artritis psoriásica en pacientes con psoriasis.

107. PAPEL DEL GEN IL-17A EN UNA COHORTE DE PACIENTES ESPAÑOLES CON ARTRITIS REUMATOIDE

F. Genre¹, R. López-Mejías¹, S. Remuzgo-Martínez¹, M. Robustillo-Villarino², S. Castañeda³, C. González-Juanatey⁴, J. Llorca⁵, A. Corrales¹, B. Ubilla¹, V. Mijares¹, J.A. Miranda-Filloo⁶, T. Pina¹, C. Gómez-Vaquero⁷, L. Rodríguez-Rodríguez⁸, B. Fernández-Gutiérrez⁸, A. Balsa⁹, D. Pascual-Salcedo⁹, F.J. López-Longo¹⁰, P. Carreira¹¹, R. Blanco¹, I. González-Álvaro³, J.J. Alegre Sancho², C. Magro¹², E. Raya¹², J. Martín¹³ y M.A. González-Gay^{1,14,15}

¹Epidemiología Genética y Arterioesclerosis en Enfermedades Inflamatorias Sistémicas. Servicio de Reumatología. IDIVAL. Santander.

²Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. ³Departamento de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. IIS-Princesa. Madrid. ⁴Servicio de Cardiología. Hospital Lucus Augusti. Lugo. ⁵Departamento de Epidemiología y Biología Computacional. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. IDIVAL. y CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Santander. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ⁷Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Bellvitge. Barcelona. ⁸Departamento de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ¹⁰Departamento de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ¹¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ¹²Departamento de Reumatología. Hospital Clínico San Cecilio. Granada. ¹³Instituto de Parasitología y Biomedicina López-Neyra. IPBLN-CSIC. Granada. ¹⁴Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. ¹⁵Unidad de Investigación en Patofisiología Cardiovascular y Genómica. Escuela de Fisiología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Witwatersrand. Johannesburgo. Sudáfrica.

Objetivos: La artritis reumatoide (AR) se asocia con un alto índice de enfermedad cardiovascular (CV) y presencia de aterosclerosis subclínica. Es por ello que existen muchas moléculas comunes a ambos procesos inflamatorios. Entre ellas, la interleucina 17A (IL-17A) es una citocina pro-inflamatoria involucrada en la regulación de respuestas inmunes y en inflamación crónica. Dado el importante papel de esta molécula en este tipo de patologías, nuestro objetivo fue evaluar la potencial asociación de diferentes polimorfismos del gen de IL-17A con el desarrollo de eventos CV y aterosclerosis subclínica en una amplia cohorte de pacientes españoles con AR.

Métodos: Se utilizó una cohorte de 1.974 individuos españoles diagnosticados con AR (que reúnen los criterios de 2010 para el diagnóstico de AR) con datos de enfermedad CV, reclutados en diversos centros hospitalarios de España. En este sentido, 318 de los 1.974 pacientes (16,1%) habían desarrollado eventos CV. Por otra parte, 822 de dichos individuos tenían datos de estudios de aterosclerosis subclínica (presencia/ausencia de placas y espesor íntima media carotídeo [cIMT]), determinados por ultrasonografía de carótida. En esta cohorte se genotiparon cinco polimorfismos del gen IL-17A (rs4711998, rs8193036, rs3819024, rs2275913 y rs7747909) con la metodología de sondas Taqman, utilizando el equipo de reacción en cadena de la polimerasa a tiempo real (RT-PCR) 7900 HT (Applied Biosystems). La asociación de los alelos, genotipos y haplotipos con la presencia de eventos CV se evaluó mediante la regresión de Cox. Por otra parte, la relación entre los diferentes polimorfismos y la presencia/ausencia de placas se analizó por el test de χ^2 o test de Fisher, mientras que la asociación con los valores de cIMT se valoró utilizando un test t no pareado y análisis de varianza (ANOVA). En todos los casos, los resultados se ajustaron por sexo, edad al diagnóstico y factores de riesgo CV tradicionales. Los análisis se llevaron a cabo con el programa estadístico STATA 12/SE.

Resultados: No se observaron diferencias estadísticamente significativas cuando se evaluó la frecuencia alélica/genotípica de cada uno de los polimorfismos de IL-17A estudiados en relación a la presencia/ausencia de eventos CV, presencia/ausencia de placas, ni valor de cIMT. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas cuando se combinaron las cinco variantes genéticas para formar haplotipos.

Conclusiones: Nuestros resultados no confirman una asociación entre los polimorfismos rs4711998, rs8193036, rs3819024, rs2275913 y rs7747909 de IL-17A y el desarrollo de eventos CV ni aterosclerosis subclínica en nuestra cohorte de pacientes españoles con artritis reumatoide.

Este trabajo ha sido financiado a través del "Fondo de Investigación Sanitaria" (PI12/00060 y PI15/00525) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y cofinanciado por fondos FEDER (Fondo Europeo de Desa-

rollo Regional) (España). Además este trabajo ha sido parcialmente financiado mediante el Programa RETICS (RIER) (RD12/0009) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) (España). FG es beneficiaria de un contrato post-doctoral Sara Borrell del Instituto Carlos III de Salud (España) (CD15/00095). RL-M y BU reciben financiación del programa RETICS (RIER, RD12/0009/0013).

108. QUERATITIS ULCERATIVA PERIFÉRICA: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE PERO GRAVE DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS

M. Álvarez de Buergo Ballester, F.A. Pagés, H. Casado y D. Criado
Hospital Río Carrión. Palencia.

La queratitis ulcerativa periférica (QUP) es una complicación ocular infrecuente pero grave de varias enfermedades sistémicas, de las cuales la más frecuente es la AR. Se caracteriza por un defecto epitelial, inflamación estromal en forma de semiluna, de localización yuxtalimbal, con adelgazamiento estromal en grado variable. Hemos realizado una revisión retrospectiva de las QUP de nuestra unidad desde 2009 hasta la actualidad. Se han analizado datos demográficos, clínicos, el tratamiento médico y oftalmológico y la respuesta a estos. La queratitis ulcerativa periférica es una complicación ocular infrecuente de enf reumáticas, AR y SS fundamentalmente. La prevalencia en la artritis reumatoide en nuestro hospital es de 1.03%. La mayoría de nuestros casos son AR seropositivas de muy larga evolución, y sólo en un caso, con síndrome de Sjögren 1º, fue la forma de presentación de la enfermedad. La perforación, la complicación más temida de la QUP, no es infrecuente (3/5 pacientes). El tratamiento con biológicos fue eficaz en 3 de 4 pacientes. Dos de cinco pacientes perdieron la visión del ojo afectado (v. tablas en pág. siguiente).

109. EXPRESIÓN DIFERENCIAL DEL SISTEMA OPG/RANKL/TRAIL EN ARTRITIS REUMATOIDE

F. Genre¹, S. Remuzgo-Martínez¹, R. López-Mejías¹, B. Ubilla¹, V. Mijares¹, T. Pina¹, A. Corrales¹, R. Blanco¹, J. Martín², J. Llorca³ y M.A. González-Gay^{1,4,5}

¹Epidemiología Genética y Aterosclerosis en Enfermedades Inflamatorias Sistémicas. Servicio de Reumatología. IDIVAL. Santander. ²Instituto de Parasitología y Biomedicina López-Neyra. IPBLN-CSIC. Granada. ³Departamento de Epidemiología y Biología Computacional. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. IDIVAL y CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Santander. ⁴Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. ⁵Unidad de Investigación en Patofisiología Cardiovascular y Genómica. Escuela de Fisiología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Witwatersrand. Johannesburgo. Sudáfrica.

Introducción: El sistema osteoprotegerina (OPG)/ligando de receptor activador para el factor nuclear κ B (RANKL)/ligando inductor de la apoptosis relacionado con el factor de necrosis tumoral (TRAIL) está involucrado en la patofisiología de la artritis reumatoide (AR). Además, se ha relacionado con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (CV) y, por lo tanto, estas moléculas han sido propuestas como biomarcadores de enfermedad CV.

Objetivos: Evaluar por primera vez la expresión diferencial del sistema OPG/RANKL/TRAIL en pacientes con artritis reumatoide (AR), con y sin cardiopatía isquémica (CI), y controles sanos, para confirmar el papel de este sistema en la patogénesis de la AR, las características clínicas y demográficas de los pacientes con AR, y enfermedad CV, evaluada por el desarrollo de CI.

Métodos: La expresión de los genes OPG, RANKL y TRAIL se cuantificó por PCR a tiempo real en sangre periférica de 26 pacientes con AR (que reunían los criterios de 2010 para el diagnóstico de AR)

Tabla Póster 108

Características de la enfermedad de base

Edad	Sexo	Enfermedad de base	Tiempo de evolución enf de base	FR/CCP	Ro/la	PCR(mg/dl)	Tratamiento al diagnóstico de qup
89	M	AR	20	+/+	-/-	-	MTX 15 mg/15 d
69	M	AR	23	+/+	-/-	15	Arava 20/d
79	M	SS 1º	0	-/-	+/-	60	-
61	M	AR+SS2º	42	+/+	-/-	28	Arava 20/d
80	M	AR+SS2º	46	+/+	-/-		mtx 15 mg/s
77	M	AR+SS2º	25	+/+	-/-	26	Arava 20/d

Tabla Póster 108

Localización (ojo/cuadrante)	Uni/bilateral	Nº cuadrantes de córnea periférica afectados	Perforación	Otras complicaciones	Tabla3	Tto oftalmológico	Tto reumatológico	Tiempo seguimiento (meses)	Evolución	Agudeza visual
1 Izdo/inferior	Uni	1	Sí	Absceso corneal por neumococo	1	Doxicilina vo medroxiprogesterona. Membrana amniótica	Prednisona + adalimumab + MTX 15 mg/s	48	Resolución sin recurrencia	Recuperación
2 Izdo/inferior	Uni	2	Sí	Uveitis anterior x 3	2	Membrana amniótica x 3. Doxicilina vo	Corticoides+ adalimumab	60	Recurrencia a los 6 meses y 8 meses. Perforación 11 m. Microperforación a los 18 m.	Pérdida visión
3 Izdo/inferior	Uni	1	Sí		3	Membrana amniótica	Corticoides + imurel	5	Resolución	Recuperación
4 Inferior	Bil	2	No	Sobreinfección por estafilococo	4	Membrana amniótica x 4	Corticoides + adalimumab	26	Resolución	Pérdida visión del OD
5 Dcho/inferior	Uni	1-2	No		5	Doxicilina vo Medroxiprogesterona. Membrana amniótica	Corticoides + adalimumab	2	TEP/distrés respiratorio un mes después del inicio del adalimumab. Exitus	-
6 Izdo/inferior	Uni	1	No		6	Doxicilina vo	Corticoides	18	Resolución. Recurrencia a los 18 meses	Recuperación 1º episodio

(12 con CI y 14 sin CI) y 10 controles sanos. Los niveles relativos de expresión de dichas moléculas se calcularon por el método comparativo de Ct (ciclo umbral), a partir de los cuales se determinó también la expresión de los ratios RANKL/OPG y OPG/TRAIL. Los valores de p se obtuvieron por el test U de Mann-Whitney comparando dos grupos de estudio. Por otra parte, la relación entre los niveles de expresión de OPG, RANKL y TRAIL en los pacientes con AR y sus características clínicas y demográficas, así como la influencia de la expresión de OPG sobre sus ligandos, se calculó mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: Mientras que la expresión de OPG y del ratio OPG/TRAIL estaba significativamente sobreexpresada en los pacientes con AR respecto a los controles (fold change = 1,79, p = 0,01 y 2,07, p = 0,03, respectivamente), la expresión del ratio RANKL/OPG estaba significativamente disminuida (fold change = 0,50, p = 0,02). Adicionalmente, se observó que el incremento de la expresión de OPG estaba asociado con el ratio OPG/TRAIL (r = 0,75, p = 0,0002) e inversamente relacionado con el ratio RANKL/OPG (r = -0,70, p = 0,0008) en AR. No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes y los controles en la expresión de RANKL y TRAIL. Sin embargo, cabe destacar que la expresión de TRAIL fue significativamente más alta en los pacientes con AR que tenían CI en comparación con aquellos pacientes sin CI (fold change = 1,46, p = 0,03). Además, se observó que el tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME), en particular, FARME biológicos, disminuía significativamente la expresión de RANKL en los pacientes con AR (r = -0,54, p = 0,02).

Conclusiones: Nuestro estudio apoya el papel relevante de OPG en AR y de TRAIL en el desarrollo de CI en pacientes con AR. Además,

destaca la importante regulación de RANKL en pacientes con AR tratados con FARME biológicos.

Este trabajo ha sido financiado a través del "Fondo de Investigación Sanitaria" (PI12/00060 y PI15/00525) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y cofinanciado por fondos FEDER (Fondo Europeo de Desarrollo Regional) (España). Además este trabajo ha sido parcialmente financiado mediante el Programa RETICS (RIER) (RD12/0009) del ISCIII (España). FG es beneficiaria de un contrato post-doctoral Sara Borrell del Instituto Carlos III de Salud (España) (CD15/00095). RLM y BU reciben financiación del programa RETICS (RIER, RD12/0009/0013).

110. ALTERACIONES MORFOLÓGICAS ECOCARDIOGRÁFICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TERAPIA BIOLÓGICA

N. Lozano-Rivas¹, F.J. Pastor Pérez², P. Mesa del Castillo¹, M.J. Díaz Navarro¹, J.E. Ruiz Sará¹, A. Paños Iniesta¹, J.J. Martínez Ferrín¹, F.A. Martínez Angosto¹, L.F. Linares Ferrando¹, A. Bermúdez Torrente¹ y C. Marras Fernández-Cid¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: La aparición de las terapias biológicas y su eficacia ha supuesto un enorme avance en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) y se emplea para pacientes que no responden a fármacos modificadores de la enfermedad. La afectación cardíaca de la AR es variada e incluye pericarditis, valvulitis, miocarditis y un aumento

de la incidencia de enfermedad coronaria. El ecocardiograma es la herramienta diagnóstica más utilizada para su detección pero hay escasos datos sobre la prevalencia de alteraciones morfológicas en este tipo de pacientes con una evolución larga de la enfermedad y un perfil más agresivo.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de alteraciones morfológicas en el ecocardiograma de pacientes con AR de larga evolución en tratamiento con terapia biológica y sin sospecha previa de cardiopatía.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con AR de larga evolución sin cardiopatía conocida, en tratamiento con terapia biológica y con disponibilidad de un estudio ecocardiográfico completo. Se recogieron variables clínicas y ecocardiográficas (medidas de función biventricular, análisis morfológico y cuantificación de flujos valvulares, diámetros de aorta ascendente y presencia de derrame pericárdico).

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes, con edad 59 ± 13 años y con un 78% de mujeres. La mediana de evolución de la enfermedad fue de 12 [6-18] años. El 60% y 66% eran factor reumatoide y anticuerpos antipeptido citrulinado positivo respectivamente. Sólo 3 pacientes (6%) presentaron disfunción ventricular, que fue moderada y se atribuyó a origen isquémico en el estudio posterior. La función de ventrículo derecho estaba conservada en todos los pacientes con un TAPSE medio de 24,9 mm (valor normal > 15 mm). Encontramos un 30% de insuficiencias tricuspídeas y un 22% de insuficiencias mitrales, todas ellas de grado ligero y sin patología estructural asociada salvo en 2 casos de calcificación anillo mitral y aparato subvalvular en pacientes a una edad temprana (49 y 55 años). Así mismo observamos un 4% de insuficiencias aórticas por esclerosis difusa y/o nodular de los velos aunque se encontraron en pacientes de > 65 años. La dilatación de la parte proximal de la aorta ascendente fue encontrada únicamente en 2 pacientes con diámetros de 39 y 41 mm. Hubo sólo 1 caso de derrame pericárdico, siendo este de grado ligero.

Conclusiones: En esta cohorte de paciente con AR de larga evolución en terapia biológica y sin cardiopatía conocida, la prevalencia de hallazgos ecocardiográficos patológicos fue relativamente frecuente aunque la relevancia clínica de los mismos no fue importante.

111. ¿ES RELEVANTE LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN EL MANEJO Y PRONÓSTICO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO?

N. Lozano-Rivas¹, F.J. Pastor Pérez², S. Manzano-Fernández², P. Flores Blanco², A.M. Castillo Navarro³, P. Mesa del Castillo¹, M.J. Díaz Navarro¹, A. Paños Iniesta¹, J.E. Ruiz Sará¹, L.F. Linares Ferrando¹, A. Bermúdez Torrente¹ y C. Marras Fernández-Cid¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Cardiología; ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: Los pacientes con enfermedades autoinmunes (EAI) presentan un riesgo aumentado de desarrollar complicaciones derivadas de enfermedades cardiovasculares, con una morbilidad y mortalidad prematura. Pero no está claro si esto se debe a una mayor prevalencia de la misma, a una mayor gravedad en su presentación o a un manejo diferente durante el evento índice.

Objetivos: Establecer la prevalencia de EAI en pacientes ingresados tras un síndrome coronario agudo (SCA), su manejo y las implicaciones pronósticas de la misma respecto al resto de población sin EAI.

Métodos: Estudio de pacientes consecutivos ingresados por SCA de enero de 2011 a mayo 2014. Los pacientes con EAI respecto a los que no la presentaban fueron comparados en cuanto a presentación clínica, manejo hospitalario y mortalidad hospitalaria. También se

analizó la presencia de eventos cardiovasculares mayores a 1 año (muerte, reinfarcto, ictus y sangrado mayor).

Resultados: De los 964 pacientes, 53 tenían EAI (5,5%): 11 artritis reumatoide, 9 enfermedad inflamatoria intestinal, 7 espondilitis anquilosante, 7 artropatía psoriásica, 5 polimialgia reumática, 4 lupus eritematoso sistémico y 10 miscelánea. La evolución media de la enfermedad fue de 14 ± 3 años. No se encontraron diferencias en las características clínicas y demográficas entre grupos. Comparado con los pacientes sin EAI, los pacientes con EAI tuvieron una presentación similar del SCA y tampoco hubo diferencias en la estrategia de revascularización o en el tratamiento médico al alta. De forma global hubo 207 eventos cardiovasculares adversos (69% durante la hospitalización): 108 muertes, 52 infartos recurrentes, 19 ictus isquémicos y 28 sangrados mayores. Los dos grupos (EAI vs no EAI respectivamente) tuvieron cifras similares de eventos tanto durante hospitalización (9,6% vs 12,2%, $p = 0,58$) como al año (26,4% vs 19,1%, $p = 0,19$). La presencia de EAI no se asoció a incremento de riesgo de mortalidad hospitalaria (OR 1,1, IC95% 0,4 a 3,3) pero sí a mortalidad al año (OR 2,2, IC95% 1,1 a 4,4). Tras el ajuste multivariable esta tendencia se mantuvo aunque no resultó estadísticamente significativa (OR 1,7, IC95% 0,8 a 3,9).

Conclusiones: La presencia de EAI no cambia la forma de presentación del SCA ni su manejo. Aunque no se asocia a mayor mortalidad hospitalaria sí existe una tendencia hacia una mayor mortalidad al año.

112. CARACTERÍSTICAS Y MORTALIDAD DE NUESTROS PACIENTES INGRESADOS EN UCI

J.A. García-Vadillo¹, E. García-Lorenzo¹, D.A. Rodríguez-Serrano², I. Llorente¹, L. Merino¹, M.I. López-Fernández², J.E. Cereijo² e I. González-Álvaro¹

¹Servicio de Reumatología; ²UCI. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos: Determinar las características y mortalidad de los pacientes con enfermedades inflamatorias reumatológicas ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye todos los pacientes con enfermedades inflamatorias reumatológicas ingresados en UCI de un hospital madrileño terciario desde enero de 2004 hasta diciembre de 2014. Se excluyeron los pacientes con una estancia inferior a 24 horas. Los pacientes que reingresaron en la UCI durante el mismo ingreso hospitalario se consideraron un único ingreso. De forma retrospectiva se recogieron las características de la enfermedad, tratamientos recibidos hasta su ingreso en UCI y actividad de la enfermedad en los 3 últimos meses previos a su ingreso en UCI. El análisis estadístico se realizó con Stata 12.1.

Resultados: Un total de 56 enfermos precisaron 62 ingresos (6 pacientes requirieron ingreso en 2 ocasiones) en UCI. La edad media fue $58,6 \pm 14$ años. El 55% fueron mujeres. El 41% de los enfermos (23) presentaron vasculitis sistémicas 7 de ellas ANCAS positivos, el 28,5% (16) enfermedades del tejido conectivo, 10 pacientes espondiloartritis, 3 artritis reumatoide y otros 4 diferentes procesos. El promedio desde el diagnóstico hasta su primer ingreso en UCI fue de 127 ± 176 meses. El 67% de los pacientes ingresados en UCI habían precisado anteriormente glucocorticoides durante un promedio de 13 meses a unas dosis de 7 mg (p50) de prednisona/día. Un 14% de los enfermos habían recibido bolos de glucocorticoides, el 20% terapias biológicas y el 18% ciclofosfamida. El 63% de los pacientes ingresados presentaron signos de actividad de su enfermedad en el momento de entrar en la UCI. En el ingreso en UCI el índice de gravedad APACHE II era $p50:20$ ($p25-p75: 13,5-26$) y el SAPSII $p50: 34,5$ ($p25-p75: 24-43$). Las causas más frecuentes de ingreso en UCI fueron insuficiencia respiratoria (58% de los episodios) y shock

séptico (14,5%). Durante su estancia en UCI el 79% de los pacientes precisaron glucocorticoides, el 35% bolos de glucocorticoides, el 20% ciclofosfamida y el 11% plasmaféresis. 41 pacientes (68%) precisaron ventilación mecánica, en 38 de los cuales fue invasiva. La estancia media en UCI fue de $15,8 \pm 14$ días. El 28,5% (16) de los pacientes fallecieron durante su estancia en UCI y el 11% (7 pacientes) en el hospital durante su ingreso hospitalario tras salir de la UCI. En el análisis multivariante el exitus se relaciona de forma significativa con la edad (OR: 1,09), sexo femenino (OR: 3,7), APACHE II (OR: 1,15 punto del Apache) y la administración i.v de gammaglobulinas en UCI (OR: 16,6).

Conclusiones: Las vasculitis y las enfermedades del tejido conectivo son los principales procesos que obligan a nuestros pacientes con enfermedades reumatológicas inflamatorias al ingreso en UCI. En el momento del ingreso en UCI presentan elevados índices de gravedad. La mortalidad se relaciona con la edad, sexo femenino, gravedad medida por el APACHE II y la necesidad de administrar gammaglobulinas i.v. en la UCI

113. INFUSIÓN DE CÉLULAS MESENQUIMALES DE MÉDULA ÓSEA HUMANA FUCOSILADAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS. ESTUDIO PRECLÍNICO EN MODELO MURINO

V. Cabañas Perianes¹, N. Lozano Rivas², L.F. Linares Ferrando², C. Marras Fernández-Cid², F.A. Martínez Angosto², A. García Hernández¹, M.D. López Lucas¹, D. García Bernal¹, C. Algueró Martín¹, D. Sánchez Salinas¹, M. Blanquer Blanquer¹, C. Asín Aguilar¹, J. Sánchez García¹, R. Sackstein³ y J.M. Moraleda¹

¹Unidad de Terapia Celular y Trasplante Hematopoyético; ²Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ³Programa de Excelencia en Glicociencia. Harvard Medical School. EEUU.

Introducción: Las células madre mesenquimales (CSM) son células multipotentes con capacidad de autorrenovación y diferenciación a tejido óseo, adiposo y cartilaginoso, que se aíslan del estroma de la médula ósea y pueden expandirse en cultivos in vitro. Estas células pueden representar una alternativa esperanzadora para el tratamiento de la osteoporosis por su capacidad de diferenciarse a osteoblastos y modular la homeostasis del hueso.

Objetivos: Evaluar la seguridad y la eficacia de las CSM humanas fucosiladas (CSM-f) en un modelo murino inmunodeprimido (NOD/SCID).

Métodos: Al primer grupo de ratones NOD/SCID (n = 13) se le infundió CSM-f 1×10^6 células, al segundo grupo (n = 14) CSM 1×10^6 células y al tercero (n = 4) suero fisiológico. La integridad genética se estimó por cariotipo. Las toxicidades fueron evaluadas en todos los órganos mediante score clínico, peso, histología y biodistribución mediante qRT-PCR de genes β -actina y β 2-microglobulina humanas. Para determinar la eficacia se empleó inmunohistoquímica con anticuerpo policlonal anti-osteocalcina humana. Las células osteocalcina positivas fueron identificadas por un precipitado citoplasmático de color marrón.

Resultados: No se produjo ningún fallecimiento inesperado ni toxicidades agudas. Se objetivaron áreas localizadas inflamatorias en los pulmones de un 15%, 42% y 25% de los ratones infundidos con CSM-f, CSM y salino respectivamente (p = 0,28). La biodistribución fue normal en todos los ratones con excepción de un ratón (CSM sin fucosilar) que mostró expresión de ARN humano en pulmón a las 12 semanas post-infusión. Se observaron osteoblastos en el 100% de los ratones infundidos con CSM-f, en 62,5% de los infundidos con CSM, y ninguno en la rama de salino (p = 0,01). Los ratones infundidos con CSM-f presentaron mayor número de osteoblastos osteocalcina positivos en secciones de tibia y calota con respecto a los infundidos

con CSM (32 vs 5,5) (p = 0,0082). Los osteoblastos humanos fueron detectados en hueso desde la 5ª a la 12ª semana post-infusión.

Conclusiones: La infusión de CSM-f es segura y eficaz con un potencial más elevado de osificación en ratones NOD/SCID que las no fucosiladas. Estos resultados nos han permitido iniciar recientemente el ensayo clínico en pacientes diagnosticados de osteoporosis con CSM-f.

114. HIPEROSTOSIS VERTEBRAL ANQUILOSANTE: ¿SE PUEDEN IDENTIFICAR PATRONES CLÍNICO-RADIOGRÁFICOS DIFERENTES?

T. Clavaguera¹, R. Valls¹, M.T. Maneiro² y N. Arañó²

¹Reumatología; ²Rehabilitación. Hospital de Palamós.

Introducción: La hiperostosis vertebral anquilosante (HVA) se basa en unos signos radiológicos vertebrales, definidos según Resnick-Niwayama (1976). Posteriormente, Utsinger presentó otros criterios en los que añade la afectación extraspinal basada en la calcificación y osificación de entesis y ligamentos (Utsinger. Clin Rheum Dis. 1985;11:325-51). Mader et al han intentado desarrollar unos nuevos criterios clasificatorios (Mader et al. Rheumatology. 2013;52:326) pero sin un consenso final respecto la afectación extraespinal de la enfermedad.

Objetivos: Describir las características clínicas y radiológicas de nuestra cohorte de pacientes con HAV. Proponer unos patrones clínico-radiográficos basándonos en el grado de la afectación espinal y/o extraspinal de la enfermedad.

Métodos: Análisis descriptivo de pacientes que cumplían criterios de HAV según Resnick y/o Utsinger. Se recogieron datos demográficos, clínicos y radiográficos. Dividimos los pacientes en 3 patrones clínico-radiológicos: 1) Predominio axial 2) Predominio periférico 3) Patrón mixto. Excluimos los pacientes HLA27 + y/o con psoriasis.

Resultados: Incluimos 93 pacientes, 57% varones. La edad media del diagnóstico fue 65,5 a (47-84) y la edad de inicio de los síntomas: 58,5 a (36-80). En las mujeres la edad de inicio de síntomas así como del diagnóstico fue más precoz 55,7 y 62,8 a, respectivamente. La demora diagnóstica fue de 6,36 a (0-25) aunque el 91% procedían de consultas de reumatología. Todos cumplieron criterios de Utsinger para la HAV: 72% definida; 20,5% probable y 7,5% posible. Un 28% no cumplieron los criterios de Resnick. El motivo de consulta que llevó al diagnóstico: 46,2% dolor y/o limitación de c. dorso-lumbar, 15,4% dolor y limitación en c. cervical, 22% debutó con una entesopatía periférica, u5,4% con coxalgia y en un 11% fue un hallazgo radiológico. Describimos los siguientes patrones clínicos: a) patrón de predominio axial (69,5%); b) patrón de predominio periférico (19,6%); y un patrón mixto (10,9%). En el patrón periférico predominaron las mujeres (66%) y en el axial los varones (65%), en el patrón mixto no hubo diferencias (50%). Los pacientes con patrón periférico eran diagnosticados en edades más precoces de la enfermedad. En los estudios radiográficos se hallaron signos sugestivos de la enfermedad en: 63,4% de la c. cervical, 93% de la dorsal, en el 55,4% de la lumbar, 51,9% presentaron entesofitos coxofemorales típicos, un 80% entesopatías en anillo pelviano y/o trocánteres, 65% rodillas, 68,4% codos, 82% entesis aquilea y 62% en fascia plantar. El antecedente de entesopatía clínica se recogió en el 46,2%.

Conclusiones: Existen diferentes formas clínico-radiográficas de HAV. Consideramos importante la identificación de la afectación extraspinal porque podría corresponder a una forma más precoz de la enfermedad y con características diferenciales de la forma axial. Es posible que las formas de predominio periférico estén infra-diagnosticadas. Se necesitan estudios prospectivos con técnicas de imagen no invasivas que nos permitan conocer la evolución de una enfermedad que suele diagnosticarse en fases avanzadas.

115. LA JORNADA DE TERAPIAS BIOLÓGICAS DE RABAT-2016: COOPERACIÓN DOCENTE Y ALIANZA ENTRE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA(SER) Y LA SOCIEDAD MARROQUÍ DE REUMATOLOGÍA (SMR)

M. Tenorio¹, A. El Maghraoui², B. Yoldi³, R. Bahiri², S. Romero-Yuste⁴, S. Maaroufi², E. Rubio⁵, H. Kadiri², J. Sánchez-Bursón⁶, A. Sellas⁷, A. Gómez-Centeno⁸ y J.V. Moreno⁷

¹Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva. ²Sociedad Marroquí de Reumatología. ³Hospital Universitario Quirón-Dexeus. Barcelona. ⁴Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ⁵Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁶Hospital Universitario de Valme. Sevilla. ⁷Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ⁸Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: Dentro de la misión estatutaria de la SER se encuentra la enseñanza y divulgación de la Reumatología (artículo 2-6 y 2-7 de los Estatutos de la SER. Reforma 21-05-2015), la cooperación docente (Artículo 2-14) y el establecimiento de alianzas con otras asociaciones (Artículo 2-13). Tomando lo anterior como fundamento y previo acuerdo entre los presidentes de la SER y de la SMR, se ha celebrado la Jornada Marroquí-Española sobre Terapias Biológicas en Artritis Reumatoide (AR), en Rabat el 16/01/2016, dirigido a los reumatólogos de Marruecos.

Objetivos: Nos proponemos con este trabajo valorar si esta jornada ha cumplido sus objetivos estatutarios: (docencia, cooperación y establecimiento de alianzas) y operativos: 1. Completar el programa docente, que procedía de las necesidades formativas de los asistentes trasladados a la SER por la SMR. 2. Cubrir su capacidad docente en el número de plazas discentes programadas. 3. Obtener una buena valoración global por parte de los asistentes. 4. Conseguir un desarrollo temático adecuado. 5. Presentar ponentes de calidad. 6. Y todo ello a través de una organización general eficiente.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo. Para la valoración de los objetivos estatutarios y operativos 1, 2 ha sido suficiente con seguir el desarrollo de la jornada y contabilizar el registro de inscritos. Para procesar los objetivos operativos 3, 4, 5 y 6 se ha realizado una encuesta de valoración a los asistentes, que puntuaban de 1 a 10. La metodología didáctica se ha fundamentado en exposiciones informatizadas de contenidos basados en la evidencia sobre la bioterapia en AR, usando formato de descripción convencional y casos clínicos. Se ha promovido la implicación de los asistentes y se ha previsto el 25% del tiempo para discusión participativa.

Resultados: La jornada ha completado su programación al 100%. Ha cubierto su capacidad docente al 100%, con 70 discentes, aunque las solicitudes habían rebasado el centenar. La valoración global por parte de los asistentes ha obtenido una puntuación media de 8,4 (6-10). El adecuado desarrollo temático se ha calificado de 8,44 (6-10). La calidad global de los ponentes se puntuó en 8,56 (7-10). La organización general de la jornada en 9,16 (7-10). Entre las áreas necesitadas de mejora destacó la traducción simultánea. Todos los docentes han manifestado encontrarse altamente satisfechos de participar en la jornada. La sugerencia más destacada por los encuestados ha sido el deseo de continuidad. Además, con su planificación y desarrollo se ha establecido una prometedora entre la SER y la SMR y se ha realizado una labor de cooperación internacional.

Conclusiones: La jornada hispano marroquí ha completado su programación docente. Ha cubierto su capacidad formativa. Ha realizado una adecuada selección y desarrollo temático. Los ponentes han obtenido una muy buena valoración. Y todo ello ha tenido lugar con una organización excelente. Por otra parte, ha permitido el inicio de una alianza de cooperación y docencia entre la SER y la SMR. Asimismo, se ha tomado nota del área de mejora para futuras ediciones posibles.

116. PÚRPURA DE SCHÖLEIN HENOCH: ¿ES LA EDAD UN FACTOR DE INFLUENCIA?

F. Rey Pazos, A. Rubio Hontanilla, C. Peña González, C. Bonilla González, E. Álvarez Andrés, A. Cruz Valenciano y P. Collado Ramos

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

Objetivos: La púrpura de Schölein Henoch (PSH) es la vasculitis sistémica más frecuente de la infancia. Aunque, con frecuencia, está precedida de una infección del tracto respiratorio, su etiopatogénesis es desconocida. Se manifiesta por una púrpura palpable no trombocitopénica, artralgias o artritis, dolor abdominal y hematuria que puede acompañarse de proteinuria. Dado que no existen alteraciones analíticas específicas, su diagnóstico se basa en hallazgos clínicos e histológicos. Nuestro objetivo es describir la prevalencia de las manifestaciones clínicas en adultos y niños al diagnóstico.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo de todos los pacientes hospitalizados identificados por el diagnóstico de "PSH" en nuestro hospital entre enero de 1976 y junio del 2015. Se utilizaron los criterios de clasificación de Michel que incluyen la edad de los 20 años como criterio diagnóstico. Las variables demográficas, clínicas, de laboratorio y tratamiento fueron revisadas.

Resultados: Se identificaron 51 pacientes, con predominio de varones (64,7%) y una mediana edad de 18 años (IQR 13-41 años) al diagnóstico. Treinta y nueve pacientes eran menores de 20 años. Todos los pacientes del estudio presentaron púrpura palpable. En el 51% se recogió el antecedente de infección respiratoria, y en particular dentro de la población infantil (56,4%), pero sin significación estadística ($p = 0,19$). El 66,7% de la población de estudio (34 pacientes) presentaron clínica articular, manifestándose como artritis en el 41,2% de ellos. Esta clínica se produjo en su mayoría en la población infantil (53% del total), donde la artritis supuso el 84,21% de los mismos ($p = 0,5$). Las manifestaciones abdominales estuvieron presentes en un 60,8% de los pacientes, sin observarse diferencias significativas entre niños y adultos (47% y 13% respectivamente) ($p = 0,8$). Las manifestaciones renales no fueron tan frecuentes. El 66,7% de la población se mantuvo sin afectación renal, donde 31 pacientes eran niños y 3 adultos –resultando estadísticamente significativo ($p = 0,001$). La afectación renal (33,3%) con secuelas se presentó principalmente entre adultos. La hematuria y la proteinuria aisladas se detectaron en el 3,9% y el 2% de los pacientes del estudio, respectivamente. Mientras que la asociación de ambas constituyó la manifestación más comúnmente detectada (21,6%).

Conclusiones: Aunque el tamaño muestral es pequeño, parece existir ciertas diferencias clínicas al debut entre los adultos y los niños, con predominio de la clínica renal en los adultos y de la clínica articular en niños.

117. LA CATEPSINA S Y LA CISTATINA C Y SU RELACIÓN CON LA ATEROMATOSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

B. Tejera-Segura¹, A.M. de Vera-González², M.A. González-Gay³ e I. Ferraz-Amaro¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Laboratorio Central. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. Universidad de Witwatersrand. Johannesburg. Sudáfrica.

Introducción: Así como la relación entre la cistatina C y la ateromatosis subclínica ya ha sido estudiada en pacientes con artritis reumatoide, no hay estudios que relacionen la catepsina S. El estudio de ésta puede ayudar a mejorar el conocimiento sobre el riesgo cardiovascular en los pacientes con artritis reumatoide, además de a realizar una mejor estratificación del riesgo en este grupo de pacientes.

Objetivos: Evaluar si la cistatina C y/o la catepsina S, dos marcadores importantes de riesgo cardiovascular, están asociados con la ateromatosis subclínica en pacientes con artritis reumatoide.

Métodos: Se midieron los niveles de cistatina C y de catepsina S en suero, el espesor íntima-media carotídeo (cIMT) y la presencia de placas de ateroma, en 178 pacientes con artritis reumatoide. Todos los pacientes tenían más de 18 años de edad y cumplían los criterios de clasificación para artritis reumatoide ACR/EULAR 2010.

Resultados: Se incluyeron pacientes con una media de edad \pm desviación estándar de 55 ± 11 años. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular, el 35% de los pacientes tenían hipertensión, 32% dislipemia y el 15% diabetes mellitus. La duración de la enfermedad fue de 7 (IQR 4-15) años. Los pacientes presentaron enfermedad moderada-activa según índice de actividad DAS28 ($3,74 \pm 1,91$). Un tercio de ellos (35%) estaban tomando prednisona, el 86%, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad y el 22% recibían tratamiento con anti-TNF-alfa u otras terapias biológicas. La media de cIMT fue $0,670 \pm 0,143$ mm, y 66 pacientes (37%) tenían placas en carótida en la evaluación de la ecografía carotídea. Tanto la cistatina C como la catepsina S se asociaron significativamente con la hipertensión, la diabetes y la dislipemia. Sin embargo, ni el factor reumatoide ni el uso de prednisona se asociaron con la cistatina C o catepsina S. Se observó una tendencia en la que los pacientes en tratamiento con anti-TNF-alfa tenían menores niveles de cistatina C (log beta coef. $-0,20$ ($-0,44$ A $0,04$), $p = 0,09$). Se encontró una asociación entre la actividad de la enfermedad y mayores niveles de cistatina C. Esto no se objetivó con la catepsina S. Los niveles de cistatina C también se asociaron con cIMT en el subgrupo de pacientes incluidos en el mayor cuartil de cIMT (OR 1,31; IC95% [1,00-1,72], $p = 0,04$) después de ajustar por factores de riesgo cardiovascular tradicionales, la edad y el sexo. Una asociación entre los niveles de cistatina C sérica y placas carotídeas también se encontró en el análisis univariante (OR 1,37; IC95% [1,06-1,76], $p = 0,02$). Sin embargo, esta asociación significativa se perdió después de ajustar por factores de riesgo cardiovascular tradicionales y edad. La catepsina S no se asoció con el cIMT o placas.

Conclusiones: Los niveles séricos de cistatina C identificar un subgrupo de pacientes con artritis reumatoide con alto riesgo de padecer enfermedad aterosclerótica subclínica.

118. SUPERVIVENCIA ANTES DE UN PRIMER BROTE ARTICULAR EN FUNCIÓN DEL TRATAMIENTO HIPOURICEMIANTE EN PACIENTES CON GOTA: ESTUDIO DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA

C.A. Guillén Astete, M. Villarejo Botija, L. Martín Fuertes y G. Silvestre Egea

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: El objetivo terapéutico en el tratamiento de la gota persigue evitar la aparición de brotes al tiempo que mantener las cifras de ácido úrico por debajo de 6.0 mg/dL. Nuestros servicios de urgencias son destinos frecuentes de pacientes que acuden por brotes agudos. Es de interés determinar si algún tratamiento hipouricemiante permite distanciar más la aparición de un primer brote de gota y si tal distanciamiento se vincula o no al uso de terapia profiláctica con colchicina. El objetivo del presente estudio es elaborar una curva de supervivencia de pacientes gotosos libres de brotes según hayan sido tratados con alopurinol o febuxostat.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo. Se recabaron registros de pacientes tratados con alopurinol (100-200 mg/día y 300-600 mg/día) y febuxostat (80 mg/día y 120 mg/día) que se presentaron por urgencias debido a lo que identificó como un brote de gota. El tratamiento profiláctico se consideró como aplicado con dosis superiores o iguales a 0,5 mg/día de colchicina o AINEs de acuerdo a las recomendaciones ACR 2012 (Khanna et al. Arthritis

Care and Research, 2012; 64;1447-61). El periodo de observación fue de 2013-2015 y el corte de la curva de supervivencia se hizo a los 6 meses después de la instalación del tratamiento hipouricemiante. Los datos recogidos de los registros fueron: demográficos-epidemiológicos, presencia de tofos, fecha de primera consulta urgente por brote, dosis de tratamiento hipouricemiante y presencia de tratamiento profiláctico. No se recogieron datos de identificación de los pacientes ni de su adherencia al tratamiento.

Resultados: Se identificaron 90 registros de pacientes distintos. 18 se encontraban en tratamiento con febuxostat (14 con 80 mg/día y 3 con 120 mg/día) y 72 en tratamiento con alopurinol (22 con 100-200 mg/día y 50 con 300-600 mg/día). No se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre la proporción de géneros, la media de edad ni la proporción de pacientes con tofos aunque esta última tendió a ser mayor en el grupo con febuxostat. El tiempo medio hasta la aparición del primer brote en pacientes con alopurinol fue 132,4 DE 6,8 días (IC95% 119,0-145,8) y 142,6 DE 11,63 (IC95% 119,8-165,4) con febuxostat (χ^2 0,304; $p = 0,581$, HR 0,806; IC95% 0,393-1,654). Sin considerar a los pacientes sin tratamiento profiláctico (2 en el grupo de febuxostat y 26 en el de alopurinol), el tiempo medio para la aparición de un primer brote fue 116,4 DE 8,0 (IC95% 100,7-132,1) y 153,8 DE 9,9 (IC95% 134,3-173,3) en el grupo de alopurinol y febuxostat, respectivamente (χ^2 5,984; $p = 0,0144$, R 0,356; IC95% 0,183-0,692).

Conclusiones: Pese a que se trata de una cohorte retrospectiva relativamente pequeña, nuestras observaciones indican que existe una tendencia a que los pacientes tratados con alopurinol tarden más en desarrollar un primer brote. Sin embargo, en pacientes en tratamiento profiláctico según recomendaciones ACR la aparición de un primer brote es significativamente tardía en pacientes con febuxostat respecto de aquellos que tomaron alopurinol. Reconocemos que se requieren estudios prospectivos con cohortes mayores en los que se puedan considerar parámetros como la adherencia al tratamiento y curvas de seguimiento más prolongadas para respaldar nuestras observaciones.

119. EFICACIA Y SEGURIDAD DE BELIMUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. EXPERIENCIA DE DOS CENTROS

P. Corzo¹, T.C. Salman-Monte¹, E. García Casares², L. Polino¹, D. Marqués¹, F. Ojeda¹ y J. Carbonell-Abelló¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital del Mar/Parc de Salut Mar. Barcelona.

²Servicio de Reumatología. Hospital de Mollet. Mollet del Vallès.

Introducción y objetivos: Belimumab es un anticuerpo monoclonal humano de IgG1b que se une específicamente a la forma soluble de la proteína estimuladora de linfocitos B humanos (BLyS, también conocido como BAFF y TNFSF13B). Es el primer fármaco biológico aprobado para el tratamiento del lupus eritematoso sistémico (LES). El objetivo de este estudio fue determinar la eficacia y seguridad del uso de belimumab en 6 pacientes de 2 centros de Cataluña (pacientes 1, 2, 3, 4 H. del Mar, 5 y 6 H. de Mollet).

Métodos y resultados: Breve descripción de cada caso y una tabla (tabla) con las principales características demográficas y serológicas. Paciente 1: diagnóstico de LES en 2003 por artralgiás, lesiones cutáneas, pancitopenia, ANA, antiDNAds y antiRo. Recibió tratamiento con prednisona, azatioprina (AZA), retirada por pancitopenia, e hidroxilcloroquina (HCQ). Por persistencia de plaquetopenia, se inicia rituximab en 2010 (2 ciclos). En 2013 presenta osteonecrosis de cadera. Persistiendo artritis y por contraindicación para otros tratamientos se inicia belimumab, recibe 16 perfusiones sin incidencias y con buena evolución. Paciente 2: diagnóstico de LES en 2014 por artritis, aftosis, fotosensibilidad, pancitopenia, ANA, antiDNAds, antiSm y antiRo, portadora de Ac del síndrome antifosfolípido (SAF). Realizó tratamiento con corticoides, HCQ, AZA y micofenólico. Por persistencia de artritis

Tabla Póster 119

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6
Edad (años)	36	74	44	35	41	39
Raza	Afroamericana	Caucásica	Caucásica	Caucásica	Caucásica	Caucásica
Indicación	Artritis. Osteonecrosis femoral	Artritis	Artritis	Artritis. Serositis	Artritis	Artritis
Perfusiones (n)	16	10	18	11	5	9
FAMES previos (n)	2	4	3	2	5	5
Biológicos previos (n)	0	0	0	1	1	0
SLEDAI basal	6	8	6	6	12	10
SLEDAI post-tratamiento	2	6	2	4	4	6
VSG basal (mm/h)	58	12	8	29	7	12
VSG post-tratamiento (mm/h)	15	11	9	18	8	22
PCR basal (mg/dl)	0,72	0,35	1,07	2,5	0,1	0,14
PCR post-tratamiento (mg/dl)	0,39	0,24	0,48	0,98	0,1	0,2
antiDNAs basal (UI/ml)	645 (< 300)	510	771	845	18 (< 10)	55
antiDNAs post-tratamiento (UI/ml)	453	476	470	927	2,2	24
Efectos secundarios	No	No	No	No	No	No
Infecciones	No	No	No	No	No	No

tis, se inicia belimumab, recibe 10 perfusiones con buena evolución y sin incidencias. Paciente 3: LES diagnosticado en 1990 con artritis, lesiones cutáneas, trombopenia, ANA y antiDNAs, portadora de Ac del SAF, episodio de pleuropericarditis en 1993. Recibió tratamiento con prednisona, HCQ, metotrexato y AZA. Presenta artropatía de Jacoud. Por intolerancia a fármacos y persistencia de artritis, se inicia belimumab, recibe 18 perfusiones con buena evolución y sin incidencias. Paciente 4: natural de Marruecos. LES diagnosticado en 2002 por artritis, ANA, antiDNAs, linfopenia, portadora de Ac del SAF y fenómeno de Raynaud. En 2007 presenta serositis (pericarditis, pleuritis y ascitis). Recibió tratamiento con corticoides, AZA e HXQ, incluyéndose tras el brote de serositis en Estudio APRIL (atacept), manteniéndose estable durante 2 años. Posteriormente, por artritis, se inicia belimumab. Ha recibido 11 perfusiones sin incidencias y con buena respuesta. Paciente 5: LES diagnosticado en 2001 por lesiones cutáneas, adenopatías, artritis, ANA, antiDNAs y presencia de Acs del SAF. Recibió tratamiento con AZA, ácido micofenólico, retirados por ineficacia, e HXQ, retirado por toxicidad ocular. En febrero de 2015 y por persistencia de los síntomas se le pauta rituximab (1 ciclo). Por persistencia de artritis (a pesar de sinoviortesis de rodilla derecha) se decide tratamiento con belimumab (actualmente en pauta de inducción). Paciente 6: Diagnóstico en 2001 en el postparto (ANA, poliartritis, fotosensibilidad, aftas orales, hipocomplementemia, fenómeno de Raynaud, lupus discoide, ANA, antiDNAs y portadora de Acs del SAF). En 2004 presenta monoartritis múltiple de origen sensitivo (nervio mediano y radial). Recibió tratamiento previo con MTX, leflunomida, AZA e HCQ, retirados por ineficacia. Se inicia tratamiento con belimumab, recibe 9 dosis. Se retira por persistencia de artritis.

Conclusiones: El tratamiento con belimumab fue seguro en todos los casos y efectivo en todos menos en el caso 6, que se retira por persistencia de la clínica.

120. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON ARTROPATÍAS Y TERAPIA BIOLÓGICA

M. Álvarez Payero¹, F. Maceiras Pan^{2,3}, R. Melero González³, C. Mouriño Rodríguez^{2,3}, A. Martín Vila¹, M. Rodríguez Rodríguez¹, M. Samartín Ucha^{1,2}, N. Martínez López de Castro^{1,2}, M. Rodríguez López^{2,3}, I. Hernández Rodríguez³, C. Barbazán Álvarez³, V. Balboa Barreiro⁴, J. de Uña Álvarez⁴, G. Piñeiro Corrales¹ y J.M. Pego Reigosa^{2,3}

¹Servicio de Farmacia. EOXI Vigo. ²Grupo IRIDIS (Investigación en Reumatología y Enfermedades Inmuno-Mediadas). Instituto de Investigación Biomédica. Vigo. ³Servicio de Reumatología. EOXI Vigo. ⁴Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidad de Vigo.

Introducción: Las artropatías inflamatorias crónicas (artritis reumatoide-AR, artritis psoriásica-AP y espondilitis anquilosante-EA)

ocasionan una discapacidad funcional de grado variable, condicionando la calidad de vida de los pacientes.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) percibida por los pacientes con artropatías tratados con terapia biológica, como una medida de resultado en salud.

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal (agosto 2014), en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes adultos con AR, AP, EA u otras espondiloartropatías (O) en tratamiento biológico activo (ADA-adalimumab sc, ETA-etanercept sc, infliximab iv, golimumab sc, certolizumab sc, abatacept iv/sc, tocilizumab iv/sc o rituximab iv) durante ≥ 2 meses, seguidos por el Servicio de Reumatología. Las variables sociodemográficas y clínicas se obtuvieron mediante entrevista estructurada y revisión de historia clínica. El grado de actividad de la enfermedad en AR y AP de predominio periférico se midió mediante el índice DAS28 ($\leq 3,2$: baja actividad; $> 3,2$ - $\leq 5,1$: moderada; $> 5,1$: alta) y mediante el BASDAI (< 4 : baja actividad; ≥ 4 : alta actividad) en EA y AP de predominio axial. Para medir la CVRS, los pacientes autocumplimentaron el cuestionario genérico EQ-5D-5L. Evalúa 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión, cada una con 5 niveles de gravedad. A partir de esta puntuación se obtiene un índice de CV (EQ-index) entre 0 (muerte) y 1 (salud completa). También tiene una escala visual (EQ-VAS) de salud global desde 0 (peor salud imaginable) a 100 (mejor salud imaginable). Se realizó análisis descriptivo y regresión lineal múltiple para determinar qué variables contribuían de forma significativa sobre la variable dependiente que resume la CVRS percibida: EQ-VAS.

Resultados: De 382 pacientes candidatos al estudio, accedieron a contestar el cuestionario: 314 (55,7% mujeres, edad media 55,2 \pm 13,9 años y una media de 13,05 \pm 8,1 años de evolución de enfermedad). La distribución por patologías: 44,3% AR, 26,1% AP, 21,3% EA, 8,3% O. La distribución de los fármacos: 51,9% ADA, 28,7% ETA, 19,4% el resto, siendo la 1ª línea de biológico en el 65,9% de los casos. El 50% de los pacientes tenían otro fármaco modificador del curso de la enfermedad concomitante (corticoide/metotrexato/leflunomida). El 71,7% de los pacientes se encontraban con una baja actividad en el momento del corte, con pauta estándar del fármaco (61,8%) y pauta optimizada (37,6%). El índice de CVRS percibida por los pacientes fue 0,73 \pm 0,22 y un estado de salud global EQ-VAS de 64,2 \pm 21,0 puntos. Las dimensiones del sistema descriptivo del cuestionario peor valoradas (niveles de gravedad 3-4-5) fueron dolor (33,7%), actividades cotidianas (29,9%) y movilidad (26,7%). El análisis de regresión lineal mostró significación ($p < 0,001$) para las variables explicativas: actividad de la enfermedad, tiempo de evolución de la enfermedad y nivel educativo. EQ-VAS se reduce 0,4 y 9,05 puntos por cada año de evolución y cada punto que aumenta el DAS28, respectivamente. El análisis no mostró significación para la edad, sexo, patología, fármaco o n° de línea.

Conclusiones: Los pacientes evaluados en general cuentan con buen control de la actividad de la enfermedad y perciben una CVRS aceptable. La presencia de dolor crónico y la pérdida de autonomía para realizar las actividades cotidianas son las dimensiones peor valoradas.

Este trabajo ha sido financiado con una beca no restringida de Pfizer.

121. ESPONDILODISCITIS EROSIVA (LESIÓN DE ANDERSSON) COMO DEBUT DE ESPONDILOARTRITIS

F. Antón Pagés y M. Álvarez de Buergo Ballester

Hospital Río Carrión. Palencia.

Introducción: La lesión de Andersson consiste en una alteración destructiva vertebral o disco-vertebral que suele ocurrir en fases tardías en la evolución de las espondiloartritis (principalmente EA y psoriásica); es imprescindible descartar un origen infeccioso de la lesión, ya que desde el punto de vista radiológico no es posible la diferenciación etiológica. La prevalencia, según distintas series, abarca un rango que va desde el 1,5% hasta un 28%.

Métodos: Hemos realizado una revisión retrospectiva y descriptiva de los casos de espondiloartritis cuya primera manifestación fue la espondilodiscitis erosiva. Exponemos los datos de dos casos de debut de espondiloartritis con este tipo de lesión.

Características	Caso 1	Caso 2
Sexo	M	M
Edad (años)	36	72
Duración de SX antes del Dx (meses)	12	4
Dolor lumbar inflamatorio	Sí	Sí
HLA-B27	Negativo	Negativo
Artritis periférica	No	Sí
Dactilitis	No	No
Entesitis	No	No
Enfermedad inflamatoria intestinal	No	No
Historia personal o familiar de psoriasis	No	No
Historia familiar de espondiloartritis	No	No
Historia de infecciones en meses previos al Dx	No	No
Elevación de reactantes de fase aguda (PCR y VSG)	Sí	Sí
Rx sacroilíacas	Normal	Normal
RMN sacroilíacas	Normal	Normal
RMN columna lumbar	Espondilodiscitis L5-S1	Espondilodiscitis L4-L5 y afectación de interapofisarias a nivel L3-L4 y L5-S1 con componente inflamatorio y de miositis asociado
Aislamientos microbiológico	Negativo	Negativo
Criterios ASAS	No	Sí (rama de artritis periférica)
Tratamiento	AINEs. Etanercept	AINEs, leflunomida, adalimumab

Resultados: Tras el inicio del tratamiento, evolución favorable en ambos casos, con reducción del dolor y de los reactantes de fase aguda (normalizados).

Conclusiones: La lesión de Andersson sigue siendo una manifestación poco común de las espondiloartritis. Suele aparecer en fases evolucionadas de la enfermedad y excepcionalmente como debut de la misma y menos como única alteración radiológica. En los casos que presentamos, ambos ocurren en mujeres, HLA-B27 negativo y con radiografías y RMN de sacroilíacas dentro de la normalidad. Debemos señalar la importancia de descartar origen infeccioso ante la aparición de este tipo de lesiones aisladas.

122. ESTUDIO COMPARATIVO DE ADALIMUMAB VS INFlixIMAB EN EL TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR QUÍSTICO DE LA UVEÍTIS DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 34 PACIENTES

V. Calvo-Río¹, R. Blanco¹, C. Fernández¹, P. Rodríguez-Cundin¹, E. Beltrán², M. Hernández-Grafella², J.M. Herreras³, M. Cordero-Coma⁴, M. Mesquida⁵, A. Adán⁵, M.V. Hernández⁵, D. Díaz-Valle⁶, I. Torre-Salaberri⁷, M. Díaz-Llopis⁸, R. Gallego⁸, O. Maíz-Alonso⁹, S. Insua¹⁰, F. Francisco¹¹, R. Almodóvar González¹², O. Ruiz Moreno¹³, F. Jiménez-Zorzo¹³, J. Manero¹³, M. Gandía Martínez¹⁴, J.M. Nolla Solé¹⁵ y M.A. González-Gay¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Reumatología y Oftalmología. Hospital General Universitario de Valencia. ³Oftalmología. Hospital Universitario. IOBA. Valladolid. ⁴Oftalmología. Hospital de León. ⁵Oftalmología y Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. ⁶Oftalmología. Hospital Clínic San Carlos. Madrid. ⁷Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ⁸Oftalmología. Hospital Universitario La Fe. Valencia. ⁹Reumatología. Hospital Universitario de Donostia. San Sebastián. ¹⁰Reumatología. Hospital Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña. ¹¹Reumatología. Hospital Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ¹²Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. ¹³Oftalmología y Reumatología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. ¹⁴Reumatología. Hospital Puerta del Mar. Cádiz. ¹⁵Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Objetivos: El edema macular quístico (EMQ) es la complicación más grave de las uveítis y la causa más frecuente de ceguera. Nuestro objetivo fue comparar la eficacia y la seguridad de adalimumab (ADA) vs infliximab (IFX) como primer fármaco biológico en el edema macular quístico (EMQ) de la uveítis de la enfermedad de Behçet durante 1 año.

Métodos: Estudio multicéntrico de 175 pacientes con uveítis de la EB refractaria al tratamiento convencional con dosis elevadas de corticoides y al menos un inmunosupresor sistémico convencional. De estos 175 pacientes, 34 presentaban EMQ (OCT > 300 µ) al inicio del estudio. El IFX (3-5 mg/kg 0, 2, y 6 semanas y después cada 4-8 semanas) se utilizó en 12 casos y ADA (40 mg/2 semanas) en 22 casos. Nuestro objetivo principal fue la ausencia de EMQ. Los objetivos secundarios fueron la mejoría de la agudeza visual (AV) (incremento de la AV > 20% en al menos uno de los dos ojos), inactividad completa de la inflamación en cámara anterior, vitritis, vasculitis retiniana y retinitis. Se realizó un análisis bivariado para comparar la respuesta de los dos tipos de biológico (ADA e IFX). Finalmente se realizó un modelo de regresión logística para evaluar el efecto del tratamiento biológico sobre el desenlace. El análisis se realizó por medio del programa Spss versión 20.0.

Resultados: Estudiamos 34 pacientes (63 ojos afectados). No se observaron diferencias estadísticamente significativas basales entre ambos grupos (IFX vs ADA) en sexo (H/M; 4/6 vs 11/11; p = 0,35), edad media (37,3 ± 10,1 vs 41,5 ± 8,3; p = 0,2), HLA-B51 positivo (70% vs 80,9%; p = 0,5), duración de la uveítis antes del inicio del anti TNFα (mediana [IQR]; 36 [10-82] vs 33 meses [15,5-83]; p = 0,8), AV (0,4 ± 0,33 vs 0,46 ± 0,29; p = 0,44); vasculitis retiniana (75% vs 77%; p = 0,87); retinitis (46% vs 30%; p = 0,2); engrosamiento macular (410,13 ± 140,9 vs 409,46 ± 138,55; p = 0,98); tratamiento combinado (58,33% vs 59,1%; p = 0,96). Sí observamos diferencias en la presencia de células en cámara anterior (mediana [IQR]; 1 [0-1,2] vs 1 [0-3]; p = 0,02) y en la vitritis (mediana [IQR]; 1 [0-2] vs 3 [0,5-3]; p = 0,002). Respecto al objetivo principal, se observa que la mejoría del EMQ es mayor en los pacientes en tratamiento con ADA tanto al mes como al año, aunque la diferencia no alcanza significación estadística. En cuanto a los objetivos secundarios hemos observado que ADA responde mejor al mes que IFX a la hora de conseguir una mejoría al menos del 20% en la AV (tabla). Al año prácticamente no hay diferencia. Al ajustar por duración de la enfermedad, edad y sexo esta diferencia aumenta. Sin embargo

Tabla Póster 122

	Ada/IFX (%)	OR crudo	IC95%	p	OR ajustado*	IC95%	p
Al mes							
Ausencia de EMQ (OCT < 300)	38,9%/18,2%	2,86	0,473-17,35	0,252	3,88	0,384-39,25	0,25
Mejoría de AV	80%/72,7%	1,5	0,268-8,383	0,644	3,003	0,342-26,401	0,321
Tyndall inactivo	56,2%/71,4%	0,514	0,076-3,488	0,496	0,174	0,00-1,98	0,199
Vitritis inactiva	23,5%/50%	0,308	0,052-1,829	0,151	0,385	0,053-2,807	0,346
No retinitis	57,1%/71,4%	0,533	0,058-4,912	0,579	-	-	-
No vasculitis	50%/63,6%	0,571	0,123-2,658	0,476	1,056	0,177-6,321	0,952
Al año							
Ausencia de EMQ (OCT < 300)	88,9%/66,7%	4	0,53-30,16	0,179	7,03	0,511-96,91	0,145
Mejoría de AV	68,2%/66,7%	1,071	0,239-4,794	0,928	1,1	0,171-7,086	0,92
Tyndall inactivo	93,8%/100%	1,467	1,102-1,951	0,99	-	-	-
Vitritis inactiva	87,5%/100%	1,5	1,109-2,03	0,99	-	-	-
No retinitis	-	-	-	-	-	-	-
No vasculitis	-	-	-	-	-	-	-

*Por edad, sexo y duración enfermedad.

IFX responde mejor al mes a la hora de conseguir que la vitritis activa pase a inactiva, desaparezcan las células en cámara anterior, y la vasculitis y retinitis pasen de activas a inactivas, si bien en ningún caso se alcanza la significación estadística. Al ajustar por duración de la enfermedad, edad y sexo se mantienen estas diferencias. Al año todos los pacientes que presentaban retinitis y vasculitis en su situación basal mejoran, tanto aquellos con infliximab como con adalimumab.

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que ADA e IFX no muestran diferencias estadísticamente significativas, tras 1 año de seguimiento, en el EMQ de las uveítis de la EB refractarias al tratamiento inmunosupresor convencional.

123. UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE TRANSICIÓN PARA PACIENTES CON PATOLOGÍA REUMÁTICA DE INICIO INFANTIL: EXPERIENCIA DE 4 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Sobrino Grande, W.A. Sifuentes Giraldo, M. Llop Vilaltella, C. Bouruncle Alaluna, S. Garrote Corral, M. Terán Tinedo y M.L. Gámir Gámir

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

Introducción: El paso de los pacientes con patología reumática de inicio infantil de los servicios de reumatología pediátrica a los de atención de pacientes adultos requiere de una transición gradual y efectiva dada la naturaleza crónica y compleja de estas enfermedades. Las unidades de transición cumplen un papel importante al facilitar este paso. Se ha propuesto diversos modelos que abordan este proceso de una forma multidisciplinar, pero no hay consenso respecto a cuál de ellos es el más adecuado.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes atendidos en una unidad de transición de patología reumática de inicio en la edad infantil en un centro español de tercer nivel.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de la actividad asistencia de la unidad de transición de nuestro centro durante el período de enero 2011 a diciembre 2014. Se incluyó a todos los pacientes con rango de edad 16-24 años (población atendida por la unidad). Se recolectaron los datos correspondientes a demografía, servicio de origen, diagnóstico y tratamiento a través de la revisión de historias clínicas. La consulta de la unidad se lleva a cabo una vez por semana y tiene un modelo continuo en el cual el especialista responsable de la unidad de reumatología pediátrica es el mismo que se hace cargo de la de transición y coordina el equipo de multidisciplinar, atendiendo pacientes propios de nuestro centro como otros de diferente origen remitidos a la unidad.

Resultados: Durante el período estudiado se atendió a un total de 109 pacientes, siendo la mayoría de ellos mujeres (62,4%), con una

media de edad al inicio del seguimiento por la unidad de 17 años. Los pacientes provenían en un 47% de la consulta de reumatología pediátrica de nuestro centro, 13% de atención primaria, 4% del servicio de pediatría del hospital, 4% de reumatología pediátrica de otro centro, 8% de otro reumatólogo no pediátrico y 5% de ortopedia infantil. Un 54% de pertenecían al área asignada al hospital, 32% otras áreas y 14% otras comunidades. Los diagnósticos más frecuentes fueron la artritis idiopática juvenil (AIJ) 32,7%, lupus eritematoso sistémico juvenil 13,1%, dermatomiositis juvenil 2,8%, esclerosis sistémica juvenil 2,8%, fenómeno de Raynaud sin otros datos de conectivopatía 7,5%, enfermedad de Behçet 2,8%, enfermedad de Scheuermann 2,8% y lumbalgia mecánica 2,8%. El 53% de los pacientes se atendieron en forma coordinada con otros servicios. Al final del periodo estudiado continuaban en seguimiento el 62%, se dio alta a 22%, perdieron el seguimiento 15% y fallecieron 1%. En relación al tratamiento 43% recibían FAME (metotrexato, sulfasalazina, hidroxicloroquina), 13,7% inmunosupresores (azatioprina, ciclosporina, mofetil micofenolato, ciclofosfamida) y 21% fármacos biológicos (anti-TNF 14, tocilizumab 4, rituximab 3, anakinra 3, belimumab 1).

Conclusiones: Las enfermedades más frecuentemente atendidas en la unidad de transición de nuestro centro son la AIJ y las enfermedades autoinmunes sistémicas, se requiere de un manejo multidisciplinar con participación de otros servicios en más de la mitad de los casos y un alto porcentaje de ellos continúan activos al final del seguimiento por la unidad, requiriendo el uso de FAME y fármacos biológicos. Dadas las características de la población atendida en nuestro centro, el modelo de funcionamiento de la unidad permite la continuidad del manejo adecuado de estos pacientes.

124. TOCILIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR QUÍSTICO REFRACTARIO A OTROS INMUNOSUPRESORES

C. Fernández Díaz¹, R. Blanco¹, V. Calvo-Río¹, M. Mesquida², A. Adán², M.V. Hernández², E. Beltrán³, E. Valls Pascual³, D. Díaz-Valle⁴, G. Díaz-Soriano⁵, M. Hernández Grafella⁶, L. Martínez-Costa⁶, I. Calvo⁷, A. Atanes⁸, L. Linares⁹, C. Modesto¹⁰, N. Palmou¹ y M.A. González-Gay¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Oftalmología y Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona.

³Reumatología y Oftalmología. Hospital General Universitario de Valencia. ⁴Oftalmología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

⁵Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga.

⁶Reumatología y Oftalmología. Hospital Dr. Peset. Valencia.

⁷Reumatología. Hospital La Fe. Valencia. ⁸Reumatología. HUCA. La Coruña. ⁹Reumatología. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

¹⁰Reumatología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos: El edema macular quístico (EMQ) es la causa principal de ceguera en las uveítis, por lo que suele requerir un tratamiento

intenso y precoz basado en corticoides asociándose, en casos crónicos, refractarios o graves, inmunosupresores tanto sintéticos como biológicos. Nuestro objetivo fue valorar la eficacia y la seguridad de tocilizumab (TCZ) en una serie de pacientes con EMQ refractario a otras terapias biológica.

Métodos: Estudio multicéntrico de pacientes con EMQ secundario a uveítis de origen no infeccioso que presentaban respuesta insuficiente o intolerancia al tratamiento tradicional con corticoides y al menos 1 inmunosupresor convencional, en la mayoría de los casos también biológico. Para el diagnóstico de EMQ se requirió un grosor en la parte central de la mácula > 300 micras. Las variables de desenlace fueron el grado de inflamación de la cámara anterior y vítreo, la agudeza visual y el grosor macular. Los resultados se expresan como media \pm DE para las variables con una distribución normal, o como mediana [rango intercuartílico] cuando no es normal. La comparación de las variables continuas se realizó con el test de Wilcoxon.

Resultados: Se estudiaron 23 pacientes (16 mujeres/7 varones) con EMQ con una edad media de $33,5 \pm 17,7$ años. El origen etiológico de la uveítis fue: artritis idiopática juvenil (n = 9), enfermedad de Behçet (n = 6), retinocoroidopatía de Birdshot (n = 4), idiopática (n = 4). El patrón de afectación ocular fue: panuveítis (n = 8), uveítis anterior (n = 6), uveítis posterior (n = 5), uveítis intermedia (n = 4). La mayoría de los pacientes presentaron afectación bilateral (n = 22). Previo al inicio de la terapia biológica los pacientes, además de corticoides orales, habían recibido: corticoide intraocular (n = 20), bolos metilprednisolona (n = 6), metotrexato (MTX) (n = 18), ciclosporina A (CsA) (n = 16), micofenolato de mofetilo (n = 4), azatioprina (n = 2), ciclofosfamida (n = 1), sulfasalazina (n = 1), daclizumab (n = 1), acetazolamida (n = 1), talidomida (n = 1). Veinte de ellos además habían sido tratados con otros biológicos: infliximab (n = 8), adalimumab (n = 17), etanercept (n = 2), golimumab (n = 2), rituximab (n = 2), abatacept (n = 3), anakinra (n = 1). La pauta de administración TCZ fue de 8 mg/kg/4 semanas ev en todos los pacientes salvo en uno en el que se administró cada 2 semanas. El TCZ se administró en monoterapia (n = 11) o en combinación con inmunosupresores convencionales: MTX (n = 6), CsA (n = 5) y leflunomida (n = 1). Se observó una reducción significativa del grosor macular mediante OCT desde $418,84 \pm 177,14$ micras hasta $240,00 \pm 54,73$; $p = 0,00009$ el 1^{er} año de tratamiento (tabla). La mayoría de los otros parámetros de inflamación intraocular también tuvieron una mejoría rápida tras el inicio del TCZ. La agudeza visual también mejoró de forma estadísticamente significativa de $0,4 \pm 0,32$ al inicio de TCZ a $0,59 \pm 0,30$ al año de tratamiento; $p = 0,0002$. Además se consiguió reducir la dosis de prednisona de $15,69 \pm 14$ basal hasta $2,92 \pm 2,46$ al año de tratamiento; $p = 0,002$. Después de un seguimiento medio de $13,1 \pm 8,55$ meses sólo se observaron efectos secundarios menores: náuseas (n = 1), conjuntivitis viral (n = 1) e impétigo bulloso (n = 1). Se alcanzó la remisión en 13 pacientes y en 9 se consiguió mejoría de los parámetros oculares. Solo un paciente suspendió TCZ por pérdida de eficacia.

Conclusiones: El TCZ parece un tratamiento eficaz y seguro en pacientes con EMQ refractario a otras terapias biológicas.

125. SITUACIÓN DE LA REUMATOLOGÍA PRIVADA EN ESPAÑA

B. Yoldi Muñoz¹, A. Gómez Centeno², J. Muñoz Ortego³, M. Morcillo-Valle⁴, M.A. Caracuel Ruiz⁵ y J.V. Moreno Muelas⁶

¹Hospital Universitario Dexeus. Quirón Salud. Barcelona. ²Hospital Quirón. Quirón Salud. Barcelona. ³Hospital Sagrat Cor. Quirón Salud. Barcelona. ⁴Hospital El Escorial. Madrid. ⁵Hospital Reina Sofía. Córdoba. ⁶Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: El sistema nacional de salud español ofrece la atención de los reumatismos con una cobertura pública universal y gratuita, sin embargo existe un número no evaluado de profesionales que trabajan en medicina privada bien de forma exclusiva o combinación con la medicina pública.

Objetivos: Conocer el estado actual de la práctica privada de la reumatología en España, describiendo el perfil de los profesionales que se dedican a la práctica privada y su distribución geográfica.

Métodos: Se remitió una encuesta a todos los reumatólogos afiliados a la Sociedad Española de Reumatología (SER), informándoles del objetivo del cuestionario e invitándoles a participar de forma voluntaria. Dicha encuesta recogía los datos: edad, sexo, años de ejercicio, lugar de trabajo principal y horas semanales de dedicación, lugar de trabajo secundario y horas semanales de dedicación, provincia, ejercicio en consulta privada.

Resultados: Se enviaron un total de 980 encuestas. Se recibieron 745 respuestas lo que representa un porcentaje de participación del 77,45%. Las características de los participantes fueron 55,4% mujeres, con una edad (M \pm DE) de 46 ± 11 años, con un tiempo de ejercicio de 17 ± 11 años. De los 716 participantes que respondieron sobre su dedicación, 442 (61,7%) sólo trabajaban en la práctica pública, 93 (13%) sólo trabajaban en práctica privada y 181 (25,3%) combinaban su práctica pública y privada. El perfil de los reumatólogos que trabajan en práctica privada son las siguientes: sexo (cociente H/M) 56/44% de 49 (11) años de edad, con 19 (11) años de experiencia tras finalizar la especialización y cuya jornada laboral es de 42 (12) horas semanales. En la tabla se presentan las diferencias entre los que se dedican a la práctica privada exclusiva y los que compaginan pública y privada. Existen diferencias estadísticas entre los distintos grupos de dedicación en cuanto a edad y sexo, siendo más frecuente el sexo femenino en la dedicación pública exclusiva, y mayor la edad y el tiempo tras la especialización en la práctica privada. Para estudiar mejor las diferencias objetivadas en la edad entre las distintas formas de dedicación, se estratificaron la edad de los participantes en cuartiles. Es destacable que el porcentaje en dedicación privada se mantiene estable entre las franjas ≤ 36 y 46-55, crece ligeramente en la franja 56-65 y experimenta un gran aumento porcentual a partir de los 65 años. La dedicación mixta va creciendo ligeramente a medida que aumenta la edad hasta que decrece nuevamente en los mayores de 65 años, mientras que la dedicación pública disminuye en porcentaje a medida que aumenta la edad. La distribución geográfica se constata tras el cálculo por análisis de frecuencias. La práctica privada mixta es mayoritaria en Cataluña (28,26%) seguida por Madrid (16,85%), Comunidad Valenciana (10,87%), Andalucía (7,61%). El ejercicio pri-

Tabla Póster 124

	Basal	1ª sem	2ª sem	1 ^{er} mes	3 ^{er} mes	6 ^o mes	1 ^{er} año	2 ^o año
AV (media \pm DE)	0,40 \pm 0,32	0,42 \pm 0,31	0,47 \pm 0,31*	0,53 \pm 0,32*	0,59 \pm 0,33*	0,60 \pm 0,33*	0,54 \pm 0,34*	0,59 \pm 0,30*
Células cámara anterior (mediana [IQR])	1 (0-3)	0,5(0-2*)	0 (0-2)*	0 (0-1)*	0 (0-1)*	0 (0-1)*	0 (0-1)*	0 (0-0)*
Vitritis (mediana [IQR])	1(0-4)	1 (0-3)	0 (0-1)*	0(0-1)*	0 (0-0,5)*	0 (0-0,5)*	0 (0-0,5)*	0 (0-0,5)*
OCT (μ) (media \pm DE)	414,84 \pm 17,14	412,81 \pm 162,11*	384,91 \pm 156,82*	323,94 \pm 96,95*	284,94 \pm 62,91*	*271,04 \pm 57,50	259,1 \pm 49,50*	240,00 \pm 54,73*

*p < 0,05 respecto a la visita basal.

vado en exclusividad se reparte de la siguiente forma: Cataluña 26,74%, Madrid 19,77%, Andalucía 19,77%.

	Pública	Privada en exclusiva	Privada mixta	p
Número	442	93	181	
Género mujer (%)	63	45	43	< 0,0001
Edad (años)	44 ± 11	50 ± 13	48 ± 10	0,05
Años de ejercicio	16 ± 10	20 ± 13	18 ± 10	0,05
Horas semanales de dedicación	37,4 ± 4	36 ± 16	46 ± 10	0,05

Conclusiones: El 38% de los reumatólogos españoles trabajan en medicina privada, un 13% en exclusividad y un 25,3% compatibilizándolo con la pública. La mayoría de especialistas en reumatología son mujeres (55,4%) pero los hombres los que se dedican más a la medicina privada. El porcentaje de dedicación a la práctica privada aumenta con la edad y los años de experiencia. Cataluña es la comunidad autónoma que lidera en número la práctica privada.

126. SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO DE METOTREXATO EN PACIENTES CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

D. Freitas Núñez, A. Gómez, I. Morado, Z. Rosales, C. León, B. Fernández-Gutiérrez, L. Rodríguez-Rodríguez, J. Jover y L. Abásolo

Servicio de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Evaluar la incidencia de suspensiones del MTX y sus causas, en una cohorte de ACG. Analizar los factores que influyen en la supervivencia de esta droga.

Métodos: Estudio observacional longitudinal retrospectivo de 20 años de seguimiento. Sujetos: pacientes atendidos en el servicio de Reumatología del Hospital Clínico de San Carlos de Madrid desde enero de 1991 hasta septiembre de 2014 diagnosticados de ACG (CIE 10) y en tratamiento con MTX. Variable principal: suspensión de MTX debida a: a) Ineficacia; b) Evento adverso (EA) (moderado: suspensión del fármaco independientemente de las repercusiones; grave: suspensión por ingreso hospitalario o fallecimiento); c) Decisión del paciente; d) Mejoría clínica o remisión; y e) Otras decisiones del médico. Variables secundarias: a) Sociodemográficas (edad, sexo); b) Clínicas: comorbilidad basal; características del debut de la arteritis y velocidad de sedimentación globular basal (VSG); y c) de tratamiento: dosis de corticoides y MTX. Análisis estadístico: Las tasas de suspensión de MTX se evaluaron por técnicas de supervivencia, expresándose la incidencia (DI) por 100 pacientes/año con su intervalo de confianza 95% [IC95%]. Para el análisis de los factores asociados al riesgo de suspensión del MTX por las diferentes causas se usaron modelos de regresión de Cox.

Resultados: Se incluyeron 138 pacientes con 172 cursos de tratamiento, y un seguimiento de 293,6 pacientes/año. El 79% eran mujeres con una edad media al diagnóstico de 76,8 ± 7 años. Al diagnóstico, 31% de los pacientes habían tenido algún evento cardiovascular previo y 14,5% clínica previa de polimialgia reumática (PMR). La clínica al diagnóstico más frecuente fue cefalea (88%), síntomas generales (64,5%) y PMR asociada (54%). Se registraron 111 (64%) suspensiones: a) 60 (54%) por EA, de los cuales 16 (14%) fueron EAs graves con 4 éxitos. La causa más frecuente de EA fueron las infecciones (60% del total de los EAs, 75% de los graves y 75% de las muertes); b) 27,1% por mejoría clínica; c) 6,3% por ineficacia; d) 6,3% decisión del paciente y e) 6,3% por otras decisiones del médico. La supervivencia del MTX en el primer año fue del 70%, en el segundo del 50% y del 17% a los 5 años. La tasa de suspensión fue de 37,8 [31,2-45,5]; la DI por EA de 20,4 [15,8-26,3]; por EA grave de 5,4 [3,3-8,8] y por éxitos de 1,36 [0,5-3,6]; por mejoría de 10,2 [7, 1-14,6] y por Ineficacia de 2,4 [1,1-5]. En el análisis multivariado de suspensión por Ineficacia, el sexo varón, aumentaba el riesgo; mientras que la VSG elevada tenía menos

riesgo de suspensión por esta causa. En el modelo final de suspensión por EA, la edad al diagnóstico, EPOC, el debut clínico con alteraciones visuales, claudicación mandibular o manifestaciones cardiovasculares, tuvieron mayor riesgo de suspensión. Los factores que influyeron en la suspensión por mejoría fueron menos recidivas durante el seguimiento y el ser más joven al inicio de la enfermedad.

Conclusiones: Parece que MTX es una opción de tratamiento segura y eficaz en el tratamiento a largo plazo de la ACG. Si bien la incidencia de EA es elevada, la mayoría no tienen gran repercusión clínica. Además, hay que tener en cuenta la baja incidencia de suspensiones debidas a la ineficacia del fármaco y la alta tasa de suspensiones por mejoría clínica de la enfermedad. También hemos encontrado varios factores sociodemográficos y clínicos que pueden modificar la supervivencia MTX.

127. EVOLUCIÓN DIAGNÓSTICA EN PACIENTES CON REUMATISMO PALINDRÓMICO

M. Medina Malone, J. Restrepo Vélez, B. Arroyo Vicelis, E. Loza Cortina, R. Gutiérrez Polo, M. Varela García, N. del Val del Amo, M.C. Fito Manteca, I. Paniagua Zudaire, L. Garrido Courel, L. Horcada Rubio y R. Ibáñez Bosch

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción: El reumatismo palindrómico (RP) es un síndrome muy conocido en la práctica clínica como preámbulo de una patología reumatológica a menudo inflamatoria. La presencia de títulos altos de anticuerpos como el factor reumatoide (FR) y anticuerpos anti-peptido cíclicos citrulinados (CCP) se asocian a evolución a artritis reumatoide (AR). Los antipalúdicos siguen siendo el principal tratamiento, aunque también se utilizan otros fármacos modificadores de la enfermedad (FAMES).

Objetivos: Valorar la evolución diagnóstica del RP hacia otra patología reumatológica y los tratamientos recibidos.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de RP entre los años 2000-2014 en el servicio de Reumatología de nuestro hospital. Analizamos los datos demográficos, clínicos, la presencia y título de anticuerpos (CCP, FR, ANA) en el momento del diagnóstico de RP. Revisamos los tratamientos recibidos para el RP (antipalúdicos, metotrexate (MTX), leflunomida (LEF) y otros tratamientos FAMES) antes de la evolución a otra patología reumatológica. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 20.

Resultados: Se hallaron 237 pacientes con diagnóstico de RP. Siguió siendo RP 129 pacientes (54,4%), tras 3,1 (6,7) años de seguimiento (mediana, IQR). Ochenta y ocho pacientes (37,1%) evolucionaron a AR y 5 (2,1%) lo hicieron a LES. Veinte pacientes (8,4%) fueron diagnosticados de otras patologías: 4 artritis psoriásica, 3 espondiloartritis, 4 carcinomas (mama, gástrico, pulmonar, vesical), 2 artritis de etiología indeterminada, 2 artritis gotosas, 2 síndrome de Sjögren, 1 sarcoidosis, 1 granulomatosis con poliangeítis, 1 síndrome antifosfolipídico. El tiempo hasta el diagnóstico de AR fue de 4,3 (4,3) años (media, DE) y el de LES 8,2 (6,5) años (media, DE). Los pacientes que evolucionaron a AR eran 3,5 años de media mayores que los que siguieron siendo RP (0,044). El 69% de los pacientes que evolucionaron a otra patología reumatológica fueron varones. La frecuencia de pacientes con RP que evolucionaron a AR fue mayor que la encontrada en la literatura, en torno 22-30%. El tiempo de evolución hasta el diagnóstico de AR fue menor que a LES. Hubo una relación significativa entre la presencia y títulos elevados de CCP y FR con la evolución a AR, no obstante el 38,8% de los que siguieron siendo RP tenían positividad para FR y el 51% antiCCP. Esto permite pensar que en un futuro un número mayor de estos pacientes pueda evolucionar a AR. Las mujeres más a menudo evolucionaron a AR y LES y los hombres a otras patologías. Se observó que los pacientes a los que se les inicio tratamiento con MTX o LEF presentaban mayor probabilidad, por los datos clínicos, de diagnóstico de AR. El tra-

Tabla Póster 127

	Todos (N = 237)	RP (N = 129)	AR (N = 88)	LES (N = 5)	Otros (N = 20)	p
Sexo, mujeres (%)	126 (53,2)	65 (50,4)	51 (58,6)	5 (100)	5 (31,2)	0,030
Edad, media (DE)	55,2 (12,8)	52,1 (12,8)	59,7 (12,3)	52,3 (3,9)	55,5 (10,8)	0,0001*
Edad-RP, media (DE)	48,4 (12,4)	47,3 (12,3)	50,8 (12,2)	41,9 (7,5)		0,044 *
Edad-Dx, media (DE)			59,7 (12,2)	57,2 (3,9)		ns
Tiempo-Dx, media (DE)			4,27 años (4,3)	8,2 años (6,5)		0,057
FR + (%)	51,1	38,8	73,6	60	25	0,0001
FR título, mediana (IQR)	21 (65)	20 (42)	52 (94)	20,5 (8)	15,5 (15)	0,0001
CCP + (%)	62,4	51,9	89,4	40	18,8	0,009
CCP Título, mediana (IQR)	67 (289)	12 (258)	200 (293)	4 (75)	3 (7)	0,0001
ANA+ (%)	12,2	11,6	9,2	80	15,5	0,0001
MTX (%)	14,8	10,9	20,7	0	18,8	ns
LEF(%)	2,5	2,3	2,3	0	6,2	ns
Antipalúdicos(%)	41,4	34,9	51,7	60	31,2	0,058

*Comparando los que siguen siendo RP con los que evolucionan a AR. RP: pacientes que siguen siendo reumatismo palindrómico. Edad-RP: edad al diagnóstico de RP. Edad: edad última visita. Edad-Dx: edad al diagnóstico de AR o LES. Tiempo-Dx: tiempo entre diagnóstico de RP a AR o LES.

tamiento de predilección por la mayoría de los especialistas sigue siendo los antipalúdicos, probablemente por su menor toxicidad.

Conclusiones: El 37,1% de los pacientes diagnosticados de RP evolucionan a AR en los siguientes 4,2 años. El 51,7% de los pacientes con RP que evolucionan a AR han sido tratados con antipalúdicos y el 20,7% con MTX. La positividad y los niveles altos de FR y CCP tienen valor predictivo de evolución de RP a AR.

128. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CAROTÍDEA EN LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

C. Fernández Díaz¹, J. Rueda-Gotor¹, J. Llorca², A. Corrales¹, R. Blanco¹, P. Fuentevilla¹, V. Portilla¹, R. Expósito³, C. Mata³, T. Pina¹, C. González-Juanatey⁴ y M.A. González-Gay¹

¹Grupo de Investigación de Epidemiología, Genética y Aterosclerosis en Enfermedades Inflamatorias Sistémicas. IDIVAL. Universidad de Cantabria. Santander. ²Departamento de Epidemiología y Bioestadística. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. ³CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

³Departamento de Reumatología. Hospital Comarcal de Laredo.

⁴Departamento de Cardiología. Hospital Lucus Augusti. Lugo.

Objetivos: Determinar si el uso de la ecografía carotídea puede mejorar la estratificación del riesgo cardiovascular (CV) en pacientes con espondilitis anquilosante (EA).

Métodos: Seleccionamos un total de 127 pacientes consecutivos sin antecedentes de eventos CV, diabetes mellitus o enfermedad renal crónica que cumplieran con la definición de EA según los criterios modificados de New York de 1984 y evaluamos el espesor íntima-media y la presencia de placas carotídeas. El riesgo CV fue calculado de acuerdo con el Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE), el Framingham Risk Score (FRS) y el Reynolds Risk Score (RRS).

Resultados: El 61,4% de los pacientes de la serie fueron varones. La media \pm DE de edad en el momento del estudio fue de 44,5 \pm 11,6 años. La mediana (rango intercuartil) del retraso diagnóstico fue de 5 (1-12) años. El HLA-B-27 fue positivo en el 77,2% de los casos, y hasta el 38,9% tenía sindesmofitos. 43 pacientes (33,9%) tenían placas carotídeas, hallazgo representativo de muy alto riesgo CV. Independientemente del algoritmo utilizado para la estratificación del riesgo cardiovascular, más del 50% de los pacientes clasificados en el subgrupo de riesgo CV moderado tenía placas carotídeas. Por otra parte, el 20,8%, 24,6% y 53,3% de los pacientes incluidos en la categoría de bajo riesgo CV según el SCORE colesterol total (CT), FRS y RRS respectivamente tenían placas carotídeas. En base a estos hallazgos y considerando distintos factores proaterogénicos diseñamos diversos modelos diagnósticos con el objetivo de identificar el mayor número posible de pacientes con alto/muy alto riesgo CV. Un modelo que incluía pacientes con SCORE-CT = 5% o SCORE-CT = 1% < 5% más pla-

cas carotídeas o SCORE-CT < 1% y PCR > 3 mg/L en el momento del diagnóstico junto con sindesmofitos y placas carotídeas o SCORE-CT < 1% y PCR > 3 mg/L en el momento del diagnóstico junto con manifestaciones extraarticulares y placas carotídeas alcanzó la máxima sensibilidad (93%) para detectar pacientes con alto/muy alto riesgo CV. La presencia de sindesmofitos se asoció con un mayor riesgo de placas carotídeas en el subgrupo de pacientes EA con bajo riesgo CV según el TC-SCORE (OR [IC95%: 2,11 a 36,40] 8,75; p = 0,002).

Conclusiones: Nuestros resultados apoyan el uso de la realización de ecografía carotídea para una mejor estratificación del riesgo CV en pacientes con EA.

129. HALLAZGOS ECOGRÁFICOS EN PACIENTES CON DOLOR DE HOMBRO EN FUNCIÓN DEL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS: ¿ES LA OMALGIA HIPERAGUDA ECOGRÁFICAMENTE SIMILAR A LA CRÓNICA?

C.A. Guillén Astete, M. Villarejo Botija y G. Silvestre Egea

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Las características ecográficas de los estudios realizados en pacientes con dolor de hombro han sido extensamente descritas en la literatura. La mayor parte de los estudios epidemiológicos se circunscriben a describir dichos hallazgos sin correlacionarlos con el tiempo de evolución del dolor. En nuestra experiencia en pacientes con dolor de hombro de muy reciente inicio (menos de una semana) los hallazgos ecográficos no concuerdan con aquellos descritos en la literatura especialmente en términos de bursitis subacromial. El propósito del presente estudio es describir y comparar los hallazgos ecográficos de pacientes con dolor de hombro en función del tiempo de evolución.

Métodos: Se revisaron los registros de nuestra unidad de urgencias reumatológicas y musculoesqueléticas generados entre 2013 y 2015. Por las características de dicha unidad, más del 95% de pacientes que consultaron por dolor de hombro fueron explorados ecográficamente por dos reumatólogos con entrenamiento completo en ecografía utilizando definiciones estándar Euler. Los informes ecográficos se agruparon en función del tiempo de evolución definidos arbitrariamente como hiperagudo (< 7 días), agudo (1 a 6 semanas) y crónico (> 6 semanas).

Resultados: Se revisaron 474 registros de valoraciones ecográficas. La edad de los pacientes valorados fue 59 DE 17 años. La proporción de pacientes varones fue 67%. Globalmente se identificó patología en el tendón supraespinoso en 86,7%, en el subescapular en 26,8% y en el bíceps en 11,8% de todos los registros. 67, 47 y 20 registros fueron clasificados como de dolor hiperagudo, agudo y crónico, respectivamente. En los hombros hiperagudos se identificó bursitis subacromial en 40,6% mientras que en los hombros agudos y crónicos se observó en un 22,2 y 20,4%, respectivamente (p < 0,001). Las tendinosis calcifi-

Tabla Póster 129

	Tiempo desde el inicio de los síntomas						Significado estadístico
	Menos de una semana de evolución (N = 165)		1 a 6 semanas de evolución (N = 211)		Más de 6 semanas de evolución (N = 98)		
Hallazgo ecográfico	Casos identificados	% respecto de la fila	Casos identificados	% respecto de la fila	Casos identificados	% respecto de la fila	
Bursitis subacromial	67	50,0	47	35,1	20	14,9	p < 0,05
Tendinosis del supraespinoso (excluye 2 casos de calcificación)	103	38,6	67	25,1	97	36,3	No significativo
Rotura del tendón supraespinoso	52	34,2	72	47,4	28	18,4	p < 0,01
Tendinosis calcificante del supraespinoso	8	12,7	20	31,7	35	55,6	No significativo
Tendinosis del subescapular (Incluye 1 caso de calcificación)	28	70,0	12	30	-	-	p < 0,05
Rotura del tendón subescapular	8	66,7	4	33,3	-	-	No significativo
Tendinosis bicipital	8	22,2	16	44,4	12	33,3	No significativo
Sinovitis bicipital	8	40	4	20	8	40	No significativo
Rotura del tendón del bíceps	4	50	4	50	-	-	No significativo

cantes del supraespinoso se observó en el 4,8% de los hombros hiperagudos, 9,4% de los agudos y 40,6% de los crónicos (p < 0,001). La tabla resume los resultados del estudio en función del tiempo de evolución. La tendinosis del supraespinoso se presenta en 62,4% de los hombros hiperagudos, 31,7% de los agudos y 98,9% de los crónicos (p < 0,001).

Conclusiones: El tiempo de evolución condiciona la prevalencia de múltiples hallazgos ecográficos. En el caso de la bursitis, predominantemente vista en dolores hiperagudos podría explicarse como la resultante de un proceso exudativo originario de otros procesos inflamatorios vecinos (roturas, tendinosis) y que a lo largo del tiempo tiende a reabsorberse. La tendinosis del supraespinoso sigue siendo el hallazgo ecográfico más frecuente en cualquier momento sin embargo su prevalencia es mucho mayor cuanto más largo es el tiempo de enfermedad, coincidiendo con la mayor parte de estudios epidemiológicos. Las calcificaciones del supraespinoso observable predominantemente en dolores crónicos lo cual denota que su presencia no es necesariamente causal del dolor sino condicionante mecánico de obstrucción subacromial y con ello factor contribuyente. En síntesis, nuestro estudio demuestra que el tiempo de evolución afecta los hallazgos fisiopatológicos en el hombro doloroso. El tiempo de evolución, entonces, debe ser considerado como elemento de importancia mayor al momento de realizar el diagnóstico diferencial del un hombro doloroso.

130. ABATACEPT EN ARTRITIS REUMATOIDE CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 34 PACIENTES

C. Fernández Díaz¹, E.C. Cervantes², S. Castañeda³, B. Flores⁴, P.E. Carreira⁵, O. Maíz⁶, M. Rodríguez⁷, F.J. Narváez⁸, J. Blanco-Madrigrá⁹, N. Mena¹⁰, S. Gómez¹¹, F. Ortiz¹², R. Expósito¹³, J.A. Bernal¹⁴, C. Delgado¹⁵, D. Palma¹⁶, A. Urruticoechea-Arana¹⁷, A. Ruibal¹⁸, C. Fito Manteca¹⁹, R. Expósito²⁰, V. Mora¹, N. Palmou¹, M.A. González-Gay², J.L. Hernández¹ y R. Blanco¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Hospital Clínico de Santiago de Compostela. ³Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ⁵Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁶Hospital Universitario de Donostia. San Sebastián. ⁷Hospital Complejo Universitario de Ourense. ⁸Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ⁹Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ¹⁰Hospital Regional Universitario de Málaga. ¹¹Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹²Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ¹³Hospital Comarcal de Laredo. ¹⁴Hospital General Universitario de Alicante. ¹⁵Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ¹⁶Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca. ¹⁷Hospital Can Misses. Ibiza. ¹⁸Hospital Universitario de Araba. Álava. ¹⁹Hospital Universitario de Navarra. Pamplona.

Objetivos: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) asociada a la artritis reumatoide (AR) conlleva una gran morbimortalidad. Los

fármacos modificadores de enfermedad (FAME) como el metotrexato (MTX), leflunomida(LFD) o inhibidores del TNFa (iTnFa), se han implicado tanto en el desarrollo como en la exacerbación de una EPI existente. Actualmente no hay consenso en el tratamiento de este grupo de pacientes. El objetivo de este estudio fue valorar la eficacia y seguridad del tratamiento con abatacept (ABA) en pacientes con AR y EPI.

Métodos: Estudio multicéntrico de pacientes con AR y EPI asociada tratados con ABA. La EPI se diagnosticó por técnicas de imagen TAC de alta resolución (TACAR). El ABA se usó a la dosis estándar de 10 mg/Kg/4 semanas iv o 125 mg/semana sc. La eficacia se evaluó según las siguientes medidas: a) Disnea clasificada mediante escala modificada del Medical Research Council (MRC); considerando significativas variaciones de 1 punto y asintomático cuando MRC = 0; b) Pruebas de función respiratoria (PFR); considerando significativas variaciones de > 10% en la capacidad vital forzada (CVF) y una variación de la capacidad de difusión (DLCO) > 10%, c) Prueba de imagen (TACAR) y d) Evaluación articular (DAS28). Las variables continuas con distribución normal se expresaron como media ± DE, y si no era normal con mediana [IQR] (rango). Se realizó un estudio comparativo para las variables cuantitativas (Wilcoxon test) y para las cualitativas (test Fisher) entre la visita basal y a los 3, 6 y 12 meses.

Resultados: Se incluyeron 34 (19 mujeres/15 varones) pacientes con EPI asociada a AR, edad media 61,4 ± 9,8 años. La AR tenía una mediana de evolución de 4,8 [0,86-13,12] (0-25) años, y habían recibido previamente una media de 1,29 ± 0,90 FAMES. La AR era seropositiva en 24 casos (71%). El diagnóstico de EPI por TACAR se confirmó por biopsia en 5 casos. La EPI se puso en relación con el FAME que recibían: MTX (n = 3), etanercept (n = 3), adalimumab (n = 3) y certolizumab (n = 1). El ABA se pautó en monoterapia en 14 pacientes y combinado con otros inmunosupresores en 20 pacientes. Los FAMES usados fueron: leflunomida (LFD) (n = 7), LFD y ciclosporina (n = 1), sulfasalacina (n = 1), MTX (n = 2), MTX con LFD (n = 1), hidroxicloquina (n = 5), hidroxicloquina con LFD (n = 2), azatioprina (n = 1). La tabla expresa la evolución en los casos disponibles. Se observó una mejoría significativa de la disnea; los pacientes que no tenían disnea permanecieron asintomáticos. La CVF y el TACAR mostraron una mejoría significativa a los 6 y 12 meses. La DLCO se mantuvo estable en la mayoría de los pacientes. La actividad de la AR (DAS28) también mejoró. Tras un seguimiento medio de 12,82 ± 7,48 meses los efectos adversos más significativos fueron: Infección respiratoria (n = 2), infección urinaria de repetición (n = 1), reacción infusional (n = 1). El ABA se suspendió en 6 pacientes por: Infecciones graves o recurrentes (n = 2); ineficacia articular (n = 2), ineficacia pulmonar (n = 1), reacción infusional (n = 1).

Conclusiones: El ABA parece un tratamiento efectivo y relativamente seguro en pacientes con AR y EPI asociada. Estos datos deberían ser comprobados en estudios prospectivos y randomizados.

	3 meses	6 meses	12 meses
MRC, dato disponible, n	n = 34	n = 25	n = 22
Estable	26 (76,5%)	18 (72%)	14 (63,7%)
Mejoría	7 (20,6%)*	7 (28%)**	7 (31,8%)**
Empeoramiento	1 (2,9%)	0 (0%)	1 (4,5%)
CVF, dato disponible, n	n = 10	n = 11	n = 12
Estable	7 (70,0%)	5 (45,5%)	7 (58,3%)
Mejoría	2 (20,0%)	4 (36,4%)**	3 (25,0%)*
Empeoramiento	1 (10,0%)	2 (18,1%)	2 (16,7%)
DLCO, dato disponible, n	n = 9	n = 7	n = 8
Estable	4 (44,4%)	3 (42,9%)	5 (62,5%)
Mejoría	4 (44,4%)**	1 (14,2%)	1 (12,5%)
Empeoramiento	1 (11,2%)	3 (42,9%)	2 (25,0%)
TACAR, dato disponible, n	n = 3	n = 8	n = 8
Estable	2 (66,7%)	2 (25,0%)	3 (37,5%)
Mejoría	1 (33,3%)	6 (75,0%)**	3 (37,5%)**
Empeoramiento	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (25,0%)
Articular, DAS28, dato disponible, n	n = 30	n = 25	n = 21
Mediana [IQR] †	3,9 [2,4-4,5]*	3,3 [2,3-4,4]**	3,7 [2,4-4,6]**

Las comparaciones se ponen en relación con la visita basal * p < 0,05; ** p < 0,01. † En la visita basal se disponía del dato en 33 casos, con una mediana de 5,1 [3,8-5,9]. Para las variables cualitativas solo se ha considerado en el cálculo la variable "mejoría".

131. ESCUELA DE ESPONDILITIS. EXPERIENCIA PILOTO DEL EJERCICIO FÍSICO SUPERVISADO DESDE LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES (LLIGA REUMATOLÒGICA CATALANA)

S. Ordóñez¹, N. Montalà², D. Boquet¹, L. Roselló², M. Conde² y S. Marfil³

¹Sección de Reumatología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. ²Unidad de Reumatología. Hospital Universitari de Santa María. Lleida. ³Fisioterapeuta. Lliga Reumatològica Catalana.

Introducción: El ejercicio físico es un elemento fundamental en el tratamiento de las espondiloartritis (SpA). Sin embargo, la baja adherencia es un problema muy común. Entre las causas de esta baja adherencia se encuentran el desconocimiento del tipo de ejercicio a realizar, las barreras económicas para acceder a instalaciones adecuadas y la falta de hábito o de motivación de los pacientes.

Objetivos: Proporcionar desde una asociación de pacientes el material, las instalaciones y el personal necesario para realizar un programa de ejercicios dirigido a pacientes con SpA. Motivar al paciente para aumentar la adherencia al ejercicio y los beneficios que de él se derivan.

Métodos: En la sede de Lleida de la Lliga Reumatològica Catalana se realiza desde hace dos años un programa de ejercicios para pacientes con SpA. Los ejercicios son realizados y supervisados por un fisioterapeuta especializado, con asesoramiento médico por parte de un reumatólogo. Semanalmente, excepto durante el periodo estival, se realizan sesiones de 90 minutos de duración que combinan la gimnasia en seco con la hidroterapia en piscina climatizada. Las sesiones del programa incluyen la realización de ejercicio físico aeróbico, de fortalecimiento muscular y de estiramientos selectivos, adaptados a los diferentes estadios (inicial, intermedio, anquilosis) de la enfermedad. Asimismo, los diferentes ejercicios se indican según la edad y la forma física de cada paciente. Las sesiones son abiertas a socios y no socios, con un coste mensual de 15 y 25 euros respectivamente.

Resultados: Actualmente realizan el programa 14 pacientes (9 mujeres y 5 hombres) con una edad media de 53 años. 9 (64%) no practicaban ningún tipo de ejercicio con anterioridad. Se ha realizado a todos los pacientes una encuesta de valoración subjetiva de 4 ítems (estado físico/descanso nocturno/cansancio/dolor) y 3 posibles respuestas (mejor, igual, peor), para conocer su opinión desde que realizan los ejercicios en la asociación. El 64% refiere que

se encuentra mejor físicamente. Un 57% ha mejorado del dolor y un 50% del cansancio. En cuanto al descanso nocturno, este no se ha modificado en la mayoría de pacientes (64%) y ha mejorado en un 28%. La puntuación global del programa por parte de los pacientes es de un 7,75.

Conclusiones: Las asociaciones de pacientes pueden ser el lugar idóneo para establecer programas de ejercicio físico supervisado en las SpA, proporcionando las infraestructuras y el personal necesario que permitan aumentar la adherencia y los beneficios que de esta se derivan.

132. ENFERMEDADES AUTOINMUNES ASOCIADAS A ANTICUERPOS ANTI-KU: SERIE DE 14 PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Bouruncle Alaluna¹, W.A. Sifuentes Giraldo¹, G. Roy Ariño², M.J. García Villanueva¹, C. de la Puente Bujidos¹ y M.L. Gámir Gámir¹

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

Introducción: Los anticuerpos anti-Ku está dirigidos contra un complejo de proteínas de unión al ADN nuclear compuesto por 2 polipéptidos de 86 y 70 kDa en una proporción 1:1. Estos autoanticuerpos fueron originalmente descritos por Mimori et al. en 1981 en pacientes son síndromes de superposición de esclerosis sistémica (ES) y polimiositis, pero posteriormente han sido asociados a una amplia variedad de enfermedades autoinmunes (EAs) incluyendo el lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren, ES, enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) y enfermedad pulmonar intersticial (EPI).

Objetivos: Describir las características clínicas e inmunológicas de los pacientes con anticuerpos anti-Ku positivos en un centro español de tercer nivel.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de los pacientes con anticuerpos anti-Ku positivos atendidos en nuestro centro durante el periodo 2007-2015. La positividad para anti-Ku fue detectada a través de inmunoensayo lineal y comprobada por inmunofluorescencia indirecta. Los datos correspondientes a demografía, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento fueron obtenidos a través de la revisión de historias clínicas.

Resultados: Durante el periodo estudiado se encontraron 14 pacientes con positividad para anticuerpos anti-Ku, 10 de ellos mujeres (71,4%) con una media de edad de 53,2 años (rango: 14-79). Los diagnósticos de estos casos fueron: síndrome de superposición ES-miositis 3 casos, dermatomiositis 3 (paraneoplásica 1), miositis no filiada 2, ES cutánea difusa 1, ES cutánea limitada 1, ES sin esclerodermia 1, EMTC 1, fibrosis pulmonar 1, glomerulonefritis mesangial IgM 1. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: artralgias 50%, fenómeno de Raynaud 42,8%, debilidad muscular 42,8%, edema de manos 42,8%, esclerodactilia 35,7%, disnea 35,7%, mialgias 28,5% y pápulas de Gottron 28,5%. Se detectó EPI en 6 casos (42,8%), 3 con patrón radiológico de neumonía intersticial usual, 2 de neumonía intersticial no específica y 1 sin patrón característico. Los reactantes de fase aguda estaban elevados en 5 casos y de enzimas musculares en 9 (valor medio de CPK 1.096 UI/L, rango: 309-2.256), 3 presentaban linfopenia y 4 hipergammaglobulinemia policlonal. Se demostró la presencia de miositis con estudio electromiográfico y biopsia muscular compatible en 4 casos (29,5%). Los ANA fueron positivos en 12 casos (85,7%), los anticuerpos anti-Ro en 3 casos (21,4%) y los anti-centrómero, anti-RNP, anti-ADN, anti-PM/Scl75 y anti-MDA5 en 1 caso cada uno (7,1%). Tras una media de seguimiento de 35,2 meses 4 de los pacientes con EPI presentaron deterioro de las pruebas funcionales respiratorias a pesar del tratamiento con corticoides e inmunosupresores,

pero no hubo empeoramiento de la clínica muscular ni mortalidad durante este período.

Conclusiones: Las características de los pacientes anti-Ku positivo de nuestra serie son comparables a los descritos en otras series publicadas. Estos anticuerpos no son marcadores específicos de alguna EA pero son más frecuentes en los síndromes de superposición, por lo que deberían ser considerados en estos cuadros, especialmente cuando hay miositis asociada. La frecuencia EPI encontrada fue relativamente alta y la evolución fue desfavorable en la mayoría de casos, habiéndose descrito que los anti-Ku pueden relacionarse con EPI grave y corticorresistente. La asociación de estos anticuerpos con neoplasias es infrecuente.

133. SÍNDROME DEL PULMÓN ENCOGIDO EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

H. Borrell¹, J. Narváez¹, E. Armengol¹, M. Aparicio¹, J.J. Alegre², I. Castellví³, F. Mitjavila⁴, M. Molina⁵ y J.M. Nolla¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

³Unidad de Reumatología. Hospital Sant Pau. Barcelona. ⁴Servicio de Medicina Interna; ⁵Servicio de Neumología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Objetivos: Analizar las características clínicas, exploraciones complementarias, tratamiento empleado y la evolución de una cohorte de pacientes con síndrome del pulmón encogido (SPE) asociado a lupus eritematoso sistémico (LES).

Métodos: Serie de 9 pacientes con LES y SPE diagnosticados durante un período de 35 años en tres hospitales de tercer nivel y revisión de 80 casos publicados en la literatura (Pubmed de 1965 a 2015). Sólo se incluyeron los casos que estaban suficientemente detallados para ser analizados individualmente. La base del presente análisis son estos 80 casos, junto con nuestros 9 pacientes.

Resultados: La prevalencia general del SPE en nuestra población de LES fue de 1% (9/829). Las principales características clínicas y demográficas de estos 9 pacientes se muestran en la tabla. El SPE puede aparecer en cualquier momento de la evolución de la enfermedad y mayoritariamente se presenta en pacientes sin afectación de otro órgano mayor. En el momento de su diagnóstico, más de la mitad de los casos presentaban un LES inactivo según la puntuación del SLEDAI-2K. Típicamente el SPE se presenta con disnea de esfuerzo de intensidad variable, acompañada de dolor pleurítico en el 76% de los casos. Es frecuente un importante retraso diagnóstico. Las pruebas con mayor rentabilidad para su detección son las técnicas de imagen (radiografía de tórax y TAC torácico de alta resolución) junto con las pruebas de función pulmonar y diafragmática. El estudio de la movilidad diafragmática mediante ecografía y las pruebas de estimulación del nervio frénico tienen menor utilidad. No se dispone de guías estandarizadas para el tratamiento de esta complicación. La mayoría de los pacientes fueron tratados con glucocorticoides a dosis medias o altas. En más de la mitad de los casos se asoció un inmunosupresor desde el inicio del tratamiento o por ausencia de respuesta a los corticoides. También se han ensayado la teofilina y los beta2-agonistas inhalados, solos o en combinación con los corticoides, para intentar mejorar la contractilidad diafragmática. El pronóstico global a largo plazo fue bueno. La gran mayoría de pacientes presentaron mejoría clínica significativa con estabilización o mejoría funcional tras el tratamiento (v. tabla en pág. siguiente).

Conclusiones: El SPE es una complicación rara del LES. A pesar de ser poco frecuente, es importante tener un alto índice de sospecha clínica ya que si no se trata de forma precoz e intensiva puede producir a un trastorno respiratorio restrictivo crónico.

134. INFLUENCIA DE LA OPTIMIZACIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN LA INMUNOGENICIDAD EN UNA COHORTE DE ARTRITIS REUMATOIDE EN BAJA ACTIVIDAD

B. Paredes¹, C. Plasencia¹, D. Pascual-Salcedo², I. Monjo¹, A. Pieren¹, E. Moral¹, C. Tornero¹, G. Bonilla¹, L. Nuño¹, A. Villalba¹, D. Peiteado¹, S. Ramiro², T. Jurado², J. Díez³, E. Martín-Mola¹ y A. Balsa¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Inmunología; ³Servicio de Bioestadística. Hospital La Paz-Idipaz. Madrid.

Introducción: Recientemente se ha evaluado la posibilidad de reducir la dosis o discontinuar el tratamiento con agentes biológicos dirigidos contra el factor de necrosis tumoral (Anti TNF) en pacientes que han alcanzado baja actividad (BA) o remisión (R) clínica de la artritis reumatoide (AR) sin perder el control de la enfermedad. Estas estrategias podrían favorecer un aumento de la incidencia de detección de anticuerpos anti-fármaco (ADA) con la consecuente pérdida de eficacia.

Objetivos: Evaluar la influencia de la estrategia de optimización de fármaco anti-TNF en una cohorte de pacientes con AR en BA o R en la aparición de ADA, niveles de fármaco libre (NF) y desarrollo de brotes en cuatro años de seguimiento.

Métodos: De una cohorte prospectiva de 283 pacientes con AR se realizó un análisis retrospectivo de 52 pacientes en tratamiento con el primer anti-TNF (infliximab (Ifx), adalimumab (Ada) y etanercept (Etn)) que se encontraban en BA o R (DAS 28 < 3,2 o < 2,6 respectivamente) al menos durante 6 meses y que habían sido optimizados. El DAS28, los NF y de ADA se evaluaron en el momento basal, previo a la optimización (visita-pre), en la última visita disponible en los primeros 4 años de seguimiento (visita-pos). Además se evaluaron dichos parámetros en caso de presentar un brote de enfermedad (DAS28 > 3,2 y dDAS28 > 0,6).

Resultados: De los 52 pacientes el 79% eran mujeres. La edad media fue 61 ± 13 años. 41 (79%) tenían FR y antiCCP positivos. Con respecto al tratamiento concomitante, 36 pacientes (69%) recibieron metotrexate al inicio del biológico, 25 (48%) otros FAMEs y 22 (42%) prednisona. 26 (50%) pacientes fueron tratados con Ada, 16 (31%) con Etn y 10 (19%) con Ifx. El tiempo medio de seguimiento fue de 43,76 ± 8,04 meses sin observar diferencias significativas entre los anti-TNF (p = 0,595). En la visita pre 40 (77%) estaban en R y 12 (33%) en BA. Al final del seguimiento, 40 (77%) continuaron en BA o R (R = 26 (50%), BA = 14 (27%), DAS28 > 3,2 = 12 (23%); p = 0,97). Al analizar individualmente por anti-TNF no se evidenció diferencias significativas en el control de la enfermedad entre visita-pre y visita-pos (p = 0,59 en Ada, p = 0,26 en Ifx y p = 0,78 en Etn). No hubo incremento estadísticamente significativo en los valores de PCR entre la visita pre y pos en ninguno de los 3 anti-TNF. 25 (48%) tuvieron al menos un brote durante el seguimiento, de estos, 13 (52%) tuvieron un brote, 12 (48%) dos brotes y 2 (8%) tres brotes. Se observaron diferencias significativas en el número de brotes en cada uno de los anti-TNF (12 con Etn, 12 con Ada y 1 con Ifx; p = 0,005). 6 pacientes abandonaron el primer tratamiento anti-TNF, 2 por ineficacia secundaria precisando cambio de anti-TNF, 4 por R mantenida y ser ADA+ en la visita-pos. Ningún paciente fue ADA+ en la visita-pre, mientras que 6 fueron ADA+ en la visita-pos. De los pacientes con brotes, 2 (8%) fueron ADA+ y suspendieron el tratamiento por ineficacia secundaria. Se observó un descenso significativo en los NF entre la visita-pre y visita-pos; Ada: 5.251,9 ± 1.205,9 en visita-pre vs 1.507,2 ± 322,7 en visita-pos (p = 0,001); Etn: 2.735,2 ± 347,4 en visita-pre vs 1.114,9 ± 283,3 en visita-pos (p = 0,002); Ifx: 2.358,4 ± 728,5 en visita-pre vs 650,4 ± 290,1 en visita-pos (p = 0,008).

Conclusiones: La estrategia de optimización parece factible en pacientes con AR al menos en BA en tratamiento anti-TNF, reduciendo la cantidad de fármaco administrado, con baja incidencia de ADA y manteniendo la BA en la mayor parte de los casos. La aparición de brotes en estos pacientes parece controlarse con modifica-

Tabla Póster 133

Paciente	Edad (años)/ sexo	Tiempo de evolución del LES hasta diagnóstico SPE (meses)	Tiempo de evolución de los síntomas hasta el diagnóstico de SPE (meses)	Manifestaciones previas	Clinica	Radiografía de tórax	TAC tórax	PFR	Afectación	SLEDAI	Inmunología	Tratamiento	Seguimiento (meses)	Evolución
1	37/F	19	8	Articular Mucocutánea	Dolor pleurítico	Derrame pleural bilateral Elevación hemidiafragma	Derrame pleural No afectación intersticial	Trastorno restrictivo	Bilateral	2	AntiDNA+	Corticoides	10	Trastorno restrictivo (mejoría)
2	39/F	36	12	Articular Nefritis	Disnea	Derrame pleural izquierdo	Atelectasia izquierda	Trastorno restrictivo	Unilateral	6	AntiDNA+	B2agonista RTX Corticoides	48	Trastorno restrictivo (empeoramiento) EPID
3	31/F	43	3	Mucocutánea Hematológica Neurológica GI SAF Articular	Dolor pleurítico Fiebre	Elevación hemidiafragma izquierdo Atelectasia izquierda	No afectación intersticial	Trastorno restrictivo	Unilateral	6	AntiRo-	B2agonista RTX	18	Trastorno restrictivo (estabilización)
4	30/F	84	1.5	Articular Mucocutánea	Dolor pleurítico	Elevación hemidiafragma derecho	Derrame pleural No afectación intersticial	Trastorno restrictivo	Unilateral	2	AntiDNA+ AntiRo-	RTX Corticoides MMF	17	Trastorno restrictivo (mejoría)
5	59/F	300	6	Hematológica Nefritis Articular Mucocutánea	Dolor pleurítico	Elevación hemidiafragma bilateral Atelectasia	Atelectasia No afectación intersticial	Trastorno restrictivo	Bilateral	0	AntiDNA+	B2agonist RTX MMF RTX Ig	96	Trastorno restrictivo (estabilización)
6	64/F	84	12	Hematológica Nefritis GI Mucocutánea Hematológica	Disnea	Atelectasia	Atelectasia No afectación intersticial	Trastorno restrictivo	Bilateral	0	AntiDNA + AntiRo+	B2agonista	27	Trastorno restrictivo (estabilización)

Tabla Póster 133 (continuación)

Paciente	Edad (años)/ sexo	Tiempo de evolución del LES hasta diagnóstico SPE (meses)	Tiempo de evolución de los síntomas hasta el diagnóstico de SPE (meses)	Manifestaciones previas	Clínica	Radiografía de tórax	TAC tórax	PFR	Afectación	SLEDAI	Inmunología	Tratamiento	Seguimiento (meses)	Evolución
7	46/F	108	8	Articular Mucocutánea Hematológica	Disnea Dolor pleurítico Fiebre	Derrame pleural bilateral	Atelectasia Derrame pleural No afectación intersticial	Trastorno restrictivo	Bilateral	17	AntiDNA +	Corticoides	87	Curación sin secuelas
8	37/F	48	0.25	Nefritis Serositis SAF Articular Mucocutánea Hematológica	Disnea Dolor pleurítico Fiebre	Derrame pleural bilateral Elevación diafragma derecho	Atelectasia Derrame pleural No afectación intersticial	Trastorno restrictivo	Bilateral	22	AntiDNA +	Corticoides	36	Trastorno restrictivo (estabilización)
9	38/F	156	4	Nefritis Serositis SAF Articular Hematológica	Disnea Dolor pleurítico	Derrame pleural derecho Elevación hemidiafragma derecho	Atelectasia Derrame pleural	Trastorno restrictivo	Unilateral	0	AntiDNA- AntiRo-	Corticoides MMF B2agonista	6	Trastorno restrictivo (estabilización)

ciones en su pauta de administración sin necesidad de cambiar o abandonar el tratamiento en la mayoría de los pacientes.

135. CORRELACIÓN ENTRE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA CORTICAL EN METACARPÍANOS MEDIANTE DENSITOMETRÍA CONVENCIONAL DE RAYOS X Y RADIOGRAMETRÍA ÓSEA EN UN REGISTRO DE PACIENTES CON ARTRITIS DE INICIO

I. Llorente¹, L. Merino¹, A.M. Ortiz¹, S. González², E. Escolano², J.A. García-Vadillo¹, E.F. Vicente¹, R. García de Vicuña¹, I. González-Álvaro¹ y S. Castañeda¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-IP. Madrid.

Introducción: La disminución de la masa ósea cortical en metacarpianos (MC) mediante radiogrametría (DXR) ha sido descrita como factor de mal pronóstico en artritis reumatoide (AR). Esta técnica no es accesible en nuestro entorno. Nuestro grupo ha descrito previamente la medición de la densidad mineral ósea (DMO) en articulaciones metacarpofalángicas (MCF) mediante densitometría dual de rayos X (DXA), demostrando una aceptable correlación con la DXR de MC. La DXR mide la DMO del hueso cortical a nivel de MC, y la DXA de MCF mide hueso trabecular, por lo que hemos desarrollado un procedimiento que permite evaluar, mediante DXA convencional, la masa ósea a nivel del tercio medio diafisario de los MC centrales (2º a 4º) de la mano no dominante.

Objetivos: Estudiar la correlación entre la DMO a nivel de los MC centrales de la mano no dominante medida mediante DXA con la obtenida por DXR.

Métodos: Se estudiaron 171 pacientes pertenecientes al estudio PEARL (84% mujeres; 55,4 años al inicio de los síntomas; 56,7% cumplían criterios de AR de 2010; 52% FR+ y 43,5% ACPA+). Se recogen, de forma protocolizada, variables demográficas, clínicas, analíticas, así como se realizan radiografías de manos y DMO evaluada mediante DXA (Hologic®QDR-4500) en mano no dominante en las visitas basal y anual. Para la medición de la DMO a nivel de las diáfisis de los MC 2º a 4º de la mano no dominante se utilizó el software estándar de Hologic® que permite diseño de regiones de interés (ROI) adaptables a las necesidades del observador. Para que las ROI de la DXA se parecieran a las de DXR se situó el generador de ROI en el tercio central de la diáfisis del MC (17 × 17 mm) dejando la misma distancia entre el tercio superior e inferior respectivamente, alineándola con el eje del MC, sin solaparse con la ROI adyacente. Se obtuvieron 3 medidas sucesivas de las que se obtiene una media global de la DMO en los MC. La DXR midió las ROI de los MC centrales con el software estandarizado de Sectra (Linköping, Suecia) sobre las Rx de manos remitidas en formato digital (GE® DX Definium 8000). El análisis estadístico se realizó con Stata 12 para Windows, incluyendo correlaciones lineales según el test de Spearman entre los valores de DMO de MC por DXR y DXA, así como DMO por DXA de mano global y MCF y un análisis multivariable de las variables que explican las diferencias entre las masas óseas de MC medidas por DXR y DXA incluyendo sexo, edad e índice de masa corporal (IMC) y otras propias de la enfermedad.

Resultados: Se analizaron 248 mediciones de DMO (154 correspondientes a la visita basal y 94 a la anual) de las 3 regiones descritas cuyos valores se muestran en la tabla. La DMO se ve influida por el

sexo, edad y el IMC. Como se aprecia en la tabla, la DXA de MC es la que tiene menor diferencia absoluta y mejor correlación con la DXR. Cuando analizamos qué variables se asociaban con las diferencias entre los valores de DXA y DXR de MC observamos que en mujeres (coeficiente beta = -0,013; p = 0,039), pacientes mayores de 65 años (C_β = -0,014; p = 0,019) y pacientes con mayor índice de masa corporal (C_β = -0,002 × Kg/m²; p = 0,019) esa diferencia disminuía.

Agradecimientos: FIS PI12/01578 y PI14/00442, Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) y PFIZER España.

136. ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN PACIENTES TRASPLANTADOS PULMONARES

S. Farietta Varela, M. Barceló Bru, B. Rodríguez-Díez, E. Trallero y M. López

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: Los pacientes con enfermedad pulmonar en fase terminal presentan un gran número de factores de riesgo (FR) para desarrollar osteoporosis (OP). Con nuestro estudio buscamos conocer la contribución de los FR por grupos de patologías.

Objetivos: Determinar si los FR conocidos de baja masa ósea son más prevalentes en cada patología pulmonar y si estos se relacionan con la presencia de OP en pacientes candidatos a trasplante.

Métodos: Se incluyeron 179 pacientes de la cohorte de trasplantes pulmonares del hospital Vall d'Hebron. Se seleccionaron tres grupos según la patología pulmonar debido a las diferencias en cuanto a la agrupación de FR y a las dosis de glucocorticoides (GC) requeridas antes del trasplante. Estos fueron enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad pulmonar intersticial (EPI) y otras patologías (linfangiomiomatosis, fibrosis quística, entre otras). Se estratificó la dosis de GC previas al trasplante en dosis acumulada alta > 5 mg/d durante más de 3 meses o más de tres tandas año, o baja. Informe CEIC proyecto PR(AG)344/2015.

Resultados: Se recogieron datos de 179 pacientes, 70 mujeres (66% menopáusicas), un 12,3% tenían un bajo índice de masa corporal (IMC), 57% eran fumadores con una media de 24,7 paq/año, 5% consumían más de 40 g/l de alcohol, 44% eran sedentarios, el 8,4% tenían antecedentes familiares de fracturas. 15,6% presentaron una enfermedad osteopenizante. El 86% habían consumido GC y de ellos el 56,4% dosis altas. Por grupo de patologías habían 65 pacientes con EPOC, 86 con EPI y 32 con Otras patologías. Los FR de baja masa ósea y de fracturas más prevalentes en el grupo EPOC respecto al grupo EPI con diferencias significativas fueron el tabaquismo, con una razón de prevalencia (RP): 1,92 (1,50-2,46) y el sedentarismo RP: 1,37 (1,1-1,91). Sin embargo, las dosis elevadas de GC fueron más prevalentes en el grupo EPI con una RP: 0,59 (0,44-0,8). Por otro lado, analizando los FR más prevalentes entre el grupo EPOC respecto a Otras patologías, observamos que la menopausia fue más prevalente en el grupo EPOC RP: 2,16 (1,2-3,89), el sedentarismo RP: 2,27 (1,20-4,30), así como el tabaquismo RP: 4,75 (2,3-9,8), tanto en la exposición como en la cantidad y la toma de GC RP: 1,79 (1,29-2,49), en cambio el uso de dosis altas, fue más prevalente en el grupo Otras. En dicho grupo se observa una tendencia a un menor IMC en relación al EPOC con una RP: 4,61 (1,67-12,71). Los FR que se asociaron a OP en el total de pacientes se muestran en la tabla. En relación a los grupos de patología pulmonar el FR asociado tanto

Tabla Póster 135

Valores crudos de DMO según la localización anatómica medidos por las dos técnicas utilizadas

	DXR MC	DXA MC	DXA mano global	DXA MCF
Masa ósea (g/cm ²)	0,529 ± 0,074	0,427 ± 0,060	0,327 ± 0,041	0,265 ± 0,040
Diferencia respecto DXR MC	0	0,104 ± 0,074	0,206 ± 0,060	0,268 ± 0,053
Correlación con DXR MC	1	0,865	0,824	0,717

Todas las diferencias y correlaciones tienen una p < 0,0001.

Tabla Póster 136

Factores de riesgo		Osteoporosis	No osteoporosis	Razón de prevalencia (IC)	p
Índice de masa corporal	Bajo	13 (19,1)	9 (8,1)	2,35 (1,06-5,21)	0,027
	Alto	55 (80,9)	102 (91,9)		
Tabaquismo	Sí	46 (67,6)	56 (50,5)	1,34 (1,04-1,71)	0,017
	No	22 (32,4)	55 (49,5)		
Fractura previa	Sí	12 (17,6)	5 (4,5)	3,91 (1,44-10,63)	0,005
	No	56 (82,4)	106 (95,5)		
Glucocorticoides	Sí	61 (89,7)	93 (83,8)	1,07 (0,95-1,20)	0,188
	No	7 (10,3)	18 (16,2)		
	Dosis altas	4 (6)	16 (14,5)	0,41 (0,14-1,18)	0,063
	Dosis bajas	63 (94)	94 (85,5)		

en el grupo EPOC como en el EPI, fue la presencia de una fractura previa, RP: 1,81 (1,44-2,28) y 3,31 (1,07-10,24), respectivamente. En el grupo Otras patologías el factor asociado fue el tratamiento con GC con una RP: 1,95 (1,08-3,52), sin diferencias respecto a las dosis. **Conclusiones:** Los FR de baja masa ósea mas prevalente en nuestra cohorte, según la patología pulmonar fueron el tabaquismo y el sedentarismo en el grupo EPOC, respecto a los otros grupos. El grupo EPOC respecto a Otros presentó una prevalencia superior de menopausia y de tratamiento con GC. En cambio, en este grupo la prevalencia de dosis elevadas fue inferior que los otros dos grupos. Los FR asociados a OP en pacientes en lista de espera fueron la presencia de fracturas previas, el tabaquismo y un bajo IMC. En el grupo EPOC y EPI el factor más asociado fue la presencia de fracturas y en el grupo Otros fue el tratamiento con GC.

137. MIELITIS TRANSVERSA AGUDA EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

I. Morales¹, J. Narváez¹, P. Juárez¹, H. Borrell¹, E. Armengol¹, O. Capdevila², S. Martínez-Yélamos³, F. Mitjavila² y J.M. Nolla¹

Unidad Funcional de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UFMAS). ¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Interna; ³Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Objetivos: Analizar las características clínicas, el pronóstico y los factores relacionados con la aparición de mielitis transversa aguda (MTA) en una cohorte de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Métodos: Fueron objeto de estudio 429 pacientes con LES atendidos entre 1980 y 2015 en un hospital universitario de tercer nivel que no asiste a población pediátrica y registrados en una base de datos específica (registro AQUILES). Se seleccionaron para su análisis los pacientes que habían sido diagnosticados de MTA. El diagnóstico se estableció en base a la presencia de un cuadro neurológico sugestivo (con afectación del sistema motor, sensitivo y autonómico a la altura de la inflamación medular), confirmándose en todos los casos con RM con contraste.

Resultados: Se identificaron 4 pacientes (0,9%), que presentaron 6 episodios de MTA. Todas fueron mujeres con una edad media a la aparición del primer episodio de mielitis de 43 ± 9 años (rango, 35-52) y un tiempo de evolución del LES (mediana) de 27 ± 14 meses. Todas tenían o habían presentado afección cutáneo-mucosa y articular, un 75% tenía algún tipo de citopenia, la mitad presentaba nefritis concomitante y un 25% afección pulmonar grave. El inicio del cuadro clínico fue agudo en todos los casos. Dos pacientes presentaron un único episodio de MTA a nivel cervical. Las otras desarrollaron 2 episodios cada una, en todos los casos en forma de mielitis transversa longitudinalmente extensa (LETM) afectándose 3 o más segmentos medulares consecutivos a nivel cervical o cérico-dorsal. Los Ac antifosfolípido fueron negativos en todos los casos. Los Ac anti aquaporina o anti-NMO fueron positivos en las dos pacientes con LETM recidivante, sugiriendo la posibilidad de una enfermedad de Devic asociada. En ninguno de estos casos el estudio craneal

objetivó neuromielitis óptica concomitante. Todas fueron tratadas en el primer episodio con 3 bolus de metilprednisolona + prednisona 1 mg/Kg/día y 6 bolus mensuales de ciclofosfamida (750 mg/m²) seguidos de micofenolato o azatioprina como tratamiento de mantenimiento, además de plasmaféresis en 3 casos. Las pacientes anti-NMO negativas se curaron sin secuelas y no recidivaron. Las 2 pacientes con LETM y anti-NMO positivos recidivaron. Una de ellas falleció en el segundo episodio debido a una hemorragia pulmonar refractaria al tratamiento. En la otra se cambió el tratamiento a rituximab una vez se descubrió la presencia de estos anticuerpos. Aunque se recuperó con secuelas del segundo episodio (incontinencia de esfínteres y trastorno sensitivo crónico), no ha vuelto a presentar recidivas, retratándose con rituximab en cuanto existe una recuperación de los CD19. Tanto en el estudio comparativo entre grupos (análisis univariante), como en el estudio multivariante, no se identificó ningún factor de riesgo predictivo para el desarrollo de esta complicación.

Conclusiones: La MTA es una complicación infrecuente del LES, siendo su prevalencia cercana al 1% (similar a la observada en otras series). Ante una MTA recidivante o en caso de una LETM, se debe investigar la presencia de Ac anti aquaporina o anti-NMO para descartar la posibilidad de una enfermedad de Devic asociada cuyo tratamiento es distinto (rituximab).

2.ª Sesión
Viernes, 20 de mayo

138. SEGUIMIENTO TELEFÓNICO ESTANDARIZADO AL INICIO DE TERAPIA BIOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR) EN UNA UNIDAD ESPECÍFICA DE TERAPIA BIOLÓGICA. ESTUDIO PILOTO

L. Cano García, S. Manrique Arijá, I. Ureña Garnica, N. Mena Vázquez, M.C. Ordóñez Cañizares, M.C. Romero Barco, C. Domic Bueno, M. Rojas Giménez, C. Fuego Valera, F.G. Jiménez Núñez, M.V. Irigoyen, V. Coret, A. Belmonte y A. Fernández Nebro

Hospital Regional de Málaga. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Universidad de Málaga.

Objetivos: Conocer la utilidad de la llamada de seguimiento protocolizada al inicio de terapia biológica y el contacto del paciente con consulta de enfermería tras el inicio de tratamiento.

Métodos: Diseño: estudio observacional transversal. Pacientes: se recogieron 120 pacientes con AR que iniciaron tratamiento con terapia biológica intravenosa o subcutánea desde diciembre de 2013 a noviembre de 2015. Protocolo: se realiza de forma protocolizada educación para la autogestión de la terapia biológica subcutánea al inicio del tratamiento. Este protocolo incluye una llamada de seguimiento desde la consulta de enfermería que coincida con la primera

administración del tratamiento en domicilio o a los 3-5 días tras la primera infusión intravenosa. Esta llamada se realiza en el caso de los biológicos subcutáneos según pauta: etanercept (7 días), adalimumab (14 días), golimumab (28 días), tocilizumab (7 días), certolizumab (14 días), abatacept (7 días) o bien pauta prescrita en caso de reducción de dosis. Se ofrece la posibilidad de contactar (teléfono y e-mail) con la consulta de enfermería en caso de duda o de incidencia durante el tratamiento y se realiza control analítico al mes del inicio en consulta telefónica de enfermería. Variables: terapia biológica, FAME, incidencias, comorbilidades e infecciones. Análisis estadístico: se realizó un análisis descriptivo de las principales variables.

Resultados: De los 120 pacientes con AR (65,8% mujeres) los tratamientos iniciados fueron: 33,3% (n = 40) etanercept, 8,3% (10) adalimumab, 20% (24) tocilizumab sc, 12,5% (15) abatacept sc, 13,3% (16) golimumab, 6,7% (8) rituximab, 3,3% (4) certolizumab pegol, 2,5% (3) biosimilar. En cuanto al FAME asociado: 38,3% (46) ninguno, 49,2% (59) metotrexato, 8,3% (10) leflunomida, 1,7% (2) sulfasalacina, 2,5 (3) hidroxicloroquina. Se detectaron en la llamada protocolizada 14,16% (17) pacientes con incidencias: reacción local 3,3% (4), prurito 5,8% (7), malestar general 0,8% (1), diarrea 0,8 (1), estreñimiento 0,8 (1), cefalea 1,7% (2). Los pacientes llamaron la consulta de enfermería para comunicar incidencias 10,83% (13): anemia 0,8% (1), hipertransaminemia 1,7% (2), implante dental 0,8% (1), equimosis 0,8% (1), ineficacia 6,7% (8). También se comunicaron a la consulta de enfermería infecciones en el curso de tratamiento con terapia biológica 16,6% (20): ITU 5,8% (7), IVRA 1,7 (2), IVRA + herpes simple 0,8% (1), IVRB 3,3% (4), infección dental 0,8 (1), infección herida quirúrgica 0,8 (1), herpes simple 0,8% (1), gastroenteritis 0,8 (1), infección no filiada 1,7% (2). De los pacientes que iniciaron terapia biológica en el periodo estudiado sólo 8,3% (10) cambiaron de tratamiento: 4,2% (5) rituximab, 1,7% (2) etanercept, 0,8% (1) tocilizumab sc, 0,8% (1) tocilizumab iv, ensayo clínico 0,8 (1), biosimilar 0,8 (1%). Se han detectado la aparición de nuevas comorbilidades durante el tratamiento con terapia biológica 4,16 (5): HTA 0,8 (1), HTA+DMII 1,7% (2), NINE 0,8% (1), psoriasis 0,8% (1) (tabla).

Conclusiones: La llamada de seguimiento es una herramienta útil para el control de seguridad de los nuevos inicios de las terapias biológicas. Podría fomentar la adherencia al tratamiento haciendo un seguimiento en domicilio y ofreciendo la posibilidad de comunicar con la consulta de enfermería si fuese necesario por cualquier duda o evento adverso.

139. LA WEB DEL GRUPO DE TRABAJO DE ENFERMERÍA (GTESER) DESTACA ENTRE LOS USUARIOS

M. Garro Lara, M.D. Hernández Sánchez y GTESER

Complejo Hospitalario Hospital Torrecárdenas. Almería. Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: El GTESER consideró utilizar la web como vehículo de divulgación para profesionales/pacientes, creando temas interesantes con noticias relevantes, entrevistas a profesionales prestigiosos, enlaces de interés, calendario de actividades, congresos y cursos, dispone de una biblioteca con artículos informativos sobre las enfermedades reumáticas, y en el área de pacientes información sobre sus patologías, cuidados, alimentación, ejercicios y asociaciones.

Objetivos: Despertar interés entre los usuarios. Comprobar la actividad de la web (GTESER) desde noviembre 2014 a octubre 2015. Valorar la información obtenida en: 1. Datos de visitas. 2. Fuentes de tráfico. 3. Secciones más solicitadas.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se valora el sitio elegido por el usuario al visitar la web, así como el tiempo de permanencia en el mismo. Poder analizar los datos, resaltando las secciones más visitadas.

Resultados: Las cifras obtenidas en aproximadamente un año son: 1. Datos de visitas: Usuarios únicos (10.439). Sesiones (70.574). Páginas visitadas (13.046). Páginas por sesión (1,67). Tiempo en el sitio (1'33"). 2. Secciones: Sección Noticias: Páginas vistas (6.897). Tiempo promedio (3'20"). Sección Gteser Home: Páginas vistas (1.223). Tiempo promedio (1'10"). Sección Entrevistas: Páginas vistas (1.101). Tiempo promedio (2'54"). Sección Menú noticias: Páginas vistas (318). Tiempo promedio (0'37"). Sección Biblioteca: Páginas vistas (258). Tiempo promedio (0'54"). 3. Tráfico: La tabla muestra las 10 páginas más visitadas del periodo.

Término	Visitas
GTESER	1.223
Noticia/Cuestionario de 5 síntomas que permite identificar el dolor de espalda inflamatorio	633
Noticia/Homeostasis/las enfermeras como agente de control externo en artritis reumatoide	572
Noticia/Estrategia-treat- target	544
Noticia/Riesgo e intento de suicidio en pacientes con fibromialgia, encuesta a pacientes españoles	493
Noticia/Menopausia precoz y gravedad de la artritis reumatoide en mujeres en torno a 45 años de edad	475
Entrevista/Reumatóloga D ^a Ana Isabel Sánchez Atrio	398
Noticia/Cuidados óptimos para pacientes con artritis reumatoide	336
GTESER/Noticias	318
Noticias/Diabetes es un indicador independiente para la artrosis grave-resultado de un estudio	288

Conclusiones: Los resultados obtenidos de la actividad de la Web del GTESER, reflejan el interés de los usuarios por nuestros contenidos. Hemos captado que existe una demanda de conocimiento y formación por parte de profesionales/pacientes de Reumatología.

140. VENTAJAS DE LA VACUNACIÓN POR ENFERMERÍA DE REUMATOLOGÍA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS: ANÁLISIS DEL PRIMER AÑO

A. Pons-Bas¹, C. Cano¹, M. Lorente¹, J. Rosas², G. Santos-Soler², E. Salas², J.M. Senabre-Gallego², X. Barber³, M. Sanchís³ y Grupo AIRE-MB

¹Enfermería de Reumatología; ²Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ³CIO. Universidad Miguel Hernández. Elche.

Introducción: Los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS), presentan mayor incidencia de infecciones. Algunas pueden ser prevenidos con vacunación adecuada. Un problema es la no finalización completa de la pauta vacunal. En nuestro caso, hasta 2014, cerca del 50% de los pacientes no completaban la vacunación para neumococo o el virus de la hepatitis B (VHB). En 2014, se publicaron las recomendaciones para vacunación de los pacientes con EAS, de la Sociedad Valenciana de Reumatología (SVR) y Medicina Preventiva y Salud Pública (SVMPS) (Fernández-Martínez. Rev Sociedad Val Reuma. 2014;5).

Objetivos: Conocer las características de los pacientes vacunados por EAS, por Enfermería de Reumatología (Enf-Reu) y evaluar la tasa de cumplimentación vacunal.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo de pacientes, en seguimiento en reumatología, vacunados en 2015, por EAS, o terapia biológica/fármacos inmunosupresores, por Enf-Reu. Desde 2015, se revisa el estado vacunal, en cada paciente con EAS que acude a consulta. Las vacunas a administrar fueron: antineumocócica (13-V y/o 23-V) y VHB. Para la vacunación antineumocócica, debe iniciarse con la tipo conjugada/13-V y al menos 8 semanas después una dosis de vacuna polisacárida/23-V. Se recomienda una única dosis de recuerdo de 23-V a los 5 años de la primera dosis. En caso de haber recibido dosis previa de 23-V, es recomendable administrar la 13-V, un año después. La vacuna 13-V no precisa dosis de recuerdo. Para la vacuna VHB, es necesario comprobar previamente el estado

inmune del sujeto. Si no es inmune se administrarán 3 dosis (0-1-6 a 12 meses). Desde 2015, Reumatología dispone de: frigorífico, acceso electrónico al Registro Nominal Vacunal de la Comunidad Valenciana (recoge datos del paciente, fecha, tipo, lote de vacuna administrada), base de datos específica (datos epidemiológicos de los pacientes, programación futuras dosis, acceso a historia clínica electrónica) y Enf-Reu entrenada. Previamente, la enfermera detalla los posibles efectos secundarios, cómo actuar o contactar.

Resultados: De los 135 pacientes vacunados en 2015: 65% eran mujeres, con edad media: 56 ± 16 años (rango: 10-84 años. Mediana: 57 años). El diagnóstico era: artritis reumatoide: 49%, espondilitis anquilosante: 22%, artritis psoriásica: 11%, lupus sistémico: 9% y otros: 9%. El motivo de vacunación: inicio fármaco biológico: 26% (al menos 1 mes antes), tratamiento inmunosupresor: 51% y tratamiento biológico establecido: 23%. Se administraron 270 vacunas: antineumocócica-conjugada/13-valente: 135 (50%) y antineumocócica-polisacárida/23-valente: 42 (15%). La 1ª dosis anti-VHB: 35 (13%) pacientes, 2ª dosis: 32 (12%) y 3ª dosis: 26 (10%) pacientes. En 92 (67%) pacientes, se actualizó la vacunación antineumocócica, con la 13-V, por antecedente de haber recibido 23-V. En 42 (31%) pacientes, sin vacunación previa antineumocócica, se administró la vacuna 13-V y a los 2 meses la 23-V.

Conclusiones: 1. Los pacientes en seguimiento por EAS o tratamiento inmunosupresor, vacunados por Enf-Reu, consiguen cumplimiento/revacunación, cercana al 100%. 2. En una gran parte de los pacientes, la vacunación queda programada al inicio de la enfermedad, en la/s primera/s citas de consulta o del tratamiento inmunosupresor. 3. Un adecuado registro electrónico, permite el acceso inmediato a la información desde cualquier punto de la Comunidad, con acceso al programa informático de la Conselleria de Sanitat.

141. CAUSAS QUE PROVOCAN LA INTERRUPCIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN EL HOSPITAL DE DÍA Y CÓMO AFECTAN A LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

A. López Esteban, J.C. Nieto González, I. Janta, F. García, C. Garaballu, T. del Río, A. Beltrán, M.C. Ramos, E. Naredo e I. Monteagudo

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

Introducción: Las terapias biológicas (TB) han supuesto un avance en la forma de tratar las enfermedades inflamatorias reumatológicas. Estos tratamientos han demostrado su eficacia modificando la evolución de la enfermedad, controlando la actividad inflamatoria, evitando la progresión de la enfermedad y logrando incluso la remisión de la actividad de la enfermedad.

Objetivos: 1. Describir las causas que provocan la interrupción de TB endovenosas en el Hospital de Día (HD). 2. Analizar si la misma conlleva un aumento de la actividad de la enfermedad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en el HD de Reumatología en un hospital de tercer nivel, entre junio 2014 y diciembre 2015. Se incluyeron los pacientes en tratamiento con TB [infliximab (IFX), tocilizumab (TCZ) y abatacept (ABAT)] con una interrupción del tratamiento mayor a 15 días. Se excluyeron los pacientes tratados con rituximab (RTX). Se recogieron variables demográficas (sexo, edad, tiempo de evolución de la enfermedad), clínicas (escala visual analógica (EVA) general) y de laboratorio [velocidad sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR)], se calcularon los índices de actividad de la enfermedad por DAS, CDAI, SDAI, ASAS y capacidad funcional por HAQ, BASFI, BASDAI. Todo ello se realizó en el ciclo anterior a la interrupción y el reinicio de la administración del fármaco.

Resultados: De un total de 272 pacientes en TB, 55 (20,2%) tuvieron que interrumpir su tratamiento temporalmente. De los pacientes que interrumpen el tratamiento temporalmente 56% eran mujeres, la edad media fue 50 (± 32) años con un tiempo de evolución de la

enfermedad de 18,5 (± 18) años. La duración media del tratamiento fue 8,1($\pm 7,8$) años. El diagnóstico de los pacientes fue: 25 (45,4%) artritis reumatoide (AR), 17 (30,9%) espondilitis anquilosante (EA), 8 (14,5%) artritis psoriásica (APso) y 5 (9%) pacientes con otra patología autoinmune. Los fármacos endovenosos administrados en HD fueron: 43 (78,1%) IFX, 8 (14,5%) TCZ y 4 (7,3%) ABAT. 22 (40%) de los pacientes tenían asociado tratamiento concomitante fármacos modificadores de la enfermedad (FAMES) y 21 (38,1%) pacientes con corticoides, con una dosis media de 6,2 mg/día. Las causas más frecuentes de interrupción del tratamiento fueron las infecciones 27 (49%) distribuidas en: 11 Infecciones con hospitalización (8 neumonías, 1 coledocistitis, 1 infección del tracto urinario (ITU) y 1 herpes zoster), 16 infecciones sin hospitalización (6 infecciones respiratorias, 3 ITU, 1 herpes zoster, una celulitis y 5 infecciones bucales). La segunda causa de interrupción fueron las intervenciones quirúrgicas 16 (29%), y la tercera 12 (21,8%) por otros motivos como pruebas diagnósticas, motivos laborales y olvidos. En tres pacientes el tratamiento se suspendió por diagnóstico de cáncer (adenocarcinoma de colon, pulmón y de vejiga) y 3 pacientes están pendientes de reinicio. El tiempo medio de interrupción fue de 72 días, con un rango (16-365). La evolución clínica antes y después de la interrupción se refleja en la tabla.

Evolución clínica del paciente

Variable	Basal	Reinicio	p
EVA general	4,12	6,14	< 0,001
Articulaciones dolorosas	5,00	7,74	0,181
Articulaciones tumefactas	2,17	1,89	0,029
HAQ	1,19	1,51	0,187
DAS28 ESR	3,27	4,39	0,003
DAS28 CRP	3,28	4,25	0,002
CDAI	14,96	21,70	0,020
SDAI	11,23	16,44	0,056
Dolor nocturno lumbar	1,89	3,42	0,133
BASFI	2,71	5,46	0,225
BASDAI	2,58	3,82	0,076
ASDASpcr	1,58	2,38	0,018
ASDASvsg	1,52	2,11	0,059
PCR	0,50	1,26	0,002
VSG	15,18	19,24	0,239

Conclusiones: Las causas que más frecuentemente dan lugar a la suspensión de TB son las infecciones (principalmente las respiratorias) y las intervenciones quirúrgicas. Se producen en un amplio rango de edad. Tras la interrupción del mismo, se observa un aumento del dolor, de la actividad clínica y de los marcadores de laboratorio y una reducción de la capacidad funcional.

142. PAPEL DE ENFERMERÍA EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ESPONDILOARTRITIS. ANÁLISIS DE LA METROLOGÍA

D. Beteta Fernández, M.J. Moreno Martínez, M.J. Moreno Ramos y L.F. Linares Ferrando

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: El personal de enfermería especializado se ha ido incorporando a la práctica clínica de Reumatología, convirtiéndose en un importante refuerzo al reducir la presión asistencial del especialista y centrar su trabajo en actividades como la realización de cuestionarios de valoración de enfermedades, metrología, valoración de riesgo cardiovascular, entre otras. La tendencia es que los profesionales de enfermería lleguen a subspecializarse en distintas patologías reumatológicas, siendo precisa una formación estrecha para llegar a desarrollar una actividad asistencial eficaz y productiva.

Objetivos: Analizar si existen diferencias en la valoración metrología de pacientes con espondiloartritis (EspA) realizada por un reumatólogo o una enfermera especializada.

Métodos: Se incluyen pacientes con EspA axial radiográfica y no radiográfica estudiados consecutivamente. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo, diagnóstico, evolución de enfermedad,

fármacos), valoración de la actividad de enfermedad (BASDAI y ASDAS), capacidad funcional (BASFI), reactantes de fase aguda (VSG y PCR) y valoración de la movilidad axial a través del índice BASMI, que incluye test de Schöber modificado (TSM), flexión lumbar lateral (FLL), distancia trago-pared (DTP), distancia intermaleolar (DIM) y rotación cervical (RC), además de otras medidas como el test de Schöber (TS), distancia occipucio-pared (DOP), expansión (ET) torácica y distancia dedo-suelo (DDS). Los pacientes fueron valorados el mismo día por un reumatólogo y una enfermera, separados por 30 minutos de descanso, analizando la diferencia entre las medias de las distintas variables. El orden de la metrología fue alternativo para cada paciente. Se muestran los resultados de un estudio piloto inicial. **Resultados:** Se incluyeron 20 pacientes (55% hombres), la media de edad fue 48,5 (+9) años y 27,4 (+13,2) años de media de evolución de enfermedad. El 65% tenían espondilitis anquilosante y el 35% EspA axial no radiográfica. Al comparar la metrología realizada por enfermería versus reumatólogo no se encuentran diferencias estadísticas ($p > 0,05$) en ninguna variable metroológica.

Variables	Rango promedio enfermera	Rango promedio reumatólogo	Significación estadística
Media TSM	20,55	20,45	$p = 0,978$
Media FLL	20,85	20,15	$p = 0,654$
Media DTP	19,70	21,30	$p = 0,653$
Media DIM	24,03	16,98	$p = 0,056$
Media RC	20,23	20,78	$p = 0,881$
Media TS	20,35	20,65	$p = 0,935$
Media DOP	20,53	20,48	$p = 0,979$
Media ET	22,50	18,50	$p = 0,261$
Media DDS	20,70	20,30	$p = 0,913$

Conclusiones: El entrenamiento en el análisis de la movilidad axial de los pacientes con EspA conlleva una baja variabilidad. No existen diferencias en los resultados de medida siempre y cuando los individuos que los realicen estén especializados en ello.

143. EFICACIA DEL RITUXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO REFRACTARIA: ESTUDIO OBSERVACIONAL

M. Pascual¹, J. Narváez¹, G. Albert Espí², M. López de Recalde¹, E. Armengol¹, J.J. Alegre² y J.M. Nolla¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de rituximab (RTX) en pacientes con enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) refractaria.

Métodos: Estudio ambispectivo de 9 pacientes con EMTC (criterios diagnósticos de Alarcón-Segovia et al. *J Rheumatol* 1989;16:328-34) activa, a pesar del tratamiento con glucocorticoides y FAME sintéticos. Todos recibieron RTX (dosis: 1 gramo días 1 y 15, repitiendo el ciclo a partir de los 6 meses en función de la respuesta), manteniéndose el tratamiento inmunosupresor de base. El tiempo de seguimiento de los pacientes fue hasta la fecha de la última visita.

Resultados: Las 9 pacientes eran mujeres, con una edad media de 31 años (DE: 10; rango 18-48). La indicación para solicitar el tratamiento con RTX en uso compasivo fue: poliartritis grave activa en cinco casos, neumonía intersticial no específica (NINE) sintomática activa (evidencia de deterioro clínico y funcional) + artritis con control insuficiente de la clínica articular (DAS28 > 3,2) en dos, y trombocitopenia autoinmune refractaria en un paciente. El tiempo medio de evolución de la EMTC hasta el inicio del tratamiento con RTX fue de 26 meses (DE: 34,3; rango 5-98 meses). En todos los pacientes se administró RTX en combinación con un inmunosupresor (azatioprina, micofenolato, o metotrexato) y en seis de ellos se

asoció también hidroxicloroquina. El tiempo medio de seguimiento tras el tratamiento con RTX fue de 36 meses (rango 5-80). El número medio de ciclos administrados fue de 1,7 (rango, 1-5), con un intervalo variable (de 6 a 15 meses). En términos generales, la respuesta clínica al RTX fue buena. En todos los pacientes con artritis se consiguió la remisión clínica (DAS28 < 2,6) o una baja actividad (DAS28 = 3,2) generalmente a partir de la semana 16-20, aunque las recaídas fueron frecuentes siendo necesario el retratamiento a los 6-9 meses en todos los casos. En los dos pacientes con NINE, la mejoría clínica articular se acompañó de una estabilización o leve mejoría de las pruebas funcionales respiratorias (definiciones de la American Thoracic Society: a) mejoría: si se observa un aumento de la CVF $\geq 10\%$ o en la DLCO $\geq 15\%$; b) estabilización: si los cambios en la CVF son inferiores al 10% o al 15% en la DLCO). La trombocitopenia autoinmune se resolvió por completo tras un ciclo de tratamiento y no ha presentado recaídas después de un período de seguimiento de 80 meses. La dosis de glucocorticoides se pudo reducir en más de la mitad de la dosis inicial. No aparecieron efectos secundarios importantes y no hubo ningún caso de infección bacteriana severa ni oportunista.

Conclusiones: Nuestros resultados preliminares sugieren que RTX puede ser una alternativa terapéutica segura y eficaz en pacientes con EMTC refractaria. En este subgrupo de pacientes, con su administración se consigue la remisión/baja actividad de la clínica articular y, como mínimo la estabilización de las PFR, con un efecto ahorrador de glucocorticoides.

144. EFECTO DEL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR Y ANTI-RESORTIVO SOBRE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN PACIENTES TRASPLANTADOS PULMONARES

M. Barceló-Bru, E. Trallero-Araguás, M. López-Corbeto, S. Farietta-Varela y B. Rodríguez-Díez

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: La osteoporosis (OP) es una complicación muy frecuente en pacientes que reciben un trasplante pulmonar (TP) (hasta del 73% según series). Influyen factores previos al TP como el riesgo individual, la enfermedad de base y los tratamientos recibidos, así como los relacionados con el propio TP incluyendo la inmovilización posquirúrgica y los fármacos inmunosupresores (IS). La tasa de pérdida de densidad mineral ósea (DMO) en columna lumbar (CL) y cuello femoral (CF) en el primer año post-TP se sitúa entre el 2-5%, siendo elevada durante este primer año la prevalencia de fracturas (entre el 18-37%).

Objetivos: Estudiar el efecto del tratamiento anti-resortivo, el tratamiento con glucocorticoesteroides (GC) y otros IS sobre la DMO en pacientes que reciben un TP.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado en una cohorte de 179 pacientes sometidos a TP durante el período de 1990 al 2014 en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona. Se realizó a todos los pacientes una densitometría ósea (DXA) antes del TP y tras el mismo. La comparación entre pruebas se realizó mediante el cálculo del porcentaje de cambio en el valor de DMO en g/cm^2 de cada una de las tres regiones evaluadas: CL (L2-L4), CF y fémur total (FT). Para el análisis del efecto del tratamiento IS sobre la DMO se seleccionó un subgrupo de 136 pacientes que recibieron la misma pauta estándar de IS post-TP con GC, tacrolimus y micofenolato. Se establecieron tres grupos según se hubiera hecho la DXA post-TP en los primeros 6 meses tras el mismo, entre 7 y 12 meses o más de 12 meses. La correlación entre la pérdida de DMO en las regiones de interés y las dosis acumuladas de cada fármaco se evaluó mediante análisis de regresión logística y análisis multivariante.

Resultados: De los 179 pacientes de la cohorte, 121 recibieron tratamiento para la OP tras el TP (89 de ellos ya lo recibían previamente) con bifosfonatos orales (52,9%), bifosfonatos iv (38%), ranelato de estroncio (1,7%), teriparatida (1,7%), denosumab (2,5%) o calcitonina (0,8%). La media de tiempo (rango) entre el inicio del tratamiento y

la realización de la DXA post-TP fue de 24 meses (5-120). El porcentaje de variación de DMO entre el pre y post-TP entre los pacientes tratados fue del 2,8% para L2-L4, -0,5% para CF y -1,3% para fémur total, frente al -2%, -5,4% y -3,9% respectivamente en los no tratados ($p < 0,05$). Entre los 136 pacientes (58,8% hombres) seleccionados para el estudio del efecto del tratamiento IS sobre la DMO, 49 (36%) estaban diagnosticados de EPOC, 64 (47%) de EPID y 23 (17%) de otras patologías pulmonares. El porcentaje de variación de DMO en el global de los 136 pacientes fue de un incremento del 1,3% en CL, una pérdida de 3,4% en CF y una pérdida del 3,2% en fémur total. No se observaron diferencias significativas entre las dosis medias acumuladas de GC e IS entre los pacientes que ganaron o perdieron DMO tras el TP en ninguna de las localizaciones estudiadas, ni en el estudio global ni en los distintos grupos diagnósticos. En el análisis multivariante el género femenino fue la única variable que se asoció con la pérdida de DMO en todas las regiones salvo en CF.

Conclusiones: Los pacientes que recibieron tratamiento anti-resorptivo pre-trasplante presentaron un mayor incremento de DMO en CL y una menor pérdida de DMO en CF tras el TP que los no tratados. No se ha evidenciado una asociación entre el tratamiento con GC y otros IS y la pérdida de DMO tras el TP.

145. VASCULITIS REUMATOIDE: ESTUDIO DE 41 CASOS

P. Juárez¹, I. Morales¹, A. Riveros Frutos², M. Martínez-Morillo², S. Holgado², C. Gómez Vaquero¹, L. Mateo², J.M. Nolla¹, A. Olivé² y J. Narváez¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: La vasculitis reumatoide (VR) es una grave complicación extraarticular de la artritis reumatoide (AR) que se manifiesta como una vasculitis necrosante sistémica que afecta a arterias de mediano y pequeño calibre.

Objetivos: Analizar las características clínicas, el tratamiento empleado y la evolución de una cohorte de pacientes con VR.

Métodos: Estudio retrospectivo (1970-2015) de todos los pacientes con VR diagnosticados en los servicios de Reumatología de 2 hospitales universitarios. El diagnóstico se estableció mediante confirmación histológica o a partir de los criterios propuestos por Scott y Bacon (Clin Rheumatol 1983;2:311-4).

Resultados: Se identificaron 41 pacientes (17 varones/24 mujeres) con una edad media de 67 ± 9 años (rango, 45-83). Las principales características clínicas y demográficas se muestran en la tabla. En términos generales, la VR se presentó en pacientes con enfermedad erosiva de larga evolución, nódulos reumatoides y títulos altos de factor reumatoide y ACPA. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: 1) la afección cutánea, presente en el 68% de los casos y variando desde púrpura palpable o pequeños infartos subo periungueales o del pulpejo, hasta úlceras cutáneas profundas e isquemia/necrosis digital; 2) la neuropatía periférica (63%) en forma de mononeuritis múltiple o polineuropatía sensitivo-motora; 3) la afección renal (15%); 4) la afección mesentérica (10%), y 5) las manifestaciones oculares (7%). Ningún paciente presentó afección coronaria o pulmonar secundaria a VR. Los ANCA fueron positivos en el 43% de los casos. Se obtuvo confirmación histológica en el 54% de los pacientes, generalmente a partir de biopsia de las lesiones cutáneas o de nervio sural y músculo. La mayoría de los pacientes (98%) fueron tratados con glucocorticoides (GLC), administrándose bolus de metilprednisolona en el 25% de los casos. En el 75% de los pacientes se asoció un tratamiento inmunosupresor, mayoritariamente ciclofosfamida. Se dispone de datos de seguimiento a largo plazo de 31 pacientes. Al final del primer año de evolución, 9 (29%) habían fallecido debido a la vasculitis sistémica o por complicaciones infecciosas secundarias al tratamiento inmunosupresor. La incidencia de

esta complicación parece ir disminuyendo a lo largo de los últimos años: 1970-1980: 7 casos; 1981-1990: 9 casos; 1991-2000: 15 casos; 2001-2010: 9 casos; 2011-2015: 1 caso.

Características de la AR	
Duración de la enfermedad (mediana \pm DE), años	10 \pm 8 años
Nódulos reumatoides	35% (10/40)
Erosiones radiográficas	80% (33/41)
EPID secundaria	17% (7/41)
Sd. de Sjögren secundario	5% (2/41)
Tratamiento de la AR previo a la VR	
AINEs	98% (40/41)
Glucocorticoides	90% (37/41)
Metotrexato	71% (29/41)
Leflunomida	32% (13/41)
Salazopyrina	5% (2/41)
Antipalúdicos	32% (13/41)
Sales de oro	32% (13/41)
D-penicilamina	12% (5/41)
Ciclofosfamida	10% (4/41)
Micofenolato	5% (2/41)
Terapias biológicas	7% (3/41)
Forma de presentación clínica de la VR	
Afección cutánea	68% (28/41)
Neuropatía periférica	63% (26/41)
Vasculitis mesentérica	10% (4/41)
Afección renal	15% (6/41)
Afección oftalmológica	7% (3/41)
Afección SNC	2% (1/41)
Afección cardíaca o pulmonar	0% (0/41)
Datos de laboratorio	
VSG (media \pm DE)	65 \pm 31
PCR (media \pm DE)	66.2 \pm 54
Hemoglobina (media \pm DE)	11.1 \pm 1.7
FR positivo	100% (39/39)
Título (media)	420
ACPA positivos	100% (8/8)
Título (media)	590
ANA positivos (=1/80)	27% (9/33)
ACPA positivos	43% (10/23)
Hipocomplementemia	18% (6/34)
Crioglobulinas positivas	23% (13/23)
Tratamiento de la VR	
Glucocorticoides	98% (40/41)
Bolus de metilprednisolona	24% (10/41)
Monoterapia	25%
Asociados a tto inmunosupresor	75%
Ciclofosfamida	22%
Azatioprina	1%
Metotrexato	4%
Rituximab	4%
Infliximab	1%
Inmunoglobulinas	1%

Conclusiones: La VR es una complicación infrecuente de la AR que condiciona un mal pronóstico, con una elevada tasa de mortalidad durante el primer año de evolución debido a la afectación multisistémica o a complicaciones infecciosas del tratamiento inmunosupresor.

146. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E INMUNOLÓGICAS EN PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTI-PM/SCL: SERIE RETROSPECTIVA DE 17 CASOS

W.A. Sifuentes Giraldo¹, C. Bouruncle Alaluna¹, G. Roy Ariño², M.J. García Villanueva¹ y C. de la Puente Bujidos¹

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

Introducción: El autoantígeno PM/Scl, conocido actualmente como 'exosoma humano', está formado por un complejo de 16 proteínas localizadas primariamente en el nucleolo, involucradas en el procesamiento y degradación del ARN. Posee 2 determinantes antigénicos principales denominados PM/Scl-100 y PM/Scl-75 debido a sus pesos moleculares. Estos autoanticuerpos fueron inicialmente descritos en pacientes con síndromes de superposición de esclerosis sistémica (ES) y polimiositis (PM), pero se asocian en realidad a una amplia variedad

de enfermedades autoinmunes incluyendo ES, PM, dermatomiositis (DM) y enfermedad pulmonar intersticial (EPI) aisladas, y con menor frecuencia a lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren primario (SSp) y enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (EITC).

Objetivos: Describir las características clínicas e inmunológicas de los pacientes con anticuerpos PM/Scl positivos atendidos en un centro español de tercer nivel.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de los pacientes con anticuerpos PM/Scl-100 y PM/Scl-75 positivos atendidos en nuestro centro durante el período 2007-2015. La positividad para estos anticuerpos fue detectada a través de inmunoensayo lineal y corroborada por inmunofluorescencia indirecta. Los datos demográficos y clínicos se obtuvieron a través de la revisión de sus historias clínicas.

Resultados: Durante el período estudiado se encontraron 17 pacientes con positividad para anticuerpos PM/Scl, 12 de ellos mujeres (70,6%) con una media de edad al diagnóstico de 57,5 años (rango: 38-82). Se detectó positividad para PM/Scl-75 en 8 casos, PM/Scl-100 en 4 casos y simultánea para ambos en 5 casos. Los diagnósticos de estos pacientes fueron: ES cutánea limitada 3 casos, síndromes de superposición ES-PM 2 y ES-DM 1, PM 2, DM 1, miositis no especificada 3, EPI aislada 2, SSp 1, EITC 1 y miopatía mitocondrial 1. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: disnea 41,2%, fenómeno de Raynaud (FR) 35,2%, debilidad muscular 29,4%, edema de manos 23,5% y artralgias 23,5%. Desarrollaron úlceras digitales 3 casos, manos de mecánico y pápulas de Gottron 2 casos cada uno y callosidad 1 caso. No se encontraron diferencias en los diagnósticos o manifestaciones clínicas entre ambos anticuerpos. Se diagnosticó EPI en 8 casos (47,1%) con patrón radiológico de neumonía intersticial usual en 2 casos, neumonía intersticial no específica 2, neumonía organizativa 1, neumonía intersticial linfocítica 1 y sin patrón característico 2. Los reactantes de fase aguda (VSG, PCR) se encontraban elevados 58,8% y las enzimas musculares en 41,2% (valor medio de CPK 658 UI/L, rango: 184-1.758), 4 casos presentaban linfopenia y 6 hipergammaglobulinemia. Los ANA eran positivos en 13 casos, los anti-Ro en 4 y los anti-centrómero, anti-SRP y anti-Ku en 1 caso cada uno. Ninguno de los pacientes desarrolló neoplasia ni hubo mortalidad (media de seguimiento: 70,6 meses).

Conclusiones: Los pacientes de nuestra serie presentan un perfil heterogéneo de manifestaciones clínicas, similar a otras series de la literatura, siendo las más comunes la EPI, FR y miositis. Estos anticuerpos se asocian tradicionalmente con síndromes de superposición, pero encontramos una amplia variedad de diagnósticos en nuestros casos. A pesar de la alta incidencia de EPI en pacientes anti-PM/Scl positivo, la presencia de estos anticuerpos parece asociarse con buen pronóstico e infrecuente desarrollo de neoplasias.

147. CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS DE LOS ENTESOFITOS (“ESPOLONES”) CALCÁNEOS EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA. ASOCIACIÓN CON LA CLÍNICA Y OTRAS VARIABLES RADIOLÓGICAS

M. Claret van Dorp², P. Juárez López¹, I. Morales Ivorra¹, J.A. Narváez³ y J. Rodríguez Moreno¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet. ²Escuela de Podología. Universidad de Barcelona. ³Servicio de Radiología. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet.

Introducción: La entesopatía constituye una de las lesiones más características de la artropatía psoriásica (APs) y una de las localizaciones más frecuentes se sitúan en el calcáneo: la inserción de la fascia plantar y la inserción del tendón de Aquiles. Las entesopatías pueden traducirse radiológicamente como entesofitos, que en su localización en el calcáneo se conocen como “espolones”. Se cuestiona su relación con la clínica.

Objetivos: Analizar la prevalencia y morfología de los entesofitos calcáneos (plantares y retrocalcáneos), así como su asociación con

otras variables antropométricas, demográficas y clínicas de una muestra de pacientes afectados de APs.

Métodos: Estudio transversal, observacional, retrospectivo. De la cohorte observacional de 322 pacientes afectados de APs (criterios CASPAR) de un centro reumatológico de 3^{er} nivel, se seleccionaron de forma consecutiva 66 pacientes de los que se disponía radiografías de pies de suficiente calidad para su análisis. Se comprobó que la muestra era significativa del resto de la cohorte analizado variables clínicas y demográfica, no hallándose diferencias significativas. Mediante el software de análisis radiológico Raim Alma se analizaron radiografías de perfil en carga y anteroposterior de ambos pies. Se analizó la presencia de entesofitos, localización plantar (EP) y retrocalcánea (ERC), morfología, tamaño (base, segmento medio y longitud) esclerosis y erosiones. También se analizaron la presencia de erosiones y cambios proliferativos en las articulaciones del antepié. Entre las variables clínicas analizadas se incluyeron: edad, sexo, IMC, tiempo de evolución, patrón de afectación articular periférica, afectación axial, historia de talalgia de > 1 mes de duración, sacroileítis radiológica, HLA B27, dactilitis, IFD, formas mutilantes, psoriasis moderado-severo y tratamiento con corticoides a dosis bajas. Para el análisis estadístico se empleó el software SPSS v 20. En el análisis univariado se utilizaron el análisis de la varianza, la chi cuadrado, y el test de Fisher. El estudio fue aprobado por el CEIC del hospital.

Resultados: El 71% presentaban = 1 entesofito. La presencia o el número de entesofitos no se asoció de forma significativa a la historia de talalgia de > 1 mes de duración ni con otras variables clínicas, antropométricas o demográficas. El 58% de los EP y el 46,5% de los ERC tenían márgenes mal definidos. El 57,8% de los EP y el 86,7% de los ERC terminaban en punta. No se halló asociación de la morfología con ninguna variable. El nº de espolones sí que se asoció de forma significativa con la presencia de cambios erosivos (p 0,000) y proliferativos (p 0,008) en el antepié.

Conclusiones: Los entesofitos o “espolones” del calcáneo son muy frecuentes en la APs y tienen una morfología muy heterogénea. No se asocian con la historia de talalgia clínicamente significativa ni con ninguna otra variable de la enfermedad. Sí que se asocian con otras variables radiológicas que traducen cambios estructurales como son las erosiones articulares o la proliferación yuxta-articular.

148. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD DE BEHÇET EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M.J. Valenzuela Porcel, M. Lisbona Muñoz, E. Rubio Romero, M. León Luque, A. Ruiz Román y J. Povedano Gómez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La enfermedad de Behçet, descrita ya en la antigüedad, es una enfermedad sistémica, caracterizada por la aparición de úlceras orales y genitales y diversas manifestaciones cutáneas, oculares y neurológicas, más prevalente en países de la cuenca mediterránea y Japón. Afecta por igual a varones y mujeres y cuyo diagnóstico es difícil tanto por la gran variabilidad de presentación clínica, como la presentación de forma incompleta.

Objetivos: Describir las características clínicas de una cohorte de pacientes diagnosticados de enfermedad de Behçet procedentes de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de las características clínicas de una cohorte de pacientes diagnosticados de enfermedad de Behçet, cumpliendo criterios del International Study Group for Behçet's Disease (SGBD), procedentes de los servicios de Reumatología, Aparato Digestivo, Dermatología, Medicina Interna y Neurología del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Para ello, realizamos una búsqueda inteligente en la Estación Clínica SIDCA utilizando la palabra clave Behçet, en un periodo comprendido

desde la instauración del sistema en 2007 hasta la actualidad. Se obtuvieron un total de 76 historias clínicas procedentes de los anteriores servicios, de ellas finalmente se incluyeron en el estudio 29 pacientes que cumplieron criterios del International SGBD. Criterios SGBD. Presencia de úlceras orales recurrentes más o dos o más de los siguientes: 1. Úlceras genitales recurrentes. 2. Afectación ocular: uveítis o vasculitis retiniana. 3. Lesiones cutáneas: Eritema nodoso, pseudofoliculitis, lesiones papulopustulosas o nódulos acneiformes en un postadolescente sin tratamiento esteroideo. 4. Test de "Patergia" positivo.

Resultados: 29 pacientes cumplieron criterios de e. Behçet. La distribución por sexos fue de 17 mujeres (59% pac) y 12 varones (41%). La edad media al diagnóstico fue de 37 años. La mediana del periodo de seguimiento fue de 9 años. Con respecto a las manifestaciones clínicas (excluyendo aftas orales), 23 de los pacientes presentaron úlceras genitales (97%), 21 afectación articular en forma de artritis o artralgiás (77%), otras alteraciones cutáneas se presentaron en 19 pacientes (51,4%), incluyendo foliculitis y/o eritema nodoso. El fenómeno de Patergia fue positivo en 2 pacientes, aunque sólo se realizó a tres de ellos. El 27% de los pacientes (8) presentaron trombosis venosas. El HLA B51 resultó positivo en 10 de 29 pacientes (34%). Con respecto al tratamiento destaca la colchicina como tratamiento de inicio sola o asociada (pentoxifilina, metotrexato, corticoides, azatioprina, dapsona), que se administró a 13 de los 29 pacientes. En 6 de ellos fue retirada por remisión de la enfermedad, 2 permanecen con dicho tratamiento y en el resto (5 pacientes), fue sustituida por otro por respuesta incompleta: corticoides (1 en monoterapia, 1 asociado a anticoagulantes y 1 asociado a talidomida) pentoxifilina (1 paciente), hidroxycloquina (1). El resto de nuestros pacientes, siguen otros tratamientos en la actualidad, a saber, micofenolato mofetilo, ciclosporina A, nifedipino y azatioprina.

Tratamiento actual	Nº de pacientes
Anticoagulantes orales	2
ACO + Corticoides	2
Ciclosporina-A + Azatioprina	1
Corticoides	3
Colchicina	4
Colchicina + AZA + CE	1
Hidroxycloquina	1
Micofenolato Ciclofosfamida	1
Metotrexato	1
Nifedipino + AAS	1
Pentoxifilina	2
Talidomida + corticoides	1
Sin tratamiento	9

Conclusiones: Al igual que ocurre en las descripciones clásicas de la enfermedad, en nuestro caso, los pacientes presentan una gran variabilidad clínica. Hay que tener en cuenta, que a pesar de no cumplir con los criterios diagnósticos del SGBD, algunos pacientes fueron etiquetados como enfermedad de Behçet en nuestro hospital, llegando incluso a diagnosticar de la misma a pacientes que en principio no presentaron úlceras orales.

149. LAS MUJERES CON GOTA PRESENTAN UN PEOR PERFIL CARDIOVASCULAR TRAS UNA EVALUACIÓN ESTRUCTURADA

J.A. Bernal¹, M. Andrés¹, F. Sivera², L. Carmona³, P. Vela^{1,4} y E. Pascual^{1,4}

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

²Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Elda.

³Instituto de Salud Musculoquelética. Madrid. ⁴Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Alicante.

Introducción: La enfermedad cardiovascular (CV) afecta a los pacientes con gota, probablemente debido a las frecuentes comorbilidades y a la inflamación provocada por los cristales. A pesar de

ser más prevalente en hombres, la gota también tiene un impacto en el riesgo cardiovascular en mujeres (Ann Rheum Dis. 2010;69:1162). Hasta la fecha son pocos los estudios que se han centrado en las diferencias entre sexos en relación al riesgo CV.

Métodos: Se trata de un estudio observacional transversal. Se han incluido de forma consecutiva todos los pacientes que se han diagnosticado de gota por identificación de cristales en un hospital terciario y se les ha realizado una evaluación estructurada del riesgo CV. Esta evaluación consistió en escalas de predicción del riesgo CV, ecografía de carótidas y clasificación del riesgo CV según las guías europeas actuales (Eur Heart J. 2011;32:1769). También se registraron las características de la gota. Se realizó una comparación por sexos en las distintas variables, empleando la prueba chi-2 para variables binarias, y los estadísticos t de Student o U de Mann-Whitney para variables cuantitativas.

Resultados: Se han analizado un total de 199 pacientes 28 (14,1%) mujeres y 171 (85,9%) hombres-. Las mujeres eran significativamente mayores que los hombres (72,7 ± 11,1 años vs 62 ± 13,0 en hombres, p < 0,001). En relación al perfil CV, las mujeres presentaron una mayor prevalencia de hipertensión arterial (89,3% vs 64,9%, p = 0,01), diabetes (53,6% vs 18,7%, p < 0,001), uso de diuréticos (78,6% vs 38,2%, p < 0,001), y enfermedad renal crónica (71,4% vs 21,3%, p < 0,001). Tener historia de tabaquismo fue más frecuente en hombres (20% vs 66%, p < 0,001), y no se encontraron diferencias en dislipemia. Los niveles séricos de ácido úrico al diagnóstico fueron mayores en mujeres (8,97 vs 7,82 mg/dL, p = 0,002). Respecto a las características de la gota, los hombres presentaron una mayor duración de la enfermedad mediana (p25-75) 1 año (0-3,0) en mujeres y 5 años (2,0-15) en hombres, p = 0,005- y más ataques de gota 2 ataques (1,0-3,5) en mujeres y 5 (3,0-20) en hombres, p = 0,001-, sin diferencias en la presencia de tofos. No hubo diferencias significativas en la presencia de placas carotídeas (50% en mujeres y 33,6% en hombres, p = 0,32), pero la ecografía no se realizó de forma más frecuente en mujeres por presentar un riesgo CV muy alto en la evaluación inicial (muy alto riesgo CV en el 64,3% de las mujeres y en el 33,7% de los hombres, p = 0,002). La estratificación del riesgo CV final (incluyendo ecografía de carótidas si procedía) mostró un mayor riesgo CV en mujeres (85,7% vs 65,1%, p = 0,03).

Conclusiones: En esta serie el perfil CV de las mujeres con gota resulta peor que el de los hombres. Las diferencias en la patogénesis de la gota entre sexos probablemente expliquen estos resultados, pero este hallazgo refuerza la necesidad de un manejo óptimo del riesgo CV en el tratamiento de las mujeres con gota.

150. SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS DIFERENCIALES SEGÚN LA EDAD DE INICIO

C. Bohórquez Heras¹, C. Sánchez-Piedra², M. Fernández³, J.L. Andreu⁴, V. Martínez Taboada⁵, A. Olivé⁶, J. Rosas⁷, R. Menor⁸, B. Rodríguez⁹, A. García¹⁰, F.J. López-Longo¹¹, S. Manrique-Arija¹², J.A. García Vadillo¹³, S. Gil¹⁴, R. López-González¹⁵, F.J. Narváz¹⁶, C. Galisteo¹⁷, J. González Martín¹⁸, E. Ruiz¹⁹, C. Erasquin²⁰, O. Illera³, L. Romani²¹, S. Melchor²², B. Moreira²³, E. Raya²⁴, C. Mourinho²⁵, N. Cid²⁶, E. Júdez²⁷, C. Moriano²⁸, V. Torrente²⁹, H. Corominas³⁰, B. García³¹, C. Guillén³², I. Castellví³³, M. Álvarez de Mon¹, J. Loricera⁵, J. Belzunegui³⁴ y Proyecto SJOGRENSER del Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la SER

¹Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. ²Unidad de Investigación de la SER. ³Hospital Infanta Sofía. Madrid. ⁴Hospital Puerta de Hierro. Madrid. ⁵Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. ⁶Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁷Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ⁸Hospital General de Jerez de la Frontera. ⁹Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ¹⁰Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ¹¹Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ¹²Hospital Carlos Haya.

Málaga. ¹³Hospital de la Princesa. Madrid. ¹⁴Hospital General de Alicante. ¹⁵Hospital Virgen de la Concha. Zamora. ¹⁶Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. ¹⁷Hospital Parc Taulí. Sabadell. ¹⁸Hospital Madrid Norte Sanchinarro. Madrid. ¹⁹Hospital de Basurto. Bilbao. ²⁰Hospital Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ²¹Hospital Virgen de las Nieves. Granada. ²²Hospital 12 de Octubre. Madrid. ²³Hospital de Sierrallana. Torrelavega. ²⁴Hospital Clínico San Cecilio. Granada. ²⁵Hospital de Meixoeiro. Vigo. ²⁶Hospital de Valme. Sevilla. ²⁷Hospital de Albacete. ²⁸Hospital de León. ²⁹Hospital de L'Hospitalet. ³⁰Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ³¹Hospital Miguel Servet. Zaragoza. ³²Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ³³Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³⁴Hospital de Donostia. San Sebastián.

Objetivos: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica que afecta principalmente a mujeres en la edad media de la vida. Se caracteriza principalmente por la afectación de las glándulas exocrinas; sin embargo, su afectación sistémica y sus características serológicas son muy variables. El objetivo de este estudio es analizar la existencia de diferencias clínicas y serológicas en distintos grupos de edad en una cohorte española de pacientes con SSp.

Métodos: Estudio transversal descriptivo multicéntrico de pacientes con SSp que cumplen criterios de clasificación europeo-americanos seleccionados al azar en 33 unidades de reumatología de España. Los pacientes se estratificaron en los siguientes grupos de edad: < 35 años, 35-50 años, 50-65 años y > 65 años. Los datos epidemiológicos, clínicos y serológicos se recogieron de las historias clínicas, así como de la entrevista médica a los pacientes en el momento de la inclusión en el estudio. Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado y el estudio obtuvo la aprobación de los CEIC locales. Se realizó un análisis descriptivo que incluyó los tests estadísticos chi cuadrado para variables cualitativas y el test de Kruskal-Wallis para variables cuantitativas, considerándose una $p < 0,05$ como significativa.

Resultados: Se incluyeron 437 pacientes. El 95% fueron mujeres. La mediana de edad de la cohorte fue de 58 años. Los síntomas de la enfermedad se iniciaron con más frecuencia entre los 35-50 años (38,5%). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad respecto a la distribución de hombres y mujeres. Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad en el tiempo de evolución de la enfermedad. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la presencia de síndrome seco entre grupos de edad, ya que en todos ellos los síntomas oculares y orales estaban presentes en más del 95% de los pacientes. La afectación glandular (46,7%), del sistema nervioso central (14,13%) y el fenómeno de Raynaud (29,3%) se presentaron significativamente con más frecuencia en los menores de 35 años. La afectación genital (54,5%) y la astenia (72,4%) se presentaron significativamente con más frecuencia en el grupo de 35-50 años. La afectación gastrointestinal (20%) se presentó significativamente con más frecuencia en el grupo de 50-65 años. La esplenomegalia y la afectación cardiaca fueron las manifestaciones menos frecuentes en los 4 grupos de pacientes (< 4%). El factor reumatoide (FR) fue positivo significativamente con más frecuencia en los menores de 35 años (77,1%). Los anticuerpos anti-SSA y anti-SSB tendieron con más frecuencia a ser positivos en los grupos de < 35 años (96,7% y 79,3% respectivamente) y > 65 años (100% y 75% respectivamente). No hubo diferencias significativas en los valores de ANA, Anti-DNA, Anti-Sm, Anti-RNP, anticuerpos antifosfolípidos y crioglobulinas entre los grupos.

Conclusiones: Los pacientes menores de 65 años presentan un mayor grado de afectación sistémica. No existen diferencias en la presencia de síndrome seco. El FR es más frecuente en los < 35 años, mientras que los anticuerpos anti-Ro y Anti-La tienden a serlo en los grupos de edad más extremos.

151. RELACIÓN DE LA PERIODONTITIS CRÓNICA CON LA EXPRESIÓN CLÍNICA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

B. Rodríguez-Lozano¹, J. González Febles², J.L. Garnier Rodríguez², S. Dadlani², E. Trujillo¹, L. Expósito Pérez¹, B. Tejera¹, E. Delgado¹, S. Bustabad¹ y J.F. Díaz González¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. ²Clínica Dental Dr. Garnier. Tenerife.

Introducción: Los estudios clínicos muestran asociación entre periodontitis crónica (PD) y artritis reumatoide (AR). Cuando se considera si la severidad de PD se asocia a nivel de actividad AR, la literatura es inconsistente y discordante con estudios que no muestran asociación, e incluso negativa, y un estudio (Mikuls et al, 2014) que si asocia severidad PD y actividad AR.

Objetivos: 1. Describir si la gravedad de PD afecta la expresión clínica y niveles de actividad de la AR. 2. Definir características de la PD en AR de alta actividad.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal de pacientes dg AR (ACR/EULAR 2010) del Servicio de Reumatología de un hospital 3^{er} nivel y CAEs adscritos, con presencia de ≥ 4 dientes, sin limpieza dental o toma de antibióticos los 6 meses previos, cirugía bucal en 1 año o portadores de prótesis articular. Código aprobación CEIC 2015_06. Variables sociodemográficas antropométricas habituales con escala bienestar social Graffar. Variables AR: DAS28 (VSG), DAS28 (PCR), SDAI, título FR y ACPA, manifestaciones extraarticulares, comorbilidades: osteoporosis (OP), diabetes mellitus (DM), dislipemia (DS), cardiopatía isquémica (CI), sd. sicca; TT^o esteroideo actual y pasado, FAME o terapia biológica (TB). Índices periodontales: índice placa (IP), sangrado sondaje (SS), profundidad sondaje (PS), recesión (REC), nivel de inserción clínico (NIC). Equipo dental: 2 periodoncistas/2 odontólogos, variabilidad interobservador < 30%. Registro PS, NIC y radiografía periapical a boca completa. Se categorizó nivel PD según Consenso Europeo 2005 (Tonetti): nivel 0 (ausencia), N1 T (leve), N2 T (severa). Análisis estadístico: medias (DS), distribución frecuencias y análisis bivalente con OR. Pruebas estadísticas: t-Student, Kruskal Wallis, Chi-cuadrado, ANOVA con paquete Stata 13.1.

Resultados: 187 pacientes AR, M/V 78,6%/21,4%, edad media 54,4 a, tiempo evol 8,8 a. AR precoz 18,72%. FR+ 74,19%, ACPA+ 67,86%. Actividad clínica: VSG 26 mm/h, PCR 5,14 mg/L, DAS 28 (VSG) 3,81, DAS28 (PCR) 3,18, SDAI 14,49. Categorización según actividad: remisión 20,86%, baja 24,06%, moderada 45,45%, alta 9,63%. Tt^o: corticoides 47,06%; pred 2,85 mg/d, FAME en monoterapia 53%, FAME combinado 11,76%, TB 30%. Tabaquismo: actual (19,25%), exfumador (24,6%), nivel socioeconómico bajo (36,36%), pobreza relativa (33,69%); limpieza dental anual: 43%; DS: 53,47%, OP/osteopenia: 55,86%. Presentaron PD N2T el 69,05% con actividad global AR moderada/alta vs 30,95% con actividad AR remisión/baja; 55,34% de pacientes con PD N1 T presentaban remisión/bajo nivel actividad AR ($p < 0,001$). Se encontró asociación entre PD severa y actividad moderada-alta de AR con OR 57,64908 + 37,40362 (IC95% 16,16291-205,6199) y un riesgo de desarrollar PD severa en pacientes AR con actividad moderada/alta de la enfermedad de OR 9,38 (IC95 5,10-17,26) ajustado a factores de confusión. Pacientes con moderada/alta actividad AR tenían mayor afectación de todos los índices periodontales que con baja actividad ($p < 0,005$). Se observó asociación entre nódulos reumatoideos cutáneos, pleuritis y OP con PD grave ($p = 0,028$).

Conclusiones: 1. La agresividad de AR se asocia con la severidad de PD. 2. Los pacientes con actividad AR moderada y alto, presentan mayor frecuencia de n^o y % de bolsas ≥ 5 mm. 3. La presencia de nódulos reumatoideos y OP se relaciona con PD grave. 4. Estos resultados sugieren una relación independiente entre PD grave y AR en pacientes con alta actividad clínica.

152. LA TALALGIA COMO MANIFESTACIÓN DE ENTESOPATÍA EN LA ARTROPATÍA PSORIÁSICA. ANÁLISIS DE UNA COHORTE OBSERVACIONAL

I. Morales Ivorra, P. Juárez López, M. Claret van Dorp, M. López de Recalde y J. Rodríguez Moreno

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

Introducción: La entesopatía constituye uno de los dominios clínico-patológicos más representativos de la artropatía psoriásica (APs). La talalgia constituye una de las manifestaciones clínicas más específicas de entesopatía. Es una de las pocas localizaciones que no coincide con los denominados "puntos fibrosíticos" y que el paciente suele recordar cuando ha sido clínicamente significativa.

Objetivos: Determinar la prevalencia de talalgia clínicamente significativa en una muestra amplia de pacientes afectados de APs y analizar la asociación con otras variables de la enfermedad, demográficas o antropométricas.

Métodos: Estudio transversal, observacional, retrospectivo. De la cohorte observacional de 347 pacientes afectados de APs (criterios CASPAR) de un centro reumatológico de 3^{er} nivel (periodo de observación 1992-diciembre 2015), se seleccionaron 291 pacientes en los cuales estaba recogido el antecedente de talalgia clínicamente significativa, que se había definido como dolor en la zona del talón de > 1 mes de evolución en cualquier momento de la evolución de la enfermedad. Otras variables que se recogen de forma protocolizada en la citada cohorte son: edad, sexo, IMC, hábito tabáquico, edad de inicio de la psoriasis, edad de inicio de la APs, duración de la APs, patrón preferente de artritis periférica (oligo-poliarticular), afección axial (criterios de NY+), historia de dactilitis, afección de IFD, criterios de fibromialgia, psoriasis moderado-grave, onicopatía, psoriasis palmo-plantar, HLA B27+, sacroileítis Rx, formas resortivas/mutilantes, tratamiento con biológicos. Estadística descriptiva, chi-cuadrado para variables cualitativas, t-Student o Mann-Whitney para las cuantitativas según distribución de normalidad de la variable. El estudio fue aprobado por el CEIC del centro.

Resultados: Un 35,05% (102/291) de la serie había referido talalgia de > 1 mes de duración. El análisis de asociación de la talalgia con el resto de variables se resume en la tabla. El antecedente de talalgia se asocia de forma significativa (p < 0,05) con pacientes con debut de la enfermedad cutánea y articular a edad más temprana y no con la duración de la enfermedad. También es significativa (p 0,015) con la historia de dactilitis.

	Talalgia + n/N (%); M ± DE	Talalgia - n/N (%); M ± DE	p
Sexo (% hombres)	54/103 (52,9%)	103/189 (54,5%)	ns
Artritis periférica	56/102 (54,9%)	85/186 (45,7%)	ns
Oligoartritis-Poliartritis	43/102 (42,1%)	96/186 (51,6%)	
Sólo axial	3/102 (2,9%)	5/186 (2,7%)	
Axial (critNY)	12/93 (12,9%)	21/182 (11,5%)	ns
Sacroileítis Rx	17/77 (22%)	31/134 (23,1%)	ns
Dactilitis	56/101 (55,4%)	76/188 (40%)	0,015*
IFD	30/100 (30%)	66/188 (25,1%)	ns
Resortivas/mutilantes	6/101 (5,9%)	17/189 (9%)	ns
HLA B27 +	13/92 (14,1%)	21/172 (12,2%)	ns
Ps moderada-grave	33/97 (34%)	62/186 (33,3%)	ns
Trat. biológico	37/91 (40,6%)	75/176 (42,6%)	ns
Edad	51,46 ± 12,3	60,1 ± 13,7	0,000**
Edad inicio Ps	29,1 ± 14	34,7 ± 15,5	0,003**
Edad inicio APs	36,1 ± 13,2	43 ± 14,6	0,000**
IMC	27,1 ± 4,8	27,8 ± 4,7	ns

*Chi-cuadrado, **t-Student.

Conclusiones: La talalgia clínicamente significativa aparece en 1/3 de los pacientes con APs. Se asocia con dactilitis y se asocia a un debut más temprano, tanto de la enfermedad cutánea como articular.

153. DENOSUMAB SOLO O COMBINADO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS Y EL RIESGO DE INFECCIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

M. Bernad Pineda¹, M.V. Garcés Puentes² y E. Martín Mola¹

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

²Servicios Integrales de Gestión Médica (SIGEMED). Madrid.

Introducción: La utilización de terapias biológicas en el tratamiento de la artritis reumatoide ha incrementado el riesgo de infecciones. Denosumab es un anticuerpo monoclonal humano que bloquea con gran afinidad y especificidad el rank ligando en la superficie de los osteoclastos, está indicado en la osteoporosis. En algunos pacientes con artritis reumatoide y osteoporosis pueden ser administrados ambos tratamientos simultáneamente.

Objetivos: Evaluar el riesgo de infección en mujeres con artritis reumatoide (AR) y osteoporosis tratadas con denosumab solo o en combinación con un agente biológico.

Métodos: En una consulta de reumatología se seleccionaron al azar 51 mujeres con artritis reumatoide a quienes se les hizo seguimiento, con visita trimestral desde febrero de 2013 a noviembre de 2015. De la historia clínica se obtuvieron los datos demográficos e información sobre comorbilidades, tratamientos y eventos infecciosos.

Resultados: La media de la edad fue de 67,8 ± 11,7 años [IC95%, 64,5 a 71,1]. La duración media de la AR fue de 13,1 ± 7,6 años [IC95%; 11,0 a 15,3] y de osteoporosis, de 9,4 ± 3,3 años [IC95%; 8,2 a 10,6]. El 27,5% recibió algún agente biológico (AB), el 21,5% recibió denosumab (DNB) y un AB, el 19,6% solo DNB y el 31,3% no había recibido tratamiento con ningún AB ni con DNB. La edad fue similar y no se observó diferencia significativa en los años de evolución de AR o de osteoporosis entre los cuatro grupos de tratamiento. El AB más utilizado fue tocilizumab y en segundo lugar, etanercept. Adalimumab, rituximab y abatacept fueron prescritos en cinco o menos pacientes. Antes de comenzar a utilizar un AB para el tratamiento de la AR, el 86,3% y el 9,8% de las pacientes habían recibido metotrexato (MTX) y leflunomida, respectivamente y para osteoporosis habían recibido, antes de DNB, alendronato y risedronato el 45,1% y el 41,9% de las pacientes, respectivamente. El 11,8% de las pacientes había tenido algún proceso infeccioso antes de recibir DNB, distribuidos en forma similar en los cuatro grupos (p > 0,05). En el período de exposición a DNB el 13,7% de las pacientes presentaron infecciones bacterianas (infección urinaria y neumonía), fúngicas y víricas (herpes zóster). En los dos grupos de pacientes que no recibieron DNB, no ocurrieron infecciones, a diferencia de lo observado en los otros dos grupos que sí fueron tratadas con DNB (p = 0,039).

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con artritis reumatoide que reciben tratamiento con algún agente biológico, se observó un incremento del riesgo de infección al recibir simultáneamente denosumab como fármaco antiosteoporótico.

154. ESTUDIO SOBRE EL ESPACIAMIENTO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS Y CORRELACIÓN CON NIVELES DE FÁRMACO. ¿TIENE SENTIDO ESTA ESTRATEGIA?

R. González Molina¹, L. Rentero Redondo², M. Villalón¹, F. García Villalba¹, M. Cano¹ y J. Vicente¹

¹Sección de Reumatología; ²Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Reina Sofía. Murcia.

Introducción: Desde la puesta en marcha los últimos 6 meses en nuestro centro hospitalario de una estrategia de tratamiento con antiTNF basada en la medición periódica de niveles de fármacos disponemos de información valiosa sobre la efectividad real del fármaco tanto a dosis intensificadas en pacientes con actividad inflamatoria persistente, así como a dosis espaciadas en pacientes con enfermedad inflamatoria en remisión.

Objetivos: En este trabajo se revisa de forma retrospectiva el grupo de pacientes tratados con antiTNF a dosis espaciadas por remisión clínica mantenida, se analizan los niveles de fármaco a esas dosis y se describe si es posible un perfil clínico de paciente en el que plantear esa decisión.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional durante seis meses. Se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con adalimumab (ADA), etanercept (ETN) e infliximab (INF) con dosis inferiores a las indicadas en ficha técnica a los que se les realizó una extracción para determinar el nivel de fármaco en sangre. De la historia clínica informatizada (SELENE®) se recogieron variables sociodemográficas y clínicas (edad, sexo, diagnóstico, indicación, índices de actividad, línea de tratamiento, tratamientos concomitantes). En cuanto a la monitorización, la técnica utilizada para la determinación de los niveles séricos y la presencia de anticuerpos fue mediante ELISA tipo sándwich (Promonitor® Progenika Biofarma, S.A. Grifols).

Resultados: Se identifican en 6 meses hasta 11 pacientes tratados con antiTNF en situación de espaciamiento de dosis durante una media de 22 meses (1,8 años) por remisión clínica mantenida. Se trata de 6 mujeres y 5 varones, con una media de edad de 52 años. Todos los pacientes presentan una espondiloartropatía inflamatoria (7 tiene espondilitis anquilosante y 4 artropatía psoriásica) con una media de duración de enfermedad de 10,5 años. La forma de presentación de la enfermedad es axial en 5 casos, periférica en 3 casos, y mixta en 3 casos. Ningún paciente recibe tratamiento concomitante con AINEs, ni esteroides ni FAMES clásicos, y se trata del primer biológico en el 81,8% de los casos. Del grupo, uno 6 paciente reciben ETN a dosis de 50 mg cada 10 días, 3 pacientes reciben ADA 40 mg sc cada 21 días y 2 pacientes INF 5 mg cada 9 semanas y 10 semanas respectivamente. Los niveles de fármaco a esas dosis son infraterapéuticas en el 63,6% de los casos con presencia sólo en un caso de anticuerpos frente al biológico.

Conclusiones: En nuestra experiencia y según los datos analizados, espaciar una antiTNF supone una medición de niveles fármaco en un alto porcentaje de los casos por debajo de los valores definidos como terapéuticos por lo que quizá haya que replantearse si esta medida frente a la suspensión definitiva del biológico tiene sentido real en un paciente en remisión. Por otra parte, vemos que en nuestra muestra el perfil de paciente tratado con biológicos espaciados y en remisión clínica mantenida es aquel con espondiloartropatía, con afectación predominantemente axial, tratado con un antiTNF como primer y único biológico y en régimen de monoterapia.

155. REDUCCIÓN DE DOSIS DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN ARTRITIS REUMATOIDE

I. Morante Bolado, M. Alperi López, I. Cabezas Rodríguez, R. Queiro Silva, A. Brandy García, J.L. Riestra Noriega, L. Arboleya Rodríguez y J. Ballina García

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción: Actualmente no existe suficiente evidencia sobre el beneficio de la reducción de dosis de los fármacos biológicos en artritis reumatoide (AR), aunque esta estrategia se está implementando de manera empírica en la práctica clínica.

Objetivos: Analizar el porcentaje de pacientes que recibieron dosis reducida de fármacos biológicos en práctica clínica. Conocer el tiempo en dosis reducida, el porcentaje de pacientes que experimentaron recaída, los predictores de respuesta a la misma y el porcentaje de aquellos a los que se suspendió el fármaco biológico por remisión sostenida tras la reducción de dosis.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, realizado en práctica clínica, en el que se incluyeron pacientes = 18 años, diagnosticados de AR según criterios ACR 1987 y/o EULAR 2010, tratados con fármacos biológicos, procedentes de las Consultas de Diagnóstico

Precoz de Artritis y de Biológicos del Hospital Universitario Central de Asturias. Se realizó reducción de dosis (dosis inferior a la recomendada en ficha técnica o aumento del intervalo de administración) a los pacientes con baja actividad y/o remisión de la enfermedad sostenida durante al menos 6 meses (DAS < 3,2 y/o SDAI < 11). Se consideró respuesta a la reducción de dosis mantenida durante = 1 año sin recaída de la enfermedad. Se definió como recaída al incremento de DAS = 1,2.

Resultados: Se incluyeron 193 pacientes en tratamiento biológico. De éstos, se redujo la dosis de fármaco biológico a 106 pacientes (55%). Los pacientes en dosis reducida presentaban índices de actividad, VSG, PCR y HAQ más bajos y menor porcentaje de enfermedad erosiva. No se objetivaron diferencias en cuanto a edad, sexo, hábito tabáquico, FR, ACPA y comorbilidades. Los fármacos biológicos más utilizados en dosis reducida fueron adalimumab (36,8%), etanercept (39,6%) e infliximab (15%). La dosis reducida más empleada fue etanercept 50 mg/15 días, adalimumab 40 mg/21 días e infliximab 3 mg/kg/12 semanas. La media de tiempo en dosis reducida fue de 4,5 años (IC95%: 3,7-5,3). Menor edad al diagnóstico de la enfermedad y al inicio del biológico fueron predictores de respuesta a la reducción de dosis mantenida durante = 1 año (p = 0,05). De los 106 pacientes en dosis reducida, 38 (35,8%) volvieron a la dosis estándar por recaída. La media de DAS28 en la recaída fue de 5 ± 1,15. Al reintroducir la dosis estándar se observaron mejorías estadísticamente significativas en los índices de actividad, HAQ y parámetros de inflamación, excepto en la PCR. No respondieron al volver a la dosis estándar 6 pacientes (15,7%). Los pacientes con índices de actividad más elevados y mayor HAQ presentaron mayor riesgo de recaída (p = 0,001). Se suspendió el biológico, por remisión sostenida durante = 1 año tras la reducción de dosis, a 34 (17,6%) pacientes del total (n = 193). De ellos, el 50% había recibido tratamiento con biológico antes de los 8,5 meses. Sólo 4 pacientes (11,7%) experimentaron recaída.

Conclusiones: La reducción de dosis de las terapias biológicas en la AR supone una alternativa eficaz y segura al tratamiento con dosis convencionales. En nuestra experiencia, el 55% de los pacientes recibió terapia biológica a dosis reducida, observándose un bajo porcentaje de recaídas y una tasa no despreciable de pacientes en remisión sostenida tras la suspensión del tratamiento.

156. ESTUDIO DE ADHERENCIA A FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FAME) Y TERAPIA BIOLÓGICA SUBCUTÁNEA (TB) DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ARTRITIS PSORIÁSICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO

C. Gómez Arango¹, M.L. García Vivar¹, E. Galíndez Agirregoikoa¹, O. Fernández Berrizbeitia¹, E. Ruíz Lucea¹, I. Calvo Zorrilla¹, E. Guerrero Basterretxea¹, J.M. Blanco Madrigal¹, I. Torre Salaberri¹, J.F. García Llorente¹, M. Álvarez Lavín², M. Alonso Díez² e I. Gorostiza Hormaetxe³

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Farmacia; ³Unidad de Investigación. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Introducción: La asociación de FAME y TB es una práctica extendida en el manejo de la artritis periférica. La adición de metotrexate a la TB ha mostrado mayor beneficio clínico, menor producción de anticuerpos antifármaco y mayor supervivencia del fármaco biológico. Esto es claro para los pacientes con artritis reumatoide (AR), especialmente con anticuerpos antiTNF, y más controvertido en artritis psoriásica (APso). Pero un porcentaje elevado de pacientes puede no estar tomando la medicación prescrita, especialmente el FAME, de forma adecuada, lo que podría tener repercusión sobre el manejo de su enfermedad.

Objetivos: Evaluar la adherencia a FAMES y a TB subcutánea en nuestros pacientes con AR y APso en terapia combinada, y valorar

si existe una correlación entre el grado de adherencia y diferentes aspectos demográficos y clínicos.

Métodos: Se revisan 179 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de APso y AR en tratamiento con TB sc obtenidas del registro de farmacia (programa FARHOS) y se excluyen del análisis 61 pacientes en monoterapia con TB. Se recogen variables demográficas, clínicas y de presencia de comorbilidades, y se investiga en la historia error en la prescripción u otros motivos que la justifiquen. El grado de adherencia a FAME se extrae del programa PRESBIDE que registra todas las recogidas de fármaco en farmacias extrahospitalaria (media de 8 meses) y la adherencia a TB de los datos de recogida del FARHOS. Se utiliza un programa estadístico SPSS para el análisis de datos.

Resultados: De los 109 pacientes incluidos tenemos 76% mujeres, una media de edad de 57 años (rango 19-86). El 70% diagnosticados de AR y el 30% de APso, con un tiempo de evolución de la enfermedad mayor de 10 años en el 63%. El 32% presentan más de 2 comorbilidades con tratamiento crónico. El 76% reciben metotrexato, el 15,6% leflunomida y el 8,4% otros FAMES. La adherencia al FAME actual es en promedio de un 65,5%, siendo buena (mayor del 80%) en el 49,5% de los pacientes, regular (60-80%) en 22% y mala (menor del 60%) en el 28,4%. En 13 pacientes (11,92%) la recogida de FAME fue 0. La TB evaluada ha sido principalmente adalimumab (30%) y etanercept (39,5%). La adherencia a TB es excelente, de un 91,8% de media (DE 9,78) significativamente superior ($p < 0,001$, Wilkison signed Rank test) a la adherencia a FAME (media 65,53, DE 32,79). La actividad de la enfermedad calculada por DAS 28 es de $< 2,6$ en 57% de los pacientes, entre 2,6-3,2 en 19,6% y superior a 3,2 en 23,4%. No hubo correlación entre la falta de adherencia a FAME y la actividad de la enfermedad. El 47,7% de los pacientes habían recibido más de 1 FAME previo, no encontrándose relación con la adherencia al FAME actual. Tampoco se encontró relación entre el número de biológicos previos y la adherencia al FAME.

Conclusiones: La adherencia a TB subcutánea, según datos de recogida de medicación, es buena y superior a la del metotrexate; Una proporción elevada de nuestros pacientes (1/3) es poco adherente y más de un 10% está en monoterapia por abandono o cumplimiento 0 del FAME. Los motivos pueden ser diversos, así como el impacto en la actividad de la enfermedad, como ya ha sido descrito en la literatura. La implementación de herramientas que permitan seguimiento de la adherencia e identificación de los no cumplidores puede ser útil para buscar soluciones y en la toma de decisiones clínicas.

157. IMPORTANCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN LA ETIOPATOGENIA DE LA OSTEONECROSIS DE CABEZA FEMORAL Y REVISIÓN DE LOS FACTORES CLÁSICOS

R. González Molina

Sección de Reumatología. Hospital Reina Sofía. Murcia.

Introducción: La osteonecrosis (ON) significa "muerte ósea" y fue descrita por primera vez por Hipócrates. Puede aparecer en distintos contextos clínicos y afectar diferentes localizaciones, con o sin factores de riesgo predisponentes asociados. La mayor parte de los datos de que se disponen son de la cadera (ON femoral) y se infieren del número de artroplastias realizadas cada año con esa indicación. Afecta ambos sexos aunque algo más a varones de 30 a 50 años. Las causas pueden ser traumáticas y no traumáticas de las que el 37% son de causa idiopática, seguidas del tratamiento con glucocorticoides con un 35% y del excesivo consumo de alcohol con el 22%. El 6% restante puede ser atribuido a numerosos procesos causales como el LES. Aunque se describen el tabaquismo y la dislipemia como posibles factores de riesgo para ON, no se ha definido su influencia

exacta. En la literatura tampoco no se hace diferenciación en cuanto a los factores etiopatogénicos para cada sexo.

Objetivos: Revisar los factores de riesgo de una muestra de pacientes con ON femoral y compararlos con los descritos en la literatura científica, analizándolos por sexo.

Métodos: Estudio retrospectivo de 43 casos intervenidos por ON femoral desde el año 2010 hasta el 2014. Se recogen los datos relativos a sexo, edad, tabaquismo, dislipemia, otros antecedentes personales de riesgo para ON descritos en la literatura.

Resultados: Se trata de una muestra con 28 pacientes varones (65,1%) y 15 mujeres (34,9%), con una edad media de 52,53 años. De ellos 9 tienen una ON grado 2 de Ficat y Arlet a los que se realiza foraje; 1 la tiene de grado 3 y 33 pacientes de grado 4 a los que se implanta prótesis total. En solo 2 casos existe un antecedente traumático; todos los demás presentan al menos un factor predisponente no traumático descrito en la literatura. El 46,5% de los pacientes son fumadores, 18 varones y 2 mujeres. Hasta 16 pacientes (37,2%) presentan historial de enfermedades metabólicas de las que la más prevalente es la hipercolesterolemia, seguida de la diabetes, la gota y la hepatopatía crónica. En cuanto al alcohol el 34,8% consumen al menos 3/4 de litro diarios frente al 65,2% de pacientes con un consumo menor o no bebedores. Respecto el consumo de esteroides, se objetiva un 18,6% de casos con un historial de consumo crónico a dosis bajas ≤ 5 mg/día. El factor de riesgo más veces presente en el grupo de los varones es el tabaquismo activo mientras que en el grupo de las mujeres es el historial de enfermedad hematológica, de entre las que se incluyen: talasemia, púrpura trombocitopénica, anemia megaloblástica, síndrome mielodisplásico, trombocitosis autoinmune.

Conclusiones: En nuestra muestra el historial de traumatismo previo es casi anecdótico, el consumo de esteroides menos frecuente que en la literatura, y son aislados los casos en que no se identifica ningún factor de riesgo, objetivándose en el historial de la mayoría de los casos factores de riesgo como el tabaquismo, las enfermedades metabólicas (dislipemia) y las hematológicas, con distinta proporción en cuanto al sexo no analizada en la literatura. Quizá sería aconsejable incluir un mejor análisis y control de estos factores de riesgo cardiovascular clásicos en el tratamiento de los pacientes con ON, sobre todo en varones, o tener mayor índice de sospecha de ON en mujeres con enfermedades hematológicas aunque son necesarios estudios prospectivos más amplios para confirmarlo.

158. VALOR CLÍNICO DE LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-PROTEÍNAS CARBAMILADAS EN UNA COHORTE DE ARTRITIS DE RECIENTE INICIO

L. Nuño¹, A. González², C. Regueiro², A. Martínez³, D. Peiteado¹, A. Villalba¹, D. Pascual³ y A. Balsa¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario La Paz. Madrid. ²Instituto de Investigación Sanitaria. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. ³Servicio de Inmunología. Hospital General Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: Los anticuerpos anti-proteínas carbamiladas (anti-CarP) han sido descritos en la artritis reumatoide (AR) precoz, así como en otro tipo de artritis, y se ha relacionado con una enfermedad más grave.

Objetivos: Estimar la prevalencia de anti-CarP en una cohorte de artritis de reciente inicio y realizar una comparación de parámetros clínicos y radiológicos según el estatus de anticuerpos en la cohorte general, así como en pacientes con diagnóstico final de AR.

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo de una cohorte de pacientes en seguimiento en consulta de Unidad de Artritis de Reciente Comienzo del Hospital Universitario La Paz, entre enero de 1993 y diciembre de 2013. Se incluyeron pacientes con artritis

de menos de 1 año de evolución no tratados previamente. Para este estudio se seleccionaron sólo los pacientes que en algún momento hasta los 2 años de seguimiento cumplieren los criterios ACR de 1987 para AR, o bien se diagnosticaron como artritis indiferenciada (AI) (pacientes con artritis persistente en al menos 2 articulaciones durante > 6 semanas), artritis psoriásica, espondiloartritis con afectación articular, artritis reactivas, y conectivopatías). Fueron seguidos hasta completar 2 años de seguimiento, realizando recogida de datos clínicos en la visita basal (NAD o número de articulaciones dolorosas sobre 28 articulaciones, NAT o número de articulaciones tumefactas sobre 28 articulaciones, VGP o valoración global de la enfermedad por el paciente en una escala de 100 mm, DAS28), analíticos (VSG en 1ª hora) y radiológicos (Rx de manos y pies). Se hizo determinación de ACPA, y anti-CarP (realizado con antígeno suero bovino fetal carbamylado in vitro) y se clasificó a los pacientes en 4 subgrupos según resultados en la determinación basal de anticuerpos: ACPA (+), anti-CarP (+), ambos o ninguno positivo.

Resultados: De un total de 472 pacientes, 252 (53,4%) se diagnosticaron como AR, y 220 (46,6%) como otras artritis inflamatorias crónicas. En el total de la muestra se detectaron anti-CarP (+) en 141 (29,9%) pacientes, los cuales presentaron más articulaciones dolorosas (9 ± 7 vs 7 ± 7 ; $p < 0,001$) y tumefactas (7 ± 5 vs 5 ± 5 ; $p < 0,001$), mayor DAS28 ($5,3 \pm 1,5$; $p < 0,001$) y HAQ ($10,3 \pm 5,8$ vs $8,6 \pm 6,4$; $p = 0,009$) y más erosiones (13% vs 3%; $p = 0,001$). Entre los 252 pacientes con diagnóstico final de AR, hubo una mayor frecuencia de erosiones en los anti-CarP(+) (14,1% vs, 5,3%; $p = 0,03$), no encontrándose diferencias en parámetros clínicos (NAD, NAT, DAS28, HAQ) o VSG. La mayor parte de los pacientes con AR fueron ACPA(+) aislada o bien con ambos anticuerpos positivos. Tanto los pacientes con anti-CarP(+) aislada, como los ACPA(+)/anti-CarP(+) se caracterizaron por presentar de forma basal una enfermedad más activa respecto a los pacientes con ACPA(+) de forma aislada, con mayor número de articulaciones dolorosas, mayor discapacidad funcional y mayor DAS28 (tabla).

	ACPA(+) N = 76 (30,2%)	Anti-CarP(+) N = 13 (5,2%)	Ambos (+) N = 101 (40,1%)	Ninguno (+) N = 62 (24,6%)
NAD*	8 ± 6	11 ± 6	10 ± 7	11 ± 7
NAT†	6 ± 5	7 ± 4	7 ± 5	8 ± 6
DAS28*	5,0 ± 1,5	5,6 ± 1,2	5,5 ± 1,4	5,7 ± 1,5
HAQ*	9,2 ± 6,5	10,7 ± 5,7	10,4 ± 6,1	12 ± 5,4
Erosiones basales†	9,4%	0%	15,7%	0%

* $p < 0,05$. † $p = 0,05$.

Conclusiones: En una cohorte de pacientes de artritis de reciente inicio detectamos anticuerpos anti-CarP en casi un tercio de los pacientes. Los pacientes con AR y anti-CarP(+) presentan una enfermedad más severa al inicio de la enfermedad respecto a los pacientes con ACPA(+) aislada, con más articulaciones dolorosas, mayor DAS28 y discapacidad funcional. Es necesario realizar más estudios para valorar la función de anti-CarP en la progresión de la enfermedad en AR precoz.

159. ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DE LA ACTIVIDAD LABORAL EN LA NECROSIS AVASCULAR FEMORAL Y DE LA INCAPACIDAD LABORAL ASOCIADA

R. González Molina

Sección de Reumatología. Hospital Reina Sofía. Murcia.

Introducción: La osteonecrosis (ON) femoral clínicamente produce dolor con la carga en la cadera e impotencia funcional limitando la bipedestación y la deambulación de forma transitoria o permanente en caso de colapso de la cabeza del fémur. Dado que la mayoría de los pacientes con esta patología son jóvenes en edad laboral activa con edad entre los 30 y los 50 años en el momento del diagnós-

tico, muchos deben solicitar la incapacidad laboral temporal (IT) o incluso, en caso de secuelas, una incapacidad permanente (IP). En cuanto al tipo de trabajo solo se han descrito casos en buceadores o en accidentes por descompresión sin otras referencias en la literatura a otro tipo de profesiones.

Objetivos: Estudiar la actividad laboral de los pacientes con ON femoral. Revisar el tiempo de IT asociado a la ON femoral y compararlo con los tiempos estándar publicados por el INSS. Analizar la IP asociada al proceso.

Métodos: Estudio retrospectivo de 43 casos intervenidos por ON femoral desde el año 2010 hasta el 2014. Se revisan los datos del INSS relativos a su actividad laboral, tiempo de IT y solicitud de IP.

Resultados: Del grupo, 28 pacientes son varones y 15 son mujeres. En cuanto a su profesión, en el grupo de los varones las dos ocupaciones más prevalentes son la de peón agrícola y la de peón de albañilería, de importante carga física. El resto de profesiones son muy variadas incluyendo trabajos de tipo sedentario como taxista o empleado de banca. Todas las mujeres son amas de casa y no consta actividad laboral o incapacidad previa alguna. Ningún paciente trabaja como buceador ni se recoge en su historial que practique esa actividad ni que haya sufrido un accidente por descompresión. De los pacientes en activo 12 han precisado de IT, 2 han iniciado de forma inmediata una IP, 8 ya disponían de una IP previa por otro motivo, 4 estaban jubilados y sobre 2 de ellos no consta si han precisado de baja laboral, si disponen de una IP o si están jubilados. De los pacientes trabajando o en activo que han precisado de IT, la media de edad es de 42,8 años y la duración media de la baja ha sido de 237,64 días para la prótesis. De los 12 casos en IT, 4 han terminado en una IP por lo que teniendo en cuenta los 2 casos comentados con IP inmediata desde el ingreso por la ON, el número final de casos con IP por la ON femoral intervenida es de 6 pacientes.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con ON femoral son varones y de ellos la mitad está en activo. La mayoría de las profesiones implica una carga física importante como la agricultura y la construcción. No se ha encontrado ningún paciente buceador o que practique dicho deporte a pesar de ser la única actividad laboral o deportiva descrita en la literatura. Sobre el tiempo medio de IT éste se aleja bastante del de referencia en las guías superando en nuestra muestra casi en 3 veces el asociado a la ON femoral y casi el doble al asociado a la implantación de prótesis total de cadera. En cuanto a la IP la ON femoral operada ha sido motivo de su aprobación en 6 de los 43 casos estudiados, por lo que, aunque es una proporción baja, analizando ese grupo, se trata de 6 varones en activo con media de edad de 42,8 años, y en los que el impacto económico de una IP a tan temprana edad es considerable. Quizá este trabajo puede ser la motivación de otros que aborden estos últimos campos escasamente estudiados en referencia a la actividad laboral y la incapacidad asociada a la ON femoral.

160. LA MICROARQUITECTURA ÓSEA SEGÚN TBS (TRABECULAR BONE SCORE) ESTÁ GRAVEMENTE DETERIORADA EN VARONES CON EPOC

E. Casado¹, L. del Río², M. Gallego³, M. Arévalo¹ y M. Larrosa¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

²CETIR Centro Médico. Barcelona. ³Servicio de Neumología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: En una cohorte de pacientes varones con EPOC describimos una prevalencia del 33% de fracturas vertebrales, observando un 27% de ellas en pacientes con densidad mineral ósea normal (BMD) (Casado et al. JBMR. 2007;22(S1):S202). El Trabecular Bone Score (TBS) es un índice indirecto de la microarquitectura trabecular y podría ser una herramienta de medición de la calidad ósea en estos pacientes.

Objetivos: Análisis del TBS en una sub-cohorte de pacientes varones con EPOC y su posible asociación con la densidad mineral ósea (DMO), el uso de corticoides, la gravedad de la EPOC y la presencia de fracturas vertebrales.

Métodos: Se incluyeron de forma consecutiva pacientes varones, mayores de 50 años, con EPOC definidos según la clasificación de la ATS/ERS (FEV1/FVC < 70%) procedentes de una consulta ambulatoria de Neumología. Se excluyeron aquellos pacientes con otra enfermedad pulmonar concomitante y/o alguna alteración vertebral que pudiera comportar un error en la interpretación de los valores de DMO. La DMO se determinó por absorciometría dual de rayos X (DXA) en columna lumbar y fémur (GE-Lunar Prodigy). Las fracturas vertebrales se evaluaron por radiografía lateral de columna dorsal y lumbar. Para el análisis del TBS se utilizó el Software de Medimaps. Se recogió el uso de corticoides en los últimos 5 años.

Resultados: Se incluyeron 98 pacientes. Edad media 67,8 ± 7,5 años. El 41% de los pacientes tenía una enfermedad pulmonar leve y el 22% tenía una enfermedad grave (FEV1/FVC < 30%). Un 58% de los pacientes había recibido tratamiento con corticoides en los últimos 5 años. 29 pacientes (30%) presentaban fracturas vertebrales morfológicas. Los valores de DMO fueron: columna lumbar T-score -1,67 ± 1,55, cuello femoral T-score -1,81 ± 1,04, cadera total T-score -1,31 ± 1,14. Un 91% de los pacientes presentaban una microarquitectura degradada o muy degradada según TBS, con un valor medio de 1,035 ± 0,135 (T-score -2,85 ± 1,18). La microarquitectura ósea según TBS estaba más deteriorada en los pacientes fracturados (T -2,59 ± 1,16 vs 2,34 ± 1,22; p = NS). Según la gravedad de la EPOC el TBS resultó peor en pacientes con enfermedad moderada (T-2,57 ± 1,34) y enfermedad grave (T -2,54 ± 1,34) que en los pacientes con enfermedad leve (T -2,19 ± 1,32; p < 0,05). Tanto el uso de corticoides, como la dosis acumulada se asociaban con menor TBS (p = 0,002 y p = 0,015 respectivamente).

Conclusiones: La microarquitectura ósea según el TBS está gravemente alterada en pacientes varones con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, especialmente en aquellos pacientes con enfermedad pulmonar moderada y grave y los que han recibido corticoides. Aunque los pacientes con fractura vertebral presentan un valor inferior de TBS, esta técnica no detecta muchos casos con fractura.

161. TRATAMIENTO CON EL PRIMER FÁRMACO BIOLÓGICO EN UNA SERIE DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LAS CARACTERÍSTICAS BASALES ENTRE LOS PACIENTES QUE SUSPENDIERON EL TRATAMIENTO Y LOS QUE LO MANTUVIERON?

F. Ojeda, M. Almirall, F. Castro, L. Polino, P. Corzo, L. Orpinell, D. Marqués, T.C. Salman-Monte y J. Maymó

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

Introducción: Los objetivos de este estudio fueron describir una serie de pacientes con Artritis psoriásica tratados con el primer fármaco biológico en los últimos cinco años en práctica clínica habitual y evaluar si existían diferencias en las características basales entre los pacientes que suspendieron el tratamiento y los que lo mantuvieron.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de un solo centro hospitalario con dispensario monográfico sobre artritis psoriásica. Se incluyeron pacientes con Artritis psoriásica según criterios CASPAR único que hubieran recibido el primer fármaco biológico entre el 1 de enero 2010 y el 31 de diciembre de 2015. Se recogieron las características basales de los pacientes, el número de pacientes que mantuvieron y suspendieron el tratamiento, la duración media de éste y el motivo de suspensión. Posteriormente se analizó si existían

diferencias en las características basales entre los pacientes que suspendieron el tratamiento y los que lo mantuvieron. Las diferencias en las características basales entre los dos grupos de pacientes se calcularon mediante el test de Mann-Whitney para las variables cuantitativas y mediante el test de chi-cuadrado para las variables categóricas. Las p con valores menores a 0,05 fueron aceptadas como estadísticamente significativas.

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes con artritis psoriásica que habían recibido su primer fármaco biológico en los últimos cinco años. El 51,9% eran mujeres, la edad media fue de 53,3 ± 12,1 años y tenían una duración media de la enfermedad de 7,44 ± 5,98 años. El 11,1% siguió tratamiento con infliximab, el 40,7% con adalimumab, el 37% con etanercept, el 7,4% con golimumab y el 3,7% con ustekinumab. Eran fumadores activos el 25,9%, el 85,2% presentaba psoriasis concomitante y el 40,7% onicopatía. El 88,9% habían presentado artritis periférica (patrón preferente poliarticular en un 66,7% de los casos), el 37% afectación axial (según criterios de New York), el 29,6% entesitis de talón, el 37% dactilitis, el 51,9% afectación de interfalángicas distales y el 3,7% uveítis. La indicación del fármaco biológico fue por reumatología en un 88,9% de los casos y por dermatología en un 11,1%. El 51,9% llevaban tratamiento combinado con metotrexato y el 37% con corticosteroides. Se mantuvo el tratamiento en un 51,9% (14), con una media de tratamiento de 26,33 ± 24,21 meses, y se suspendió en un 48,1% (13), con una media de 17,68 ± 19,90 meses. De los 13 pacientes a los que se les suspendió el tratamiento en el 23,1% fue por efectos adversos, en el 23,1% por ineficacia cutánea, en el 23,1% por ineficacia articular, en el 15,4% por ineficacia mixta (cutánea y articular) y en el 15,3% por problemas en el seguimiento. No hubo diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las características basales entre los pacientes que suspendieron el tratamiento y los que lo mantuvieron.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes que iniciaron el primer fármaco biológico en los últimos cinco años en nuestra serie de Artritis psoriásica presentaban un patrón de artritis periférica poliarticular y seguían tratamiento combinado con metotrexato. Se mantuvo el tratamiento biológico en un 51,9% de los pacientes y se retiró en un 23,1% por efectos secundarios. No hubo diferencias en ninguna de las características basales entre los pacientes que suspendieron el tratamiento y los que lo mantuvieron.

162. ¿QUÉ LESIONES INFLAMATORIAS Y EROSIONES DE LA MANO EVALUADAS A NIVEL DE HUESO INDIVIDUAL MEDIANTE RM SON MÁS SENSIBLES Y ESPECÍFICAS DE ARTRITIS INDIFERENCIADA DE INICIO? ¿PODRÍAN ESTAS AUMENTAR LA PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN ACR/EULAR 2010 PARA AR?

D. Marqués, L. Orpinell, M.P. Lisbona, M. Almirall, T. Salman-Monte, S. Iniesta, P. Corzo, L. Polino, P. Rubio y J. Maymó

Servicio de Reumatología. Parc Salut Mar. Barcelona.

Objetivos: Evaluar qué hallazgos inflamatorios o erosiones en los huesos de la mano de forma individual, estudiados mediante resonancia magnética (RM), son más sensibles (S) y específicos (E) de artritis reumatoide (AR) de reciente inicio y analizar, si la presencia de estas lesiones podría aumentar la precisión diagnóstica P(X) de los criterios ACR/EULAR de 2010.

Métodos: Estudio transversal con inclusión de todos los pacientes con artritis de reciente inicio (definida como inflamación de al menos una articulación, de duración inferior a un año desde el primer síntoma y que no cumple criterios diagnósticos ACR de 1987) remitidos al dispensario de artritis de inicio de Hospital del Mar. Se registraron variables demográficas y relacionadas con la enfermedad (clínicas, analíticas y tratamiento). Al año se aplicaron los criterios diagnósticos ACR de 1987 como patrón estándar diagnóstico de

AR. Se realizó RM de mano dominante al inicio registrando la presencia de erosiones (ERO), edema óseo (EO) y sinovitis (SIN) de cada uno de los huesos de la mano y tenosinovitis (TSIN) de los tendones. **Resultados:** 67 de un total de 208 pacientes fueron diagnosticados de artritis indiferenciada inicio (AII) por no cumplir los criterios de 1987. Previa a la primera visita, algunos pacientes mantenían tratamiento con AINEs (56,6%) y/o corticoides (56,6%) y muy pocos habían iniciado FAMES (6,7%). A nivel clínico, presentaban un DAS28-VSG medio de $3,65 \pm 1,25$ con SDAI de $13,09 \pm 10,26$. Los parámetros S, E y P(X) a nivel de las ERO, el EO, la SIN y la TSIN evaluados mediante RM de mano se muestran en la tabla.

	Sensibilidad (S)	Especificidad (E)	Precisión diagnóstica P(X)
Erosión (ERO)			
Semilunar (SM)	0,43	0,64	0,52
Piramidal (PM)	0,5	0,56	0,49
Hueso grande (HG)	0,54	0,58	0,45
Base quinta falange (B5)	0,03	0,99	0,75
MCF fal 2	0,15	0,98	0,78
MCF fal 3	0,15	0,98	0,78
MCF fal 4	0,1	0,97	0,78
MCF fal 5	0,05	1	0,76
Edema óseo			
Semilunar (SM)	0,27	0,78	0,61
Piramidal (PM)	0,16	0,96	0,66
Hueso grande (HG)	0,2	0,82	0,65
Base quinta falange (B5)	0,03	0,98	0,76
MCF fal 2	0,07	0,98	0,73
MCF fal 3	0,07	0,98	0,76
MCF fal 4	0,02	1	0,77
MCF fal 5	0,02	0,98	0,77
Sinovitis (SIN)			
Radiocarpiana	0,78	0,33	0,38
MCF 4	0,34	0,58	0,6
MCF 5	0,36	0,56	0,6
Tenosinovitis (TSIN)			
Abductor largo y extensor largo pulgar (ALEC)	0,23	0,94	0,66
Extensor largo del pulgar (ELP)	0,28	0,92	0,65
Extensor cubital carpo (ECC)	0,5	0,69	0,46

Conclusiones: Erosión: los huesos que presentan ERO más E de AII son la segunda, tercera, cuarta y quinta falange proximal a nivel de las MCF (MCF FAL 2-3-4-5) además de la base de la quinta falange (B5), y los que presentan mayor S son los huesos semilunar (SM), piramidal (PM) y hueso grande (HG). Observamos que las ERO más S se encuentran en huesos del carpo mientras que las más E en las falanges. A pesar de ello, los datos de P(X) hallados no son superiores a los criterios ACR/EULAR aislados; por tanto, las ERO no aumentarían la P(X) de los criterios de 2010 en ningún hueso. Edema óseo: los huesos que presentan un EO más E de AII son las MCF FAL 2-3-4-5 y la B5, los que presentan mayor S son los huesos SM, PM y HG. Al igual que en las ERO, el EO no aumenta la P(X) de los criterios de 2010. SINOVITIS: al evaluar la SIN observamos que estas lesiones son bastante S de AR pero poco E, de modo que los valores de P(X) son bajos y por tanto no sirven para aumentar la precisión de los criterios de 2010, ya de base muy S. Tenosinovitis: la TSIN más E de AR son la del abductor largo y extensor corto del pulgar (ALEC) y la del extensor largo del pulgar (ELP), pero al mismo tiempo son lesiones poco S. Dada la alta E, son precisamente estos tendones los que presentan una mayor P(X), aunque no lo suficiente como para aumentar la P(X) de los criterios 2010. Finalmente, destacar que las ERO, el EO y la TSIN detectadas en algunos huesos de la mano son muy E de AR pero dada la baja S que presentan no son capaces de aumentar la P(X) de los criterios ACR/EULAR de 2010. Sin embargo, dado que estos criterios son muy sensibles por sí solos, el hecho de añadir lesiones muy específicas evaluadas en los huesos de la mano de forma individual podría incrementar la probabilidad de diagnóstico certero de AR en algunos pacientes.

163. SÍNDROME DE EDEMA ÓSEO MEDULAR Y TRATAMIENTO CON ÁCIDO ZOLEDRÓNICO

B.J. Flores Robles¹, J. Sanz Sanz¹, J. Campos Esteban¹, M. Espinosa Malpartida¹, C. Ramos Giráldez¹, A.A. Sanabria Sanchinell², M. Bascuas¹, M. Cuadros¹, J. Andréu¹, C.M. Isasi¹, H. Godoy Tundidor¹, M. Jiménez Palop¹, C. Barbadillo Mateos¹, L.F. Villa Alcázar¹ y J. Mulero Mendoza¹

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

²Hospital Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos: El síndrome de edema óseo medular es una entidad clínico-radiológica caracterizada por dolor articular agudo-subagudo y con rasgos característicos en RM (Thiryayi et al). Aún permanece desconocida su etiología y es una entidad que condiciona deterioro en la calidad de vida (Guerra et al). Recientemente se ha demostrado que el uso de bifosfonatos disminuye la intensidad de los síntomas (Ringe et al). Nuestro objetivo fue revisar los casos de pacientes con diagnóstico síndrome de edema óseo medular en los últimos 6 años y que además hubieran recibido al menos una dosis de ácido zoledrónico 5 mg IV.

Métodos: Se accedió a la base de datos de Farmacia para obtener el listado de prescripciones de ácido zoledrónico de enero de 2010 a diciembre de 2015. Posteriormente se seleccionó a los que cumplieran criterios de síndrome de edema óseo medular tanto clínicos (dolor articular) como por RM (área de hipointensidad en secuencia T1 e hiperintensidad en secuencia T2 o STIR). Se cuantificó la intensidad del dolor de 0 a 3 grados (grado 0: sin dolor, grado 1: leve, grado 2: moderado y grado 3: grave) y se hizo basal, a los 3 y 12 meses. En cuanto al edema óseo en RM se valoró según la siguiente escala: Grado 0: Sin cambios en el edema, grado 1: Disminución de < 50% del edema inicial, grado 2: Disminución de > 50% del edema inicial, grado 3: Desaparición del edema. La funcionalidad se valoró en base a si el paciente había vuelto a realizar sus actividades diarias. Por último, se definió como respuesta completa a los que cumplieran las siguientes características: Desaparición del dolor, recuperación de su vida basal y disminución en del edema óseo > 50% en la RM de control.

Resultados: De los 633 pacientes que recibieron ác. zoledrónico, 17 presentaban criterios para ser seleccionados (8 hombres/9 mujeres), con una media de edad de 54 años (tabla 1). La localización más frecuente fue el tobillo con 9 casos (52.9%) seguido de la cadera con 5 casos (29.4%). En cuanto al dolor basal 16/17 pacientes presentaban dolor moderado o severo y de esos pacientes a los 12 meses de tratamiento en 13/17 el dolor desapareció. Respecto a los pacientes con RM control en 8/17 se observó que a los 3 meses en 5 pacientes (62%) el edema óseo había desaparecido y en el resto las RM presentaban una disminución del edema > 50%. Por último, 13 de los 17 pacientes (76.4%) presentaron una respuesta global completa (tabla 2) (v. tablas en pág. siguiente).

Conclusiones: El presente trabajo pone de manifiesto que el ac. zoledrónico es una opción terapéutica razonable en el síndrome de edema óseo medular ya que > 75% de los pacientes tratados tuvieron una respuesta completa. Esta es la mayor serie de pacientes con síndrome de edema óseo medular tratados con zoledrónico que hemos identificado; sin embargo, se necesitan estudios prospectivos y controlados.

164. EFECTIVIDAD DEL EJERCICIO DE ESTABILIZACIÓN CORE ABDOMINAL EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR. OVERVIEW DE REVISIONES SISTEMÁTICAS (RESULTADO PRELIMINAR)

M.B. Nishishinya Aquino¹, C.A. Pereda Testa², A.C. Cis Spoturno³, M. Guerra Balic⁴, G. Urrutia⁵ y M. Solana Tramunt⁴

¹Instituto Traumatólogo. Programa de Doctorado en Ciencias de la Educación y el Deporte. Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació

Tablas Póster 163

Tabla 1

	Pacientes (n = 17)	RM control (n = 8)	Media de tiempo del dolor hasta diagnóstico (meses)	Fumador activo (n = 5)	Ingesta de alcohol activa (n = 2)
Demografía (sexo y edad en años)					
Mujeres (29-78)	9 (53%)	5	5,88	3 (17,7%)	1 (5,8%)
Hombres (39-57)	8 (47%)	3	2,7	2 (11,7%)	1 (5,8%)
Total	17 (100%)	8	4,4	5 (29,4%)	2 (11,7%)
Localización anatómica					
Tobillo	9 (53 %)	2	5,9	3 (17,7%)	0 (0%)
Cadera	5 (29,5%)	5	2,8	1 (5,8%)	1 (5,8%)
Rodilla	1 (5,8%)	0	2	0 (0%)	0 (0%)
Pie	2 (11,7%)	1	2	1 (5,8%)	1 (5,8%)

Tabla 2

	Todos los pacientes (n = 17).	Varones (n = 8)	Mujeres (n = 9)	Tobillo (n = 9)	Cadera (n = 5)	Rodilla (n = 1)	Pie (n = 2)
Dolor							
Basal							
Grado 0: Sin dolor	0 (0%)	0	0	0	0	0	0
Grado 1: Dolor leve	1 (5,8%)	0	0	1	0	0	0
Grado 2: Dolor moderado	13 (76,4%)	7	6	6	4	1	2
Grado 3: Dolor grave	3 (17,7%)	1	2	2	1	0	0
3 meses							
Grado 0: Sin dolor	7 (41%)	3	4	5	1	1	0
Grado 1: Dolor leve	8 (47%)	4	4	3	3	0	2
Grado 2: Dolor moderado	2 (11,6%)	1	1	1	1	0	0
Grado 3: Dolor grave	0 (0%)	0	0	0	0	0	0
12 meses							
Grado 0: Sin dolor	13 (76,4%)	7	6	7	4	1	1
Grado 1: Dolor leve	3 (17,7%)	1	2	2	0	0	1
Grado 2: Dolor moderado	1 (5,8%)	0	1	0	1	0	0
Grado 3: Dolor grave	0 (0%)	0	0	0	0	0	0
RM control (edema)	(n = 8)	(n = 3)	(n = 5)	(n = 2)	(n = 5)	(n = 0)	(n = 1)
Grado de mejoría	0 (0%)						
Grado 0: Sin cambios	0 (0%)	0	0	0	0	0	0
Grado 1: Disminución <50%	3 (37,5%)	0	0	0	0	0	0
Grado 2: Disminución >50%	5 (62,5%)	2	1	1	0	1	1
Grado 3: Desaparición del edema		1	4	1	0	4	0
Recuperación completa							
A los 12 meses	13/17 (76,4%)	5/8	8/9	7/9	4/5	1/1	1/2

i de l'Esport Blanquerna. Barcelona. ²Reumatología. Clínica Mediterráneo. Almería. ³Medicina de la Educación Física y el Deporte. Centro Médico del Hospital Mediterráneo. Almería. ⁴FPCEE-Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Barcelona. ⁵Servei d'Epidemiologia Clínica i Salut Pública. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: El dolor lumbar es una de las dolencias más frecuentes que padecen las personas, alcanzando una prevalencia de entre el 60-80% a lo largo de la vida, con picos entre los 25-45 años. Es la causa más frecuente de absentismo laboral. Las terapias con ejercicios parecen un tratamiento efectivo para aliviar el dolor y mejorar el estado funcional de los pacientes con lumbalgia crónica. Los ejercicios del core abdominal se vienen aplicando hace unos años, en distintos programas de rehabilitación. El CORE consiste en 2 grupos musculares: 1. Profundos o estabilizadores de la columna, y 2. Superficiales: conectan la pelvis a las costillas permitiendo un control adicional de la columna. La actividad física dirigida a estos grupos musculares podría contribuir al mejoramiento de síntomas como son el dolor y la alteración de la funcionalidad de columna lumbar.

Objetivos: Realizar una revisión global (overview) de revisiones sistemáticas (RS) para evaluar los beneficios de los ejercicios de estabilización del core abdominal en: 1) dolor, 2) capacidad funcional en pacientes con dolor lumbar. 3) Evaluar los efectos adversos de este tipo de actividad física en este grupo de pacientes.

Métodos: Revisión global de revisiones sistemáticas (RS) que incluyan estudios clínicos prospectivos y aleatorizados (ECAs), bases de datos consultadas: CENTRAL, MEDLINE/Pubmed y PEDro. Idiomas

inglés y español. Se identificaron 16 revisiones potencialmente incluíbles. Fueron revisados por tres investigadores (CP, AC, BN) de forma independiente. Se aplicó AMSTAR para la valoración de la calidad de las RS.

Resultados: Se excluyeron 8/16 estudios, de los cuales uno es una revisión global, Se incluyeron 8 RS, siendo la calidad en general buena (AMSTAR 6-10). Realizaron metanálisis de resultados un 50%, declaran el patrocinador un 75%. La calidad de los estudios incluidos en las RS fue valorada con escalas de Pedro: 3, Colaboración Cochrane: 4 y Jadad 1. La búsqueda más actualizada fue hasta 2013 (Smith 2014). En total hay 89 estudios incluidos, pero dos no RCT. Hay superposición de estudios, por lo que son originalmente 49 estudios. Las intervenciones evaluadas fueron muy heterogéneas, al igual que las comparaciones. De forma global se observa una mejoría del dolor y funcionalidad de columna lumbar a favor de los ejercicios de estabilización del core a corto y mediano plazo, pero no a largo plazo. El tipo de ejercicio realizado sobre el CORE no es homogéneo en los distintos estudios. Las cuatro RS que realizan metanálisis (Byström 2013, Macedo 2009, Smith 2014, Wang 2012) cuando comparan ejercicios de control motor (ECM) vs ejercicios generales, o versus intervención mínima o control, mostraron una mejoría significativa a favor de ECM, en el control del dolor y la funcionalidad a corto y medio plazo. Los efectos se pierden a largo plazo. Ninguna revisión menciona los efectos adversos (v. tabla en pág. siguiente).

Conclusiones: Las revisiones evaluadas, presentan limitaciones metodológicas por los estudios incluidos. De forma global, los ejercicios de estabilización del core en pacientes con lumbalgia mejoran el dolor y la funcionalidad a corto plazo. Los efectos se pierden a

Tabla Póster 164

Autor, Año (n)	Dolor		Funcionalidad		Otros	Comentarios	
	Control a corto plazo	Control a mediano plazo	Control a largo plazo	Control a corto plazo			Control a mediano plazo
Byström, 2013 (n = 16)							
Ejercicio de control motor vs ejercicio general (n = 7)	WMD -7,80 (IC: -10,95 a -4,65)	-6,06 (IC: -10,94 a -1,18)	-	-4,65 (IC: -6,20 a -3,11)	-4,86 (IC: -8,59 a 1,13)	-4,72 (IC: -8,81 a -0,63)	-
Ejercicios de control motor vs terapia espinal manual (n = 3)	NS	NS	NS	-6,12 (IC: -11,94 a -0,30)	-5,27 (IC: -9,52 a -1,01)	-5,76 (IC: -9,21 a -2,32)	-
Ejercicios de control motor vs mínima intervención (n = 2)	-12,48 (IC: -19,04 a -5,93)	-10,18 (IC: -16,64 a -3,72)	-13,32 (IC: -19,75 a -6,90)	-9,00 (IC: -15,28 a -2,73)	-5,62 (IC: -10,46 a -0,77)	-6,64 (IC: -11,72 a -1,57)	-
Ejercicios de control motor vs terapia física multimodal (n = 4)	-	-14,20 (IC: -21,23 a -7,16)	-	-	-12,98 (IC: -19,49 a -6,47)	-	No pudo llevarse a cabo pooled analysis
Ejercicios de control motor multimodal vs otros componentes de esa intervención	-	-	-	-	-	-	
Macedo, 2009 (n = 14)							
Ejercicios de control motor vs mínima intervención	WMD -14,3 (IC: -20,4 a -8,1)	-13,6 (IC: -22,4 a -4,1)	-14,4 (IC: -23,1 a -5,7)	-	-	-10,8 (IC: -18,7 a -2,8)	QoL: NS
Intervención o ejercicio de control motor como un suplemento (n = 7)	-	-	-	-	-	-	
Ejercicio de control motor vs terapia manual (n = 4)	-	-5,7 (IC: -10,7 a -0,8)	-	-	-4,0 (IC: -7,6 a -0,4)	-	
Ejercicio de control motor vs otras formas de ejercicio (n = 5)	-	-	-	-5,1 (IC: -8,7 a -1,4)	-	-	
Ejercicios de control motor vs cirugía (n = 1)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	QoL: NS
Smith, 2014 (n = 29)							
Ejercicio de estabilización comparado tratamientos alternativos o controles de ejercicio	WMD -7,93 (IC: -11,74 a -4,12)	-6,10 (IC: -10,54 a -1,65)	-6,39 (IC: -10,14 a -2,65)	-3,61 (IC: -6,53 a -0,70)	-2,31 (IC: -5,85 a 1,23) (NS)	-3,92 (IC: -7,25 a -0,59)	FABq: NS
Ejercicio de estabilización vs otras formas de ejercicio	-7,75 (IC: -12,23 a -3,27)	-4,24 (IC: -8,27 a -0,21)	-	-3,63 (IC: -6,69 a -0,58)	-3,56 (IC: -6,47 a -0,66)	-	
Wang 2012 (n = 5)							
Ejercicio de estabilidad de core vs ejercicios generales (n = 4)	21,29 (IC: 22,47 a 20,11) (0,003)	NS	NS	27,14 (IC: 211,64 a 22,65) (p: 0,002)	-	-	
Ejercicios de estabilidad de core vs ejercicios generales (n = 5)	-	-	-	-	-	-	

medio y largo plazo. No se describen los efectos adversos. La utilidad clínica es limitada, debido a la diversidad de programas de ejercicios y comparaciones realizadas.

165. ESTUDIO DE LA AORTITIS. DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DE 13 CASOS DE UN MISMO CENTRO EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS

I. Calvo Zorrilla¹, O. Fernández Berrizbeitia¹, M.L. García Vivar¹, E. Ruiz Lucea¹, J.F. García Llorente¹, I. Torre Salaberri¹, E. Ucar Angulo¹, J.M. Gorordo Olaizola¹, C. Gómez Arango¹, C. Pérez Velasquez¹, J.M. Blanco Madrigal¹, E. Guerrero Basterretxea¹, A. Santander Bilbao² y E. Galíndez Agirreigoia¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Objetivos: La aortitis es una entidad potencialmente muy grave que suele manifestarse de forma inespecífica, lo que contribuye a un retraso en su diagnóstico. Su tratamiento tampoco está bien establecido. El objetivo de este estudio es la caracterización clínica, analítica y terapéutica de la aortitis en un mismo centro.

Métodos: Estudio retrospectivo de las aortitis del Servicio de Reumatología de un Hospital Universitario (enero 2013-diciembre 2015). La prueba de imagen empleada fue PET-TAC. De acuerdo a un protocolo se revisaron las variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, tratamiento y evolución. Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm DE o como mediana [IQR] según su distribución. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencia. El análisis estadístico se realizó con el programa SAS System for Windows V9.2.

Resultados: En los últimos 3 años se diagnosticaron 13 aortitis (3 en 2013, 3 en 2014 y 7 en el 2015). Los 13 pacientes (3 varones/10 mujeres) tenían una edad media \pm DE de $72,23 \pm 12,36$ años [rango, 51-83 años]. Las enfermedades subyacentes fueron: arteritis de células gigantes (ACG) (n = 7 casos), polimialgia reumática (PmR) (n = 2), idiopática (n = 2), policondritis recidivante (n = 1) y sd. Sjögren (n = 1). El intervalo desde el diagnóstico de la enfermedad subyacente hasta el de aortitis tenía una mediana de 7 meses [1-20]. Las manifestaciones clínicas fueron: síndrome constitucional (n = 5), lumbalgia inflamatoria (n = 4), dolor irradiado a extremidades inferiores (n = 4), polimialgia atípica (n = 1) y fiebre (n = 1). Los reactantes de fase aguda (RFA) se encontraron elevados en todos los casos, salvo en la idiopática, con una VSG media de $62 \pm 33,84$ mm ¹ h y una mediana de PCR de $3,43$ [2,91-5,13] mg/dL (valores normales $\leq 0,5$ mg/dL). Cinco casos presentaron anemia. En el momento de la realización del PET, 9 pacientes estaban con prednisona (dosis media, $18,89 \pm 19,53$ mg/día), 4 con metotrexate (MTX) (dosis media, $15 \pm 5,77$ mg/semana) y 3 sin tratamiento. El tratamiento de la aortitis, excepto un paciente que requirió cirugía, se fundamentó en el inicio o incremento de la dosis de prednisona (media, $34,17 \pm 9,73$ mg/día) y de MTX, en 5 casos se inició y en 4 se aumentó, (dosis media, $14,72 \pm 6,43$ mg/semana). En 3 casos se pautaron bolos de metilprednisolona iv (0,5 g/día, 3 días consecutivos). En la evolución, 2 casos requirieron tocilizumab (TCZ) (8 mg/kg/4 semanas iv). En la primera visita (2-4 meses) se observó una mejoría clínica y analítica en la VSG ($25,92 \pm 24,88$) y PCR (mediana, $0,32$ [0,16-1,11]) que se mantuvo en la última visita, tras un seguimiento medio de $10 \pm 4,32$ meses. En los 4 PET-TAC de control realizados en 6-16 meses, se observó remisión completa en 3 y parcial en 1 (v. tabla en pág. siguiente).

Conclusiones: Las manifestaciones clínico-analíticas de las aortitis en nuestra experiencia son inespecíficas. En el último año hemos observado un incremento en el diagnóstico de las mismas, probablemente por la mayor sospecha clínica. La ACG o la PmR de evolución tórpida y/o con elevación de los RFA sin causa justificada obligan a descartarla. El tratamiento con dosis moderadas de prednisona

y MTX fue eficaz en la mayoría de nuestros pacientes. En 2 casos refractarios fue útil el TCZ.

166. CREENCIAS SOBRE LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS SUBCUTÁNEOS Y ADHERENCIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS. ESTUDIO ARCO

E. Raya Álvarez¹, I. Monteagudo², J. Calvo-Alén³, G. Salvador Alarcón⁴, T.R. Vázquez-Rodríguez⁵, J.V. Tovar Beltrán⁶, T.C. Salman-Monte⁷, V. Torrente-Segarra⁸, P. Vela⁹, L. Cea-Calvo¹⁰, S. Fernández¹⁰, N. Lozano-Rivas¹¹ y C. Marras Fernández-Cid¹¹

¹Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ²Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Araba. Vitoria. ⁴Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Barcelona. ⁵Reumatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ⁶Reumatología. Hospital General Universitario de Elche. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital del Mar/ Parc de Salut Mar. IMIM. Barcelona. ⁸Hospital Moisès Broggi-General Hospitalet. Barcelona. ⁹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Elche. ¹⁰Departamento de Medical Affairs. Merck Sharp & Dohme de España. Madrid. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Objetivos: Se ha descrito que las creencias del paciente en la medicación pueden condicionar la adherencia al tratamiento. El objetivo es describir las creencias de los pacientes con artritis reumatoide (AR) en su medicación biológica subcutánea y si la adherencia al tratamiento es distinta según las creencias.

Métodos: ARCO es un estudio transversal con recogida retrospectiva de datos clínicos y de registros de dispensación de fármacos de la farmacia hospitalaria en pacientes > 18 años con AR a los que se les había prescrito un biológico subcutáneo entre 11 y 18 meses antes del estudio. Las creencias se evaluaron con el cuestionario BMQ (Beliefs About Medicines Questionnaire, cuestionario de creencias sobre la medicación) en su versión española sobre fármacos específicos. El BMQ consta de 10 afirmaciones, 5 sobre "necesidad" y 5 sobre "preocupaciones" en las que el paciente señala su acuerdo en una escala de Likert entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo). Se obtiene una puntuación sobre "necesidad", otra sobre "preocupaciones" (de 5 a 25) y una global, restando la puntuación de "preocupaciones" a la de "necesidad". La adherencia al biológico se evaluó con el índice de cobertura de la medicación (medication possession ratio, MPR), según la dosificación y los viales utilizados según los registros de farmacia.

Resultados: Se incluyeron 364 pacientes (edad media 54,9 años [DE 12,5], 77,5% mujeres y 22,5% varones, mediana de duración de la AR 7,8 años [RIC 25-75: 3,4-15,7]). La pauta inicial de administración del biológico fue semanal (44,2%), bisemanal (39,1%) y mensual (17,3%) y la mediana de duración del periodo estudiado 14,8 meses (RIC 25-75: 13,0 16,8). La media de la puntuación de la escala de creencias en el biológico subcutáneo fue 5,2 (DE 5,4) y la mediana 5 (RIC 25-75: 1 9), con puntuación media más elevada en la subescala de necesidad (media 21,0 [DE 3,9]) que en la de preocupaciones (media 15,8 [DE 4,6]). El 78,3% puntuó más alto la necesidad que las preocupaciones; el 9,5% ambas por igual y el 12,1% más las preocupaciones que la necesidad. Los resultados de cada afirmación se muestran en la tabla. El 14,3% de los pacientes fueron no adherentes a la medicación prescrita. La falta de adherencia fue menos frecuente en pacientes con administración mensual (6,4%) que en pacientes con pauta semanal (17,4%, p = 0,034) o bisemanal (14,4%, p = 0,102). No se encontraron diferencias en la falta de adherencia en pacientes que puntuaron necesidad > preocupaciones (13,3%) que en los que puntuaron igual en ambas (21,2%) o preocupaciones < necesidad (11,9%) (p = 0,431).

Tabla Póster 165
Aortitis. Clínica, analítica y tratamiento

Caso	Enfermedad subyacente	Meses desde diagnóstico de enfermedad basal hasta el de aortitis	Síndrome constitucional	Fiebre	PmR atípica (más cintura inflamatoria pelviana)	Lumbalgia	Dolor irradiado extremidades inferiores	Hb (g/dL)	PCR (mg/dL)	VSG (mm 1 ^ª h)	Tratamiento inicial aortitis	Meses de seguimiento	PCR última visita (mg/dL)	VSG última visita (mm 1 ^ª h)	Tratamiento última visita
1	Policidritis recidivante	30	No	No	No	No	No	13,4	3,31	35	Pred. (30 mg) + MTX v.o. (25 mg)*	9	0,1	1	Pred. (5 mg) + MTX sc. (25 mg) + TCZ 400 mg iv
2	ACC	1	No	No	No	No	No	9,3	4,11	116	Pred. (30 mg) + MTX sc. (20 mg)*	10	0,16	28	Pred. (5 mg) + MTX sc. (25 mg)
3	ACC	84	Sí	No	Sí	No	Sí	9,8	0,96	68	Pred. (30 mg) + MTX v.o. (10 mg)	2	ND	ND	Pred. (30 mg) + MTX v.o. (10 mg)
4	ACC	20	No	No	No	No	No	13,3	1,63	34	Pulsos MP + pred. (45 mg) + MTX v.o. (10 mg)	5	0,18	2	Pred. (20 mg) + MTX v.o. (10 mg)
5	ACC	48	Sí	No	No	No	No	11,4	3,63	60	Pulsos MP + pred. (40 mg) + MTX v.o. (20 mg)*	17	0,1	4	Pred. (2,5 mg) + MTX v.o. (10 mg) + TCZ 600 mg iv
6	ACC	1	No	No	No	No	No	13,4	21,45	87	Pred. (50 mg)	7	0,14	9	Pred. (15 mg)
7	ACC	7	Sí	No	No	No	Sí	12,4	3,43	73	Pred. (20 mg) + MTX v.o. (10 mg)	21	0,61	22	No tto
8	PmR	4	Sí	Sí	No	No	No	12,2	2,91	101	Pred. (40 mg) + MTX v.o. (20 mg)*	5	0,14	25	Pred. (7,5 mg)
9	ACC	0	No	No	No	Sí	No	12,1	5,13	81	Pulsos MP + pred. (20 mg) + MTX v.o. (7,5 mg)	22	0,26	24	Pred. (10 mg) + MTX v.o. (7,5 mg)
10	Idiopática	0	No	No	No	Sí	Sí	13,1	5,72	7	Pred. (45 mg)	5	0,2	7	Pred. (15 mg)
11	Idiopática	0	No	No	No	Sí	No	14,6	0,55	6	Cirugía aneurisma abdominal	21	0,73	4	No tto
12	PmR	7	No	No	No	No	No	13	10,38	84	Pred. (30 mg) + MTX v.o. (10 mg)	3	0,27	10	Pred. (10 mg) + MTX v.o. (10 mg)
13	Síndrome Sjögren	9	Sí	No	No	Sí	Sí	11,7	3,01	65	Pred. (30 mg)	6	0,13	9	Pred. (10 mg)

*Recibían previamente MTX. MP: metotrexate; pred:prednisona; MTX: metotrexate; TCZ: tocilizumab; ACC: arteritis células gigantes; PmR: polimialgia reumática, ND: No disponible.

Tabla Póster 166

Respuestas de los pacientes en el Cuestionario de Creencias sobre la Medicación (BMQ) para el fármaco biológico subcutáneo para la AR (porcentajes)

	Totalmente de acuerdo (%)	De acuerdo (%)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (%)	En desacuerdo (%)	Totalmente en desacuerdo (%)
Subescala de necesidades					
Actualmente, mi salud depende de mis medicamentos	55,4	32,1	8,7	1,5	2,3
Mi vida sería imposible sin mis medicamentos	43,3	33,3	18,4	1,5	3,5
Sin mis medicamentos estaría muy enfermo/a	52,6	26,2	17,9	1,8	1,5
En el futuro, mi salud dependerá de mis medicamentos	40,1	29,8	26,6	1,2	2,3
Mis medicamentos impiden que me ponga peor	62,7	26,3	6,4	2,0	2,6
Subescala de preocupaciones					
Me preocupa tener que tomar medicamentos	20,1	28,8	21,2	12,2	17,7
A veces me preocupo por los efectos a largo plazo de mis medicamentos	36,9	36,1	10,8	6,5	9,7
Mis medicamentos son un misterio para mí	25,7	24,5	25,7	14,6	9,5
Mis medicamentos trastornan mi vida	7,4	12,4	25,1	22,4	32,7
A veces me preocupo por si llego a depender demasiado de mis medicamentos	18,0	27,6	23,0	14,2	17,2

La puntuación de la escala de creencias y de sus subescalas fue similar en pacientes adherentes y no adherentes (total 5,4 y 4,2 [$p = 0,161$]; necesidad 21,0 y 20,7 [$p = 0,556$]; preocupaciones 15,6 y 16,5 [$p = 0,218$]).

Conclusiones: Los pacientes con AR muestran fuertes creencias positivas sobre la necesidad de los biológicos para la AR, aunque un porcentaje importante también muestra preocupaciones. La adherencia al biológico subcutáneo prescrito no parece relacionarse con las creencias, pero sí con la pauta de administración. Los reumatólogos pueden contribuir a mejorar los aspectos ligados a las preocupaciones.

El estudio ARCO fue financiado por Merck Sharp & Dohme de España.

167. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO BIOLÓGICO SUBCUTÁNEO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. ESTUDIO ARCO

J. Calvo-Alén¹, C. Marras Fernández-Cid², I. Monteagudo³, G. Salvador Alarcón⁴, T.R. Vázquez-Rodríguez⁵, J.V. Tovar Beltrán⁶, P. Vela⁷, F. Maceiras⁸, M.S. Bustabad Reyes⁹, J.A. Román Ivorra¹⁰, E. Peiró Callizo¹¹, J. Rosas¹², M.J. Arteaga¹³, S. Fernández¹³, L. Cea-Calvo¹³ y E. Raya Álvarez¹⁴

¹Servicio de Reumatología. Hospital Txagorritxu. Vitoria. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

³Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Barcelona. ⁵Reumatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ⁶Reumatología. Hospital General Universitario de Elche. ⁷Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Elche. ⁸Unidad de Reumatología. Complejo Universitario de Vigo.

⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Fe. Valencia. Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

¹²Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ¹³Departamento de Medical Affairs. Merck Sharp & Dohme de España. Madrid. ¹⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio, realizado en pacientes con artritis reumatoide (AR), fue evaluar la adherencia al fármaco biológico subcutáneo prescrito por el médico durante el primer año de tratamiento.

Métodos: ARCO fue un estudio transversal de visita única y recogida retrospectiva de datos de la historia clínica y de los registros de dispensación de fármacos de la farmacia hospitalaria, realizado en 42 hospitales españoles. Se incluyeron pacientes adultos con AR a los que se les había prescrito un biológico subcutáneo entre 12 y 18 meses antes del estudio. La adherencia al tratamiento prescrito se evaluó mediante el índice de cobertura de la medicación (medication possession ratio, MPR). Para ello, se calculó el número de días teóricos cubiertos por la medicación prescrita al paciente (teniendo en cuenta la pauta posológica, si al paciente se le prescribió inducción, y si hubo periodos de suspensión o cambios de dosis) y el número de días reales cubiertos por la medicación de acuerdo a los viales retirados por el paciente de la farmacia hospitalaria. Se consideró falta de adherencia cuando el valor del MPR calculado fue $\leq 80\%$. Se recogieron datos clínicos y demográficos y los pacientes rellenaron los cuestionarios de creencias en la medicación y de satisfacción de Carbonell.

Resultados: Se incluyeron 364 pacientes (edad 54,9 años [DE 12,5]; 77,5% mujeres). La mediana de duración de la AR fue 7,8 años (RIC 25-75: 3,4 15,7). La pauta inicial de administración del biológico fue semanal (44,2%), bisemanal (39,1%) y mensual (17,3%) y la mediana de duración del periodo estudiado 14,8 meses (RIC 25-75: 13,0 16,8). Fueron válidos para el análisis primario 363 pacientes. De acuerdo al MPR, 52 pacientes fueron no adherentes a la pauta prescrita (el 14,3%; IC95%: 11,1 18,3), mientras que 311 pacientes (85,7%) fueron adherentes. No se observaron diferencias en la adherencia con relación a la edad y el sexo o a otros factores socio-demográficos como el nivel de estudios, el consumo de tabaco o alcohol o la situación laboral, ni a la presencia de comorbilidades o polimedición ($p = NS$ en todos los casos). La falta de adherencia fue menos frecuente en pacientes con pauta de administración mensual (6,4%) que en pacientes con pauta semanal (17,4%, $p = 0,034$) o bisemanal (14,4%, $p = 0,102$), y discretamente más frecuente en los pacientes en los que se realizó inducción (21,6% vs 12,5% sin inducción, $p = 0,068$). No se observaron diferencias en pacientes que utilizaron pluma o jeringa, ni en pacientes que tuvieron periodos de interrupción del tratamiento. Tampoco hubo diferencias en la falta de adherencia con relación al resultado del cuestionario de creencias en la medicación ni al de satisfacción de Carbonell.

Conclusiones: En pacientes con AR, se observó falta de adherencia a la medicación biológica subcutánea en el 14,3% durante el primer año tras la prescripción, sin observarse diferencias con relación a características sociodemográficas. La adherencia fue más alta en los pacientes en tratamiento subcutáneo mensual.

El estudio ARCO fue financiado por Merck Sharp & Dohme de España.

168. RIESGO DE FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD ORALES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. ESTUDIO ARCO

I. Monteagudo¹, E. Raya Álvarez², C. Marras Fernández-Cid³, G. Salvador Alarcón⁴, T.R. Vázquez-Rodríguez⁵, J.V. Tovar Beltrán⁶, A. Escudero-Contreras⁷, J.J. Alegre Sancho⁸, A.M. Ortiz García⁹, A. Olivé¹⁰, L. Cea-Calvo¹¹, M.J. Arteaga¹¹, Y. Mestre¹¹ y J. Calvo-Alén¹²

¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Barcelona. ⁵Reumatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ⁶Reumatología. Hospital General Universitario de Elche. ⁷UGC Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ⁸Sección de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹¹Departamento de Medical Affairs. Merck Sharp & Dohme de España. Madrid. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital Txagorritxu. Vitoria (en el momento de realizarse el estudio en Hospital de Sierrallana. Torrelavega).

Objetivos: Evaluar el riesgo de falta de adherencia a los fármacos antirreumáticos orales modificadores de la enfermedad (FAMEs) en pacientes con artritis reumatoide (AR) en tratamiento con biológico subcutáneo.

Métodos: ARCO fue un estudio transversal, con recogida retrospectiva de datos de la historia clínica y de los registros de farmacia hospitalaria, realizado en 42 hospitales españoles durante 1 año. Se incluyeron pacientes adultos con AR a los que se les había prescrito un fármaco biológico subcutáneo entre 12 y 18 meses antes de la visita del estudio. El riesgo de falta de adherencia a los FAMEs orales se evaluó mediante el cuestionario de cumplimiento en reumatología (Compliance Questionnaire in Rheumatology, CQR), cuestionario validado frente a un sistema de monitorización electrónica de la medicación. Mediante este cuestionario, se obtuvo el porcentaje de pacientes con riesgo de toma de $\leq 80\%$ de las dosis. Se recogieron además datos demográficos y clínicos y los pacientes rellenaron los cuestionarios de creencias en la medicación y de satisfacción de Carbonell.

Resultados: Se incluyeron 364 pacientes (edad 54,9 años [DE 12,5]; 77,5% mujeres). La mediana de duración de la AR fue 7,8 años (RIC 3,4 15,7). Se dispuso del CQR completo en 304 pacientes. De acuerdo al CQR, el 21,7% de los pacientes mostró riesgo de falta de adherencia a los FAMEs orales (IC95%: 17,4 26,7%). El porcentaje con riesgo de falta de adherencia fue similar en hombres y mujeres y superior en extremos de edad (en pacientes > 63 años y en ≤ 48 años, $p < 0,001$, tabla). Según las características demográficas, el porcentaje fue mayor en pacientes con riesgo de alcoholismo según el cuestionario AUDIT, en pacientes de raza distinta a la caucasiana, o en pacientes con estudios superiores, si bien sin alcanzar significación estadística, y fue significativamente mayor en trabajadores activos (tabla). El porcentaje fue similar en pacientes tratados con 1, 2 o > 2 fármacos orales para la AR, y en aquellos con o sin metotrexate subcutáneo. El riesgo de falta de adherencia fue mayor en pacientes sin comorbilidades (29,6% vs 18,5% en pacientes con otras enfermedades, $p = 0,050$), y en aquellos que consideraron que el efecto producido por el tratamiento para la AR había sido menor al esperado (38,1% vs 17,9% en aquellos que consideraron que había sido mayor, $p = 0,029$) según el cuestionario de Carbonell. No se observaron diferencias en relación al resultado del cuestionario de creencias en la medicación.

Porcentaje con riesgo de falta de adherencia a FAMEs orales según las características sociodemográficas

		Riesgo de no adherencia	p
Edad (años)	Q1 (≤ 48)	37,4%	< 0,001
	Q2 (> 48 56)	15,0%	
	Q3 (> 56 63)	11,1%	
	Q4 (> 63)	21,7%	
Sexo	Hombres	26,5%	0,361
	Mujeres	20,3%	
Raza	Caucásica	20,5%	0,107
	Otras	38,1%	
Riesgo de alcoholismo (AUDIT)	No	21,0%	0,429
	Sí	30,4%	
Nivel educativo	Primaria	16,0%	0,143
	Secundaria	24,2%	
	Profesional	21,6%	
	Universitario	30,5%	
Trabajador activo	No	17,8%	0,039
	Sí	27,2%	

Conclusiones: En pacientes con AR tratados con biológico subcutáneo, el 21,7% mostró riesgo de falta de adherencia a los FAMEs orales por el CQR (toma de $\leq 80\%$ de las dosis). El porcentaje fue mayor en edades extremas, pacientes con estudios universitarios, trabajadores activos, pacientes sin comorbilidades y en aquellos que consideraron que el efecto producido por el tratamiento para la AR había sido menor.

El estudio ARCO fue financiado por Merck Sharp & Dohme de España.

169. PATRONES DE CAPILAROSCOPIA EN NIÑOS CON CAMBIOS DE COLORACIÓN DIGITAL SUGESTIVOS DE FENÓMENO DE RAYNAUD

V. Torrente-Segarra, S. Hernández-Baldizón, E. Iglesias, R. Bou, J. Calzada, J. Sánchez, S. Borlán, C. Giménez y J. Antón

Unitat de Reumatologia Pediàtrica. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat.

Objetivos: Analizar los hallazgos por capilaroscopia periungueal (CPU) en pacientes afectos de distintas enfermedades sistémicas de inicio en la infancia y estudiar su asociación con diferentes parámetros clínicos y biológicos.

Métodos: Estudio observacional, transversal de los pacientes evaluados mediante CPU-DINOLite 300x®, en pacientes afectos de enfermedades sistémicas con presencia de síntomas sugestivos de fenómeno de Raynaud (FR). Variables: edad, sexo, presencia de FR (completo, incompleto), presencia de Anticuerpos Antinucleares (ANA), patrón y título. Descripción de la CPU (protocolo CAPICat): longitud, diámetro, tortuosidades, ramificaciones (vasos periungueales); hemorragias, trombosis, áreas avasculares, organización y plexo venoso. Aproximación diagnóstica según el resultado de la CPU: patrón esclerodermia precoz/activo/tardío, patrón inespecífico.

Resultados: Se realizaron un total de 84 CPU (70,2% niñas), media edad 13,8 ($\pm 3,19$), 29,8% con presencia de FR completo, 15,5% FR incompleto y 54,8% sin presencia de FR definido. El 36,9% presentaron ANA positivos (10,7% 1/80; 3,6% 1/160; 6% 1/320; 13,1% 1/640; 3,6% 1/2.560). Un 35,7% presentaron CPU con cambios inespecíficos, el 2,4% patrón de esclerodermia precoz, y un 61,9% normal. No observamos asociación estadísticamente significativa con ANA y FR. Los pacientes con ANA negativos presentaron mayor porcentaje de CPU normal, así como los pacientes sin FR. Describimos los diferentes patrones inespecíficos de la CPU en cada enfermedad Reumatológica. Presentamos imágenes de algunos de los distintos patrones morfológicos.

Conclusiones: La CPU es una excelente técnica de screening en pacientes con enfermedades inflamatorias en edad pediátrica.

Salvo excepciones, no existen patrones específicos que permitan afinar el diagnóstico clínico. Enfermedades como la esclerosis sistémica, dermatomiositis, polimiositis o síndrome antisintetasa, pueden beneficiarse ampliamente de la realización de una CPU para confirmar el diagnóstico. Otras enfermedades autoinmunes como LES, SSP, AR no presentan un patrón concluyente. En nuestro trabajo, tampoco encontramos ningún factor asociado a un patrón específico no descrito hasta el momento. Aunque, se recomienda la realización de esta exploración no invasiva junto con la correcta definición del FR y determinación de ANA para una correcta orientación clínica del paciente y como herramienta para tomar decisiones terapéuticas.

170. EFECTO DE CONDROITÍN SULFATO EN EL METABOLISMO DEL CARTÍLAGO EN PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA SINTOMÁTICA

I. Möller Parera¹, Y. Henrotin², H. Martínez Serrano³, M. Herrero Barbero³ y J. Vergés Milano³

¹Instituto Poal de Reumatología. Barcelona. ²CHU Sart-Tilman. Lieja. Bélgica. ³Clinical R&D Area Bioibérica S.A. Barcelona.

Introducción y objetivos: Cambios en los niveles de biomarcadores específicos de la artrosis pueden ayudar no sólo al diagnóstico de la enfermedad sino también a la monitorización de su progresión, así como a la eficacia de las intervenciones terapéuticas. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de condroitín sulfato (CS) sobre los niveles de biomarcadores de degradación del cartílago en sangre en pacientes con artrosis de rodilla (ARO).

Métodos: Estudio postautorización, observacional y prospectivo en 72 pacientes con ARO sintomática unilateral tratados con 800 mg/día de CS (Condrozan®, Bioibérica S.A., Barcelona) durante 6 meses. Se evaluaron los valores absolutos y cambio relativo de los niveles en sangre de Coll2-1, Coll2-1NO2 y Fib3-2, así como la gonalgia (mediante EAV) y la incapacidad funcional (mediante el Índice de Lequesne) en 5 visitas: 30 días antes del inicio del tratamiento, visita basal, 1, 3 y 6 meses de tratamiento. Se clasificaron los pacientes en respondedores y no-respondedores según criterios OMERACT-OARSI. Finalmente, se aplicó un punto de corte específico para clasificar a los pacientes según si se consideraban metabólicamente activos o no e interpretar las variaciones de los niveles de Coll2-1 en serum.

Resultados: Los niveles en sangre de Coll2-1, Coll2-1NO2 y Fib3-2 se mantuvieron constantes durante los 6 meses de tratamiento en la población general. Sin embargo, los niveles de Coll2-1 disminuyeron en el grupo de pacientes respondedores al tratamiento según criterios OMERACT-OARSI desde los 3 meses de tratamiento ($p = 0,039$) hasta los 6 meses ($p = 0,038$) en comparación con los valores basales. CS redujo el dolor y la incapacidad funcional desde el primer mes de tratamiento ($p < 0,01$). Los cambios fueron significativos en los meses 1, 3 y 6 para el dolor, y al mes 6 para la función. CS también mejoró el estado metabólico de los pacientes según un análisis complementario mostrando una reducción de un 13 a un 3% de los pacientes considerados metabólicamente activos ($[Coll2-1] = 21\%$) tras 1 mes de tratamiento, y doblando el porcentaje de pacientes (de 5 a 10%) que presentaban una reducción de los niveles de Coll2-1 relevante ($< 21\%$).

Conclusiones: CS es efectivo en la modulación del estado metabólico de los pacientes con ARO, reduciendo los niveles de Coll2-1 en los pacientes respondedores al tratamiento, así como los síntomas de la patología (dolor e incapacidad funcional). Los biomarcadores son herramientas importantes para monitorizar la enfermedad artrósica y la eficacia del tratamiento. El principal objetivo en la investigación con biomarcadores es cualificarlos como variables surrogadas en los ensayos clínicos. Este estudio también propone

un nuevo enfoque de análisis e interpretación de las variaciones de los niveles de biomarcadores e introduce el concepto de respondedores metabólicos.

171. UN PANEL PROTEÓMICO PREDICE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO COMBINADO DE CONDROITÍN SULFATO Y GLUCOSAMINA

J. Vergés Milano¹, H. Martínez Serrano¹, M. Herrero Barbero¹ y V. Kraus²

¹Clinical R&D Area. Bioiberica. Barcelona. ²Duke Molecular Physiology Inst. Durham. NC. Estados Unidos.

Introducción y objetivos: Los biomarcadores pueden ayudar a identificar a los pacientes que son más susceptibles de responder de forma favorable a una determinada terapia (biomarcadores predictivos). También se pueden utilizar como prueba objetiva de la respuesta biológica a un tratamiento (biomarcadores de la eficacia a una intervención). El objetivo general de este estudio fue tratar de identificar biomarcadores proteicos, tanto de tipo predictivos como de eficacia de la intervención, que pudieran predecir la respuesta al tratamiento con la combinación de condroitín sulfato e hidrocloreuro de glucosamina (CS+GH). La hipótesis de partida fue que un grupo de péptidos procedentes de un panel de espectrometría de masas desarrollado para predecir artrosis (OA), pudiera identificar los respondedores a CS+GH partiendo de la base que CS es un inhibidor de la inflamación y la actividad de NFκB.

Métodos: Se analizaron un total de 80 muestras de serum procedentes del ensayo clínico MOVES (Multicentric Osteoarthritis Intervention Study with SYSADOA). El ensayo clínico MOVES es un ensayo de no inferioridad, internacional, multicéntrico, fase IV, doble ciego y aleatorizado que comparó la eficacia y seguridad de la combinación de condroitín sulfato (CS 1.200 mg/día) y glucosamina (GH 1.500 mg/día) (Droglican®, Bioiberica, S.A.), versus celecoxib (200 mg/día) en pacientes con grados 2-3 de Kellgren y Lawrence y dolor moderado a severo. Las muestras seleccionadas para este estudio consistían en un grupo de 40 respondedores y 40 no respondedores al tratamiento según criterios OMERACT-OARSI. Se analizaron un total de 25 péptidos procedentes de 23 proteínas mediante espectrometría de masas. Este panel se elaboró en base a los resultados de estudios proteómicos de descubrimiento de biomarcadores indicativos de diagnóstico y progresión de la OA en líquido sinovial ($n = 23$), orina ($n = 45$) y serum ($n = 40$) de pacientes con artrosis de rodilla. Se llevó a cabo una espectrometría de masas cuantitativa LC/MRM. Se realizó una regresión logística para evaluar la asociación de los datos demográficos (edad, género e IMC) y los biomarcadores con la respuesta al tratamiento (sí/no) tras 6 meses de tratamiento. Valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

Resultados: La muestra consistía en un 90% de mujeres, con una edad media de 64 (DE 7) años y un 55% con IMC > 30 kg/m². Sólo la edad avanzada se asoció de forma estadísticamente significativa con la respuesta al tratamiento ($p = 0,004$). La edad conjuntamente con el panel de biomarcadores predijo de forma significativa la respuesta al tratamiento ($p = 0,0007$). En el modelo multivariante de regresión logística ajustado por la edad, un total de 12 péptidos, correspondientes a 11 proteínas, se asociaron de forma independiente y significativa a la respuesta al tratamiento ($p < 0,0001$ según el efecto del test del likelihood ratio).

Conclusiones: Estos biomarcadores se podrían utilizar para estratificar diferentes grupos de pacientes según su predisposición a responder clínicamente al tratamiento con la combinación de CS+GH de manera que se pudieran desarrollar algoritmos de tratamientos personalizados para pacientes con artrosis.

172. COMORBILIDAD Y POLIMEDICACIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON BIOLÓGICOS SUBCUTÁNEOS. ESTUDIO ARCO

G. Salvador Alarcón¹, C. Marras Fernández-Cid², N. Lozano-Rivas², E. Raya Álvarez³, J. Calvo-Alén⁴, T.R. Vázquez-Rodríguez⁵, J.V. Tovar Beltrán⁶, F.J. de Toro⁷, E. Giner Serret⁸, J.L. Pablos⁹, J. del Pino Montes¹⁰, Y. Mestre¹¹, L. Cea-Calvo¹¹ e I. Montegudo¹²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Araba. Vitoria. ⁵Reumatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ⁶Reumatología. Hospital General Universitario de Elche. ⁷Servicio de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Universidad de La Coruña. ⁸Reumatología. Hospital Obispo Polanco. Teruel. ⁹Servicio de Reumatología. Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre. Madrid. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca. Universidad de Salamanca. ¹¹Departamento de Medical Affairs. Merck Sharp & Dohme de España. Madrid. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos: En pacientes con múltiples patologías y tratamientos crónicos, la simplificación de las pautas terapéuticas puede mejorar la adherencia a la medicación prescrita. El objetivo de este trabajo fue describir, en pacientes con artritis reumatoide (AR) tratados con fármacos biológicos subcutáneos, la frecuencia de comorbilidades y de polimedicación.

Métodos: ARCO es un estudio transversal sin intervención y con recogida retrospectiva de datos, en pacientes > 18 años con AR en tratamiento con fármacos biológicos subcutáneos. Las comorbilidades se definieron de acuerdo a la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud vigente (ICD-9). Se realizó recuento de las medicaciones asociadas a las distintas patologías y el número de comprimidos y tomas prescritos a los pacientes.

Resultados: Se incluyeron 364 pacientes (edad media 54,9 años [DE 12,5], 77,5% mujeres y 22,5% varones). La mediana de duración de la AR fue 7,8 años (RIC 25-75: 3,4-15,7). Las pautas de administración del biológico fueron semanal (43,4%), cada dos semanas (38,2%), mensual (17,3%) y otras (1,2%). El 71,7% de los pacientes padecía, además de la AR, al menos una comorbilidad (IC95%: 66,9 76,1), y el 47,3% tenían 3 o más enfermedades crónicas. El 46,7% presentaban factores de riesgo cardiovascular. Las comorbilidades más frecuentes fueron las alteraciones del metabolismo lipídico, la hipertensión arterial, ansiedad e insomnio y el síndrome depresivo (tabla). El 5,2% tenía enfermedad cardiovascular establecida (tabla). Además del fármaco biológico subcutáneo para la AR, y contando todos los tratamientos para la AR y las comorbilidades, el 91,7% de los pacientes tomaba medicaciones por vía oral, el 4,1% fármacos inhalados, el 31,6% estaba en tratamiento con FAME subcutáneos y el 4,7% con otros fármacos inyectados distintos al FAME. La mediana de comprimidos/ampollas de medicación oral con las que los pacientes estaban tratados fue de 4 (RIC 27-75: 2-8). El 25% de los pacientes tomaba 8 o más unidades orales al día.

Conclusiones: En el estudio ARCO, casi tres cuartas partes de los pacientes con AR tratados con biológicos subcutáneos presentaron comorbilidades. Las más frecuentes fueron las alteraciones del metabolismo lipídico, la hipertensión arterial y los trastornos del ánimo. La prevalencia de enfermedad cardiovascular fue baja. La polimedicación fue muy frecuente, por lo que es conveniente simplificar los tratamientos en la medida de lo posible.

El estudio ARCO fue financiado por Merck Sharp & Dohme de España.

Prevalencia de comorbilidades en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con fármacos biológicos subcutáneos (ICD-9)

Comorbilidad	Prevalencia (%)
Enfermedades del aparato circulatorio, todas	
Cardiopatía coronaria (infarto de miocardio, angina de pecho, revascularización coronaria)	10 (2,8%)
Enfermedades cerebrovasculares (ictus o accidente isquémico transitorio)	5 (1,4%)
Arteriopatías periféricas (claudicación intermitente, revascularización arterial periférica)	1 (0,3%)
Insuficiencia cardíaca	5 (1,4%)
Factores de riesgo cardiovascular	
Hipertensión arterial	103 (28,3%)
Hipertrigliceridemia/hipercolesterolemia	117 (32,1%)
Diabetes mellitus	28 (7,7%)
Otras enfermedades crónicas	
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4 (1,1%)
Otra enfermedad respiratoria crónica (asma, enfermedad intersticial)	25 (6,9%)
Osteoporosis	47 (12,9%)
Síndrome depresivo o depresión	50 (13,7%)
Demencia	0 (0,0%)
Ansiedad, insomnio	74 (20,3%)
Enfermedad úlcero-péptica (gastritis, reflujo gastroesofágico, úlcera gástrica, etc.)	40 (11,0%)
Insuficiencia renal crónica en diálisis	0 (0,0%)
Cáncer	7 (1,9%)

173. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL ASOCIADA A ENTESITIS (AIJ-ERA)

V. Torrente-Segarra, A. Zacarías, S. Hernández, R. Bou, E. Iglesias, J. Calzada, J. Sánchez, C. Giménez, S. Borlán, S. Ricart y J. Antón

Unitat de Reumatologia Pediàtrica. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat.

Objetivos: Describir una serie de pacientes con artritis idiopática juvenil asociada a entesitis (AIJ-ERA). Describir la persistencia de síntomas y necesidad de tratamiento al final del seguimiento. Describir la frecuencia de uso de cada tratamiento sistémico.

Métodos: Estudio retrospectivo y observacional de práctica clínica de pacientes con criterios Edmonton'01 para AIJ-ERA visitados consecutivamente en nuestra Unidad, periodo 2005-2015. Variables: edad, sexo, HLAB27, fecha inicio, fecha diagnóstico, fecha inicio/fin fármacos. Actividad: número articulaciones dolorosas e inflamadas, afectación axial (sacroilíacas, por RMN), uveítis, VSG y PCR. Inclusión datos y análisis estadístico en plataforma ARGaleni.Co-Onmedic.

Resultados: 29 pacientes fueron incluidos, el 96% varones, medias de edad 14,5 años (DE 3,9) al final del seguimiento, edad inicio 10,5 años (DE 2,1), edad diagnóstico 11,0 años (DE 2,5), retraso diagnóstico 8,8 meses (DE 8,9), y tiempo de evolución de la enfermedad 47,7 meses (DE 33,1). El 96% presentó HLAB27 positivo. Durante el seguimiento, un 41% presentaron afectación axial y periférica, y un 10% uveítis. El 100% precisó AINE, el 44% corticoides orales y el 17% infiltraciones intra-articulares, en algún momento. Dosis media MTX OR 11,6 mg/sem (DE 3,36) y MTX SC 14,4 mg/sem (DE 4,33). Efectos adversos a MTX: OR 2/16 presentaron efectos adversos, y 1/12 con SC.

Conclusiones: Mostramos una serie de pacientes con AIJ-ERA. A pesar de la edad de inicio (11 años) todavía existe un importante retraso diagnóstico, posiblemente por la escasa expresividad clínica de inicio. Tras un periodo de seguimiento considerable, observamos que más de la mitad precisan actualmente tratamiento sistémico.

174. EVOLUCIÓN DE LA RESPUESTA SEROLÓGICA A LA VACUNA FRENTE A VHB EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS TRATADOS CON FÁRMACOS ANTI-TNF

E. Valls Pascual, D. Ybáñez García, E. Vicens Bernabeu, C. Vergara Dangond, M. Aguilar Zamora, M.A. Martínez Ferrer y J.J. Alegre Sancho

Sección de Reumatología. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia.

Introducción: Las sociedades de reumatología recomiendan la vacunación frente al virus de la hepatitis B (VHB) en pacientes con enfermedades reumáticas que van a iniciar terapia biológica con otros factores de riesgo asociados. Según la OMS, esta vacuna tiene una eficacia del 95%, estimándose que la duración de la protección es de al menos 20 años. En un estudio publicado en 2014 en el que se evalúa la respuesta a la vacuna frente a gripe estacional en pacientes con artritis reumatoide y espondiloartritis, se observa que los títulos de anticuerpos descendieron en los controles realizados a los 3-6 meses de la vacunación, sin observar mayor descenso entre los 6 y los 22 meses posteriores a la vacunación. A diferencia de lo publicado en el estudio anterior, en un trabajo realizado en 2013 se observa una baja tasa de retención de anticuerpos frente al neumococo en el control realizado a los 18 meses de la vacunación en pacientes con artritis reumatoide. Hasta la fecha no se ha estudiado la evolución de la respuesta serológica a la vacuna frente a VHB en pacientes con espondiloartritis tratados con fármacos anti-TNF.

Objetivos: Conocer la evolución de la respuesta serológica en pacientes con EspA tratados con antiTNF que presentaron respuesta previa a la vacuna frente a VHB.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Población: pacientes seguidos en la Sección de Reumatología del Hospital Doctor Peset con cualquier tipo de EspA tratados con antiTNF que presentaron respuesta previa a la vacuna frente a VHB. Procedimiento: los pacientes fueron vacunados frente a VHB según pauta clínica habitual. Se les realizó una serología de control al menos un año después de haber recibido la vacuna. Se consideró respuesta serológica protectora un nivel de anticuerpos anti-HBs = 10 mUI/mL. Análisis de datos: se calcularon proporciones para las variables cualitativas y media ± desviación estándar (o mediana si procedía) para variables cuantitativas. Se utilizó el estadístico χ^2 para comparar proporciones, aplicando la corrección por continuidad si era necesario. Se utilizó el estadístico T de Student (y el estadístico de Kruskal-Wallis si procede) para comparar medias.

Resultados: Se incluyeron 11 pacientes. La media de edad de los pacientes incluidos en el trabajo fue de 49,36 años. La mediana de tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad fue de 15 años. El tiempo medio de tratamiento con un fármaco biológico fue de 58,91 meses. De los 11 pacientes incluidos, sólo 4 mantuvieron respuesta serológica. En todos los pacientes se observó un descenso en los títulos de anticuerpos. No se observaron diferencias signifi-

ficativas en cuanto al mantenimiento de niveles protectores de anticuerpos en relación con la asociación de FAME sintético, con la presencia de otras causas de inmunosupresión, con el tiempo transcurrido desde la vacunación ni con la vía de administración del FAME biológico. Sí se encontraron diferencias significativas con la dosis de la vacuna administrada y con el nivel de anticuerpos alcanzado tras la vacuna.

Conclusiones: En nuestra muestra la proporción de pacientes que mantuvo respuesta a la vacuna frente a VHB fue baja. Los factores asociados fueron la dosis de la vacuna recibida y el nivel de anticuerpos alcanzado tras la vacunación. Sería deseable ampliar el estudio para valorar la dosis y frecuencia necesarias de vacuna frente a VHB en estos pacientes.

175. ¿EXISTEN DIFERENCIAS BASALES ENTRE LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADA CON FÁRMACOS ANTI-TNF Y LOS QUE RECIBEN ABATACEPT? ANÁLISIS BASADO EN DATOS DEL REGISTRO NACIONAL DE TERAPIAS BIOLÓGICAS BIOBADASER 2.0

M.V. Hernández¹, C.A. Sánchez-Piedra², J.D. Cañete¹, F. Sánchez-Alonso², R. Roselló Pardo³, A. Sifuentes⁴, J. García⁵, F.J. Manero-Ruiz⁶, M.D. Ruíz-Montesino⁷, E. Pérez-Pampín⁸, C. Rodríguez-Lozano⁹, S. Manrique¹⁰, C. Campos¹¹, A.M. Ortiz¹², E. Tomero Muriel¹², J. Román Ivorra¹³, J.J. Gómez-Reino⁸ y R. Sanmartí¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. ²Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología. ³Servicio de Reumatología. Hospital General San Jorge. Huesca. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Clínic Universitario. Universidad de Santiago de Compostela. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital General Carlos Haya. Málaga. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital de la Princesa. Madrid. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital La Fe. Valencia.

Introducción: La terapia biológica ha demostrado su eficacia en pacientes con artritis reumatoide (AR), siendo los inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF) los fármacos biológicos más ampliamente utilizados. Sin embargo, otros fármacos biológicos con un mecanismo de acción diferente como abatacept (ABA) han sido aprobados en los últimos años. Aunque ambos fármacos tienen la indicación en pacientes con AR se desconoce si, en la práctica clínica, pueden existir diferencias en la población de pacientes en los que se indican.

Tabla Póster 174

Paciente	Edad (años)	FAME biológico	FAME sintético	Tiempo diagnóstico (años)	Tiempo tratamiento biológico (meses)	Comorbilidad	Dosis vacuna	Tiempo desde vacuna (meses)	Acs 1 (mUI/mL)	Acs 2 (mUI/mL)
1	52	GOL	MTX	11	96	Diabetes mellitus	40	26	1001	74
2	48	IFX	MTX	19	84	No	10	40	62	1
3	36	ADA	SSZ	16	12	No	10	58	27	4
4	41	IFX	MTX	8	72	No	40	23	1001	151
5	64	ETN	No	14	24	No	10	28	77	5
6	43	IFX	MTX	17	60	No	10	42	18	5
7	58	ADA	MTX	30	108	No	10	34	1001	37
8	35	ADA	MTX	10	48	No	40	32	464	12
9	60	ADA	No	43	48	Diabetes mellitus	10	29	94	0
10	44	IFX	No	22	12	No	10	42	46	1
11	62	IFX	No	17	84	No	10	54	11	2

Objetivos: Analizar si existen diferencias basales en la población de pacientes con AR que reciben tratamiento con ABA, inhibidor de la coestimulación del linfocito T, respecto a los que reciben tratamiento con fármacos anti-TNF.

Métodos: Se seleccionaron todos los pacientes diagnosticados de AR incluidos en el registro BIOBADASER 2.0 que recibieron tratamiento con ABA desde 2008 hasta diciembre de 2014 (grupo ABA). Se analizaron las características sociodemográficas y clínicas basales de estos pacientes y se compararon con una población de pacientes tratados con fármacos anti-TNF, pero que no habían recibido tratamiento con ABA, durante el mismo tiempo (grupo anti-TNF). Se analizaron las siguientes variables: edad, género, duración de la enfermedad, presencia de factor reumatoide, actividad de la enfermedad en el momento del inicio de la terapia biológica medida por el índice DAS-28, número de tratamientos biológicos previos (0, 1, ≥ 2) y tratamiento concomitante con glucocorticoides. Asimismo, se analizaron las diferencias entre ambos grupos en el valor basal del índice DAS28 tanto de forma global como estratificado según el número de biológicos recibidos previamente. Se analizó también si existían diferencias en las características basales de los pacientes tratados con ABA según año de calendario.

Resultados: Desde enero de 2008 a diciembre 2014, 252 pacientes con AR tratados con ABA y 640 tratados con anti-TNF fueron incluidos en el registro Biobadaser 2.0. Sus características basales se describen en la tabla. Basalmente, los pacientes tratados con ABA eran significativamente más jóvenes ($52,2 \pm 13,1$ vs $54,6 \pm 13,7$ años, $p = 0,018$); tenían una mayor duración de la enfermedad ($12,1 \pm 8,1$ vs $7,3 \pm 8,0$ años; $p < 0,001$) y habían recibido un mayor número de biológicos previos (28,2% vs 7,8% habían recibido un biológico previo; $p < 0,001$) (61,1% vs 1,88% habían recibido ≥ 2 biológicos previos; $p < 0,001$). Cuando se analizó el DAS-28 basal, tanto de forma global como estratificado por número de biológicos previos, se observó un DAS-28 más elevado en los pacientes que habían iniciado ABA respecto a los que recibieron anti-TNF, que fue significativo en los que habían recibido un biológico previo (DAS-28: $5,20 \pm 1,53$ vs $4,09 \pm 1,95$; $p < 0,001$). No se observaron diferencias significativas en el género, presencia de factor reumatoide y tratamiento concomitante con glucocorticoides. No se observaron diferencias en las características basales de los pacientes tratados con ABA según año de calendario.

Conclusiones: En nuestra población, los pacientes con AR que reciben tratamiento con ABA tienen una enfermedad más activa y de peor pronóstico que los tratados con anti-TNF, presentando básicamente una mayor duración de la enfermedad, un mayor número de biológicos previos y una mayor actividad inflamatoria.

176. ¿QUÉ SOLUCIONES PROPONEN LOS REUMATÓLOGOS A LOS PROBLEMAS DE LA ATENCIÓN DE LA ARTRITIS PRECOZ?

A. Balsa¹, J.J. Alegre², M. Alperi-López³, C. Barbadillo⁴, E. Chamizo Carmona⁵, M.L. García Vivar⁶, N. Garrido⁷, J. Graña⁸, C. Marras Fernández-Cid⁹, J. Narváez¹⁰, A.M. Ortiz García¹¹, R. Sanmartín¹², J.J. Pérez Venegas¹³ y L. Carmona¹⁴

¹Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. ³Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ⁵Hospital de Mérida.

⁶Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ⁷Hospital Universitario

Virgen del Rocío. Sevilla. ⁸Complejo Hospitalario Universitario

A Coruña. ⁹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

¹⁰Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ¹¹Hospital Universitario

de La Princesa. Madrid. ¹²Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

¹³Hospital de Jerez de la Frontera. ¹⁴Instituto de Salud

Musculoquelética. Madrid.

Introducción: El Libro Blanco de la Artritis Precoz en España puso de manifiesto muchas áreas de mejora. Si bien el propio documento ya avanzó algunas medidas para mejorar, como proponer criterios de derivación y otros, realmente no se dieron pautas sobre cómo poner en la práctica las recomendaciones de una atención de calidad.

Objetivos: 1) Examinar aspectos operacionales relacionados con la atención de la artritis precoz, 2) recabar la opinión de los reumatólogos españoles sobre la protocolización de la atención, y 3) indagar sobre posibles medidas con resultado exitoso ya existentes que faciliten la comunicación con atención primaria.

Métodos: Se realizó una encuesta telemática que se envió a todos los reumatólogos del grupo ARCO (Artritis Reumatoide de Reciente Comienzo) de la SER. La encuesta contenía ítems sobre la actividad asistencial, sobre la relación con primaria.

Resultados: La encuesta se envió a 67 personas y fue respondida por 53 (tasa de respuesta del 79%). Los participantes trabajaban en su mayoría en hospitales terciarios (76%) y un 24% en hospitales comarcales; ningún encuestado realizaba principalmente su asistencia en hospitales privados. El 15% refiere tener una unidad reconocida de Artritis Precoz dentro de la cartera de servicios, si bien un 18% adicional tiene una unidad operativa aunque no reconocida oficialmente. Eran menos los reumatólogos que contaban con protocolos específicos de derivación (41%), enfermera dedicada (28%), hojas de recogida de datos para investigación (41%) y base de datos (42%). El 54% cuenta con criterios de derivación preferente específicos para sospecha de artritis de inicio y el 27% agenda específica para artritis precoz. El control de la agenda por los reumatólogos es mayor en pacientes preferentes que en no preferentes, en cuyo

Tabla Póster 175

Variable (nº de pacientes)	Total (n = 892)	Grupo abatacept (n = 252)	Grupo anti-TNF (n = 640)	p-valor *
Edad al inicio del primer fármaco biológico (años), media (DE)	55,3 (13,5)	52,2 (13,1)	54,6 (13,7)	0,018
Mujeres, n (%)	705 (79,1)	208 (82,5)	497 (77,7)	0,107
Duración de la enfermedad años, media (DE)	8,7 (8,3)	12,1 (8,1)	7,3 (8,0)	< 0,001
Número de fármacos biológicos previos				
0	605 (67,8)	27 (10,7)	578 (90,3)	< 0,001
1	151 (13,6)	71 (28,2)	50 (7,8)	< 0,001
≥ 2	166 (18,6)	154 (61,1)	12 (1,8)	< 0,001
Tratamiento concomitante con glucocorticoides (%)	512 (57,4)	134 (53,2)	378 (59,1)	0,109
Factor reumatoide (%)	752 (84,3)	214 (84,9)	538 (84,1)	0,751
DAS28 basal, media (DE)				
Global	4,74 (1,63)	4,86 (1,74)	4,73 (1,63)	0,597
Número de fármacos biológicos previos = 0	n = 667** 4,70 (1,63)	n = 44** 4,86 (1,74)	n = 623** 4,69 (1,63)	0,495
Número de fármacos biológicos previos = 1	n = 490** 4,28 (1,93)	n = 71** 5,20 (1,53)	n = 419** 4,09 (1,95)	< 0,001
Número de fármacos biológicos previos ≥ 2	n = 484** 4,74 (4,17)	n = 137** 4,99 (1,46)	n = 347** 4,59 (5,17)	0,412

* $p < 0,05$. **Número de tratamientos iniciados en cada grupo en los que se dispone del valor de DAS28.

caso puede llegar a estar controlada por el hospital, en lugar de por el servicio. Menos de un 40% de los participantes respondieron afirmativamente a la existencia de protocolos específicos (pruebas, tratamientos, etc.). Al ser preguntados si les parecería importante implantarlos, el porcentaje no mejoró. La mayor parte (67%) tiene una relación con primaria sólo puntual e irregular y sólo un tercio (31%) tienen contacto frecuente. En general (65%) los reumatólogos no están satisfechos con la relación con primaria. El 62% ha realizado o está realizando algún proyecto de divulgación con Atención Primaria en su zona que haya dado o esté dando resultados. Entre estos destacan: formación específica, creación de protocolos de derivación y manejo, diagnóstico precoz de artritis, espondiloartritis, osteoporosis o gota, implantación de consulta virtual y de la figura del Reumatólogo Consultor, correo y teléfono directos y herramientas on-line, reuniones periódicas con primaria, atención en los centros de salud, o mediante involucración de los médicos de atención primaria a través de proyectos SER (SERAP y ESPERANZA) y no SER (Protocolo de Incapacidad temporal musculoesquelética).

Conclusiones: La atención y los recursos para la artritis precoz parecen ser variables en España; afortunadamente las medidas tomadas con éxito también son muy variadas. Un análisis pormenorizado de los ejemplos de práctica exitosa se puede utilizar para adaptar a escenarios locales.

177. SECUKINUMAB MEJORA SIGNIFICATIVAMENTE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE ACTIVA: RESULTADOS A LAS 52 SEMANAS DE UN ENSAYO DE FASE III ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO Y CONTROLADO CON PLACEBO CON ADMINISTRACIÓN SUBCUTÁNEA DE DOSIS DE CARGA Y DE MANTENIMIENTO

A. Balsa¹, J. Braun², A.A. Deodhar³, J. Sieper⁴, M. Andersson⁵ y H. Richards⁵

¹Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Rheumazentrum Ruhrgebiet. Herne. Alemania. ³Oregon Health & Science University. Portland. OR. EEUU. ⁴Clínica Universitaria Benjamin Franklin. Berlín. Alemania. ⁵Novartis Pharma AG. Basilea. Suiza.

Objetivos: En MEASURE 2 (NCT01649375), la administración subcutánea (s.c.) de secukinumab, anticuerpo contra la interleucina-17A, mejoró los signos y síntomas de la espondilitis anquilosante (EA) durante 16 semanas de tratamiento. Aquí presentamos la eficacia y seguridad de secukinumab a largo plazo (52 semanas).

Métodos: Se aleatorizaron 219 pacientes (pts) con EA activa, clasificada según los criterios modificados de Nueva York, a pesar del tratamiento con AINEs, para recibir secukinumab 150 o 75 mg o placebo (PBO) por vía s.c. en la visita basal, en las semanas (sem.) 1, 2 y 3, y cada 4 sem. desde la sem. 4. En la sem. 16, se volvió a aleatorizar a los pts tratados con PBO para que recibieran secukinumab 150 o 75 mg por vía s.c. cada 4 sem. La variable de valoración principal fue el porcentaje de pts con respuesta ASAS20 a la sem. 16. Las variables de valoración secundarias fueron la puntuación ASAS40, la hsCRP, ASAS 5/6, BASDAI, PCS del SF-36 y ASQoL y remisión parcial según ASAS. Las variables de valoración principal y secundarias se evaluaron hasta la sem. 52 usando un método de imputación por ausencia de respuesta (variables binarias) y un modelo de efectos mixtos con medidas repetidas (variables continuas). Para el contraste de hipótesis en los análisis estadísticos realizados en la sem. 16 se usó una estrategia de jerarquización de hipótesis para ajustar por multiplicidad.

Resultados: En total, 181 pts (82,6%) completaron 52 sem. de tratamiento. Las tasas de respuesta ASAS20 en la sem. 16 fueron del 61,1% con secukinumab 150 mg frente al 28,4% con PBO (p = 0,0001). Esta dosis también mejoró significativamente la puntuación ASAS40, la hsCRP y las puntuaciones ASAS 5/6, BASDAI, PCS del SF-36 y ASQoL en la sem. 16 frente al PBO. Las respuestas clínicas con secukinumab 75 mg no alcanzaron significación estadística para ninguno de las variables de valoración especificados previamente. Las mejorías con secukinumab 150 mg se mantuvieron hasta la sem. 52 (tabla). Utilizando una estimación más conservadora de la eficacia con el método de imputación de no respondedores, las tasas de respuesta ASAS20/40 con secukinumab 150 mg en la sem. 52 fueron del 62,5%/48,6%; las tasas con los datos observados fueron del 73,8%/57,4%. Las tasas de respuesta ASAS20/40 en los pts aleatorizados en un principio a PBO que recibieron secukinumab 150 mg en la sem. 16 (n = 34) fueron del 70,6%/52,9% en la sem. 52 (imputación por ausencia de respuesta). Durante todo el estudio, las tasas de AAGs ajustadas por exposición (media de exposición a secukinumab: 425,8 días; media de exposición a PBO: 107,6 días) fueron de 6,6, 7,7 y 14,0 por 100 pts-año con secukinumab 150 mg, 75 mg y PBO, respectivamente. Los AAGs más frecuentes fueron infecciones; ningún pt discontinuó el tratamiento por infección. 3 pts que recibían secukinumab tuvieron candidiasis (1 con 150 mg y 2 con 75 mg), 1 pt tuvo infarto de miocardio mortal (75 mg), 2 tuvieron enfermedad de Crohn (1 con 150 mg [de novo] y 1 con 75 mg [reagudización]) y 1 pt tuvo uveítis (150 mg). Con secukinumab no se produjeron AAs relacionados con suicidios.

Tabla Póster 177

Resultados de las variables de valoración principal y secundarios en las semanas 16 y 52

		Secukinumab 150 mg s.c. (n = 72)	Secukinumab 75 mg s.c. (n = 73)	Placebo (n = 74)
ASAS20, %	Sem 16	61,1†	41,1	28,4
	Sem 52	62,5	53,4	NP
ASAS40, %	Sem 16	36,1†	26,0	10,8
	Sem 52	48,6	34,2	NP
hsCRP, ratio post-basal/basal	Sem 16	0,55†	0,61	1,13
	Sem 52	0,46	0,58	NP
ASAS 5/6, %	Sem 16	43,1†	34,2	8,1
	Sem 52	52,8	39,7	NP
BASDAI, cambio medio respecto a la visita basal (MCID = 1)	Sem 16	-2,19†	-1,92	-0,85
	Sem 52	-2,85	-2,47	NP
PCS SF-36, cambio medio respecto a la visita basal (MCID = 2,5)	Sem 16	6,06†	4,77	1,92
	Sem 52	6,82	6,11	NP
ASQoL, cambio medio respecto a la visita basal (MCID = 1,8)	Sem 16	-4,00μ	-3,33	-1,37
	Sem 52	-4,80	-3,88	NP
Remisión parcial según ASAS, %	Sem 16	13,9	15,1	4,1
	Sem 52	22,2	15,1	NP

†p ASAS, Criterios de evaluación de la respuesta de la Spondyloarthritis International Society; ASQoL, Calidad de vida en espondilitis anquilosante (Ankylosing Spondylitis Quality of Life); BASDAI, Índice de Bath de la actividad de la enfermedad en la espondilitis anquilosante (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity); MCID, diferencia mínima clínicamente importante; hsCRP, proteína C-reactiva de alta sensibilidad; PCS del SF-36, Resumen del componente físico del Cuestionario abreviado de salud de 36 ítems (Short Form-36 item Health Survey Physical Component Summary)

Conclusiones: Secukinumab 150 mg por vía s.c. proporcionó mejoras durante 52 sem. en los signos y síntomas de la EA, reduciendo la inflamación y mejorando la función física y la calidad de vida relacionada con la salud. Secukinumab fue bien tolerado; los datos sobre seguridad se corresponden con los de informes anteriores.

178. ESTUDIO LONGITUDINAL DE LA EVOLUCIÓN DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA Y DEL TRABECULAR BONE SCORE EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO

E. Armengol, H. Borrell, J.M. Nolla, J. Narváez y C. Gómez Vaquero

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

Introducción: La artritis reumatoide (AR) se asocia a una pérdida de masa ósea y a un aumento del riesgo de fracturas por fragilidad que se relaciona tanto con factores dependientes del propio paciente como con factores relacionados con la evolución de la enfermedad, fundamentalmente su actividad, y con los tratamientos recibidos. Sería esperable que la administración precoz de tratamiento para la osteoporosis y el buen control de la actividad frenara la pérdida ósea en los estadios precoces de la enfermedad. El Trabecular Bone Score (TBS) es una técnica novedosa que proporciona un valor numérico relacionado con la calidad ósea, independiente de la densidad mineral ósea (DMO), a partir de la imagen de la columna vertebral adquirida con los aparatos de densitometría DXA.

Objetivos: En pacientes con AR de inicio, evaluar el cambio de DMO en columna lumbar (CL) y TBS a medio plazo e identificar sus factores determinantes.

Métodos: De una consulta de AR de inicio, se seleccionaron los pacientes, seguidos según una estrategia de tight control, que tuvieran una determinación de DMO al diagnóstico y otra al cabo de un mínimo de un año. Las variables de estudio fueron: 1) Relacionadas con el paciente: edad, sexo, IMC; 2) Relacionadas con la historia de la AR: FR, ACPA; 3) Actividad de la enfermedad: DAS28 y PCR; 4) Discapacidad: HAQ; 5) Tratamientos de la AR; 6) Cambio porcentual de DMO en CL y TBS calculado con la fórmula (valor final valor inicial) $\times 100/\text{valor inicial}$; y 7) Tratamiento para la osteoporosis.

Resultados: Se incluyeron 170 pacientes (121 mujeres) con una edad media de 54 ± 14 años y un IMC medio de $26,7 \pm 4,3$ kg/m². El 66% de los pacientes tenía el FR + y el 59%, ACPA + (título medio: 330 ± 524 U/L). Al diagnóstico, el DAS28 medio era de $5,76 \pm 1,33$; la PCR, $26,2 \pm 38,6$ mg/L; y el HAQ, $1,500 \pm 0,654$. La DMO media al inicio era de $0,965 \pm 0,163$ g/cm² y el TBS medio de $1,344 \pm 0,119$. El cambio medio de DMO en CL fue del $+0,81 \pm 7,50\%$ y del TBS, $-2,19 \pm 7,47\%$. El tiempo medio entre densitometrías óseas fue de 31 ± 17 meses. Situando el límite de la variabilidad en un 5% de cambio, el 16% de los pacientes pierden y el 23% ganan DMO; el 22% pierden y el 5% ganan TBS. Cuarenta y cinco pacientes realizaron tratamiento para la osteoporosis en el período de estudio, durante una media de 28 ± 15 meses. El IMC se correlaciona de forma inversa con el cambio TBS ($r -0,26$; $p < 0,01$): a mayor IMC, más pérdida de TBS. En pacientes FR y ACPA positivos, hay una tendencia no significativa a perder más TBS y ganar menos DMO que en los pacientes FR y ACPA negativos. Los pacientes que reciben tratamiento para la osteoporosis ganan más DMO ($3,95 \pm 9,20\%$ vs $-0,89 \pm 6,17\%$) y pierden menos TBS ($-1,61 \pm 7,20\%$ vs $-2,58 \pm 6,80\%$) que los que no reciben tratamiento, de forma estadísticamente significativa. El cambio de DMO presenta una correlación positiva con la duración del tratamiento para la osteoporosis ($r: +0,26$; $p < 0,01$). Por análisis de la covarianza, las mujeres pierden más TBS que los hombres independientemente de la edad, el IMC y el tiempo de tratamiento para la osteoporosis. No se evidenciaron diferencias en el cambio de DMO en CL entre sexos.

Conclusiones: Los pacientes con AR de inicio tratados mediante una estrategia de tight control tienen cambios de DMO y TBS no relevan-

tes clínicamente. El tratamiento parece influir más sobre la DMO que sobre el TBS.

179. ENDOTHELIN 1 INDUCES A MYOFIBROBLASTIC PHENOTYPE IN VASCULAR SMOOTH MUSCLE CELLS. A MECHANISM POTENTIALLY CONTRIBUTING TO VASCULAR REMODELING AND INTIMAL HYPERPLASIA IN GIANT CELL ARTERITIS

E. Planas-Rigol¹, N. Terrades-García¹, M. Corbera-Bellalta¹, E. Lozano¹, M.A. Alba¹, G. Espígol-Frigol¹, S. Prieto-González¹, M. Segarra¹, S. Preciado², R. Lavilla² and M.C. Cid¹

¹Vasculitis Research Unit. Department of Autoimmune Diseases. Hospital Clínic. University of Barcelona. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Fundació CELLEX. Barcelona. ²Laboratory of Organic Chemistry. Faculty of Pharmacy. Barcelona.

Introduction: Giant cell arteritis (GCA) is vascular inflammatory disease frequently involving the temporal arteries (TA). Inflammation-induced vascular remodeling leads to vascular occlusion and ischemic complications particularly partial or complete visual loss and, in some cases, stroke. Pathogenic mechanisms contributing to this process are incompletely understood although vascular smooth muscle cells (VSMC) acquisition of myofibroblastic phenotype might be involved. We previously reported that endothelin-1 (ET-1) and its receptors ET_AR and ET_BR are over-expressed in GCA lesions and GCA patients with ischemic complications have increased serum concentrations of ET-1. The most investigated function of ET-1 in VSMC is vascular tone regulation. In recent years, it has been observed that ET-1 may contribute to myofibroblast differentiation of fibroblasts, a crucial step in lung and skin fibrogenic diseases. Whether ET-1 has similar effects on VSMC which may contribute to vascular occlusion has not been investigated.

Objectives: To investigate whether ET-1 induces a migratory myofibroblastic phenotype in human TA-derived VSMC which might contribute to vascular remodeling and ischemic complications.

Methods: Primary cultures of TA-derived VSMC and co-cultures with peripheral blood mononuclear cells. Immunofluorescence and confocal microscopy of TA, RT-PCR and western-blot.

Results: In GCA lesions ET-1 was mainly produced by inflammatory cells. Interaction with PBMC increased ET-1 receptor expression by VSMC. ET-1 promoted spread morphology in cultured VSMC and stimulated their migration by inducing focal adhesion kinase (FAK) phosphorylation at Y397 permitting association with p85 subunit of PI3Kinase which co-localized with FAK at the cell protrusions of migrating cells. Accordingly, inhibition of both FAK and PI3K abrogated ET-1 induced migration. Consistently, blockade of ET_AR and ET_BR with BQ123 and BQ788 antagonists inhibited ET-1 induced VSMC migration and VSMC outgrowth from cultured GCA-arteries.

Conclusions: ET-1 may be involved in GCA vascular occlusion by promoting VSMC migration towards the intimal layer, a mechanism involving either ET_AR or ET_BR.

180. AFECCIÓN VISCERAL EN LA ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO

M. Pascual¹, J. Narváez¹, G. Albert Espí², M. Millán³, M. López de Recalde¹, H. Borrell¹, I. Morales¹, J.J. Alegre², I. Castellví³ y J.M. Nolla¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. ³Unidad de Reumatología. Hospital de Sant Pau. Barcelona.

Introducción: La enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) es una entidad bien definida, en la que predominan las manifestaciones cutáneas y músculo-esqueléticas. Se conoce que la enfermedad

curso con manifestaciones viscerales, pero existen discrepancias acerca de cuál es su frecuencia y su expresividad clínica dada la escasez de series publicadas.

Objetivos: Evaluar, en una serie de pacientes con EMTC, la prevalencia de la afección visceral y analizar las manifestaciones clínicas que determina.

Métodos: Estudio ambispectivo llevado a cabo con 42 pacientes con EMTC (criterios diagnósticos de Alarcón-Segovia et al), seguidos en tres hospitales españoles durante al menos dos años.

Resultados: Se observó afección visceral, en uno o más, órganos, en el 69% (29/42) de los pacientes (periodo de seguimiento: 117,3 ± 63,1 meses; rango, 432-18). La afección gastrointestinal, en forma de dismotilidad esofágica y enfermedad por reflujo, fue la más frecuente, presentándose en el 43% (18/42) de los casos. La segunda afección en orden de frecuencia fue la pulmonar, que se observó en el 38% (16/42) de los pacientes. El espectro de las manifestaciones clínicas fue amplio. Así, se observó enfermedad pulmonar intersticial difusa en el 24% (10/42) de los pacientes (seis casos de neumonía intersticial no específica, tres de neumonía intersticial usual, y uno de neumonía intersticial linfocitaria), pleuritis en el 19% (8/42), hipertensión arterial pulmonar primaria en el 12% (5/42) y síndrome del pulmón encogido en el 2% (1/42). Se constató afección neurológica en el 19% (8/42) de los pacientes (4 casos de neuropatía del V par craneal, un caso de discinesias, un caso de neuropatía sensitiva periférica, un caso de caso de hemorragia intracranial y un caso de vasculitis del SNC), afección cardíaca en el 12% (5/42) (4 casos de pericarditis y uno de miocarditis) y afección renal en el 10% (4/42) (2 casos de GMN mesangial, un caso de GMN proliferativa focal y un caso GMN proliferativa difusa).

Conclusiones: La prevalencia de la afección visceral en la EMTC es elevada. Su presentación clínica es polimorfa, comprometiéndose una gran variedad de órganos y sistemas. La afección gastrointestinal es la más frecuente, si bien el protagonismo de la afección pulmonar y neurológica es también relevante.

181. COMUNICACIÓN CELULAR A TRAVÉS DE CANALES DE CONEXINAS ENTRE LAS CÉLULAS QUE FORMAN EL CARTÍLAGO, TEJIDO SINOVIAL Y HUESO SUBCONDAL: IMPLICACIONES EN LA HOMEOSTASIS Y FUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN

P. Carpintero-Fernández¹, R. Gago-Fuentes¹, H.Z. Wang², B. Acea¹, E. Fonseca¹, V. Valiunas², P.R. Brink² y M.D. Mayan¹

¹Grupo de Investigación CellCOM-SB. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). CH-Universitario A Coruña. Universidad de A Coruña. Servicio Galego de Saúde (SERGAS). A Coruña.

²Department of Physiology and Biophysics. State University of New York. Stony Brook. New York. EEUU.

Introducción y objetivos: El acoplamiento metabólico y coordinación química entre los principales tejidos que forman la articulación sinovial es esencial para el correcto funcionamiento y homeostasis de la articulación. Existen evidencias de comunicación celular entre los diferentes tipos de células y en especial entre las células del hueso subcondral y condrocitos. Sin embargo, a día de hoy estos estudios se basan únicamente en la comunicación a través de la difusión de moléculas a la matriz o al líquido sinovial. El objetivo de este trabajo fue investigar si las células que forman los diferentes tejidos de la articulación eran capaces de establecer canales de comunicación que permitan el intercambio directo de moléculas, péptidos, nutrientes y segundos mensajeros.

Métodos: Las células del hueso subcondral, tejido sinovial y los condrocitos fueron aislados a partir de muestras de donantes sanos. La capacidad para formar canales de conexinas (UCs) fue evaluada utilizando experimentos de dual-voltage clamp y métodos de whole-cell/performed patch. El intercambio de moléculas a través de las

UCs se evaluó utilizando experimentos de inyección de fluoróforo. Un sistema de co-cultivo en membrana porosa y MALDI/TOF-TOF fueron utilizados para estudiar la transferencia de aminoácidos esenciales y proteínas entre las células del hueso subcondral, sinoviocitos y condrocitos. Los niveles de conexina 43 (Cx43) fueron evaluados mediante técnicas de western-blot e inmunohistoquímica.

Resultados: Los resultados obtenidos demostraron que las células del hueso subcondral, los sinoviocitos y los condrocitos son capaces de establecer conexiones físicas y comunicarse a través de UCs formadas principalmente por Cx43. Los experimentos de dual-voltage clamp y whole-cell/performed patch demostraron que las células del hueso subcondral y los sinoviocitos son capaces de acoplarse eléctricamente a los condrocitos. La inyección de fluoróforo confirmó la funcionalidad de la UCs al permitir el intercambio moléculas como el lucifer yellow o un derivado de glucosa fluorescente (2-NBDG). El co-cultivo en membrana porosa de células cultivadas previamente en medio marcado SILAC ([13C6]-L-lisina y [13C6, 15N4]-L-arginina) y el análisis mediante MALDI/TOF-TOF confirmaron el intercambio de aminoácidos esenciales, péptidos y proteínas, entre los diferentes tipos celulares, tales la calnexina, calreticulina o el antígeno CD44.

Conclusiones: Los canales de conexinas (UCs) proporcionan una ruta de señalización directa que permiten el intercambio de moléculas y metabolitos. Los resultados obtenidos sugieren que la comunicación intercelular directa entre hueso subcondral, membrana sinovial y cartílago articular podrían estar jugando un papel esencial en la señalización y coordinación celular para el correcto funcionamiento de la articulación.

182. SECUKINUMAB PROPORCIONA MEJORÍAS SOSTENIDAS EN LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE ACTIVA EN PACIENTES QUE NO HAN RECIBIDO TRATAMIENTO PREVIO CON INHIBIDORES DEL TNF Y EN LOS PREVIAMENTE TRATADOS CON INHIBIDORES DEL TNF: RESULTADOS A LAS 52 SEMANAS DE DOS ENSAYOS DE FASE III ALEATORIZADOS, DOBLE CIEGO Y CONTROLADOS CON PLACEBO

R. Blanco¹, D. Baeten², J. Sieper³, R. Martin⁴ y H. Richards⁵

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Centro Médico Universitario/Universidad de Ámsterdam. Ámsterdam. Países Bajos. ³Clínica Universitaria Benjamin Franklin. Berlín. Alemania. ⁴Novartis Pharmaceuticals Corporation. East Hanover. NJ. EEUU. ⁵Novartis Pharma AG. Basilea. Suiza.

Objetivos: Los anti-TNF son los únicos biológicos aprobados para la espondilitis anquilosante (EA). Existe una necesidad no cubierta en pacientes (pts) con respuesta inadecuada o intolerancia a estos fármacos. Se evaluó la eficacia y seguridad de secukinumab en dos estudios fase III realizados en pts con EA activa, MEASURE 1 (NCT01358175) y MEASURE 2 (NCT01649375). Presentamos eficacia y seguridad de secukinumab en pts incluidos en estos dos estudios, en función de si habían recibido o no anteriormente anti-TNF.

Métodos: En MEASURE 1, se aleatorizaron 371 pts a secukinumab o placebo (PBO). El grupo de secukinumab recibió 10 mg/kg por vía intravenosa (i.v.) en la visita basal (VB) y en las semanas (sem.) 2 y 4, seguido de 150 (i.v. 150 mg) o 75 mg (i.v. 75 mg) por vía subcutánea (s.c.) cada 4 sem. desde la sem. 8; el PBO se administró con la misma posología. En MEASURE 2, se aleatorizaron 219 pts para recibir secukinumab 150 o 75 mg por vía s.c. o PBO en la VB, en las sem. 1, 2 y 3, y cada 4 sem. desde la sem. 4. La aleatorización se estratificó según antecedentes de tratamiento: sin tratamiento previo con anti-TNF o con respuesta inadecuada o intolerancia a un máximo de 1 fármaco inhibidor del TNF (anti-TNF-IR). La variable de valoración principal para ambos estudios fue la respuesta ASAS20 a la sem. 16. Las variables secundarias fueron la puntuación ASAS40, hsCRP, puntuaciones ASAS 5/6, BASDAI, PCS del SF-36 y ASQoL y

remisión parcial según ASAS. Los análisis de la sem. 16 usaron la imputación de no respondedores (variables binarias) y un modelo de efectos mixtos con medidas repetidas (variables continuas). Los datos de la sem. 52 eran los observados.

Resultados: En la VB, el 73% y el 61% de los pts no habían recibido tratamiento previo con anti-TNF en MEASURE 1 y MEASURE 2, respectivamente. En comparación con PBO, las tasas de respuesta ASAS20 en la sem. 16 fueron superiores en todas las dosis de secukinumab, salvo para 75 mg por vía s.c. en MEASURE 2, tanto en los pts sin tratamiento previo con anti-TNFs como en los pts con anti-TNF-IR (tabla). Se observaron mejorías con secukinumab en todas las variables secundarias en los pts sin tratamiento previo con anti-TNFs, salvo por la remisión parcial según ASAS en MEASURE 2, así como en la mayoría de las variables secundarias en los pts anti-TNF-IR. No se observó aumento en la eficacia con las dosis i.v. 150 mg o i.v. 75 mg frente a 150 mg por vía s.c., a pesar de la mayor exposición con la dosis i.v. En la sem. 52, 319 (86,0%) pts seguían en MEASURE 1 y 181 (82,6%) en MEASURE 2. Las respuestas clínicas a secukinumab fueron sostenidas o continuaron mejorando durante las 52 sem. de tratamiento tanto en los pts que no habían recibido tratamiento previo como en los pts con anti-TNF-IR (tabla). Por lo general, las respuestas en los pts sin tratamiento previo con anti-TNFs fueron mayores que en los pts con anti-TNF-IR. Las tasas de respuesta ASAS40 en la sem. 52 en los pts sin tratamiento previo con anti-TNFs y pts con anti-TNF-IR fueron del 67,1% y el 45,8% con i.v. 150 mg, del 48,8% y el 50,0% con i.v. 75 mg, del 64,1% y el 45,5% con 150 mg, y del 47,6% y el 26,3% con 75 mg.

Conclusiones: Secukinumab 150 mg proporcionó mejorías sostenidas de los signos y los síntomas de la EA tanto en los pts que no habían recibido tratamiento previo con anti-TNF como en los pts con anti-TNF-IR.

183. CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON CAÍDA AISLADA O FRECUENTE EN UNA POBLACIÓN CON FRACTURA DE CADERA

I. Morales, A. Zacarías, P. Juárez, A. Coscujuela, A. Montero y C. Gómez Vaquero

Servicios de Reumatología, Traumatología y Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: Aproximadamente el 10% de las caídas ocasionan una fractura. Existen factores que aumentan la probabilidad de fracturarse en cada caída; entre ellos, está la presentación de caídas frecuentes.

Objetivos: Analizar las diferencias existentes entre pacientes con fractura de cadera que presentan caídas aisladas (CA) o frecuentes (CF).

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo realizado en 1000 pacientes mayores de 50 años ingresados en el Servicio de Traumatología por haber presentado una fractura de cadera por fragilidad entre el 1 de marzo de 2009 y el 28 de febrero de 2014. Los pacientes se dividieron en función del número de caídas presentadas en el último año en CA, una, o CF, más de una. Durante el ingreso, se recabaron los datos relacionados con el tipo de fractura de cadera y su tratamiento, los antecedentes patológicos, el tratamiento habitual, la situación funcional y cognitiva previa y los parámetros de la analítica de ingreso. El estudio estadístico se ha realizado con el programa SPSS y ha consistido en un análisis descriptivo y un estudio analítico de las diferencias entre CA y CF mediante ji cuadrado y análisis de la varianza.

Resultados: La muestra estudiada consta de 303 hombres (30%) y 697 mujeres (70%) con una edad media de 83 ± 9 años. El tipo de fractura más frecuente es la pertrocanterea (46%) seguida de la subcapital (39%). El 74% de los pacientes presentaron una CA y el 26%, CF. El grupo CA presenta más fracturas pertrocanterea que subcapitales respecto al grupo CF (56% vs 47%, $p < 0,05$) sin diferencias en el número de fracturas desplazadas entre ellos. El índice de comorbilidad de Charlson es menor en el grupo CA (4,65 vs 5,18, $p < 0,01$). La prevalencia de hipertensión, diabetes y cardiopatía es similar entre los dos grupos. El grupo CA presenta menor prevalencia de patología neurológica que el CF (30% vs 40%, $p < 0,001$), así como menor alteración visual (22% vs 28%, $p < 0,05$) y auditiva (30% vs 38%, $p < 0,05$). El número de pacientes con polifarmacia (más de 4 fármacos) es mayor en CF que en CA (79% vs 71%, $p < 0,05$). El consumo de benzodiazepinas e ISRS en CF también es mayor (38% vs 27%, $p < 0,001$; 28% vs 17%, $p < 0,001$, respectivamente). No hay diferencias entre los grupos en cuanto a la suplementación con calcio y vitamina D. El grupo CA tienen un índice de Barthel más elevado (77 vs 67, $p < 0,001$), mayor proporción de pacientes que deambulan sin ayuda técnica (62% vs 47%, $p < 0,001$) y son menos sedentarios (48% vs 62%, $p < 0,001$). Los pacientes del grupo CA tienen menos deterioro en el test de Pfeiffer (39% vs 54%, $p < 0,001$) y menor frecuencia de síndrome confusional previo al ingreso (27% vs 40%, $p < 0,001$) que los pacientes con CF. A nivel analítico, no se aprecian diferencias entre los grupos en cuanto a presencia de anemia, alteración de la función renal o concentraciones de calcio, fosfato ni calcidiol.

Conclusiones: En esta serie de fracturas de cadera, los pacientes con caídas aisladas tienen menos comorbilidad, mejor estado fun-

Tabla Póster 182

Eficacia en las semanas 16^a y 52^b

		MEASURE 1			MEASURE 2		
		Secukinumab i.v. 150 mg	Secukinumab i.v. 75 mg	PBO	Secukinumab 150 mg	Secukinumab 75 mg	PBO
Sin tratamiento previo con anti-TNF	ASAS20, % de respondedores	Sem 16 66,3*	60,0†	32,6	68,2†	51,1	31,1
		Sem 52 78,5	73,8	NP	82,1	71,4	NP
ASAS40, % de respondedores	Sem 16 48,9*	34,4 §	15,7	43,2‡	31,1	17,8	
	Sem 52 67,1	48,8	NP	64,1	47,6	NP	
BASDAI (cambio medio respecto la visita basal)	Sem 16 -2,72*	-2,61*	-0,72	-2,56§	-2,27‡	-1,15	
	Sem 52 -3,32	-2,93	NP	-3,33	-2,86	NP	
Anti-TNF-IR	ASAS20, % de respondedores	Sem 16 45,5‡	58,8†	18,2	50,0‡	25,0	24,1
		Sem 52 70,8	64,3	NP	59,1	47,4	NP
ASAS40, % de respondedores	Sem 16 21,2	29,4‡	6,1	25,0§	17,9‡	0,0	
	Sem 52 45,8	50,0	NP	45,5	26,3	NP	
BASDAI (cambio medio respecto la visita basal)	Sem 16 -1,72‡	-2,19§	-0,65	-1,60	-1,38	-0,59	
	Sem 52 -2,77	-2,67	NP	-2,80	-2,13	NP	

*p MEASURE 1: En la semana 16/52, en los pacientes que no habían recibido tratamiento previo con anticuerpos anti-TNF: secukinumab i.v. 150 mg, n = 92/79; secukinumab i.v. 75 mg, n = 90/80 (excepto BASDAI en la semana 52, n = 81); PBO, n = 89/NP; pacientes con anti-TNF-IR: secukinumab i.v. 150 mg, n = 33/24; secukinumab i.v. 75 mg, n = 34/28; PBO, n = 33/NP. MEASURE 2: En la semana 16/52, en los pacientes que no habían recibido tratamiento previo con anticuerpos anti-TNF: secukinumab 150 mg, n = 44/39; secukinumab 75 mg, n = 45/42; PBO, n = 45/NP; pacientes con anti-TNF-IR: secukinumab 150 mg, n = 28/22; secukinumab 75 mg, n = 28/19; PBO, n = 29/NP.

cional y cognitivo y consumen menos fármacos y psicofármacos que los pacientes con caídas frecuentes. Estas diferencias podrían determinar la mayor proporción de fracturas peritrocantéreas en los pacientes con caídas aisladas. No hay diferencias en cuanto a suplementación con calcio y vitamina D ni concentración sérica de calcidiol.

184. TCZ PREVIENE LA ATEROTROMBOSIS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE MEDIANTE SU ACCIÓN DIRECTA SOBRE LA GENERACIÓN DE NETOSIS Y LA ACTIVIDAD PROINFLAMATORIA MEDIADA POR LOS MONOCITOS

P. Ruiz-Limón, R. Ortega, C. Pérez-Sánchez, Y. Jiménez-Gómez, M. Ábalos-Aguilera, I. Arias de la Rosa, P. Font, M. Aguirre, J. Calvo, C. Castro, E. Collantes-Estévez, A. Escudero, N. Barbarroja y C. López-Pedraza

Servicio de Reumatología. IMIBIC/Hospital Reina Sofía. Universidad de Córdoba.

Introducción: La inhibición de la ruta del receptor de la IL-6 por tocilizumab (TCZ) representa una opción terapéutica efectiva en el tratamiento actual de la artritis reumatoide (AR). TCZ disminuye los marcadores de aterosclerosis y mejora la función endotelial. En sangre periférica, TCZ aumenta el porcentaje de células NK (natural killer) y T reguladoras y reduce el número de linfocitos inflamatorios Th1/Th17. La activación del monocito y la generación de redes extracelulares de neutrófilos (NETs) juegan un papel relevante en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular; sin embargo, el efecto directo del TCZ sobre estas células todavía no se ha descrito.

Objetivos: Analizar los cambios moleculares y celulares en monocitos y neutrófilos que subyacen al efecto beneficioso del TCZ en la aterosclerosis y la disfunción endotelial en la AR.

Métodos: En este estudio se incluyeron 15 pacientes AR que recibieron 162 mg/semana de TCZ como terapia combinada y 5 pacientes AR con alta actividad de la enfermedad que no tomaban TCZ para realizar estudios in vitro. La función endotelial se analizó mediante la medida del flujo sanguíneo en respuesta a la hiperemia reactiva, utilizando un láser-Doppler. En estudios in vitro, monocitos y neutrófilos de pacientes AR se trataron con IL-6 y FCRII más TCZ durante 18 y 6 horas respectivamente. Se analizaron marcadores de estrés oxidativo en leucocitos por citometría de flujo. La generación de NETs fue cuantificada mediante la tinción con Sytox. La expresión proteica de mieloperoxidasa (MPO) y elastasa (NE) se analizó en neutrófilos por citometría de flujo. Los niveles de ARNm de peptidil arginina deiminasa (PADI4) se analizaron mediante RT-PCR. Se cuantificó el porcentaje de granulocitos de baja densidad (LDGs) mediante citometría de flujo. La expresión de ARNm de genes involucrados en la activación del monocito, estado protrombótico, captación de lípidos y resistencia a la insulina se analizó en monocitos mediante array. Asimismo, se evaluaron los niveles de determinados microRNAs en el plasma.

Resultados: Tras 6 meses de tratamiento, TCZ redujo parámetros clínicos de inflamación, autoinmunidad, y daño articular. La función endotelial mejoró significativamente. TCZ redujo los niveles de peróxidos y peroxinitritos en los leucocitos AR, más significativamente en monocitos y neutrófilos. El porcentaje de LDGs fue también reducido tras tratamiento in vivo con TCZ. El TCZ disminuyó significativamente la expresión de MPO, NE y PADI4 en neutrófilos AR. La generación de NETs fue también inhibida por TCZ. Asimismo, el tratamiento con TCZ alteró la expresión de moléculas protrombóticas e inflamatorias, genes involucrados en la captación de lípidos, activación celular y resistencia a la insulina y la activación de varias rutas intracelulares en monocitos. Por otra parte, el tratamiento in vivo con TCZ aumento los niveles plasmáticos de los miRNA-223,

miRNA-146 y miRNA-23, previamente observados alterados en respuesta a otros fármacos biológicos como los anti-TNFa. El efecto específico de este fármaco se confirmó tras tratamientos in vitro de monocitos y neutrófilos AR con TCZ.

Conclusiones: TCZ mejora la función endotelial y el estado proarterotrombótico de pacientes AR mediante la reducción del estatus oxidativo, la inhibición del perfil protrombótico e inflamatorio del monocito y la generación de NETosis.

Financiado por CTS7940, PI2013-0191, CP15/00158, PI15/01333.

185. LA ARTRITIS REUMATOIDE Y EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO MUESTRAN UN GRADO SIMILAR DE SEVERIDAD DE ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA. ESTUDIO TRANSVERSAL EN UNA POBLACIÓN DEL NORTE DE ESPAÑA

L. Riancho-Zarrabeitia, A. Corrales, N. Vegas-Revenga, L. Domínguez-Casas, C. Fernández-Díaz, V. Portilla, R. Blanco y M.A. González-Gay

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Introducción: La inflamación crónica juega un papel clave en el desarrollo de aterosclerosis especialmente en pacientes con enfermedades reumatológicas. Los pacientes con artritis reumatoide (AR) y con lupus eritematoso sistémico (LES) presentan con mayor frecuencia aterosclerosis y enfermedad cardiovascular que la población general.

Objetivos: Nuestro objetivo es establecer la frecuencia de aterosclerosis subclínica en pacientes con AR y LES y determinar si existen diferencias en la frecuencia de la misma entre estas dos patologías.

Métodos: Se evaluaron 99 pacientes con LES y 206 pacientes con AR sin eventos cardiovasculares previos ajustados por edad y sexo. La aterosclerosis subclínica se definió por la presencia de placa carotídea, de acuerdo con los criterios del consenso de Mannheim y/o por la presencia de espesor íntima-media carotídeo (EIM-c) mayor de 0,9 mm. La ecografía carotídea se realizó, con un ecógrafo MyLab 70 (Esaote; Genoa, Italia), equipado con una sonda lineal de 7-12 MHz y con un software automatizado de radiofrecuencia-Quality Intima Media Thickness in real-time (QIMT, Esaote, Maastricht, Holanda). Se realizó un análisis estadístico, utilizando un paquete informático, univariante y posteriormente multivariante mediante regresión logística y regresión lineal múltiple.

	Lupus eritematoso sistémico (n = 99)	Artritis reumatoide (n = 206)	p
Sexo femenino (%)	93,9	95,1	0,784
Edad (media ± DE)	51,4 ± 13,4	51,9 ± 13,5	0,768
Duración de enfermedad (media ± DE)	11,1 ± 8,5	8,6 ± 8,3	0,015
Hipertensión arterial(%)	25,3	31,9	0,284
Dislipemia (%)	19,2	42,2	< 0,001
Diabetes mellitus (%)	1	8,3	0,009
Hábito tabáquico (%)			0,084
Fumador activo/	24,2/	33,8/	
Exfumador	27,3	17,6	
Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz (%)	29,6	19,2	0,055
Placas carotídeas (%)	44,4	40,2	0,535
Placas carotídeas (%) Unilaterales/ Bilaterales	23,2/21,2	13,7/26,5	0,104
EIM-c patológico (%)	6,3	9,8	0,383

Resultados: Los pacientes con AR tenían una edad media de 51,9 ± 13,5 años, siendo 51,4 ± 13,4 años en los pacientes con LES (p = 0,768). La distribución de las características demográficas y los factores de riesgo cardiovascular clásicos se resume en la tabla. En cuanto a la presencia de placas carotídeas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. El 40,2% de los pacientes con

AR presentaban placas carotídeas frente al 44,4% de los pacientes con LES, siendo bilaterales en el 26,5% y el 21,2% respectivamente. En cuanto al EIM-c el 9,8% de los pacientes con AR presentaban un EIM-c patológico frente al 6,3% de los pacientes con LES ($p = 0,383$). Tras realizar el análisis multivariante incluyendo factores de riesgo cardiovascular clásicos, así como la duración de la enfermedad, tampoco se encontraron diferencias entre AR y LES en cuanto a la presencia de placas carotídeas (OR LES frente a AR1,52; IC 0,88-2,62) o de EIM-c patológico (OR 0,75; IC 0,27-2,07).

Conclusiones: La frecuencia de aterosclerosis subclínica en pacientes con LES y AR es similar una vez ajustados los factores de riesgo cardiovascular clásicos.

186. USO DE FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD EN UNA CONSULTA DE UVEÍTIS

C. Millán-Longo¹, D. Peiteado¹, A. Pieren¹, A. Schlinker², V. Hidalgo², E. Martín-Mola¹ y E. de Miguel¹

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

Introducción: La uveítis es un término genérico para denominar la inflamación de estructuras intraoculares. Según la porción de la úvea principalmente afectada se habla de uveítis anterior, intermedia, posterior o panuveítis. La etiología es variada, puede deberse a un mecanismo endógeno ya sea de forma aislada (síndromes primariamente oculares), o formar parte de una enfermedad sistémica. También puede deberse a un mecanismo exógeno (infecciones, cirugías, etc.). En su tratamiento se utilizan esteroides e inmunosupresores. El objetivo del presente trabajo es estudiar el uso de estos fármacos en nuestros pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo de la consulta multidisciplinar de uveítis de nuestro hospital. Se incluyen los pacientes atendidos por el reumatólogo desde enero de 2012 hasta diciembre de 2015. Se analizan datos demográficos, etiología, patrón de afectación ocular y tratamientos sistémicos recibidos.

Resultados: Se recogen los datos de 226 pacientes, 141 (62,39%) mujeres, edad media $51 \pm 16,3$ años. 11 pacientes (4,87%) no tenían una clasificación etiológica definida en el momento del estudio. Las uveítis primarias (57,52% del total) son mayoritariamente idiopáticas (76,15%) y las uveítis secundarias son debidas principalmente a enfermedades inflamatorias sistémicas (90,59%). Dentro de este grupo, las uveítis asociadas a espondiloartritis (incluyendo psoria-

sis y enfermedad inflamatoria intestinal) son las más numerosas (54,12%), seguidas de las asociadas a síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (9,41%), sarcoidosis (8,24%) y síndrome de Behçet (5,88%). Según la distribución anatómica, las uveítis más frecuentes son las anteriores (71,24%), seguidas de las intermedias (11,06%), panuveítis (8,85%) y posteriores (8,4%). El patrón de afectación principal es el de uveítis unilateral aguda recidivante. 104 pacientes recibieron tratamiento sistémico (tabla), de los cuales 12 (11,54%) se controlaron con corticoides sin necesitar FAME. Requiritieron FAME el 29,8% de las anteriores, el 48% de las intermedias y el 81,58% de las posteriores/panuveítis. Según etiología necesitaron FAME el 37,69% de las uveítis primarias y el 50,59% de las secundarias sin diferencias estadísticas ($p = 0,062$). Los fármacos más utilizados como tratamiento inicial son metotrexato y ciclosporina en las uveítis primarias y metotrexato y salazopirina en las secundarias. Según la afectación anatómica, destaca que un 54% de las uveítis posteriores/panuveítis necesitan llegar a un tercer FAME para conseguir el control de la enfermedad frente a un 81,25% de las anteriores ($p = 0,012$). Y dentro de este último grupo, la necesidad de tres FAME es menor en las primarias (86,96%) que en las secundarias (76,00%) aunque no alcanza significación estadística.

Conclusiones: Las uveítis más frecuentes son las primarias anteriores. Un tercio de los pacientes requieren el uso de FAME, siendo el metotrexato el más usado. El tratamiento con FAME es necesario en la mayoría de las uveítis posteriores/panuveítis y casi la mitad necesitan llegar a un tercer cambio para conseguir el control. El uso de un primer FAME consigue el control de la mitad de los casos, requiriéndose hasta un tercer FAME para conseguir control del 90% de estas uveítis. Estos datos señalan la importancia del conocimiento y participación del reumatólogo en esta patología.

187. ASOCIACIÓN DE LA VÍA GENÉTICA VEGF CON LA PRESENCIA DE ÚLCERAS ORALES EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO MEDIANTE UN ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN DE GENOMA COMPLETO

A. Fernández-Nebro¹, P. Carreira², R. Blanco³, V. Martínez Taboada³, L. Carreño Pérez⁴, J.J. Pérez-Venegas⁵, A. Olivé⁶, J.L. Andreu⁷, M.A. Aguirre Zamorano⁸, P. Vela⁹, J.M. Nolla¹⁰, J.L. Marenco de la Fuente¹¹, A. Zea¹², J.M. Pego¹³, M. Freire¹⁴, E. Díez¹⁵, A. Aterido¹⁶, A. Alonso¹⁶, M. López-Lasanta¹⁶, R. Tortosa¹⁶, A. Julià¹⁶ y S. Marsal¹⁶

¹Departamento de Reumatología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. ²Departamento de Reumatología. Hospital

Tabla Póster 186

	1º FAME		2º FAME		3º FAME	
	Más utilizados	Control con 1 FAME	Más utilizados	Control con 1 FAME	Más utilizados	Control con 1 FAME
Primarias (n = 49)	MTX CyA	46,94%	MTX AZA	71,43%	AZA IFX	89,80%
Secundarias (n = 43)	MTX SZP	46,51%	MTX IFX	69,77%	MTX AZA ADA	83,72%
Anteriores (n = 48)	SZP MTX	54,17%	MTX SZP AZA ADA	81,25%	SZP AZA ADA	89,58%
Intermedias (n = 12)	MTX CyA	33,33%	AZA MTX	66,67%	AZA CyA CCF	91,67%
Posteriores y panuveítis (n = 31)	MTX AZA CyA	38,71%	MTX AZA CyA	54,84% *(p = 0,012)	AZA MTX IFX	80,65%
Anteriores primarias (n = 23)	MTX SZP	60,87%	MTX AZA	86,96%	AZA IFX	91,30%
Anteriores secundarias (n = 25)	SZP MTX	48,00%	MTX SZP ADA	76,00%	SZP ADA	88,00%

ADA: adalimumab, AZA: azatioprina, CCF: ciclofosfamida, CyA: ciclosporina, IFX: infliximab, MTX: metotrexato, SZP: salazopirina.

Universitario 12 de Octubre. Madrid. ³Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁴Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁵Departamento de Reumatología. Hospital del SAS de Jerez de la Frontera. ⁶Departamento de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁷Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ⁸Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ⁹Departamento de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. ¹⁰Departamento de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ¹¹Departamento de Reumatología. Hospital de Valme. Sevilla. ¹²Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ¹³Departamento de Reumatología. Hospital do Meixoeiro. Vigo. ¹⁴Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de A Coruña. ¹⁵Departamento de Reumatología. Hospital Complejo Asistencial Universitario de León. ¹⁶Grup de Recerca de Reumatologia. Institut de Recerca Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad reumática compleja caracterizada por una elevada heterogeneidad en sus manifestaciones clínicas. Existe una evidencia creciente que indica que existe un componente genético que influye en el riesgo de desarrollar los diferentes fenotipos clínicos en el LES. A su vez, cada vez son mayores las evidencias científicas que sugieren que una parte importante de la base genética asociada a enfermedades complejas como el LES podría explicarse por genes agrupados en vías genéticas comunes. El objetivo del presente estudio es la identificación de vías genéticas asociadas a los principales fenotipos clínicos en LES mediante la estrategia de análisis de genoma completo.

Métodos: Un total de 598.258 polimorfismos de nucleótido simple (SNPs) fueron genotipados en 482 pacientes diagnosticados con LES utilizando la plataforma de genotipado Illumina Quad610. En esta cohorte de descubrimiento, se realizó el estudio de asociación de genoma completo a nivel de vías genéticas. Se analizaron un total de 21 fenotipos clínicos de relevancia en el LES y su asociación con un $n > 700$ vías genéticas. Las vías genéticas asociadas de forma significativa ($p < 0,05$) en la cohorte de descubrimiento fueron seguidamente analizadas en una cohorte independiente de validación de $n = 425$ pacientes con LES. Los pacientes de las dos cohortes eran todos caucásicos y de origen español, y fueron reclutados por el consorcio biomédico IMID. Finalmente, en aquellas vías genéticas validadas, se llevó a cabo un análisis de expresión génica diferencial sobre tejidos y células de referencia.

Resultados: En la etapa de descubrimiento, se identificaron dos vías genéticas asociadas significativamente a la presencia de úlceras orales y la presencia de anticuerpos anti-nucleares ($p < 0,05$). En la etapa de validación, se replicó de forma significativa la asociación de la vía genética del factor de crecimiento vascular endotelial con la presencia de úlceras orales en el LES (VEGF, $p = 1,3^{-2}$). Analizando el efecto transcripcional de las diferentes inmunoterapias tópicas utilizadas para el tratamiento de úlceras en el LES, confirmamos la implicación funcional de la vía VEGF ($p < 0,05$).

Conclusiones: El presente estudio hemos realizado el primer estudio de genoma completo en fenotipos clínicos más relevantes en el LES. Para este análisis hemos utilizado la estrategia de análisis a nivel de vías genéticas. Mediante esta aproximación novedosa hemos identificado y validado la asociación de la vía VEGF con la presencia de úlceras orales en el LES. Los resultados de este estudio son un paso importante hacia la caracterización de la base genética y los mecanismos biológicos asociados a la heterogeneidad clínica en el LES.

188. SUPERVIVENCIA DE LA TERAPIA CON RITUXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LARGA EVOLUCIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

J.A. Gómez Puerta^{1,2}, L. Uribe Botero¹, J. Urrego¹, L.A. González^{1,3}, C. Cerón¹, C. Ochoa¹, M.A. Saldarriaga¹, A. Uribe Toro¹ y O.J. Felipe Díaz¹

¹Medicarte IPS. Clínica de Gestión Farmacoterapéutica Avanzada. Medellín. Colombia. ²Grupo de Inmunología Celular e Inmunogenética. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia. ³Sección de Reumatología. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia.

Introducción: Si bien la supervivencia de la terapia biológica anti-TNF a largo plazo es bien conocida, la información sobre la persistencia de la terapia con rituximab (RTX) en la práctica clínica diaria es más limitada. La información sobre la efectividad y la supervivencia del RTX proviene mayoritariamente de los ensayos clínicos y suele incluir pacientes con AR de corta evolución.

Objetivos: Evaluar la supervivencia y la efectividad del tratamiento con el rituximab (RTX) en pacientes con artritis reumatoide (AR) seguidos en la práctica clínica diaria.

Métodos: Se analizó la supervivencia de la terapia biológica del RTX de los pacientes con AR tratados en Medicarte IPS, desde mayo 2008 a noviembre 2015. Medicarte es un centro que gestiona integralmente la farmacoterapia de pacientes en tratamiento con terapia biológica, en 13 ciudades de Colombia. Aquellos pacientes con artritis inflamatorias siguen un control por objetivos pre-establecidos con seguimiento médico y de fármaco-vigilancia por Reumatología y químicos farmacéuticos (QF). Se incluyeron solo aquellos pacientes con al menos 1 ciclo completo de RTX. La información de farmacovigilancia se obtuvo de los registros de facturación y el seguimiento por el QF y la información clínica de la historia clínica médica. Se excluyeron pacientes con otras enfermedades autoinmunes u otras patologías inflamatorias. Se definió como supervivencia al fármaco si el paciente continuaba recibiendo RTX en la última visita en el 2015. Se excluyeron del análisis aquellos pacientes que iniciaron el RTX en el 2015 con menos de 1 año de evolución tras el inicio.

Resultados: De un total de 1.064 pacientes tratados con RTX, 901 pacientes fueron pacientes afectados de enfermedades reumáticas. Un total de 754 (86%) con diagnóstico de AR, 84 (9,3%) de lupus eritematoso sistémico, 18 pacientes con vasculitis sistémicas (2%), 11 (1,2%) pacientes con síndrome de Sjögren, 8 (0,8%) pacientes con dermatopolimiositis y 6 (0,6%) con esclerosis sistémica. El 87% de los pacientes era de sexo femenino, la edad media fue de $54,0 \pm 14,1$ años y el tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de $14,7 \pm 9,1$ años. El 80,2% de los pacientes utilizaron el RTX como biológico de primera línea. Un total de 697 pacientes recibieron al menos 1 ciclo de RTX. La media de ciclos de RTX fue de 1,8 ciclos (rango 0,5-8). Trescientos dieciocho pacientes recibieron 1 solo ciclo, 185 pacientes 2 ciclos, 91 pacientes 3 ciclos, 30 pacientes 4 ciclos, 18 pacientes 5 ciclos y 8 pacientes 6 o más ciclos. En 85 (11,2%) pacientes se presentó al menos una reacción adversa al medicamento. En la última visita, la media del DAS-28 fue de $2,9 \pm 1,4$ y del HAQ de $0,97 \pm 0,71$. En la última visita, 193 (25,6%) de los pacientes persistían en tratamiento con RTX. El 66% de los pacientes que continuaban en tratamiento con RTX tenían una baja actividad de la enfermedad (DAS-28 $< 3,2$) y un 49% en remisión (DAS-28 $< 2,6$). El 64% de los pacientes tenían un HAQ $< 1,0$. No encontramos diferencias en cuanto a respuesta clínica o funcionalidad entre aquellos pacientes tratados con RTX en primera línea y los pacientes con tratamientos biológicos previos (v. tabla en pág. siguiente).

Conclusiones: En una cohorte de más de 700 pacientes con AR evolucionada la tasa de supervivencia del RTX fue del 25%. Cerca de la mitad de los pacientes que persistían en RTX se encontraban en remisión y más del 60% de los pacientes mantenían unos índices de funcionalidad adecuados.

Tabla Póster 188

Comparación entre los pacientes que recibieron tratamiento con RTX como primera línea vs pacientes con tratamiento biológico previo

	AR tratados con RTX (N = 754)	RTX primera línea (N = 605)	Tratamiento biológico previo (N = 147)	Valor de p
Sexo femenino (%)	87	88	85	0,431
Edad	54,0 ± 14,2	53,6 ± 14,2	55,6 ± 13,3	0,482
Tiempo de evolución de la enfermedad (años)	15,0 ± 9,65	15,13 ± 9,80	14,7 ± 9,47	0,362
IMC	25,21 ± 3,98	25,27 ± 3,80	24,99 ± 4,41	0,26
Número de ciclos	1,8 ± 1,16	1,75 ± 1,0	2,0 ± 1,41	0,002
Tiempo en tratamiento (años)	1,55 ± 1,70	1,35 ± 1,36	3,24 ± 1,9	0,001
Último DAS-28	2,93 ± 1,43	2,93 ± 1,44	2,93 ± 1,39	0,612
Último HAQ	0,97 ± 0,71	0,98 ± 0,70	0,95 ± 0,76	0,189
Remisión (DAS28)	48,6	49,0	47,3	0,794

En 2 pacientes no se pudo determinar si recibieron tratamiento biológico previo.

189. EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LA ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVOM. Pascual¹, J. Narváez¹, G. Albert Espí², M. López de Recalde¹, H. Sang Park³, E. Armengol¹, P. Juárez¹, J.J. Alegre², I. Castellví³ y J.M. Nolla¹¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. ³Unidad de Reumatología. Hospital de Sant Pau. Barcelona.

Introducción: Se conoce que los pacientes afectados de enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) pueden evolucionar, en el transcurso de su proceso, hacia otra conectivopatía. No obstante, existe discrepancia sobre cuál es la frecuencia con la que ocurre esta circunstancia y cuáles son las enfermedades hacia las que se produce la evolución.

Objetivos: Analizar la evolución a largo plazo de una serie de pacientes afectados de EMTC con la finalidad de: a) establecer con qué frecuencia se observa una evolución hacia otra conectivopatía, y b) filiar cuáles son las enfermedades hacia las que se produce la evolución.

Métodos: Estudio ambispectivo llevado a cabo con 42 pacientes con EMTC (criterios diagnósticos de Alarcón-Segovia et al), seguidos en tres hospitales españoles durante al menos dos años. Se consideró como punto final del periodo de seguimiento la fecha de la última visita.

Resultados: Al final del seguimiento (117,3 ± 63,1 meses; rango, 432-18), el 33% (14/42) cumplían únicamente criterios de EMTC, el 29% (12/42) evolucionaron a una esclerosis sistémica (criterios de clasificación ACR/EULAR 2013), el 21% (9/42) a lupus eritematoso sistémico (criterios de clasificación SLICC de 2012), el 9,5% (4/42) desarrollaron un síndrome de solapamiento (esclerosis sistémica + lupus eritematoso sistémico en 3 casos y esclerosis sistémica + artritis reumatoide en uno) y el 7% (3/42) evolucionaron a artritis reumatoide seronegativa (criterios de clasificación ACR-EULAR de 2010). En 2 pacientes se diagnosticó, a lo largo del curso clínico, un síndrome Sjögren secundario. La media de puntuación para los pacientes que cumplían los criterios EULAR/ACR 2013 para esclerosis sistémica fue de 14 (mínimo 9 máximo 26). La media de puntuación de los pacientes que cumplían los criterios de clasificación SLICC 2012 para lupus eritematoso sistémico fue 5,5 (mínimo 5, máximo 9). En el estudio multivariante, la presencia de esclerodactilia (OR 1,1; IC95% 1,1-1,7, p = 0,004) se asoció con la evolución a esclerosis sistémica. No se identificó ningún factor predictivo de evolución a lupus eritematoso sistémico.

Conclusiones: En el transcurso clínico de la enfermedad, la mayoría de los pacientes con EMTC evolucionan hacia otra conectivopatía. La esclerosis sistémica y el lupus eritematoso sistémico son las enfermedades hacia las que con mayor frecuencia se produce la evolución.

190. LA OLEUROPEÍNA COMO POSIBLE TERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES QUE AFECTAN A PROCESOS DE DIFERENCIACIÓN CELULAR EN HUESO Y CARTÍLAGO ARTICULARM. Varela-Eirín¹, A. Casado-Díaz², J.M. Quesada-Gómez² y M.D. Mayán¹¹Grupo de Investigación Traslacional en Comunicación y Señalización Celular (CellCOM). Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC-XXIAC). SERGAS. Universidade de A Coruña. ²Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Hospital Universitario Reina Sofía RETICEF. Universidad de Córdoba.

Objetivos: La oleuropeína es el glucósido mayoritario presente en las olivas y es conocido por sus numerosos efectos beneficiosos sobre la salud humana. Sin embargo, los mecanismos asociados con sus potenciales propiedades farmacológicas no están todavía claros. Las células madre mesenquimales derivadas de médula ósea (hMSCs) presentan una reducción en su capacidad osteogénica dependiente de la edad que se acompaña con un incremento en su capacidad de diferenciación hacia adipocitos. Esta alteración en procesos de diferenciación se ha asociado con diferentes enfermedades óseas caracterizadas por una reducción en la formación de hueso y un incremento en la acumulación de grasa en la médula ósea. La conexina 43 (Cx43) es una proteína de membrana que forma uniones comunicantes (UCs) y está implicada en múltiples funciones celulares, entre las que se incluye procesos de diferenciación celular y control de la remodelación del hueso y cartílago articular. En este estudio hemos decidido investigar si la oleuropeína podría estar actuando como un supresor adipogénico para promover la regeneración del cartílago y hueso a través de un mecanismo dependiente de la acción de la Cx43.

Métodos: Las hMSCs fueron obtenidas de donantes de médula ósea. Las diferenciaciones se llevaron a cabo con medios de diferenciación en presencia o ausencia de diferentes concentraciones de oleuropeína. La adipogénesis y osteogénesis se llevó a cabo en cámaras de cultivo durante 21 días, mientras que la condrogénesis se realizó en forma de cultivo tridimensional en micromasas durante 30 días. La diferenciación celular fue valorada utilizando tinciones histológicas: Oil Red O para adipogénesis; rojo alizarina para osteogénesis; azul de toluidina y safranina O/Verde Luz para condrogénesis. Se llevaron a cabo ensayos de Scrape Loading en presencia de Lucifer Yellow para estudiar la comunicación celular a través de UCs. Se realizaron ensayos de Western-Blot e inmunohistoquímica para estudiar los niveles proteicos de la Cx43.

Resultados: Las hMSCs tratadas con oleuropeína mostraron un descenso de un 50% en su capacidad de diferenciación adipogénica, mientras que la osteogénesis se vio incrementada. Las micromasas

cultivadas en medio condrogénico en presencia de 10 µM de oleuropeína, mostraron tinciones de azul de toluidina y safranina O más intensas, sugiriendo un incremento en condrogénesis. Cuando las hMSCs fueron cultivadas en presencia de oleuropeína, ensayos de PCR cuantitativa en tiempo real, Western-Blot y Scrape Loading mostraron cambios en los niveles de Cx43 o en la transferencia del Lucifer Yellow a través de UCs.

Conclusiones: Los resultados obtenidos sugieren que la oleuropeína incrementa la predisposición de las hMSCs hacia la diferenciación osteogénica y condrogénica, reduciendo la adipogénesis. Este mecanismo parece ser dependiente de los niveles de Cx43 y de la comunicación intercelular a través de uniones comunicantes. Estos resultados, aunque preliminares, parecen indicar que la oleuropeína podría representar una potencial diana terapéutica en el tratamiento de enfermedades tales como la artrosis al favorecer la regeneración tisular.

191. COMPARACIÓN ENTRE LA ECOGRAFÍA CAROTÍDEA Y LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA CORONARIA EN LA DETECCIÓN DE ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN ARTRITIS REUMATOIDE

L. Riancho-Zarrabeitia¹, A. Corrales¹, J.A. Parra², V. Portilla¹, M. Santos-Gómez¹, R. Blanco¹ y M.A. González-Gay¹

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

Introducción: La presencia de placa en ecografía carotídea (EC) y la cuantificación de calcio coronario (CAC) mediante tomografía computarizada multidetector (TCMD) detectan aterosclerosis subclínica y son buenos marcadores subrogados de morbi-mortalidad cardiovascular tanto en población general, como en artritis reumatoide (AR). En la AR, se ha demostrado una buena correlación entre ambos métodos de imagen, siendo más sensible la EC para la detección de aterosclerosis subclínica (Corrales et al. Ann Rheum Dis. 2013;72 1764-70).

Objetivos: Nuestro objetivo es determinar la asociación entre la presencia de placas carotídeas y la cuantificación del calcio arterial coronario (CAC), y, utilizando como referencia la presencia de placa, determinar el valor de calcio coronario que mejor predice la aterosclerosis carotídea.

Métodos: Se evaluaron 127 pacientes con AR sin eventos cardiovasculares previos. La ecografía carotídea se realizó con un ecógrafo MyLab 70 (Esaote; Genoa, Italia), equipado con una sonda lineal de 7-12 MHz y con un software automatizado de radiofrecuencia (QIMT, Esaote, Maastricht, Holanda). Se definió la placa carotídea, de acuerdo con los criterios del consenso de Mannheim. Para determinar el CAC se llevó a cabo un TC de las arterias coronarias utilizando un scanner de 32 cortes (Lightspeed, Pro 32, GE Healthcare, EEUU), siendo el punto de corte habitual para determinar un alto riesgo cardiovascular el valor de 100.

Resultados: Las principales características de los pacientes estudiados se resumen en la tabla. Los pacientes sin placa carotídea tenían un CAC medio de 23 ± 49 [rango 0-250], siendo de 50 ± 116 [0-569] en los pacientes con placa unilateral y de 192 ± 302 [0-1.205] en los pacientes con placas bilaterales, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (p < 0,001). Para el punto de corte habitual de CAC de 100, la sensibilidad para la detección de placa carotídea era de 0,28 (28%) y la especificidad 0,95. Se realizó una curva ROC comparando la presencia de placa y la cuantificación del CAC siendo el área bajo la curva de 0,692. Se determinó como mejor punto de corte el valor 1 de CAC siendo la sensibilidad y la especificidad para la detección de placa carotídea, 0,693 y 0,641 respectivamente. El valor predictivo positivo de placa carotídea de CAC ≥ 1 era de 81,3% en la población estudiada, siendo el valor predictivo negativo de

48,1%. En cuanto a la detección de placas bilaterales, el valor 100 de CAC tenía una sensibilidad de 0,4 (40%) y una especificidad de 0,93. En este caso, tras el análisis mediante curva ROC se obtuvo un área bajo la curva de 0,712. Tomando como punto de corte de CAC el valor 1, en caso de placas bilaterales, aumentaba la sensibilidad a 0,764 y la especificidad bajaba a 0,542.

Variable	
Edad (media ± DE)	58, 57 ± 9,7
Sexo femenino, n (%)	92 (72,4)
Placas No, n (%)	39 (30,7)
Placas Sí, n (%)	88 (69,3)
Placa unilateral, n(%)	33 (26)
Placas bilaterales, n(%)	55 (43,3)
CAC (media ± DE)	103,4 ± 222,6
CAC = 1, n (%)	75 (59)
CAC = 100, n (%)	26 (20,5)

Conclusiones: Valores de calcio arterial coronario ≥ 1 son predictores de la presencia de placa carotídea con una sensibilidad cercana al 70%. Este estudio plantea la posibilidad de reducir los valores de referencia del CAC, del punto de corte 100 a partir del cual se considera alto riesgo cardiovascular, a un punto de corte ≥ 1.

192. PREVALENCIA DE ENTESITIS Y SACROILEÍTIS DETERMINADAS POR ULTRASONOGRAFÍA DOPPLER Y RESONANCIA MAGNÉTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

M. Aparicio, A. Ruiz-Cerulla, J.A. Narváez, C. Moragues, M. Peñalva, J.M. Nolla, J. Guardiola y X. Juanola

Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII): enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU), pueden desarrollar manifestaciones extraintestinales y una de las más importantes son las alteraciones musculoesqueléticas. En los estudios publicados, la prevalencia de espondiloartritis (SpA) en estos pacientes oscila entre el 10 y el 20% pero con una variación muy amplia. Estas diferencias suelen estar relacionadas con los métodos utilizados para su determinación.

Objetivos: 1) Determinar la prevalencia de sacroileítis mediante radiografía y resonancia magnética (RM) y de entesitis por ultrasonografía doppler en pacientes con EII activa sin tratamiento inmunosupresor y 2) Evaluar la prevalencia de criterios de clasificación ASAS de SpA axial y SpA periférica.

Métodos: Estudio transversal con reclutamiento prospectivo en el que se han seleccionado pacientes diagnosticados de EII activa, sin patología reumática inflamatoria conocida y sin tratamiento actual ni previo con inmunosupresor. Se han recogido datos demográficos, historia familiar, características de la EII y comorbilidades, síntomas axiales, articulaciones tumefactas o dolorosas (44/46 articulaciones), entesitis, dactilitis y cuestionarios BASDAI y BASFI. A todos los pacientes se les ha realizado analítica con PCR y HLA B27, radiografías de columna cervical, lumbar y pelvis, RM de sacroilíacas en secuencias T1 y STIR y exploración ecográfica de las entesitis.

Resultados: Se han estudiado 30 pacientes, 16 mujeres, con una edad media (DE) de 39,8 (9,8) años. 16 con diagnóstico de EC y 14 de CU. El 16% han sido B27 positivos. 14 han referido dolor lumbar crónico que en 4 casos tenían características inflamatorias. 10 pacientes han referido artralgiás, sin tumefacción ni eritema y 3 pacientes han tenido historia de talalgia, aunque no fueron explorados por ningún médico. Ningún paciente refirió antecedente de uveítis ni psoriasis propia ni familiar. En el 36% de los pacientes se ha observado mediante RM signos inflamatorios en sacroilíacas que cumplían criterios ASAS. Un paciente presentaba sacroileítis radiográfica grado 3 y un paciente con signos inflamatorios en articulaciones sacroilíacas no refería dolor lumbar crónico. Se encon-

traron alteraciones ecográficas en al menos 1 entesis en el 97% de los pacientes: entesofitos o calcificaciones (72%), bursitis (61%) y erosión (5%).

Conclusiones: En pacientes con EII activa no diagnosticados previamente de SpA, la presencia de sacroileítis y de alteraciones ecográficas en las entesis es frecuente (36% y 97% respectivamente). La prevalencia de criterios ASAS de SpA axial en estos pacientes es del 32% y de criterios para SpA periférica del 10%. La menor frecuencia de SpA periférica puede ser atribuible a un diagnóstico más precoz de esta forma de presentación o a una falta de sensibilidad de los criterios ASAS de SpA periférica en los pacientes con EII. La inclusión de los resultados ecográficos en los criterios de clasificación podría permitir una inclusión más precoz de los pacientes con signos entesíticos.

193. EFECTO DEL METOTREXATO EN LA PRESENCIA DE FÁRMACO Y EN LA APARICIÓN DE ANTICUERPOS FRENTE A FÁRMACOS ANTI-TNF EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

A. Martínez-Feito¹, C. Plasencia², A. Villalba², T. Jurado¹, E.M. Olariaga¹, A. Mezcuá¹, D. Peiteado², L. Nuño², G. Bonilla², E. Martín-Mola², A. Balsa² y D. Pascual-Salcedo¹

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

Introducción: Existen diversos factores que influyen en la farmacocinética de fármacos anti-TNF- α . Entre ellos se incluye la aparición de anticuerpos anti-fármaco (ADA) asociados con una disminución de los niveles de fármaco y de la respuesta clínica. Publicaciones recientes en artritis reumatoide (AR) han demostrado un efecto beneficioso del uso concomitante de fármacos anti-TNF- α y metotrexato (MTX), con un efecto dosis-dependiente.

Objetivos: Analizar la influencia del MTX sobre la presencia de fármaco y aparición de ADA en una cohorte de pacientes con AR en tratamiento con infliximab (Ifx), adalimumab (Ada) o etanercept (Etn) con un periodo de seguimiento de 3 años.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se analizaron pacientes con AR en tratamiento con Ifx (112 pacientes), Ada (71 pacientes) y Etn (110 pacientes), de la cohorte de pacientes en tratamiento biológico del Hospital Universitario La Paz. Los pacientes se agruparon según el uso de MTX en: no MTX, dosis baja (= 12,5 mg/semana), dosis intermedia (12,5-20 mg/semana) y dosis alta (= 20 mg/semana). Se midieron los niveles de fármaco y de anticuerpo mediante ELISA a tiempo 0, 0,5, 1, 2 y 3 años. Todas las muestras se extrajeron como máximo 24 horas antes de la administración del fármaco. El estudio estadístico se realizó mediante el software GraphPad Prism 5.0.

Resultados: De un total de 293 pacientes con AR en tratamiento anti-TNF se incluyeron en el estudio 184 pacientes (71 con Ifx, 40 con Ada y 73 con Etn). En esta cohorte, 111 (61%) tenían pautado MTX y 72 (39%) estaban en monoterapia. Un mayor número de pacientes con MTX concomitante a dosis altas mantuvieron niveles de fármaco a lo largo de los 3 años de tratamiento (93% con MTX = 20 mg/sem vs 77% sin MTX; $p = 0,01$), siendo significativo a partir de los 0,5 años (60% con MTX = 20 mg/sem vs 39% sin MTX; $p = 0,02$). Para analizar la aparición de anticuerpos, se agruparon los pacientes tratados con Ifx y Ada observándose una tendencia a un mayor porcentaje de aparición de anticuerpos en el grupo que no recibieron MTX ($n = 37$) frente a los que recibieron MTX a dosis altas ($n = 27$) sin llegar a ser estadísticamente significativo (32% vs 19%, $p = 0,21$). Analizando por separado los dos fármacos, se observó una influencia positiva del uso del MTX en la menor inmunogenicidad del Ada, apareciendo un mayor porcentaje de pacientes con ADA entre los que no recibieron MTX frente a los que si recibieron (53% vs 15%, respectivamente; $p = 0,02$). Paralelamente a la aparición de

anticuerpos y con el objetivo de homogenizar el estudio para los tres fármacos se consideró la ausencia de fármaco circulante como un indicador de aparición de inmunogenicidad. Se encontró que los pacientes que no recibieron MTX ($n = 56$) tuvieron una mayor ausencia de fármaco a lo largo del estudio frente a los pacientes que recibieron MTX a dosis altas ($n = 61$) (34% vs 10%, respectivamente; $p < 0,01$). Este efecto fue significativo desde los 0,5 años de tratamiento (16% con MTX = 20 mg/sem vs 3% sin MTX; $p = 0,017$).

Conclusiones: En nuestra cohorte de AR el uso concomitante con MTX tiene un efecto potenciador en la presencia de fármaco anti-TNF- α junto con una disminución en la aparición de inmunogenicidad en éstos fármacos. Este efecto es dosis-dependiente siendo mayor a dosis altas de MTX.

Financiado con los proyectos PI 1155 de Pfizer y PI 1557 de Progenika.

194. SALUD ÓSEA EN MUJERES CON ADENOCARCINOMA DE MAMA. ANÁLISIS DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA REUMATOLOGÍA-ONCOLOGÍA

C. Prieto Candau¹, G. López Antequera², P. León Rubio³, P. González Moreno², J. Povedano Gómez^{2,3} y B. Hernández Cruz³

¹Urgencias de Traumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ³Unidad de Gestión Clínica de COT y Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La osteoporosis y el adenocarcinoma de mama son enfermedades cuya prevalencia se incrementa en las mujeres españolas. Dado que el tratamiento del cáncer de mama conlleva castración precoz, baja exposición al sol, disminución del ejercicio y fármacos osteopenizantes, las pacientes que lo padecen pueden cursar con una OP de características peculiares.

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

Métodos: Diseño: serie de casos prospectiva. Se recabaron los datos sociodemográficos, clínicos y de la OP de pacientes consecutivas atendidas en una consulta multidisciplinar de OP y Oncología en los hospitales HUVR y HUVM dese septiembre a diciembre de 2014, en una hoja de cálculo diseñada exprofeso. Se realizó estadística descriptiva con cálculo de medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: Se presentan datos de 151 pacientes incluidas, todas mujeres caucásicas, con edad media (p25-p75) de 64,3 años (40,0-81,2) y duración de la OP de 3,3 (0,19-9,8) años. De ellas 26 (17%) con antecedentes de fractura por fragilidad (FF) de cadera en familiares de 1^{er} grado. La edad de la menopausia fue a los 48 (34-56) años, 44% casos antes de los 45 años, 11% fumadoras y 3 casos informaron un consumo de > 3 copas de alcohol diarias. El 34% informaron exposición solar habitual y 29% hacían ejercicio regular. La ingesta de lácteos fue de 2 (0-3) vasos de leche al día y 5% con tratamiento previo con corticoides. El 23% referían disminución de estatura de 5 (3-6) cm; 13% con giba dorsal a la exploración. Informaron patología reumática 39%. Se diagnosticó OP en 103 (68%) mujeres. El diagnóstico se realizó con base en FF en 26 casos, 7 de los cuales no tenían OP por DMO. Se registraron FF vertebrales en 15 casos (10%), FF periféricas en 10 (7%) y un caso con ambas. La FF vertebrales fueron dorsales (11, 73%), lumbares (3, 20%) y dorsales y lumbares (2, 13%) y el no de vertebras fracturadas fue de 1 (1 2). Se encontraron 12 (8%) casos de FF periféricas. Dos fracturas de antebrazo distal, dos de húmero y un caso de cada uno de FF de cadera, codo, costillas, pelvis y tobillo. Tres casos más con fracturas en dos diferentes localizaciones periféricas; colles y cadera; colles y tobillo; y pelvis y tibia y un caso con FF vertebral y de cadera. Se encontraron dos fracturas de 5^o MT y una de la FD de 5 dedo de la mano; éstas no se consideran

FF. El FRAX basal fue de 5,1 (1,4-26) para FF mayor y de 1,3 (0,1-10) para FF de cadera. Se diagnosticó OP según criterios por DMO de CF en 31 (24%) casos, de CLT en 57 (45%) y ambas en 15 (12%). Analítica: Ca sérico 9,3 (7,9-10,3) mg/dL, fósforo sérico 3,7 (2,5-4,6) mg/dL, PTH 50 (25-137) pg/mL y 25-OHVitD 31,9 (9,3-87,3) ng/mL y déficit severo de vitamina D en 5%. La DMO mostró t-score de cf -1,8 (+0,4 -3,2) y Tscore de CLT -2,3 (+1,1 -3,6). Las pacientes recibieron como tratamiento Calcio más vitamina D (89%), bifosfonatos orales (51%), vitamina D (36%), denosumab (26%), bifosfonato IV (11%), teriparatide (3%) y un caso tratado con calcitonina inhalada.

Conclusiones: La OP asociada al cáncer de mama reviste características especiales. Destacan elevada prevalencia de menopausia, fracturas vertebrales y periféricas asociadas a fragilidad con t-scores en la DMO de cuello femoral que no sobrepasaron -3,0 DE del normal.

195. COMPARACIÓN ENTRE EL ESPESOR ÍNTIMA-MEDIA CAROTÍDEO Y LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA CORONARIA EN LA DETECCIÓN DE ATROSCLOSIS SUBCLÍNICA EN ARTRITIS REUMATOIDE

L. Riancho-Zarrabeitia¹, A. Corrales¹, J.A. Parra², V. Portilla¹, M. Santos-Gómez¹, R. Blanco¹ y M.A. González-Gay¹

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

Introducción: El espesor íntima-media carotídeo (EIM-c) y la cuantificación de calcio coronario (CAC) mediante tomografía computarizada multidetector (TCMD) detectan aterosclerosis subclínica y son buenos marcadores subrogados de morbi-mortalidad cardiovascular tanto en población general, como en artritis reumatoide (AR). En la AR, se ha demostrado una buena correlación entre ambos métodos de imagen, siendo discretamente más sensible la CAC (Corrales et al. Ann Rheum Dis. 2013;72:1764-70).

Objetivos: Nuestro objetivo es determinar el valor de EIM-c que mejor predice la presencia de aterosclerosis coronaria, utilizando como referencia el valor de CAC de 100, que es el punto de corte establecido como alto riesgo cardiovascular.

Métodos: Se evaluaron 127 pacientes con AR sin eventos cardiovasculares previos. La ecografía carotídea se realizó con un ecógrafo MyLab 70 (Esaote; Genoa, Italia), equipado con una sonda lineal de 7-12 MHz y con un software automatizado de radiofrecuencia (QIMT, Esaote, Maastricht, Holanda). Considerando datos de población general y de pacientes con AR se consideró un EIM-c de alto riesgo cardiovascular aquel cuyo valor era igual o superior a 0,90 mm. Para determinar el calcio coronario se llevó a cabo un TC de las arterias coronarias utilizando un scanner de 32 cortes (Lightspeed, Pro 32, GE Healthcare, EEUU).

Resultados: Los pacientes con EIM-c inferior a 0,90 mm tenían valores de CAC de 88 ± 210, mientras que en aquellos pacientes con EIM-c = 0,90 mm los valores de CAC eran de 190 ± 272 (p = 0,066). Se encontró una correlación entre el EIM-c y la cuantificación del calcio coronario, siendo el coeficiente de correlación 0,303 (p = 0,001). El valor de EIM-c = 0,90 mm tenía una sensibilidad de 0,32 para la detección de CAC = 100. El análisis mediante curva ROC mostró un área bajo la curva de 0,664. Valores de EIM-c de 0,80 mm tenían una sensibilidad de 0,4 y una especificidad de 0,713. Al bajar el valor de EIM-c a 0,70 mm se alcanzaba una sensibilidad de 0,76 y una especificidad de 0,515 para la detección de valores de CAC = 100. El valor predictivo positivo (VPP) del punto de corte EIM-c de 0,70 era de 76% en la población estudiada, siendo el valor predictivo negativo (VPN) de 49,5%.

Conclusiones: Valores de EIM-c = 0,70 mm predicen valores de calcificación arterial coronaria superiores a 100 con una sensibilidad del 76%. Nuestro estudio plantea la posibilidad de reducir el punto de corte de EIM-c considerado como de alto riesgo cardiovascular de 0,90 mm a un punto de corte ≥ 0,70 mm.

Variable	
Edad (media ± DE)	58, 57 ± 9,7
Sexo femenino, n (%)	92 (72,4)
EIM-c = 0,9 mm, n (%)	19 (15)
EIM-c = 0,7 mm, n (%)	71 (56)
CAC (media ± DE)	103,4 ± 222,6
CAC = 100, n (%)	26 (20,5)

196. FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN PACIENTES CON SEROLOGÍA POSITIVA PARA ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDO SIN CRITERIOS CLÍNICOS DE ENFERMEDAD

R. Demetrio Pablo¹, P. Muñoz², L. Riancho-Zarrabeitia³, V. Calvo-Río³, C. Fernández-Díaz³, M. López-Hoyos⁴ y V.M. Martínez-Taboada³

¹Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Unidad Docente de Medicina Familiar de Cantabria. Servicio Cántabro de Salud. ³Servicio de Reumatología; ⁴Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) es un desorden inmunitario adquirido, definido por la presencia de trombosis (arterial y/o venosa) y/o morbilidad obstétrica junto con la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (aFL) positivos, tales como anticuerpos anticardiolipina (ACL), anti-beta2 glicoproteína I (AB2GLP1) y/o anticoagulante lúpico (AL). La prevalencia de aFL es de aproximadamente el 10% en población sana, encontrándose en hasta el 50% de los pacientes con lupus. Sin embargo, la frecuencia de morbilidad obstétrica, y la influencia del perfil de autoanticuerpos en el desarrollo de la misma en pacientes con serología de aFL positiva sin criterios de enfermedad, no está claramente definida.

Objetivos: a) Definir la frecuencia de complicaciones obstétricas en mujeres con aFL+ que no cumplen criterios clínicos de SAF; b) Analizar el perfil de autoanticuerpos y la carga de los mismos asociados a estas complicaciones, y c) Determinar la eficacia del tratamiento profiláctico en el resultado obstétrico del embarazo.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente 92 embarazos de 39 mujeres con serología positiva para aFL (ACL, AB2GLP1 y AL) a títulos medios o altos, dos o más ocasiones separadas entre sí al menos 12 semanas. Posteriormente, también se analizaron los 38 embarazos de 15 mujeres que tuvieron una gestación posterior a la positividad de los autoanticuerpos.

Resultados: De las 39 mujeres embarazadas, el 54% presentaron complicaciones obstétricas (un aborto precoz (7), dos abortos precoces (7), pérdida fetal* (1), parto pretérmino* (1), CIR (3), preeclampsia (2)). Tras un seguimiento medio de 146 ± 60,3 meses, sólo 2 de las pacientes estudiadas desarrollaron SAF obstétrico* y ninguna de ellas trombótico. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al analizar la relación entre los distintos aFL y las complicaciones obstétricas. Tampoco se encontró asociación entre la clínica obstétrica y la carga de anticuerpos. Respecto al tratamiento profiláctico (solamente 8 pacientes recibieron AAS, asociándose HBPM en tres de ellas), se observó una tendencia a la protección no significativa. Al analizar los 92 embarazos, se encontraron 28 complicaciones obstétricas en 26 embarazos. La media de edad de las gestantes fue de 29,9 ± 5,8 años, la edad gestacional del recién nacido de 38,2 ± 1,8 semanas, el peso medio al nacer 3108 ± 482 gramos y el Apgar medio 8,7 ± 1,1. Al evaluar la influencia del tratamiento sobre las complicaciones se observó una tendencia a la protección no significativa (OR 0,32, IC95% 0,87-1,20; p = 0,081) que alcanzó la significación estadística al analizar únicamente los abortos precoces con una OR 0,12 (IC 0,02-0,95; p = 0,019). El análisis de los 38 embarazos posteriores a la positividad de la serología mostró una protección significativa al analizar el tratamiento con una OR de 0,15 (IC95% 0,02-0,85; p = 0,021) lo que supone un riesgo 6,55

veces mayor de una complicación obstétrica entre las pacientes no tratadas (IC95% 1,2-36,33; $p = 0,032$).

Conclusiones: a) La tasa de complicaciones obstétricas en pacientes con criterio analítico de SAF es de 54% al analizar el total de embarazos y de 32% al analizar sólo los posteriores a la serología positiva. b) No encontramos un perfil de autoanticuerpos relacionado con las diferentes complicaciones obstétricas. c) El tratamiento profiláctico es efectivo en la prevención de abortos tempranos, logrando una mayor tasa de nacidos vivos.

197. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL INFLIXIMAB INNOVADOR Y BIOSIMILARES EN PACIENTES CON ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS

J.R. Maneiro, N. Álvarez Rivas, J.A. Mosquera, R. Olivera-Fernández y S. Romero-Yuste

Servicio de Reumatología; Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Provincial de Pontevedra.

Introducción: Evaluar la efectividad y seguridad de uso de infliximab (IFX) innovador y biosimilares en condiciones de práctica clínica habitual.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en pacientes con artropatías inflamatorias que iniciaron tratamiento con IFX innovador o biosimilares en el Hospital Provincial de Pontevedra desde enero de 2010 a diciembre de 2015. Se evaluó la efectividad y seguridad en ambos grupos terapéuticos en función del porcentaje de discontinuaciones por cualquier causa, por eventos adversos y por fallo de efectividad a los 12 meses de tratamiento. Se registraron así mismo todos los eventos adversos graves durante dicho período. Se analizaron las variables categóricas mediante test exacto de Fisher y las variables cuantitativas mediante test paramétricos y no paramétricos en función de la distribución de las variables.

Resultados: Se seleccionaron un total de 30 pacientes, 13 en el grupo de IFX innovador y 17 en biosimilares con un total de 26 espondiloartropatías y 4 artritis reumatoides. No se objetivaron diferencias significativas en ambos grupos en cuanto al sexo ($p = 0,628$), edad ($p = 0,807$), tipo de artropatía ($p = 0,403$), duración de la enfermedad ($p = 0,816$), VSG basal ($p = 0,210$) ni PCR basal (0,412). En cuanto a los porcentajes de discontinuación, no se objetivaron diferencias significativas en ambos grupos ni para la discontinuación por cualquier causa, 0,0% en el grupo de IFX innovador y 23,53% en el grupo de biosimilares ($p = 0,063$), para la discontinuación por fallo de tratamiento, 0,0% frente 0,058% ($p = 0,377$), ni para la discontinuación por eventos adversos, 0,0% frente a un 11,7% ($p = 0,201$). En cuanto a los eventos adversos se identificaron 8 eventos adversos graves en 5 pacientes. Tres infecciones graves (2 neumonías y una sinusitis), 3 episodios de pancreatitis de repetición en un paciente y una fístula que requirió cirugía en un paciente con enfermedad inflamatoria asociada en el grupo de IFX innovador. Solo un paciente tuvo que suspender el tratamiento por reacción infusional grave en el grupo de los biosimilares. No se detectaron casos de tuberculosis ni muertes.

Conclusiones: No se evidenciaron diferencias significativas en cuanto a las causas de suspensión o eventos adversos graves entre

IFX innovador y biosimilares en la población estudiada durante el primer año de tratamiento.

198. ALTERACIONES LIPÍDICAS ASOCIADAS AL TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB: EXPERIENCIA EN DOS CENTROS HOSPITALARIOS

B. García-Núñez¹, S. López-Salguero², F. Sivera³ y M. Andrés²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elda. Alicante. ²Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. ³Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Elda. Alicante.

Introducción: Tocilizumab (TCZ) es un anticuerpo monoclonal humanizado frente al receptor de la interleuquina-6, eficaz en paciente con artritis reumatoide (AR) tras fallo a FAME o a antiTNF. Entre sus efectos secundarios se ha descrito una alteración del perfil lipídico consistente en aumento del colesterol total, y de las lipoproteínas tanto de baja (LDLc) como de alta densidad (HDLc), cuya frecuencia, repercusión y manejo adecuado no han sido aclarados hasta la fecha.

Objetivos: Analizar nuestra experiencia en las alteraciones del metabolismo lipídico en los pacientes tratados con TCZ.

Métodos: Revisión retrospectiva. Se han seleccionado pacientes tratados con TCZ en dos centros hospitalarios con datos analíticos lipídicos completos (colesterol total, LDLc, HDLc y triglicéridos) en los siguientes puntos de corte temporales: 1) Inicio del tratamiento; 2) Tras el primer mes del tratamiento; y 3) A los seis meses de inicio del tratamiento. Se han recogido datos epidemiológicos, clínicos (enfermedad) y niveles de marcadores inflamatorios (proteína C reactiva PCR velocidad de sedimentación globular VSG) en los diferentes puntos temporales. Se ha realizado un estudio comparativo antes-después empleando el test de Wilcoxon, y un análisis de correlación con los reactantes inflamatorios empleando la rho de Spearman.

Resultados: Se han incluido 35 pacientes: 34 con artritis reumatoide y uno con fibrosis retroperitoneal idiopática. La mediana de edad fue de 57,5 años (p25-75 51,8-63,3), siendo el 85,7% mujeres. La tabla muestra las variaciones en los parámetros lipídicos e inflamatorios en los diferentes puntos temporales. Se observó un discreto aumento del HDLc al mes de tratamiento respecto a los niveles basales, que se mantuvo a los 6 meses, pero sin alcanzar significación estadística. En el resto de parámetros lipídicos se produjo un ascenso significativo al mes de tratamiento, que desapareció a los 6 meses. Los marcadores inflamatorios se redujeron de forma significativa y sostenida tras el inicio de TCZ. En el análisis de correlación no se ha detectado asociación significativa entre los niveles de lípidos y los niveles de marcadores inflamatorios en esta muestra ($p > 0,05$ para todas las comparaciones).

Conclusiones: Hemos detectado una elevación discreta y no significativa de los niveles de HDLc tras inicio de TCZ, por lo que su supuesto beneficio antiaterogénico quizá esté mediado por cambios cualitativos de la molécula HDL. El resto de parámetros muestran una elevación significativa pero transitoria tras empezar TCZ. Estudios con mayor tamaño muestral y prospectivos deben caracterizar mejor estos resultados.

Tabla Póster 198

	Basal	1 ^{er} mes	p	6 ^o mes	p
Colesterol total	213,0 (193,5-47,0)	242,5 (199,7-273,5)	0,002	214,0 (179,0-37,0)	0,36
HDLc	60,5 (46,0-78,0)	64,0 (42,5-79,0)	0,54	63,0 (53,0-81,0)	0,36
LDLc	124,5 (97,0-150,2)	143,5 (107,2-170,7)	0,008	116,0 (79,0-140,0)	0,66
Triglicéridos	118,0 (74,5-170,5)	137,5 (78,0-211,0)	0,06	123,0 (82,0-209,0)	0,15
PCR	2,6 (0,9-7,1)	0,9 (0,9-1,8)	0,002	0,9 (0,7-0,9)	< 0,001
VSG	29,0 (10,5-56,0)	7,0 (3,0-18,0)	< 0,001	6,0 (2,0-12,0)	< 0,001

Unidades en mg/dL (salvo mm/h para VSG). Los valores representan la mediana (p25-75).

199. COMORBILIDAD REUMÁTICA Y GENERAL EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS ASOCIADA A ADENOCARCINOMA DE MAMA

P. León Rubio¹, G. López Antequera², P. González Moreno², C. Prieto Candau³, J. Povedano Gómez^{1,2} y B. Hernández Cruz²

¹Unidad de Gestión Clínica de COT y Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ³Urgencias de Traumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El incremento en la supervivencia de mujeres con adenocarcinoma de mama ocasiona un incremento en la patología músculo esquelética de estas pacientes y supone un reto para el reumatólogo.

Objetivos: Conocer la prevalencia de comorbilidad reumática y de enfermedades comunes en una cohorte de pacientes con adenocarcinoma de mama y OP.

Métodos: Diseño: serie de casos prospectiva. Se recabaron los datos sociodemográficos, clínicos y de la OP de pacientes consecutivas atendidas en una consulta multidisciplinar de OP y Oncología en los hospitales HUVR y HUVM desde septiembre a diciembre de 2014, en una hoja de cálculo diseñada exprofeso. La comorbilidad se definió según el CIE-9. Se realizó estadística descriptiva con cálculo de medidas de tendencia central y dispersión. Se presentan p50 (p50 y p75) y porcentajes.

Resultados: Se incluyeron 151 pacientes, todas mujeres, con edad de 63,5 (40,0 81,2) años. Las pacientes eran predominantemente amas de casa (61%), jubiladas (13%), empleadas del hogar (7%) o dedicadas al campo (6%); 89% tenían estudios primarios, 4% nivel superior, 3% nivel medio y 3% sabían leer y escribir con dificultad. De ellas 11% eran fumadoras y 6% exfumadoras. El empleo de corticoides de modo regular fue de 5%. La patología reumática tuvo una prevalencia elevada (59, 39%). Destacó dolor crónico musculoesquelético (16%), poliartrosis (16%), fibromialgia (9%), dos casos de LES y uno de AR. Las enfermedades de mayor prevalencia fueron síndrome ansioso depresivo (16%), hipotiroidismo (9%), hiperparatiroidismo secundario a déficit de vitamina D o ERCT 9%, diabetes mellitus (8%), reflujo gastroesofágico (6%), úlcera gastroduodenal (5%), y enfermedad vascular periférica (4%). Otras comorbilidades tuvieron una frecuencia menor al 3%. El Índice de comorbilidad de Mary Charlson fue de 2 (2-5).

Tipo	n	%
Musculoesquelético:	59	39
Dolor osteomuscular	24	16
Poliartrosis	19	13
FM	13	9
LES	2	1
AR	1	0,7
Otra comorbilidad		
Ansiedad/depresión	24	16
Hipotiroidismo	13	9
Hiperparatiroidismo 2º	13	9
DM	12	8
Reflujo gastroesofágico	9	6
Úlcus	7	5
Enf. vascular periférica	6	5
Asma	5	4
Litiasis renoureteral	5	3
Hipertiroidismo	4	3
Hipercalciuria	4	3
IAM	3	3
ERCT IV-V	3	2
Hiperparatiroidismo 1º	2	1
Enf. inflamatoria intestinal	2	1
Esplenectomía	2	1
Leucolinfopenia	2	1
Sx linfoproliferativo	1	0,7
Sx mieloproliferativo	1	0,7
Hepatopatía leve	1	0,7
Hepatopatía grave	1	0,7
Ictus	1	0,7

Conclusiones: Los pacientes con OP y adenocarcinoma de mama tienen una frecuencia elevada de comorbilidad musculoesquelética y general. Esto condiciona el tratamiento y desenlace de la OP.

200. PAPEL INDIVIDUAL DE LOS ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS EN EL PRONÓSTICO DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

C. Peña¹, F. Rey¹, E. Álvarez¹, A. Rubio¹, R. Rodríguez², A. Cruz¹ y P. Collado¹

¹Servicio de Reumatología. ²Servicio de Hematología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés.

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) es un estado de hipercoagulabilidad que se caracteriza por la aparición de trombosis de repetición y complicaciones obstétricas junto con la presencia de al menos un anticuerpo antifosfolípido (AAF) en 2 determinaciones separadas al menos 12 semanas. Los AAF más importantes son el anticoagulante lúpico (AL), los anticuerpos anticardiolipina (ACA) y anti-beta-2-glicoproteína I (anti-β2-GPI) A pesar de que los criterios de clasificación otorgan una igual importancia a los tres AAF incluidos en los mismos, la realidad clínica es otra. El AL es el AAF con mayor significación pronóstica, tanto a nivel trombótico como obstétrico. Asimismo, la triple positividad de los AAF incrementa el riesgo de manifestaciones clínicas asociadas. Objetivo del estudio: describir la presencia de complicaciones obstétricas en relación a los diferentes anticuerpos antifosfolípidos detectados en nuestro hospital.

Métodos: Estudio retrospectivo en mujeres atendidas en nuestra consulta de reumatología con el diagnóstico de SAF que hubieran presentado al menos una gestación en los últimos 10 años, independiente de la actividad de la enfermedad. Variables demográficas, clínicas, laboratorio y tratamiento fueron revisadas y analizadas con un paquete estadístico SPSS V.22.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes con una edad media de 35,9 años al momento del embarazo. Un 26,6% de las pacientes presentaban SAF secundario a LES. De estas (4 pacientes), el 75% tuvieron trombosis venosa durante el curso de su enfermedad y complicaciones obstétricas (insuficiencia placentaria grave, preeclampsia y síndrome de HELLP). Durante la gestación, el 80% de la cohorte de estudio estaba bajo tratamiento antiagregante con AAS a dosis bajas, un 86,6% con anticoagulantes y en aproximadamente un 20% de los casos se recogió tratamiento con corticoides sistémicos. El 40% (6 pacientes) de las gestaciones presentaron abortos antes de la semana 10 de gestación, un 6,6% tuvieron feto muerto intraútero a las 39 semanas, 6,6% preeclampsia y síndrome de HELLP, 6,6% un sufrimiento fetal intraútero y TEP en la gestante y un 26,6% (4 pacientes) no tuvieron ninguna complicación y tuvieron niños sanos. De las 11 pacientes que tuvieron alguna complicación obstétrica, 36,6% tenían AL positivo detectado en plasma. El 45,4% tenían ACA positivo tipo IgM (> 30 GPL) y el 18,1% IgG a título medio. La positividad para el anti-B2-GPI se recogió en un 27,7% de las gestantes. 18,8% (2) pacientes tenían positivo más de dos anticuerpos a la vez. En las 4 pacientes que no tuvieron ninguna complicación obstétrica, el 50% tenían un AL positivo, un 75% ACA tipo IgM a título alto (> 45 GPL) y tipo IgG un 25% a título bajo y el 25% tenían positivo el anti-B2-GPI. Un 50% de estas pacientes tenían positivo más de dos anticuerpos a la vez.

Conclusiones: Nuestro estudio muestra que el 45% de las mujeres con complicaciones obstétricas asociadas al SAF tuvieron títulos medios de ACA tipo Ig M en ausencia de AL positivo en más de la mitad de estos casos. La presencia de LES concomitante resultó ser un factor de riesgo en la clínica obstétrica.

201. APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE OSTEOPOROSIS CORTICOIDEA EN PACIENTES REUMÁTICOS

D. Palma-Sánchez¹, A.C. Haro-Martínez¹, E. Peñas Martínez¹, M.J. Moreno Martínez¹, M. Mayor González¹ y R. Reyes-García²

¹Unidad de Reumatología; ²Unidad de Endocrinología. Hospital Rafael Méndez. Lorca.

Introducción: Los corticosteroides son la principal causa de osteoporosis secundaria. En los primeros 3-6 meses de tratamiento se produce una mayor pérdida de masa ósea, aumentando el riesgo de fractura en estos pacientes hasta en un 30-50%. Por este motivo, se han publicado varias recomendaciones para la prevención y tratamiento de osteoporosis corticoidea que aconsejan realizar densitometría ósea central (DEXA) a los pacientes que van a recibir tratamiento corticoideo durante más de 3 meses, así como iniciar tratamiento para osteoporosis si la dosis diaria es igual o superior a 5-7,5 mg de prednisona o equivalente. Sin embargo, varios estudios sugieren que estas recomendaciones no se aplican de manera rutinaria.

Objetivos: Analizar el porcentaje de pacientes reumáticos en tratamiento crónico con corticoides en los que se siguen las recomendaciones American College of Rheumatology (ACR) 2001 para la evaluación, prevención y tratamiento de osteoporosis corticoidea.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con enfermedad reumática inflamatoria en tratamiento corticoideo vía oral con una dosis ≥ 5 mg de prednisona o equivalente durante al menos 3 meses. Se recogieron las siguientes variables: características sociodemográficas, factores de riesgo de fractura, realización de DEXA, dosis acumulada y duración en meses de tratamiento corticoideo, prescripción de suplementos de calcio y vitamina D y tratamiento para osteoporosis. En el análisis estadístico descriptivo de variables cuantitativas se utilizaron la media, desviación estándar, mediana e intervalo de confianza (IC) y para variables cualitativas se utilizaron frecuencias. En el estudio de asociación entre variables no paramétricas se realizó el test de U-Mann-Whitney y entre variables paramétricas el test t de Student para muestras independientes.

Resultados: Se incluyeron 137 pacientes con una edad media de $57,43 \pm 13,6$ años de los cuales 99 eran mujeres, siendo el 72,3% posmenopáusicas. El 62% de los pacientes tenían diagnóstico de artritis reumatoide, la dosis acumulada media de corticosteroides fue de 9.833,78 mg (IC 600-82.125) siendo la mediana de 6.675 mg, la dosis media diaria fue de $5,54 \pm 3,30$ mg y el tiempo de tratamiento medio en meses fue $65,55 \pm 56,59$ (mediana 49). El 93,7% de los pacientes presentaban 2 o más factores de riesgo de fractura además de la toma de corticosteroides. Se pautaron suplementos de calcio y vitamina D a 46 pacientes, al 5,1% de los pacientes se le indicó tratamiento para la osteoporosis y se realizó DEXA a 63 pacientes (46%) siendo el tiempo medio transcurrido hasta su realización de 49,30 meses (IC 0-234), con una mediana de 36 meses. Encontramos asociación estadísticamente significativa entre el grupo de edad mayor de 65 años con la realización de DEXA y prescripción de tratamiento para osteoporosis. El sexo femenino solo presentó asociación estadísticamente significativa con la realización de DEXA. No encontramos asociación entre realización de DEXA e inicio de tratamiento para osteoporosis con el resto de variables analizadas.

Conclusiones: En nuestros pacientes con enfermedad reumática inflamatoria no se siguieron las recomendaciones ACR 2001 para la prevención y tratamiento de osteoporosis inducida por corticoides.

202. EVOLUCIÓN SEROLÓGICA EN MUJERES CON ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDO POSITIVOS

L. Riancho-Zarrabeitia¹, G. Daroca¹, M. López Hoyos², P. Muñoz³, C. Fernández-Díaz¹, A. Haya⁴, M. González⁴, R. del Barrio⁴ y V. Martínez-Taboada¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ³Unidad Docente de Medicina Familiar de Cantabria. Servicio Cántabro de Salud. ⁴Servicio de Ginecología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmune definida por la presencia de anticuerpos antifosfolípido (aPL) y al menos un evento clínico (trombosis venosa y/o arterial o morbilidad obstétrica). Los aPL pueden fluctuar en su nivel y con frecuencia se negativizan; esta negativización, especialmente en los casos en que es persistente, se relaciona con una menor frecuencia de eventos clínicos.

Objetivos: Describir el curso clínico y serológico de mujeres en edad fértil con serología positiva para aPL, así como los factores implicados en la negativización de dichos anticuerpos y sus potenciales implicaciones terapéuticas.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo incluyendo las mujeres atendidas en la Unidad de Patología Gravídica Autoinmune de un hospital terciario. Se incluyeron 105 mujeres que habían cumplido en algún momento el criterio serológico de SAF (Sydney 2006), entre octubre de 1995 y diciembre de 2013. Las pacientes fueron clasificadas en 3 grupos: SAF primario (49), aPL positivos sin cumplir el criterio clínico de SAF (42) y lupus eritematoso sistémico (LES) con aPL positivos (14). Según la evolución de la serología se clasificó a cada paciente como aPL persistentemente negativos, aPL transitoriamente positivos o aPL persistentemente positivos, de acuerdo con unos criterios preestablecidos.

Resultados: Tras una media de seguimiento de $114,4 \pm 37,2$ meses, un 59,0% de las pacientes presentó negativización persistente de los aPL, mientras que en el 25,7% permanecieron persistentemente positivos. En el análisis multivariante, solamente el tabaquismo (OR 3,5 $p = 0,013$) se mostró como factor de riesgo independiente. La mayor carga de anticuerpos, especialmente la triple positividad (OR: 2,4; IC: 0,16-2,36), se mantuvo en el límite de la significación ($p = 0,162$). No se encontraron diferencias al analizar el resto de factores de riesgo cardiovascular, los tratamientos recibidos o los eventos clínicos previos. La persistencia de los aPL se asoció con una mayor frecuencia de eventos obstétricos durante el seguimiento (41 vs 52%; $p = 0,328$). En 17 pacientes que permanecieron asintomáticas y con aPL persistentemente negativos durante un tiempo prolongado se suspendió el tratamiento antiagregante, sin observarse posteriormente eventos clínicos relacionados con el SAF, siendo el seguimiento medio de dichas pacientes de 119,9 meses.

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que entre mujeres en edad fértil, los anticuerpos antifosfolípido permanecen persistentes positivos solamente en un 25% de las pacientes, siendo el tabaquismo un factor de riesgo independiente para dicha persistencia. En aquellas mujeres con aPL persistentemente negativos, y con un perfil de bajo riesgo, la retirada del tratamiento antiagregante puede considerarse una opción segura.

203. MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN ARTERITIS DE LA TEMPORAL

I.C. Aranda-Valera¹, S. García Carazo², I. Monjo Henry², M.J. Rodríguez Valls¹, E. Martín-Mola² y E. de Miguel Mendieta²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Jerez. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: La arteritis de la temporal (AT) es una vasculitis que se caracteriza por síntomas sistémicos e isquémicos que afectan

fundamentalmente a vasos supraaórticos. La clínica neurológica puede expresarse como: cefalea, alteraciones visuales, afectación de pares craneales, accidentes isquémicos transitorios o ictus isquémicos en territorio carotideo o vertebrobasilar. La afectación ocular, es la más frecuente pero otras afectaciones isquémicas neurológicas, no retinianas, no son raras pero pasan muchas veces desapercibidas y son atribuidas a la arteriosclerosis dada la edad de los pacientes. Al ser un proceso tratable y prevenible, mejorar el diagnóstico de esta afección es una oportunidad.

Objetivos: Estudio analítico y descriptivo de los eventos vasculares de ramas supraaórticas, oculares y no oculares en nuestra consulta de arteritis.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, de los informes clínicos de pacientes consecutivos, no seleccionados, enviados a nuestra consulta de ecografía por sospecha de AT. Las ecografías fueron solicitadas por médicos de admisión de urgencia, reumatólogos, neurólogos, oftalmólogos e internistas. El diagnóstico de arteritis o afección neurológica no arterítica se realizó de acuerdo con los informes de seguimiento y evolución de los pacientes, realizados por los especialistas responsables de los mismos, según criterios clínicos habituales. Las variables registradas fueron edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular (RCV), manifestaciones clínicas, PCR, VSG, diagnóstico final y resultados de la biopsia de AT, exploración ecográfica, resultado de TAC y RMN cerebral. Se realizó el análisis estadístico mediante el programa software SPSS Statistics versión 20.0, para variables cualitativas o cuantitativas según el caso.

Resultados: De los 163 pacientes estudiados, 51 eran varones y 112 mujeres (31,3% vs 68,7%) con una edad media de 81 años, de los cuales, 113 presentaban diagnóstico definitivo de AT (69,32%) mientras que 50 presentaron otros diagnósticos (30,68%). De los 113 pacientes diagnosticados de AT 40 eran hombres mientras que 73 eran mujeres. Del total de los pacientes, 59 (24 hombres y 35 mujeres) presentaron clínica neurológica: diplopía 10, pérdida de visión 48, AIT 7 y ACVA 4. De éstos fueron diagnosticados de eventos neurológicos arteríticos (secundarios a AT) 42: 6 diplopía, 35 pérdidas de visión, 4 AIT y 2 ACVA. Entre los pacientes con eventos neurológicos arteríticos vs no arteríticos no se encontraron diferencias para sexo, VSG, PCR, visión borrosa, fiebre, pérdida de visión, diplopía, AIT, ACVA, RCV, hábito tabáquico y fibrilación auricular (FA), sólo se encontraron diferencias significativas para la edad (81,29 ± 8,45 vs 71,29 ± 8,23, p < 0,001). El análisis de los pacientes diagnosticados de AT, con y sin eventos neurológicos, aparecen en la tabla.

	AT eventos neuroisquémicos (n = 42)	AT sin neuroisquemia (n = 71)	p <
Edad (media)	81,29	71,29	0,001
Sexo H/M	20/22	51/20	0,030
VSG (media)	58,58	55,53	0,845
PCR (media)	35,86	25,04	0,435
Cefalea (no/sí)	25/17	21/49	0,002
Sd. constitucional (no/sí)	37/5	58/12	0,322
Fiebre (no/sí)	40/2	61/9	0,143
Claudicación mandibular (no/sí)	36/6	61/9	0,521
Pulso de arterias temporales (no/sí)	15/2	20/1	0,419
Polimialgia reumática	39/3	60/10	0,203
Riesgo cardiovascular (no/sí)	11/31	6/11	0,140
Hábito tabáquico (no/sí)	28/12	56/10	0,196
Nº de ramas afectadas ecografía	2,88	3,43	0,018

Conclusiones: Los eventos neuroisquémicos centrales no oculares son frecuentes y afectan al 10,62% de los pacientes con AT. Entre los pacientes con AT el riesgo neuroisquémico se asocia a ser varón,

edad avanzada, mayor número de ramas afectas en ecografía y a la presencia de cefalea.

204. HLA B27 EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN TERAPIA BIOLÓGICA

J.A. Pinto-Tasende, E. Alonso Blanco-Morales, C. Bejerano, J. Gromaz, B. Acasuso, M.T. Silva, C. Fernández, N. Oreiro, J. de Toro y F. Blanco

INIBIC. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña-EOXXI A Coruña.

Introducción: El HLA -B27 se asocia con espondiloartritis y la frecuencia en pacientes con artritis psoriásica es menor que en otras espondiloartritis. La positividad de HLA- B27 en pacientes con artritis psoriásica puede variar del 4% al 36,4% según lo reportado hasta ahora.

Objetivos: Nuestro objetivo fue describir la frecuencia del HLA B27 en un grupo de pacientes con artritis psoriásica (APs) en seguimiento en un hospital terciario del noroeste de España y comparar las características de los pacientes con y sin terapia biológica (TB).

Métodos: Se trata de un estudio observacional, transversal y retrospectivo con 202 pacientes con APs (clasificados según criterios CASPAR) que estaban en tratamiento con TB (siguiendo las recomendaciones de la SER del tratamiento con TB en la APs) entre 2011-2015 años y se compararon con 315 sin TB. Se registraron los datos demográficos y clínicos. HLA -B27 fue determinado mediante PCR -SSP. Todos los datos se analizaron estadísticamente de forma descriptiva y comparativa con el SPSS 17.0.

Resultados: Los pacientes con APs con TB tenían menor edad que los que no tenían TB: 52,0 años (12,3) v 62,3 (14,9), p < 0,0001, y su edad al diagnóstico de APs fue menor también, 38,9 años (12,1) v 45,4 (13,8), p < 0,0001. No tenían diferencias con respecto a la edad de inicio de la psoriasis (p 0,294). La mayoría eran varones (55% con TB v 56,1% sin TB, p 0,806). La frecuencia de los subtipos clínicos de la APs fue similar con o sin TB: periférica 76,7% v 80,6% (p 0,400), axial 5,0% v 7,5% (p 0,340) y las formas mixtas 18,3% v 11,9% (p 0,116). El HLA-B27 fue positiva en 23,7% de las APs globalmente (57/241) y estos pacientes tenían menor edad al diagnóstico de APs que aquellos con HLA-B27 negativo (p 0,039). Los pacientes con APs con formas periféricas tuvieron menor frecuencia de HLA-B27 positivo que los pacientes con afección axial (axial + mixta): 24,5% v 43,8% (p 0,017). HLA-B27 fue positiva en 13,7% (21/153) de los pacientes con APs sin TB v 40,9% (36/88) de los pacientes con TB (p < 0,0001). No se observaron otras diferencias entre los pacientes HLA-B27 positivos o negativos, tratados con TB, con respecto a los datos demográficos y características clínicas.

Conclusiones: Los pacientes con APs que inician terapia biológica son más jóvenes que los que no la requirieron en ningún momento. La frecuencia de HLA-B27 positivo es mayor en los pacientes con APs con afectación axial y se correlaciona con una edad de presentación más joven de la APs. El HLA-B27 positivo era más común en los pacientes con APs que necesitaron terapia biológica.

205. EN ESPONDILOARTRITIS, ¿EL DESARROLLO DE ANTICUERPOS ANTI-FÁRMACO INFLUYE EN LA SUPERVIVENCIA DE LOS FÁRMACOS ANTI-TNF?

S. García Carazo¹, C. Plasencia¹, D. Peiteado¹, L. Nuño¹, G. Bonilla¹, A. Villalba¹, F. Arribas², M. Díaz³, D. Pascual-Salcedo² y A. Balsa¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología; ³Unidad de Bioestadística. Hospital La Paz. Madrid.

Introducción: El tratamiento anti-TNF ha demostrado ser eficaz en espondiloartritis (SpA). Aunque la falta de eficacia y efectos adver-

Los se han reportado como los motivos más frecuentes de discontinuación de estos fármacos, existen otros aspectos que pueden influir en su supervivencia. En artritis reumatoide, se ha visto que el desarrollo de anticuerpos anti-fármaco anti-TNF es un factor influyente en la supervivencia de estos fármacos, algo que aún no se ha comprobado en SpA.

Objetivos: Determinar si en una cohorte de pacientes con SpA, el desarrollo de anticuerpos anti-fármaco es factor influyente en la supervivencia del primer anti-TNF.

Métodos: Se registraron 220 pacientes con SpA que iniciaron como primer anti-TNF adalimumab (ADA), infliximab (IFX) o etanercept (ETN) entre 2001-2015. Los diagnósticos fueron: 122 (55,5%) espondilitis anquilosante, 44(20%) SpA axial no radiográfica, 13 (5,9%) SpA asociada a enfermedad inflamatoria intestinal y 41 (18,6%) SpA psoriásica, excluyéndose las formas con afectación periférica exclusiva. Se recogió: sexo, edad, tiempo de evolución, HLA-B27, BASDAI al inicio, fecha de inicio y fin de anti-TNF, y en el caso de ADA e IFX, presencia o no de anticuerpo anti-fármaco. Los motivos de finalización se clasificaron: Efecto adverso, reacción administración, ineficacia primaria, ineficacia secundaria, remisión y otros (éste incluía embarazo, neoplasia, etc.). El evento se definió como fin de tratamiento debido únicamente a los primeros cuatro motivos. Se realizó un estudio de incidencia acumulada mediante riesgo competitivo para comparar supervivencia.

Resultados: De los 220 pacientes, el 58,6% eran varones con una edad media de $43,5 \pm 12,4$ años y una evolución de la enfermedad de $7,6 \pm 8,07$ años. El 38,6% (85/220) inició tratamiento con IFX, el 30% (66/220) con ADA y el 31,4% (69/220) con ETN. No se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,3$) en la supervivencia de los 3 anti-TNF, mostrando IFX una probabilidad de fin de tratamiento a los 5 años de 32,9% frente a 35,5% de ADA y 31,8% de ETN. La ineficacia primaria fue el motivo más frecuente de finalización de IFX (22,4%). En el caso de ADA, los principales motivos fueron ineficacia primaria e ineficacia secundaria, con un 13,6% en ambos, mientras que un 26,1% de pacientes tratados con ETN finalizaron tratamiento debido a motivos que engloban embarazo, neoplasia, etc. Un 30,6% de los pacientes tratados con IFX desarrollaron anticuerpos anti-IFX (AAI). Anticuerpos anti-adalimumab (AAA) se observaron en un 22,7%. En ambos fármacos, se halló que la probabilidad de finalizar el tratamiento a los 5 años era mayor cuando presentaban anticuerpos, siendo únicamente estadísticamente significativo en el grupo de IFX. Al analizar la supervivencia por subgrupos de pacientes tratados con IFX y ADA que no habían desarrollado anticuerpos en comparación con ETN, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($p = 0,5$).

Incidencia acumulada mediante riesgo competitivo (probabilidad de finalizar tratamiento)

	1 año	3 años	5 años	10 años	p valor
Infliximab					0,003
Sin AAI	13,5%	23,7%	25,4%	34,3%	
Con AAI	11,5%	19,2%	50,0%	69,2%	
Adalimumab					0,57
Sin AAA	14,7%	26,0%	33,4%		
Con AAA	21,0%	35,3%	43,5%		

Conclusiones: En nuestra cohorte, los 3 anti-TNF mostraron una supervivencia similar. A pesar de ello, y principalmente en el caso de IFX, el desarrollo de anticuerpos anti-fármaco demuestra ser un factor influyente en la supervivencia de estos fármacos, lo que se correlaciona con lo objetivado en práctica clínica.

Este trabajo ha sido parcialmente financiado por una beca sin restricciones de Pfizer.

206. LA ENFERMEDAD ÓSEA DE PAGET SE RELACIONA CON UN ACORTAMIENTO DE LA LONGITUD TELOMÉRICA

R. Usategui-Martín^{1,3}, A. Quesada Moreno^{2,3}, I. Calero Paniagua^{2,3}, T. Carranco Medina^{2,3}, L. Pérez Garrido^{2,3}, M. Sánchez González^{2,3}, C. Hidalgo Calleja^{2,3}, C. Montilla Morales^{2,3}, J. del Pino Montes^{2,3} y R. González Sarmiento^{1,3}

¹Unidad de Medicina Molecular. Departamento de Medicina.

Universidad de Salamanca. ²Servicio de Reumatología. Hospital Clínico

Universitario de Salamanca. ³Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL). Salamanca.

La EOP es un trastorno focal del hueso que se caracteriza por un incremento del recambio óseo de forma desorganizada. Aún siendo la patología metabólica ósea más frecuente tras la osteoporosis, pocos son los datos publicados sobre el envejecimiento en estos pacientes. El acortamiento de los telómeros determina el número máximo de divisiones que puede llevar a cabo una célula. La longitud telomérica a nivel leucocitario sirve como reflejo de la longitud telomérica del resto de tejidos de un organismo y es un biomarcador del envejecimiento de un organismo. La telomerasa consta de dos subunidades, TERC y TERT; y su función es mantener la estructura de los telómeros. Nuestro objetivo fue analizar la longitud telomérica en pacientes con EOP y estudiar su relación con los polimorfismos rs2293607 TERC y rs2735940 TERT y con las diferentes características clínicas de los pacientes para así poder evaluar el posible papel del mantenimiento de la longitud telomérica en el desarrollo de la EOP. Hemos estudiado 30 pacientes con EOP diagnosticados entre los 40 y los 60 años. Como grupo control, hemos analizado a 60 individuos sanos pareados con el grupo de pacientes en sexo, edad y hábitos tabáquicos. De cada uno de los pacientes se recogieron diferentes características clínicas: sexo, historia familiar, número de huesos afectados, presencia de fracturas, afectación del cráneo y afectación del par craneal. La longitud telomérica se analizó mediante PCR a tiempo real cuantitativa comparativa. El análisis de los polimorfismos rs2293607 TERC y rs2735940 TERT se llevó a cabo mediante discriminación alélica a través de PCR con sondas Taqman. Nuestros resultados mostraron que los pacientes con EOP tienen una longitud telomérica más corta que los individuos sanos. No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los genotipos de los polimorfismos rs2293607 TERC y rs2735940 TERT entre el grupo de pacientes y el de controles. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis de las características clínicas de los pacientes frente a la variabilidad de los genes TERC y TERT, ni frente a la longitud telomérica. En conclusión, los pacientes con EOP tienen una menor longitud telomérica que los individuos sanos lo que nos sugiere que los pacientes con enfermedad ósea de Paget sufren un proceso de envejecimiento prematuro asociado a la enfermedad.

	Media de la longitud telomérica	p-valor
Pacientes EOP	4,6315	
Controles	6,6825	0,012

207. PREDICTORES DE FRACTURA EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA DE MAMA

P. González Moreno¹, G. López Antequera¹, C. Prieto Candau², P. León Rubio³, J. Povedano Gómez^{1,3} y B. Hernández Cruz³

¹Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ²Urgencias de Traumatología; ³Unidad de Gestión Clínica de COT y Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La dificultad para predecir fracturas por fragilidad u osteoporóticas en pacientes con OP se incrementa en pacientes con

adenocarcinoma de mama. Estas pacientes son tratadas mediante castración química, quimio y/o radioterapia con corticoides, cirugía, anticuerpos monoclonales frente a HER-2 e inhibidores de aromataza, todo ello con consecuencias deletéreas sobre el hueso.

Objetivos: Construir el mejor modelo explicativo de presencia de fracturas por fragilidad en mujeres con adenocarcinoma de mama, empleando variables conocidas clásicas. Diseño: serie de casos prospectivas. Se recabaron los datos sociodemográficos, clínicos y de la OP de pacientes consecutivas atendidas en una consulta multidisciplinar de OP y Oncología en los hospitales HUVR y HUVM dese septiembre a diciembre de 2014, en una hoja de cálculo diseñada exprofeso. Se realizó estadística descriptiva con cálculo de medidas de tendencia central y dispersión. Se realizó estadística bivariada. Posteriormente se construyeron modelos explicativos de regresión logística que incluyeron 10 variables como máximo. La variable dependiente fue la presencia de fracturas vertebrales y periféricas por fragilidad.

Resultados: La cohorte incluyó 151 mujeres valoradas en la consulta monográfica de OP y Ca de mama, todas mujeres caucásicas, con edad media (p25-p75) de 64,2 años (40,0 81,2). Hubo 26 casos de fracturas por fragilidad, 7 de los cuales no tenían OP por DMO. Se registraron FF vertebrales en 15 casos (10%), FF periféricas en 10 (7%) y un caso con ambas. Ninguno de los múltiples modelos establecidos fue capaz de predecir la presencia de FF en las pacientes. En el mejor de los casos los modelos solo explicaron 20% de la presencia de fracturas. El modelo que incluyó como única variable independiente el FRAX fue capaz de predecir fractura con R2 0,15, p < 0,0001; el OR de predicción del FRAX para FF mayor fue de 1,15 (1,06-1,2). El modelo de predicción que empleó el FRAX para FF de cadera tuvo R2 0,14, p < 0,0003, OR 1,27 (1,10-1,48). Otras variables que predijeron la presencia de FF fueron el índice de morbilidad de Mary Charlson, presencia de LES y AR e ingesta de más de 3 copas de alcohol al día; todas ellas con colinearidad, es decir capacidad total de predecir el desenlace, por lo que fue imposible hacer cálculos estadísticos.

Variable	Odds ratio	Error estándar	z	p	IC95%
Edad	0,99	0,01	-0,02	0,9	0,96 1,03
Tabaquismo actual	0,94	1,08	-0,05	0,9	0,09 9,04
FF en familiar de primer grado	0,38	0,42	-0,87	0,3	0,04 3,30
Edad de la menopausia	1,05	0,06	0,91	0,3	0,94 1,18
IMC	1,02	0,95	0,50	0,6	0,91 1,15
T score CF	1,23	0,33	0,77	0,4	0,72 2,11
T score CLT	0,97	0,26	-0,09	0,9	0,57 1,64

Observaciones 106. LR χ^2 2,78. Prob 0,90. R2 0,03.

Conclusiones: En mujeres con FF y adenocarcinoma de mama, las variables clásicas asociadas a riesgo de FF no son capaces de predecirlas. Otras variables como comorbilidad, alcoholismo o enfermedades reumáticas inflamatorias predicen mejor las FF. El FRAX tiene un poder predictivo bajo.

Tabla Póster 208

Porcentaje de pacientes que contestó "muy de acuerdo" o "algo de acuerdo" a las preguntas "¿está de acuerdo en que utilizar herramientas en Internet o aplicaciones para móviles que le permitiesen mayor comunicación con el reumatólogo le ayudaría a...? (A) "Tener un papel más activo en el cuidado de mi enfermedad"; (B) "Recordarme el momento de administrarme la medicación"; (C) "Informar al médico sobre cómo me está yendo el tratamiento"; y (D) "Comunicarme con mi médico entre las visitas programadas, si lo necesito (por ej, ante empeoramiento de mi enfermedad)"

		Todos	Edad				p
			< 43	43-52	53-61	> 61	
Pregunta (A)	Muy de acuerdo, %	44,8%	47,9%	45,4%	43,0%	38,3%	0,120
	Algo de acuerdo, %	38,3%	40,7%	36,9%	42,1%	35,1%	
Pregunta (B)	Muy de acuerdo, %	39,1%	41,5%	34,7%	43,4%	32,1%	0,095
	Algo de acuerdo, %	36,0%	38,5%	42,7%	33,3%	30,9%	
Pregunta (C)	Muy de acuerdo, %	47,9%	48,5%	40,8%	56,2%	45,3%	0,078
	Algo de acuerdo, %	38,6%	45,6%	46,4%	30,5%	29,1%	
Pregunta (D)	Muy de acuerdo, %	59,5%	64,7%	57,3%	56,2%	57,4%	0,117
	Algo de acuerdo, %	29,2%	33,1%	31,3%	32,4%	20,2%	

208. OPINIONES DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS SOBRE EL POTENCIAL USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL CUIDADO DE LA SALUD. ENCUESTA RHEU-LIFE

L. Cea-Calvo¹, C.M. González², F.J. de Toro³, E. Battle⁴, M.J. Arteaga¹ y L. Carmona⁵

¹Departamento de Medical Affairs. Merck Sharp & Dohme de España. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). Universidad de A Coruña.

⁴Reumatología. Departamento de Salud Sant Joan. Alicante. ⁵Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid.

Objetivos: Conocer la opinión de los pacientes con enfermedades reumáticas que reciben biológicos subcutáneos sobre la utilización de nuevas tecnologías como herramientas en el cuidado de su salud.

Métodos: RHEU-LIFE fue una encuesta a pacientes con enfermedades reumáticas tratados con biológicos subcutáneos. La encuesta fue entregada en mano por 50 reumatólogos de distintos hospitales españoles, cada uno a 20 pacientes consecutivos con artritis reumatoide (AR), espondiloartritis axial (EsA axial) o artritis psoriásica (APs). Éstos completaron la encuesta de forma anónima en casa y la devolvieron por correo pre franqueado. Los pacientes respondieron a preguntas cerradas sobre su grado de acuerdo en la utilización de nuevas tecnologías (i.e. Internet o aplicaciones para móviles) en el cuidado de la salud, con respuestas desde "muy de acuerdo" a "completamente en desacuerdo".

Resultados: Se entregó la encuesta a 1.000 pacientes y 592 contestaron (tasa de respuesta 59,2%, edad 51,7 años [DE 13,2], 42,4% hombres y 57,6% mujeres). La enfermedad de base de los pacientes fue: AR (n = 304, 54,2%), EsA axial (n = 141, 25,1%) y APs (n = 116, 20,7%). 31 pacientes no consignaron su enfermedad. Respecto a las nuevas tecnologías, el 24,2% se definió como "no familiarizado", el 36,8% como "poco familiarizado" y el 38,9% como "muy familiarizado", con porcentajes similares en hombres y mujeres (p = 0,419). El porcentaje "muy familiarizado" fue mayor en pacientes con EsA axial que en aquellos con AR o APs (51,1%, 36,1% y 36,5% respectivamente, p < 0,001), y en pacientes de más jóvenes (70,5% en < 43 años, 44,0% en pacientes de 43 a 52 años, 31,1% en pacientes de 53-61 años y 9,2% en > 62 años, p < 0,001). El grado de acuerdo sobre el uso de nuevas tecnologías en "tener un papel más activo en el cuidado de la enfermedad (A)", "recordar el momento de administrar la medicación (B)", "informar al médico sobre el efecto del tratamiento (C)" y "comunicar con el médico entre las visitas programadas, si fuese necesario (D)" se muestra en la tabla. Los porcentajes de acuerdo fueron similares en hombres y mujeres (p (A) = 0,696, p (B) = 0,594, p (C) = 0,565 y p (D) = 0,551 respectivamente), y en pacientes con AR, EsA axial o APs (p (A) = 0,531, p (B) = 0,608, p (C) = 0,490 y p (D) = 0,768 respectivamente). Por rangos

de edad, se observó una tendencia a que los pacientes más jóvenes estuviesen más de acuerdo en la utilidad de nuevas tecnologías (v. tabla en pág. anterior).

Conclusiones: El porcentaje de pacientes que manifiesta estar de acuerdo en la utilidad de las nuevas tecnologías para el seguimiento de las enfermedades reumáticas y el cuidado de la salud es elevado en pacientes con las distintas patologías, hombres y mujeres y en cualquier rango de edad.

Este proyecto fue financiado por Merck Sharp & Dohme de España y contó con el aval de la asociación de pacientes ConArtritis (Coordinadora Nacional de Artritis).

209. ¿ES LA TROMBOPENIA UN FACTOR DE RIESGO TROMBÓTICO EN PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS POSITIVOS SIN CRITERIOS CLÍNICOS DE ENFERMEDAD?

R. Demetrio Pablo¹, P. Muñoz², V. Calvo³, L. Riancho³, M. López-Hoyos⁴ y V.M. Martínez-Taboada³

¹Servicio de Oftalmología; ²Gerencia de Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud; ³Reumatología; ⁴Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) es un desorden inmunitario adquirido, definido por la presencia de trombosis (arterial y/o venosa) y/o morbilidad del embarazo junto con la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (aFL) positivos (anticuerpos anticardiolipina (aCL), anti-beta2 glicoproteína I (AB2GPI) y/o anticoagulante lúpico (AL). Existe una relación clara entre los aFL y algunas manifestaciones no incluidas en los criterios clínicos entre las que se encuentran las manifestaciones hematológicas. Dentro de estas, la trombopenia ha sido descrita en el 20-50% de los pacientes con SAF. Aunque la trombopenia en el SAF no suele ser grave, se desconoce su impacto.

Objetivos: a) Estudiar la probabilidad de desarrollar SAF clínico en pacientes con aFL positivos y trombopenia b) Identificar posibles factores de riesgo para el desarrollo de SAF en esta población. c) Estudiar la asociación de la trombopenia con los distintos aFL y con la carga de autoanticuerpos.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con aFL positivos en al menos 2 ocasiones separadas por un mínimo de 12 semanas, a títulos medios o altos, sin cumplir criterios clínicos de SAF. Los pacientes fueron seleccionados de la base de datos del Servicio de Inmunología de un hospital terciario entre 1999 y 2004. Se definió trombopenia como una cifra de plaquetas ≤ 100.000 plaquetas/L. Se excluyeron pacientes con otras causas de trombopenia.

Resultados: 17 de los 138 (12%) pacientes incluidos en el estudio presentaban trombopenia. En estos pacientes la cifra media de plaquetas fue de $60.000/\text{mm}^3$. 10 (60%) pacientes recibieron glucocorticoides orales a dosis medias-altas. Únicamente 2 pacientes con cifras < 5.000 plaquetas/ mm^3 precisaron las gammaglobulinas ev. El tabaquismo fue más frecuente en los pacientes con trombopenia (47,1% vs 24%; $p = 0,044$). El riesgo para desarrollar trombopenia fue casi 3 veces mayor en los pacientes fumadores (OR 2,8; IC95% 1,0-8,0; $p = 0,044$). No encontramos relación estadísticamente significativa respecto a la distribución de los distintos anticuerpos, excepto para el AL (OR 13,5; IC95%: 3,8-47,6; $p < 0,001$). Observamos una relación entre la trombopenia y el número de anticuerpos positivos, de manera que aquellos con 2 y 3 anticuerpos positivos fueron más susceptibles a desarrollar trombopenia que aquellos con un solo tipo de anticuerpo positivo, (OR 12,4 y 50,8 respectivamente; $p = 0,002$ y $p < 0,001$). Tras un seguimiento medio de $146 \pm 60,3$ meses, 5 pacientes con trombopenia (29,4%) desarrollaron trombosis (4 arteriales: 1 neuropatía óptica isquémica anterior, 1 AIT, 1ACVA y 1IAM, y 1 venosa: TVP de miembros inferiores con TEP secundario),

pasando a cumplir criterios clínicos de SAF. La media de tiempo desde la confirmación de la presencia de aFL hasta el diagnóstico de SAF fue de $73 \pm 61,5$ meses. Los pacientes con trombopenia presentaron mayor número de trombosis frente a los pacientes con cifras de plaquetas normales (29,4% vs 6,6%; OR 5,9; IC95%: 1,7-20,9; $p = 0,003$).

Conclusiones: a) En nuestra serie, la incidencia de trombopenia en pacientes con anticuerpos antifosfolípidos positivos que no cumplen criterios clínicos de SAF es del 12%. Los pacientes con aFL positivos que desarrollan trombopenia tienen un riesgo potencial de desarrollar SAF (trombótico) en el futuro. b) El tabaco podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de trombopenia en esta población. c) La carga de autoanticuerpos es un factor de riesgo para el desarrollo de trombopenia.

210. EVALUACIÓN DEL RIESGO TROMBÓTICO EN PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS POSITIVOS SIN CRITERIOS CLÍNICOS DE ENFERMEDAD

R. Demetrio Pablo¹, P. Muñoz², V. Calvo³, L. Riancho³, M. López-Hoyos⁴ y V.M. Martínez-Taboada³

¹Servicio de Oftalmología; ²Gerencia de Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud; ³Reumatología; ⁴Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Introducción: El diagnóstico de síndrome antifosfolípido (SAF) requiere evidencia clínica y analítica. La prevalencia de trombosis y sus factores predictivos varían en función de la población estudiada. Aunque los aFL tienen una fuerte relación con la trombosis y la morbilidad del embarazo, el valor de cada tipo de aFL como marcador para desarrollar SAF no está totalmente aclarado.

Objetivos: a) Analizar la incidencia de trombosis en pacientes con aFL positivos que no cumplen criterios clínicos de enfermedad; b) Identificar posibles factores de riesgo para trombosis en esta población; c) Analizar el posible papel protector de la trombotrombolisis primaria.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con aFL positivos en al menos 2 ocasiones separadas por un mínimo de 12 semanas, a títulos medio o altos, sin cumplir criterios clínicos de SAF. Los pacientes fueron seleccionados de la base de datos del Servicio de Inmunología de un hospital terciario entre 1999 y 2004. La presencia del evento vascular se confirmó a través de pruebas de imagen. Los casos de neuropatía óptica isquémica (NOI) se diagnosticaron mediante clínica y pruebas electrofisiológicas.

Resultados: Tras un seguimiento medio de $146 \pm 60,3$ meses, de los 138 pacientes incluidos en el estudio, 13 (9,4%) desarrollaron trombosis. La media de tiempo hasta el episodio trombótico fue de $81,4 \pm 41,7$ meses. Varios factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos como el tabaco (61,5% en el grupo con trombosis vs 23,2% en el grupo sin trombosis; $p = 0,003$), la HTA (53,8% vs 15,3%; $p = 0,001$) y la dislipemia (DLP) (38,5% vs 5,6%; $p = 0,001$) fueron más frecuentes en los pacientes con trombosis. Estos tres FRCV clásicos se mostraron como factores de riesgo independientes para trombosis en el análisis univariante, con una OR de 6,5 (IC95% 2,0-21,3) para HTA, de 5,3 (IC95% 1,6-17,5) para el tabaco y de 10,5 (IC95% 2,7-40,8) para DLP. Respecto a los distintos anticuerpos, solo el anticoagulante lúpico (AL) ($p = 0,062$) y los anticuerpos anticardiolipina (aCL) IgM ($p = 0,14$) mostraron una tendencia a ser más frecuentes en los pacientes con trombosis. Sin embargo, la positividad para los 3 tipos de anticuerpos (AL, aCL, AB2GPI) se asoció con un aumento de riesgo de trombosis (OR 7 [IC95% 1,9-28,5]; $p = 0,004$). El análisis multivariante mostró como factores de riesgo independientes de trombosis el tabaquismo (OR 8,3 [IC95% 1,3-52,5]; $p = 0,024$), la HTA (OR 15,9 [IC95% 1,8-138,7]; $p = 0,012$), la DLP (OR 16,9 [IC95% 1,4-108,3]; p

= 0,027) y los aCL IgM (OR 18,7 [IC95% 1,2-277,7]; p = 0,033). De los 13 eventos trombóticos, 10 fueron arteriales: 4 IAM, 2 trombosis de arteria central de la retina, 2 NOI, 1 AIT y 1 ACVA. Tres de las trombosis tuvieron lugar en territorio venoso en forma de TVP de extremidades inferiores, con TEP secundario en 2. Respecto al tratamiento, 102 pacientes recibieron profilaxis con AAS 100 mg, observándose una tendencia a la protección (OR 0,774 [IC95% 0,2-2,7]; p = 0,686).

Conclusiones: a) La incidencia de trombosis en pacientes con aFL positivos que no cumplen criterios clínicos de la enfermedad se acerca al 10%. b) El tabaco, la DLP, la HTA y los aCL IgM son factores de riesgo independientes para el desarrollo de trombosis. La carga de autoanticuerpos aumenta el riesgo de trombosis en estos pacientes. c) El papel protector del AAS en esta población parece limitado, pudiendo plantear tromboprofilaxis primaria con anticoagulación oral en aquellos pacientes considerados de alto riesgo.

211. PLAN DE ACTUACIÓN DE UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON RAQUIALGIA REMITIDOS A NEUROCIRUGÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

L. Expósito Pérez y S. Bustabad Reyes

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

Introducción: La raquialgia es uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria y genera un alto consumo de recursos sanitarios y pérdidas económicas por días de baja laboral. Según el estudio EPISER2000 en la población adulta española > 20 años, la lumbalgia puntual tiene una prevalencia del 14,8% y la crónica del 7,7%. Los datos sobre la prevalencia de la cervicalgia son más variables, entre 10-70%.

Objetivos: Valorar la actuación del reumatólogo en cribado de pacientes remitidos desde el médico de atención primaria (MAP) a una consulta de neurocirugía (NCG) por raquialgia. Describir los datos obtenidos en dicha consulta durante un período de 6 meses.

Métodos: En nuestra área de referencia la lista de espera por raquialgia de la consulta de NCG era > 3 años, por ello se elaboró un plan conjunto entre los Servicios de Neurocirugía y Reumatología: los pacientes con raquialgia enviados por los MAP a NCG, se valorarían primero por reumatología. Se entregó a los pacientes una encuesta de satisfacción.

Resultados: La lista de espera por raquialgia de la consulta de NCG en junio 2015 se situaba en diciembre 2018. En un periodo de 6 meses (julio-diciembre 2015) el reumatólogo valoró 907 pacientes: 546 (60,2%) mujeres y 361 (39,8%) varones, con una edad media de 50,4 años (rango: 15-85). El motivo de la derivación fue: lumbalgia en 656 pacientes (72,3%), cervicalgia en 158 (17,4%), ambas en 78 (8,6%) y otros en 1 (1,6%). Presentaban sobrepeso u obesidad el 70% de los pacientes. Las pruebas complementarias que aportaban los pacientes fueron: 18% radiografía simple; 70% RMN (43% sin radiografía previa); TC el 15,7%; EMG el 9%; gammagrafía osteoarticular el 0,1%. Tras valorar a los pacientes sólo fue necesario solicitar 19 RMN adicionales. El diagnóstico tras el estudio fue espondiloartrosis el 45,5%, discopatía/protrusiones discales el 34,7%, hernias discales el 34,3%, estenosis de canal lumbar 5%, espondilolistesis grado I/II 3,3%, fractura-aplastamiento vertebral 1%, síndrome miofascial 0,5%, síndrome piramidal 0,4%, otros 1%. Ningún caso de espondiloartropatía. Se derivó al MAP al 73,6%, NCR al 7,8%, rehabilitación al 10,5%, U. del dolor al 3,3% y endocrino al 1,9% (obesidad grado II/III que aceptaban la derivación). Sólo se citaron 43 pacientes (4,7%) para resultados de pruebas solicitadas y confirmación diagnóstica. Previo a esta consulta el 51,3% de los pacientes habían sido valorados por otros especialistas (traumatología, rehabilitación, U. del dolor y reumatología).

De las 300 encuestas anónimas realizadas, el 99,3% de los pacientes estaban satisfechos/muy satisfechos con el servicio recibido; el 94,3% estaban de acuerdo con las pruebas solicitadas; el 91,6% considera que se ha tratado su problema de forma eficaz.

Conclusiones: 1) La raquialgia es una patología que en pocas ocasiones necesita valoración quirúrgica (7,8% de los casos). 2) Ningún paciente de los que fueron derivados a NCG presentaban una espondiloartropatía, esto puede estar influenciado por la labor realizada desde el Servicio de Reumatología con los MAP (información de criterios de derivación de raquialgia inflamatoria). 3) Hay una tendencia injustificada a realizar de forma inicial pruebas de imagen más complejas y caras en detrimento de la radiología simple para la valoración de la patología axial. 4) Son necesarios planes de actuación en la raquialgia dirigidos a los MAP para así evitar derivaciones innecesarias, consultas con diferentes especialistas y menor gasto en pruebas complementarias.

212. VALIDEZ DE LA ECOGRAFÍA DOPPLER EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ARTERITIS DE LA TEMPORAL

I.C. Aranda-Valera¹, S. García Carazo², I. Monjo Henry², M.J. Rodríguez Valls¹, E. Martín-Mola² y E. de Miguel Mendieta²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Jerez. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: La arteritis de la temporal (AT), es la vasculitis sistémica más frecuente del adulto. Habitualmente el diagnóstico se basa en el uso de los criterios del American College of Rheumatology (ACR) publicados en 1990 basados en la historia clínica, examen físico, datos de laboratorio y hallazgos histológicos en la biopsia. El problema radica en que, según la literatura, la biopsia puede llegar a ser negativa en hasta un 68% de pacientes con AT y sin ella el valor predictivo se reduce considerablemente.

Objetivos: Determinar la validez de la ecografía, biopsia y criterios ACR, tomando como patrón oro el diagnóstico clínico definitivo del paciente tras ver evolución.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional descriptivo y analítico, revisándose la historia clínica de los pacientes a los que se les realizó ecografía de arteria temporal realizadas en nuestro hospital por sospecha de AT. La exploración estándar consiste en el examen bilateral de la arteria temporal superficial, con sus troncos comunes y las ramas frontales y parietales. En caso de existir duda diagnóstica, la exploración se amplía a las arterias occipitales y/o axilares. Las ecografías fueron realizadas e informadas por la misma persona para evitar sesgos. Las variables registradas fueron edad y sexo, la presencia o ausencia de criterios ACR, el valor de VSG, el diagnóstico final y los resultados de la biopsia y de la exploración ecográfica, así como el número de ramas afectadas. Se realizó el análisis estadístico mediante el programa software SPSS Statistics versión 20.0.

Resultados: De los 451 pacientes estudiados, 52 eran varones y 399 mujeres (11,5% vs 88,5%) con una edad media de 81 años, de los cuales, 256 presentaban diagnóstico definitivo de AT (56,8%) mientras que 195 presentaron otros diagnósticos (43,2%); 240 cumplían criterios ACR (53,22%) y 211 no los cumplían (46,78%); se realizó biopsia a 166 pacientes de los cuales 54 (32,53%) fueron positivas y 112 fueron negativas (67,47%). La validez (sensibilidad y especificidad) y seguridad (valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), Likelihood Ratio (LR+ y LR-) de las pruebas diagnósticas utilizadas quedan recogidos en la tabla.

	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	LR+	LR-
Criterios ACR	65,37%	62,89%	70%	57,82	1,7619	0,5506
Biopsia	42,86%	100%	100%	35,71%		0,5714
Ecografía	91,60%	95,83%	96,62%	89,76%	21,81	0,0876

Conclusiones: La ecografía muestra una gran validez y seguridad como prueba diagnóstica en AT, siendo además una técnica más barata y menos cruenta que la biopsia, por lo que debería plantearse la posibilidad de considerarla como opción diagnóstica de primera línea en el diagnóstico de esta enfermedad.

213. PREVALENCIA DE FRACTURA EN PACIENTES REUMÁTICOS EN TRATAMIENTO CORTICOIDEO

A.C. Haro-Martínez¹, D. Palma-Sánchez¹, E. Peñas Martínez¹, M. Mayor González¹, M.J. Moreno Martínez¹ y R. Reyes-García²

¹Unidad de Reumatología; ²Unidad de Endocrinología. Hospital Rafael Méndez. Lorca.

Introducción: El uso crónico de corticoides es la causa más frecuente de osteoporosis secundaria. En la pérdida ósea influye la dosis diaria y acumulada de corticosteroides y se produce sobre todo en los seis primeros meses de tratamiento. Se estima además que se producirán fracturas en un tercio de los pacientes al año de iniciar tratamiento y en un 50% en algún momento de su evolución. Es importante identificar la existencia de otros factores de riesgo de fractura en estos pacientes. En reumatología los corticoides se utilizan habitualmente en el tratamiento de enfermedades inflamatorias, por lo que en 2001 la American College of Rheumatology (ACR) publicó una serie de recomendaciones para la evaluación, prevención y tratamiento de la osteoporosis inducida por corticoides.

Objetivos: Valorar la prevalencia de osteoporosis y/o de fractura osteoporótica en pacientes con enfermedad reumática inflamatoria en tratamiento crónico con corticoides a los que no se les aplica las recomendaciones ACR 2001.

Métodos: Estudio transversal en el que se incluyeron pacientes con enfermedad reumática inflamatoria en tratamiento corticoide vía oral con una dosis ≥ 5 miligramos (mg) de prednisona o equivalente durante al menos 3 meses que tenían realizada densitometría ósea central (DEXA) y no llevaban tratamiento para la osteoporosis. Se recogieron las siguientes variables: características sociodemográficas, T-score lumbar y femoral, existencia de fractura osteoporótica (vertebral, cadera y fractura de Colles), factores de riesgo de fractura, dosis acumulada y duración en meses de tratamiento corticoide. El resultado de DEXA se dividió en 3 grupos: osteoporosis (menor de -2,5), riesgo de fractura en pacientes con corticoides (entre -1,5 y -2,5) y bajo riesgo de fractura (mayor de -1,5). En el análisis estadístico descriptivo de variables cuantitativas se utilizaron las medias, desviación estándar, mediana e intervalo de confianza (IC) y para variables cualitativas se utilizaron frecuencias.

Resultados: Se incluyeron 126 pacientes, de los cuales 91 eran mujeres siendo el 73,62% posmenopáusicas. La edad media fue de $57,84 \pm 13,50$. La duración media de tratamiento con corticoides fue $67,87 \pm 58,22$ meses, la mediana 50 y el IC 4-267. La dosis media acumulada fue 10.237,04 mg, la mediana 7.300 y el IC 600-82.125. El 68% de los pacientes presentó un T-score mayor de -1,5, el 24% entre -1,5 y -2,5 y el 8% menor de -2,5. El 91,3% de los pacientes presentaban 2 o más factores de riesgo de fractura además de la toma de corticosteroides. Se realizó estudio radiológico de columna dorsal y lumbar a 116 pacientes. Se documentó una fractura vertebral y una fractura de colles. No encontramos asociación entre el resultado de DEXA y los factores de riesgo de fractura, dosis acumulada de corticosteroides y dosis media diaria.

Conclusiones: A pesar de no haber seguido las recomendaciones ACR, nuestros pacientes presentaron una baja prevalencia de fractura osteoporótica y la mayoría tenían bajo riesgo de fractura según DEXA.

214. EL TRATAMIENTO COMBINADO CON DENOSUMAB Y BDMARDS EN PACIENTES CON REUMATISMOS INFLAMATORIOS CRÓNICOS MOSTRÓ ADECUADA EFICACIA SIN INCREMENTO EN TOXICIDAD. RESULTADOS DE UNA SERIE DE CASOS

B. Hernández Cruz¹, P. León Rubio², E. Rubio², M. Lisboa², M. Fernández Alba², M.J. Valenzuela², D. Decán¹, C. Ojeda García¹, M. León¹, A. Ruiz² y J. Povedano Gómez^{1,2}

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

Introducción: Las estrategias T2T del tratamiento de las enfermedades reumáticas inflamatorias moderadas-graves incluye el empleo de FME biológicos (FMEb). No se recomienda la asociación de más de un FAMEb simultáneo por toxicidad. Los pacientes tienen OP y su tratamiento es tan importante como el de la enfermedad de base. La asociación de denosumab (DNS) más FAMEb cada vez es más frecuente.

Objetivos: Conocer el número de pacientes en tratamiento con DNS más FAMEb en práctica clínica. Caracterizar la enfermedad reumática y la osteoporosis. Conocer la frecuencia y tipo de reacciones adversas graves. Diseño: estudio observacional, retrospectivo en Atención Especializada en las UGC de Reumatología del HUVV y del HUVR.

Métodos: Nueve reumatólogos recibieron una capacitación Online vía Dropbox sobre el diseño, la metodología, los objetivos, las variables de la investigación. Ellos revisaron todas las historias clínicas de los pacientes en tratamiento con FAMEb e identificaron todos los casos que en receta electrónica tenían al menos una dosis de DNS. De cada caso se recabaron 53 variables predefinidas. El análisis estadístico se realizó mediante el cálculo de medidas de tendencia central, dispersión, prevalencia de la combinación DNB+FMEb y densidad de incidencia de eventos adversos graves.

Resultados: Se revisaron las historias clínicas de 1.540 pacientes en tratamiento con biológicos (569 UGC del HUVV y 971 del HUVR). Se encontraron 38 casos de pacientes tratados con FMEb más DNS, prevalencia de 2,46%. La mayoría mujeres (36, 95%), con AR (28, 74%), LES (2, 5%), PSA (2, 5%). La edad media (p25 75) al diagnóstico de la enfermedad reumática fue de 49 (35-62) años, al Diagnóstico de la OP fue de 61 (54 68). Se empleó ETN (16, 42%), RTX (9, 24%), ADA (4, 10%), INF (3, 8%), ABA (3, 8%), TCZ (2, 5%) y GOL1 (1, 3%) durante 60 (25-120) meses. Todas recibían algún FME sintético de modo concomitante, el más usado MTX en 15 (40%) a dosis de 15 mg/sem (7,5 20). Se emplearon corticoides en 26 (67%) a dosis de 5 mg/día (5-10). La mayoría tenían una OP mixta (corticoidea y posmenopáusica), n = 26, 72% y 5 casos con OP posmenopáusica. Se encontraron fracturas por fragilidad (FF) en 9 casos (23%), las FF fueron periféricas (5, 13%); 2 (5%) FF vertebrales y 2 (5%) con ambas. Se administraron 3 (2-6) dosis de DNS, con una duración del tratamiento de 14,7 (6 37,9) meses. El puntaje del índice FRAX basal sin DMO para FF mayor fue de 13 (5,6 31) y para FF de cadera de 3,8 (0,7 16). La DMO basal mostró un Tscore de cuello femoral de -2,5(-1,3 -3,1) y de columna lumbar total de -2,4 (-1 -3,5). Se encontraron tres casos con FF incidentes (5,07 FF \times 100 pacientes/año). Los eventos adversos registrados fueron tres infecciones de tracto urinario y una de tejidos blandos, consideradas como no graves y tratadas con antibioticoterapia oral ambulatoria (6,75 infecciones moderadas \times 100 pacientes/año). Ninguna de las infecciones se consideró relacionada con DNS. No se registraron infecciones graves, ingresos hospitalarios ni defunciones. Una paciente acudió a urgencias tras una caída en la bañera, sin FF y no requirió hospitalización.

Conclusiones: La frecuencia del uso concomitante de DNS+ FAMEb es muy baja. Se emplea en casos con una enfermedad reumática grave, de larga evolución y corticoterapia prolongada que han tenido FF. La eficacia del tratamiento con DNS fue similar a la informada en pacientes con una OP de características similares sin incremento en toxicidad.

215. LOS PIES EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: ¿ESTAMOS SUBESTIMANDO SU IMPLICACIÓN E IMPACTO FUNCIONAL?

J. Martínez-Barrio¹, R. Morales-Lozano², F.J. López-Longo¹, M.L. González-Fernández², J.G. Ovalles-Bonilla¹, L. Valor¹, I. Janta¹, J.C. Nieto¹, D. Hernández-Flórez¹, C.M. González¹, I. Monteagudo¹, J. Garrido³, L. Carreño¹ y E. Naredo¹

¹Departamento de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Clínica Universitaria de Podología. Universidad Complutense de Madrid. ³Departamento de Psicología Social y Metodología. Universidad Autónoma de Madrid.

Introducción: La afectación articular en el lupus eritematoso sistémico (LES) es frecuente y heterogénea. Aunque la alteración de la mano ha sido extensamente estudiada, hay pocos estudios que describen el efecto de la enfermedad específicamente en el tobillo y pie.

Objetivos: Evaluar las alteraciones biomecánicas y ecográficas en los pies de pacientes con LES en comparación con los controles y determinar la relación entre estas alteraciones y la actividad del LES.

Métodos: Se evaluaron de forma consecutiva 54 mujeres con LES, con y sin dolor en el pie. Además, se reclutaron 60 controles femeninos, 30 con dolor en los pies y 30 sin dolor. Controles y pacientes se evaluaron de manera integral mediante estudio podológico, biomecánico y ecográfico de los pies. La valoración ecográfica incluyó la detección de sinovitis en modo-B, tenosinovitis, entesopatía, cambios óseos y presencia de señal Doppler sinovial, tenosinovial y en entesis. La actividad del LES se evaluó mediante el SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index).

Resultados: 31 (57,4%) pacientes con LES tenían dolor de pie bilateral y 5 (9,3%) tenían dolor de pie unilateral. La metatarsalgia fue la localización más frecuente del dolor, sin diferencias significativas entre grupos ($p = 0,284$). Las deformidades articulares del dedo del pie y las anomalías biomecánicas fueron significativamente más frecuentes en los pies de pacientes con LES que en los pies control ($p < 0,0005$ y $p < 0,05$ respectivamente). La presencia de sinovitis en modo-B en la articulación tibiotarso se asoció tener LES ($p < 0,0005$). La señal Doppler en las articulaciones metatarsofalángicas sólo se encontró en pies dolorosos de pacientes con LES. El SLEDAI fue significativamente mayor en pacientes con dolor en el pie que en aquellos sin dolor ($p = 0,008$), sin embargo, el SLEDAI no discriminó entre pacientes con y sin alteraciones biomecánicas o ecográficas.

Conclusiones: Los pacientes con LES presentaron más alteraciones biomecánicas y ecográficas en los pies que los controles, que no fueron capturadas por la evaluación estandarizada de la actividad de la enfermedad.

216. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES EN EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE SJÖGREN

B. Paredes¹, G. Bonilla¹, C. Plasencia¹, I. Monjo¹, A. Pieren¹, E. Moral¹, C. Tornero¹, A. Rosell², E. Ruiz-Bravo², E. Martín-Mola¹, A. Balsa¹ y E. de Miguel¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital La Paz-Idipaz. Madrid.

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) es un trastorno inflamatorio crónico y autoinmune que afecta principalmente a las glándulas exocrinas. Las glándulas afectadas se caracterizan histológicamente por infiltración linfocítica focal y como consecuencia existe disfunción glandular causando síndrome seco. Estudios recientes han demostrado que la ultrasonografía de glándulas salivales (USGS) es una prueba válida para evaluar la afectación de glándulas salivales mayores en SS.

Objetivos: Determinar la precisión de la USGS para formas de inicio de SS primario.

Métodos: Estudio experimental de intervención abierta unicéntrico en una cohorte de pacientes con sospecha de SS a los que se realizará una biopsia de glándulas salivales solicitada por su especialista habitual. Se realizó una ecografía con sonda lineal de alta frecuencia de las glándulas parótidas y sub mandibulares previa a la realización de biopsia. Se valoraron los cambios en la ecoestructura de las glándulas salivales (0 = glándula homogénea, 1 = zonas hipoeoicas aisladas, 2 = áreas hipoeoicas dispersas de tamaño variable, distribuidas de forma no uniforme o cambios en las densidades de la glándula, 3 = áreas hipoeoicas confluentes y/o densidades lineales y/o múltiples quistes o múltiples calcificaciones). Se consideró la biopsia de glándula salival (BGS) como gold estándar. Para el diagnóstico del SS se utilizarán los criterios clasificatorios americano-europeos 2002 (EU-USA 2002).

Resultados: De una muestra de 24 pacientes con sospecha de SS, se realizó USGS a 20 pacientes que iban a ser sometidos a BGS. El 100% de la población fueron mujeres con una edad media de 58 ± 14 . Once pacientes (46%) cumplieron los EU-USA 2002, 4 (17%) no cumplieron los criterios y en 9 de ellos (37%) no fue posible clasificarlos por datos insuficientes (al menos dos criterios no registrados). Once pacientes (55%) no presentaron alteraciones en la USGS mientras que 9 (45%) tuvieron algún grado de alteración ecográfica. De los pacientes que cumplieron EU-USA 2002, cuatro (36%) tuvieron biopsia negativa, cuatro (36%) biopsia positiva y 3 (28%) biopsia inespecífica. De los 9 pacientes con un diagnóstico dudoso por falta de datos, 7 (78%) tuvieron una biopsia inespecífica. 5 pacientes (56%) con alteraciones en USGS cumplieron EU-USA 2002. De los 6 pacientes con biopsia positiva para SS, 4 (67%) tuvieron alteraciones ecográficas. De los 7 pacientes con gammagrafía salival patológica, 5 (71%) tuvieron alteraciones en USGS. Tomando la biopsia como patrón oro, la sensibilidad de la USGS fue de 100%, la especificidad fue 68,75%, el VPP de 44,4% y VPB 100%; la sensibilidad de la gammagrafía GS fue 80%, la especificidad fue de 44%, el VPP 44% y VPB 44%. Tomando en cuenta la gammagrafía de GS como patrón oro la sensibilidad de la ecografía fue 71,4%, la especificidad fue del 100%, el VPP 100% y el VPB 60%. Como limitación cabe señalar que son resultados preliminares con escaso tamaño muestral y en formas de inicio de la enfermedad.

Conclusiones: Aunque son datos preliminares se observa una alta sensibilidad y VPB de la ecografía frente a BGS y una alta especificidad de la ecografía frente a gammagrafía. Lo que apoya el potencial de la ecografía como prueba diagnóstica complementaria.

217. ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS: ABORDAJE DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PACIENTE

C. Sobrino Grande¹, A. Alía Jiménez¹, C. Medina Quiñones¹, J.F. Borja Serrati¹, C. Redondo Romero¹, V. Maldonado Romero¹, M. Grandal Platero¹, C. Velázquez Arce¹, J. Bachiller Corral¹, L. León Mateos² y M. Vázquez Díaz¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: Las artropatías inflamatorias, artritis reumatoide (AR), espondilitis anquilosante (EA), artritis psoriásica (APs) y artritis idiopática juvenil (AIJ) afectan preferentemente a mujeres, con frecuencia en edad fértil. Estudios poblacionales han demostrado que el número de nacimientos es menor en estas pacientes comparado con controles sanos, mientras que la tasa de fecundidad y fertilidad no siempre está disminuida. La elección personal condicionada por otros factores, como la actividad inflamatoria, el uso de terapias teratógenas, la limitación funcional y la información recibida, es un aspecto importante a tener en cuenta en la práctica clínica diaria con estas pacientes.

Objetivos: Evaluar los aspectos relacionados con la enfermedad que más afectan a la planificación familiar en mujeres con artropatías inflamatorias. Detectar áreas de mejora desde el punto de vista del paciente.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye mujeres en edad fértil (de 17 a 47 años) afectas de AR, EA, APs o AIJ. La recogida de datos se realizó mediante 2 cuestionarios anónimos, uno relleno por el médico con datos clínicos y otro por el paciente con datos sociodemográficos, historia reproductiva y 16 preguntas cerradas sobre la planificación familiar: influencia de la enfermedad, preocupaciones y miedos secundarios, conocimientos sobre el diagnóstico, tratamiento y sus efectos sobre el embarazo, e información recibida por su reumatólogo. Todas firmaron un consentimiento informado. El análisis estadístico se realizó con el programa STATA.

Resultados: Se incluyeron 108 mujeres de junio 2014 a julio 2015, con una edad media de $37,4 \pm 7,5$ años. 43 tenían diagnóstico de AR, 31 EA, 19 APs, y 16 AIJ. La edad media de diagnóstico fue de $27,7 \pm 10,2$ años. Un 54% de las encuestadas tenía hijos (media de 0,82 hijos/mujer). El 33% de las mujeres había sido madre antes del diagnóstico y, aunque el 40% del total afirmó haberse planteado el embarazo durante la enfermedad, sólo el 20% lo fue posteriormente (0,24 hijos/mujer). Un 70% afirmó que la enfermedad sí condicionó su planificación familiar, siendo elegido como factor más influyente la actividad inflamatoria seguido del tratamiento recibido. Al 64% le preocupa empeorar durante el embarazo, al 48% transmitir la enfermedad a sus hijos y al 45% no poder cuidarlos adecuadamente por sus limitaciones físicas. La mitad refirió tener pocos conocimientos sobre efectos secundarios de los fármacos en la madre o el feto y un 52% y 68% haber recibido nada o poca información por sus médicos sobre embarazo y lactancia, respectivamente. Más de un tercio de las pacientes se hubiera replanteado un embarazo si hubiera recibido más información. No se demostró relación con ningún factor sociodemográfico ni hubo diferencias en el análisis por subgrupos (tipo de enfermedad, edad, tratamiento).

Conclusiones: Existe una baja tasa de natalidad en las mujeres con artropatías inflamatorias. Los factores con mayor influencia negativa son la actividad inflamatoria y el tratamiento recibido, afectando también de forma significativa el miedo a empeorar, a transmitir la enfermedad y a no poder cuidar a los hijos adecuadamente. El déficit de conocimientos y la demanda de información de las pacientes detectadas deberían resolverse en las consultas desde el momento del diagnóstico, ya que les ayudaría a entender la enfermedad, disminuir sus miedos y facilitar la planificación familiar en aquellas mujeres que lo deseen.

218. CRITERIOS CASPAR Y ASAS PARA AFECTACIÓN PERIFÉRICA APLICADOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTROPATÍA PSORIÁSICA EN LA REGIÓN DE MURCIA

F.J. Rodríguez Martínez¹, M.J. Moreno Martínez², D. Palma Sánchez², E. Peñas Martínez², M.J. Moreno Ramos³, A. Uceda Galiano⁴, L.F. Linares³, R. González³, M.F. Pina⁶, N. Lozano³, E. Pagán⁴, J. Moreno¹, E. Soriano¹, M.R. Oliva Ruiz⁷ y GRAPSOMUR

¹Complejo Hospitalario de Cartagena. ²Hospital Rafael Méndez. Lorca. ³Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁴Hospital Los Arcos del Mar Menor. San Javier. ⁵Hospital Reina Sofía. Murcia. ⁶Hospital Morales Meseguer. Murcia. ⁷Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca.

Introducción: La heterogeneidad clínica de la artropatía psoriásica (APs) y la frecuente aparición de artritis en ausencia de psoriasis cutánea ha supuesto un reto diagnóstico, no existiendo hasta la fecha unos criterios diagnósticos propios de la enfermedad. Los criterios de clasificación CASPAR presentan una limitación para clasificar pacientes en un estadio precoz de la enfermedad. La introducción de nuevas técnicas de imagen y la necesidad de reconocer a los pacientes en una fase más temprana, dio lugar al desarrollo de los criterios de clasificación ASAS, que permiten clasificar a los pacientes con espondiloartritis según su forma de expresión clínica

(axial o periférica). Cuando estos criterios de clasificación se utilizan en un ambiente con elevada prevalencia de la enfermedad, como son las consultas de reumatología, pueden ser utilizados como criterios diagnósticos. Esto ha propiciado que se utilicen de forma indistinta en la práctica clínica para tratar de diagnosticar a los pacientes con APs, desconociendo las ventajas de utilizar uno u otro. De este modo se ha visto que su sensibilidad y especificidad varían cuando los aplicamos a poblaciones distintas a la original de estudio.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio fue determinar la sensibilidad (S) y especificidad (E) de los criterios CASPAR y ASAS para afectación periférica (ASASp) en nuestra población de pacientes con APs.

Métodos: Se incluyeron 152 pacientes diagnosticados de APs según el criterio de un reumatólogo (gold estándar) y elegidos de forma consecutiva en las diferentes consultas de reumatología. Por otro lado, se estableció un grupo control de 150 pacientes diagnosticados de otras artropatías inflamatorias (artritis reumatoide 57,3%; artritis indiferenciada 11,3%; espondilitis anquilosante 11,3%; espondiloartritis indiferenciada 10%; conectivopatías 6%; otras artropatías inflamatorias 4%), también seleccionados consecutivamente en la consulta. Las características de los pacientes de ambos grupos se describen en la tabla. Una vez incluidos los pacientes se aplicaron los criterios de clasificación CASPAR y ASASp en ambos grupos y se procedió al cálculo de la sensibilidad, especificidad, valor predictivo + (VP+) y valor predictivo (VP-).

	Edad media (años)	Tiempo de evolución (años)	Sexo	CASPAR+ (%)	ASASp (%)
Grupo APs (N 152)	53,8	6,3	Hombres 52,6% Mujeres 47,4%	126 (82,9%)	100 (65,8%)
Grupo control (N 150)	54	7,8	Hombres 37,4% Mujeres 62,6%	1 (0,7%)	14 (9,3%)

Resultados: Tras analizar los datos, obtuvimos respecto a criterios CASPAR una sensibilidad del 82% y una especificidad del 99,3% con un VP+ del 87,7% y un VP- del 72,3%. En cuanto a los criterios ASASp, la sensibilidad fue del 65,8%, la especificidad 90,6%, el VP+ 87,7% y el VP- 72,3%.

Conclusiones: En la población estudiada encontramos una sensibilidad menor que en la incluida en el desarrollo de los criterios CASPAR (82,8 vs 91,2%) con una especificidad similar (99,3 vs 98,7%). Respecto a los criterios ASAS periféricos, nuestros datos también varían respecto a la población analizada en el estudio original, con una sensibilidad menor pero con mejor especificidad (S 65,8 vs 77,8%; E 90,6% vs 82,2%). Estos datos ponen de manifiesto que la sensibilidad y la especificidad de los criterios de los que disponemos en la actualidad varía según las características de la población analizada, pudiendo depender entre otros, del tiempo de evolución de la propia enfermedad.

219. ANÁLISIS DE LAS ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS A TRAVÉS DE TWITTER

N. Martínez-López de Castro^{1,2}, M. Samartín Ucha^{1,2}, M. Álvarez Payero¹, A. Martín Vila¹, M.G. Piñeiro Corrales¹ y J.M. Pego Reigosa^{2,3}

¹Servicio de Farmacia. Área de Gestión Integrada de Vigo. ²Grupo IRIDIS. IBI de Pontevedra, Vigo y Orense. ³Servicio de Reumatología. Área de Gestión Integrada de Vigo.

Objetivos: Las enfermedades articulares inflamatorias crónicas (artritis reumatoide-AR, artritis psoriásica-AP y espondilitis anquilosante-EA), avanzan cada día en cuanto a estrategia terapéutica. Desde la creación de Twitter en el año 2006, el servicio ha ganado popularidad, llegando a tener en el momento actual unos 65 millones de tuits cada día. El análisis de esta red social puede ser utilizado para investigar opiniones sobre fármacos, enfermedades y

procedimientos. Este estudio pretende evaluar la información publicada en la red social Twitter en la relación con las enfermedades articulares inflamatorias crónicas y sus tratamientos biológicos, con el objetivo de analizar las inquietudes y cuestiones planteadas.

Métodos: Existe un acceso público a los tuits limitado por la interfaz de programación de aplicaciones (API) a una muestra del 1% de aquellos publicados en la semana anterior. Se realizó un análisis de Twitter entre el 25 de mayo de 2015 y el 25 de junio de 2015. Se ejecutó un filtrado con los tuits que contenían términos relacionados con las enfermedades; AR, AP y EA y fármacos biológicos (abatacept, adalimumab, certolizumab, etanercept golimumab, infliximab y tocilizumab). La búsqueda se realizó con los términos en español e inglés. Se analizaron los tuits que contenían emoticonos, clasificados como emociones positivas: D;), neutrales: p y negativas: -/8- |. Todos los datos fueron volcados a una tabla Excel, realizándose a través de este programa el análisis estadístico descriptivo. El estudio fue eximido de la revisión por el Comité de Ética e Investigación del Hospital.

Resultados: Se descargaron 25.441 tuits que contenían los términos relacionados con las enfermedades y fármacos biológicos. Solamente 38 tuits fueron Geo- etiquetados y 120 tuits tuvieron asociado algún emoticono. El término más popular fue "rheumatoid arthritis" (13.870 tuits), seguido de "psoriatic arthritis" (2.744 tuits) y "ankylosing spondylitis" (1.503 tuits). Estos mismos términos fueron tuiteados en español con menor frecuencia (2.625, 465 y 197 respectivamente). El infliximab fue el fármaco que más apareció en los tuits en este periodo (1.256 tuits), seguido de adalimumab (1.197) y etanercept (609). El 72%, 50% y 60% de los tuits mostraron emoticonos positivos en AR, EA y AP, respectivamente. Con respecto a los fármacos: el abatacept, adalimumab, certolizumab y etanercept tuvieron sobre un 60% de emoticonos con emociones positivas. Las palabras claves que fueron más repetidas durante este periodo de análisis fueron: embarazo, biosimilares, infección, cáncer, picor, olvido, gripe y dolor de cabeza (en español e inglés).

Conclusiones: La búsqueda de información relacionada con el tratamiento de las artropatías inflamatorias crónicas en la red social Twitter es una realidad. Aunque el número de tuits con emoticonos es muy bajo en nuestro estudio, parece que más de la mitad de los pacientes tienen un sentimiento positivo con respecto a la enfermedad y sus tratamientos. Este tipo de análisis nos pueden orientar sobre donde centrar nuestros esfuerzos de información al paciente, y fomentar así el autocuidado.

Este proyecto ha sido financiado por una beca no restringida de Pfizer.

220. PATRONES DE PRESENTACIÓN Y PRONÓSTICO DE LAS UVEÍTIS ASOCIADAS A ESPONDILOARTROPATÍA, PSORIASIS Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA

N. Errazquin Aguirre, M. Uriarte Ecenarro, C.A. Egües Dubuc, O. Maíz Alonso, A.C. Blanco Esteban y J. Belzunegui Otano

Unidad de Uveítis. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.

Las uveítis asociadas a espondiloartropatías se consideran de carácter benigno resolviéndose con tratamiento tópico en la mayoría de

los casos. Sin embargo, no en todos los casos son tan benignas precisando un tratamiento de fondo inmunosupresor. Existen además diferencias en cuanto a los patrones de presentación y la gravedad entre los diferentes subgrupos. La edad media de los pacientes era de 37 años (15-77) y el tiempo medio de evolución de la enfermedad de 5 años (0-45). No había predominancia de sexo siendo 32 hombres y 28 mujeres (ratio 1,14). La uveítis fue la primera manifestación de la enfermedad en el 50% de los pacientes. Las enfermedades asociadas fueron: espondiloartropatía axial (EspA) en 33 (55%), espondiloartropatía psoriásica (Esp Pso) en 12 (20%), artropatía psoriásica periférica en 1 (1,6%), psoriasis cutánea en 3 (5%), espondiloartropatía asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (EspA EII) en 5 (8,3%), enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en 9 (15%) y espondilitis juvenil en 1 (1,6%). 5 (31%) de los pacientes con psoriasis asociaban EII. No había en esta serie ningún paciente con psoriasis cutánea aislada. Casi todos los pacientes (98%) con espondiloartropatía tenían afectación axial. El patrón de uveítis más frecuente fue el de uveítis anterior aguda recidivante unilateral (UAARU) en el 58% de casos, seguida del de uveítis anterior aguda aislada (UAA) en el 21%, episcleritis en el 20%, escleritis en el 13%, uveítis anterior crónica (UAC) en el 8,6%, uveítis intermedia (UI) y panuveítis (PU) ambos en el 1,6%. El patrón de UAARU se asoció a EspA en el 41% de los casos, Esp Pso en el 12% y EII en el 5% de casos. La escleritis fue rara y se dió solo en los pacientes con Esp Pso (1,6%) y EII (5%). Lo patrones de uveítis intermedia y panuveítis fueron muy raros (1,6%) dándose sólo en pacientes con EII. La episcleritis se dió con similar frecuencia en todos los grupos (1-3%). El pronóstico se analizó en cuanto a las secuelas de la uveítis, necesidad de cirugía y tratamiento de fondo para controlar la inflamación o la frecuencia de los brotes. Casi la mitad de los pacientes (40%) tuvieron alguna complicación asociada a la uveítis (sinequias 47%, pérdida de agudeza visual 28%, edema macular 25%, cataratas 18% y alteraciones de la PIO 8%). Precisarón cirugía el 8% de los pacientes. El porcentaje de complicaciones fue claramente mayor en los pacientes con EII (78%) seguido de los pacientes con Esp Pso (69%). El subgrupo que tuvo menos complicaciones fue de EspA (15%). El tratamiento de fondo fue indicado por la uveítis en un tercio de los casos (31%), precisando el 10% de ellos tratamiento biológico. Analizando los subgrupos, los que más precisaron inmunosupresión fueron los que asociaban artropatía psoriásica (50%), seguido de EII (36%) y por último EspA (24%). La indicación de tratamiento biológico fue similar en los 3 grupos (12-19%). El 18% de los pacientes precisó corticoides orales, el 16% infiltración periocular de triamcinolona y el 1,6% dexametasona intraocular para controlar el brote de uveítis. Aunque el estudio está limitado por el escaso número de pacientes se aprecia la diferencia de patrones y pronostico entre los subgrupos. El patrón más frecuente fue el de uveítis anterior aguda recidivante unilateral (UAARU) y se asoció sobre todo a espondiloartropatía axial. La escleritis, panuveítis y uveítis intermedia fueron raras y se dieron únicamente en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y/o psoriasis. En cuanto al pronóstico no fueron uveítis tan benignas ya que el 31% precisó tratamiento inmunosupresor, un 10% tratamiento biológico y un 18% corticoide oral y/o infiltrado. Las uveítis asociadas a EspA Pso y EII fueron las más graves en cuanto al número de complicaciones asociadas y la necesidad de tratamiento de fondo.

Tabla Póster 220

Indicadores pronósticos de las uveítis en los diferentes subgrupos de espondiloartropatías, EII y psoriasis

	Corticoides orales	Tratamiento de fondo inmunosupresor indicado por uveítis	Tratamiento biológico indicado por uveítis	Nº de uveítis con complicaciones asociadas	Necesidad de cirugía
EspA 33	4 (12%)	8 (24%)	2 (12%)	5 (15%)	1 (3%)
Esp Pso/Pso 16	2 (12,5%)	8 (50%)	3 (19%)	11 (69%)	3 (19%)
Esp EII/EII 14	4 (28%)	5 (36%)	3 (21%)	11 (78,5%)	1 (7%)
Esp J 1	0	0	0	0	0
Total 60	11 (18%)	19 (31%)	6 (10%)	24 (40%)	5 (8%)

221. CARACTERIZACIÓN DE SARCOIDOSIS OCULAR CON O SIN AFECTACIÓN SISTÉMICA: APLICACIÓN DE CRITERIOS IWOS EN UNA UNIDAD DE UVEÍTIS

H. Sánchez-Pérez¹, D. Ángel-Pereira², M. García-González¹, I. Ferraz-Amaro¹, E. Trujillo¹, P. Rocha-Cabrera², V. Lozano-López², M.J. Rodríguez-Losada² y B. Rodríguez-Lozano¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

Introducción: La afectación ocular sarcoidosis (Sa) es la manifestación extrapulmonar más frecuente, en ocasiones la única y es presentación inicial en 5-20%. El diagnóstico definitivo es histopatológico (granulomas no caseificantes). La sensibilidad (S) de la biopsia conjuntival es baja (24-40%) por lo que se describieron criterios (C.) diagnósticos de Sa ocular (SaO): IWOS (First International Workshop On Ocular Sarcoidosis), con una alta S y especificidad (1/0,95). Sin embargo, han sido escasamente validados.

Objetivos: Aplicar los C. IWOS y analizar su concordancia con la sospecha diagnóstica de SaO. Analizar posibles rasgos diferenciales entre pacientes con sospecha de SaO y aquellos con afectación sistémica.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal de pacientes con diagnóstico presuntivo o establecido de Sa en seguimiento multidisciplinar en Unidad de Uveítis de un hospital de 3^{er} nivel (Oftalmología/Reumatología) durante 10 años. Se analizaron variables clínicas y pruebas complementarias. Se aplicaron C. IWOS si sospecha de SaO. Análisis estadístico: chi-cuadrado y coeficiente kappa.

Resultados: Se incluyeron 71 pacientes: 47 SaO, 13 afectación ocular y sistémica (SaOS) y 11 sistémica (SaS). M/V 57%/43%, tiempo medio de seguimiento 9,42 años (\pm 8,55), sin diferencias intergrupo. Se observaron diferencias entre pacientes con SaO vs SaOS/SaS en: edad al diagnóstico (40,23 \pm 18,18 vs 57,54 \pm 17,65/48,27 \pm 17, p = 0,01); VSG (16,74 \pm 12,73 vs 26,38 \pm 15,3/31,55 \pm 19,4 mm/h, p = 0,01); PCR (3,58 \pm 4,29 vs 8,12 \pm 8,11/10,24 \pm 14,37 mg/L, p = 0,03); alteraciones TC (16,6% vs 90%/92%, p = 0,001); biopsia positiva (0% vs 88/100%, p = 0,002); síntomas generales, articulares, respiratorios y cutáneos (SaOS 6-12% vs SaS 15-50%, p = 0,001-0,019). ECA elevado 74,6%, con valor medio 71,98 (\pm 33,59) U/L, sin diferencias intergrupo. Mayor frecuencia de afectación gammagráfica lagrimal en el grupo de SaO (26,7%) vs SaOS/SaS (23,1%/0%), sin significación estadística. La afectación ocular, comparando SaO vs SaOS, fue: polo anterior 48% vs 61,5%, polo intermedio 21,3% vs 15,4%, polo posterior 8,5% vs 0%, panuveítis 10,6% vs 7,7%, afectación mixta 10,6% vs 15,4% (p = 0,001). Predominio de afectación bilateral si SaO (60%) y unilateral si SaOS (76%), p = 0,06. No hubo diferencias en presentación y evolución de la uveítis, n^o de crisis y hallazgos específicos intraoculares. Al aplicar C. IWOS, comparando SaO vs SaOS podemos clasificar: Sa definida 0% vs 69,2%, Sa presunta 23,4% vs 7,7%, Sa probable 14,9% vs 15,4% y Sa posible 2,1% vs 0%; no cumplen: 59,6% vs 7,7% (p = 0,001). El coeficiente kappa entre sospecha de SaO/SaOS y No cumplir/Cumplir criterios es 0,30 (p = 0,003). En pacientes con SaO definida (IWOS) se encontró: alteración TC tórax 91% (p = 0,001), artralgias 50% (p = 0,002), dermatopatía 36,4% (p = 0,003), síndrome sicca 54,5% (p = 0,018), afectación de polo anterior 80% (p = 0,010) y 90% predominio unilateral (p = 0,006).

Conclusiones: Se puedo clasificar como Sa presunta a casi el 25% y como Sa probable al 15% de los pacientes con sospecha de SaO y sin biopsia. Se pudo descartar el diagnóstico en el 60%. No hubo una buena correlación entre diagnóstico de sospecha/cumplimiento de criterios, aún así parece que es una herramienta útil a tener en cuenta en la práctica clínica habitual. Los pacientes con SaO eran más jóvenes y con menor elevación de VSG/PCR. La afectación ocular más frecuente fue en polo anterior; bilateral si sospecha de SaO y unilateral si SaOS.

222. ARTRITIS SÉPTICA. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS

M.J. Díaz¹, M.J. Moreno², E. García³, M.J. Moreno¹, M. Castaño¹, L.F. Linares¹, J.J. Martínez¹, F.A. Martínez¹ y A. Bermúdez¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

²Reumatología. Hospital Rafael Méndez. Lorca. ³M.I. Infecciosas. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: La artritis séptica es generalmente secundaria a una infección por bacterias. Aunque los niños y adolescentes son los más afectados por artritis bacterianas, existe un patrón bimodal con un discreto aumento de la incidencia en pacientes de edad avanzada debido a las alteraciones del sistema inmunitario propias del envejecimiento. En individuos de más de 15 años, el germen más frecuentemente implicado es el *S. aureus*, seguido de cerca por el gonococo.

Objetivos: Describir una cohorte de pacientes ingresados por artritis séptica y analizar los factores de riesgo relacionados.

Métodos: Estudiamos los pacientes ingresados en nuestro hospital (H.C.U. Virgen de la Arrixaca) por artritis séptica entre los años 2010-2014 y analizamos los posibles factores de riesgo (técnicas invasivas previas, inmunosupresores previos, enfermedades que conlleven depresión del sistema inmune, edad y sexo) así como los microorganismos más frecuentes.

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes (63% varones), con una media de edad (\pm desviación típica) de 54 \pm 19,4. En el 61% de los pacientes la articulación afectada fue la rodilla, seguida por el carpo en el 11%. El 17% estaban con terapia inmunosupresora (7,4% con terapia biológica), siendo la enfermedad inflamatoria más frecuentemente repetida la artritis reumatoide (5,6%). El 87% de los pacientes no presentaban enfermedades sistémicas y/o inflamatorias asociadas. El microorganismo más frecuente fue el *S. aureus* (33%). En el 44% de los pacientes existían antecedentes invasivos relacionados (infiltraciones previas o colocación de prótesis). La media de edad de los pacientes con antecedentes de procesos invasivos fue menor que la de aquellos sin esos antecedentes (45,5 vs 61,2, p = 0,002), sin encontrar diferencias en cuanto al sexo, antecedente de enfermedad relevante, fármacos inmunosupresores, ni microorganismos causantes. No encontramos relación entre el uso de terapia inmunosupresora o la presencia de enfermedad sistémica, y el resto de variables como el sexo, edad, microorganismo causante ni procesos invasivos previos.

Conclusiones: La artritis séptica tiene lugar más frecuentemente en la articulación de la rodilla y el microorganismo relacionado con más frecuencia en población adulta es el *S. aureus*. La edad avanzada es un factor de riesgo para infección articular. En esta cohorte, los procesos invasivos (prótesis y/o infiltración) pueden considerarse un factor de riesgo para artritis séptica en pacientes de edades medias.

223. ESTUDIO DEL PAPEL DE LA IL-6 EN EL DESARROLLO DE ATEROSCLEROSIS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

J.J. Alegre Sancho¹, M. Robustillo Villarino¹, G. Albert Espí¹, C. Vergara Dangond¹, E. Vicens Bernabeu¹, D. Ybáñez García¹, E. Valls Pascual¹, A. Martínez-Ferrer¹ y J.A. Román Ivorra²

¹Sección de Reumatología. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia.

²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari i Politènic La Fe. Valencia.

Introducción: La IL-6 es una de las citoquinas con mayor protagonismo en la Esclerosis Sistémica (ES) y también una de las citoquinas clave en el desarrollo de aterosclerosis (AE). Un estudio reciente (Schiopu et al. *Rheumatology* 2014;53:704-13) ha evidenciado una relación entre IL-6 y AE carotídea; sin embargo, el número de pacientes fue muy escaso, los resultados no fueron confirmados en un análisis multivariante y no se ha podido testar si estos resultados son replicables en poblaciones distintas de áreas geográficas diferentes.

Objetivos: Evaluar la relación entre IL-6 plasmática y los hallazgos de AE (ecografía carotídea, índice tobillo-brazo [ITB] y diferencia de cifras tensionales entre brazos) en pacientes con ES.

Métodos: Estudio descriptivo transversal con componentes analíticos. Población de estudio: cohorte de 115 pacientes con ES controlados en la Sección de Reumatología de un hospital terciario. Variables: 1) variables clínicas; 2) determinación de IL-6 sérica (IMMULITE 2000; Siemens Healthcare Diagnostics, RU); 4) estudio vascular: índice tobillo-brazo (ITB) y ecografía Doppler carotídea (ESAOTE MyLab XV70, sonda lineal de 7-12 MHz, software RFQIMT) recogiendo el grosor íntima media (GIM) y la presencia de placas de ateroma según el Consenso de Mannheim. La medición del ITB la realizó un cirujano vascular y la ecografía Doppler de carótidas una reumatóloga con amplia experiencia y ciega al resto de hallazgos en un plazo máximo de 3 meses tras la evaluación inicial. Análisis estadístico: paquete estadístico IBM-SPSS Statistics v22.0.

Resultados: Se incluyeron de forma consecutiva 115 pacientes, de los que se analizaron finalmente 108 pacientes con una edad media de 60,16 años (DE ± 15,16); 99 mujeres (91,7%) y 9 varones (8,3%). El tiempo de evolución medio de la ES fue 11,45 años (DE ± 8,84). La EScl fue el diagnóstico más frecuente (50%), seguido de la ES sin esclerodermia (18,5%) y, en orden decreciente (16,7%) la ESd, el síndrome de solapamiento (9,3%) y la pre-ES (5,6%). El 38,9% de los pacientes eran hipertensos, 46,3% padecían una DL, y un 6,3% eran diabéticos. Las concentraciones medias de IL-6 sérica fueron 4,34 pg/mL (DE ± 5). El GIM derecho medio fue 0,579 mm (DE ± 0,126), y el izquierdo 0,657 mm (DE ± 0,158); 33,3% tenían placas de ateroma. En total, un 37% tenían una ecografía carotídea patológica, y un 39,8% daño macrovascular (placa de ateroma y/o GIM > 0,9 mm y/o ITB < 0,9. En el análisis bivariable, la IL-6 sérica se relacionó tanto con el GIM como con la presencia de placas de ateroma (p-valor = 0,002). Esta asociación se mantuvo al considerar conjuntamente un ITB < 0,9 (p-valor = 0,003). La IL-6 sérica también se relacionó con la diferencia de cifras tensionales sistólicas entre ambos brazos (r-Pearson = 0,236; p-valor = 0,022). En el análisis multivariable, el número de placas de ateroma y la variable daño macrovascular mantuvieron esta relación significativa en los distintos modelos.

Conclusiones: Las concentraciones séricas de IL-6 se relacionan de forma independiente con la existencia de AE y afección macrovascular en pacientes con ES. El bloqueo de la acción de la IL-6 mediante terapias específicas podría ser una alternativa terapéutica eficaz en la reducción del daño macrovascular en pacientes con ES.

224. CAMPAMENTOS DE NIÑOS REUMÁTICOS 2015. ANÁLISIS CLÍNICO DE UNA MAGNÍFICA EXPERIENCIA

C. Montilla¹, M.D. Sánchez¹, N. Medina², F. Vicario³, R. Jacomé⁴, E. Calvo⁵, M.L. Gamir⁶, E. Peiró⁷, I. Calvo⁸, A. Ortiz⁹, R. Merino¹⁰, M. Medrano¹¹, P. Mesa del Castillo¹², D. Clemente¹³ y J.C. López-Robledillo¹³

¹Hospital Clínico Universitario de Salamanca. ²Hospital Universitario de Guadalajara. ³Fisioterapia Deportiva. ⁴Globalphysio. ⁵Hospital de Madrid-Norte Sanchinarro. Madrid. ⁶Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁷Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. ⁸Hospital La Fe. Valencia. ⁹Hospital de la Princesa. Madrid. ¹⁰Hospital La Paz. Madrid. ¹¹Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ¹²Hospital Los Arcos. Murcia. ¹³Hospital Niño Jesús. Madrid.

Introducción: La Sociedad Española de Reumatología puso en marcha en el verano de 2015 la tercera edición del campamento de niños reumáticos. Entre los objetivos de esta iniciativa estaban fomentar la autonomía personal, enseñar hábitos de vida saludable y dar descanso a los cuidadores habituales. Aunque hay mucha bibliografía referente al beneficio de los campamentos de verano en otras patologías crónicas no hay reseñas actuales que relacionen el

efecto de los campamentos sobre el dolor, actividad inflamatoria, limitación articular y funcionalidad en los niños reumáticos.

Objetivos: Medir la repercusión clínica sobre la enfermedad en un grupo de niños reumáticos que asistieron a un campamento de verano.

Métodos: Acudieron al campamento 36 niños con diferentes enfermedades reumáticas (treinta con artritis crónica juvenil, dos con lupus, dos con Behçet, uno con un Enler Danhlos y otro con paniculitis). El equipo responsable estaba formado por un reumatólogo, una enfermera y un fisioterapeuta. Las actividades estaban adaptadas para conseguir la participación de todos los niños. Al principio y al final del campamento hubo una valoración médica que incluía la medición del número de articulaciones dolorosas, tumefactas, limitadas y aplicación de una escala visual analógica de valoración del dolor (EVA) y un cuestionario cHAQ. Se hizo una relación de los principales motivos de atención médica. Al final del campamento los niños rellenaron un sencillo cuestionario relacionado con la percepción de su enfermedad y de su estado anímico.

Resultados: La edad media de los niños fue de 11,14 años (DE: 2,00). Trece estaban con terapia biológica (36,1%), dieciséis con fármacos modificadores de la enfermedad (44,4%) y el resto sin tratamiento. La diferencia entre el número de articulaciones dolorosas, inflamadas, limitadas, la EVA y el cHAQ antes y después del campamento se expone en la tabla. Analizando exclusivamente los pacientes con Artritis idiopática juvenil se obtuvieron los mismos resultados (cHAQ: 0,25 vs cHAQ: 0,13; p < 0,003). Casi el 70% de los niños consideraron que después del campamento se encontraba mejor de su enfermedad. El 66, 1% se encontraban con más ánimo. Durante la estancia en el campamento, el 55,5% de los niños precisaron tratamiento médico. La agudización de la enfermedad articular (seis casos) y la infección de las vías respiratorias altas (cinco casos) fueron las causas de atención más frecuente.

	Inicio	Final	p
Número de articulaciones dolorosas	0,28 (0,56)	0,44 (0,80)	0,1
Número de articulaciones tumefactas	0,28 (0,45)	0,31 (0,57)	0,6
Número de articulaciones limitadas	0,22 (0,59)	0,06 (0,23)	0,1
Escala visual analógica del dolor (sobre 10)	0,97 (1,66)	0,86 (1,31)	0,7
cHAQ	0,24 (0,33)	0,13 (0,21)	0,004

Conclusiones: Aunque sin significación estadística los niños, al final del campamento, presentaron un mayor número de articulaciones dolorosas y tumefactas; sin embargo, tenían menos articulaciones limitadas y menos dolor. La percepción de discapacidad a final del campamento fue significativamente inferior. Los objetivos de fomentar la autonomía personal, enseñar hábitos de vida saludable y dar descanso a los cuidadores habituales se cumplieron eficazmente.

225. NEFROPATÍA LÚPICA. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS

M.J. Díaz¹, D. Manzano², M.C. Oliva³, E. Peñas⁴, M.J. Moreno⁴, D. Palma⁴, A. Haro⁴, M. Mayor⁴, M.J. Moreno¹, M. Castaño¹, L.F. Linares¹, J.J. Martínez¹, F.A. Martínez¹, C. Marras¹ y A. Bermúdez¹

¹Reumatología; ²Nefrología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ³Reumatología. Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz. ⁴Reumatología. Hospital Comarcal Rafael Méndez. Lorca.

Introducción: La nefropatía lúpica (NL) afecta al 30-55% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y se presenta al inicio de la enfermedad en el 10% de los casos en adultos. El pronóstico y tratamiento dependen del tipo histológico. Se consideran factores de mal pronóstico la presencia de proteinuria elevada, síndrome nefrótico, anticuerpo (Ac) contra DNA de doble cadena (anti-dsDNA) y complemento (C) bajo, entre otros.

Objetivos: Evaluar los factores asociados a la aparición de NL en una cohorte de pacientes con LES.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se recogen datos clínicos de pacientes con LES (> 16 años) en 3 hospitales de Murcia. La NL es confirmada por biopsia renal y catalogada de acuerdo a la clasificación de la Organización Mundial de la Salud. Las variables incluidas son: sexo, edad al diagnóstico de NL, parámetros analíticos (creatinina sérica, alteraciones del sedimento urinario, proteinuria en 24 horas, positividad para Ac antinucleares, anti-dsDNA, Ac antifosfolípidos, anticardiolipina y anti-beta-2-glicoproteína 1, niveles bajos para C3 y C4), así como el tratamiento de inducción y de mantenimiento. Analizamos los datos descriptivos de las variables, así como las diferencias según sexo y edad, y las relaciones entre las mismas.

Resultados: Incluimos 53 pacientes (88,7% mujeres), con una edad media de 42,1 (\pm 13,2) años. La media en años desde el diagnóstico de LES hasta el desarrollo de NL fue de 2,3 (\pm 3,3). En cuanto a las características clínicas: proteinuria media: 5,1(\pm 8,7) gramos. Creatinina basal: 1,4 (\pm 1,1) mg/dl. Albúmina sérica: 3 (\pm 0,6) g/dl. El 79,2% tenían microhematuria en el sedimento de orina. El 82,7% tenían el C3 bajo y el 76,9% el C4. En cuanto a la positividad a Ac: 88,5% anti-ADNds, 11,5% anticoagulante lúpico, 23,1% anticardiolipinas, 3,8% anti-beta2-glicoproteína1. Con respecto al tipo de nefritis: tipo IV un 82,7%, tipo III un 7,7%, tipo V un 5,8 y tipo I y II un 1,9%, respectivamente. El tratamiento más frecuentemente utilizado para la inducción (67,3%) fueron los pulsos de metilprednisolona + ciclofosfamida endovenosa. Como tratamiento de mantenimiento el más utilizado fue micofenolato (56,9%). Encontramos diferencias con respecto al sexo ($p < 0,05$) en la variable C4 bajo, frecuentes en las mujeres, y en las variables anti-ADNds y anticoagulante lúpico, más frecuentes en los varones. En cuanto al tipo de NL también hubo diferencias en función del sexo, siendo más frecuente la tipo IV y V en las mujeres ($p < 0,05$). No encontramos diferencias entre sexos en el resto de variables. La NL tipo III, IV y V tenía más frecuentemente el C3 bajo que el resto de NL ($p = 0,01$), y aquellas que con más frecuencia se tuvieron que rebiopsiar fueron la tipo IV y V ($p = 0,03$) (en el 18% de los pacientes, manteniendo el mismo tipo de NL excepto en un paciente que pasa de grado V a grado IV). En el análisis de regresión solo el sexo, la existencia de microhematuria y el C3 bajo tuvieron relación en el tipo de NL. Encontramos correlación significativa entre los niveles de creatinina y los mg de proteínas en orina (ρ Spearman = 0,3, $p = 0,01$).

Conclusiones: La NL puede aparecer al inicio del diagnóstico de LES. El tipo de NL más frecuente es la IV, sobre todo en mujeres. El C3 bajo y la existencia de microhematuria se relacionan con la NL tipo III, IV y V. Aquellos pacientes con mayor proteinuria en 24 horas presentan mayor nivel de creatinina sérica.

226. EVOLUCIÓN DE CALPROTECTINA FECAL EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS TRAS LA RETIRADA DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

M.J. Moreno¹, M.J. Moreno² y L.F. Linares²

¹Reumatología. Hospital Comarcal Rafael Méndez. Lorca.

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

Introducción: Distintos autores han postulado que la inflamación a nivel del tracto gastrointestinal juega un papel principal en la patogenia de las espondiloartritis (EspA). Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) causan frecuentemente inflamación a nivel intestinal. Se la relacionado la elevación de calprotectina en heces con la existencia de inflamación a nivel intestinal, pero no existe ningún marcador que precise cuál es la causa de esa inflamación. En un trabajo presentado en el congreso nacional de la SER/2015, vimos que los niveles de calprotectina se correlacionaban, en pacientes con EspA, con la PCR y el BASDAI. El tratamiento con AINEs es uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de las EspA.

Objetivos: En este trabajo pretendemos evaluar si los niveles de calprotectina elevados (> 50 microg/gramos heces) en pacientes con EspA, se modifican tras la retirada de los AINEs.

Métodos: A los pacientes con EspA de la consulta monográfica del Hospital Virgen de la Arrixaca se les hace una determinación de calprotectina fecal a la vez que una analítica con reactantes de fase aguda y una exploración completa con valoración de entesis, actividad inflamatoria (BASDAI) y función física (BASFI). En aquellos pacientes con calprotectina por encima de los niveles normales (50 μ g/gramos heces) que estaban tomando AINEs, se les retiraron durante un mes, y se realiza una nueva determinación de niveles. Los pacientes fueron remitidos al servicio de Digestología, para realización de estudios pertinentes. La determinación de calprotectina se realizó mediante ELISA. Analizamos mediante el test de Wilcoxon si existen diferencias entre los niveles de calprotectina fecal tras la retirada de AINEs, así como con el resto de parámetros clínicos.

Resultados: Se trata de 13 pacientes de los cuales 8 son hombres, con una edad media de 47 años (\pm 10,25). De ellos, 6 son espondilolitis anquilosante, 6 espondiloartritis axial no radiográfica y 1 una espondiloartritis periférica. Los niveles de reactantes de fase aguda, BASDAI, BASFI y valoración global del paciente (EVA) los podemos ver en la tabla. Tras la retirada de AINEs, no encontramos diferencias significativas en los niveles de calprotectina (92 vs 110 en valores de mediana, $p = 0,9$), ni en el resto de parámetros. No encontramos diferencias cuando analizamos el porcentaje de pacientes con calprotectina > 50 antes y después de dejar los AINEs. De los 13 pacientes, 9 han sido valorados por digestivo mediante colonoscopia, encontrando sólo en un paciente el diagnóstico de síndrome de intestino irritable y probable enteropatía por AINEs.

Diferencias en las variables mostradas antes y después de la retirada de AINEs durante un mes. Se muestran los valores de media y desviación típica

	Antes	Después	p (significación)
BASDAI	4,3 (\pm 2,5)	4,3 (\pm 2,6)	0,1
BASFI	3,2 (\pm 2,8)	3,7 (\pm 2,9)	0,6
EVA	5 (\pm 2,5)	5,2 (\pm 3,2)	0,6
PCR	0,6 (\pm 0,8)	0,4 (\pm 0,1)	0,4
VSG	16 (\pm 14,3)	13,1 (\pm 10,2)	0,7

Conclusiones: En nuestros pacientes, no encontramos relación entre la toma de AINEs y los niveles de calprotectina fecal. La calprotectina se postula como un marcador de inflamación en las espondiloartritis. Es preciso estudios prospectivos similares con un mayor número de pacientes, que incluyan la valoración de digestología.

227. INFLUENCIA DE LOS NIVELES DE FÁRMACO DE UN PRIMER TRATAMIENTO ANTI-TNF EN LA RESPUESTA CLÍNICA A UN SEGUNDO BIOLÓGICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

C. Plasencia¹, D. Pascual-Salcedo², I.G. Bonilla¹, V. Navarro-Compán¹, A. Martínez², C.S. Ramiro², A. Villalba¹, D. Peiteado¹, P. Aguado¹, L. Nuño¹, S. García-Carazo¹, E. Martín-Mola¹ y A. Balsa¹

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

Introducción: La terapia anti-factor de necrosis tumoral (anti-TNF) ha mostrado ser eficaz en pacientes con artritis reumatoide (AR). Sin embargo, aproximadamente el 40% de los pacientes fracasan a dicha terapia. Recientes publicaciones han correlacionado los niveles séricos de fármaco (NF) con la eficacia a la terapia anti-TNF. En cambio, no está tan claro si la monitorización de NF en el 1^{er} tratamiento es útil para evaluar la respuesta a un segundo biológico en pacientes que suspenden por ineficacia.

Objetivos: Evaluar en una cohorte de AR (que suspenden el 1^{er} anti-TNF por ineficacia) la influencia de la presencia/ausencia de NF

[infiximab (Ifx) y adalimumab (Ada)] en el momento de la suspensión, en la respuesta clínica al segundo biológico durante el primer año de tratamiento.

Métodos: De los 182 pacientes con AR que suspendieron por la terapia con Ifx o Ada, se reclutaron 77 pacientes tratados con un primer anti-TNF (55 con Ifx y 22 con Ada) que cambiaron a un segundo biológico por ineficacia [48 pacientes con un 2º anti-TNF (2 con infiximab, 4 con adalimumab, 40 con etanercept y 2 con certolizumab) y 29 pacientes con otro biológico (OB) no anti-TNF: 17 con rituximab, 6 con tocilizumab y 6 con abatacept]. Se midió la actividad clínica en el momento basal, a la semana 24 (s-24) y a la semana 52 (s-52) del 2º tratamiento biológico mediante el DAS28 y mejoría clínica mediante el delta-DAS28 ajustado a actividad basal (DASbasal-DAS (24s o 52s)/DASbasal). Se midieron los niveles de fármacos previos a la última administración del fármaco mediante ELISA. Se realizó análisis estadístico mediante SPSS versión 20.0.

Resultados: De los 77 pacientes con AR, 82% (63/77) eran mujeres, 34% (25/73), 76% (56/74) eran Factor reumatoide positivo y 81% (57/70) eran anticuerpos anti-péptido citrulinados positivos. La edad media fue de 62 ± 14 años, la duración media de la enfermedad fue de 21 ± 13 años y la actividad media basal (DAS28) al empezar el primer anti-TNF fue de $5,5 \pm 1,3$. Al final del primer tratamiento anti-TNF, 54/77 (70%) pacientes no tenían NF y 23/77 (30%) continuaban con NF. A la s-24 del 2º biológico tendían a estar menos activos los pacientes tratados con un 2º anti-TNF pero estas diferencias se igualaron al año de tratamiento (DAS28 a las s-24: $3,5 \pm 1,3$ con 2º anti-TNF vs $4,1 \pm 1,1$ con OB, $p = 0,053$; Delta-DAS28 a las s-24: $0,3 \pm 0,3$ con 2º anti-TNF vs $0,2 \pm 0,3$ con OB, $p = 0,326$; DAS28 a las s-52: $3,3 \pm 1,2$ con 2º anti-TNF vs $3,8 \pm 1,1$ con OB, $p = 0,166$; Delta-DAS28 a las s-52: $0,3 \pm 0,2$ con 2º anti-TNF vs $0,2 \pm 0,3$ con OB, $p = 0,501$). De los 48 pacientes que cambian a un 2º anti-TNF, se observa que responden mejor los pacientes que previamente no tenían NF detectables en el 1er tratamiento anti-TNF (DAS28 a las s-24: $3 \pm 1,1$ con 2º anti-TNF vs $4,3 \pm 1,2$ con OB, $p = 0,004$; Delta-DAS28 a las s-24: $0,3 \pm 0,3$ con 2º anti-TNF vs $0,2 \pm 0,3$ con OB, $p = 0,074$; DAS28 a las s-52: $2,9 \pm 1,1$ con 2º anti-TNF vs $4 \pm 1,2$ con OB, $p = 0,015$; Delta-DAS28 a las s-52: $0,4 \pm 0,2$ con 2º anti-TNF vs $0,2 \pm 0,3$ con OB, $p = 0,210$). En cambio, no se observan diferencias significativas en la actividad clínica en los pacientes que reciben OB cuando se tiene en cuenta los NF al primer anti-TNF (DAS28 a las s-24: $4,4 \pm 1,4$ con 2º anti-TNF vs $3,8 \pm 1$ con OB, $p = 0,247$; Delta-DAS28 a las s-24: $0,2 \pm 0,2$ con 2º anti-TNF vs $0,2 \pm 0,2$ con OB, $p = 0,382$; DAS28 a las s-52: $4,1 \pm 1,2$ con 2º anti-TNF vs $3,5 \pm 0,7$ con OB, $p = 0,122$; Delta-DAS28 a las s-52: $0,2 \pm 0,2$ con 2º anti-TNF vs $0,3 \pm 0,1$ con OB, $p = 0,376$).

Conclusiones: En nuestra cohorte de AR con ineficacia a un 1er anti-TNF, un alto porcentaje de pacientes suspenden dicho tratamiento con NF indetectables. La monitorización de NF durante el 1er anti-TNF parece ser una herramienta útil para definir qué pacientes responderán mejor a un 2º anti-TNF, pero en cambio este efecto no parece influir en aquéllos que cambian a otro biológico no anti-TNF.

228. ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN ARTRITIS REUMATOIDE. RESULTADOS A DOS AÑOS DEL REGISTRO CREATE

R. Ortega Castro¹, J. Calvo Gutiérrez¹, M.C. Castro Villegas¹, D. Ruíz Vílchez¹, M. Romero Gómez¹, M. Cárdenas Aranzana², S. de la Fuente Ruiz², P. Carreto Font³, A. Escudero Contreras¹, E. Collantes Estévez¹ y P. Font Ugalde¹

¹Unidad de Gestión Clínica de Reumatología; ²Unidad de Gestión Clínica de Farmacia. Hospital Universitario Reina Sofía/IMIBIC/ Universidad de Córdoba. ³Gerencia MFyC Área Este de Valladolid.

Introducción: La estrategia actual de manejo de la artritis reumatoide (AR) se centra en tratar por objetivos (T2T). El objetivo que

consigue más impacto en salud es alcanzar la remisión clínica. Una vez alcanzada una remisión sostenida en el tiempo, existen diferentes actitudes terapéuticas a seguir. Una de ellas es la optimización de dosis, que consiste en una reducción o en un alargamiento del intervalo de administración de la misma, buscando una dosis mínima efectiva para cada paciente. De esta forma se limitan la aparición de efectos secundarios y se promueve un ahorro en los costes.

Métodos: Los pacientes con AR (Criterios ACR 1987) del registro CREATE que a 1 de noviembre de 2013 presentaban remisión clínica (valor DAS28 < 2,6) de al menos 6 meses de duración constituyeron la cohorte de pacientes a quienes se les optimizó la dosis recibida. De acuerdo al consenso de las Sociedades Española de Reumatología y Farmacia Hospitalaria, la optimización de dosis suponía la reducción de entre un 20 y un 50% de la misma. La toma de decisiones sobre el tratamiento y la reducción de dosis la realizó un equipo multidisciplinar de reumatólogos y farmacéuticos clínicos en un hospital de tercer nivel, lo que supuso la aplicación de protocolos y la revisión-seguimiento de los pacientes al menos cada dos meses.

Resultados: Se realizó seguimiento prospectivo de 70 pacientes con AR optimizados, de los cuales 81,4% eran mujeres, con una edad media al inicio de la optimización de 56,9 (13,7) años. El 68,8% eran factor reumatoide positivo y el 66,7% eran ACPA +. Se produjo en el 41,4% de los pacientes al año y en el 58,8% a los dos años ($p = 0,001$). 64 pacientes han completado un seguimiento de 24 meses, sufriendo 36 de estos pacientes (56,3%) una leve recaída clínica (DAS28 medio de 2,81 (0,88)) al año de seguimiento, motivo por el que se decidió volver a la pauta habitual alcanzándose nuevamente la remisión clínica en todos ellos a los 48 meses de seguimiento (DAS 28 medio 2,59 (0,58)). El 43,8% de los pacientes mantuvieron la pauta de optimización durante todo el seguimiento sin sufrir recaída, con un DAS28 medio de 2,19 (0,84) a los 2 años. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas al comparar el DAS 28 basal medio entre ambos grupos, siendo menor en el subgrupo de pacientes que no sufrieron recaída con respecto a los que si recayeron (1,97 (0,85) vs 2,44 (0,66)) ($p = 0,012$).

Conclusiones: La estrategia de reducción de dosis de biológicos en pacientes con AR establecida que alcanzan remisión sostenida durante 2 años resulta posible en el 41,2% de los casos en la práctica clínica real (Registro CREATE). Esta estrategia es posible en enfermos con enfermedad controlada de forma persistente y a la vista de nuestros resultados, podríamos considerar que aquellos pacientes que presentan un menor grado de actividad al inicio de la pauta de optimización, tienen menos probabilidad de sufrir recaídas y por tanto de mantener esta pauta. Tras dos años de seguimiento el total de los pacientes mantuvieron la remisión clínica (DAS 28 < 2,6) a pesar de que la mitad de los pacientes sufrieron una leve recaída a los 12 meses, por lo que, tras reanudar la dosis habitual, todos ellos alcanzaron de nuevo el objetivo terapéutico.

229. ANÁLISIS DE UNA UNIDAD DE FRACTURA DE CADERA EN DESARROLLO

M. Mihaylov Grigorov¹, S. Martínez Pardo¹, G. Salvador Alarcón¹, M. Pujol Busquets¹, E. Riera Alonso¹, J. Rovira Aguilar¹, M. Castillo Vilella¹, M. Rusiñol Badals² y R. Kazan³

¹Servicio de Reumatología; ²Enfermería; ³Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Mútua Terrassa. Barcelona.

Introducción: La fractura de cadera constituye un serio problema de salud pública que se agrava con el envejecimiento de la población. Su coste económico y personal, es muy elevado; se le calcula una mortalidad de hasta el 36% durante el primer año y una tasa mayor de discapacidad y dependencia. El riesgo de fractura se triplica en personas que han presentado ya una fractura de cadera,

sobre todo en el año posterior a ella. En cambio, de no existir una atención protocolizada, hasta en el 80% de estos pacientes no se realiza prevención secundaria (PS). Para subsanar este déficit, en los últimos años han aparecido unidades de fractura de cadera en todo el territorio nacional, muchas lideradas por los equipos de traumatología o de geriatría. En el Hospital Universitario Mutua Terrassa (HUMT), durante el año 2015, el reumatólogo se ha incorporado a dicha unidad que, hasta entonces, contaba solo con traumatólogos, rehabilitadores y geriatras.

Objetivos: Conocer características de los pacientes que sufren una fractura de fémur en el área de influencia del HUMT.

Métodos: Se revisa una base de datos que recoge a los pacientes ingresados en el HUMT durante los meses de mayo de 2015 a enero de 2016 por fractura de cadera, que cumplan criterios de PS: nivel aceptable de autonomía (índice de Barthel previo a la fractura = 70), ausencia de deterioro cognitivo grave (test de Pfeiffer con 4 errores), y ausencia de comorbilidades que reduzcan significativamente la esperanza de vida. Se analizan edades, sexos, antecedentes de fracturas osteoporóticas y tratamientos previos con calcio y vitamina D (CVD) o con fármacos antirresortivos u osteoformadores, y los niveles de calcidiol y de PTH en el momento de producirse la fractura.

Resultados: Revisamos datos de 56 pacientes, 46 de ellos (82%) mujeres. La edad media de la muestra es de 80 años (52-99). 20 pacientes (35,7%) habían sufrido antes alguna fractura osteoporótica, solo 7 de ellos (35%) seguían o habían seguido tratamiento con bisfosfonatos (BFN) con o sin CVD, y 3 (15%) tomaban solo CVD. Dos de las fracturas eran atípicas, ambas en pacientes que habían utilizado BFN > 5 años. La tabla detalla la selección de pacientes que habían sufrido fracturas osteoporóticas previas a la actual, y su correlación con el uso de algún tratamiento. Cabe destacar que solo 1 de los 6 pacientes con fracturas previas de fémur (16,6%) tomaban BFN, y que ningún paciente usaba o había usado fármacos osteoformadores. Solo un 10% de los pacientes tenían niveles normales de calcidiol; la cifra media era de 10,36 ng/ml. El nivel medio de PTH fue de 56 pg/ml, con un 30% de pacientes portadores de un hiperparatiroidismo secundario.

Tipo de fractura previa	Tratamiento registrado
L1 + Colles	Alendrónico + CVD
Pelvis	-
Colles	-
Colles bilateral	-
Fémur	-
D12+L5	Ibandrónico + CVD
Sacro + Colles bilateral	-
Colles + tobillo	CVD
Colles	-
Húmero + Sacro	-
D8 + D10 + D11	Alendrónico + CVD
Fémur	CVD
Fémur	-
Fémur	-
Colles bilateral	Alendrónico + CVD
Lumbar	Alendrónico
Fémur + Colles	Alendrónico + CVD
Fémur	CVD
L1	-
Varias vértebras	Alendrónico

Conclusiones: La fractura de cadera es una grave consecuencia de la osteoporosis, más frecuente entre mujeres, y en la octava década de la vida. Varios pacientes fracturados, ya habían sufrido fracturas de fémur previas, si bien menos del 20% tenían prescrito tratamiento con BFN. El déficit de vitamina D entre la población con fractura de cadera, es casi universal. Las unidades de fractura establecen protocolos de manejo que resultan imprescindibles para mejorar el pronóstico de aquellas personas que ya han padecido alguna fractura por fragilidad. La presencia del reumatólogo en dichas unidades garantiza la correcta evaluación y seguimiento de los pacientes.

230. PROGRESIÓN DEL DAÑO RADIOGRÁFICO AXIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA. RELACIÓN CON FACTORES CLÍNICOS Y ANALÍTICOS

M.D. Sánchez¹, A. Quesada¹, E. Toledano⁴, R. Usategui², L. Pérez-Garrido¹, G. Manzano¹, C. Hidalgo¹, O. Martínez¹, I. Calero³, J. del Pino-Montes¹ y C. Montilla¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca.

²Unidad de Medicina Molecular. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca. Universidad de Salamanca.

³Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cuenca.

⁴Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: La afectación axial en la artritis psoriásica (Aps) es un aspecto debatido. La falta de unanimidad en la definición ha hecho incluso que la prevalencia oscile de forma considerable según las series publicadas. Por otro lado, aunque es muy conocida la progresión radiográfica en los pacientes con espondilitis, las diferentes características radiográficas entre las dos entidades hacen que no se deba establecer paralelismos entre la progresión de las lesiones o los factores clínicos que puedan influir sobre ellas.

Objetivos: Medir la progresión radiográfica en cuatro años de un grupo de pacientes con Aps y afección axial. Relacionar el daño radiográfico con factores clínicos y analíticos.

Métodos: Estudio prospectivo realizado en pacientes diagnosticados de Aps según criterios CASPAR. La afectación axial se definió como la presencia de dolor axial inflamatorio junto con la presencia de sacroileítis y/o sindesmofitos. Se incluyeron pacientes que tuvieran menos de cinco años de evolución desde el comienzo de los síntomas. El daño radiográfico se midió por el método PASRI. La diferencia entre las dos mediciones fue de cuatro años (+ 1 mes). La evaluación se realizó por dos observadores (CM y ET). Los factores clínicos medidos fueron edad, sexo, afectación periférica, hábito tabáquico, modo de tomar AINES (continua vs a demanda), tratamiento con biológicos, medidas de actividad (BASDAI), funcionalidad (BASFI) y movilidad (BASMI). Como variables analíticas se midió: VSG, PCR, B- Cross Laps, P1NP y el HLA-B27. Radiográficamente también se evaluó la presencia de fractura, tanto a nivel dorsal como lumbar, mediante el método semicuantitativo de Gennant.

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes con Aps y afectación axial. La edad media de los pacientes fue de 53,5 años (DE: 12, 9), treinta y un pacientes eran hombres. El índice kappa obtenido entre los dos observadores fue de 0,70. La progresión radiográfica fue mayor en hombres (3,13 vs 1,14, p = 0,04; en el análisis multivariante: p = 0,04, OR: 0,61, IC: 0,39-0,98) y en fumadores (activos y exfumadores) (3,81 vs 1,79, p = 0,03; en el análisis multivariante: p = 0,04; OR: 0,71, IC: 0,48-0,93). Además, la presencia de fractura vertebral se asoció a pacientes con una mayor progresión radiográfica (4,85 vs 1,82; p = 0,001 en el análisis multivariante: p = 0,008; OR: 0,59, IC: 0,39-0,87). No encontramos diferencias con la presencia de manifestaciones periféricas (2,32 vs 3,57 p = 0,3), erosiones en articulaciones periféricas (2,61 vs 3,1 p = 0,4), la toma de AINES continua (1,67 vs 2,91; p = 0,3), la prescripción del biológico (2,04 vs 3,72; p = 0,3) o el HLA-B27 (2,00 vs 2,79; p = 0,5). Hubo correlación entre la progresión radiográfica y el PASRI inicial (p = 0,001) y con una menor concentración de P1NP (p = 0,02). Doce pacientes no tuvieron progresión radiográfica. Estos pacientes presentaron un menor PASRI al inicio (5,35 vs 12,6, p = 0,001 en el análisis multivariante: p = 0,03; OR: 0,73, IC: 0,55-0,98) y una menor concentración de P1NP (38,7 vs 61,1; p = 0,006 en el análisis multivariante: p = 0,01; OR: 1,05, IC: 1,008-1,096).

Conclusiones: Como en los pacientes con espondilitis, el género masculino, el hábito tabáquico y la presencia del daño inicial se asoció a una mayor progresión radiográfica. Además, estos pacientes se asociaron a una mayor tasa de fractura vertebral y unos niveles de P1NP más bajos. La progresión radiográfica no se asoció a parámetros inflamatorios, a las manifestaciones periféricas o al trata-

miento utilizado. Aproximadamente un 25% de los pacientes no tuvo progresión radiográfica.

231. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. EXPERIENCIA A SEIS MESES EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

M.J. Moreno, E. Peñas, D. Palma, A. Haro y M. Mayor

Reumatología. Hospital Comarcal Rafael Méndez. Lorca.

Introducción: La ecografía musculoesquelética es una técnica de imagen con un creciente protagonismo en el campo de la Reumatología. Son numerosos los trabajos que corroboran su implicación en la práctica clínica en la toma de decisiones, tanto diagnósticas como terapéuticas.

Objetivos: Analizar la utilidad de la ecografía en la práctica clínica tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico.

Métodos: Los pacientes pertenecen a la consulta de ecografía implantada hace 6 meses en un hospital de segundo nivel, el Hospital U. Rafael Méndez de Lorca. Es una consulta quincenal llevada a cabo por dos reumatólogas. Analizamos si la ecografía se emplea como ayuda diagnóstica o para optimizar el manejo terapéutico, así como valoramos determinadas variables demográficas de los pacientes.

Resultados: Incluimos a 54 pacientes (70% mujeres) con una edad media de 50,6 años ($\pm 14,1$). En el 48% de los pacientes la finalidad de la ecografía fue diagnóstica, siendo el motivo más frecuente de la solicitud las artralgiás, seguido de la psoriasis cutánea para descartar patología articular subclínica. Solo un paciente fue diagnosticado de enfermedad inflamatoria cuando esa fue la finalidad de la prueba. En el 52% la finalidad fue ajuste del tratamiento de base de los pacientes, que en la mayoría padecían artritis reumatoide. En 5 sujetos se pudo optimizar la dosis de tratamiento biológico tras el resultado y en otros 12 se consiguió reducir dosis de inmunosupresores no biológicos. En dos pacientes se decidió cambiar de tratamiento inmunosupresor. No encontramos diferencias en cuanto al sexo cuando analizamos si la finalidad era diagnóstica o terapéutica ($p = 0,6$). Sí encontramos diferencias ($p = 0,0001$) con respecto a la edad, de tal forma que los pacientes con finalidad diagnóstica tenían una edad media menor que aquellos donde la finalidad era terapéutica (43,4 vs 57,2, respectivamente). No hubo diferencias en la edad por sexos ($p = 0,8$) ni cuando analizamos la edad en función del diagnóstico ($p = 0,7$). Cuando analizamos la finalidad en función del diagnóstico también nos encontramos diferencias ($p = 0,001$), centrándose la finalidad en el diagnóstico en el caso de los cuadros de artralgiás y en el manejo terapéutico en el caso de la artritis reumatoide.

Conclusiones: La ecografía musculoesquelética es útil en la práctica clínica en reumatología. En nuestros pacientes, su finalidad queda clara a la hora del ajuste del tratamiento inmunosupresor. Como apoyo para el diagnóstico, la ecografía nos sirve para afianzar el “no diagnóstico de enfermedad inflamatoria”.

232. ELABORACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE CRIBADO DE ESPONDILOARTRITIS PARA UNA CONSULTA AMBULATORIA DE DIGESTIVO

M.J. Moreno Ramos¹, M.J. Moreno Martínez², F. Rodríguez Martínez³, L.F. Linares Ferrando¹, R. González Molina⁴, J. Moreno Morales³, M.C. Oliva Ruiz⁵, E. Pagán García⁶, D. Palma Sánchez², E. Peñas Martínez², E. Soriano Navarro³ y A. Uceda Galiano⁶

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca. ³Sección de

Reumatología. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena.

⁴Sección de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia.

⁵Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina Interna. Hospital

Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz. ⁶Unidad de

Reumatología. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario

Los Arcos. San Javier.

Introducción: Los síntomas musculoesqueléticos dentro del espectro de las espondiloartritis (EspA) son las manifestaciones extraintestinales más frecuentes en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y pueden representar una importante carga de enfermedad. Los pacientes con síntomas sugerentes de EspA, deberían ser remitidos al reumatólogo para su valoración de forma precoz. Al igual que ha ocurrido con la uveítis y la psoriasis, parece necesario la elaboración de cuestionarios de cribado de síntomas musculoesqueléticos y la puesta en marcha de consultas multidisciplinarias que ayuden al diagnóstico temprano.

Objetivos: Proponemos la elaboración de una herramienta útil para el cribado de síntomas relacionados con EspA en pacientes con EII, para uso en consultas de Digestivo, como paso previo a la puesta en marcha de propuestas de colaboración y manejo conjunto del enfermo.

Métodos: Para la elaboración del cuestionario nos reunimos un grupo de reumatólogos con el fin de definir los ítems de la versión inicial del mismo, basándonos en la evidencia científica y en la experiencia clínica. Inicialmente se elaboraron 28 preguntas referentes a dolor lumbar inflamatorio, presencia de artritis periférica, dolor alternante en nalgas, entesitis, dactilitis, antecedentes familiares de EspA u otras manifestaciones relacionadas (psoriasis, uveítis). Posteriormente, un panel de expertos formado por 12 reumatólogos, mediante la metodología Delphi, realizó dos rondas en formato electrónico (Survey Monkey), con total anonimato de las respuestas emitidas por cada uno de los integrantes del panel. Tras la finalización de las dos rondas Delphi y una posterior reunión presencial, el cuestionario fue depurado y reducido a 10 ítems finales representativos de cada una de las variables clínicas más características de Espondiloartritis.

Resultados: El cuestionario final es de sencilla comprensión para los pacientes, con formato de respuesta dicotómica (Sí/No): 1. ¿Presenta dolor de espalda, especialmente lumbar, que le causa importante rigidez al levantarse, como si estuviese oxidado, y que dura más de 30 minutos? Sí/No. 2. ¿Ha tenido dolor lumbar que le despierte por la noche y le obligue a levantarse de la cama? Sí/No. 3. El dolor de espalda, especialmente lumbar, ¿le mejora con la toma de antiinflamatorios? Sí/No. 4. ¿Ha tenido alguna vez dolor en las nalgas, una o las dos a la vez, que le dificulte la movilidad? Sí/No. 5. ¿Ha tenido alguna vez inflamación en alguna articulación, incluidos los talones, con aumento de tamaño, calor y enrojecimiento, sin golpe ni torcedura? Sí/No. 6. ¿Ha tenido alguna vez un dedo de la mano o del pie con inflamación tan fuerte que pareciera una salchicha sin haberse dado un golpe? Sí/No. 7. ¿Han presentado sus familiares (padres/hijos/hermanos) alguna enfermedad reumática con inflamación de articulaciones? Sí/No. 8. ¿Han presentado sus familiares (padres/hijos/hermanos) alguna enfermedad de la piel del tipo de la psoriasis? Sí/No. 9. ¿Ha tenido enrojecimiento, molestias con la luz y visión borrosa, en más de una ocasión, en un ojo sin darse un golpe, que le haya obligado a ir a urgencias? Sí/No. 10. ¿Ha tenido alguna vez lesiones en la piel, como si fuesen escamas, en los codos y rodillas? Sí/No.

Conclusiones: Hemos elaborado un cuestionario de cribado de síntomas musculoesqueléticos en pacientes con EII de sencilla cumplimentación, lo que facilita la rápida administración en una consulta ambulatoria de Digestivo. En el momento actual nos encontramos en la fase previa a la realización de estudio piloto en el que se administrará el cuestionario a pacientes con EspA, según criterios ASAS, sin EII, con el fin de valorar correlación y variabilidad.

233. DIAGNÓSTICO DE AORTITIS MEDIANTE PET. ESTUDIO DE 33 PET DE UN MISMO CENTRO EN LOS 3 ÚLTIMOS AÑOS

O. Fernández Berrizbeitia¹, I. Calvo Zorrilla¹, M.L. García Vivar¹, E. Ruiz Lucea¹, J.F. García Llorente¹, I. Torre Salaberri¹, E. Úcar Angulo¹, J.M. Gorordo Olaizola¹, C. Gómez Arango, C. Pérez Velásquez¹, J.M. Blanco Madrigal¹, E. Guerrero Basterretxea¹, A. Santander Bilbao² y E. Galíndez Agirregoikoa¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Objetivos: El diagnóstico y tratamiento precoz de la aortitis es importante para prevenir posibles complicaciones graves como la formación de aneurismas, ruptura de los mismos o disección aórtica. La aortitis suele presentarse por clínica inespecífica y larvada. El PET constituye una de las pruebas de elección para su diagnóstico. Sin embargo, es una prueba costosa, y no está exenta de efectos secundarios. Nuestro objetivo fue evaluar los PET solicitados con la sospecha de aortitis y buscar factores asociados a la positividad del PET.

Métodos: Estudio retrospectivo de los PET solicitados en un Hospital Universitario (enero 2013-diciembre 2015). Se incluyeron únicamente los PET solicitados ante la sospecha clínica de aortitis. De acuerdo a un protocolo preestablecido se revisaron las variables epidemiológicas y clínicas más características de la aortitis. Se realizó un estudio comparativo entre los pacientes con PET positivo o negativo para aortitis con el fin de conocer las variables que pueden constituir signos de alarma de aortitis. Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm DE o como mediana [IQR] según su distribución, y se compararon mediante la prueba U de Mann-Whitney. Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes y frecuencia y se compararon mediante el test exacto de Fisher. El análisis estadístico se realizó con el programa SAS System for Windows V 9.2.

Estudio comparativo entre PET positivos y PET negativos para aortitis

	PET positivos (n = 13)	PET negativos (n = 20)	p
Edad media \pm DE	72,2 \pm 12,36	71,6 \pm 15,2	0,89
Edad \geq 70 años, n (%)	9 (69,2%)	14 (70%)	0,99
Sexo (V/M)	3/10	8/12	0,46
Enfermedad subyacente			
ACG, n (%)	7 (53,8%)	5 (25,0%)	0,14
PmR aislada, n (%)	2 (15,4%)	6 (30,0%)	0,43
Conectivopatía, n (%)	1 (7,7%)	4 (20,0%)	0,63
Otras, n (%)	3 (23,1)	5 (25,0%)	0,99
Tiempo de evolución hasta PET > 6 meses, n (%)	6 (46,2%)	14 (70,0%)	0,31
Clínica al solicitar PET			
Síndrome constitucional, n (%)	5 (38,5%)	3 (15,0%)	0,21
Fiebre, n (%)	1 (7,7%)	4 (20,0%)	0,99
Lumbalgia inflamatoria, n (%)	4 (30,8%)	0 (0,0%)	0,02*
Dolor irradiado EEII, n (%)	4 (30,8%)	0 (0,0%)	0,02*
PmR atípica, n (%)	1 (7,7%)	0 (0,0%)	0,39
Cefalea, n (%)	3 (23,1%)	3 (15,0%)	0,66
Alt visual, n (%)	1 (7,7%)	2 (10,0%)	0,99
Síndrome PmR, n (%)	1 (7,7%)	8 (40,0%)	0,06
Analítica al solicitar PET			
Anemia, n (%)	5 (38,5%)	14 (70,0%)	0,15
VSG, media \pm DE	62,9 \pm 33,8	61,8 \pm 35,3	0,93
VSG \geq 50 mm 1 ^h , n (%)	9 (69,2%)	13 (65,0%)	0,68
PCR, mediana [IQR]	3,43 [2,27-5,43]	2,53 [0,71-5,45]	0,33
PCR \geq 3 mg/dL, n (%)	9 (69,2%)	8 (40,0%)	0,10
Tratamiento al realizar PET			
Proporción con esteroides, n (%)	9 (69,2%)	14 (73,7%)	0,99
Proporción con esteroides >10 mg/d, n (%)	4 (30,8%)	8 (42,1%)	0,72
Dosis de prednisona mg, mediana [IQR]	7,5 [5-40]	25 [10-45]	0,26
Proporción con inmunosupresor, n (%)	4 (30,8%)	7 (35,0%)	0,99

*p < 0,05. ACG: arteritis células gigantes, PmR: polimialgia reumática, alt. visual: alteración visual.

Resultados: En nuestro hospital se solicitaron 33 PET por sospecha diagnóstica de aortitis en estos 3 años del estudio (5 en 2013, 7 en

2014 y 21 en 2015). El PET fue positivo en 3 de 5 (60%) casos en 2013, 3 de 7 (42,85%) en 2014 y 7 de 21 (33,33%) en el 2015. Los 33 pacientes (22 mujeres/11 varones) tenían una edad media de 70.30 \pm 14.16 años (rango, 31-89 años). Las enfermedades subyacentes en las que se solicitó el PET fueron: arteritis células gigantes (ACG) (n = 12), polimialgia reumática (PmR) (n = 8), conectivopatía (S. Sjögren, dermatomiositis, conectivopatía indiferenciada) (n = 5), poliartritis seronegativa (n = 3), policondritis recidivante (n = 2), idiopática (n = 2) y síndrome hiper-IgG (n = 1). El estudio comparativo entre los pacientes con PET positivo y PET negativo se expresa en la tabla. Las únicas variables con diferencias significativas fueron la lumbalgia inflamatoria y el dolor irradiado a extremidades inferiores, que fueron más frecuentes en los pacientes con PET positivo. El resto de las variables tanto epidemiológicas, clínicas, analíticas o la posible influencia del tratamiento con esteroides y/o inmunosupresores en el momento de la realización de la prueba no mostraron diferencias entre ambos grupos.

Conclusiones: En nuestro hospital observamos un incremento en la solicitud de PET por sospecha de aortitis y de casos diagnósticos en los últimos años, pero con un porcentaje de positividad de la prueba inferior. La lumbalgia inflamatoria y el dolor irradiado a extremidades inferiores, pueden tener relevancia clínica en la sospecha de aortitis y positividad del PET. Se necesitan estudios prospectivos con mayor número de pacientes para poder establecer un modelo predictivo de positividad del PET para aortitis.

234. VALIDEZ DE LA GAMMAGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES FRENTE A LA BIOPSIA DE GLÁNDULA SALIVAR MENOR EN PACIENTES CON SOSPECHA DE SÍNDROME DE SJÖGREN

M. García-González, H. Sánchez-Pérez, A.M. Monroy-Calero, I. Ferraz-Amaro, V. Hernández-Hernández, B. Rodríguez-Lozano y S. Bustabad

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

Introducción: La disfunción de las glándulas salivales es una de las manifestaciones más constantes del síndrome de Sjögren (SS). De las técnicas actualmente validadas para objetivarla, la gammagrafía (Gg) es la única que aporta información diferenciada sobre la intensidad y el patrón de afectación glandular. Su interpretación basada en parámetros cualitativos y la aparición de los criterios del ACR la han desplazado en favor de la biopsia (Bp) en los últimos años. La descripción de patrones de afectación glandular específicos y el uso de parámetros semicuantitativos como la fracción de excreción (FE) podrían mejorar su concordancia con la Bp y su utilidad en el SS.

Objetivos: 1) Describir patrones de afectación glandular y valores de FE útiles en el diagnóstico del SS. 2) Comparar la validez diagnóstica de los parámetros gammagráficos y la Bp.

Métodos: Se seleccionaron pacientes en estudio por sospecha de SS con Gg y Bp realizadas en el periodo 2006-2012. Las Gg se realizaron con protocolo de 30 min con Tc99m y administración de zumo de limón en el minuto 15. Se excluyeron los pacientes con SS ya conocido y/o Gg o Bp solicitadas por especialistas no reumatólogos. Los patrones de afectación glandular y las FE en función del diagnóstico de SS se analizaron con los test de Fisher y Kruskal Wallis respectivamente; se realizaron análisis de curvas ROC, cálculo de sensibilidad y especificidad para los parámetros gammagráficos y la Bp.

Resultados: De los 272 pacientes con Gg realizada en el citado periodo, 71 cumplían criterios de inclusión. 68 (96%) eran mujeres con edad media de 52 \pm 14 años en el momento de realización de la Gg. 57 (80%) referían xerostomía, la mayoría (39%) de inicio unos meses antes de la primera visita. La Gg cualitativa fue patológica en 51 casos (72%); las variables edad, tiempo de evolución de la xerostomía, toma de fármacos inductores de boca seca y presencia de patología tiroidea mostraban frecuencias similares entre los grupos

Gg normal y patológica. Se disponía de datos suficientes para aplicar los criterios AECG y ACR en 69 y 48 pacientes respectivamente, con diagnóstico de SS en 38 (54%). Se observó mayor frecuencia de disfunción de la captación (96 vs 77% p 0,134) y de las submandibulares (59 vs 30%, p 0,236) en los pacientes con SS. Las medianas de FE de todas las glándulas fueron menores en este grupo, con diferencias significativas para las submandibulares: derecha 29 (7-37) vs 49 (41-57), p 0,004; izquierda 30 (10-45) vs 52 (29-64), p 0,007. La FE submandibular (derecha AUC 0,793 \pm 0,091, p 0,004 IC95% [0,61-0,97]; izquierda AUC 0,764 \pm 0,083, p 0,007 IC95% [0,60-0,93]) mostró una validez diagnóstica mayor que la Gg cualitativa (AUC 0,601 \pm 0,070, p 0,149 IC95% [0,47-0,74]) y comparable a la Bp (AUC 0,789 \pm 0,055, p 0,000 IC95% [0,68-0,90]). Los valores de corte FE submandibular derecha 39,5 y FE submandibular izquierda 47,5 mostraron una sensibilidad del 95-82% y especificidad del 71-67% frente a sensibilidad 82% y especificidad 39% en la Gg cualitativa y sensibilidad 58% y especificidad 100% en la Bp.

Conclusiones: 1) Los pacientes con criterios de SS presentan FE submandibular disminuida respecto de los que no los cumplen. 2) La validez diagnóstica de la FE submandibular es superior a la Gg cualitativa y comparable a la Bp. 3) Valores de corte de FE submandibular derecha 39,5 y FE submandibular izquierda 47,5 ofrecen una sensibilidad superponible a la Gg cualitativa pero una especificidad notablemente mayor.

235. ASOCIACIÓN ENTRE CAMBIOS ENTESOPÁTICOS Y MARCADORES DEL REMODELADO ÓSEO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

M. Cerqueira¹, M. Robustillo Villarino², C. Vergara Dangond², A. Martínez-Ferrer², G. Albert Espi², E. Valls Pascual², A. Ybáñez García², E. Vicens Bernabeu², M. Aguilar Zamora² y J.J. Alegre Sancho²

¹Reumatología. Hospital Conde de Bertandos. ULSAM. Ponte de Lima. Portugal. ²Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

Introducción: En los pacientes con artritis psoriásica (APs) hay cambios del remodelado óseo, no bien establecidos, que llevan tanto a la pérdida de densidad mineral ósea (DMO) como a la formación de hueso, en forma de sindesmofitos y entesofitos. La entesitis, uno de los hallazgos patológicos más característicos de la APs, se puede estudiar mediante ecografía de forma más sensible y específica que con la exploración clínica. Los cambios entesopáticos estructurales e inflamatorios que se pueden diagnosticar con ecografía se describen en el consenso OMERACT y se pueden cuantificar mediante índices de exploración como el MASEI.

Objetivos: Evaluar la asociación entre cambios entesopáticos, medidos mediante el índice MASEI, y marcadores de remodelado óseo en una población de pacientes con APs.

Métodos: Se incluyeron pacientes diagnosticados de APs periférica que llevaban seguimiento en consultas externas en un hospital terciario, excluyendo aquellos en tratamiento con vitamina D. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos (vitamina D, marcadores de remodelado óseo P1NP y β CTX), y de DMO (realizada un máximo de 24 meses antes). El grado de afectación entesítica se evaluó ecográficamente según el índice MASEI, el cual se reestratificó en índice de inflamación y de estructura, y por regiones anatómicas. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 17.0.

Resultados: Se incluyeron 66 pacientes, un 62,1% (41) mujeres, con una edad media de 56,8 \pm 11,9 años y duración media de la enfermedad de 108,1 \pm 102,5 meses; un 84,8% (56) estaban tratados con metotrexato y 33,3% (22) recibían terapias biológicas anti-TNF. El índice MASEI medio fue 13 \pm 9,7; el índice estructura medio 9,3 \pm 5,9; y el índice inflamación medio 3,7 \pm 4,5. Las entesis con índices medios MASEI más elevados fueron la cuadrípital y la aquilea (4,2

\pm 3,4 y 2,9 \pm 2,1, respectivamente). El índice MASEI y de estructura se asociaron positivamente con la edad (r = 0,31, p < 0,05 y r = 0,42, p < 0,01, respectivamente); no así con el índice inflamación. Los pacientes con osteoporosis densitométrica presentaron una edad media significativamente mayor que el resto de la muestra. No se encontró relación entre el resultado del estudio de la DMO (estratificado como normalidad, osteopenia y/u osteoporosis) y el índice MASEI total, el de estructura, de inflamación o el de cada una de las regiones anatómicas estudiadas. En cuanto a los marcadores de remodelado óseo, P1NP y β CTX mostraron una tendencia a la asociación inversa con la edad. El β CTX se relacionó inversamente con el índice MASEI de cuádriceps y Aquiles (p < 0,05). Así mismo, excluyendo pacientes con tratamiento antiresortivo y osteoformador se mantiene la tendencia pero no es estadísticamente significativa (p = 0,078 y 0,076, respectivamente). No se hallaron otras asociaciones entre estos biomarcadores de remodelado óseo y el resto de índices ecográficos de entesis.

Conclusiones: Aunque se desconoce la asociación entre las alteraciones entesopáticas en las espondilopropatías con los marcadores de remodelado óseo, en este trabajo hemos observado una asociación inversa entre el β CTX y el score cuádriceps, Aquiles e índice MASEI en las entesis con más cambios estructurales y que más contribuyen al índice MASEI total. El pequeño tamaño de la muestra puede explicar la inconsistencia de resultados, en particular con los demás índices entesopáticos estratificados. Los cambios estructurales en las entesis de pacientes con APs se asocian a una disminución del marcador de resorción ósea β CTX.

236. CAPILAROSCOPIA Y AFECCIÓN MACROVASCULAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

J.J. Alegre Sancho¹, M. Robustillo Villarino¹, G. Albert Espi¹, C. Vergara Dangond¹, E. Vicens Bernabeu¹, E. Valls Pascual¹, A. Martínez Ferrer¹, D. Ybáñez García¹ y J.A. Román Ivorra²

¹Sección de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Introducción: En diferentes estudios y metaanálisis se ha podido demostrar que la aterosclerosis (AE) subclínica y las complicaciones vasculares (CV) son superiores en pacientes con esclerosis sistémica (ES) que en población sana. Sin embargo, no se ha explorado adecuadamente la posible relación entre el daño macrovascular y la afección microvascular medida por técnicas específicas, como la capilaroscopia.

Objetivos: Explorar la posible relación entre distintas variables de afección macrovascular (ecografía carotídea, índice tobillo-brazo [ITB]) y los hallazgos capilaroscópicos en pacientes con ES.

Métodos: Estudio descriptivo transversal con componentes analíticos. Población de estudio: cohorte de 115 pacientes con ES controlados en la Sección de Reumatología de un hospital terciario. Variables: 1) variables clínicas; 2) estudio capilaroscópico: hallazgos característicos del patrón esclerodérmico (megacapilares, hemorragias y áreas avasculares) y clasificación según los patrones evolutivos de Cutolo et al; 3) estudio vascular: índice tobillo-brazo (ITB) y ecografía Doppler carotídea (ESAOTE MyLab XV70, sonda lineal de 7-12 MHz, software RFQIMT) recogiendo el grosor íntima media (GIM) y la presencia de placas de ateroma según el Consenso de Mannheim. La medición del ITB la realizó un cirujano vascular, y la capilaroscopia y la ecografía Doppler de carótidas una reumatóloga con amplia experiencia y ciega al resto de hallazgos en un plazo máximo de 3 meses tras la evaluación inicial. Análisis estadístico: paquete estadístico IBM-SPSS Statistics v22.0.

Resultados: Se incluyeron de forma consecutiva 115 pacientes, de los que se analizaron finalmente 108 pacientes con una edad media

de 60,16 años (DE \pm 15,16); 99 mujeres (91,7%) y 9 varones (8,3%). El tiempo de evolución medio de la ES fue 11,45 años (DE \pm 8,84). La ESCL fue el diagnóstico más frecuente (50%), seguido de la ES sin esclerodermia (18,5%) y, en orden decreciente (16,7%) la ESCd, el síndrome de solapamiento (9,3%) y la pre-ES (5,6%). El GIM derecho medio fue 0,579 mm (DE \pm 0,126), y el izquierdo 0,657 mm (DE \pm 0,158); 33,3% tenían placas de ateroma. En total, un 37% tenían una ecografía carotídea patológica, y un 39,8% daño macrovascular (placa de ateroma y/o GIM > 0,9 mm y/o ITB < 0,9). En el estudio capilaroscópico se halló presencia de megacapilares, hemorragias y áreas avasculares en un 82,4%, 74,1% y 56,5% de los pacientes, respectivamente. Al reclasificar los hallazgos según Cutolo et al, un 31,5% de los pacientes presentaron un patrón precoz, 37% un patrón activo y un 22,2% un patrón tardío de ES. En el análisis bivariable, la existencia de afección macrovascular se asoció a un patrón capilaroscópico con presencia de áreas avasculares y menor representación de los megacapilares. Estadísticamente, esta asociación fue significativa entre la presencia de áreas avasculares y las variables daño macrovascular ($\chi^2 = 4,412$; p-valor = 0,036) y eco carotídea patológica ($\chi^2 = 4,107$; p-valor = 0,043). Se detectó una tendencia a la asociación entre estas dos últimas variables de afección macrovascular y patrones capilaroscópicos de mayor daño microvascular. **Conclusiones:** La capilaroscopia periungueal puede ser una herramienta útil como predictor de la existencia de AE y daño macrovascular en pacientes con ES.

237. DERIVACIÓN DE PACIENTES PROCEDENTES DE URGENCIAS A UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

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

Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: La patología reumática constituye una de las causas más frecuentes de consulta y derivación en los servicios de Urgencias hospitalarios. Habitualmente, éstos carecen de profesionales especializados que puedan abordar aquellos casos de mayor complejidad. Existe escasa literatura médica actual respecto a las características de dichas derivaciones intrahospitalarias a las consultas de Reumatología.

Objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes derivados, motivo de consulta y diagnóstico final por el Servicio de Reumatología.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se seleccionaron los pacientes atendidos por patología reumática en Urgencias del Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca, hospital de tercer nivel, posteriormente derivados a las consultas de Reumatología del mismo centro durante el año 2015. Los datos analizados fueron: sexo, edad, motivo de derivación desde Urgencias y diagnóstico final por el Servicio de Reumatología.

Resultados: Se obtuvieron un total de 92 pacientes que fueron derivados desde Urgencias a las consultas de Reumatología. De ellos, 74% eran mujeres (68) y 26% hombres (24). La edad media fue de 53 años. Los motivos de derivación fueron: mialgias y poliartalgias 23% (21), radiculopatía de miembros superiores o inferiores 15% (14), lumbalgia mecánica 15% (14), artritis (una o varias articulaciones) 9% (8), gonalgia 8% (7), coxalgia 7% (6), omalgia 7% (6), dorsalgia inflamatoria 5% (5), acrocianosis 3% (3), lumbalgia inflamatoria 2% (2), talalgia 2% (2), aftas orales 2% (2), astenia 1% (1) y lesiones cutáneas 1% (1). El tiempo medio de atención en Reumatología fue de 9 días. No acudieron a la revisión con el especialista 12 pacientes. Los

diagnósticos realizados en las consultas sobre 80 pacientes fueron: continúan en estudio sin diagnóstico definitivo 13% (10), hernia discal cervical o lumbar 11% (9), fractura vertebral 9% (7), artrosis de rodillas o axial 8% (6), lumbociática (con pruebas radiológicas normales) 8% (6), tendinopatía del hombro 6% (5), bursitis trocántera 6% (5), artritis microcristalina 6% (5), polimialgia reumática 5% (4), oligoartritis pendiente de filiar 4% (3), artralgiás inespecíficas 4% (3), estenosis del canal 3% (2), artritis seronegativa 3% (2), artritis reumatoide 3% (2), lupus eritematoso sistémico 3% (2), lumbalgia mecánica 1% (1), dorsalgia mecánica 1% (1), esclerodermia sistémica limitada 1 (1%), condropatía rotuliana 1% (1), fascitis plantar 1% (1), síndrome de Sjögren 1% (1), síndrome de Behçet 1% (1), espondilitis anquilosante 1% (1), artritis psoriásica 1% (1).

Conclusiones: En nuestra cohorte, observamos un predominio de patología reumática en mujeres de mediana edad, siendo el origen osteomuscular o aparato locomotor la primera causa de consulta y menos frecuente la patología de origen inflamatorio. Nuestro hospital dispone de una agenda de derivación preferente desde Urgencias al Servicio de Reumatología, que permite la optimización de la atención a nuestros pacientes. La utilización de dichos recursos, ha permitido fomentar un mejor y más rápido abordaje (unos 9 días de media) y resolución de aquellos pacientes reumáticos de mayor complejidad de manejo para los médicos de urgencias, así como potenciar el diagnóstico precoz de patología reumatológica de perfil inflamatorio o de mayor gravedad. Nuestro estudio resulta innovador. No hemos encontrado estudios que hagan referencia a pacientes remitidos desde Urgencias de forma intrahospitalaria a Servicios de Reumatología.

238. INMUNOGENICIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ARTRITIS PSORIÁSICA POLIARTICULAR EN REMISIÓN/BAJA ACTIVIDAD TRATADOS CON INHIBIDORES DEL TNF: ESTUDIO MULTICÉNTRICO Y PROSPECTIVO A UN AÑO DE SEGUIMIENTO (ESTUDIO INMUNOREMAR)

R. Sanmartí¹, J. Inciarte-Mundo¹, P. Estrada-Alarcón², M. García-Manrique³, J. Narváez², A. Gómez-Centeno³, J. Rodríguez-Moreno², M. Pascal y J. Yagüe⁴

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. ³Servicio de Reumatología. Hospital Parc Taulí. Sabadell. ⁴Servicio de Inmunología. Hospital Clínic. Barcelona.

Objetivos: Analizar en pacientes con artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica (ApS) poliarticular en remisión/baja actividad, tratados con inhibidores del TNF (inh.TNF), si los niveles séricos de fármaco o la presencia de anticuerpos anti-fármaco se asocian a recidiva clínica de la enfermedad durante un año de seguimiento. Establecer factores predictores de reactivación en estos pacientes.

Métodos: Estudio multicéntrico y prospectivo a un año de seguimiento. Criterios de inclusión: pacientes con AR y APs poliarticular en remisión (DAS28 < 2,6) o baja actividad (DAS28 < 3,2) y que están tratados con adalimumab (ADA), etanercept (ETN) o infliximab (INF) por un periodo mínimo de 3 meses. Seguimiento: los pacientes son seguidos durante el período de 12 meses, con recogida de datos clínicos y analíticos cada 4 meses, estableciéndose que existe recidiva clínica si el paciente pierde el estado de baja actividad (DAS28 > 3,2) con un delta DAS28 respecto al basal superior a 0,6. Determinaciones: en las visitas basal y a los 4, 8 y 12 meses (así como en el momento de la recidiva clínica) se determinan niveles séricos valle de fármaco inh.TNF y anticuerpos anti-fármaco (ELISA, Promonitor, Progenika, España). Se estudiaron las diferencias entre los casos con o sin reactivación en las variables basales mediante análisis univariante y se realizó un análisis multivariante mediante regresión de Cox para establecer factores asociados a la recidiva clínica durante el periodo de observación.

Resultados: Se incluyeron un total de 187 pacientes (66% mujeres), de las que 103 (57%) eran AR y 81 ApS (43%), con una edad media de 57 ± 12 años, un tiempo de evolución de la artritis de 15 ± 9 años y del inh.TNF de 60 ± 41 años. Estaban en remisión 138 pacientes (74%) y 49 (26%) en baja actividad. La frecuencia de utilización de anti-TNF era: ADA 69 (37%), ETN 83 (44%) e INF 35 (19%). Un 34% y 58% de pacientes con AR y ApS estaban con dosis optimizada. El 75% de las AR y el 44% de las APs recibían un FAME combinado. Un total de 32 (17,1%) pacientes (9 ADA, 13 ETN, 10 INF) sufrieron una reactivación a lo largo del seguimiento (15 a los 4 meses, 12 a los 8 m y 5 a los 12m). Solo en 4 de estos pacientes (12,5%) se detectaron anticuerpos anti-fármaco (2 ADA, 2 INF). Las concentraciones basales de inh.TNF fueron más bajas en los pacientes que se reactivaron ($2,36 \pm 0,45 \mu\text{ml}$ vs $3,92 \pm 0,29 \mu\text{ml}$ $p < 0,01$), aunque la diferencia solo fue significativa en el caso de ADA ($2,2 \pm 1,4 \mu\text{ml}$ vs $6,6 \pm 4,1 \mu\text{ml}$, $p = 0,02$). Las concentraciones séricas de los 3 inh.TNF disminuyeron en el momento de la reactivación respecto a la visita basal aunque solo en el caso de ETN la diferencia fue significativa ($0,9 \pm 1,2 \mu\text{ml}$ vs $2,3 \pm 1,26 \mu\text{ml}$, $p = 0,02$). Además de las concentraciones de fármaco, los pacientes que se reactivaron tenían valores basales significativamente más elevados de DAS28 ($2,42$ vs $2,04$ $p < 0,001$), CDAI ($5,80$ vs $4,15$ $p = 0,001$) y menor frecuencia de remisión (53% vs 78% $p = 0,003$). La regresión de Cox multivariante demostró que la reactivación se asocia con menor concentración basal de fármaco (Hazard ratio (HR) = 0,84), uso de glucocorticoides (HR = 2,11), valores más elevados de DAS28 (HR = 2,19) y de CDAI (HR = 1,14), no aportando ningún valor adicional al modelo el resto de las variables estudiadas, incluida la duración del tratamiento biológico, el tipo de enfermedad, dosis optimizada o monoterapia.

Conclusiones: En un 17% de pacientes con AR o ApS tratados con inh.TNF por un periodo prolongado que han conseguido la remisión/baja actividad, se produce una recidiva clínica en el período de un año. La presencia de anticuerpos antifármaco solo explica un bajo porcentaje de estas reactivaciones (12,5%). Unas concentraciones bajas de inh.TNF y una mayor actividad de la enfermedad en el momento basal se asocian a mayor probabilidad de recidiva a un año de seguimiento. Estudio financiado por una beca a iniciativa de investigador (Pfizer WS2392358).

239. MOTIVOS DE SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS

A. Martín Vila¹, R. Melero González³, N. Martínez López de Castro^{1,2}, M. Álvarez Payero¹, M. Rodríguez Rodríguez¹, F. Maceiras Pan^{2,3}, C. Mouriño Rodríguez^{2,3}, M. Rodríguez López^{2,3}, I. Hernández Rodríguez³, C. Barbazán Álvarez³, V. Balboa Barreiro⁴, J. de Uña Álvarez⁴, M. Samartín Ucha^{1,2}, G. Piñeiro Corrales¹ y J.M. Pego Reigosa^{2,3}

¹Servicio de Farmacia. EOXI Vigo. ²Grupo IRIDIS (Investigación en Reumatología y Enfermedades Inmuno-Mediadas). Instituto de Investigación Biomédica. Vigo. ³Servicio de Reumatología. EOXI Vigo. ⁴Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidad de Vigo.

Objetivos: Analizar los motivos de suspensión de los tratamientos biológicos en una cohorte de pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (AP), espondilitis anquilosante (EA) u otras espondiloartropatías (O) que han sido tratados con al menos un fármaco biotecnológico.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos aquellos pacientes que habían sido tratados con un fármaco biotecnológico durante al menos 6 meses durante el periodo comprendido entre 01/01/2009 y el 31/08/2014, para alguna de las indicaciones previamente especificadas. Además de datos sociodemográficos, se recogieron todas las líneas de tratamiento recibidas desde el diagnóstico

y se analizaron los motivos de suspensión de aquellas líneas ya finalizadas, así como los distintos efectos adversos categorizados como motivos de fin de tratamiento. Se exploró la relación existente entre el motivo de suspensión y el tratamiento biotecnológico empleado.

Resultados: Se estudiaron 484 pacientes, edad media 56 años (DE 14,4), el 54,3% mujeres. La distribución por patología fue: 49% AR, 21,5% AP, 22,6% EA y 6,9% O. La distribución por fármaco fue: adalimumab 45,7% de los pacientes, etanercept 29%, infliximab 12,7%, golimumab 2,6%, certolizumab 0,8%, abatacept 2,6%, tocilizumab 3,4% y rituximab 3%. De un total de 765 líneas de tratamiento se analizaron 365, por ser las que habían finalizado. Los motivos de suspensión y su frecuencia de aparición fueron: fracaso secundario 42,5%, efecto secundario 22,7%, fracaso primario 10,7%, remisión clínica 6%, exitus 1,9%, falta de adherencia 0,3% y otros motivos de suspensión 15,9%. Se observaron diferencias significativas ($p < 0,05$) en la distribución del motivo de suspensión en función del tratamiento biológico usado. Se realizaron todas las comparaciones entre los distintos fármacos 2 a 2, para cada uno de los motivos de suspensión, encontrando las siguientes diferencias con significación estadística: si comparamos adalimumab frente a infliximab y frente a etanercept, es más frecuente el motivo de suspensión "remisión clínica" en adalimumab que en etanercept o infliximab ($p < 0,05$) y si comparamos etanercept vs infliximab es más frecuente el motivo de suspensión "fracaso primario" con etanercept ($p < 0,01$). En el 50% de los pacientes con rituximab y en el 38,5% de los pacientes con abatacept el motivo de suspensión fue un efecto adverso, frente al 19% en adalimumab, 19,6% en etanercept y 26,3% en infliximab. En cuanto a los efectos adversos observados, que constituyeron un motivo de fin fueron: reacción relacionada con la infusión/pinchazo en 19 pacientes (22,35%), síntomas generales en 16 pacientes (18,82%), complicación infecciosa bacteriana en 12 pacientes (14,18%), otros tipos de toxicidad dermatológica 11 pacientes (12,94%), anafilaxia en 8 pacientes (9,41%), toxicidad hepática en 4 pacientes (4,71%), tumor hematológico en 2 pacientes (2,35%), tuberculosis en 2 pacientes (2,35%), reacción psoriasisiforme 2 pacientes (2,35%), infección vírica 2 pacientes (2,35%), enfermedad intersticial 1 paciente (1,18%), tumor sólido en 1 paciente (1,18%), alteraciones psiquiátricas en 1 paciente (1,18%), alteraciones lipídicas 1 paciente (1,18%), toxicidad hematológica 1 paciente (1,18%) y no recogido en historia clínica en 2 pacientes (2,35%).

Conclusiones: El motivo de suspensión más frecuente fue el fracaso secundario, seguido de los efectos adversos, entre los cuales destacan las reacciones relacionadas con la infusión y las infecciones bacterianas. La frecuencia de aparición de varios de los motivos de suspensión de tratamiento es diferente en función del fármaco biotecnológico empleado.

Financiado con una beca no restringida de Pfizer.

240. PREDICTORES DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON METOTREXATO EN PACIENTES CON FASCITIS EOSINOFÍLICA

W.A. Sifuentes Giraldo¹, D. Grados Cánovas², M. de los Riscos Álvarez³, M. Pascual Pastor⁴, P. Moreno Fresneda⁵, E. Loza⁶, M.J. García de Yébenes y Prous⁶, A. Olivé Marqués², P. Carreira Delgado³, J. Narváez García⁴, R. García-Vicuña⁵ y A. Zea Mendoza¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ⁶Instituto de Salud Musculoesquelética (InMusc). Madrid.

Introducción: La fascitis eosinofílica (FE) es un síndrome esclerodermiforme descrito por Shulman en el año 1974. Se caracteriza

por la aparición aguda de edema e induración cutánea asociada a eosinofilia en sangre periférica. La biopsia de piel profunda es característica a nivel de la fascia muscular. No hay consenso respecto al tratamiento de la FE. Los glucocorticoides (GC) orales o endovenosos son el tratamiento inicial, con mejoría significativa en la mayoría de casos. Cuando la respuesta es insuficiente se asocian los fármacos inmunosupresores, siendo el más utilizado el metotrexato (MTX). La respuesta al MTX suele ser favorable, sobre todo en casos con otras lesiones de morfea asociadas. Sin embargo, no se dispone de estudios que analicen de forma específica qué factores predicen la respuesta al tratamiento con este fármaco.

Objetivos: Determinar que variables demográficas, clínicas y analíticas basales se asocian con remisión durante el tratamiento con MTX en pacientes con FE.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo (1983-2014) y multicéntrico de pacientes con FE procedentes de 5 hospitales universitarios españoles. Criterios de inclusión: 1) alteraciones cutáneas características, 2) biopsia profunda con cambios compatibles en la fascia muscular, 3) tratamiento con MTX. La respuesta al tratamiento con este fármaco se dividió en remisión completa (ausencia de síntomas y desaparición de las lesiones), respuesta parcial (pacientes que desarrollan limitación a pesar del tratamiento) y ausencia de respuesta (persistencia de los síntomas y hallazgos en la exploración). Se utilizó para el análisis pruebas estadísticas no paramétricas, de Kruskal Wallis para variables continuas y de χ^2 para las categóricas.

	Remisión completa (N = 16)	Respuesta parcial (N = 15)	Sin respuesta (N = 2)	Valor p
Edad al diagnóstico	64 (40-73)	49,5 (42-57)	54 (42-69)	0,640
Sexo mujer	8 (44%)	8 (44%)	2 (11%)	0,405
Tabaquismo	3 (25%)	8 (67%)	1 (8,3%)	0,204
Meses hasta el diagnóstico	4,0 (2,0-7,0)	4,0 (2,5-7,5)	6,5 (3,0-10,0)	0,867
Induración > 50%	10 (56%)	7 (39%)	1 (5%)	0,437
Eritema	4 (40%)	5(50%)	1 (10%)	0,79
Prurito	3 (50%)	2 (33%)	1 (17%)	0,419
Edema en extremidades	8 (35%)	13 (56%)	2 (9%)	0,151
Piel de naranja	3 (37%)	5 (62%)	-	0,545
Hiperpigmentación	4 (40%)	5 (50%)	1 (10%)	0,791
Otras lesiones de morfea	6 (50%)	5 (42%)	1 (8%)	0,808
Artritis	3 (43%)	4 (57%)	-	0,709
Contracturas	3 (43%)	4 (57%)	-	0,709
Debilidad muscular	6 (75%)	2 (25%)	-	0,144
Mialgias	10 (53%)	8 (42%)	1 (5%)	0,628
Túnel carpiano	3 (50%)	3 (50%)	-	-
VSG elevada	8 (50%)	7 (44%)	1 (6%)	0,926
PCR elevada	7 (39%)	11 (61%)	-	0,004*
Eosinofilia	10 (42%)	13 (54%)	1 (4,2%)	0,500
Hipergammaglobulinemia	5 (45%)	6 (54%)	-	0,570
ANA	4 (36%)	6 (54%)	1 (9%)	0,714
Corticoterapia	14 (44%)	16 (50%)	2 (6%)	0,539
Otros tratamientos previos	3 (37%)	4 (50%)	1 (12%)	0,646
PUVA	3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)	0,207
Neoplasia	4 (80%)	1 (20%)	-	0,236

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes, 18 de ellos mujeres (54,5%) con una media de edad de 54,6 años (intervalo: 22-81) y una mediana de duración de enfermedad hasta el diagnóstico de 4 meses (intervalo: 1-25). La mayoría de estos pacientes habían sido previamente tratados con GC (97%) con respuesta insuficiente, 8 de ellos (24,2%) había recibido previamente otro tratamiento inmunomodulador (hidroxicloroquina, azatioprina, ciclosporina) y en 5 casos (15,2%) se asoció fototerapia con PUVA. La mediana de dosis de MTX empleada fue 15 mg/semana (intervalo: 10-25), lográndose remisión completa en 16 casos (48,5%), respuesta parcial en 15 (45,5%) y ausencia de respuesta en 2 (6%). Los pacientes que alcanzaron remisión completa tenían una media de edad al diagnóstico ligeramente mayor (64) y presentaban con mayor frecuencia induración cutánea = 50%, mialgias, neoplasias asociadas y menor aumento de proteína C reactiva (PCR). Sin embargo, de todas las variables ana-

lizadas solo el nivel bajo de PCR se asoció con remisión completa de forma significativa ($p = 0,004$) (tabla, datos expresados como mediana y rango intercuartílico). Dos de los pacientes en remisión presentaron recaída tras suspender el MTX, con respuesta favorable al tratamiento con GC.

Conclusiones: La única variable que parece asociarse con remisión durante el tratamiento con MTX en nuestra serie es la ausencia de elevación de la PCR. El resto de las variables no muestran diferencias significativas, aunque el poder estadístico puede ser pequeño debido al tamaño limitado de la muestra.

241. ¿INFLUYE LA DISCAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN EL DESARROLLO DE PERIODONTITIS CRÓNICA?

J.L. Garnier Rodríguez¹, M. Hernández González¹, S. Dadlani¹, J. González Febles¹, M. García González², H. Sánchez Pérez², A.M. Monroy², B. Garnier Rodríguez¹ y B. Rodríguez Lozano²

¹Clínica Dental Dr. Garnier. Tenerife. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna.

Introducción: Se ha sugerido que la limitación funcional de los pacientes con artritis reumatoide (AR) podría condicionar la realización de una adecuada higiene oral favoreciendo el desarrollo de periodontitis crónica (PD), aunque este aspecto ha sido valorado en escasos estudios (de Pablo et al. J Rheumatol. 2008; Pischon et al. J Periodontol. 2008). De este modo, se le ha atribuido tanto un riesgo parcial para PD (13,4%), como escasa relación, bien por no encontrar mayor índice de placa (IP) en AR que en controles (Mercado et al. J Periodontol. 2001) o por no hallar asociación del nivel de PD con funcionalidad medido por HAQ (Dissick et al. J Periodontol. 2010).

Objetivos: 1. Analizar si la capacidad funcional de los pacientes con AR se asocia a presencia de PD. 2. Describir posible influencia de la discapacidad funcional según grado de actividad de AR en el desarrollo de PD.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal, caso-control de pacientes ≥ 18 a con AR (ACR/EULAR 2010) del Servicio de Reumatología de un hospital 3^{er} nivel y CAEs adscritos, y población control con patología articular no inflamatoria, con ≥ 4 dientes, sin limpieza dental o toma de antibióticos 6 meses antes, cirugía bucal en 1 año o portadores de prótesis articular. Código aprobación CEIC 2015_06. Se analizaron índices de actividad AR: DAS28 (VSG), DAS28 (PCR) y SDAI, así como cuestionario de funcionalidad HAQ (0-3). Entre los parámetros periodontales: índice placa (IP) (Silness y Løe, 1964), medida de higiene oral con registro de 4 superficies/diente y categoría 0-3 (0 = ausencia depósitos de placa, 1 = presencia de placa tras pasar sonda periodontal por margen gingival, 2 = placa visible, 3 = placa abundante); sangrado sondaje, profundidad sondaje, recesión, nivel de inserción clínico. Equipo dental: 2 periodoncistas/2 odontólogos/1 higienista dental, variabilidad interobservador $\leq 30\%$. Se categorizó nivel PD según Consenso Europeo 2005 (Tonetti): nivel 0 (ausencia), N 1T (leve), N2 T (grave). Análisis estadístico: medias \pm DE, distribución frecuencias y análisis bivariante (OR). Pruebas: t-Student, chi-cuadrado (Stata 13.1).

Resultados: 344 pacientes:187 AR (147M/40 V) y 157 controles (101M/56V) con edad 54,9 (17,9) a. sin diferencia entre grupos, t. evolución AR 8,8 años, con 18,72% de pacientes con AR inicio. 83/187 (44,39%) de pacientes con AR presentaban remisión/baja actividad y 55,61%, actividad moderada/alta. De estos, el 69,05% tenían un nivel 2T PD. HAQ medio global fue de 0,76 (0,62); se encontraron diferencias en HAQ entre categorías grupales de actividad: mediana 0,250 (0-0,750) grupo remisión/baja actividad vs 1,125 (0,625-1,5) en pacientes con moderada/alta actividad, $p = 0,000$. No se observó asociación entre la capacidad funcional (HAQ) y la presencia de PD

(OR 1,000291 IC95% 0,999223-1,001361). Se observó, sin embargo, un gradiente ascendente de IP desde población control 0,56 (0,40), AR remisión/baja 0,59 (0,37), AR moderada/alta 0,86 (0,53), con diferencias significativas entre categorías consecutivas ($p < 0,001$ y $p = 0,001$, respectivamente).

Conclusiones: 1. No encontramos asociación entre la capacidad funcional medida por el cuestionario HAQ y la presencia de PD. 2. Se observa un gradiente ascendente en el IP según la actividad de la AR con funcionalidad preservada. 3. Estos resultados podrían reforzar una asociación independiente de factores clásicos entre AR y PD.

242. INFLUENCIA DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) EN LOS NIVELES SÉRICOS DE INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

A. Villalba Yllán¹, M.V. Navarro-Compán¹, C. Plasencia Rodríguez¹, D. Peiteado López¹, G. Bonilla Hernán¹, L. Nuño Nuño¹, E. Olariaga², D. Pascual Salcedo², A. Balsa Criado¹ y E. Martín Mola¹

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

Introducción: La utilización de la terapia biológica (TB) en la artritis reumatoide (AR) ha supuesto un cambio muy importante en el enfoque de su tratamiento y pronóstico. Fármacos como los Anti-TNFa han demostrado una eficacia incuestionable. No obstante, el hecho de la falta o pérdida de dicha eficacia en el tiempo plantea el dilema de qué factores pueden influir sobre ello. Algunos, como la inmunogenicidad, ya han sido demostrados; otros no están por el momento debidamente determinados. Existen estudios que sugieren la influencia del IMC sobre los niveles séricos de fármacos de administración subcutánea en pacientes con AR. Sin embargo, no existen datos sobre la posible influencia del IMC en los niveles de infliximab, cuya administración es intravenosa y con dosis ajustada al peso del paciente.

Objetivos: Determinar la posible influencia del IMC en los niveles séricos de infliximab (ifx), en pacientes con AR.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo sobre una población de 72 pacientes con AR que recibieron tratamiento con infliximab, en pauta estándar a dosis de 3 mg/kg, en nuestro servicio entre el año 2000 y el 2015 inclusive. La determinación de niveles de ifx se realizó con técnicas de ELISA en 3 visitas: a las 2 semanas, a los seis meses y al año de inicio. El IMC se clasificó para algunos subestudios en cuatro categorías: bajo (< 18,5), normal (= 18,5- < 25), sobrepeso (= 25- < 30) y obesidad (= 30). Primero se compararon los niveles de fármaco en estos cuatro grupos. A continuación se realizó un análisis longitudinal univariable y multivariable utilizando modelos GEE. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS 23.0.

Resultados: De los 72 pacientes, 63 (87,5%) fueron mujeres, 51 (70,8%) tenían FR+ y 57 (79,2%) ACPA+. El tiempo medio de evolución desde diagnóstico hasta inicio de TB fue de 10,4 ± 7,8 años. Los pacientes tratados con metotrexate fueron 57 (79,2%) y con otros FAMES 41 (56,9%). La media de IMC fue de 25,5 ± 5,1. Según éste los pacientes con bajo peso, normal, sobrepeso y obesidad fueron respectivamente 2 (2,7%), 35 (48,6%), 23 (31,9%) y 12 (16,7%). Las medianas (Vmax-Vmin) de niveles de ifx en ng/ml, según IMC, fueron (tabla). En el análisis longitudinal se observó una relación inversa estadísticamente significativa entre el IMC y los niveles de fármaco (β : -441,7; p : 0,03). Esta relación se mantuvo a pesar de ajustar el

modelo por posibles factores de confusión (sexo y tratamiento con metotrexate), con β : -441,2; p : 0,03.

Conclusiones: El IMC es un factor influyente en los niveles de fármaco presentes en pacientes con AR tratados con infliximab, pese a ser administrado en dosis ajustada al peso. Valores más elevados de IMC se relacionan con niveles séricos más bajos de fármaco respecto a valores de IMC más reducidos.

243. PAPEL DE LA FORMA SOLUBLE DE DIPEPTIDIL PEPTIDASA-4 EN LA RESISTENCIA A LA ACCIÓN DE LA INSULINA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

B. Tejera-Segura¹, A.M. de Vera-González², R. López-Mejías³, B. Ubilla³, F. Genre³, M.A. González-Gay⁴, J.M. Olmos⁵, J.L. Hernández⁵, J. Llorca⁶ e I. Ferraz-Amaro¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Laboratorio Central. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ³Grupo de Investigación de Epidemiología, Genética y Arteriosclerosis en Enfermedades Inflamatorias Sistémicas; ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla-IDIVAL. Universidad de Cantabria. RETICEF. Santander. ⁶Servicio de Epidemiología y Biología Computacional. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Santander.

Introducción: Dipeptidil peptidasa IV (DPP-4) es una enzima que juega un papel fundamental en la homeostasis de la glucosa mediante la degradación de las hormonas incretinas glucagon like peptide 1 y gastric inhibitory polypeptide.

Objetivos: Estudiar si DPP-4 es diferente entre pacientes con artritis reumatoide (AR) y controles e investigar si se relaciona con la resistencia a la acción de la insulina (RI) que los pacientes con AR expresan.

Métodos: 406 sujetos, 178 pacientes con AR y 228 controles ajustados para edad y sexo, fueron seleccionados. Se determinaron, en pacientes y controles, niveles de glucemia, insulina, péptido C, índices Homeostatic Model Assessment (HOMA2) para insulina y péptido C y niveles séricos de la forma soluble de DPP-4. Mediante análisis multivariante ajustado para toma de esteroides y factores clásicos asociados con RI, se estudiaron las diferencias entre pacientes y controles, así como la relación de DPP-4 con la actividad de la enfermedad y con la RI tanto en pacientes como controles.

Resultados: Los pacientes mostraron niveles superiores de insulina (16 ± 26 vs 10 ± 7 microU/mL, $p = 0,001$) y péptido C (1,15 ± 1,02 vs 0,50 ± 0,26 nmol/L, $p < 0,001$) en comparación a controles. De forma equivalente los índices de resistencia a la acción de la insulina HOMA-IR (1,81 ± 1,82 vs 1,35 ± 0,93, $p = 0,002$) y HOMA2-IR-péptido C (2,59 ± 2,45 vs 1,10 ± 0,55 nmol/L, $p < 0,001$) fueron superiores en pacientes con AR. Los niveles de DPP-4 en pacientes con AR fueron inferiores en comparación a controles (beta coef. -162 [-259--65] ng/ml, $p = 0,001$) tras ajuste por edad, sexo, índice de masa corporal y factores de riesgo clásicos para RI. Los pacientes con actividad de la enfermedad alta o moderada (633 ± 270 vs 844 ± 757 ng/ml, $p = 0,06$) y baja (761 ± 340 vs 844 ± 756 ng/ml, $p = 0,40$) expresaron niveles inferiores de DPP-4 en comparación a los que estaban en remisión, aunque esta relación no alcanzó la significación estadística.

Tabla Póster 242

	2 sem	6 meses	1 año
Bajo peso	34.977,0 (20.992-48.962)	7.500,0 (0-15.000)	NA
Normal	24.576,0 (2.944-150.000)	776,0 (0-12.800)	2.012,0 (0-14.336)
Sobrepeso	26.213,0 (768-50.000)	661,5 (0-3.456)	486,0 (0-9.416)
Obesidad	22.033,0 (9.891-34.816)	315,0 (0-5.344)	1.088,0 (0-3.904)

Conclusiones: Los pacientes con AR expresan niveles inferiores de DPP-4. Este descenso podría ser justificable por la actividad de la enfermedad y podría jugar un papel en el aumento de la resistencia a la acción de la insulina que los pacientes AR expresan.

244. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA CONSULTA DE URGENCIA DEL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

I. Cabezas Rodríguez, I. Morante Bolado, A. Brandy García, A. Lorenzo Martín, J.L. Riestra Noriega, R. Queiro Silva, M. Alperi López, L. Arboleya Rodríguez y F.J. Ballina García

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivos: Los pacientes derivados desde el servicio de Urgencias Hospitalarias a la consulta ambulatoria del servicio de Reumatología suponen una carga asistencial relevante y probablemente presentan unas características diferentes a las del resto de pacientes atendidos en nuestros servicios. El objetivo de este estudio fue describir las principales características de este tipo de pacientes atendidos en el servicio de Reumatología de un hospital de tercer nivel. También se analizaron los factores de la visita inicial asociados con el diagnóstico posterior de una enfermedad reumática inflamatoria en pacientes sin antecedente de este tipo de patologías.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes derivados desde el servicio de Urgencias a una consulta específica del servicio de Reumatología desde enero a agosto de 2015 y se recogieron las principales características demográficas, clínicas y de laboratorio y los tratamientos pautados en la visita inicial. En los pacientes sin diagnóstico previo de enfermedad reumática inflamatoria (n = 48), se evaluaron las diferencias entre aquellos con un diagnóstico posterior de enfermedad reumática inflamatoria y aquellos sin este diagnóstico. Las variables cualitativas se muestran como porcentajes y las variables cuantitativas como media y desviación estándar o como mediana y rango intercuartílico (percentiles 25 y 75) en función de su distribución normal o no, respectivamente. En el análisis univariante de las diferencias entre los dos grupos (enfermedad reumática inflamatoria vs no inflamatoria), se utilizó la prueba de la chi-cuadrado y la exacta de Fisher para las variables cualitativas, y la prueba de la t de Student y la U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas. En el análisis multivariante se empleó la prueba de la regresión logística. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: De enero a agosto de 2015 se atendieron 70 pacientes, lo que supone una media de casi 9 pacientes al mes. El 70% de los pacientes fueron atendidos en menos de 24 horas y el 93% en menos de 72 horas. La tabla muestra las principales características de la serie. En el análisis univariante de las diferencias entre grupos (enfermedad reumática inflamatoria vs no inflamatoria) se observaron diferencias estadísticamente significativas en la edad (61,9 años vs 49,9 años, $p = 0,029$), tiempo de evolución de los síntomas hasta la visita inicial (20,5 días vs 8 días, $p = 0,049$), fibrinógeno (708 mg/mL vs 430 mg/dL, $p = 0,036$), proteína C reactiva (3,3 mg/dL vs 0,35 mg/dL, $p < 0,001$) y filtrado glomerular estimado (89 mL/min/1,73 m² vs 102 mL/min/1,73 m², $p = 0,032$). En el modelo multivariante únicamente el tiempo de evolución de los síntomas se asoció significativamente con el desarrollo de una enfermedad reumática inflamatoria con una OR de 1,072 (IC95% 1,010-1,138, $p = 0,023$), tras ajustar el modelo por sexo, edad, niveles de proteína C reactiva y filtrado glomerular estimado.

Conclusiones: La patología reumática inflamatoria, en especial las artritis microcristalinas, y los reumatismos de partes blandas

son los motivos de consulta más frecuente en los pacientes derivados desde el servicio de Urgencias a nuestro servicio. El tiempo de evolución de los síntomas hasta la visita inicial se asocia de forma independiente con el diagnóstico posterior de una patología reumática inflamatoria en los pacientes derivados desde el servicio de Urgencias a nuestro servicio, lo que probablemente se explique por la evolución subaguda de muchas de estas enfermedades.

Característica	Resultado
Edad (años)	55,7 ± 18,3
Sexo (% mujeres)	63
Tiempo de evolución hasta la visita inicial (días)	17 (5-31)
Antecedente de enfermedad reumática inflamatoria (%)	31
Presentación clínica (%):	
Monoartritis	20
Oligo/poliartritis	27
Síndrome polimiálgico	3
Partes blandas	21
Dolor raquídeo inflamatorio	1,5
Otra	34
Tratamientos pautados (%):	
AINEs	40
Analgésicos	13
Glucocorticoides (oral o im)	30
Infiltraciones	10
Colchicina	11,5
Otros	40
Diagnóstico (%):	
Artritis reumatoide/indiferenciada	7
Espondiloartritis	7
Conectivopatía	7
Microcristalina	23
Partes blandas	21
Artritis relacionadas con infecciones	4
Polimialgia reumática	4
Otro	26
Hemoglobina (g/dL)	13,1 ± 1,9
Leucocitos (células/ μ L)	9.113 ± 3.346
Neutrófilos (células/ μ L)	6.238 ± 2.684
Linfocitos (células/ μ L)	1.987 ± 974
Plaquetas (células/ μ L)	253.980 ± 82.720
Proteína C reactiva (mg/dL)	1,15 (0,4-4,1)
Fibrinógeno (mg/dL)	477 (412-637)
Urato (mg/dL)	6,75 (4,38-8,88)
Filtrado glomerular estimado (mL/min/1,73 m ²)	93 (67-109)

245. SÍNDROME FUNCIONAL POST POLIO. ESTUDIO DEL ESTADO DE LOS PARÁMETROS VOLUMÉTRICOS POR DENSITOMETRÍA

D. Grados¹, A. Erra¹, L. López-Vives¹, Y. Martelli², L. Humbert², A. Pasarín³, N. Allué³, S. di Gregorio^{4,5} y L. del Río^{4,5}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Sant Rafael. Barcelona. ²Galgo Medical. Barcelona. ³Servicio de Rehabilitación. Hospital Sant Rafael. Barcelona. ⁴Red Temática de Investigación Cooperativa en Envejecimiento y Fragilidad-RETICEF. Instituto Carlos III. Madrid. ⁵Cetir Grup Mèdic. Barcelona.

Introducción: La debilidad muscular es el principal síntoma en el síndrome post-polio (PPS) y se relaciona con el estado de la masa ósea, como parte de la unidad músculo-hueso funcional. Los sujetos que padecen PPS tienen una masa ósea baja en la extremidad afectada e inestabilidad al caminar con mayor riesgo de caídas.

Objetivos: Evaluar la influencia de la atrofia muscular sobre la densidad ósea volumétrica y el espesor cortical utilizando una nueva tecnología 3D-DXA.

Métodos: Se analizó la composición corporal por DXA y la reconstrucción tridimensional de los fémures adquiridos con un equipo iDXA, por medio del software desarrollado por Galgo SA. La reconstrucción se realizó en un proceso de registro 3D-2D basado intensidad con el fin de maximizar la similitud entre la reconstrucción 3D volumétrica y las imágenes 2D-DXA. Analizamos la medición de la masa magra en las extremidades. En la reconstrucción 3D se

analizaron los parámetros obtenidos para la región total del fémur, en contenido mineral óseo global (cortical + trabecular); contenido mineral óseo cortical (CMOC), trabecular (CMOT) y grosor cortical (TC) y la densidad ósea volumétrica mineral (vBMD). Se realizó la comparación entre el miembro afectado y el sano mediante t-test. Se utilizó un método de regresión múltiple para evaluar las asociaciones entre los parámetros (3D y masa magra en las piernas). Para categorizar los resultados de la cohorte de los pacientes se compararon con los datos de la población femenina adulta joven. Se incluyeron 29 mujeres (rango de edad: 39,9-73,6 años), 11 con afectación derecha, 15 con afectación izquierda y 2 con afectación bilateral (en estos dos casos se tomó el miembro con mayor afectación para categorizarlo derecho).

Resultados: La extremidad izquierda fue la más afectada. Todos los parámetros fueron significativamente más bajos en el lado afectado. Comparando con la población de referencia, el lado no afectado mostró valores significativamente más bajos. Seis pacientes, tuvieron una DMO normal, pero todos los parámetros 3D fueron más bajos en el lado afecto. La masa magra en extremidades inferiores se correlacionó negativamente con todos los parámetros 3D, sobre todo con el grosor cortical (R2: 0,752).

Conclusiones: El efecto de las cargas mecánicas, fuerza muscular y el desequilibrio postural tiene una influencia negativa en el desarrollo óseo lo que conduce a una baja densidad ósea en la cadera de la extremidad afectada. Este estudio demuestra que PPS induce una disminución significativa en la densidad de los huesos de la zona afectada. La información del nuevo software 3D-DXA indica que el grosor cortical es la variable 3D alterada principalmente en fémur proximal con una fuerte asociación con la disminución de la masa magra.

246. ESTUDIO DE ANTICUERPOS ANTI-INFLIXIMAB Y NIVELES SANGUÍNEOS DEL FÁRMACO EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

M. Millán¹, B. Magallares¹, E. Moga², A. Laiz¹, J.M. Llobet¹ y A. Rodríguez de la Serna¹

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

Introducción: Recientes estudios han concluido que, en pacientes con espondiloartritis, niveles altos de infliximab (IFX) en sangre se correlacionan con mejor respuesta clínica, y la detección de anticuerpos anti-infliximab con peor respuesta y mayor riesgo de reacciones a la infusión.

Objetivos: Describir las características de un grupo de pacientes con espondiloartritis en tratamiento prolongado con infliximab, junto con el estudio de anticuerpos anti-infliximab y niveles plasmáticos del fármaco.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de pacientes con espondiloartritis en tratamiento con infliximab y que fueron visitados en el Hospital de día de Reumatología durante 4 meses consecutivos (2/2015-5/2015). Se recogieron datos demográficos, tiempo de tratamiento con infliximab, dosis e intervalo de administración, presencia de FAME concomitante, historia de terapia biológica previa, presencia o ausencia de remisión según criterio clínico; y se realizó estudio analítico de anticuerpos anti-infliximab libres mediante técnica de ELISA, así como medición de los niveles plasmáticos de fármaco considerando como indetectables < 0,035 µg/mL.

Resultados: Se evaluaron un total de 19 pacientes con espondiloartritis en tratamiento con infliximab. Las características demográficas de los pacientes se muestran en la tabla 1. Encontramos 4 pacientes no respondedores al tratamiento, cuyas características describimos en la tabla 2. Destaca que sólo encontramos presencia de anticuerpos anti-infliximab, a niveles de 7,161 UA/mL, en un paciente en remisión clínica, varón de 42 años, HLA B27 positivo, que llevaba tratamiento con leflunomida y con una pauta de infliximab de 5 mg/kg cada 6 semanas con niveles de fármaco en sangre de 1,192 µg/mL, y que había recibido previamente etanercept (suspendido por fallo secundario) y adalimumab (suspendido por efecto adverso). Al analizar los datos de fármaco en sangre descubrimos 2 pacientes con niveles indetectables (< 0,035 µg/mL), los dos varones de 42 y 26 años, en remisión de la enfermedad, HLA-B27 positivos, naïve para anti-TNF, ambos con dosis de 5 mg/kg, con la diferencia que el primero de ellos tenía un intervalo entre dosis de 4 semanas mientras el segundo presentaba un intervalo de 12 semanas. Cabe destacar que ninguno de los dos presentaba anticuerpos anti-infliximab.

Conclusiones: En nuestra muestra el hallazgo de anticuerpos anti-infliximab es de 5,2% y no se relacionó ni con niveles indetectables de fármaco en sangre ni con mala respuesta clínica. A destacar que el 81,8% de los pacientes con niveles en sangre de fármaco por debajo de 5 µg/mL (sin contar los dos con niveles indetectables), se encontraban en remisión clínica, lo cual nos habla de la posibilidad de optimización de la dosis del fármaco según los niveles sanguíneos del mismo, con el consecuente impacto económico que esto conlleva. De nuestro grupo de pacientes, ninguno presentó reacciones infusionales graves con IFX. Presentamos una muestra pequeña y con una gran variabilidad clínica y en la forma de administración del fármaco, que no nos permite obtener datos concluyentes, por lo que se requieren nuevos estudios con un mayor tamaño muestral.

Tablas Póster 246

Tabla 1

Género masculino, n (%)	13 (68)
Edad media, años (rango)	43,6 (22-71)
Tiempo de evolución desde el diagnóstico hasta el inicio de IFX, meses (DE)	92 (± 119,4)
Dosis de IFX, total media (mg/kg)	358,9 (5,1)
Intervalo de administración IFX, semanas (DE)	7,3 (± 2,7)
Presencia de FAME concomitante, n (%)	1 (5,2)
Naïve a IFX, n (%)	17 (89,4)
Tiempo de evolución desde el inicio de IFX y el análisis de Acs anti-infliximab, meses (DE)	63 (± 47,7)

Tabla 2

Género	Edad	HLA B27	Meses evolución (pre IFX)	Meses IFX	Dosis total, mg/kg	Intervalo (sem)	Nivel fármaco	Anticuerpos anti-infliximab	FAME	T. biológico previo
Hombre	66	Pos	130	138	480,5	4	4,326	Neg	No	No
Mujer	23	Neg	1	9	530,10	8	1,364	Neg	No	No
Mujer	26	Pos	2	50	300,5	8	9,237	Neg	No	No
Mujer	36	Pos	17	24	300,5	5	12,95	Neg	No	No

247. SEGURIDAD Y TOLERABILIDAD DE SECUKINUMAB EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE ACTIVA: ANÁLISIS COMBINADO DE LA SEGURIDAD DE DOS ENSAYOS DE FASE III ALEATORIZADOS Y CONTROLADOS

F. Blanco¹, A.A. Deodhar², D. Baeten³, J. Sieper⁴, A. Widmer⁵ y H. Richards⁵

¹Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ²Oregon Health & Science University. Portland. OR. EEUU. ³Inmunología Clínica y Reumatología. Centro Médico Universitario/Universidad de Ámsterdam. Países Bajos. ⁴Clínica Universitaria Benjamin Franklin. Berlín. Alemania. ⁵Novartis Pharma AG. Basilea. Suiza.

Objetivos: Secukinumab, un anticuerpo monoclonal contra la interleucina-17A, mejoró los signos y síntomas de la espondilitis anquilosante (EA) en dos estudios de fase III aleatorizados, doble ciego y controlados con placebo (PBO), MEASURE 1 (NCT01358175) y MEASURE 2 (NCT01649375). Describimos la seguridad de secukinumab en la EA durante = 52 semanas utilizando los datos conjuntos de estos 2 estudios.

Métodos: Ambos estudios incluyeron a pacientes con EA activa con signos radiológicos que cumplían los criterios modificados de Nueva York. En MEASURE 1, se aleatorizaron 371 pacientes a secukinumab o placebo. Los pacientes del grupo de secukinumab recibieron 10 mg/kg por vía intravenosa (i.v.) en la visita basal y en las semanas 2 y 4, seguido de 75 mg o 150 mg por vía subcutánea (s.c.) cada 4 semanas desde la semana 8. El placebo se administró según la misma pauta con cambio de administración i.v. a s.c. En MEASURE 2, se aleatorizaron 219 pacientes para recibir secukinumab (75 mg o 150 mg) por vía s.c. o PBO en la visita basal, en las semanas 1, 2 y 3, y cada 4 semanas desde la semana 4. En la semana 16, los pacientes del grupo placebo fueron aleatorizados de nuevo para recibir secukinumab 150 mg o 75 mg por vía s.c. cada 4 semanas. Se determinó la presencia de anticuerpos anti-fármaco (ADA) con un ensayo de electroquimioluminiscencia (Meso Scale Discovery). Se realizó un análisis conjunto de los datos de seguridad, con fecha de corte la de la visita de la semana 52 del último paciente incluido en cada estudio.

Resultados: Un total de 571 pacientes recibieron = 1 dosis de secukinumab (691,1 pacientes-año de exposición). No hubo diferencias en los datos demográficos o características basales de la enfermedad entre grupos (secukinumab o PBO). La incidencia de acontecimientos adversos (AAs)/AA graves (AAGs) durante el periodo controlado con PBO de 16 semanas fue del 65,7%/3,3% y del 58,7%/4,1% en los grupos de secukinumab y PBO, respectivamente.

Las tasas de AA/AAG ajustadas por la exposición durante todo el periodo del análisis de seguridad (media de exposición: secukinumab, 442,1 días; PBO, 118,5 días) fueron 206,8/7,9 y 359,5/12,8 por 100 pacientes-año con secukinumab y placebo, respectivamente; 27 (4,7%) pacientes que recibían secukinumab y 11 (5,6%) que recibían PBO suspendieron permanentemente el tratamiento debido a AAs durante el estudio. Se notificaron tres muertes: 1 suicidio (PBO); 1 fallecimiento por insuficiencia respiratoria (i.v. 775 mg) y 1 por infarto agudo de miocardio (75 mg), ambas en pacientes con múltiples factores de riesgo cardiovascular. El AA más frecuente con secukinumab fue nasofaringitis (11,2% con secukinumab frente al 6,1% con PBO durante el periodo de 16 semanas controlado con PBO; 17,9 frente a 19,5 por 100 pacientes-año durante todo el periodo del estudio). La incidencia de enfermedad inflamatoria intestinal/enfermedad de Crohn, candidiasis, neutropenia, complicaciones cardíacas graves y neoplasia maligna fue baja con secukinumab (tabla). Se notificó uveítis en 7 (1,2%) pacientes que recibían secukinumab y en 2 (1,0%) que recibían PBO. Se detectaron ADA durante el tratamiento en 2 (0,3%) pacientes, sin pérdida de eficacia. No se produjeron AAs relacionados con suicidios con secukinumab.

Conclusiones: Secukinumab fue bien tolerado en pacientes con EA activa, con una baja incidencia de AAGs y discontinuaciones por AAs.

248. INDUCCIÓN DE MUERTE CELULAR POR NETOSIS EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

P. Font, C. López-Pedrería, P. Ruiz-Limón, C. Pérez-Sánchez, N. Barbarroja, M.C. Ábalos-Aguilera, M.C. Castro-Villegas, R. Ortega-Castro, A. Escudero-Contreras, E. Collantes-Estévez e Y. Jiménez-Gómez

Servicio de Reumatología. IMIBIC/Hospital Reina Sofía/Universidad de Córdoba.

Introducción: La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica, de causa desconocida, que afecta fundamentalmente a las articulaciones de la columna vertebral y que, en ocasiones, se asocia al desarrollo de diversas comorbilidades como la aterosclerosis. Se ha descrito recientemente un mecanismo de muerte celular, la NETosis, en el que los neutrófilos liberan una red de DNA nuclear y proteínas granulares al espacio extracelular en respuesta a microorganismos y otras moléculas activadoras. Una excesiva generación de estas redes, como resultado de procesos

Tabla Póster 247

Resumen del análisis conjunto de seguridad de los estudios MEASURE 1 y MEASURE 2

	Periodo controlado con placebo: 16 sem		Todo el período de análisis de seguridad:	
	Cualquier dosis de secukinumab (N = 394)	Placebo (N = 196)	Cualquier dosis de secukinumab (N = 571 ^a)	Placebo (N = 196)
Exposición (días), media (DE)	112,1 (14,3)	108,6 (22,5)	442,1 (142,8)	118,5 (32,8)
Exposición mínima-máxima (días)	8-195	1-176	8-757	1-206
	Número de pacientes con acontecimientos (%)		Número de acontecimientos por 100 pacientes-año (IC95%)	
Cualquier AA	259 (65,7)	115 (58,7)	206,8 (188,4-226,4)	359,5 (297,6-430,5)
Cualquier AAG	13 (3,3)	8 (4,1)	7,9 (5,9-10,3)	12,8 (5,5-25,2)
AA de especial interés				
Infecciones e infestaciones	121 (30,7)	35 (17,9)	68,8 (61,2-77,0)	63,8 (44,7-8,4)
Candidiasis	2 (0,5)	0 (0,0)	0,9 (0,3-1,9)	0,0 (0,0-5,8)
EII	3 (0,8)	0 (0,0)	1,2 (0,5-2,3)	0,0 (0,0-5,8)
Enfermedad de Crohn	2 (0,5)	0 (0,0)	0,7 (0,2-1,7)	0,0 (0,0-5,8)
MACE ^b	1 (0,3)	0 (0,0)	0,4 (0,1-1,3)	0,0 (0,0-5,8)
Neoplasia maligna	1 (0,3)	1 (0,5)	0,6 (0,2-1,5)	1,6 (0,0-8,8)
Neutropenia	10 (2,5)	1 (0,5)	4,1 (2,7-5,9)	1,6 (0,0-8,8)

^aIncluye los pacientes del grupo de PBO aleatorizados de nuevo para que recibieran secukinumab; ^bAcontecimientos validados. AA, acontecimiento adverso; AAG, acontecimiento adverso grave; MACE, eventos cardíacos adversos graves; DE, desviación estándar, EII, enfermedad inflamatoria intestinal; IC, intervalo de confianza; sem = semanas.

inflamatorios no infecciosos, está asociado con la patogénesis de enfermedades autoinmunes e inflamatorias, así como en el desarrollo de aterosclerosis, trombosis y otras complicaciones cardiovascular. Sin embargo, hasta el momento no se ha descrito este proceso en pacientes con EA.

Objetivos: 1) Analizar la inducción de NETosis en pacientes con EA. 2) Evaluar la relación entre marcadores de NETosis y su correlación con la actividad de la enfermedad, el estrés oxidativo y la función endotelial.

Métodos: Treinta y cuatro pacientes con EA y 34 donantes sanos se incluyeron en el estudio. La actividad de la enfermedad se determinó por el índice BASDAI y los niveles de PCR y VSG. El porcentaje de NETosis se analizó mediante marcaje con Sytox en neutrófilos purificados; de forma paralela se evaluaron marcadores de estrés oxidativo, mediadores inflamatorios y NETosis por citometría de flujo y RT-PCR. Los niveles de DNA en plasma se cuantificaron por fluorimetría. Las actividades enzimáticas antioxidantes, el óxido nítrico (ON) y la capacidad antioxidante total (TAC) se determinaron utilizando kits específicos. La función endotelial se evaluó mediante la prueba de hiperemia post-oclusiva realizada en un láser-Doppler lineal Periflux 5010.

Resultados: Los neutrófilos de pacientes EA mostraron un incremento significativo del porcentaje de NETosis en relación a donantes sanos, asociado a un incremento en los niveles de DNA plasmático en dichos pacientes. De forma paralela se demostró la presencia de una disfunción endotelial junto al aumento de varios mediadores inflamatorios (ARNm de STAT3, TNF- α , IL-1 β) en neutrófilos. Se observó asimismo una alteración del estatus oxidativo, con aumento de las actividades catalasa y glutatión peroxidasa (GPx) y descenso de la actividad superóxido dismutasa mitocondrial (mSOD) en neutrófilos, junto al aumento de la TAC y el ON a nivel plasmático. Los estudios de correlación y asociación mostraron que los niveles de DNA plasmático correlacionan positivamente con la PCR, el daño oxidativo (actividad catalasa y TAC) y la disfunción endotelial presente en estos pacientes.

Conclusiones: 1) La NETosis es un mecanismo de muerte celular presente en pacientes con EA. 2) La inducción de NETosis se relaciona con la presencia de un perfil inflamatorio y oxidativo en neutrófilos de pacientes con EA. La NETosis podría por tanto jugar un papel clave en la progresión de la enfermedad y la disfunción endotelial presente en pacientes EA.

Subvencionado por: JA PI-0314-2012, SER.

249. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON CICLOS SUCEIVOS DE RITUXIMAB EN ARTRITIS REUMATOIDE

M.L. Velloso Feijoo, C. Almeida González y J.L. Marengo de la Fuente Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: Aunque podríamos afirmar que la eficacia de rituximab (RTX) en la artritis reumatoide (AR) está demostrada, las tasas

de respuesta observadas en los ensayos clínicos pueden ser inferiores a las observadas en la práctica clínica diaria; y la administración de RTX en ciclos sucesivos en condiciones de uso real puede aportar información relevante.

Objetivos: Describir la respuesta terapéutica en pacientes con AR en los que se inicia RTX durante un periodo de tiempo, en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Reumatología del Hospital Universitario de Valme (H.U. de Valme), tras el primer ciclo y ciclos sucesivos (a los 6 meses tras cada ciclo).

Métodos: Se seleccionaron todos los pacientes con AR que iniciaron tratamiento con RTX entre los años 2006 y 2012, en la UGC de Reumatología del H.U. de Valme. Se recogieron datos de variables demográficas, relacionadas con las características de la enfermedad, actividad clínica y tratamiento. La respuesta al tratamiento se evaluó según criterios EULAR, y mejoría en HAQ.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes con AR en tratamiento con RTX, un 70% eran mujeres. La edad media fue de 55,3 \pm 12,9 años, con una edad media al diagnóstico de 40,62 \pm 12,92 años; y una mediana de duración de la enfermedad de 14 años (9,75-17,25). Un 88% de los pacientes eran FR positivo y un 76,1% ACPA positivo. Un 28% tenía complicaciones relacionadas con la AR (fundamentalmente nódulos reumatoides), y un 68% erosiones. El 92% había recibido previamente fármacos anti-TNF. La media del DAS28 basal fue de 5,55 \pm 1,15; y la media del HAQ basal 1,75 \pm 0,66. La pauta de tratamiento utilizada en la mayoría de los pacientes fue de 2 infusiones de 1 gramo de RTX separadas 2 semanas en cada ciclo, salvo en 5 (10%) de los pacientes en que se empleó la mitad de dosis. La media de ciclos de tratamiento con RTX fue de 4,24 \pm 2,45; y la mediana de los intervalos entre ciclos fue de 8 meses (8-10). En 9 de estos, el intervalo fue mayor a 12 meses y en 2 incluso se ha llegado a administrar a los 24 meses. Cincuenta pacientes recibieron un primer ciclo de RTX, en el periodo de tiempo entre 2006 y 2012. El número de pacientes que recibieron ciclos sucesivos fue 43 (= 2 ciclos), 35 (= 3 ciclos), 24 (= 4 ciclos), 21 (= 5 ciclos), 14 (= 6 ciclos), 10 (= 7 ciclos), 6 (= 8 ciclos) y 3 (= 9 ciclos). A lo largo de este estudio, un paciente abandonó por efecto adverso grave relacionado con la infusión, diez por ineficacia, uno abandonó de motu proprio y en dos pacientes se perdió el seguimiento. Rituximab fue efectivo en los pacientes con AR en el primer ciclo con un 49% de pacientes con respuesta satisfactoria según EULAR, y un 30% en remisión según criterios EULAR a los 6 meses. En ciclos sucesivos, se mantuvo la respuesta clínica con un descenso significativo de las medias del DAS28 y HAQ tras cada ciclo, con respecto a los valores basales.

Conclusiones: Rituximab es efectivo en la AR severa y refractaria, y los resultados de efectividad en la práctica clínica diaria, son incluso algo superiores que los observados en los ensayos clínicos, probablemente por tratar pacientes en mejor situación basal y de forma más precoz. El tratamiento con RTX a lo largo de hasta 9 años en pacientes con AR, mantiene e incluso mejora su efectividad, medida por la respuesta satisfactoria según EULAR y la mejoría en el HAQ.

Tabla Póster 249

	1 ^{er} ciclo (n = 50)	2 ^a ciclo (n = 43)	3 ^{er} ciclo (n = 35)	4 ^a ciclo (n = 24)	5 ^o ciclo (n = 21)	6 ^a ciclo (n = 14)	7 ^o ciclo (n = 10)	8 ^o ciclo (n = 6)	9 ^o ciclo (n = 3)
DAS28, media	3,69 \pm 1,56	2,82 \pm 1,52	2,76 \pm 1,42	2,53 \pm 1,42	2,28 \pm 1,41	2,79 \pm 1,72	2,95 \pm 1,7	2,2 \pm 1,03	1,78 \pm 1,19
Descenso DAS28, mediana	1,8 (0,69-3,05)	3,14 (1,7-4,35)	2,23 (1,35-3,76)	3,26 (1,58-3,94)	2,73 (1,93-3,77)	2,94 (1,48-3,37)	2,82 (2,34-3,88)	2,86 (2,45-3,16)	3,95 (2,8-4)
	Mín/max: -12/4,64	Mín/max: 00,77-5,19	Mín/max: -1/4,95	Mín/max: 0,38-6,47	Mín/max: 0,85-6,47	Mín/max: -0,91/5,7	Mín/max: -1,18-3,95	Mín/max: 2,12/3,24	Mín/máx: 2,8/4
Respuesta satisfactoria, n (%)	23 (46,9)	28 (65,1)	24 (66,7)	16 (66,7)	15 (75)	7 (58,3)	7 (70)	4 (80)	3 (100)
Remisión, n (%)	15 (30,6)	23 (53,5)	19 (54,3)	15 (62,5)	13 (65)	6 (50)	3 (30)	3 (60)	2 (66,7)
HAQ, media	1,07 \pm 0,72	1,09 \pm 0,73	1,04 \pm 0,77	0,97 \pm 0,73	1,10 \pm 0,81	1,66 \pm 0,87	0,78 \pm 0,96	0,71 \pm 0,44	1,63

250. INCIDENCIA DE ARTRITIS REUMATOIDE EN LA COHORTE EPIC-MURCIA

M.F. Pina-Pérez¹, A.B. Moreno-López², L.F. Linares³, D. Gavrila^{2,4}, A. Uceda-Galiano⁵, P. Ros², R. González-Molina⁶, S. Colorado-Yohar^{2,7}, N. Lozano-Rivas³, M. Ballesta^{2,4}, M.A. Agulló⁸, J.M. Huerta^{2,4}, E. Soriano-Navarro⁹ y C. Navarro^{2,4,10}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia. ²Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. IMIB-Arrixaca. Murcia. ³Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁴CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. San Javier. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Reina Sofía. Murcia. ⁷Grupo de Demografía y Salud. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Colombia. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Santa Lucía. Cartagena. ¹⁰Departamento de Ciencias Sociosanitarias. Universidad de Murcia.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una patología inflamatoria crónica autoinmune, caracterizada por una poliartritis persistente que ocasiona dolor, destrucción articular y discapacidad. El estudio EPISER aportó datos de prevalencia de AR sobre una muestra representativa de ámbito nacional en el año 2000, no obstante, la información sobre su incidencia en España es escasa. El objetivo de este trabajo es estimar la incidencia de AR en la cohorte EPIC (European Prospective Investigation on Cancer) de Murcia, así como describir las principales características de la enfermedad.

Métodos: Se identificaron los casos incidentes de AR en la cohorte EPIC-Murcia a través de enlaces de registros de atención especializada, atención primaria y prescripciones, y se validaron por un grupo de reumatólogos mediante revisión de la historia clínica, según los criterios de clasificación ACR 1987 y EULAR/ACR 2010. Las 8.515 personas de la cohorte de estudio, con edad comprendida entre los 32 y 68 años, fueron reclutadas entre 1992 y 1996, con un fin de seguimiento en 2009. Se calcularon las tasas de incidencia brutas y ajustadas por edad a la población estándar europea de 2013 (mediante el método directo), estratificando por sexo en ambos casos. Se describieron los principales criterios de clasificación de los casos de AR. Se calculó la media y desviación típica de las variables cuantitativas, así como el recuento y frecuencia de las categóricas.

Resultados: Tras la exclusión de 8 casos prevalentes, la media de seguimiento fue 15,2 (1,8) años, lo que aportó un total de 129.166 personas-año. Se identificaron 30 nuevos casos de AR (6 hombres y 24 mujeres), lo que supuso una tasa bruta de 23,2 casos/100.000 personas-año (14,8 y 27,0, en hombres y mujeres, respectivamente). La tasa ajustada fue de 22,5 (IC95%: 13,5 31,5)/100.000 personas-año [12,4 (IC95%: 0,6 24,2) en hombres y 26,4 (IC95%: 14,8 38,1) en mujeres]. La edad media al inicio de síntomas y al diagnóstico fueron, respectivamente, 56,8 (8,9) y 57,1 (8,8), ligeramente inferior en mujeres. Atendiendo a los criterios diagnósticos de 1987, el 73,3% (50,0 y 79,2) de los enfermos presentó rigidez matutina de al menos una hora; el 90,0% (83,3 y 91,7) tuvo afectadas al menos 3 articulaciones, entre ellas las manos, con nódulos reumatoideos en el 6,7% (16,7 y 4,2) y factor reumatoide (FR) positivo en el 63,3% (66,7 y 62,5); la artritis fue simétrica en el 80,0% (66,7 y 83,3) y el 46,7% (33,3 y 50,0) presentó cambios radiográficos. Respecto a los criterios de 2010, en el 60,7% (80,0 y 56,5) de los casos hubo deterioro de 4-10 articulaciones pequeñas (con o sin articulaciones grandes), el 86,7% (100 y 83,7) tuvo alteración de algún reactante de fase aguda y el 73,4% (66,7 y 75,0) presentó niveles elevados de FR o ACPA.

Conclusiones: La incidencia de AR en la cohorte EPIC-Murcia es mayor que la publicada en España y se encuentra en el rango inferior de los datos a nivel internacional, aunque no se puede descartar que las diferencias observadas se expliquen parcialmente por la variabilidad metodológica. La aparición de nuevos casos de AR es

mayor en mujeres y en el tramo de edad de 50 a 59 años. El perfil clínico más frecuente es, en ambos sexos, extensión poliarticular, simétrica, con afectación de las manos y elevación de algún reactante de fase aguda. Los cambios radiográficos y los nódulos reumatoideos son, por el contrario, los criterios menos prevalentes.

251. EFECTO DE LA LESIÓN MEDULAR RECIENTE EN EL SISTEMA OPG/RANKL Y SU RELACIÓN CON LA PÉRDIDA DE MASA ÓSEA Y CON LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO ANTIOSTEOPORÓTICO CON DENOSUMAB. RESULTADOS PRELIMINARES

L. Gifré¹, J. Vidal², S. Ruiz-Gaspà³, E. Portell², A. Monegal¹, A. Muxi⁴, N. Guañabens^{1,3} y P. Peris^{1,3}

¹Unidad de Patología Metabólica Ósea. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ²Unidad de Lesionados Medulares. Hospital de Neurorehabilitación Guttmann. Badalona. ³CIBERehd; ⁴Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: Tras una lesión medular (LM) se produce una marcada pérdida de masa ósea y un aumento del remodelado óseo que conduce al desarrollo de osteoporosis y fracturas en estos pacientes. La fisiopatología y el manejo clínico de estos pacientes siguen siendo inciertos. Se desconoce el papel del sistema OPG/RANKL en la pérdida ósea asociada a la LM; sin embargo, el tratamiento con anticuerpos anti-RANKL previene la pérdida de masa ósea en este proceso, sugiriendo un papel regulador del sistema OPG/RANKL en la osteoporosis asociada a la LM.

Objetivos: Analizar el papel de los reguladores del remodelado óseo, OPG y RANKL, en la pérdida de masa ósea asociada con LM reciente y el efecto del tratamiento antiosteoporótico con denosumab en estos reguladores del remodelado.

Métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron 23 varones (edad 18 ± 67 años [media 36 ± 16 años]) con LM motora completa (ASIA A 22: 1 B) de reciente instauración (99 ± 30 días tras la LM). 43.5% eran parapléjicos y 56.5% tetrapléjicos. Los pacientes fueron evaluados semestralmente. Todos fueron tratados con suplementos de calcio y vitamina D. Se inició tratamiento antiosteoporótico con denosumab cuando los pacientes desarrollaron osteoporosis densitométrica durante el seguimiento. Se cuantificaron los valores séricos de OPG y RANKL (Biomedica, Viena, Austria), los marcadores de remodelado óseo (PINP, FA ósea, sCTX) y la DMO (columna lumbar y fémur proximal) en el momento de la inclusión, antes de iniciar el tratamiento antiosteoporótico (14 ± 4 meses tras la LM) y a los 6 meses del inicio del tratamiento con denosumab. Los resultados se compararon con un grupo control sano de edad y sexo similar.

Resultados: Los pacientes con LM presentaron un incremento significativo del RANKL en el momento basal comparado con el grupo control (3,4 ± 1,7 vs 2,3 ± 1,6 pg/mL, p = 0,022), que se correlacionó con el tiempo de evolución de la LM (r = 0,589, p = 0,005). Tras el inicio del tratamiento con denosumab, el 67% de los pacientes presentaron niveles indetectables de RANKL (p = 0,001). Los valores séricos de OPG en el momento basal fueron similares al grupo control (87,7 ± 38,7 vs 71,7 ± 25,4, p = 0,1) y no presentaron cambios significativos tras el inicio del tratamiento con denosumab. Los valores de OPG y RANKL no se relacionaron con la evolución de la DMO ni de los marcadores de remodelado óseo tras la LM. Tampoco se observaron diferencias en los valores de RANKL y OPG entre los pacientes parapléjicos y tetrapléjicos. Los pacientes con valores indetectables de RANKL tras el tratamiento con denosumab presentaron un aumento de masa ósea a nivel sublesional (+2,5 ± 1,3% en cadera total, p = 0,005), y una disminución significativa de los marcadores de remodelado óseo (PINP: -53%, p = 0,007; sCTX: -68%, p = 0,005).

Conclusiones: Este estudio muestra que tras una LM reciente se produce un aumento de los valores de RANKL, que se vuelven indetectables tras el tratamiento con denosumab. El efecto de denosu-

mab en la prevención de la pérdida de masa ósea sublesional en estos pacientes sugiere un papel mediador de RANKL en este proceso clínico.

Trabajo financiado por una beca de la FEIOMM/SEIOMM.

252. LAS CÉLULAS MONONUCLEARES DE SANGRE PERIFÉRICA EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE MUESTRAN UN PERFIL ATEROGÉNICO ASOCIADO A LA DISFUNCIÓN ENDOTELIAL Y LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

Y. Jiménez-Gómez, C. Pérez-Sánchez, P. Ruiz-Limón, N. Barbarroja, M.C. Ábalos-Aguilera, M.C. Castro-Villegas, J. Calvo, P. Font, C. López-Pedrerera, E. Collantes-Estévez y A. Escudero-Contreras

Servicio de Reumatología. IMBIC/Hospital Reina Sofía/Universidad de Córdoba.

Introducción: Diversos estudios han demostrado que la espondilitis anquilosante (EA), una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida, se asocia al desarrollo de diversas comorbilidades, como la patología cardíaca y procesos de aterosclerosis acelerada y enfermedad cardiovascular. Sin embargo, es poco conocido el papel de las células mononucleares de sangre periférica (PBMCs) en el desarrollo de aterosclerosis en pacientes con EA.

Objetivos: 1) Analizar el perfil de expresión génica asociado al desarrollo de aterosclerosis en PBMCs de los pacientes con EA. 2) Evaluar el papel de las PBMCs en la función endotelial de los pacientes con EA.

Métodos: Veinticinco pacientes con EA y 25 donantes sanos se incluyeron en el estudio. La función y la actividad de la enfermedad se determinaron por los índices BASFI y BASDAI. En PBMCs purificados se analizó la expresión de 84 genes relacionados con aterosclerosis mediante PCR array, utilizando pools de ARN total de pacientes y donantes sanos. Posteriormente se llevó a cabo la validación, en toda la cohorte de pacientes y controles en estudio, de diversos genes diferencialmente expresados en PBMCs, seleccionados en base a sus niveles de expresión y su relevancia en la patogenia de la EA. La función endotelial se evaluó mediante la prueba de hiperemia post-oclusiva realizada en un láser-Doppler linear Periflux 5010. Para analizar el papel de las PBMCs en la función endotelial, se realizaron cocultivos in vitro de células endoteliales (HUVEC) con PBMCs procedentes de pacientes EA con distintos niveles de afectación inflamatoria.

Resultados: El análisis de la función endotelial demostró, en pacientes EA, una reducción significativa del área de hiperemia post-oclusiva en relación a donantes sanos, indicando la presencia de una disfunción endotelial prominente en estos pacientes. El estudio del perfil génico en PBMCs demostró una alteración significativa en la expresión de genes relacionados con la respuesta inflamatoria (CCL2, CCL5, CCR1, CCR2, IL1R2, IL1A, IL2, IL5, NOS3, SPP1), y de genes de respuesta al estrés oxidativo (APOE, SOD1). Observamos, asimismo, una alteración de genes relacionados con la adhesión celular (CDH5, ICAM-1, SELL, SPP1, CTGF, FN1, THBS4, TNC), el metabolismo y transporte de lípidos (ABCA1, APOA1, APOE, FABP3, LPL,

LPA, MSR1), el crecimiento y la proliferación celular (CSF2, SSP1, BCL2, FABP3, FGF2, LIF, CRGF), así como de genes reguladores de la transcripción y la apoptosis (PPARA, PPARD, EGR1, BCL2, BCL2A1, BCL2L1). El tratamiento in vitro de las células HUVEC con PBMCs procedentes de pacientes EA con claro perfil proinflamatorio, causó una alteración de la función y actividad de la célula endotelial, particularmente en la producción de moléculas de adhesión, estrés oxidativo, citoquinas y quimioquinas favorecedoras del estatus proaterogénico presente en estos pacientes.

Conclusiones: 1) Las células mononucleares de sangre periférica de pacientes con EA presentan una alteración de genes clave en el desarrollo de aterosclerosis. 2) Los pacientes con EA presentan una disfunción endotelial significativa, directamente asociada al perfil proaterogénico presente en los PBMCs de estos pacientes. Subvencionado por: JA PI-0314-2012, SER.

253. HIPOMETILACIÓN FOCALIZADA DEL ADN RIBOSÓMICO EN LOS LINFOCITOS T Y MONOCITOS DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

A. González¹, F.J. Santaclara¹, M.C. de Andrés^{1,2} y E. Pérez-Pampín¹

¹Instituto de Investigación Sanitaria. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. ²Bone and Joint Research Group. University of Southampton. Southampton. Reino Unido.

Objetivos: Varios trabajos han descrito hipometilación del ADN en la artritis reumatoide (AR) al analizar globalmente el genoma en los fibroblastos sinoviales, y en los linfocitos T y monocitos de la sangre. Sin embargo, los arrays explorando el estado de metilación de cientos de miles de sitios CpG dispersos por el genoma no han encontrado un sesgo hacia la hipometilación. Por eso e inspirándonos en hallazgos del cáncer y del lupus eritematoso sistémico (LES) hemos explorado el estado de metilación del ADN en secuencias repetitivas que suponen una fracción considerable del genoma humano que no se analiza con los arrays.

Métodos: Se incluyeron 20 pacientes con AR de reciente comienzo no tratados con fármacos modificadores de la enfermedad y 17 controles sanos. Los linfocitos T y los monocitos se purificaron mediante anticuerpos ligados a bolas magnéticas (BD Biosciences). La pureza de las poblaciones fue evaluada mediante citometría de flujo. El ADN fue modificado con bisulfito utilizando EZ DNA Methylation-Gold kit (Zymo Research). Se seleccionaron para su estudio las siguientes secuencias repetitivas ricas en CpG: *LINE-1* que son restos de transposones insertados unas 516.000 veces en el genoma humano constituyendo un 17% de total; *NBL2* que es una secuencia repetitiva mucho menos frecuente pero cuya metilación se encuentra frecuentemente alterada en el cáncer; y el ADN ribosómico que se encuentra repetido hasta 600 veces en el genoma, representando el 0,67% del total y que está específicamente hipometilado en el LES. Los niveles de metilación fueron determinados mediante PCR seguida de análisis de la disociación de alta resolución (high resolution melting, HRM) por duplicado utilizando 5X Hot BIOAmp® EvaGreen® HRM Mix (Biofidal). La cuantificación se

Tabla Póster 253

Secuencia repetitiva	Linfocitos T			Monocitos		
	AR	Ctrl.	p	AR	Ctrl.	p
Ribopromotor	11,2 (5,4)	19,4 (10,2)	0,001	10,5 (5,2)	18,2 (10,3)	0,002
18S RNA	24,1 (7,6)	32,7 (11,8)	0,02	17,9 (10,5)	27,8 (14,0)	0,03
5.8S RNA	34,5 (10,3)	42,2 (13,2)	0,047	18,5 (10,4)	30,5 (15,3)	0,01
28S RNA	21,2 (9,2)	32,5 (14,4)	0,007	15,9 (8,1)	27,9 (14,7)	0,004
5S RNA	57,6 (11,9)	57,5 (9,7)	1	62,4 (12,9)	62,0 (10,9)	0,9
LINE-1	100,9 (5,3)	103,0 (6,0)	0,3	-	-	-
NBL2	92,9 (7,1)	92,3 (5,0)	0,8	94,5 (5,3)	93,3 (3,5)	0,4

Valores = % (DE).

realizó con una curva de calibración con diluciones de Epitect® PCR Control DNA Set (100) (Qiagen). Las diferencias entre pacientes con AR y controles sanos fueron evaluadas mediante t-test.

Resultados: Se ha detectado hipometilación significativa en los pacientes con AR localizada en el ADN ribosómico situado en los cromosomas acrocéntricos. Esto es, tanto en el ribopromotor, como en las secuencias codificando para 18S RNA, para 5.8S RNA, o para 28S RNA. La hipometilación en ADN ribosómico se observó tanto en linfocitos T, como en monocitos (tabla). Sin embargo, no se observaron diferencias entre pacientes y controles en las secuencias codificando para 5S RNA (tabla), un ADN ribosómico cuyas copias se encuentran fuera de los cromosomas acrocéntricos. Tampoco se observaron diferencias en las secuencias *LINE-1*, ni en *NBL2* (tabla).

Conclusiones: Se ha identificado hipometilación focalizada en los brazos cortos de los cromosomas acrocéntricos afectando a las secuencias de ADN ribosómico tanto en los linfocitos T como en los monocitos obtenidos de sangre de pacientes con AR de reciente comienzo. Esta hipometilación puede explicar parte de la observada en análisis globales. El hallazgo de hipometilación en estos genes puede asociarse con cambios en la expresión del ARN ribosómico y en la síntesis proteica, así como, en la funcionalidad del nucléolo que es un centro integrador de respuestas a estrés, pero estos aspectos no han sido analizados.

Financiado por ISCIII/PI14/01651 y PI12/01909/Programa RETICS, RD12/0009/0008/Cofinanciado FEDER.

254. PREDICTORES DE RECAÍDA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON AR EN REMISIÓN DURANTE 12 MESES DE SEGUIMIENTO

A. Cuervo, J. Ramírez, V. Ruíz-Esquide, R. Celis, M.V. Hernández, J. Inciarte, R. Sanmartín y J.D. Cañete

Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic e IDIBAPS. Barcelona.

Objetivos: Determinar las variables clínicas, serológicas y ecográficas predictoras de recaída durante 12 meses de seguimiento de una cohorte de pacientes con artritis reumatoide (AR) en remisión.

Métodos: Se incluyeron consecutivamente pacientes con AR en remisión clínica (DAS28-ESR < 2,6 durante > 6 meses) de la consulta de Artritis. Se realizó una recogida completa de datos clínicos, biológicos y se determinaron las concentraciones séricas de diversos factores angiogénicos y citocinas proinflamatorias implicados en la fisiopatología de la AR. Se realizaron ecografías-doppler de ambas manos a la inclusión y a los 12 meses de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 60 pacientes con AR en remisión, (78,3% mujeres), edad (media ± DE) 53,0 ± 11,2 años, que completaron el seguimiento; la duración de la AR era de 111,9 ± 86,4 meses y de la remisión 37 meses. 71% fueron FR+ y 81% ACPA positivos; proteína C-reactiva (PCR) 0,10 mg/dL, VSG 9 mm/h; DAS28-ESR 2,00; DAS28-PCR 1,40; SDAI 7,4 y mHAQ 0,1. El 26% de los pacientes tomaban prednisona a dosis ≤ 5 mg/día; 47 (78%) DMARDs (95% metotrexato), y 28 (46,7%) terapias biológicas. A la inclusión, 66% tenían señal PD y 48% hiperplasia sinovial grado ≥ 2, cumpliendo así los criterios previamente definidos de sinovitis activa definida por ecografía (UdAS) (Ramírez et al. Arthritis Res Ther 2014). 26 de los 60 (43%) pacientes sufrieron al menos un brote de la enfermedad durante el seguimiento. En el análisis univariante los brotes fueron más frecuentes en pacientes con señal PD (p = 0,056) o con criterios UdAS (p = 0,117), pero significativamente menos frecuentes en pacientes con ingesta de alcohol leve-moderada. En el análisis multivariante, sin embargo, solo valores más altos de VSG, un mayor peso corporal y el tratamiento con dosis bajas de prednisona a la inclusión, fueron factores de riesgo independiente para recaídas de la AR. Este modelo tiene una sensibilidad del 76,9%, una especificidad del 76,5% y un buen poder predictivo (UAC 0,849; r² 36,4%). No encontramos

asociación entre recaída y concentraciones de factores angiogénicos/citocinas en suero.

Conclusiones: Este estudio prospectivo sugiere que la VSG elevada, un mayor peso corporal y el tratamiento con prednisona a dosis bajas, a la inclusión, son factores de riesgo independientes para sufrir recaídas de la AR. Sin embargo, la ecografía-doppler y las concentraciones séricas de factores angiogénicos/citocinas no fueron predictores de recaída.

255. CAPACIDAD DE LOS BOSQUES ALEATORIOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE BIOMARCADORES INFLUYENTES EN LA ACTIVIDAD Y LA DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON AR

F. Salazar González¹, E. Soudah¹, M. Cerrolaza¹, L. Abásolo Alcázar², J.A. Jover², L. Rodríguez², E. Toledano², A. Ortiz³, A. Lamana³, A. Balsa⁴ e I. González Álvaro³

¹Centro Internacional de Métodos Numéricos en Ingeniería (CIMNE). Madrid. ²Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-IP. Madrid. ⁴Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: Las técnicas de inteligencia artificial pueden ser de utilidad en la identificación de factores pronósticos en biomedicina y, por tanto, contribuir al desarrollo de sistemas de apoyo a la toma de decisiones (SAD) que ayudarían a los médicos en la práctica clínica diaria en un entorno cada vez más complejo. Los bosques aleatorios son una técnica de inteligencia artificial no paramétrica que permite identificar automáticamente qué covariables influyen más en el resultado (Díaz-Uriarte y de Andrés, 2006), así como la forma en que lo hacen, aunque no proporcionan niveles de significación estadística. En su lugar los bosques aleatorios proporcionan una jerarquización de las variables explicativas en relación con la variable explicada.

Objetivos: Explorar la capacidad de los bosques aleatorios para identificar asociaciones entre biomarcadores y evolución de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide en comparación con un análisis multivariante convencional.

Métodos: Se han utilizado los datos del estudio publicado por Lamana et al (DOI: 10.1371/journal.pone.0043661) en el que se describe cómo diferentes factores sociodemográficos, de la enfermedad o genéticos (epítipo compartido, genotipo de rs7574865 en STAT4 o de rs2476601 en PTPN22) influyen sobre el curso evolutivo del DAS28 y el HAQ. Se trata de una cohorte de 640 pacientes con artritis de reciente comienzo pertenecientes a los hospitales La Paz y La Princesa con seguimiento semestral durante dos años. El análisis actual se ha realizado mediante la construcción de modelos basados en bosques aleatorios según descripción de Breiman en 2001 (DOI: 10.1023/A:1010933404324) que relacionan las variables independientes con las variables dependientes DAS28 y HAQ.

Resultados: El análisis mediante bosques aleatorios puso de manifiesto que el DAS28 mejoró a lo largo del seguimiento (variable visita) como variable más relevante. La jerarquización de variables que inciden en el DAS28 fue: edad al inicio de la enfermedad, presencia de anti-CCP, cumplir criterios de AR de 1987, tiempo de evolución de síntomas hasta la primera visita, hospital, hábito tabáquico, género, genotipo de rs7574865 (STAT4), factor reumatoide, presencia de epítipo compartido y genotipo de rs2476601 (PTPN22). El modelo multivariante convencional solo detectó como significativamente asociadas a evolución del DAS28 sin poder establecer una jerarquía de relevancia: edad, sexo, criterios de AR, anti-CCP, hospital, rs7574865 y rs2476601. Se obtuvieron resultados similares para HAQ.

Conclusiones: Los bosques aleatorios pueden ser una herramienta útil para comprobar la influencia de covariables, ya sean genéticas o de cualquier otro tipo, en indicadores de evolución o actividad

de la AR. Tienen la ventaja de no requerir análisis pormenorizados para ajustar por posibles variables de confusión, como en los modelos estadísticos convencionales. El inconveniente principal es la ausencia de un criterio comúnmente aceptado para determinar si los resultados son estadísticamente significativos, lo que puede limitar su aplicación en cohortes reducidas.

256. EL RETINOIDE ATRA REDUCE LA PROLIFERACIÓN Y LA CAPACIDAD DE MIGRACIÓN E INVASIÓN DE LOS SINOVIOCIOS REUMATOIDES

N. Mosquera^{1,2}, A. Mera¹ y C. Conde¹

¹Laboratorio de Reumatología Experimental y Servicio de Reumatología. IDIS. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ²Programa de Doctorado en Medicina Molecular. Universidad de Santiago de Compostela.

Introducción: Los sinoviocitos tipo fibroblasto (FLS) tienen un papel central en la inflamación y el daño articular en la artritis reumatoide (RA). Estas células adquieren un fenotipo activado que se caracteriza porque secretan mediadores inflamatorios y metaloproteasas, proliferan, se hacen resistentes a la apoptosis y migran e invaden el cartilago y hueso. Los nuevos tratamientos biológicos desarrollados en los últimos años han mejorado mucho el pronóstico de la enfermedad, sin embargo, un porcentaje significativo de pacientes no responde. Tratamientos combinados con fármacos que controlen la inflamación y otros que reviertan el fenotipo activado de los sinoviocitos podrían mejorar el pronóstico de este subgrupo de pacientes. Un área inexplorada son los metabolitos de la vitamina A llamados retinoides. Estos compuestos modulan procesos fisiológicos celulares como desarrollo, proliferación, diferenciación y apoptosis. De hecho, por su capacidad anti-proliferativa e inductora de la diferenciación celular, los retinoides se utilizan en el tratamiento de diversos tipos de cáncer como leucemia promielocítica aguda, neuroblastoma y sarcoma de Kaposi. Por otro lado, varios trabajos en distintos tipos celulares han mostrado una clara disminución de la migración e invasión celular tras el tratamiento con el retinoide ATRA. Sin embargo, se desconoce si los retinoides podrían modificar la proliferación, así como la capacidad migratoria e invasiva de los sinoviocitos retinoides.

Objetivos: Analizar el efecto del tratamiento con el retinoide ATRA en la proliferación, migración e invasión de sinoviocitos reumatoides.

Métodos: Se obtuvieron FLS de tejido sinovial de 8 pacientes con AR. La proliferación se determinó con el ensayo CellTiter-Glo de Promega. La migración se analizó en ensayos de "cierre de herida" cultivando las células en insertos de Ibidi que producen dos reservorios con una separación de 500 µm entre ellos. El porcentaje de células que migraron hacia el área de separación se determinó mediante el programa Image J. La capacidad de invasión de los sinoviocitos se determinó mediante el cultivo de las células en insertos transmembrana Millicell, de Millipore, recubiertos con Matrigel. A las 48 horas de cultivo se cuantificó el número de células que atravesó la membrana mediante tinción de Giemsa y conteo al microscopio.

Resultados: Se analizó el efecto del tratamiento con 5 µM del retinoide ATRA en la proliferación espontánea de FLS obtenidos de 8 pacientes con AR. Los resultados mostraron que el ATRA redujo significativamente la proliferación de los FLS a 48, 72 y 96 horas de cultivo ($p = 0,005$; $p = 0,002$; $p = 0,04$; respectivamente). Posteriormente se analizó el efecto de ATRA sobre la capacidad de migración e invasión de los sinoviocitos reumatoides. El retinoide disminuyó en un 46% la migración de los FLS en comparación con los controles no tratados ($p = 0,004$). Finalmente, el análisis de la capacidad de invasión mostró que los sinoviocitos tratados con ATRA invadieron alrededor de un 31% menos que los controles no tratados ($p = 0,018$).

Conclusiones: Nuestros resultados revelan que el retinoide ATRA reduce la proliferación espontánea y la capacidad migratoria e invasiva de los sinoviocitos reumatoides. Por lo tanto, estos resultados indican que los retinoides pueden ser útiles en el control de los cambios patogénicos de los sinoviocitos residentes en pacientes con AR. Financiación: ISCIII/PI14/01153/Programa RETICS, RD12/0009/0008/ Cofinanciado FEDER

257. TREAT-TO-TARGET EN OSTEOPOROSIS. CONSENSO DE EXPERTOS EN ESPAÑA

E. Casado¹, E. Jódar², M. Muñoz-Torres³, X. Nogués⁴, J.M. Nolla⁵, J.M. Quesada-Gómez⁶, L. Canals⁷, M. Balcells⁷ y L. Lizán⁸

¹Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. ²Hospital Universitario Quirón. Madrid. ³Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ⁴Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM). Barcelona. ⁵Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. ⁶Hospital Universitario Reina Sofia. IMIBIC. RETICEF. Córdoba. ⁷Amgen. Barcelona. ⁸Outcomes'10. Universitat Jaume I. Castellón.

Introducción: La estrategia Treat-to-Target (T2T) consiste en el correcto control de una enfermedad basándose en un objetivo predefinido. Esta estrategia se ha implementado exitosamente en patologías como la artritis reumatoide o la diabetes mellitus. En el caso de la osteoporosis (OP), existen discrepancias sobre qué objetivos habrían de utilizarse para su aplicación y su abordaje. La técnica Delphi es un proceso de discusión iterativo que permite alcanzar un consenso entre expertos e identificar barreras y acciones para su resolución.

Objetivos: Definir, a través de un consenso de expertos, la aplicabilidad de la estrategia T2T para OP y los criterios para su implementación en el ámbito sanitario español.

Métodos: El cuestionario a utilizar en las dos rondas de consulta Delphi, fue desarrollado por el Comité Científico, conformado por 6 expertos en OP (3 endocrinólogos, 2 reumatólogos y 1 médico internista), a partir de una revisión de la literatura. Las 24 cuestiones (176 aspectos) incluidas en el cuestionario debían ser contestadas desde la perspectiva deseo (D) y pronóstico (probabilidad de consecución en los próximos 5 años) (P) en una escala tipo Likert de 7 puntos (1 = totalmente en desacuerdo; 7 = totalmente de acuerdo). En el cuestionario de la segunda ronda sólo se incluyeron aquellos aspectos que no alcanzaron consenso en la primera ronda. Se estableció consenso si al menos el 75% de los expertos se situaban en el rango acuerdo (puntuaciones 5-7) o desacuerdo (puntuaciones 1-3).

Resultados: En la primera ronda participaron 112 expertos de los 165 invitados (67,9%); participando 106 (94,6%) en la segunda. El 59,8% de los participantes eran reumatólogos con una experiencia profesional media de 21,3 años (DE: 8,5). El 70% ($n = 124$) de los aspectos planteados en las dos rondas de consulta alcanzaron consenso. Los expertos estaban de acuerdo (D = 96,4%; $p = 82,1\%$) en que era posible basarse en una estrategia T2T en OP para establecer un objetivo bien definido, proponer un control óptimo y orientar acerca de las pautas terapéuticas para alcanzarlo. Como principales objetivos terapéuticos se establecieron la ausencia de nuevas fracturas (D = 99,1%; $p = 97,3\%$), la densidad mineral ósea (DMO) (D = 91,9%; $p = 91,1\%$) o la reducción del riesgo de fractura medida por FRAX (D = 75,9%; $p = 84,0\%$). Asimismo, se consensó que estos objetivos debían estar supeditados a la edad (D = 97,3%; $p = 98,2\%$) y al T-score basal (D = 94,6%; $p = 94,6\%$) del paciente. El fracaso terapéutico se definió como la ausencia de un aumento de DMO en 2 años (D = 81,3%; $p = 82,1\%$) o 3 años (D = 77,7%; $p = 75,9\%$), la aparición de nuevas fracturas en 2 años (D = 92,0%; $p = 92,0\%$) o 3 años (D = 90,2%; $p = 88,4\%$) o la falta de un cambio significativo de los marcadores de remodelado óseo en 6 meses (D = 75,0%; $p = 93,4\%$) o un año (D = 90,6%; $p = 89,6\%$). Respecto a los tratamientos se estableció que, a

excepción del ranelato de estroncio (D = 76,4%; p = 58,5%), todas las terapias actuales y en desarrollo podrían utilizarse potencialmente para alcanzarse los objetivos terapéuticos deseados a través de la estrategia T2T, aunque el mayor consenso se alcanzó con denosumab (D = 97,3%; p = 94,6%) y teriparatida (D = 96,4%; p = 92,0%).

Conclusiones: La implementación de la estrategia T2T en OP en España puede llevarse a cabo tras haberse alcanzado un consenso acerca de los parámetros que se deberían emplear para su aplicación en la práctica clínica habitual.

258. FACTORES PREDICTORES DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

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

Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: Existe controversia sobre la influencia del factor reumatoide y de otros factores (ACPA, características basales de la enfermedad, duración de la enfermedad, HAQ basal, tratamientos previos...) en la respuesta al tratamiento con rituximab (RTX) en la artritis reumatoide (AR).

Objetivos: Explorar la relación entre posibles factores pronósticos conocidos (FR, tratamientos biológicos previos, HAQ basal) y la respuesta al tratamiento; y otros potenciales factores pronósticos, como la actividad basal o la duración de la enfermedad.

Métodos: Se seleccionaron todos los pacientes con AR que iniciaron tratamiento con RTX entre los años 2006 y 2012, en la UGC del H.U. de Valme. Se recogieron datos de variables demográficas, relacionadas con las características de la enfermedad, actividad clínica y tratamiento. La respuesta al tratamiento se evaluó según criterios EULAR.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes con AR en tratamiento con RTX, un 70% eran mujeres. La edad media fue de $55,3 \pm 12,9$ años, con una edad media al diagnóstico de $40,62 \pm 12,92$ años; y una mediana de duración de la enfermedad de 14 años (9,75-17,25). Un 88% de los pacientes eran FR positivo y un 76,1% ACPA positivo. Un 28% tenía complicaciones relacionadas con la AR (fundamentalmente nódulos reumatoideos), y un 68% erosiones. El 92% había recibido previamente fármacos anti-TNF. La media del DAS28 basal fue de $5,55 \pm 1,15$; y la media del HAQ basal $1,75 \pm 0,66$. Se exploró la respuesta satisfactoria EULAR y el descenso del DAS28 tras cada ciclo en función de la expresión del FR y/o ACPA, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los seropositivos y seronegativos. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos de pacientes según biológicos previos (1 sólo biológico previo/2 o más); según dosis ($1.000 \text{ mg} \times 2/500 \text{ mg} \times 2$); los diferentes intervalos de administración de RTX (6 meses y > 6 meses); la duración mayor o menor de la enfermedad (> 10 años/= 10 años) o la actividad basal (alta/moderada o baja). En el caso del grupo de 1 biológico previo y la actividad basal baja, se observó una tendencia a mejores resultados en respuesta satisfactoria EULAR y descenso del DAS28 tras cada ciclo. La media del HAQ basal es menor en los pacientes con respuesta satisfactoria EULAR, que en los no respondedores en los ciclos 1º a 5º (no se evaluaron los siguientes por escaso número de pacientes), y esta diferencia es estadísticamente significativa.

Conclusiones: En los pacientes con FR y ACPA negativos, aunque se objetiva respuesta satisfactoria y descenso del DAS28, ocurre en menor medida que en los seropositivos para el FR y/o ACPA, sin alcanzar significación estadísticamente probablemente por escaso tamaño muestral. El menor número de anti-TNF previo y la menor actividad basal, podrían ser predictores de buena respuesta al tratamiento con RTX en la AR, aunque para ponerlo de manifiesto sería necesario ampliar la muestra. El menor HAQ basal es un predictor de buena respuesta al tratamiento con RTX. La dosis y el intervalo

de administración de RTX no parecen influir en la respuesta terapéutica.

259. ESTUDIO COMPARATIVO DE LAVADO DE CALCIFICACIONES DEL HOMBRO HABITUAL O ASOCIADO A ULTRASONIDO MEDIANTE CATÉTER ECOGUIADO

J.L. Guerra Vázquez

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Métodos: ECO Toshiba Xario 200. Sondas 14L5 y 18L5, sillón camilla eléctrico móvil PM2000A, material para lavado (aguja 21, 23, 18, 25G) aguja PL y guía 22GA (0,7 × 90), jeringas roscadas BD 10 ml cc, suero fisiológico, anestésico, campo estéril, gasas, cubre sonda estéril, trigón depot. Equipo ultrasonido EMS 50 -60 Mhz. Consentimiento informado escrito. Se realiza lavado de calcificaciones del hombro según método tradicional (L. del Cura) y otras asociando ultrasonido mediante guía intra-calcificación, previamente valoración clínico, funcional, test STADI y APLEY, estudios ECO en el momento del lavado y se repite el mismo proceso a los 6 meses.

Resultados: Se realizan 40 lavados ecoguiados de calcificaciones solo del t supra espinoso del hombro, 20 con la técnica habitual (del Cura) y 20 asociando ultrasonido mediante guía a través de aguja de PL, ecoguiado intracalcificación (6 aplicaciones US de 20" de 50-60 Mhz). Se detectan 40 calcificaciones a nivel del tendón supra espinoso; del hombro derecho 30 del hombro izquierdo 10. Son de tipo I-18, tipo II-12, tipo III-10. Se realizan 40 lavados. Se obtienen muy buenos resultado en 22 lavados, buenos en 9 y malos en 9; examinados los resultados según técnicas y tipos de calcificación apreciamos que la aplicación de ultrasonidos es eficaz en los tipos I y II pero contraproducente en los de tipo III al apreciar la formación de nuevas calcificaciones en forma de halo, posiblemente derivadas de fenómeno ultrasónico al ser material más líquido o pastoso. El tratamiento fue bien tolerado en todos los casos.

260. LA FECUNDACIÓN IN VITRO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y/O SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO: POSIBLE FACTOR DE RIESGO DE BROTE DURANTE EL EMBARAZO

M.E. Rodríguez-Almaraz¹, M. Galindo¹, E. Gonzalo-Gil¹, A. Usategui¹, I. Herráiz², P.I. Gómez-Arriaga², P. Vallejo², E.A. López-Jiménez³ y A. Galindo²

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Medicina Fetal. Servicio de Obstetricia y Ginecología; ³Servicio de Bioquímica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad que suele afectar a mujeres jóvenes en edad fértil. La necesidad de tener la enfermedad controlada y el uso de algunos fármacos que son teratogénicos durante el embarazo, hacen que estas pacientes tengan que posponer la maternidad y en algunos casos recurrir a técnicas de reproducción asistida. Aunque estas técnicas son seguras, existe cierta controversia ya que al aumentar los niveles de estrógenos pueden incrementar los brotes en pacientes con LES y/o s. antifosfolípido (SAF). Nuestro objetivo es analizar si las pacientes con LES y/o SAF que se han quedado embarazadas mediante fecundación in vitro (FIV), tienen más riesgo de sufrir brotes durante el embarazo.

Métodos: Analizamos los embarazos de pacientes con LES ± SAF valoradas en nuestra consulta de embarazo de alto riesgo desde el 2011 hasta la actualidad. Se realizaron evaluaciones clínicas, analíticas y con ecografía en la visita basal y en las semanas de gestación 12, 23, 28 y 32 y una visita 1-2 meses tras parto. Incluimos datos demográficos, tóxicos, historia obstétrica, meses desde el último brote, tratamiento previo y actual y morbilidad obstétrica. La actividad lúpica se evaluó mediante el índice SLEPDAI.

Resultados: Incluimos 64 embarazos de 52 pacientes valoradas de forma consecutiva en nuestra consulta, de los cuales, 6 gestaciones fueron mediante FIV (9,4%), 4 de ellas con ovodonación (66,7%). Todas eran pacientes de raza caucásica con una edad media de 42,2 años en el momento de la gestación. 2 pacientes tenían diagnóstico previo de LES según criterios ACR (33%), 2 pacientes LES-like (33%), 1 paciente SAF primario (17%) y otra paciente (17%) tenía anticuerpos antifosfolípido sin criterios de SAF (aPL). Esta última sufrió un aborto en la 8ª semana de gestación presentando un accidente isquémico transitorio 1 semana después a pesar de estar anticoagulada de forma profiláctica. 3 de los embarazos fueron gemelares (50%), las 2 pacientes con LES y 1 paciente con LES-like. Las 2 pacientes con diagnóstico de LES tuvieron actividad moderada-grave durante todo el embarazo con empeoramiento a partir de la semana 24 [p = 0,008, IC95% 1,500 (0,852-2,641)], con SLEPDAI de 25 y 12 respectivamente. Ambas llevaban al menos 2 años en remisión antes de planificar el embarazo. A pesar de recibir glucocorticoides 1 mg/kg y añadir azatioprina al tratamiento, debido a la actividad de la enfermedad (hipertensión pulmonar y síndrome de activación macrófaga en un caso y pericarditis moderada, artritis y sospecha de actividad renal en el otro) se les realizó una cesárea urgente en las semanas 27 y 33 de gestación respectivamente. Los recién nacidos presentaron bajo peso al nacer. Además, las pacientes tuvieron actividad lúpica en el puerperio que precisó la intensificación del tratamiento inmunosupresor. La paciente con LES-like y embarazo gemelar presentó hipertensión arterial a partir de la semana 35 sin otras manifestaciones de preeclampsia.

Conclusiones: En nuestra experiencia, los tratamientos de reproducción asistida en pacientes con LES ± SAF, incluso en aquellas pacientes que se encuentran en remisión, pueden suponer un riesgo de brote durante el embarazo y puerperio y generar complicaciones obstétricas. Se necesitan más casos para poder evaluar otros factores asociados.

261. EFECTO DEL TRATAMIENTO OSTEOFORMADOR (TERIPARATIDA/PTH) EN LA ESTRUCTURA TRABECULAR (TBS) EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS SEVERA. RELACIÓN CON LA EVOLUCIÓN DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA (DMO) Y EL REMODELADO ÓSEO

L. Gifré¹, A. Muxi², L. del Río³, A. Monegal¹, X. Filella⁴, N. Guañabens¹ y P. Peris¹

¹Unidad de Patología Metabólica Ósea. Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínic de Barcelona. ³CETIR. Barcelona. ⁴Servicio de Bioquímica y Genética Molecular. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: El reciente desarrollo de métodos que permiten evaluar de forma indirecta la estructura trabecular, como el Trabecular Bone Score (TBS) a través de las imágenes DXA, podría ser de utilidad en la valoración de los pacientes con alto riesgo de fractura que siguen tratamiento osteoformador (teriparatida/PTH).

Objetivos: Analizar la estructura trabecular, mediante TBS, en pacientes con osteoporosis grave y su respuesta al tratamiento osteoformador, y estudiar su relación con la evolución de la densidad mineral ósea (DMO) y de los marcadores de remodelado óseo (MRO).

Métodos: Se incluyeron 44 pacientes (41M:3H) con una edad media de 68 ± 11 años tratados con teriparatida (n = 40) o PTH 1-84 (n = 4)

durante 18/24 meses. 93% habían presentado fracturas previas (77% vertebrales y 73% no vertebrales). 96% habían recibido tratamiento previo con bisfosfonatos (duración media 5,9 ± 4,6 años) y 25% seguía tratamiento concomitante con glucocorticoides. Se determinaron: P1NP y FA ósea, como marcadores de formación ósea, y sCTx y NTx como marcadores de resorción, basalmente y a los 3 meses del inicio del tratamiento osteoformador. Se cuantificó la DMO (columna y fémur proximal) y el TBS lumbar mediante DXA (Lunar Prodigy; TBS versión iNsign 2.1.0.0) al inicio y a los 18/24 meses. Valores de TBS < 1.200 se consideraron indicativos de una estructura alterada. Además, se analizó la presencia de fracturas (previas e incidentes), el tratamiento antiosteoporótico previo (tipo y duración) y los factores de riesgo y causa de osteoporosis en todos los pacientes. Asimismo, se valoraron los pacientes con osteoporosis más grave (aquellos con ≥ 2 fracturas vertebrales basales y/o con una escala T lumbar < -3,5 DE).

Resultados: El valor medio basal de TBS, previo al inicio tratamiento osteoformador, fue de 1,106 ± 0,152. El 71% de los pacientes tenían valores < 1,200, indicativos de una alteración de la estructura ósea trabecular. Los valores basales de TBS no se relacionaron con la edad, IMC, MRO ni con los valores de DMO. A los 18/24 meses de tratamiento se observó un aumento significativo de los valores de TBS (4,4% ± 11,2%, p = 0,021) y DMO lumbar (7,9% ± 10,4%, p < 0,01) y una estabilización en la evolución de la DMO femoral (tabla). Así, el 43% de los pacientes presentaban valores de TBS > 1,200 al finalizar el tratamiento osteoformador. La evolución del TBS no se relacionó con la evolución de la DMO (lumbar ni femoral), ni con los cambios en los MRO. Los pacientes que obtuvieron el mayor incremento en los valores de TBS (> 4,4%) tras el tratamiento osteoformador tenían valores basales de TBS más bajos (1,018 ± 0,142 vs 1,178 ± 0,12, p < 0,001). Sin embargo, no se observaron diferencias en las características clínicas de estos pacientes (edad, IMC, tratamiento previo con bisfosfonatos), ni en los valores de los MRO o la DMO. Tampoco se observaron diferencias en los valores basales de TBS ni en su evolución tras el tratamiento osteoformador en relación con la severidad de la osteoporosis (pacientes con ≥ 2 fracturas vertebrales basales o con una escala T lumbar < -3,5 DE).

Conclusiones: El tratamiento osteoformador con teriparatida o PTH 1-84 se asocia a un aumento significativo de los valores de TBS. Sin embargo, la ausencia de relación de este parámetro con la evolución de la DMO, los MRO y la severidad de la enfermedad indican la necesidad de confirmar su utilidad en este proceso.

262. EL USO DE MARCADORES ANGIOGÉNICOS Y ECO-DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS DURANTE EL EMBARAZO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO COMO HERRAMIENTAS EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE PREECLAMPSIA Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

M.E. Rodríguez-Almaraz¹, M. Galindo¹, I. Herráiz², P.I. Gómez-Arriaga², P. Vallejo², E. Gonzalo-Gil¹, A. Usategui¹, E.A. López-Jiménez³ y A. Galindo²

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Medicina Fetal. Servicio de Obstetricia y Ginecología; ³Servicio de Bioquímica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: La preeclampsia (PE) es un síndrome específico del embarazo que afecta al 2-5% de las mujeres sanas. Este riesgo aumenta

Tabla Póster 261

	Basal	Tras tratamiento	Incremento (%)	p-valor
TBS	1,106 ± 0,152	1,146 ± 0,143	4,4 ± 11,2	0,021
DMO lumbar (g/cm ²)	0,750 ± 0,149	0,803 ± 0,139	7,9 ± 10,4	< 0,01
DMO cuello femoral (g/cm ²)	0,675 ± 0,098	0,679 ± 0,100	1,6 ± 9,5	0,403
DMO fémur total (g/cm ²)	0,704 ± 0,121	0,716 ± 0,124	2,4 ± 7,9	0,062

hasta el 10-30% en pacientes con enfermedades autoinmunes. Las pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y/o s. antifosfolípido (SAF) pueden sufrir brotes de actividad en el embarazo, que en algunos casos son difíciles de diferenciar de PE, como en la nefritis, por lo que es importante disponer de herramientas que nos ayuden en el diagnóstico diferencial. En mujeres sanas se ha observado que el índice medio de pulsatilidad de las arterias uterinas (mPI-UtA), los niveles séricos de endoglina y el ratio entre receptor soluble de la tirosin kinasa-like y el factor de crecimiento placentario (sFlt-1/PIGF) son útiles para el diagnóstico precoz de PE, incluso en mujeres asintomáticas.

Objetivos: 1) Analizar si estos factores se comportan igual en pacientes con LES y/o SAF; 2) si pueden ser útiles en el diagnóstico diferencial entre PE y actividad de la enfermedad.

Métodos: Incluimos a las pacientes valoradas de forma consecutiva en nuestra consulta de embarazo de alto riesgo desde 2008 hasta la actualidad. Estas pacientes tenían LES (criterios ACR 1987), LES-like (sólo cumplen 3 criterios ACR 1987), SAF (criterios Sydney) o anticuerpos antifosfolípido sin cumplir criterios de SAF (aPL). La PE y su severidad se diagnosticó según los criterios de la Sociedad Internacional para el estudio de hipertensión en el embarazo (ISSHP). La actividad lúpica se evaluó con el índice SLEPDAI considerando actividad moderada = 6 y en el SAF en función de las manifestaciones clínicas. Se realizaron visitas de seguimiento en las semanas 11-13, 22, 28, 32 y en puerperio. Se recogieron datos clínicos en relación con su enfermedad autoinmune y gestación, tratamientos, tóxicos y factores de riesgo cardiovascular, datos analíticos incluyendo endoglina y ratio y ecográficos (mPI-UtA).

Resultados: Analizamos 64 embarazos de 52 pacientes, de los que han finalizado actualmente 58. 6 pacientes tuvieron actividad lúpica (10,3%), de las cuáles 5 tenían LES y otra LES-like. 2 de las pacientes desarrollaron actividad moderada-severa con SLEPDAI de 25 y 12 respectivamente a partir de la semana 24 de gestación (33,3%). Las otras pacientes sólo presentaron artralgias, lesiones cutáneas leves y/o hipocomplementemia. 2 pacientes con LES ± SAF desarrollaron PE (3,4%). Encontramos asociación estadísticamente significativa entre los valores de PIGF y ratio en la semana 32 de gestación y el desarrollo de PE ($p = 0,023$ y $p = 0,02$ respectivamente). Además, los valores de endoglina, ratio y mPI-UtA fueron mayores en PE que en gestación normal o actividad de la enfermedad desde las semanas 19-22. Por otro lado, no parece haber diferencias en los marcadores entre pacientes que tienen actividad lúpica y las que no.

Conclusiones: A pesar del limitado número de pacientes que desarrollan complicaciones en nuestra cohorte, parece que el mPI-UtA, endoglina y ratio en pacientes con LES y/o SAF se comporta como en la población general y pueden ayudar en el diagnóstico diferencial entre preeclampsia y actividad de la enfermedad.

263. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES AFECTOS DE ARTRITIS DE RODILLA: RESULTADOS DEL ESTUDIO EMARTRO

S. Giménez Basallote¹, M. Herrero Barbero², V. Jesús³, E. Viles Lladó², H. Martínez Serrano², R. Gustavo⁴, L. Sánchez Bellmunt², J. Díaz Muñoz⁵, J. Frías Rodríguez⁶, A. Castaño García⁷, J. Jiménez Díaz⁸, A. Rodríguez del Cossío⁹, R. Belenguer Prieto¹⁰, J. Llisterri Caro¹¹ y J. Vergés Milano¹

¹Unidad de Gestión Clínica El Limonar. Málaga. ²Bioiberica. Barcelona. ³Centro de Salud de Huércal. Almería. ⁴Centro de Salud la Puebla de Montalbán. Toledo. ⁵Centro de Salud Ávila Rural. Ávila. ⁶Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ⁷Centro de Salud de Corella. ⁸Centro de Salud Los Cubos. Burgos. ⁹Centro de Salud San Martín de la Vega. ¹⁰Centro de Salud Algemesí. ¹¹Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.

Introducción: La artrosis (A) es la enfermedad articular más frecuente y la principal causa de discapacidad a partir de 60 años. De

hecho, el 28% de la población española tiene A. El dolor y la disminución de la movilidad debido a la A afecta el estado de ánimo de los pacientes, y se asocian frecuentemente con la depresión y la ansiedad.

Objetivos: Evaluar la morbilidad psiquiátrica en pacientes con A de rodilla.

Métodos: EMARTRO es un estudio multicéntrico, observacional transversal para comparar la prevalencia de comorbilidades en pacientes con A sintomática de rodilla frente a pacientes control emparejados por sexo, edad (± 2 años) y centro de investigación en la población española. Los pacientes artrósicos eran elegibles si tenían edades comprendidas entre los 55 a 80 años, dolor EVA = 40 mm y tenían un paciente de control para ser emparejado. Participaron un total de 61 investigadores de atención primaria distribuidos por toda España. Se administraron la Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), el cuestionario Goldberg y el cuestionario de salud EuroQoL. También se registró la medicación concomitante. La comparación entre grupos se realizó mediante chi-cuadrado y la U de Mann-Whitney.

Resultados: Se incluyeron un total de 1.371 pacientes en el estudio. De ellos, 1.152 fueron emparejados correctamente: 576 pacientes en el grupo de A de la rodilla y de 576 en el grupo control. La media (DE) de edad fue de 67,9 (6,7) años en A y 67,8 (6,8) en el grupo de control, el 70,3% eran mujeres de ambos grupos. El 68% tenían estudios primarios en el grupo de A vs 61% en el grupo control, y el 69,3% vs 65,8% eran jubilados, respectivamente. Las comorbilidades más frecuentes presentes en pacientes artrósicos fueron la hipertensión arterial (62,2%), dislipemia (58,3%), enfermedad vascular periférica (venosa) (22,7%), diabetes mellitus II (21,9%), reflujo gastroesofágico (19,1%) y osteoporosis (12,2%). Los pacientes con A tenían puntuaciones más bajas en todos los ítems de la escala HAD ($p < 0,001$). La media (DE) de ansiedad fue 7,36 (4,68) para el grupo de A vs 5,05 (4,17) para los controles ($p < 0,001$). La de depresión presentó una media de 5,73 (4,66) vs 3,23 (3,65) ($p < 0,001$), respectivamente. Estas medias son representativas de una prevalencia del 25,3% de ansiedad vs 10,8% ($p < 0,001$) y el 17,4% depresión vs 5% ($p < 0,001$), respectivamente. La media del cuestionario Goldberg de salud general de 12 puntos fue 4,05 (4,2) vs 1,70 (2,91) ($p < 0,0001$). Separando la población entre ausencia (= 4 puntos) o presencia (> 4 puntos) de psicopatología, el 36,5% de los pacientes del grupo de A presentan psicopatología vs 14% en el grupo control ($p < 0,0001$). Estos resultados son corroborados por las puntuaciones en la dimensión de ansiedad y depresión del cuestionario EuroQoL: 1,59 vs 1,30 ($p < 0,001$) y el estado global del 51,62 vs 68,04 ($p < 0,001$), respectivamente. Por último, el hecho de que la ansiedad y la depresión sean mayores en pacientes artrósicos se asocia con un aumento de la prescripción de tranquilizantes (23,3% vs 16%; $p = 0,0025$) y antidepresivos (18,6% vs 11,6%, $p = 0,0013$). Los medicamentos más prescritos fueron diazepam (6,5 vs 2,2; $p < 0,0001$) y lorazepam (9,9% vs 4,9%; $p = 0,0007$).

Conclusiones: Los pacientes artrósicos asistidos en AP presentan más ansiedad, depresión y peor calidad de vida que sus pares de mismo sexo/edad. Un buen abordaje psicológico en pacientes con A contribuiría a una mejora de su capacidad en el manejo de los síntomas articulares.

264. CARACTERIZACIÓN DEL PATRÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y PSORIASIS EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

J. Rodríguez¹, J.A. Pinto², J. Gratacós³, R. Queiró⁴, C. Montilla⁵, J.C. Torre-Alonso⁶, J.J. Pérez Venegas⁷, A. Fernández Nebro⁸, S. Muñoz-Fernández⁹, C. González¹⁰, D. Roig¹¹, P. Zarco¹², A. Erra¹³, S. Castañeda¹⁴, E. Rubio¹⁵, G. Salvador¹⁶, C. Díaz-Torné¹⁷, R. Blanco¹⁸,

A. Willisch Domínguez¹⁹, J.A. Mosquera²⁰, P. Vela²¹, J. Tornero²², S. Sánchez-Fernández²³, H. Corominas¹¹, J. Ramírez²⁴, M. López-Lasanta²⁵, R. Tortosa²⁵, J.D. Cañete²⁴, A. Julià²⁵ y S. Marsal²⁵

¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ²Departamento de Reumatología. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. ³Departamento de Reumatología. Hospital Parc Taulí. Sabadell. ⁴Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ⁵Departamento de Reumatología. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca. ⁶Departamento de Reumatología. Hospital Monte Naranco. Oviedo. ⁷Departamento de Reumatología. Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz. ⁸UGC Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga. IBIMA. Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. ¹⁰Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital Moisès Broggi. Barcelona. ¹²Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. ¹³Departamento de Reumatología. Hospital Sant Rafael. Barcelona. ¹⁴Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-Princesa. Madrid. ¹⁵Departamento de Reumatología. Centro de Salud Virgen de los Reyes. Sevilla. ¹⁶Departamento de Reumatología. Hospital Mútua de Terrassa. ¹⁷Rheumatology Unit. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ¹⁸Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ¹⁹Departamento de Reumatología. Complejo Hospitalario de Ourense. ²⁰Departamento de Reumatología. Complejo Hospitalario Hospital Provincial de Pontevedra. ²¹Departamento de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. ²²Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Guadalajara. ²³Departamento de Reumatología. Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. ²⁴Departamento de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona e IDIBAPS. Barcelona. ²⁵Grup de Recerca de Reumatologia. Insitut de Recerca Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos: Los procesos inflamatorios crónicos influyen en los procesos fisiológicos normales de los individuos. Los hábitos dietéticos, por tanto, pueden informar sobre cambios en procesos biológicos asociados a las enfermedades inflamatorias. Hasta la fecha, sin embargo, no se ha realizado ningún estudio que analice los cambios en los patrones nutricionales en la artritis psoriásica (AP) y la psoriasis (Ps). El objetivo de este estudio es identificar variaciones en el consumo de nutrientes básicos de la dieta en la AP y Ps, y en comparación con individuos sanos.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo del consumo nutricional en pacientes con AP, Ps y controles sanos. Los pacientes con AP fueron diagnosticados mediante los criterios CASPAR por un reumatólogo (n = 15 hospitales universitarios españoles); los pacientes con Ps fueron diagnosticados por dermatólogos (n = 11 hospitales universitarios españoles) reclutados en base a la presencia de psoriasis en placas afectando el torso y/o extremidades y con > 1 año de duración de la enfermedad. Los individuos controles sanos fueron reclutados de donantes de sangre en n = 12 hospitales universitarios españoles. Todos los individuos eran caucásicos y de origen español. Para cada uno de los individuos se recogieron variables nutricionales básicas basado en base a un cuestionario previamente validado. Para un total de 12 categorías de alimentos se registró la frecuencia semanal de consumo para cada uno de los individuos a estudio. Los análisis de asociación con cada nutriente se realizaron mediante regresión lineal multivariable, ajustando por el índice de masa corporal, edad, nivel de estudios y sexo.

Resultados: Se reclutaron un total de n = 1.602 pacientes con AP, n = 2.743 pacientes con Ps y n = 2.050 controles sanos. Comparando la dieta de AP con controles, se objetivó un mayor consumo de fruta y de carbohidratos (p < 0,001) y una reducción en el consumo de huevos y embutidos (p < 0,0001). En la cohorte de pacientes con Ps, se

halló un mayor consumo de legumbres, embutidos, huevos (p < 5⁻⁴) y, de forma marcada, de dulces (p < 5⁻¹⁰) que en controles sanos. A su vez, los pacientes con Ps se caracterizaron por un consumo muy reducido (p < 5⁻¹⁰) de fruta, vegetales, lácteos y café/té. El consumo de carne y carbohidratos también está disminuido en pacientes con Ps aunque de forma menos marcada (p < 0,005). Comparando directamente las dos enfermedades, se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en 8 de las 12 categorías de alimentos. De entre éstas, el mayor consumo de fruta y carbohidratos (p < 5⁻⁶) y el menor consumo de huevos y embutidos (p < 5⁻⁷) en el grupo de AP respecto al de Ps.

Conclusiones: La AP y Ps tienen hábitos nutricionales muy diferentes a los individuos controles. La Ps tiene un impacto en la dieta más significativo que la AP. Este estudio ha demostrado también de forma inequívoca que el patrón nutricional de la AP es muy diferente al de la Ps. Los resultados de este estudio representan un avance en la caracterización de los mecanismos moleculares asociados a los cambios fisiopatológicos en la AP y la Ps.

265. NIVELES SÉRICOS DE OSTEOPONTINA EN LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: UN BIOMARCADOR DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y UN PREDICTOR DE UN CURSO RECIDIVANTE

S. Prieto-González, E. Planas-Rigol¹, M. Corbera-Bellalta¹, N. Terrades-García¹, M.A. Alba¹, A. Ponce¹, I. Tavera-Bahillo¹, G. Murgia¹, G. Espígol-Frigolé¹, J. Hernández-Rodríguez¹, A. García-Martínez² y M.C. Cid¹

Unidad de Investigación en Vasculitis. ¹Servicio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas; ²Servicio de Urgencias. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer. IDIBAPS-CRB CELLEX. Barcelona.

Introducción: La osteopontina (OPN) es una glicoproteína con múltiples funciones entre las que se encuentran la diferenciación de linfocitos Th1 y Th17, la inflamación tisular y el remodelado vascular.

Objetivos: Explorar el papel de la OPN circulante como biomarcador de actividad en pacientes con arteritis de células gigantes (ACG).

Métodos: Se determinó la concentración sérica de OPN (OPNs) mediante inmunoensayo en 76 pacientes con ACG en el momento del diagnóstico de la enfermedad y en 25 controles (con una media de edad y relación hombre/mujer similar). Además, en 36 de los pacientes se determinó de nuevo la OPNs tras aproximadamente un año de tratamiento. Se recogieron prospectivamente las manifestaciones clínicas, los hallazgos analíticos y la evolución (requerimiento/dosis de glucocorticoides y recidivas).

Resultados: La OPNs (ng/ml; media ± desviación estándar) fue significativamente mayor en pacientes activos (116,75 ± 65,61) comparado con controles (41,10 ± 22,65; p < 0,001). La OPNs disminuyó significativamente en los pacientes en remisión clínica al compararla de forma pareada con la OPNs en el momento del diagnóstico (102,45 ± 57,72 vs 46,47 ± 23,49; p < 0,001). La OPNs fue significativamente mayor en pacientes con clínica sistémica (118,45 ± 61,7 vs 82,70 ± 57,50; p = 0,028) y menor en aquéllos con complicaciones isquémicas craneales (79,91 ± 57,90 vs 117,29 ± 61,32; p = 0,028). La OPNs se correlacionó con los niveles séricos de IL-6 (r = 0,55; p < 0,001). La OPNs en el momento del diagnóstico fue mayor en pacientes con un curso recidivante comparado con aquéllos que consiguieron una remisión mantenida (129,08 ± 74,24 vs 90,63 ± 41,02; p = 0,03).

Conclusiones: La OPNs puede ser un biomarcador adecuado de actividad y un predictor de un curso recidivante en paciente con ACG. Financiado por SAF 14/57708-R, Marató TV3 (201507), Instituto de Salud Carlos III (PIE13/00033) and Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

266. LA DELECCIÓN DEL DOMINIO C-TERMINAL DE LA CONEXINA 43 AFECTA AL FENOTIPO DE LOS CONDROCITOS Y A LA FORMACIÓN DEL CARTÍLAGO

R. Gago Fuentes, J.F. Bechberger, M. Varela-Eirin, A. Varela-Vázquez, B. Acea, E. Fonseca, C.C. Naus y M.D. Mayan

Grupo de Investigación CellCOM-SB. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). CH-Universitario A Coruña (XXIAC). University of A Coruña. Servizo Galego de Saúde (SERGAS). A Coruña. Department of Cellular and Physiological Sciences. The Life Sciences Institute. University of British Columbia. Vancouver. British Columbia. Canadá.

Introducción: La conexina 43 (Cx43) es esencial tanto en la formación del hueso y del cartílago como para su correcto funcionamiento. Estudios recientes han demostrado la implicación de la Cx43 en la patogénesis de enfermedades tales como la osteoporosis y la osteoartritis (OA). Las Cxs son una familia de proteínas transmembrana responsables de la comunicación directa célula-matriz y célula-célula, permitiendo la sincronización eléctrica, mecánica, metabólica y química entre células en contacto. La Cx43 es la Cxs más ampliamente expresada en condrocitos y en células del hueso, participando en la transducción de señales. Cabe destacar que el dominio C-terminal de la Cx43 (CTD) presenta funciones independientes de la actividad del canal de comunicación, siendo capaz de modular proliferación celular, expresión de determinados genes o diferentes rutas de señalización. En este trabajo se han empleado modelos animales de ratones modificados genéticamente para caracterizar por primera vez el papel del CTD de la Cx43 en el desarrollo y funcionamiento del cartílago articular.

Métodos: Se utilizaron modelos animales de ratones modificados genéticamente entre ellos ratones knockout para la Cx43 y knockout para su CTD. Se realizaron ensayos de electrofisiología, inmunohistoquímica, inmunofluorescencia y proliferación celular con condrocitos primarios aislados de cartílago articular de las rodillas de los ratones. En cartílago se realizaron ensayos de proliferación e inmunohistoquímica. Se evaluó el peso de los ratones y los fenotipos utilizados se confirmaron por western blot y PCR.

Resultados: La falta de los últimos 125 aminoácidos del CTD de la Cx43 afectó al fenotipo de los condrocitos y a la estructura del cartílago articular. Los condrocitos presentaron mayores ratios de proliferación celular, pérdida de comunicación célula-célula, menor expresión de colágeno tipo II y menor presencia de proteoglicanos. Además, los animales con el fenotipo mutante mostraron menor tamaño que el fenotipo silvestre

Conclusiones: Los resultados obtenidos muestran el impacto negativo de la falta del CTD de la Cx43 en el fenotipo de los condrocitos y la estructura del cartílago, dando lugar a una reducción de la talla en dichos individuos. Los datos sugieren que el CTD de la Cx43 es necesario para el correcto mantenimiento de la matriz extracelular del cartílago y fenotipo del condrocito. Este estudio sugiere que las alteraciones asociadas a la Cx43 podrían estar asociadas a alteraciones en el CTD, más que en la secuencia completa de la proteína. Se abre así una nueva línea de estudio para entender los mecanismos patofisiológicos implicados en el desarrollo de enfermedades óseas y del cartílago, tales como la OA.

267. PERFIL DEL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE LOGRA LA REMISIÓN CLÍNICA CON RITUXIMAB

M.L. Velloso Feijoo, C. Gómez-Cano Fernández-Figueroa y J.L. Marenco de la Fuente

Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: Rituximab (RTX) produce remisión clínica mantenida en algunos pacientes con artritis reumatoide (AR), con el consiguiente beneficio para el paciente y el sistema sanitario por

la reducción de costes. Es relevante caracterizar al paciente con AR que logra la remisión clínica con RTX, que presumiblemente obtendrá mayor beneficio con RTX que con otros fármacos.

Objetivos: Describir el porcentaje y las características de los pacientes con AR que logran remisión mantenida tras la suspensión del fármaco y compararlos con los que no lo logran.

Métodos: Se seleccionaron todos los pacientes con AR que iniciaron tratamiento con RTX entre los años 2006 y 2012, en la UGC del H.U. de Valme. Se recogieron datos de variables demográficas, relacionadas con las características de la enfermedad, actividad clínica y tratamiento. Se consideró remisión de la AR según la definición EULAR.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes con AR en tratamiento con RTX, un 70% eran mujeres. La edad media fue de $55,3 \pm 12,9$ años, con una edad media al diagnóstico de $40,62 \pm 12,92$ años; y una mediana de duración de la enfermedad de 14 años (9,75-17,25). Un 88% de los pacientes eran FR positivo y un 76,1% ACPA positivo. Un 28% tenía complicaciones relacionadas con la AR (fundamentalmente nódulos reumatoides), y un 68% erosiones. El 92% había recibido previamente fármacos anti-TNF. La media del DAS28 basal fue de $5,55 \pm 1,15$; y la media del HAQ basal $1,75 \pm 0,66$. Del total de los pacientes, un 48% (24) se encuentran en remisión según criterios EULAR, tras una media de $4,58 \pm 2,501$ ciclos, y llevan una media de $40,79 \pm 21,052$ meses desde el último ciclo de RTX. Dos pacientes se encuentran en remisión tras un único ciclo desde hace 4 y 6 años. Los pacientes que alcanzaron la remisión, tienen un menor porcentaje de complicaciones asociadas a AR, menor porcentaje de pacientes con actividad alta y un DAS28 basal más bajo que los que no lo consiguen. En estas variables se alcanzó significación estadística.

Características demográficas y basales	Remisión (n = 24)	No remisión (n = 26)	Valor de p
Mujer, n (%)	18 (75)	17 (65,4)	0,545
Edad (años), media \pm desviación estándar	$56,54 \pm 15,45$	$54,15 \pm 10,21$	0,519
Edad al diagnóstico (años), media \pm desviación estándar	$40,75 \pm 14,41$	$40,50 \pm 11,63$	0,946
Duración de la enfermedad (años), media \pm desviación estándar	$15,33 \pm 5,44$	$13,04 \pm 4,70$	0,116
FR, n (%)	21 (87,5)	23 (88,5)	1
ACPA, n (%)	15 (71,4)	20 (80)	0,730
Complicaciones AR, n (%)	3 (12,5)	11 (42,3)	0,028
1 anti-TNF previos, n (%)	14 (60,9)	17 (70,8)	0,547
= 2 anti-TNF previos, n (%)	9 (39,1)	7 (29,2)	0,547
DAS28 basal, n (%)	$5,09 \pm 1,09$	$5,97 \pm 1,04$	0,006
Actividad baja	2 (8,3)	0 (0,0)	0,041
Actividad moderada	8 (33,3)	3 (11,5)	0,041
Actividad alta	14 (58,3)	23 (88,5)	0,041

Conclusiones: Rituximab consigue la remisión clínica en un número relevante de pacientes. Los pacientes que logran la remisión definida por criterios EULAR, tienen un menor porcentaje de complicaciones asociadas a AR, y menor actividad inflamatoria en el momento basal.

268. INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA RESPUESTA DE FASE AGUDA TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE ÁCIDO ZOLEDRÓNICO

R. Castellanos, H. Flórez, S. Rodríguez, L. Gifré, A. Monegal, N. Guañabens y P. Peris

Unidad de Patología Metabólica Ósea. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: El tratamiento con bisfosfonatos por vía parenteral, especialmente el ácido zoledrónico (ZOL), puede asociarse a una respuesta de fase aguda en forma de síndrome pseudogripal (SSG) en algunos pacientes.

Objetivos: Analizar la incidencia y los factores asociados al desarrollo de SSG tras la administración de ZOL endovenoso en la práctica clínica habitual.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de una muestra de pacientes que recibieron tratamiento con ZOL durante el último año (agosto-2014 a agosto-2015) en el Hospital de Día de un Servicio de Reumatología. Se revisaron, a través de la historia clínica y mediante consulta telefónica, las características demográficas, clínicas y de laboratorio (incluyendo los valores séricos de 25-OH vitamina D) de todos los pacientes, así como la causa de indicación de tratamiento con ZOL, tratamientos previos y concomitantes y las características y duración del SSG. Para el análisis de variables cuantitativas se utilizó el test de Mann-Whitney y para las variables cualitativas el chi-cuadrado, se consideró como significativo una $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó con SPSS 20.0.

Resultados: Se incluyeron 106 pacientes (81M: 25H, edad media $70,1 \pm 12,8$ años) tratados con ZOL (indicado por: osteoporosis posmenopáusica [52%], osteoporosis glucocorticoidea [18%], osteoporosis del varón [9%], osteoporosis secundaria a otras patologías [6%], enfermedad ósea de Paget [14%] y displasia fibrosa [1%]). 16 pacientes (15%) presentaron un SSG tras la primera infusión de ZOL y 2 (2%) tras la segunda. El SSG se presentó un día tras la infusión en 93% de los casos y tuvo una duración media de $2,8 \pm 1,7$ días, caracterizándose por la presencia de mialgias (80%), fiebre (63%) y cefalea (40%), siendo el motivo de discontinuación del tratamiento en 3 casos. El desarrollo de SSG fue más frecuente en los pacientes más jóvenes (64 ± 12 vs 72 ± 12 años, $p = 0,02$), especialmente < 61 años, en aquellos con enfermedad ósea de Paget ($p = 0,05$) y/o con valores basales de calcio sérico más bajos ($9,3 \pm 0,4$ vs $9,6 \pm 0,4$ mg/dl, $p = 0,03$). El tratamiento previo con bisfosfonatos orales fue un factor protector para la aparición de SSG. Sin embargo, no observamos relación con la utilización de otros tratamientos concomitantes, como AINES, analgésicos, vitamina D en la visita basal, glucocorticoides o hipolipemiantes, entre otros, ni con la presencia de una deficiencia y/o insuficiencia de vitamina D. Tampoco se observó relación entre la aparición de SSG y el conteo de leucocitos y/o linfocitos totales basales ni con su evolución al año de la administración del ZOL.

Conclusiones: Alrededor del 15% de pacientes tratados con ZOL desarrolla un SSG. La edad, especialmente si es inferior a 61 años, y la causa del tratamiento son los principales factores de riesgo asociados a su desarrollo en nuestra población, mientras que el tratamiento previo con bisfosfonatos orales parece tener un efecto protector.

269. FACTORES PREDICTORES DE RECIDIVA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ARTRITIS PSORIÁSICA POLIARTICULAR EN BAJA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD. PAPEL DE CALPROTECTINA Y LOS NIVELES SÉRICOS DE FÁRMACO ANTI-TNF. ESTUDIO PROSPECTIVO A UN AÑO DE SEGUIMIENTO

J. Inciarte-Mundo¹, M.V. Hernández¹, V. Ruiz-Esqueda¹, J. Ramírez¹, A.M. Cuervo¹, S.R. Cabrera-Villalba¹, M. Pascal², J. Yagüe², J. Cañete¹ y R. Sanmartí¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología. Hospital Clínic. Barcelona.

Objetivos: Determinar si los niveles séricos de calprotectina o los niveles valle de fármaco pueden predecir la reactivación clínica, en pacientes con artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica poliarticular (ApS) en remisión o baja actividad de la enfermedad durante el tratamiento anti-TNF.

Métodos: Estudio prospectivo a 1 año de seguimiento de la cohorte INMUNOREMAR. Se incluyeron pacientes con AR (Criterios ACR 1987) y ApS (Criterios CASPAR) en remisión ($DAS28 < 2,6$) o baja actividad ($DAS28 < 3,2$) en dos visitas sucesivas separadas cada una por más de 3 meses, en tratamiento con adalimumab (ADA), etanercept (ETN) o infliximab (INF) en un solo centro. Se recogieron datos clínicos y analíticos cada 4 meses, y durante la recidiva. Se definió

recidiva clínica como la pérdida del estado de baja actividad ($DAS28 > 3,2$) además del incremento en el $DAS28$ superior a 0,6, respecto al basal. Se determinaron los niveles valle sérico de fármaco y anticuerpos anti-fármaco (Promonitor[®], Progenika SA, España) en la visita basal, 4, 8, 12 meses, y durante la recidiva. Así como niveles séricos de calprotectina (CalproLab[®], Calpro AS, Noruega) durante la visita basal, a los 12 meses y durante la recidiva. Se realizó un análisis bivariante y multivariante para establecer factores asociados a la recidiva clínica durante el periodo de observación.

Resultados: Se incluyeron un total de 103 pacientes, (47 AR, 56A pS). La mediana de edad fue de 57 (30-81) años. 78 (75,8%) pacientes en remisión, y 25 (24,2%) en baja actividad. La duración de remisión/baja actividad fue de 58 (4-163) meses. 36 pacientes recibían tratamiento con ADA, 50 pacientes con ETN, y 17 con IFX. La duración de tratamiento biológico fue de 61 (7-166) meses. 47,4% pacientes recibían el biológico en monoterapia, 47% estaban con dosis reducida, y el 17,9% recibían corticoides. 84 pacientes (91%) mantuvieron el estado de remisión o baja actividad durante el seguimiento, mientras que 12 pacientes (13%; 8 AR, 4 ApS) presentaron una recidiva. Los pacientes con recidiva presentaron una duración del tiempo en remisión más corto ($41,9$ vs $65,0$ meses; $p = 0,028$) y tardaron más tiempo en alcanzar la remisión tras inicio del biológico ($20,1$ vs $3,0$ meses; $p < 0,0001$), además de presentar un mayor porcentaje de pacientes tratados con corticoides ($73,7\%$ vs $26,3\%$; $p = 0,027$). Basalmente, estos pacientes tenían una mayor concentración de calprotectina ($5,9$ vs $1,5$; $p < 0,0001$) y una menor concentración de fármaco ($1,0$ vs $4,0$; $p = 0,001$), incluso cuando fueron analizados según el tipo de biológico [ADA remisión ($n = 32$) 7 ($0,2$ - 12) $\mu\text{g/mL}$ vs recidiva ($n = 4$) $0,5$ ($0,4$ - 1) $\mu\text{g/mL}$, $p = 0,003$; ETN remisión ($n = 45$) $1,5$ ($0,7$ - $4,7$) $\mu\text{g/mL}$ vs recidiva ($n = 5$) $0,8$ ($0,9$ - $1,2$) $\mu\text{g/mL}$, $p = 0,039$; IFX remisión ($n = 14$) $3,1$ ($0,5$ - $7,7$) $\mu\text{g/mL}$ vs recidiva ($n = 3$) $0,1$ (0 - 1) $\mu\text{g/mL}$ $p = 0,021$]. De acuerdo a puntos de cortes con alta sensibilidad y especificidad desarrollados por nuestro grupo (Sanmartí et al. Ann Rheum Dis 2015;74:8 e43), los pacientes que presentaron recidiva de la enfermedad mostraron mayor proporción de niveles valle basales de fármaco clasificados como sub-terapéuticos [remisión ($n = 22$) 26% vs recidiva ($n = 12$) 100% , $p < 0,001$]. En el análisis bivariante, la concentración basal de fármaco [hazard ratio (HR) = $0,47$], la administración de corticoides (HR = $3,21$), el tiempo transcurrido hasta la remisión (HR = $1,17$), y los niveles basales de calprotectina (HR = $2,38$) se asociaron significativamente a la recidiva. Sin embargo, en el análisis multivariante el único predictor de recidiva fue el nivel sérico de calprotectina basal, con un HR de $2,74$ ($1,74$ - $4,31$; $p < 0,0001$).

Conclusiones: Los niveles séricos de calprotectina podrían ayudar a predecir la recidiva en pacientes en remisión/baja actividad de la enfermedad durante tratamiento con fármacos inhibidores del TNF. Financiación. Beca a iniciativa del investigador (Pfizer WS2392358). Beca 2013-Sociedad Catalana de Reumatología. Premio E. Letang 2013-Hospital Clínic de Barcelona.

270. AUMENTO DE LA PRESENCIA DE ANTICUERPOS ANTI-FÁRMACO EN LOS PACIENTES COMPATIBLES CON EL ALOTIPO IGG1 DEL ANTICUERPO MONOCLONAL UTILIZADO

A. González¹, R. López-Rodríguez¹, A. Martínez², C. Plasencia², A. Jochems², D. Pascual-Salcedo² y A. Balsa²

¹Instituto de Investigación Sanitaria-Hospital Clínic Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. ²Instituto de Investigación. Hospital Universitario La Paz (IDIPAZ). Madrid.

Objetivos: Entre las causas de respuesta insuficiente a los fármacos biológicos se encuentra la producción de anticuerpos anti-fármaco (AAF). Estos anticuerpos pueden disminuir la eficacia del trata-

miento alterando la biodisponibilidad o neutralizando el fármaco. Algunos AAF se dirigen frente a los alotipos de las IgGs que son polimorfismos proteicos que pueden inducir una respuesta inmune en sujetos incompatibles. Infliximab (INX) y adalimumab (ADM) tienen el alotipo G1m17,1, mientras que alrededor del 50% de la población española es homocigota para el alotipo incompatible (G1m3,n). Por lo tanto, nos propusimos analizar la utilidad del alotipo IgG1 como biomarcador del desarrollo de AAF frente a INX y ADM.

Métodos: Se determinó la presencia de AAF en 252 pacientes con artritis inflamatorias seguidos en el Hospital La Paz (116 con artritis reumatoide (AR), 74 con espondilitis anquilosante (EA), 26 con artritis psoriásica, 17 con espondiloartritis no radiográfica, 11 con espondiloartritis y enfermedad inflamatoria intestinal, 3 con uveítis y 5 con otras artropatías). La mayoría, 151, fueron estudiados durante el tratamiento con INX, 82 durante el tratamiento con ADM y 19 secuencialmente con INX y con ADM. Los anticuerpos se determinaron mediante ELISA puente con dos sitios de captura (Pascual-Salcedo et al. *Rheumatology*. 2011;50:1445). El alotipo de la IgG1 se determinó mediante genotipado de 2 SNPs, rs1071803 (para el alotipo G1m17/G1m3) y rs11621259 (para el alotipo G1m1/nulo), mediante el SNaPshot Multiplex Kit (Applied Biosystems) (Montes et al. *Arthritis Res Ther*. 2015;17:63). El análisis estadístico se realizó con SPSS 15.0.

Resultados: Los pacientes con alotipos compatibles (portadores de G1m17,1) mostraron AAF con mayor frecuencia (33% vs 20%, $p = 0,02$) y con una tendencia a títulos más elevados ($18,0 \times 10^3$ UA vs $8,3 \times 10^3$ UA, ns) que los pacientes con alotipo incompatible (homocigotos para G1m3,n) en el análisis de todos los datos. Esta asociación fue más clara en los pacientes tratados con INX (41% en los compatibles vs 25% en los incompatibles, $p = 0,03$) que en los tratados con ADM (18% vs 12%, ns), además de mostrar la conocida mayor frecuencia de AAF frente a INX que frente a ADM. El análisis multivariante mostró que la presencia de AAF estaba aumentada en los pacientes con AR en comparación con otras enfermedades (OR = 7,6, $p < 0,0001$), y disminuida en los pacientes de más edad (OR = 0,65 por cada 10 años, $p < 0,001$). Otros factores como el sexo, tener EA frente al resto de enfermedades y recibir metotrexato o glucocorticoides no se asociaron con la presencia de AAF.

Conclusiones: Los pacientes con alotipo compatible mostraron con mayor frecuencia AAF que los pacientes con alotipo incompatible, reforzando los resultados descritos anteriormente para pacientes con AR tratados con ADM (Bartelds et al. *Arthritis Res Ther*. 2010;12:R221), y mostrando la misma asociación en pacientes tratados con INX. Estos resultados sugieren que hay un factor genético en ligamiento con el alotipo que predispone al desarrollo de AAF. Por otra parte, la producción de AAF no explica la disminución de eficacia del INX en pacientes incompatibles para el alotipo recientemente descrita.

Financiado con ISCIII/PI14/01651 y PI12/01909/Programa RETICS, RD12/0009/0008/Cofinanciado FEDER.

271. PUNCIÓN GUIADA POR ECOGRAFÍA EN TUMORACIONES DE LA ARTICULACIÓN ACROMIOCLAVICULAR. ¿ES ACONSEJABLE REALIZARLA?

V. Navarro Ángeles, H. Corominas, D. Roig, D. Cerdà, D. Reina, V. Segarra, P. Estrada, S. García y M. Soriano

Hospital Moissès Broggi. Sant Joan Despí.

Introducción: La afectación de la articulación acromio-clavicular puede ser debida a diversas etiologías, entre ellas, traumatismos, enfermedades inflamatorias, procesos degenerativos, entre otros, siendo la de mayor relevancia clínica la artritis séptica de la articulación acromio-clavicular. Los quistes acromio-claviculares, son una secuela inusual y poco común, asociada con la patología del hom-

bro. Son más comunes en pacientes con ruptura del manguito de los rotadores, aunque también se han objetivado en paciente con el manguito indemne. A raíz de una publicación reciente sobre la actitud pasiva ante un quiste sinovial, hemos recogido 4 pacientes en solo 2 meses en la consulta, para apoyar la teoría que es aconsejable realizar una artrocentesis del quiste sinovial y evaluar macroscópicamente el líquido, analizarlo, y decidir la actitud clínica-terapéutica. La etiología de estas tumoraciones es múltiple, incluyendo infecciones, que suelen ser entidades poco frecuentes, pero de gran agresividad local, de predominio en paciente inmunodeprimidos, aunque no se puede descartar su aparición en pacientes sanos. Otras causas pueden ser hematomas, quistes sinoviales y otras tumoraciones benignas de partes blandas.

Resultados: En nuestro estudio, hemos objetivado 4 líquidos sinoviales, de 3 etiologías distintas entre ellas, 1 hemartrosis, 2 líquido sinoviales y 1 líquido serohemático, por este motivo, nos parece que es de gran utilidad la artrocentesis de la masa acromioclavicular, para poder catalogar la etiología y poder realizar una mejor atención al paciente.

Tipo de tumoración	Patrón ecográfico	Aspecto macroscópico del líquido	Actitud clínico terapéutica
Blanda	Anecoico	Sinovial normal	Observación
Blanda	Hipoecoica Heterogénea	Hematoma	Observación
Blanda	Heterogénea	Serohemático	Observación

Conclusiones: 1) Ante una masa en la articulación acromio-clavicular la actitud terapéutica debe basarse en una evaluación ecográfica y el perfil clínico. 2) No son necesarias otras exploraciones más allá de la ecografía de partes blandas y en escala de grises si no existen signos de sospecha de mal pronóstico. 3) Ante una imagen heterogénea y sobretodo, muy vascularizada, se debe descartar infección, en un adecuado contexto clínico, y proceder a la punción guiada por ecografía. 4) El análisis macroscópico y microscópico del líquido nos descarta procesos agudos y graves susceptibles de iniciar un tratamiento específico adecuado.

272. ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y SEGURIDAD DURANTE EL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO (104 SEMANAS) CON APREMILAST, UN INHIBIDOR DE FOSFODIESTERASA 4 DE ADMINISTRACIÓN ORAL, EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: RESULTADOS DE UN ESTUDIO FASE III, ALEATORIZADO, CONTROLADO Y UNA FASE DE EXTENSIÓN ABIERTA

F.J. Blanco¹, C.J. Edwards², J. Crowley³, C. Hu⁴, K. Shah⁴ y C.A. Birbara⁵

¹INIBIC-Hospital Universitario A Coruña. ²Hospital Universitario Southampton. Southampton. Reino Unido. ³Bakersfield Dermatology. Bakersfield. CA. EEUU. ⁴Celgene Corporation. Summit. NJ. EEUU.

⁵Facultad de Medicina. Universidad de Massachusetts. Worcester. MA. EEUU.

Introducción: Apremilast (APR), un inhibidor de fosfodiesterasa 4 de administración oral, actúa regulando las respuestas inmunitarias en artritis psoriásica (APs). El estudio PALACE 3 comparó APR frente a placebo en pacientes con APs activa, a pesar de tratamiento previo con FAME convencionales y/o biológico. Se describe la eficacia y seguridad de APR durante 104 semanas (sem).

Métodos: Los pacientes fueron aleatorizados (1:1:1) a recibir placebo, APR 30 mg 2v/día (APR30) o APR 20 mg 2v/día (APR20) estratificados en función del uso basal de FAME (sí/no) y afectación psoriásica (BSA < 3%/= 3%). La fase controlada continuó hasta la sem 24, con una opción de escape temprano en sem 16. En la sem 24, todos los pacientes que continuaban en el grupo placebo se sometieron a una nueva aleatorización a APR30 o APR20. La fase doble ciego con APR continuó hasta la sem 52; posteriormente, los sujetos

podieron seguir recibiendo APR durante un máximo de 4 años adicionales en un estudio de extensión abierta.

Resultados: 505 pacientes fueron aleatorizados y recibieron = 1 dosis del fármaco del estudio (placebo: n = 169; APR30: n = 167; APR20: n = 169); el 82% de los sujetos incluidos en el segundo año de tratamiento con APR completaron las 104 semanas de terapia. En el momento basal, el 65,7% y 27,7% de los pacientes con APR30 y el 61,8% y 28,6% de los sujetos con APR20 presentaban enfermedad moderada (DAS-28 [PCR]): = 3,2 a = 5,1) y grave (DAS-28 [PCR]: > 5,1), respectivamente. En la Semana 52, se alcanzó remisión DAS-28 (PCR) en el 33,0%/29,8% de los pacientes que recibían APR30/APR20; los cambios medios en DAS-28 (PCR) para APR30/APR20 se situaron en -1,37/-1,24. También se demostró un alivio prolongado de los signos/síntomas y mejorías en la función física con APR a las 52 semanas por: cambio porcentual medio en NAI (APR30: -67,6%; APR20: -63,8%); cambio porcentual medio en NAD (APR30: -55,3%; APR20: -51,3%); cambio medio en HAQ-DI (APR30: -0,35; APR20: -0,33); porcentajes de sujetos con HAQ-DI con valor superior al umbral de diferencias mínimas clínicamente importantes (DMCI) = 0,30 (APR30: 53,1%; APR20: 48,3%); tasas de respuesta de ACR20/ACR50/ACR70 (APR30: 61,3%/30,7%/12,0%; APR20: 56,4%/25,9%/12,6%); tasas de respuesta de PASI-75/PASI-50 (APR30: 35,4%/54,5%; APR20: 29,9%/54,0%). Las mejorías se mantuvieron a lo largo de 104 semanas, tal y como se muestra en: logros de remisión de DAS-28 (PCR) (APR30: 43,4%; APR20: 44,0%); cambio medio en DAS-28 (PCR) (APR30: -1,59; APR20: -1,56); cambios porcentuales medios en NAI (APR30: -74,7%; APR20: -72,6%); cambios porcentuales medios en NAD (APR30: -66,5%; APR20: -59,2%); cambio medio en HAQ-DI (APR30: -0,41; APR20: -0,36); porcentajes de sujetos con HAQ-DI con valor superior al umbral de diferencias mínimas clínicamente importantes (DMCI) = 0,30 (APR30: 51,6%; APR20: 49,6%); tasas de respuesta de ACR20/ACR50/ACR70 (APR30: 66,5%/37,3%/21,0%; APR20: 63,2%/35,6%/21,6%); tasas de respuesta de PASI-75/PASI-50 (APR30: 49,4%/63,3%; APR20: 33,8%/51,5%). Los acontecimientos adversos (AA) referidos en = 5% de los pacientes expuestos a APR en los periodos entre las semanas 0 a = 52 y > 52 a = 104 fueron nasofaringitis e infección de las vías respiratorias superiores; la mayoría de los AA fueron de gravedad leve o moderada. Se produjeron AA graves en el 5,8% (APR30) y 6,2% (APR20) durante las Semanas 0 a = 52 y en el 8,7% (APR30) y 7,5% (APR20) durante las semanas > 52 a = 104. La suspensión del tratamiento debido a AA fue menos frecuente en las Semanas > 52 a = 104 (3,5%) que en las semanas 0 a = 52 (7,5%).

Conclusiones: A lo largo de 104 semanas, APR demostró mejorías sostenidas y significativas desde un punto de vista clínico en la actividad de la enfermedad, funcionamiento físico y psoriasis asociada a APs. Asimismo, APR siguió demostrando un perfil de seguridad favorable y, en general, fue bien tolerado.

273. DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE LA EVALUACIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE CON ARTROSIS Y NECESIDAD DE ARTROPLASTIA DE CADERA O RODILLA

M.A. Ruiz Ibán¹, A. Tejedor², J.C. Hermosa², J. Montfort³, M.J. Pena⁴, E. Gil Garay⁵, C. Revenga⁶, J.M. López Millán⁷, A. Montero Matamala⁸, A. Capa Grasa⁹, M.J. Navarro¹⁰, M. Gobbo¹¹ y E. Loza¹²

¹Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Centro de Salud Las Ciudades. Getafe. ³Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ⁴Enfermería. EAP Sector II. Zaragoza. ⁵Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁶Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital San Juan Grande. Jerez de la Frontera. ⁷Unidad de Dolor. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ⁸Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. ⁹Servicio de Rehabilitación y Medicina Física. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ¹⁰Servicio de Rehabilitación y Medicina Física. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. ¹¹Psicólogo. Positivamente Centro de Psicología. Madrid. ¹²Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid.

Objetivos: Desarrollar recomendaciones sobre la evaluación y manejo del paciente con artrosis e indicación de artroplastia de cadera y rodilla (previas a la cirugía, durante la misma y posteriormente) basadas en la mejor evidencia y experiencia.

Métodos: Las recomendaciones se emitieron siguiendo la metodología de grupos nominales. Se seleccionó un grupo de expertos (3 traumatólogos, 2 médicos rehabilitadores, 2 anestesiólogos, 2 médicos de atención primaria, 1 reumatólogo, 1 psicóloga, y 1 enfermera) que en la primera reunión definieron el alcance, usuarios, apartados del documento, posibles recomendaciones, revisiones sistemáticas y se asignaron tareas. Se realizaron 3 revisiones sistemáticas para apoyar el documento sobre 1) eficacia y seguridad de los fast-tracks en pacientes con indicación de artroplastia de cadera y rodilla; 2) eficacia y seguridad de las intervenciones cognitivo-conductuales en

Tabla Póster 273

#	Recomendación
1	Seguir las recomendaciones de guías y consensos en relación al manejo del dolor, mantenimiento de la función, mejora de la calidad de vida y del estado de ánimo.
2	Identificar la presencia de sensibilización central al dolor, catastrofismo y capacidad de afrontamiento
3	Consensuar con el paciente un plan que incluya objetivos terapéuticos, opciones de tratamiento –farmacológico y no farmacológico–, cuidados y actuaciones, cuya adherencia y eficacia sean evaluadas periódicamente.
4	Usar medidas objetivas para evaluar a los pacientes que incluyan tanto la valoración clínica completa del paciente como la adherencia al plan terapéutico.
5	Consultar con otros especialistas y profesionales de la salud cuando sea necesario o esté indicado (en caso de fracaso terapéutico, dudas diagnósticas, etc.) estableciéndose en su caso criterios claros y objetivos de derivación.
6	Designar, entre todos los profesionales de la salud implicados en el cuidado de estos pacientes, a uno que sea el responsable principal y coordine todo el proceso.
7	Potenciar el papel de enfermería en el cuidado de estos pacientes así como en relación a sus responsabilidades en todo el proceso.
8	Fomentar la coordinación y colaboración entre todos los profesionales de la salud y de los recursos sociosanitarios implicados en el cuidado de estos pacientes.
9	Informar sobre la enfermedad y el plan terapéutico, incluyendo la cirugía.
10	Implicar y hacer corresponsable al paciente en la toma de decisiones.
11	Iniciar, previamente a la cirugía, un programa de rehabilitación y ejercicios
12	Tratar de manera decidida el dolor en los pacientes que presenten niveles de dolor preoperatorio moderado o intenso.
13	Implantar protocolos específicos de acogida al ingreso hospitalario que prevengan errores médicos, mejoren los resultados de la cirugía y aseguren los cuidados necesarios
14	Implantar un protocolo multidisciplinar tipo fast-track
15	Que tras la cirugía se movilice precozmente (a las 24 horas) la articulación y al paciente y que se inicie la rehabilitación específica
16	Realizar in informe de alta que incluya información detallada de la intervención, evaluación del nivel del dolor y funcionamiento del paciente, así como el tratamiento a seguir.
17	Realizar una monitorización estrecha de posibles síntomas o signos de mala evolución de la prótesis, con especial énfasis en la detección precoz de infecciones.
18	Realizar una evaluación precoz de la presencia de síntomas y signos de dolor neuropático localizado.
19	Disponer de un plan de revisiones multidisciplinarias coordinado y adaptado a las necesidades y características del paciente.
20	Adaptar la rehabilitación a las características del paciente y a los recursos disponibles en su centro o área de salud.

pacientes con indicación de artroplastia de rodilla y/o cadera con dolor catastrófico; 3) eficacia y seguridad del control (manejo) del dolor agudo posquirúrgico en los resultados post-quirúrgicos a medio y largo plazo. Junto con ellas se realizó una amplia revisión narrativa de los siguientes temas: evaluación y manejo del dolor con sensibilización central, y sobre la eficacia de la rehabilitación pre-quirúrgica en el dolor, función etc. post-quirúrgico de los pacientes sometidos a artroplastia de cadera y/o rodilla. Los expertos redactaron los apartados y generaron las recomendaciones correspondientes. El nivel de evidencia y el grado de recomendación (GR) se clasificará según el modelo del Center for Evidence Based Medicine de Oxford y el grado de acuerdo se extraerá por técnica Delphi (2 rondas). Se definirá acuerdo si al menos el 70% de los participantes votan = 7. El documento completo se circulará entre los expertos para su última revisión. El proyecto está siendo coordinado por un experto metodólogo.

Resultados: Se generaron un total de 20 recomendaciones preliminares que se muestran en la tabla.

Conclusiones: Una correcta evaluación, seguimiento y manejo integral y coordinado del paciente con artrosis e indicación de artroplastia de cadera y rodilla puede mejorar tanto los resultados del paciente como los del sistema.

274. EFECTIVIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA CON ABATACEPT INTRAVENOSO EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE: DIFERENCIAS EN LAS TASAS DE RETENCIÓN Y RESPUESTA CLÍNICA EN PACIENTES ESPAÑOLES TRATADOS O NO CON AGENTES BIOLÓGICOS PREVIOS. RESULTADOS DEL ANÁLISIS INTERMEDIO A 6 MESES DEL ESTUDIO ACTION

F. Navarro Sarabia¹, A. Rodríguez de la Serna², F.J. Blanco García³, S. Marsal Barri⁴, J.A. González Ferrández⁵, D. Palma-Sánchez⁶, J.J. Sancho Jiménez⁷, R. Torralba Vasco⁷ y S. Luján Valdés⁷, en representación del Grupo ACTION en España

¹Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³INIBIC-Hospital Universitario A Coruña. ⁴Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ⁵Hospital General Universitario de Elche. ⁶Hospital Rafael Méndez. Lorca. ⁷Departamento Médico de Bristol-Myers Squibb.

Introducción: El estudio ACTION ha demostrado que abatacept (ABA) es un tratamiento eficaz y bien tolerado en pacientes con artritis reumatoide (AR). Publicaciones anteriores mostraron los resultados de aquellos pacientes incluidos en la primera cohorte del estudio ACTION entre 2008 y 2013.

Objetivos: Evaluar las tasas de retención y la efectividad clínica de ABA intravenoso durante 6 meses en la población española incluida en el estudio ACTION entre 2011 y 2014.

Métodos: El estudio ACTION es un estudio internacional, no intervencionista y de dos años de duración que analiza varias cohortes de pacientes con AR que fueron tratados con ABA intravenoso: A) ABA como primer agente biológico tras fallo a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FAME); B) ABA tras fallo a un agente biológico previo; y C) ABA tras fallo a 2 o más agentes biológicos previos.

Resultados: Se incluyeron un total de 113 pacientes, de los que 111 fueron evaluables. De los pacientes evaluables, 27 no habían

recibido tratamiento previo con agentes biológicos (naïve) y en 84 pacientes había fallado el tratamiento con uno o más agentes biológicos. En 110 se administró corticosteroides (71,2%), metotrexato (36,9%) y otros FAME (31,5%). ABA fue administrado como agente único en 15 pacientes (13,5%). La edad media fue de 57,4 años (desviación típica = 13,1 años) y la proporción de hombres y mujeres fue de 20% y 80% respectivamente. El tiempo medio de diagnóstico de la enfermedad fue de 7,4 años para pacientes naïve y de 12,5 años para pacientes con fallo a un tratamiento biológico previo. El valor medio del índice DAS28 basal para todos los pacientes fue de 5,02. Tras 6 meses de seguimiento, la tasa de retención fue del 84,6% para los pacientes en tratamiento con ABA tras fallo a FAME, del 88,0% para ABA tras fallo a un agente biológico, y del 79,3% para ABA tras fallo a dos o más agentes biológicos. La tasa de abandono por falta de eficacia fue mayor en segunda línea. La efectividad del tratamiento se evaluó según varios índices de actividad. Respecto a la situación basal y tras 6 meses, el DAS28 descendió 1,37; 0,56 y 0,48 puntos respectivamente para cada cohorte de tratamiento; CDAI disminuyó 12,91; 12,68 y 9,79 puntos respectivamente; y el cuestionario de función HAQ-DI descendió 0,43; 0,29 y 0,11 puntos respectivamente. Los pacientes tratados con ABA tras fallo a FAME tuvieron un menor número de articulaciones inflamadas y una mayor tasa de remisión a los 6 meses. La remisión por criterios booleanos a los 6 meses se alcanzó en 21,4% de los pacientes con fallo a FAME y en 11,8% de quienes recibieron ABA tras el fracaso de un agente biológico.

Conclusiones: Los resultados del estudio ACTION en la población española con AR son consistentes con la experiencia clínica anterior y corroboran el efecto beneficioso de ABA intravenoso en estos pacientes. Nuestros datos sugieren que ABA es más efectivo cuando se utiliza en primeras líneas de tratamiento de la AR. De forma global, las tasas de retención con ABA fueron altas en todas las cohortes de tratamiento.

Estudio financiado por Bristol-Myers Squibb, incluyendo la redacción médica de este resumen por parte de Springer Healthcare Ibérica.

3.ª Sesión

Sábado, 21 de mayo

275. USO DE LA ECOGRAFÍA EN LA VALORACIÓN DIAGNÓSTICA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL HOMBRO DOLOROSO

C.A. Guillén Astete¹, J. Usón², A. Rodríguez García¹, F. Francisco Hernández³, M. Jiménez Palop⁴ y P. Macarrón Pérez⁵, en representación del Grupo Ecoser

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Hospital Universitario de Móstoles. Madrid. ³Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ⁵Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: La ecografía es una herramienta de imagen accesible y fiable que se emplea para el diagnóstico y tratamiento del hombro

Tabla Póster 274

Tasas de retención y motivos de abandono del tratamiento

		ABA tras fallo a FAME	ABA tras 1 agente biológico previo	ABA tras ≥ 2 agentes biológicos previos
Tasas de retención		84,6% (22/26)	88,0% (22/25)	79,3% (46/58)
Motivos de abandono	Falta de eficacia	25,0% (1/4)	66,7% (2/3)	91,7% (11/12)
	Intolerancia	50,0% (2/4)	33,3% (1/3)	8,3% (1/12)
	Mal cumplimiento	25,0% (1/4)	0%	0%

ABA: abatacept; FAME: fármaco antirreumático modificador de la enfermedad

doloroso (HD). Se desconoce, sin embargo, como la información que aporta a E influye en la toma de decisiones terapéuticas. El objetivo de este estudio del grupo de trabajo ECOSER, fue conocer el estado del arte de la ecografía de hombro (EH) como herramienta para el estudio HD así como la indicación de procedimientos terapéuticos.

Métodos: Se realizó una encuesta de ámbito nacional dirigida a reumatólogos en formato electrónico a través de la plataforma Google Forms®. La encuesta fue distribuida en dos tiempos por medio del boletín informativo de la Sociedad Española de Reumatología. La concepción y elaboración de la encuesta corrió a cargo de un panel de reumatólogos con amplia experiencia clínico-ecográfica en HD.

Resultados: Se recogieron 84 encuestas válidas procedentes de 52 instituciones sanitarias distintas. Aspectos demográficos: Edad: < 35 años: 19%; > 56 años: 15,2%. Experiencia reumatológica < 5, 5-10, 10-20 o > 20 años: 17,9%, 16,7%, 38,5% y 26,9%, respectivamente. El 68,4% realizaban e. media de EH realizadas (por cada 100 exploraciones): 39,1 (mediana 30, rango 3-100). Opinión sobre la E en la valoración del HD: El 89,1%, 72,7% y 70,9% manifestaron respectivamente que la ecografía es la mejor técnica de imagen para el estudio del HD, en el debut de HD se debe contar con una ecografía y que antes de practicar una infiltración se debe contar con una EH. La puntuación otorgada (0-100) a la importancia de diferentes aspectos que influyen en indicar una infiltración fue: 77,7 para el grado de limitación funcional, 70,6 para la presencia de dolor nocturno, 63,3 para la falta de respuesta a AINEs, 56,3 para la opinión del paciente, 51,8 para la lesión morfológica por ecografía, 44,9 para el dolor diurno y 38,7 para antecedentes de diabetes mellitus o anticoagulación. Aspectos relacionados con la técnica de infiltración (tabla). El 67,4% declaró preferir el acceso subacromial en tendinosis con bursitis. En tendinosis calcificantes con y sin pinzamiento subacromial, el acceso ecoguiado sobre la propia calcificación fue el preferido por 66,6% y 65,3% de los encuestados. El 92% se manifestó a favor de realizar una aspiración antes de infiltrar ante roturas tendinosas. El 69,2% indicó que el tamaño de la rotura no condiciona la indicación de infiltrar. El 28,8% reconoció estar entrenado en la técnica de bloqueo del nervio subescapular y de ellos el 63,6% utiliza como acceso la escotadura supraescapular.

Conclusiones: El perfil de los encuestados denota que la EH añade información al diagnóstico clínico y vía de acceso para realizar infiltraciones con y sin control ecográfico.

276. CARACTERÍSTICAS Y DISTRIBUCIÓN DE LA PATOLOGÍA VALORADA EN LA UNIDAD DE APARATO LOCOMOTOR. ANÁLISIS SOBRE 1.005 PACIENTES

J.A. Paz Solarte¹, E. Sánchez Parejo² y A. Muñoz Jiménez¹

¹Unidad de Aparato Locomotor. Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Facultad de Farmacia. Universidad de Sevilla.

Introducción: Presentamos los datos de la consulta de Aparato Locomotor de enero y junio de 2015 del H.U. Virgen del Rocío-Sevilla. Estudio: observacional, tipo descriptivo.

Objetivos: Conocer las características y la distribución de las enfermedades del aparato locomotor que afectan a los pacientes del área de influencia del H.U. Virgen del Rocío.

Resultados: El 64,5% de las consultas corresponden al sexo femenino. La media de edad de los pacientes fue de 52 años. El peso medio de 81 kg y la estatura media de 1,67 metros. La artrosis ostenta el principal motivo de consulta 70% (700 pacientes). Le siguen otras alteraciones de los tejidos blandos (no artrosis): 27%. Los procesos inflamatorios no superan el 2,5% de todas las consultas. La región anatómica más afectada por la artrosis fue la rodilla 10%. Seguida por la columna vertebral 8% (lumbar 7,1% y cervical 1,3%). La artrosis de mano presentó un porcentaje bajo: 1%; si tenemos en cuenta que la mayoría de los pacientes fueron mujeres. La fibromialgia merece una mención especial por su frecuencia alta. 5% del total de los pacientes compartían este diagnóstico. Datos mundiales apuntan a una afectación entre 2 y 4% de la población, mientras que en España no sobrepasa el 2,5%. Metabolismo óseo: la osteoporosis estaba presente en el 5% de los pacientes y la osteopenia en el 1%. Menos del 1% de los pacientes tenían tratamiento con bifosfonatos, cifra baja cuando el 2% de los pacientes ya tenían antecedentes de fractura, la mitad de ellas localizadas a nivel vertebral. Solo el 5% tomaban suplementos de Ca+ y Vit D y menos del 1% condroprotectores. Anomalías morfológicas: El trastorno más frecuente fue el pie cavo 7,3%, seguido por hallux valgus 7% y la metatarsalgia bilateral 6%; estas tres entidades alcanzan una cifra significativa cercana al 20% del total de las consultas. Es llamativo este porcentaje, por las posibles secuelas: Dolor crónico, incapacidad funcional y dificultades para la marcha. El 3,6% de los pacientes tenían espolón calcáneo, cifra baja al compararla con otras series donde alcanza un 10%. Afectación de partes blandas: La rodilla fue la articulación más afectada, seguida por el hombro y curiosamente la tendinitis de Quervain y la epicondilitis ocuparon el tercer lugar, afectando juntas al 3% de los casos. La epicondilitis fue más frecuente que la epitrocleítis con una relación 3:1. Patología no artrósica de rodilla: El 11% de los pacientes sufrían una gonalgia relacionada con afectación de partes blandas, siendo la tendinitis anserina la más frecuente. Patología no artrósica de hombro: afectaba al 6%. El dolor fue el síntoma cardinal y la tendinopatía la causa en la mitad de los casos. Llama la atención que solo el 5% de los pacientes habían recibido una infiltración articular y menos del 0,5% más de una.

Conclusiones: La patología que afecta el aparato locomotor es diversa, de evolución crónica, de difícil tratamiento y con efectos negativos sobre la calidad de vida de los pacientes. En nuestro estudio, la artrosis representa el principal motivo de consulta y afecta predominantemente a mujeres en edad económica y laboralmente activa, lo que puede llegar a suponer un problema de salud pública, dado el mal control sintomático y el ausentismo laboral. Deseamos que este estudio sea la base de nuevas investigaciones destinadas al mejoramiento de estrategias de prevención, minimizar el impacto socio-sanitario y económico que este tipo de enfermedades crónicas acarrear.

Tabla Póster 275

Vía de acceso de la infiltración y % respecto del total de preferencias para una misma lesión morfológica

Lesión morfológica	Subacromial	%	Posterior	%	Anterior	%	Uso de la ecografía para guiar la punción	%
Tendinosis TSE sin bursitis	25	48,1	18	34,6	9	17,3	20	38,5
Tendinosis TSE con bursitis	29	67,4	3	7,0	11	25,6	40	93,0
Rotura completa TSE	15	28,8	24	46,2	13	25,0	18	34,6
Rotura parcial TSE, sin bursitis	17	34,0	24	48,0	9	18,0	23	46,0
Rotura parcial TSE, con bursitis	21	50,0	8	19,0	13	31,0	41	97,6
Rotura TSE, artrosis y derrame articular	6	15,8	22	57,9	10	26,3	32	84,2
Rotura TSE, artrosis sin derrame articular	4	9,1	32	72,7	8	18,2	17	38,6

277. IL-23P19 IS IDENTIFIED AS AN ENDOTHELIAL PRO-INFLAMMATORY PEPTIDE THAT IS EXPRESSED IN GIANT CELL ARTERITIS

G. Espigol-Frigole^{1,2}, E. Planas^{1,2}, H. Ohnuki¹, O. Salvucci¹, H. Kwak¹, M.C. Cid² and G. Tosato¹

¹Laboratory of Cellular Oncology, Center for Cancer Research, National Cancer Institute, National Institutes of Health, Bethesda MD, EEUU.

²Department of Systemic Autoimmune Diseases, Hospital Clínic, University of Barcelona, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona.

Introduction and objectives: IL-23, a heterodimeric cytokine composed of the unique p19/IL-23A peptide and the shared IL-12p40/IL-12β chain, is implicated in rheumatoid arthritis, psoriasis and other immune-mediated inflammatory diseases. In recent years it has become apparent that Th17-mediated mechanisms also contribute to giant cell arteritis (GCA). No function has previously been attributed to the IL-23p19 peptide. Since IL-23p19 is expressed in endothelial cells and in other cells without IL-12/IL-23p40 to enable IL-23 production, we tested whether it is active on its own.

Methods: p40 and p19 mRNAs were measured by real-time quantitative RT-PCR in temporal artery biopsies of 57 patients with biopsy-proven GCA and 19 controls. Quantitative PCR, immunocytochemistry, immunoblotting and ELISA were used to detect and quantify IL-23p19 expression in primary endothelial cells and tissues. Proximity ligation assay was employed to visualize protein-protein association. Lentiviral vectors were used for protein expression in cells. Functional assays included cell attachment and trans-endothelial migration.

Results: p40, and p19 mRNA concentrations were significantly higher in patients than in controls. We show that adventitial capillaries of inflamed temporal arteries in patients with giant-cell arteritis (GCA) display endothelial IL-23p19-protein but no IL-12/IL-23p40. Pro-inflammatory signals promote IL-23p19 protein expression in endothelial cells, but not its secretion. Intracellular IL-23p19 induces ICAM-1 and VCAM-1 adhesion molecules expression in endothelial cells enhancing leukocyte attachment to endothelium and trans-endothelial migration. Mechanistically, intracellular p19 associates with gp130 signal transducer and induce gp130-STAT3 signaling from an intracellular site.

Conclusions: Our results provide evidence that IL-23p19 is a previously unrecognized endothelial pro-inflammatory peptide that promotes leukocyte transendothelial migration, advancing current understanding of the complexities of inflammatory responses. Since adventitial capillaries are essential for entry of inflammatory cells into the arterial wall, IL-23p19 is a likely contributor to GCA arteritis.

278. COMPARACIÓN ENTRE EL USO DE DICLOFENACO TRANSDÉRMICO Y TERAPIA CON INFILTRACIONES EN EL TRATAMIENTO DE LA TENDINITIS DE D'QUERVAIN CON O SIN SINOVITIS DEMOSTRADA ECOGRÁFICAMENTE

C.A. Guillén Astete y M. Terán Tinedo

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: En estudios previos hemos observado que la ausencia de derrame sinovial en el primer compartimento de los extensores del carpo se asocia a una respuesta favorable al uso de diclofenaco transdérmico (parche) en pacientes con tendinitis de D'Quervain (TDQ). El propósito de presente estudio es comparar el beneficio de dicho tratamiento con las infiltraciones de corticoesteroides en este tipo de patología demostrada ecográficamente.

Métodos: Estudio transversal, retrospectivo comparativo de dos grupos de pacientes tratados con distintos abordajes en el contexto de práctica clínica habitual a lo largo de 2013-2014. Ambos grupos estuvieron diagnosticados de TDQ con confirmación ecográfica y fueron

tratados mediante infiltraciones de corticosteroides, AINEs sistémicos o diclofenaco percutáneo según criterio del clínico correspondiente. Se revisaron los diagnósticos de TDQ del periodo señalado, sus correspondientes informes ecográficos y las fichas de seguimiento de pacientes atendidos por la unidad de urgencias reumatológicas. Los criterios de exclusión fueron: informe ecográfico incompleto, e inaccesibilidad a los datos de la ficha de seguimiento. Del informe ecográfico se consignó la presencia o ausencia de tendinosis y la presencia o ausencia de sinovitis en el primer compartimento de los extensores. Ambas consideraciones se adherieron a las definiciones estándar Eular. **Resultados:** Se incluyeron 87 registros. Todas las prescripciones de diclofenaco transdérmico (41) se hicieron a dosis de 140 mg/12 horas durante 3 a 5 días. Las infiltraciones con corticoides se hicieron con acetónido de triamcinolona a dosis de 40 mg (19), 20 mg (12) y no especificada (14). 42 registros ecográficos detectaron tendinosis + sinovitis y 45 tendinosis sin sinovitis. En todos los pacientes se indicó ferulización inmovilizadora. La tabla adjunta resume los resultados de las valoraciones realizadas en el momento basal, a los 7 días y la gradiente de modificación de la intensidad del dolor medida mediante una escala visual analógica (EVA) del dolor. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes tratados con infiltraciones de corticoesteroides o diclofenaco transdérmico tanto en el grupo de TDQ con sinovitis o sin sinovitis.

	Tendinosis con sinovitis		Tendinosis sin sinovitis	
	Diclofenaco transdérmico (N = 22)	Infiltración (N = 20)	Diclofenaco transdérmico (N = 19)	Infiltración (N = 26)
EVA dolor basal (media y DE)	6,5 DE 2,9	6,3 DE 3,0	6,2 DE 2,8	5,8 DE 3,1
EVA dolor 7 días	4,7 DE 2,1	4,4 DE 3,4	4,8 DE 3,0	4,6 DE 2,9
Variación EVA dolor al 7º día	-1,8	-1,9	-1,4	-1,2
Reducción EVA dolor 7º día	-27,6%	-30,1%	-22,5%	-20,6%
Acontecimientos adversos	0	0	1 (alergia local)	0

Conclusiones: A corto plazo, la administración de diclofenaco transdérmico parecer se comparable a la realización de infiltraciones en términos de reducción del dolor. Aunque nuestra cohorte es pequeña y nuestro diseño es retrospectivo, creemos que su uso puede ser una alternativa válida en pacientes con TDQ con restricciones al tratamiento con infiltraciones con corticosteroides.

279. BARRERAS Y FACILITADORES EN LA EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN LA PRÁCTICA DIARIA: PROYECTO APROXIMA

J.C. Torre Alonso¹, C. Castillo², J. Gratacós³, V. Navarro-Compán⁴, C. Rodríguez Lozano⁵, J. Sanz⁶, A. Sellas⁷ y P. Zarco⁸

¹Hospital Monte Naranco, Oviedo. ²Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant, Alicante. ³Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell.

⁴Hospital Universitario IdiPaz, Madrid. ⁵Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria. ⁶Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid. ⁷Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. ⁸Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

¹Hospital Monte Naranco, Oviedo. ²Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant, Alicante. ³Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell.

⁴Hospital Universitario IdiPaz, Madrid. ⁵Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria. ⁶Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid. ⁷Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. ⁸Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Introducción: El estudio EmAR II (http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/EMAR_Informe.pdf), mostró una gran variabilidad en la evaluación y manejo de pacientes con espondiloartritis incluyendo la artritis psoriásica (APs).

Objetivos: Explorar las barreras que los pacientes con APs y reumatólogos tienen en relación a la evaluación y manejo de la APs y proponer facilitadores.

Métodos: Análisis cualitativo del discurso en grupos focales para identificar los elementos que configuran la realidad estudiada, des-

cribir las relaciones entre ellos y sintetizar el resultado mediante: 1) Segmentación según criterios temáticos, 2) Categorización en función de situaciones, relaciones, opiniones, sentimientos u otras, 3) Codificación de las diversas categorías e 4) Interpretación de los resultados. Se realizaron 2 grupos focales, uno con pacientes con APs y otro con reumatólogos. Se diseñaron para ambos casilleros tipológicos para asegurar la máxima representatividad de la muestra.

Resultados: Se realizaron dos grupos focales de 2 horas de duración cada uno, el primero con 6 pacientes con APs reclutados a partir de asociaciones de pacientes (83% hombres, 50% entre 40 y 60 años y 83% con enfermedad de más de 10 años). El segundo con 7 reumatólogos (todos menos uno mujeres de edades medias), con los que se contactó directamente. Se identificaron 1) en los pacientes barreras a la correcta evaluación y manejo del paciente con APs, entre las que destacaron: retraso en el diagnóstico; cansancio ("paciente quemado" que provoca problemas de adherencia a visitas y tratamientos); desconfianza (se visitan 2 especialistas que a veces incluso se contradicen); desconocimiento de la enfermedad (características, pronóstico, tratamientos, etc.); otros factores personales como la ansiedad o depresión o factores de índole socio-cultural. Y 2) en los reumatólogos barreras como: falta de enfoque de la APs como una enfermedad potencialmente grave, falta de formación, falta de abordaje holístico de APs (aspectos emocionales, calidad vida); variabilidad en las medidas de resultado, desconfianza sobre la validez de muchas de ellas; falta de factores pronóstico de respuesta al tratamiento; falta de tiempo en las consultas; pobre colaboración, comunicación y coordinación entre especialistas, especialmente entre reumatólogos y dermatólogos pero también con atención primaria. Se consideraron como facilitadores los contrarios a las barreras, así como las asociaciones de pacientes, y el apoyo social y del entorno familiar.

Conclusiones: Aparte de reconocer la existencia de factores personales poco modificables, en general los pacientes reclaman mayor conocimiento y educación sobre su enfermedad, coherencia de mensajes recibidos (incluyendo la colaboración y comunicación entre especialistas). Los reumatólogos además una mejor estandarización de la evaluación y manejo de la enfermedad.

280. PSORIASIS PARADÓJICA EN PACIENTES REUMÁTICOS CON TRATAMIENTO BIOLÓGICO

I. Balaguer Trull, C. Campos Fernández, A. Rueda Cid, R. Martín de la Leona Miñana, M.D. Pastor Cubillo, M.I. González-Cruz Cervellera y J. Calvo Catalá

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

Introducción: Los beneficios de la terapia biológica en las enfermedades inflamatorias son ampliamente conocidos, tanto en enfermos reumatológicos como en psoriasis y en la enfermedad intestinal inflamatoria. También son conocidos distintos efectos adversos, siendo la psoriasis paradójica uno de ellos: aparición o reagudización de lesiones de psoriasis en pacientes sometidos a terapia biológica, cuando se ha demostrado la efectividad de estos tratamientos en pacientes con psoriasis cutánea.

Objetivos: El objetivo es conocer la evidencia disponible sobre la psoriasis paradójica en pacientes sometidos a terapia biológica, analizando los casos detectados en nuestro servicio de Reumatología.

Métodos: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica con criterios de inclusión/exclusión, encontrando 37 publicaciones y 213 casos descritos. Hemos revisado los casos de psoriasis paradójica detectados en nuestra casuística.

Resultados: Se evidencia: mayor frecuencia en mujeres y con edad media de 35 años. Se ha descrito sobre todo en pacientes con enfermedad de Crohn, seguido de artritis reumatoide (AR), psoriasis y artropatía psoriásica (APs), colitis ulcerosa y espondiloartritis (SpA). El fármaco más prevalente ha sido el infliximab (IFX), quizá por

ser el primer fármaco utilizado, seguido de adalimumab (ADL) y etanercept (ETN), siendo el resto de anti TNF así como otras dianas terapéuticas, testimonial, quizá en relación con su menor uso. El tiempo de latencia medio ha sido de 16 meses desde el inicio del tratamiento. En el 66% de casos, la remisión de las lesiones fue completa, manteniendo generalmente el mismo tratamiento. En nuestro servicio hemos detectado solo 4 casos de psoriasis paradójica en nuestros pacientes, siendo un porcentaje mínimo. Un 50% han sido mujeres con edad media de 45,5 años. Todos los pacientes han sido tratados con ADL, si bien era el fármaco más utilizado. El tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento fue de 27 meses. Se mantuvo el mismo tratamiento en el 75% de casos. Es importante la colaboración con dermatología, ya que el tratamiento tópico, solucionó la clínica dermatológica en el 50% de casos. Caso 1. Mujer de 41 años con diagnóstico de AR que tras 19 meses de tratamiento con ADL, presenta psoriasis en placas en tronco y extremidades. Se mantiene el mismo tratamiento, desapareciendo las lesiones cutáneas. Caso 2. Varón de 54 años diagnosticado de APs y tratado con ADL. Tras 44 meses de tratamiento, importante agravamiento de lesiones cutáneas, tratado localmente con corticoides en el servicio de Dermatología y manteniendo el ADL. Mejoría articular y cutánea a los 3 meses. Caso 3. Mujer de 51 años diagnosticada de AR. Tras 25 meses de tratamiento con ADL, se evidencian lesiones de psoriasis en placas en extremidades. Se cambió a ETN (el paciente no quiso continuar con mismo tratamiento), con resolución completa de lesiones cutáneas y manteniendo también la artritis en remisión. Caso 4. Varón de 36 años con diagnóstico de SpA. Tras 20 meses de tratamiento con ADL y buen resultado articular, aparición de lesiones psoriásicas en brazos, cabeza y palmoplantar. Tratado conjuntamente con el servicio de Dermatología, etiquetamos al paciente de psoriasis paradójica y mantenemos el mismo tratamiento añadiendo tratamiento tópico, con lo que mantiene la mejoría articular y desaparecen las lesiones cutáneas.

Conclusiones: Los datos de nuestros pacientes varían ligeramente respecto a los descritos en la bibliografía, quizá por el poco número de pacientes presentados. Habitualmente, no se precisa el cambio de terapia biológica. Resaltamos la importancia de la colaboración de Reumatología y Dermatología para una mejor resolución de la sintomatología.

281. APREMILAST, UN INHIBIDOR DE FOSFODIESTERASA 4 DE ADMINISTRACIÓN ORAL, SE ASOCIA A MEJORÍAS A LARGO PLAZO (104 SEMANAS) EN PACIENTES CON ENTESITIS Y DACTILITIS QUE PADECEN ARTRITIS PSORIÁSICA: RESULTADOS CONJUNTOS DE TRES ENSAYOS FASE III ALEATORIZADOS Y CONTROLADOS

C. González¹, D.D. Gladman², S. Hall³, A. Kavanaugh⁴, J.J. Gómez-Reino⁵, J. Wollenhaupt⁶, M. Cutolo⁷, G. Schett⁸, E. Lespessailles⁹, M. McIlraith¹⁰, C. Hu¹⁰, C.J. Edwards¹¹, C.A. Birbara¹² y P.J. Mease¹³

¹Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Hospital Toronto Western. Toronto. ON. Canadá. ³Universidad de Monash. Cabrini Health. Melbourne. Australia. ⁴Universidad de California. San Diego. Facultad de Medicina. La Jolla. CA. EEUU. ⁵Hospital Clínico Universitario. Santiago. ⁶Schön Klinik Hamburg Eilbek. Hamburgo. Alemania. ⁷Universidad de Génova. Italia. ⁸Universidad Erlangen-Nuremberg. Erlangen. Alemania. ⁹Universidad de Orleáns. Francia. ¹⁰Celgene Corporation. Summit. NJ. EEUU. ¹¹Hospital Universitario Southampton. Reino Unido. ¹²Facultad de Medicina. Universidad de Massachusetts. Worcester. MA. EEUU. ¹³Centro Médico de Suecia y Facultad de Medicina. Universidad de Washington. Seattle. WA. EEUU.

Introducción: Los estudios PALACE 1 (NCT01172938), PALACE 2 (NCT01212757), y PALACE 3 (NCT01212770) evaluaron la eficacia y

seguridad del tratamiento con apremilast (APR) en pacientes con artritis psoriásica (APs) activa a pesar de haber recibido tratamiento previo con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad convencionales y/o biológico e incluyeron evaluaciones de la eficacia con respecto a numerosos aspectos de la enfermedad. Se llevó a cabo el estudio del impacto del tratamiento con APR en la entesitis y dactilitis, características distintivas de la APs que producen dolor y discapacidad, en un análisis conjunto de PALACE 1, 2 y 3 a lo largo de 104 semanas.

Métodos: Los pacientes fueron aleatorizados (1:1:1) a recibir placebo, APR 30 mg 2v/día (APR30) o APR 20 mg 2v/día (APR20). Desde las Semanas 24 a 52, todos los sujetos recibieron tratamiento con APR30 o APR20 doble ciego; hay una fase de extensión abierta de 4 años aún en curso. Los análisis planificados estudiaron los datos conjuntos de PALACE 1, 2 y 3 en la semana 24 de pacientes con entesopatía y/o dactilitis preexistente de base según la puntuación de Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis (MASES; intervalo: 0-13) y recuento de dactilitis (intervalo: 0-20). Los análisis de la semana 24 utilizaron la metodología de extrapolación de la última observación para los valores faltantes; las Semanas 52 y 104 se basaron en los datos según lo observado.

Resultados: Entre los pacientes con entesitis (n = 915) o dactilitis (n = 610) al inicio y valor post-basal = 1, la media inicial de MASES varió de 4,4 a 4,8 y el recuento de dactilitis estuvo entre 3,2 y 3,4. En la Semana 24, los cambios medios en MASES fueron -1,3 con APR30 (p < 0,05 frente a placebo), -1,2 con APR20 y -0,9 con placebo; los cambios porcentuales en la media/mediana de MASES se situaron en -23,6%/-50,0% con APR30 (en ambos casos p < 0,05 frente a placebo), -19,3%/-40,0% con APR20 y -7,0%/-21,1% con placebo. Se obtuvo un valor de MASES de 0 en el 27,5% de los pacientes tratados con APR30, 27,4% de los sujetos en tratamiento con APR20 y 22,5% de los pacientes que recibieron placebo. Con la administración continua de APR, las mejorías medias en MASES a las 104 semanas fueron de -2,6 con APR30 (n = 302) y -2,6 con APR20 (n = 261); las mejorías porcentuales en la media/mediana de MASES a las 104 semanas fueron de -57,5%/-85,7% con APR30 y -55,2%/-100,0% con APR20. En la semana 104, el 48,7% de los pacientes tratados con APR30 y el 51,7% de los sujetos con APR20 lograron un valor en MASES de 0. El cambio medio en el recuento de dactilitis en la semana 24 fue -1,8 con APR30 (p = 0,0097 frente a placebo), -1,6 con APR20 y -1,3 con placebo; los cambios porcentuales medios/mediana de los cambios porcentuales en el recuento de dactilitis se situaron en -48,6%/-79,3% con APR30, -43,2%/-75,0% con APR20 y -38,2%/-66,7% con placebo. Se obtuvo un recuento de dactilitis de 0 en el 46,2% de los pacientes tratados con APR30, 45,9% de los sujetos en tratamiento con APR20 y 39,0% de los pacientes que recibían placebo. Las mejorías medias en el recuento de dactilitis a las 104 semanas fueron de -2,9 con APR30 (n = 200) y -2,4 con APR20 (n = 182); las mejorías porcentuales en la media/mediana en el recuento de dactilitis fueron de -80,0%/-100,0% con APR30 y -75,6%/-100,0% con APR20. En la semana 104, el 77,5% de los pacientes tratados con APR30 y el 72,5% de los sujetos con APR20 lograron un recuento de dactilitis de 0.

Conclusiones: A lo largo de 104 semanas, el tratamiento con APR demostró una eficacia continua, incluyendo mejorías a largo plazo en entesitis y dactilitis.

282. LESIONES CUTÁNEAS INFLAMATORIAS INDUCIDAS POR FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES

L. Polino, M. Almirall, P. Corzo, F. Castro, F. Ojeda, L. Orpinell, D. Marqués, M.P. Lisbona, P. Rubio, S. Iniesta, M. Ferran, F. Gallardo y J. Maymó

Hospital del Mar/Parc de Salut Mar. Barcelona.

Objetivos: Describir las características principales de nuestra cohorte de pacientes reumatológicos en tratamiento con fármacos

biológicos que han desarrollado lesiones cutáneas inflamatorias (LCI) no presentes previamente.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de variables clínicas e inmunológicas de una cohorte de pacientes de nuestra unidad de artritis tratados con fármacos biológicos y que han desarrollado LCI lo largo del tratamiento, excluyendo lesiones alérgicas, infecciosas y vasculíticas. Las variables clínicas que se evaluaron fueron: diagnóstico reumatológico, fármaco biológico implicado, diagnóstico LCI, tiempo de tratamiento con biológico hasta la aparición de LCI, FAME (fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad) asociado, cambio o suspensión del tratamiento biológico y evolución de LCI. Las variables inmunológicas fueron la presencia de ANAs previos al tratamiento biológico y en el momento de la aparición de la LCI.

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes reumatológicos que desarrollaron LCI (4,42% del total de pacientes en tratamiento biológico). Los diagnósticos reumatológicos fueron espondilitis anquilosante en 11 casos, artritis psoriásica en 6, espondiloartritis indiferenciada en 6, artritis reumatoide en 5, espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal en 2 y enfermedad de Still en 1. Se diagnosticaron 31 LCI: 16 psoriasis cutánea, 5 alopecias areatas, 4 eczemas, 3 lupus cutáneos, 2 hidrosadenitis supurativas y 1 eritema multiforme. De las 16 lesiones psoriasiformes, 9 fueron pustulosis palmoplantares, 5 psoriasis vulgar, 1 psoriasis gutata y 6 psoriasis invertida. Las LCI aparecieron en 15 pacientes tratados con adalimumab, 8 con etanercept, 4 con infliximab, 2 golimumab, 1 con abatacept y 1 con tocilizumab. 5 pacientes recibían tratamiento concomitante con metotrexato, 3 con leflunomida, 1 con salazopirina y 1 con ciclosporina. En 17 pacientes (54,84%) se suspendió el tratamiento. En 8 pacientes las lesiones se resolvieron, en 20 mejoraron y en 3 no se modificaron o empeoraron. El tiempo de aparición de las LCI desde el inicio del fármaco biológico fue muy variable con una media de 100,61 ± 110,78 semanas. 13 pacientes presentaban ANAs positivos antes del tratamiento biológico y 19 en el momento del diagnóstico de la LCI.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes la LCI más frecuente fue la pustulosis palmoplantar. El tiempo de aparición fue muy variable, con una media de 100 semanas. Con mayor frecuencia las lesiones fueron inducidas por fármacos anti-TNF anticuerpos monoclonales. La mayoría de pacientes tuvieron que suspender el tratamiento y tan solo en 8 se obtuvo una resolución total de las lesiones. Un 61,3% de los pacientes presentaron ANAs positivos en el momento del diagnóstico de la LCI.

283. IMPACTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL MANEJO DE GOTA

S.P. Chinchilla Gallo¹, I. Urionagüena Onaindia¹, J. Ugarriza Ortueta² y F. Pérez-Ruiz^{1,3}

¹OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces. Vizcaya. ²Universidad del País Vasco. Facultad de Medicina. ³Instituto de Investigación Biomédica BioCruces. Vizcaya.

Introducción: La gota es la artritis más común en hombres, y por tanto un motivo de consulta frecuente en atención primaria y especializada. A pesar de su frecuencia, su manejo tanto diagnóstico como terapéutico dista de ser óptimo (Ogdie et al. Curr Opin Rheumatol. 2010;22:173-80; Roddy et al. Rheumatology (Oxford). 2010;49):105-11). Existe evidencia sobre la mejoría en el diagnóstico y tratamiento de la gota y otras enfermedades reumatológicas mediante la educación de médicos generales o de atención primaria (Weaver et al. J Clin Rheumatol. 2008;14(5 Suppl):S42-6).

Objetivos: Medir el impacto sobre actitudes diagnósticas y terapéuticas de pacientes con gota en médicos de atención primaria, antes y después de realizar una intervención educativa basada en un caso clínico.

Métodos: Por medio del programa de formación de médicos de medicina general, una iniciativa de la Sociedad Española de Reumatología (SER) y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) con especial interés en la patología del aparato locomotor, se impartieron sesiones en 6 sedes de España, en las cuales un médico generalista, presentó ante cada auditorio un caso clínico de un paciente con hiperuricemia, artritis intermitente, condrocalcinosis en rodillas y diversas comorbilidades asociadas. En primer lugar se realizaron 5 preguntas con respuestas de opción múltiple en relación al diagnóstico y tratamiento. Luego se procedió a discutir el caso por un reumatólogo, y tras la discusión, se realizaron nuevamente las mismas preguntas. Las respuestas de los asistentes a las charlas se grabaron por medio de un sistema informatizado de captura de respuestas.

Resultados: Asistieron un total de 195 médicos, repartidos en 6 sedes. Se presentan a continuación los resultados de las áreas de conocimiento evaluadas con cambios estadísticamente significativos. Diagnóstico: sobre la necesidad de realizar artrocentesis para diagnosticar al paciente del caso, inicialmente 21,8% opinaron que era necesario, pero otorgando mayor importancia a la realización de exploraciones complementarias (67,3%). A posteriori, se observó un aumento significativo sobre la necesidad de artrocentesis para el diagnóstico (46,7%). Comorbilidad: un 52,6% prescribiría antiinflamatorios no esteroideos (AINE) al paciente presentado, con enfermedad renal crónica CKD-3. Tras la discusión del caso, los asistentes en su mayoría optaron por otras alternativas (corticosteroides, 41,23%) y solo mantuvo la preferencia del uso de AINE un 4,74%. Complejidad inicial del diagnóstico: una minoría (12,7%) consideró que no se podía hacer un diagnóstico adecuado sin un estudio de líquido sinovial, ascendiendo dicho porcentaje al 55,5% tras la discusión. Profilaxis: la profilaxis con colchicina fue prescrita al inicio por un 57,4% de médicos, frente al 71,6% tras la discusión. Reductores de uricemia: se observó un cambio con respecto al uso de reductores de uricemia, desde el 64,7% inicial, hasta el 85,1% tras la discusión. Se observa también una disminución del número de médicos que decidiría derivar al paciente del caso a atención especializada; sin embargo, este ítem no mostró significación estadística.

Conclusiones: A través de iniciativas educativas a nivel de médicos generales es posible optimizar la percepción del diagnóstico y el tratamiento de pacientes con gota.

284. UTILIDAD DE LA GAMMAGRAFÍA ÓSEA EN LA VALORACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN LA DISPLASIA FIBROSA

H. Flórez¹, R. Castellanos¹, L. Gifré¹, A. Monegal¹, A. Muxi², N. Guañabens¹ y P. Peris¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: La displasia fibrosa es un trastorno de la maduración mesenquimal en el que el tejido óseo es reemplazado por tejido fibroso anómalo. De forma similar a la enfermedad ósea de Paget, la gammagrafía ósea constituye una de las técnicas de elección para valorar la actividad y extensión de la enfermedad. Sin embargo, existen muy pocos datos sobre su utilidad en la valoración de la respuesta terapéutica. Asimismo, si bien el tratamiento con bisfosfonatos es uno de los más utilizados en este proceso, actualmente el abordaje terapéutico de estos pacientes no está aclarado.

Objetivos: Analizar la utilidad de la gammagrafía ósea en el diagnóstico y, especialmente, en la valoración de la respuesta al tratamiento en pacientes con la displasia fibrosa.

Métodos: Se incluyeron 11 pacientes (7M:4H) con displasia fibrosa y con una edad media de 42 ± 14 años (19-65). Se revisaron las historias clínicas y se analizaron las características clínicas de los pacientes, huesos afectos, complicaciones y enfermedades asociadas, datos

de laboratorio (que incluían: marcadores de recambio óseo [MRO], calcio y fosfato séricos y valores plasmáticos de FGF-23 [Immunotopics, CA, EEUU], entre otros), resultados de la gammagrafía ósea, fracturas, tratamientos realizados, y evolución con el tratamiento.

Resultados: 7 pacientes tenían una enfermedad monostótica (afectando: fémur [n = 3], húmero, costilla, sacro, y cráneo) y 4 una displasia fibrosa polioestótica (afectando: fémur [n = 3], tibia [n = 3], metatarso [n = 2], cráneo [n = 1], costilla [n = 1] y escápula [n = 1]), 1 de ellos en el contexto de un Síndrome de McCune Albright. 5 pacientes realizaron tratamiento con bisfosfonatos (4 con ácido zoledrónico e.v. [con 1-17 ciclos de tratamiento] y 1 con pamidronato e.v. [7 ciclos de tratamiento]) y 1 paciente inició tratamiento con denosumab [2 dosis de 60 mg/6 meses]. Todos los pacientes tratados presentaron una disminución de los MRO, del orden del 32 ± 5% en marcadores de formación como el PINP y del 52 ± 22% en marcadores de resorción como el NTX, a los 6,3 ± 1,9 meses de finalizar el tratamiento con bisfosfonatos. Sin embargo, las imágenes gammagráficas no se modificaron (en extensión y/o actividad) en ninguno de los pacientes tras realizar el tratamiento con bisfosfonatos. Además, 6/9 pacientes en los que se determinó el FGF-23 plasmático, tenían valores altos (> 130 RU/mL). Los valores de fosfato sérico fueron normales en todos los pacientes. Los valores de FGF-23 no se relacionaron con la extensión de la enfermedad. El tratamiento con bisfosfonatos no modificó de forma significativa de los valores de FGF-23 (-9,7 ± 15,6%, p = 0,59). La gammagrafía ósea no evidenció imágenes sugestivas de osteomalacia en estos pacientes.

Conclusiones: La gammagrafía ósea es una técnica útil en la valoración de la actividad y extensión de la displasia fibrosa; sin embargo, la actividad gammagráfica en estos pacientes se ve poco alterada por el efecto del tratamiento con bisfosfonatos a las dosis utilizadas habitualmente. Este hallazgo sugiere que posiblemente sean necesarias dosis más altas y/o intervalos de tratamiento más frecuentes en esta entidad.

285. RANGOS ÓPTIMOS DE INFLIXIMAB CIRCULANTE EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ASOCIADOS A BUENA RESPUESTA CLÍNICA

E.M. Olariaga¹, A. Martínez-Feito¹, T. Jurado¹, C. Plasencia², A. Balsa², M.A. González¹, A. Villalba², D. Peiteado², G. Bonilla² y D. Pascual-Salcedo¹

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

Introducción: Los tratamientos biológicos han significado una revolución terapéutica en los últimos años. Una elevada cantidad de artículos han demostrado que los pacientes que responden bien a esta terapia tienen niveles circulantes de fármaco más elevados que los no respondedores. Estos niveles pueden estar influidos por diferentes parámetros como la farmacocinética, edad, peso corporal, dosis y pauta administrada, entre otros. Numerosos esfuerzos se están dedicando a encontrar los rangos óptimos de tratamiento, pero hasta el momento sólo se han publicado datos en pacientes tratados con adalimumab y etanercept (Pouw et al. ARD. 2013. Chen et al. ARD. 2014).

Objetivos: Establecer los niveles óptimos de infliximab (Ifx) circulante en el suero de pacientes con artritis reumatoide (AR) asociados a una mejoría clínica.

Métodos: De los datos de 112 pacientes con AR tratados con Ifx en el Hospital Universitario La Paz, se recogieron los datos demográficos, niveles de Ifx circulantes y la actividad clínica de 61 pacientes que cumplieron los siguientes criterios: dosis de Ifx de 3 mg/kg cada 8 (± 1) semanas, desde los 6 meses de inicio hasta los 5 años de tratamiento. La respuesta clínica se valoró según los criterios EULAR y la mejoría clínica, por el delta-DAS28. Los niveles de Ifx se midieron

en el valle mediante un ELISA manual³ [correlación con Promonitor (Derio, Vizcaya) $\kappa = 1$, $r = 0,88$; con Sanquin (Amsterdam, Holanda) $\kappa = 1$, $r = 0,97$]. El estudio estadístico se realizó mediante el software GraphPadPrism 5.0.

Resultados: La edad de nuestra cohorte fue de $57,2 \pm 14,9$ años y el 88% eran mujeres. El tiempo de evolución de la enfermedad fue $10,5 \pm 8,7$ años. El 77% y el 87% de los pacientes fueron positivos para Factor Reumatoide (FR) y ACPA, respectivamente. Los pacientes con buena respuesta EULAR tuvieron niveles de Ixg circulantes mayores que aquellos con respuesta moderada [3.392 ng/ml (RIQ 1.344-4.800) vs 1.824 ng/ml (RIQ 322-3.529), $p = 0,02$] o no respuesta (3.392 ng/ml (RIQ 1.344-4.800) vs 118 ng/ml (RIQ 9-3.472), $p < 0,01$). La mediana de los niveles circulantes de Ixg, excluyendo las medidas ($n = 22$) que indicaron presencia de inmunogenicidad, fue de 2.624 ng/ml (RIQ 1.088-4.096), siendo los valores más frecuentes de la distribución los de 1.000 y 4.000 ng/ml (35% y 28%, respectivamente). En el grupo total de medidas de niveles de Ixg ($n = 161$), la ausencia de mejoría clínica ($\text{delta-DAS} < 1,2$) se asoció con niveles inferiores al cuartil 25 ($p < 0,01$), mientras que niveles por encima de cuartil 75 no aseguran una mejoría clínica mayor ($p = 0,24$) que los niveles en torno a la mediana (1.088 ng/ml a 4.096 ng/ml).

Conclusiones: Los niveles circulantes séricos de Ixg se asocian con la respuesta EULAR y la mejoría clínica. La mayoría de las medidas de Ixg asociadas a buena respuesta clínica tras la pauta estándar corresponden a valores entre 1.088 ng/ml y 4.096 ng/ml , demostrando que niveles circulantes de Ixg superiores al cuartil 75 no se corresponden con un aumento en la respuesta clínica. La repercusión económica de aplicar el conocimiento de los rangos óptimos a la práctica clínica es de una gran relevancia.

Financiado por los proyectos PI1155 de Pfizer y PI1557 de Progenika.

286. PERFIL DE SEGURIDAD A LARGO PLAZO (104 SEMANAS) DE APREMILAST, UN INHIBIDOR DE FOSFODIESTERASA 4 DE ADMINISTRACIÓN ORAL, EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: ANÁLISIS CONJUNTO DE SEGURIDAD DE TRES ENSAYOS FASE III ALEATORIZADOS Y CONTROLADOS

F. Díaz-González¹, P.J. Mease², D.D. Gladman³, J.J. Gómez-Reino⁴, S. Hall⁵, A. Kavanaugh⁶, E. Lespessailles⁷, G. Schett⁸, K. Shah⁹, L. Teng⁹ y J. Wollenhaupt¹⁰

¹Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. ²Swedish Medical Center y Facultad de Medicina. Universidad de Washington. Seattle. WA. EEUU. ³Toronto Western Research Institute. Toronto. ON. Canadá. ⁴Hospital Clínico Universitario. Santiago. ⁵Universidad de Monash. Melbourne. Australia. ⁶Universidad de California. San Diego. Facultad de Medicina. La Jolla. CA. EEUU. ⁷Universidad de Orleans. Francia. ⁸Universidad de Erlangen-Nuremberg. Erlangen. Alemania. ⁹Celgene Corporation. Summit. NJ. EEUU. ¹⁰Schön Klinik Hamburg Eilbek. Hamburgo. Alemania.

Introducción: Apremilast (APR), un inhibidor de fosfodiesterasa 4 de administración oral, ayuda a regular las respuestas inmunitarias en artritis psoriásica (APs). Los estudios PALACE 1, 2 y 3 compararon la eficacia y seguridad de APR frente a placebo en pacientes con APs activa a pesar de tratamiento previo con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) convencionales y/o biológico. Se describe la seguridad del tratamiento con APR durante las semanas 0 a 104 en el análisis conjunto de los estudios PALACE 1 (NCT01172938), PALACE 2 (NCT01212757) y PALACE 3 (NCT01212770).

Métodos: Los pacientes fueron aleatorizados (1:1:1) a recibir placebo, APR 30 mg 2v/día (APR30) o APR 20 mg 2v/día (APR20) estratificados en función del uso basal de FAME (sí/no). La fase controlada con placebo continuó hasta la semana 24; los pacientes del grupo placebo se sometieron a una nueva aleatorización a APR30 o APR20

en la semana 16 (escape temprano) o semana 24. El tratamiento con APR doble ciego se siguió administrando hasta la semana 52 y los sujetos pudieron continuar recibiendo APR durante la fase abierta de tratamiento a largo plazo.

Resultados: En total, 1.493 pacientes fueron aleatorizados y recibieron = 1 dosis del fármaco del estudio (placebo: $n = 495$; APR30: $n = 497$; APR20: $n = 501$); de todos ellos, 1.441 (1.209,3 años-paciente) sujetos recibieron APR en las semanas 0 a = 52 del periodo de exposición a APR y 1.028 (907,7 años-paciente) continuaron con el tratamiento durante las semanas > 52 a = 104. La mayoría de los acontecimientos adversos (AA) fueron de gravedad leve a moderada durante las semanas 0 a = 52 y la fase más larga de la semana > 52 a = 104 del periodo de exposición a APR. Se describieron AA graves con el tratamiento con apremilast con las mismas tasas de incidencia ajustada a la exposición que las observadas con placebo entre las semanas 0 a 24. Durante las semanas 0 a = 52, los AA que aparecieron en = 5% de los pacientes expuestos a APR fueron diarrea, náuseas, cefalea, infección de las vías respiratorias superiores y nasofaringitis. La diarrea y las náuseas fueron principalmente leves y en unos pocos casos dieron lugar al abandono del estudio. La mayoría de los acontecimientos de diarrea y náuseas se produjeron en las primeras 2 semanas de tratamiento y, por lo general, se resolvieron a las 4 semanas sin intervención médica. Durante las semanas > 52 a = 104, se desarrolló diarrea (2,9%), náuseas (1,8%) y cefalea (3,0%) con una frecuencia más baja que en las semanas 0 a = 52 y solo 1 sujeto suspendió la terapia por AA gastrointestinales (diarrea). Los AA graves (AAG) descritos con APR30 entre las semanas 0 a = 52 y > 52 a = 104 fueron comparables al 6,5% y 6,3%, respectivamente, y la mayoría se desarrolló en 1 paciente cada uno. Los AAG relacionados con trastornos psiquiátricos, cardíacos, neoplasias malignas o infecciones oportunistas se consideraron comparables entre las semanas 0 a = 52 y 52 a = 104 y no se produjo ningún caso de tuberculosis (nueva o reactivación) con cualquiera de las dosis de APR. Las anomalías de laboratorio importantes fueron infrecuentes y la mayoría volvieron a los valores iniciales con el tratamiento continuado o se asociaron a una afección médica concurrente.

Conclusiones: APR demostró un perfil de seguridad favorable y fue bien tolerado durante un máximo de 104 semanas. No se identificaron nuevos problemas de seguridad con la exposición a APR a largo plazo.

287. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA INTENSIDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA ENTRE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE FIBROMIALGIA, DE SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA Y DE AMBOS DIAGNÓSTICOS?

S. Castro¹, A. Castel^{2,5}, M.J. Poveda¹, A. Pamies¹, R. Qanneta³, S. Boada⁴ y R. Fontova^{1,5}

¹Sección de Reumatología; ²Unidad de Dolor. Psicología Clínica;

³Unidad de Fibromialgia y Fatiga Crónica; ⁴Unidad de Dolor.

Anestesiología. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. ⁵Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.

Objetivos: Determinar si existen diferencias en intensidad de dolor, ansiedad, depresión, catastrofismo, fatiga, problemas de sueño y quejas de memoria entre pacientes con fibromialgia (FM), síndrome de fatiga crónica (SFC) y pacientes que comparten ambos diagnósticos (FM-SFC).

Métodos: Sujetos: 79 pacientes consecutivos que iniciaron programa de tratamiento multidisciplinar entre los meses de enero 2015 y enero 2016, ambos incluidos. La media de edad fue de $52,5 \pm 8,4$ años. El 89,9% fueron mujeres y el 10,1% restante, hombres. Instrumentos: Escala numérica de dolor, Cuestionario HADS de Ansiedad y Depresión, Escala de Catastrofismo PCS, Cuestionario de Fatiga D-FIS, Cuestionario de Sueño MOS, y Cuestionario de Que-

de Memoria MFE-30. Análisis de datos: las variables continuas fueron analizadas con ANOVA. Dadas las diferencias en el tamaño muestral, se realizó ajuste mediante el test de Levene. Se consideró la significación $p < 0,05$.

Resultados: Se presentan en la tabla.

	FM	SFC	FM-SFC
MFE-30	85,4 (p = 0,002) ²	93,4	103,6
D-FIS	22,9 (p = 0,019) ¹	26,4 (p = 0,000) ²	28,4
Escala numérica DOLOR	7,2 (p = 0,02) ¹	5,5 (p = 0,005) ³	7,7

¹Diferencias significativas entre grupo FM y grupo SFC. ²Diferencias significativas entre grupo FM y grupo FM-SFC. ³Diferencias significativas entre grupo SFC y grupo FM-SFC.

Conclusiones: No existen diferencias en ansiedad, depresión, catatofismo y problemas de sueño entre los tres grupos. Sí existen diferencias en intensidad de dolor, fatiga y quejas de memoria entre los tres grupos. Los pacientes con SFC y SFC-FM presentan mayores niveles de fatiga que los pacientes con FM. Los pacientes con FM y SFC-FM presentan mayor dolor que los pacientes con SFC.

288. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PARA LA EVALUACIÓN DE ACTIVIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN REMISIÓN O BAJA ACTIVIDAD CLÍNICA EN TRATAMIENTO CON BIOLÓGICO EN FASE DE OPTIMIZACIÓN

R. Martínez Pérez¹, E. Rubio¹, M.D. Fernández Alba¹, B. Hernández², R. Menor¹ y J. Povedano²

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

Introducción y objetivos: En la artritis reumatoide (AR) la actividad de la enfermedad se correlaciona con el daño radiográfico. Nuestro objetivo terapéutico es la remisión clínica, disminuyendo el daño estructural. Algunos pacientes en remisión experimentan progresión de las erosiones. Por ello el concepto de remisión clínica, puede resultar insuficiente por la persistente inflamación subclínica, que puede ser determinada mediante ecografía, demostrando su importante factor predictivo. Nuestro objetivo es determinar la frecuencia de sinovitis subclínica mediante ecografía en pacientes con AR en situación de baja actividad o remisión de la enfermedad medida por índice CDAI, en tratamiento biológico en fase de optimización.

Métodos: Estudio transversal y longitudinal que describe las alteraciones ecográficas en la escala de grises y doppler de forma paralela a la evaluación clínica ciega (sin información de su clínico habitual ni del paciente). Fueron incluidos pacientes con AR según criterios ACR/EULAR en fase de baja actividad/remisión de la enfermedad medida por CDAI y que estuvieran en tratamiento biológico optimizados al menos desde hace 6 meses. Fueron enviados por su clínico habitual, realizando una selección al azar. Se evaluaron en el mismo día por reumatólogo y ecografista ciegos, con un periodo máximo de un mes. Se evaluó EVA, VGP, VGM, HAQ, NAD, NAT, VSG, PCR y CDAI. Respecto a la ecografía se evaluó; sinovitis y Doppler en 12 articulaciones (carpos, segunda a quinta MCF y quinta MTF bilateral).

Resultados: Fueron incluidos 23 pacientes (16 mujeres y 7 hombres), las características basales están descritas en la tabla 1A. El 100% se encontraban en baja actividad/remisión según su reumatólogo habitual (73,9% remisión y 26,1% baja actividad). En la evaluación clínica ciega se evaluaron diferentes variables obteniendo los siguientes resultados observados en la tabla 1B. Tras evaluación por el reumatólogo ciego el porcentaje de pacientes en remisión o baja actividad fue superior al de su clínico habitual (CDAI medio $3,2 \pm 3,04$), el 65,2% (15) se encontraban en remisión o baja actividad (8,7 en remisión y 56,2 en baja actividad), $p < 0,005$ respecto al clínico habitual. El 34,8% (8 pacientes) presentaba una actividad moderada. Al realizar ecografía de alta resolución a estos pacientes la presencia

de sinovitis ecográfica fue del 69,6% (16 pacientes) con una media de articulaciones con sinovitis de $2,02 \pm 1,9$ y con Doppler en el 65,2% (15 pacientes). Por todo ello se clasificó tan sólo al 47,8% (11) de los pacientes en remisión/baja actividad, respecto al 100% y 65,2% del clínico habitual y ciego respectivamente. De los 23 pacientes, 14 de ellos llevaban en optimización de dosis entre 6-8 meses frente a 9 que llevaban más de 8 meses. No se observan diferencias en el estado clínico de ambos grupos.

Tabla 1A. Características basales

	Total (n = 23 pacientes)
Edad media \pm DE (años)/Tiempo medio de evolución de la enfermedad (años)	57,7 \pm 9,7
Inmunología	11,57 \pm 5,86
FR positivo/CCP positivo (%)	87
FR positivo/CCP negativo (%)	4,3
FR negativo/CCP negativo (%)	8,7
Tratamiento con FAMEs (%)	60,9 (metotrexato 65,2%)
Tratamiento biológico (optimización) (%)	100
Tiempo medio de optimización (meses)	9,6 \pm 4,26

Tabla 1B. Características clínicas y funcionales

	Total (n = 23 pacientes)
EVA	48,26 \pm 24,80
VGM	18,48 \pm 15,62
VGP	45,22 \pm 24,65
NAD	2,62 \pm 2,85
NAT	2,65 \pm 2,82
VSG	10,74 \pm 6,78
PCR	3,37 \pm 7,32
HAQ	1,184 \pm 0,682
HAQ	1,184 \pm 0,682

Conclusiones: Nuestro estudio muestra como la exploración realizada por un reumatólogo ciego a la situación clínica del paciente presenta menor porcentaje de remisión que en la valoración ambulatoria. Igualmente, con la ecografía se observa mayor sensibilidad para la detección de actividad de la enfermedad que con la exploración física. La detección de daño articular subclínico es frecuentemente infratratado, mostrándose la ecografía como una técnica incruenta de gran ayuda en la reducción del daño articular. La continuación del estudio, ampliando la muestra, permitirá un análisis más detallado que confirmen nuestros resultados iniciales.

289. EXPRESSION OF INTERLEUKIN-6 (IL-6) RECEPTOR IN GIANT-CELL ARTERITIS (GCA) AND EFFECTS OF TOCILIZUMAB IN A CO-CULTURE MODEL OF VASCULAR SMOOTH MUSCLE CELLS (VSMC) AND PERIPHERAL BLOOD MONONUCLEATED CELL (PBMC)

N. Terrades-García, E. Planas-Rigol, M. Corbera-Bellalta, S. Prieto-González, G. Espígol-Frigolé and M.C. Cid

Department of Systemic Autoimmune Diseases. Hospital Clínic. Fundació Clínica per a la Recerca Biomèdica. IDIBAPS. University of Barcelona.

Introduction: Giant cell arteritis (GCA) is a granulomatous vasculitis involving large and medium-sized arteries. In spite of the initial satisfactory response to glucocorticoid treatment, a substantial proportion of patients relapse when glucocorticoids are tapered underlining the need for safer and more efficient therapies. IL-6 is upregulated in GCA lesions and patients have elevated serum levels of this interleukin which correlates with disease activity. The IL-6 pathway has been considered a therapeutic target in GCA and international randomized clinical trial blocking IL-6 receptor (IL-6R) with tocilizumab is ongoing. Open label studies suggest a beneficial effect in refractory/relapsing patients. However there is virtually no information regarding IL-6 receptor expression and function in GCA.

Objetivos: To investigate the expression of IL-6 and IL-6R in GCA lesions, and in a co-culture model of VSMC and PBMC. To preliminary explore effects of tocilizumab on this co-culture system mimicking GCA lesions.

Methods: Temporal artery (TA) biopsies obtained for diagnostic purposes were immunostained with monoclonal antibodies against IL-6 and IL-6R combined with cell markers. VSMC were obtained from cultured human TA sections. For the co-culture model, PBMC were obtained from a ficoll gradient and, in some experiments, subsequently isolated using magnetic beads. Cells were cultured with or without anti-IL-6R monoclonal antibody. Expression of IL-6, IL-6R as well as other molecules related to the IL-6 pathway or with implications in GCA, were assessed by quantitative real-time PCR. Soluble IL-6R was determined by immunoassay.

Results: Immunostaining of GCA TA disclosed high expression of IL-6 compared with control TA. IL-6 was expressed by inflammatory cells but also by VSMC. IL6R was also expressed in GCA lesions mainly by infiltrating lymphocytes and macrophages. VSMC co-cultured with PBMC confirmed IL-6 expression by VSMC which increased in co-culture. IL-6R was mainly expressed by PBMC. Soluble IL-6R was present in the culture supernatant. Similar results were obtained when isolated CD4+T and CD14+ cells were used. IL-6R blockade induced a decrease in VEGFA expression by VSMC.

Conclusions: In GCA lesions, VSMC express IL-6 and immune cells may act as IL-6R donors to induce transsignaling in VSMC. Blockade of IL-6R reduces VEGF expression by VSMC suggesting a negative impact on neoangiogenesis. Further experiments are ongoing to confirm this hypothesis. This effect may partially underline the potential therapeutic effect of tocilizumab, given the relevant role of neoangiogenesis in sustaining chronic inflammation.

290. EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA DE ABORTOS Y BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR FETAL EN UNA SERIE DE PACIENTES CON POSITIVIDAD PARA ANTICUERPOS ANTI-RO Y ANTI-LA

F.M. Ortiz Sanjuán^{1,2}, C. Alcañiz Escandell^{1,2}, K. Arévalo Ruales¹, I. Chalmeta Verdejo¹, C. Feced Olmos¹, J. Frago Gil¹, L. González Puig¹, E. Grau García^{1,2}, J. Ivorra Cortés^{1,3}, E. Labrador Sánchez¹, I. Martínez Cordellat¹, C. Nájera Herranz¹, R. Negueroles Albuixech¹, G. Poveda Marín^{1,2}, J.L. Valero Sanz¹ y J.A. Román Ivorra^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ³Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia.

Introducción: Los anticuerpos anti-SSA/Ro y anti-SSB/La están presentes en el suero de pacientes con lupus eritematoso y síndrome de Sjögren, entre otras entidades y se han relacionado con la aparición de diversas manifestaciones clínicas de estas patologías. Es bien conocida la asociación de la presencia de estos anticuerpos en sangre materna con el desarrollo de bloqueo auriculoventricular en el feto o el neonato. No obstante, carecemos de estudios de series amplias de infertilidad o abortos de repetición en relación con la presencia de anti-SSA/Ro y anti-SSB/La.

Objetivos: En este trabajo pretendemos caracterizar una serie de pacientes con positividad para anticuerpos anti-SSA/Ro y anti-SSB/La y evaluar la prevalencia de abortos y muertes neonatales.

Métodos: Estudio descriptivo observacional comprendiendo 162 pacientes mayores de 15 años con positividad para anticuerpos anti-SSA/Ro y/o anti-SSB/La entre febrero de 2011 y julio de 2015. Se realizó análisis del subgrupo de pacientes con antecedentes de gestación comparando las pacientes con anti-SSA/Ro y/o anti-SSB/La positivos frente a un grupo control de 68 pacientes con antecedentes de gestación y características comparables.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 162 pacientes con positividad para anticuerpos anti-SSA/Ro y/o anti-SSB/La, con una edad media de 50,5 ± 14,2 años. Los principales diagnósticos clínicos observados fueron: lupus eritematoso sistémico (n = 85; 52,5%), síndrome de Sjögren (n = 40; 24,7%), artritis reumatoide (n = 16; 9,9%), esclerosis sistémica (n = 6; 3,7%), enfermedad mixta del tejido conectivo (n = 3; 1,9%) y otros (n = 12; 7,3%). La determinación de anticoagulante lúpico fue positiva en 8 pacientes (4,9%) y 57 pacientes (35,2%) presentaron cifras bajas de complemento. Un total de 60 pacientes (37%) habían presentado al menos una gestación en el momento del análisis. El 13% de éstas se había quedado embarazada en una ocasión, el 13% 2 veces, el 8% había presentado 3 embarazos y el 3,1% 4 o más embarazos. Presentaron abortos el 36,7% de las pacientes embarazadas (n = 22). El 31,7% presentaron 1 aborto, el 3,3% dos y el 1,7% presentaron 3 o más abortos. Tras comparar la incidencia de abortos con un grupo control de 68 pacientes (edad media: 45,8 ± 12,2 años) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (36,7% vs 32,3%; p = 0,714). Se observaron 4 casos de bloqueo auriculoventricular fetal, todos ellos con presencia de positividad para anticuerpos anti-SSA/Ro y/o anti-SSB/La maternos (sólo 1 con positividad para anticoagulante lúpico), observándose diferencia significativa con el grupo control respecto a este particular (6,7% vs 0%; p = 0,043).

Conclusiones: En nuestro trabajo, las gestantes con positividad para anticuerpos anti-SSA/Ro y/o anti-SSB/La no mostraron una mayor prevalencia de abortos. La positividad de estos anticuerpos sí se correlacionó de forma significativa con la aparición de bloqueo auriculoventricular fetal.

291. COMORBILIDAD ASOCIADA A PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ARTROSIS DE RODILLA EN ESPAÑA: RESULTADOS DEL ESTUDIO EMARTRO

S. Giménez Basallote¹, M. Herrero Barbero², V. Jesús³, E. Viles Lladó², H. Martínez Serrano², R. Gustavo⁴, L. Sánchez Bellmunt², J. Díaz Muñoz⁵, J. Frías Rodríguez⁶, A. Castaño García⁷, J. Jiménez Díaz⁸, A. Rodríguez del Cossío⁹, R. Belenguer Prieto¹⁰, J. Llisterri Caro¹¹ y J. Vergés Milano¹

¹Unidad de Gestión Clínica El Limonar. Málaga. ²Bioiberica. Barcelona. ³Centro de Salud de Huércal. Almería. ⁴Centro de Salud la Puebla de Montalbán. Toledo. ⁵Centro de Salud Ávila Rural. Ávila. ⁶Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ⁷Centro de Salud Corella. ⁸Centro de Salud Los Cubos. Burgos. ⁹Centro de Salud San Martín de la Vega. ¹⁰Centro de Salud Algemesí. ¹¹Centro de Salud Ingeniero Joaquín Belloch. Valencia.

Introducción: La artrosis (A) es la enfermedad articular más frecuente y la principal causa de discapacidad a partir de 60 años. De hecho, el 28% de la población española tiene A. Es interesante evaluar la prevalencia de comorbilidades en pacientes con A de rodilla para mejorar la gestión efectiva de estos pacientes.

Métodos: EMARTRO es un estudio observacional, multicéntrico, transversal, para comparar la prevalencia de comorbilidades en pacientes con A sintomática de rodilla frente a pacientes control emparejados por sexo, edad (± 2 años) y centro de salud en la población española. Los pacientes artrósicos eran elegibles si tenían entre los 55 a 80 años, dolor EVA = 40 mm y un control para ser emparejado. Participaron un total de 61 investigadores de atención primaria distribuidos por España. La prevalencia de comorbilidades en cada grupo de estudio se comparó y estimó mediante odds ratios con modelos de regresión logística condicional.

Resultados: Se incluyeron un total de 1.371 pacientes en el estudio. De ellos, 1.152 fueron emparejados correctamente: 576 pacientes en el grupo de A de la rodilla y de 576 en el grupo control. La media (DE) de edad fue de 67,9 (6,7) años en A y 67,8 (6,8) en el control, el

70,3% de ambos grupos eran mujeres. El 68% tenían estudios primarios en el grupo de A vs 61% en el grupo control, y el 69,3% vs 65,8% eran jubilados, respectivamente. Los pacientes artrósicos tenían un IMC de 30,9 vs 27,7 ($p < 0,0001$), tensión sistólica de 132,8 vs 130,9 ($p = 0,0277$), diastólica de 77,9 vs 76,1 ($p = 0,0006$) y hábito tabáquico 6,6% vs 12% ($p = 0,0157$), respectivamente. Los pacientes con A tenían un dolor medio (DE) en EVA de 65,18 (15,27) y media en algofuncional Lequesne de 11,35 (4,86). Los pacientes artrósicos presentaron un 77% mayor riesgo de comorbilidad que los controles (OR = 1,769; IC95% = 1,77-1,20). Las comorbilidades más frecuentes presentes en pacientes con A fueron hipertensión (HTA) (62,2%), dislipemia (58,3%), enfermedad vascular periférica (EVP) venosa (22,7%), diabetes mellitus (DM) II (21,9%), reflujo gastroesofágico (ERGE) (19,1%) y osteoporosis (12,2%). Los que tienen una prevalencia más alta asociada con A fueron: EVP venosa (OR = 2,217, IC95%: 1,57-3,14), hipertensión (OR = 1,421; IC95% = 1,11-1,82) y ERGE (OR = 2,159, IC95% = 1,51-3,09). Excluyendo los medicamentos relacionados con la A, el 98,7% de los pacientes con A estaban tomando al menos un medicamento vs 88,4% de los controles ($p < 0,0001$), y el 85,6% de los pacientes artrósicos estaban tomando medicamentos relacionados con la A. Por contra, el 14,4% de los pacientes artrósicos no recibía ningún tratamiento para la A.

Conclusiones: El perfil del paciente con A más común es una mujer (70,3%), de 68 años de promedio, con considerable sobrepeso (75%) u obesidad (50%), con A en diferentes lugares y casi el doble de riesgo de sufrir otras enfermedades, en comparación con los pacientes sin A de las mismas características. La A se asocia con un 221% más de riesgo de enfermedad vascular periférica venosa, 215% más de riesgo de reflujo y 42% más de riesgo de HTA. La mayor prevalencia de comorbilidades en pacientes con A se asocia con una mayor prescripción de medicamentos. También es importante señalar que el 14,4% de los pacientes artrósicos no tome ningún medicamento para tratar su A, a pesar de presentar un nivel moderado-severo de dolor, lo que significa que sus síntomas de A no están adecuadamente controlados.

292. CONDROITÍN SULFATO ES SUPERIOR A CELECOXIB REDUCIENDO LA PÉRDIDA DE CARTÍLAGO CON UNA EFICACIA SINTOMÁTICA SIMILAR EN UN ENSAYO CLÍNICO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO, MULTICÉNTRICO DE DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO EN ARTROSIS DE RODILLA

J.P. Pelletier¹, J.P. Raynaud², A. Beaulieu³, L. Bessette⁴, F. Morin⁵, A.J. de Brum-Fernandes⁶, F. Abram⁷, M. Dorais⁸ y J. Martel-Pelletier²

¹Osteoarthritis Research Unit. University of Montreal Hospital Research Centre (CRCHUM). Canadá. ²Osteoarthritis Research Unit. CRCHUM. Montreal. Canadá. ³Centre de Rhumatologie St-Louis. Canadá. ⁴Groupe de Recherche en Rhumatologie et Maladies Osseuses. Quebec. Canadá. ⁵Centre de Recherche Musculo-squelettique. Trois-Rivières. Canadá. ⁶Rheumatology Division. University Hospital. Sherbrooke. Canadá. ⁷Medical Imaging Research & Development. ArthroLab Inc. Canadá. ⁸StatSciences Inc. Montreal. Canadá.

Introducción: En el tratamiento de la artrosis (A), a pesar de que hay diversos estudios que, utilizando radiografías, han hallado efectos modificadores de la enfermedad de condroitín sulfato (CS), todavía sigue siendo un efecto a debate. Por lo tanto, es importante disponer de un ensayo clínico con resonancia magnética nuclear cuantitativa (RMNc).

Objetivos: El presente ensayo clínico de dos años, aleatorizado, controlado, doble ciego utilizando RMNc tiene como objetivo principal explorar el efecto modificador de la enfermedad de CS comparado con celecoxib (CE) en la pérdida de volumen del cartílago en A de rodilla. Secundariamente investigar y comparar el efecto de CS y CE en la sintomatología.

Métodos: Se incluyeron pacientes con artrosis sintomática de rodilla grado 2-3 Kellgren-Lawrence según criterios ACR y sinovitis, estos fueron tratados con CS 1200 mg/día (Condrosan®) o CE 200 mg/día durante 24 meses. Los pacientes con alto riesgo cardiovascular y/o enfermedad gastrointestinal no se incluyeron. Se realizaron RMNc basales, a los 12 y 24 meses. Se evaluó mediante RMNc la pérdida de volumen de cartílago, el tamaño de las lesiones de médula ósea y el grosor de la membrana sinovial. La presencia de inflamación y derrame de las articulaciones fue evaluada clínicamente. También se evaluaron los síntomas clínicos asociados a la artrosis mediante cuestionarios validados.

Resultados: En el análisis por intención de tratar ($n = 194$), los pacientes tratados con CS habían reducido la pérdida de volumen de cartílago a los 24 meses en el compartimento medial ($p = 0,026$) y el cóndilo ($p = 0,008$) en comparación con CE. En el análisis más completo, CS reduce la pérdida de volumen de cartílago en el compartimento medial a los 12 meses ($p = 0,026$) y en el compartimento medial y cóndilo a los 24 meses ($p = 0,030$, $p = 0,010$). Se observó una tendencia en la reducción ($p = 0,070$) del grosor sinovial en la bursa suprarrotuliana medial en pacientes con CS. Ambos grupos de tratamiento experimentaron una marcada reducción en la incidencia de pacientes con hinchazón/derrame articular y en la sintomatología (WOMAC total, dolor, función y EVA dolor). Los datos mostraron que ambos tratamientos farmacológicos presentaban buenos y similares perfiles de seguridad.

Conclusiones: Este ensayo demuestra, por primera vez, la superioridad de CS sobre CE en la reducción de la progresión a largo plazo de los cambios estructurales en la artrosis de rodilla con una eficacia sintomática similar y la ventaja de mejor perfil de seguridad. Además, ambos fármacos presentaron una reducción igual de efectiva de los síntomas de la A. Estos resultados tienen importantes implicaciones respecto a la utilidad de CS para el manejo a largo plazo de la A de rodilla y su impacto en la evolución de la enfermedad.

293. ASOCIACIÓN DE LOS NIVELES INTRAARTICULARES DE INTERLEUQUINA-6, FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA Y PROTEÍNA C-REACTIVA CON EL DOLOR Y LA FUNCIÓN EN MUJERES CON ARTROSIS DE RODILLA Y DERRAME ARTICULAR

J. Calvet, C. Orellana, N. Navarro, M. Arévalo, M. García Manrique, J. Gratacós y M. Larrosa

Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: Diversos mediadores inflamatorios parecen jugar un papel en la artrosis de rodilla. Tanto la interleuquina-6 (IL-6) como el factor de necrosis tumoral-alfa (TNF- α) son citoquinas implicadas en la artrosis y en la inflamación. Por otro lado, la proteína C-reactiva (PCR) podría reflejar la inflamación intraarticular y se ha asociado a progresión de la enfermedad.

Objetivos: Evaluar la relación entre los niveles intrarticulares de IL-6, TNF- α y proteína C-reactiva con el dolor y la función en mujeres con artrosis de rodilla y derrame articular.

Métodos: Estudio transversal con inclusión consecutiva de mujeres con edad 50-80 años y con artrosis sintomática de rodilla, Kellgren-Lawrence I-IV con derrame articular significativo (> 4 mm en línea suprapatelar media por ecografía). Tras el examen ecográfico se practicó artrocentesis. Los niveles de IL-6 y TNF- α en líquido sinovial se analizaron mediante el kit Luminex HCYTOMAG-60K-03 kit (Merck Millipore, EEUU) y los de proteína C-reactiva de alta resolución mediante el kit EIA Kit (DRG Diagnostics, Alemania). La severidad clínica de la artrosis fue evaluada mediante el cuestionario WOMAC de dolor, de función y total. Se realizaron análisis univariante y multivariante utilizando el coeficiente de correlación de Pearson para valorar la relación entre IL-6, TNF- α y hs-PCR con la gravedad clínica determinada por los cuestionarios WOMAC. El estudio fue aprobado por el CEIC local.

Resultados: Se incluyeron 115 mujeres, edad media $68,8 \pm 11,1$ años, duración media de los síntomas 50 ± 23 meses. Los niveles medios de IL-6 y TNF- α intraarticulares fueron $118,5$ [IQR, 68,3-174,3] y $9,99$ [IQR, 8,7-12,1] pg/mL respectivamente, y los niveles medios de hs-PCR intraarticular fueron de $0,9$ [IQR 0,77-1,01] mg/mL. Los niveles intraarticulares de IL-6 mostraron una asociación significativa con el WOMAC-dolor ($p < 0,05$) y el WOMAC-total ($p < 0,05$) aunque la relación lineal fue muy débil ($r = 0,195$ y $r = 0,203$, respectivamente). No se encontró asociación significativa entre los niveles de IL-6 en líquido sinovial y el WOMAC-función. Los niveles intraarticulares de TNF- α se encontraron muy significativamente asociados con el dolor y la función medidas por el WOMAC ($p < 0,005$) y con el WOMAC-total ($p < 0,0005$) pero con una débil relación lineal (WOMAC-dolor = $0,31$, WOMAC-función $r = 0,32$ y WOMAC-total $r = 0,33$). Se encontró una asociación significativa entre hs-PCR con el dolor medido por WOMAC ($p < 0,05$) pero con muy débil correlación ($r = 0,22$). No se encontraron asociaciones significativas entre hs-PCR y WOMAC-función y total. Tras realizar el análisis multivariante solo los niveles de TNF- α se encontraron relacionados de forma independiente con WOMAC-dolor ($p < 0,05$, $r = 0,261$), WOMAC función ($p < 0,005$, $r = 0,303$) y WOMAC-total ($p < 0,005$, $r = 0,328$).

Conclusiones: De los parámetros inflamatorios estudiados a nivel intraarticular, TNF- α se relacionó de forma independiente con la gravedad clínica medida por WOMAC en mujeres con artrosis de rodilla y derrame articular.

294. RELACIÓN ENTRE LA ACTIVIDAD DE LA ARTRITIS REUMATOIDE Y LOS NIVELES SÉRICOS DE IL-6 EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB

M. Varela García, J. Restrepo Vélez, C. Fito Manteca, M. Medina Malone, I. Paniagua Zudaire, L. Garrido Courel, N. del Val del Amo, R. Ibáñez Bosch, L. Horcada Rubio, R. Gutiérrez Polo y E. Loza Cortina

Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción: Tocilizumab (TCZ) es un anticuerpo monoclonal humanizado indicado en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) y artritis idiopática juvenil (AIJ), que se une de forma competitiva al receptor de IL-6. Se ha observado que modula los niveles séricos de IL-6 y se ha postulado que los niveles de IL-6 sérica podrían correlacionarse con la actividad de la enfermedad.

Objetivos: Analizar los niveles de IL-6 antes y después del tratamiento con TCZ en pacientes con AR y su relación con la actividad de la enfermedad medida por el DAS28.

Métodos: Estudio transversal en el que se incluyen 39 pacientes (34 mujeres y 5 varones; media de edad de 61.55 años, desviación típica 14.53) con AR (38 AR y 1 AIJ) que acuden al hospital de día del Complejo Hospitalario de Navarra para tratamiento con TCZ endovenoso mensual. Se realiza, previo consentimiento informado, una determinación puntual de los niveles séricos de IL-6 y de la actividad de la enfermedad medida por DAS 28 VSG. También se recoge sexo, edad, FR, ACPA (anticuerpos frente a péptidos citrulinados). En 7 pacientes además se dispone de niveles de IL-6 previos al inicio de tratamiento con TCZ con lo que se puede analizar la IL-6 antes y después de iniciado el tratamiento. Análisis estadístico: se ha usado el coeficiente de correlación rho de Spearman y el test de Wilcoxon para análisis de muestras apareadas.

Resultados: El 80% de los pacientes recibió una dosis de 8 mg/kg (el 2,5% 7 mg/kg; el 10% 6 mg/kg; el 7,5% 4 mg/kg), y la mediana de dosis acumuladas fue de 32 (IQR: 38,5). Los resultados mostraron una correlación positiva (ρ Spearman = $0,40$) con la actividad de la enfermedad medida por DAS28, pero no alcanzó significación estadística ($p = 0,106$). En el análisis por categoría de DAS 28 ($< 2,6$

en remisión, $n = 26$; entre 2,6-3,2 actividad baja, $n = 5$; entre 3,2-5,1 actividad moderada, $n = 5$; $> 5,1$ actividad alta, $n = 0$) esta correlación se conserva en los grupos en remisión y con actividad moderada, especialmente con esta última donde la correlación fue buena (ρ Spearman = $0,70$). Los niveles de IL-6 sérica fueron más bajos en los pacientes con factor reumatoide positivo respecto al factor reumatoide negativo, pero conservando la correlación con la actividad de la enfermedad independientemente de este factor. En los 7 pacientes en los que se disponía de datos de IL-6 previo a tratamiento, en el análisis pareado de los niveles pre y post TCZ se observó que los niveles de IL-6 sérica aumentaron de forma significativa tras el inicio del mismo (IL-6 pre-tratamiento: mediana 6,63 pg/ml, IQR: 21,2; IL-6 post-tratamiento: mediana IL-6: 33,3 pg/ml, IQR: 1,25; $p = 0,043$). Este estudio sugiere una relación entre los niveles séricos de IL-6 y la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con tocilizumab, principalmente en aquellos en fase de remisión o actividad moderada. Los resultados no fueron significativos, con la principal limitación del bajo tamaño muestral y al estar la mayoría de los pacientes en remisión clínica.

Conclusiones: La IL-6 sérica podría usarse para monitorizar la respuesta a tocilizumab y ajustar la dosis del fármaco de forma personalizada. Se necesitaría realizar nuevos estudios en poblaciones más numerosas y con medidores de actividad de enfermedad más exhaustivos para confirmar estos resultados.

295. EVALUACIÓN DEL DAÑO ACUMULADO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO COMO POSIBLE NUEVO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR

M. Fernández Matilla^{1,2}, E. Grau García^{1,3}, G. Poveda Marín^{1,3}, C. Feced Olmos³, E. Labrador Sánchez³, F.M. Ortiz Sanjuán^{1,3}, N. Fernández-Llanio Comella⁴, D. Hervás Marín⁵, V. Fornés Ferrer⁵, K. Arévalo Ruales³, R. Negueroles Albuixech³, J. Ivorra Cortés^{2,3}, J. Fragió Gil³, I. Martínez Cordellat³, J.L. Valero Sanz³, I. Chalmeta Verdejo³, L. González Puig³, C. Alcañiz Escandell^{1,3}, C. Nájera Herranz³, J.A. Castellano Cuesta⁴ y J.A. Román Ivorra^{2,3}

¹Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ²Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ⁵Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Introducción: La principal causa de mortalidad en los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) es la enfermedad cardiovascular (ECV). La aterosclerosis acelerada que ocurre en el LES se considera uno de los mecanismos fundamentales de este aumento de la mortalidad CV. Entre los factores que contribuyen al proceso de la aterosclerosis acelerada se incluyen factores de riesgo CV clásicos, factores inflamatorios y específicos del LES. Es por ello que en los pacientes lúpicos se hace necesaria la estimación del riesgo CV (RCV) y, de este modo, desarrollar estrategias para modificarlo.

Objetivos: Valorar el riesgo cardiovascular de los pacientes con LES y su posible modificación en base al daño acumulado y la actividad de la enfermedad.

Métodos: Estudio prospectivo transversal de pacientes con diagnóstico de LES según criterios SLICC 2012 procedentes de los servicios de Reumatología del Hospital Arnau de Vilanova y del HUP La Fe. En todos los pacientes se ha realizado una analítica completa, y se han recogido datos clínicos, biométricos y de tratamiento. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.2.3., utilizando modelos de regresión lineal simple, binomial y logística.

Resultados: Se han estudiado 140 pacientes diagnosticados de LES, el 95% mujeres, con una edad media al diagnóstico de $33,39 \pm 13,63$

y un promedio de $10,05 \pm 11,42$ años de evolución. El 15% de los pacientes presentó un ECV. En este grupo de observa un aumento de factores clásicos de riesgo cardiovascular frente al grupo que no ha manifestado ECV. Se observa una relación estadísticamente significativa entre valores elevados del índice SLICC-ACR ($p < 0,001$), dislipemia ($p = 0,04$), diabetes ($p = 0,02$) y la presencia de ECV en nuestros pacientes. Además, aunque no se obtiene un resultado estadísticamente significativo, se observa una tendencia a la asociación de ECV con la presencia de HTA, niveles elevados de colesterol LDL sérico, y valores elevados del índice de actividad SELENA-SLE-DAI. Por otro lado, a pesar de no obtener significación estadística, se observa una marcada diferencia entre los niveles de anti-cardiolipina IgM y la beta2-glicoproteína IgM, siendo estos mayores en el grupo de pacientes con ECV.

Conclusiones: La tasa de ECV en nuestra serie de pacientes es del 15%, claramente superior a la tasa de ECV de población general del 8,53%. Se confirma el peso de los factores clásicos de riesgo cardiovascular como desencadenantes de ECV; no obstante, el daño acumulado medido por SLICC-ACR tiene un peso determinante en el riesgo cardiovascular en nuestros pacientes. Por ello podría proponerse como un factor adicional de riesgo cardiovascular. Por otro lado, la actividad de la enfermedad medida por SLENA-SLEDAI parece tener una tendencia que apunta a que mayores valores se correlacionarían con ECV, aunque los años de evolución de la enfermedad no parecen tener influencia en los ECV. Sin embargo, son necesarios otros estudios independientes para poder confirmar estas hipótesis.

296. EFECTOS A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO CON CONDOITÍN SULFATO E HIDROCLORURO DE GLUCOSAMINA EN LA PROGRESIÓN ESTRUCTURAL DE LA RODILLA ARTRÓSICA

J. Martel-Pelletier¹, J.P. Raynaud¹, F. Abram², P. Delorme² y J.P. Pelletier¹

¹Osteoarthritis Research Unit. University of Montreal Hospital Research Centre (CRCHUM). Canadá. ²Medical Imaging Research & Development. ArthroLab Inc. Montreal. Quebec. Canadá.

Introducción: La Osteoarthritis Initiative (OAI) es la mayor cohorte observacional de artrosis (A) de rodilla. Ofrece la posibilidad de estudiar la evolución de los cambios estructurales de la A a lo largo del tiempo y los factores de riesgo asociados. También permite explorar los potenciales efectos de los fármacos para la A modificadores de la enfermedad edad en pacientes a lo largo del tiempo.

Objetivos: El presente estudio tiene como objetivo examinar por primera vez el efecto protector del volumen de cartílago de la rodilla a largo plazo (6 años) de condroitín sulfato (CS) combinado con glucosamina (Glu).

Métodos: Se incluyeron 1.593 participantes de las sub-cohortes de progresión e incidencia de la Osteoarthritis Initiative (OAI) que tuvieron datos de RMN en la rodilla estudiada al inicio del estudio y a los 6 años y con una anchura del espacio articular mayor de 1mm, e información sobre el consumo de Glu/CS. Los participantes fueron estratificados en función de si presentaban, o no, extrusión meniscal medial al inicio del estudio, y del primer grupo ($n = 429$) fueron estratificados en subgrupos según su tiempo de exposición a Glu/CS: no expuestos, 1 año, 2-3 años y 4-6 años. Las mediciones de RMN se realizaron utilizando tecnologías cuantitativas totalmente automatizadas (Dodin et al. IEEE Trans Biomed Eng. 2010;57:2699-711; Dodin et al. J Biomed Graph Comput. 2013;3:51-65). El análisis estadístico incluyó el test de tendencia Jonckheere-Terpstra, así como un test de análisis multivariante.

Resultados: Los resultados indican que el tratamiento con Glu/CS en participantes con artrosis de rodilla leve-moderada redujo significativamente la pérdida de volumen del cartílago en el global de la

rodilla asociada con el compartimento lateral. También se encontró que los efectos positivos del tratamiento están relacionados con el tiempo de exposición, el efecto protector a los 6 años fue significativo en los participantes expuestos a 2 o más años de tratamiento.

Conclusiones: Los resultados de este estudio están en consonancia con los estudios previos que demuestran el efecto condroprotector de Glu/CS y proporcionan evidencia del tratamiento a largo plazo de los efectos modificadores de estructura en pacientes con artrosis de rodilla.

297. EL PERÍMETRO DE CINTURA ES LA VARIABLE ANTROPOMÉTRICA MÁS ASOCIADA EN LA GRAVEDAD CLÍNICA EN MUJERES CON ARTROSIS DE RODILLA Y DERRAME ARTICULAR

C. Orellana, J. Calvet, N. Navarro, M. Arévalo, C. Galisteo, J. Gratacós y M. Larrosa

Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: Se han relacionado diferentes variables antropométricas como la obesidad en sus distintas formas de medida (IMC, índice de grasa corporal, perímetro de cintura o ratio cintura/cadera) así como el síndrome metabólico y sus componentes individuales con la artrosis de rodilla. Sin embargo, no se ha estudiado de forma específica la influencia de estos factores en la severidad clínica en pacientes con derrame articular.

Objetivos: Determinar la relación entre diferentes variables antropométricas, el síndrome metabólico y sus componentes individuales con la severidad clínica medida por el índice algofuncional de Lequesne en mujeres con artrosis de rodilla y derrame articular.

Métodos: Estudio transversal, con inclusión consecutiva de mujeres de 50-80 años de edad con artrosis sintomática de rodilla, Kellgren-Lawrence I-IV y con derrame articular significativo (> 4 mm en línea media de bolsa suprapatelar por ecografía). Se recogieron datos demográficos y antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes u obesidad. Se determinaron niveles plasmáticos de glicemia basal, colesterol total, HDL- y LDL, insulinemia y hemoglobina glicada. Las variables antropométricas estudiadas fueron peso, altura, índice de masa corporal (IMC), perímetro de cintura, perímetro de cadera e índice cintura/cadera y porcentaje de grasa corporal medido por impedanciometría. Se determinó la existencia de síndrome metabólico siguiendo criterios estrictos NCEP-ATP-III. Se realizó artrocentesis en todos los pacientes para confirmar la presencia de líquido de carácter mecánico y ausencia de microcristales. Para evaluar la severidad clínica se utilizó el índice algofuncional de Lequesne para artrosis de rodilla. Se realizaron análisis univariante y multivariante para determinar qué variables ejercían mayor influencia en el índice de Lequesne. El estudio fue aprobado por el CEIC local.

Resultados: Se incluyeron 115 pacientes, edad media $68,8 \pm 11,1$ años, duración media de los síntomas 50 ± 23 meses. Los porcentajes de hipertensión (54,58%), diabetes (10,4%), obesidad (57,4%) y dislipidemia (47,8%) fueron superiores a los esperables por edad y sexo (40%, 10%, 40% y 30%, respectivamente). El 40,9% de los pacientes cumplían criterios de síndrome metabólico, también superior al 30% esperable. En el análisis univariante todas las medidas antropométricas mostraban asociación significativa con el índice de Lequesne con índices de correlación de Pearson de leves a moderados (porcentaje de grasa corporal $p = 0,008/r = 0,243$, IMC $p = 0,002/r = 0,277$, peso $p = 0,007/r = 0,249$, perímetro de cintura $p < 0,001/r = 0,404$, perímetro de cadera $p = 0,006/r = 0,252$ e índice cintura /cadera $p = 0,01/r = 0,221$). Ni el síndrome metabólico ni ninguno de sus componentes individuales mostraron asociación estadísticamente significativa. Tras realizar un análisis multivariante secuencial progresivo incluyendo tiempo de evolución, edad y Kellgren-Lawrence, el perímetro de cintura fue la única variable significativamente aso-

ciada ($p < 0,001$) con un coeficiente de correlación de Pearson de 0,338, observándose una magnitud de efecto donde por cada 5 cm de perímetro de cintura se produce un aumento de 0,9 puntos en el Lequesne (coeficiente beta 0,180 (0,083-0,276)). Se confirmó la relación entre IMC y Lequesne pero cuando el perímetro de cintura era incluido en el modelo, solamente el perímetro de cintura permanecía significativo.

Conclusiones: En este estudio el perímetro de cintura fue la variable antropométrica más relacionada con la severidad clínica medida por el índice de Lequesne en mujeres con artrosis de rodilla y derrame articular.

298. SUPERVIVENCIA DE LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN EL TRATAMIENTO DE ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS

A. Martín Vila¹, N. Martínez López de Castro^{1,2}, R. Melero González³, M. Álvarez Payero¹, M. Rodríguez Rodríguez¹, F. Maceiras Pan^{2,3}, C. Mouriño Rodríguez^{2,3}, M. Rodríguez López^{2,3}, I. Hernández Rodríguez³, C. Barbazán Álvarez³, V. Balboa Barreiro⁴, J. de Uña Álvarez⁴, M. Samartín Ucha^{1,2}, G. Piñeiro Corrales¹ y J.M. Pego Reigosa^{2,3}

¹Servicio de Farmacia. EOXI Vigo. ²Grupo IRIDIS (Investigación en Reumatología y Enfermedades Inmuno-Mediadas). Instituto de Investigación Biomédica. Vigo. ³Servicio de Reumatología. EOXI Vigo. ⁴Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidad de Vigo.

Objetivos: Analizar la duración de las líneas de tratamiento con los diferentes fármacos biológicos en una cohorte de pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (AP), espondilitis anquilosante (EA) u otras espondiloartropatías (O).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos aquellos pacientes que habían sido tratados con un fármaco biológico durante al menos 6 meses durante el periodo comprendido entre 01/01/2009 y el 31/08/2014, para alguna de las indicaciones previamente especificadas. Además de datos sociodemográficos, se recogieron las líneas de tratamiento recibidas desde el diagnóstico y se analizó la duración de las mismas. Se exploró si existían diferencias en cuanto a la duración de tratamiento en función del fármaco biotecnológico empleado y la patología. Se realizó un análisis de supervivencia de todas las líneas de tratamiento mediante las curvas de Kaplan-Meier para cada fármaco, incluyendo aquellas líneas que no habían finalizado. Se representó en el eje vertical el porcentaje de pacientes que están con un determinado tratamiento frente al tiempo de duración en días. Se analizó si existían diferencias entre dichas curvas mediante el test log-rank.

Resultados: Se estudiaron 484 pacientes, edad media (\pm DE): 56 años (\pm 14,4), el 54,3% mujeres. Se analizaron 742 líneas de tratamiento: 344 de adalimumab, 219 de etanercept, 96 de infliximab, 20 de golimumab, 6 de certolizumab, 20 de abatacept, 26 de tocilizumab. En el punto de corte del estudio (31/08/2014) habían finalizado 342 de estas líneas. Se calculó la duración media de tratamiento en días (\pm DE), obteniéndose los siguientes resultados: adalimumab: 1.034 (\pm 864) días; etanercept: 735 (\pm 768) días; infliximab: 959 (\pm 845) días; golimumab: 302 (\pm 225) días; certolizumab: 90 \pm 0 días; abatacept: 429 (\pm 360) días; tocilizumab: 328 (\pm 337) días. Se calculó también la duración media de tratamiento en función de la patología (\pm DE): AR: 989 (\pm 853) días; AP: 975 (\pm 843) días; EA: 766 (\pm 677) días y O: 912 (\pm 920) días. Teniendo en cuenta las desviaciones estándar encontradas, se realizó un análisis de supervivencia mediante las curvas de Kaplan-Meier, observándose diferencias estadísticamente significativas cuando comparamos los fármacos 2 a 2 para los siguientes pares: mayor duración de las líneas de tratamiento con adalimumab e infliximab frente a golimumab, certolizumab,

abatacept y tocilizumab ($p < 0,05$) y mayor duración de etanercept frente a golimumab, certolizumab y tocilizumab ($p < 0,01$).

Conclusiones: La duración de las líneas de tratamiento es muy variable en todos los fármacos y para todas las patologías analizadas. No se han encontrado diferencias con respecto a la duración de las líneas entre los tres fármacos analizados con un mayor tiempo de comercialización: adalimumab, etanercept e infliximab.

299. ESTUDIO DE ASOCIACIÓN DE GENOMA COMPLETO EN FENOTIPOS CLÍNICOS DE ARTRITIS PSORIÁSICA

J.D. Cañete¹, J.A. Pinto², J. Gratacós³, R. Queiró⁴, C. Montilla⁵, J.C. Torre-Alonso⁶, J.J. Pérez Venegas⁷, A. Fernández Nebro⁸, S. Muñoz-Fernández⁹, C. González¹⁰, D. Roig¹¹, P. Zarco¹², A. Erra¹³, J. Rodríguez¹⁴, S. Castañeda¹⁵, E. Rubio¹⁶, G. Salvador¹⁷, C. Díaz-Torné¹⁸, R. Blanco¹⁹, A. Willisch Domínguez²⁰, J.A. Mosquera²¹, P. Vela²², J. Tornero²³, S. Sánchez-Fernández²⁴, H. Corominas¹¹, J. Ramírez¹, M. López-Lasanta²⁵, R. Tortosa²⁵, A. Julià²⁵ y S. Marsal²⁵

¹Departamento de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona e IDIBAPS. Barcelona. ²Departamento de Reumatología. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. ³Departamento de Reumatología. Hospital Parc Taulí. Sabadell. ⁴Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ⁵Departamento de Reumatología. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca. ⁶Departamento de Reumatología. Hospital Monte Naranco. Oviedo. ⁷Departamento de Reumatología. Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz. ⁸UGC Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga. IBIMA. Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. ¹⁰Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital Moisès Broggi. Barcelona. ¹²Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. ¹³Departamento de Reumatología. Hospital Sant Rafael. Barcelona. ¹⁴Departamento de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ¹⁵Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-Princesa. Madrid. ¹⁶Departamento de Reumatología. Centro de Salud Virgen de los Reyes. Sevilla. ¹⁷Departamento de Reumatología. Hospital Mútua de Terrassa. ¹⁸Rheumatology Unit. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ¹⁹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²⁰Departamento de Reumatología. Complejo Hospitalario de Ourense. ²¹Departamento de Reumatología. Complejo Hospitalario Hospital Provincial de Pontevedra. ²²Departamento de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. ²³Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Guadalajara. ²⁴Departamento de Reumatología. Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. ²⁵Grup de Recerca de Reumatologia. Insititut de Recerca Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos: La artritis psoriásica (AP) es una enfermedad heterogénea con una base genética de riesgo. Estudios de asociación de genoma completo (GWAS) en pacientes y controles han identificado variaciones asociadas al riesgo de la enfermedad. Hasta la fecha, sin embargo, no se ha llevado a cabo un análisis genético global de la variación genética asociada a fenotipos clínicos en la AP. El objetivo del presente GWAS es la identificación de loci de riesgo para fenotipos clínicos de relevancia en la AP.

Métodos: Un total de $n = 835$ pacientes diagnosticados con AP mediante criterios CASPAR fueron reclutados para el presente estudio. En cada paciente se genotiparon > 600.000 variaciones de único nucleótido (SNPs) mediante la plataforma Human610 Quad (Illumina). En esta cohorte de pacientes se analizó la asociación genética a escala global con la presencia de diferentes variables clínicas y biológicas articulares de relevancia, así como variables cutáneas. El análisis de asociación se llevó a cabo mediante regresión ajustando

por los componentes principales de variación. Los SNPs con mayor significación estadística ($p < 10^{-6}$) fueron seleccionados y validados en una cohorte independiente de $n = 414$ pacientes con PsA. El genotipado de replicación se realizó mediante la plataforma de baja densidad GoldenGate (Illumina). Los pacientes de la cohorte GWAS y de la cohorte de replicación fueron reclutados en los departamentos de reumatología de 15 hospitales universitarios españoles. Todos los pacientes eran caucásicos y de origen español.

Resultados: En la etapa de análisis de genoma completo se identificaron regiones genómicas asociadas ($p < 5 \cdot 10^{-6}$) a variables articulares incluyendo el patrón axial ($n = 2$), el patrón de enfermedad periférico ($n = 2$), la presencia de proliferación ósea ($n = 1$), al grado de la sacroileítis radiológica ($n = 1$) y la presencia de sindesmofitos ($n = 1$). A su vez, se identificaron polimorfismos asociados a variables cutáneas incluyendo la presencia de onicopatía ($n = 1$) y a la gravedad de la afectación cutánea ($n = 1$). En la cohorte de replicación se validó de forma significativa ($p < 0,05$) la asociación de 1 locus asociado al patrón de enfermedad periférico y de 2 loci asociado al patrón axial de la enfermedad.

Conclusiones: El presente estudio es el primer estudio GWAS para el estudio de la base genética de los fenotipos clínicos en la AP. Se han identificado nuevas regiones candidatas en el genoma asociadas a variables articulares y cutáneas. Las nuevas regiones genéticas validadas constituyen nuevos mecanismos moleculares implicados en el desarrollo de fenotipos específicos dentro de la enfermedad.

300. FACTORES ASOCIADOS CON LA ADHERENCIA A LA TERAPIA BIOLÓGICA INCLUYENDO LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN

M. López Garrido, A. Naranjo Hernández, F. Francisco, S. Ojeda Bruno, J. Quevedo Abeledo, C. Earausquin, I. Rúa-Figueroa, A. Bilbao Cantanero, M. Varela y C. Rodríguez-Lozano

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: El presente estudio fue diseñado a fin de determinar si existen diferencias de adherencia entre fármacos biológicos dependiendo de la vía de administración, intravenosa o subcutánea.

Métodos: Se seleccionaron los pacientes diagnosticados de artritis reumatoide, artritis psoriásica y espondilitis anquilosante en seguimiento por el Servicio de Reumatología del HUGC Dr. Negrín en tratamiento con biológicos y se recogieron las siguientes variables de manera retrospectiva: edad, sexo, tiempo de evolución, fármaco, vía de administración, nivel de estudios y número de visitas a consultas médicas y de enfermería. Se excluyeron los tratados con rituximab al ser la posología muy variable. Los pacientes en tratamiento subcutáneo se seleccionaron de forma aleatoria emparejados por enfermedad con el grupo de terapia intravenosa. Se calculó el cumplimiento durante el año 2014 teniendo en cuenta las dosis estimadas durante un año y las que administraron realmente; para la vía intravenosa se recogieron las infusiones administradas y para la vía subcutánea las ampollas recogidas en la farmacia del hospital. Se tuvieron en cuenta las suspensiones de tratamiento por causa médica justificada como efectos adversos, infecciones o cirugía (no se contabilizaron como falta de adherencia para el análisis). Se establecieron dos niveles de adherencia: aceptable (superior al 80%) y óptima (superior al 95%). Se compararon los pacientes adherentes y no adherentes utilizando la t-Student para variables cuantitativas y la chi cuadrado para las cualitativas.

Resultados: Se incluyeron 166 pacientes, el 57% mujeres, promedio de edad 55 años, el 57% padecía artritis reumatoide, el 28% espondilitis anquilosante y el 24% artritis psoriásica. De ellos, 78 pacientes pertenecieron al grupo tratado por vía intravenosa con infliximab, abatacept y tocilizumab; y 88 pacientes al grupo tratado con biológicos subcutáneos, adalimumab, etanercept, certolizumab y golimumab. No se hallaron diferencias estadísticamente

significativas entre los grupos subcutáneo e intravenoso respecto a edad, sexo, diagnóstico, tiempo de evolución, nivel de estudios o número anual de visitas a consulta. La adherencia óptima (95%) fue del 60% en el grupo intravenoso y del 66% en el grupo subcutáneo ($p = 0,45$). En conjunto se observó una menor adherencia en las mujeres (OR = 1,94, IC95%: 1,6-2,27), así como en los pacientes con artritis reumatoide (OR = 2,43, IC95%: 2,09-2,78). Sin embargo, la adherencia fue mayor en la espondilitis anquilosante (OR = 3,98, IC95%: 3,54-4,37) y en la artritis psoriásica (OR = 2,00, IC95%: 1,51-2,50) en comparación con la artritis reumatoide. La edad, el tiempo de evolución de la enfermedad, el nivel cultural o el número de visitas anuales a médico y enfermera fueron similares entre pacientes adherentes y no adherentes. La adherencia del 80% se cumplió en 89% del grupo intravenoso y en el 88% del grupo subcutáneo ($p = 0,82$).

	Adherencia óptima (95%) (n = 105)	No adherencia (n = 61)	p
Vía de administración			
Intravenosa	47 (60%)	31 (39%)	0,45
Subcutánea	58 (66%)	30 (34%)	
Sexo (mujeres)	54 (56%)	41 (43%)	0,05
Edad media (DE)	54 (12)	56 (13)	0,47
Años evolución enfermedad (DE)	20 (13)	18 (12)	0,42
Nivel de estudios			
Hasta estudios primarios	41 (39%)	26 (42%)	0,44
Bachiller/secundaria	27 (25%)	23 (37%)	
Universitarios	14 (13%)	6 (10%)	
Desconocido	23 (22%)	6 (10%)	
Diagnóstico			
Artritis reumatoide	52 (54%)	43 (45%)	0,03
Espondilitis anquilosante	36 (76%)	11 (23%)	
Artritis psoriásica	17 (70%)	7 (29%)	
Número de visitas a consulta del reumatólogo en un año > 2	16 (15%)	12 (19%)	0,46
Una o más visitas a consulta de la enfermera en un año	14 (13%)	12 (19%)	0,28
Biológico utilizado			
Adalimumab	40 (72%)	15 (27%)	0,07
Infliximab	30 (57%)	22 (42%)	0,32
Etanercept	16 (53%)	14 (46%)	0,21
Tocilizumab	11 (64%)	6 (35%)	0,90
Certolizumab (%)	1 (50%)	1 (50%)	0,70
Golimumab	1 (100%)	0	0,44
Velocidad de sedimentación (media ± DE)	15 (13)	15 (10)	0,80

Conclusiones: Nuestro estudio demuestra una adherencia global similar a biológicos intravenosos y subcutáneos. Si bien la metodología utilizada para cuantificar la adherencia es bastante heterogénea en la literatura, nuestro trabajo coincide con lo publicado en que el prototipo de paciente adherente es un varón con espondilitis anquilosante.

301. MAYOR RECUENTO CELULAR EN PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA Y SÍNDROME METABÓLICO

N. Navarro, J. Calvet, C. Orellana, M. García Manrique, M. Arévalo, J. Gratacós y M. Larrosa

Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: Diferentes estudios han relacionado la artrosis de rodilla con una mayor prevalencia de factores clásicos de riesgo cardiovascular y con el síndrome metabólico. Estos pacientes parecen presentar peores niveles de dolor y capacidad funcional, con una enfermedad más grave asociando con frecuencia derrame articular.

Objetivos: Valorar la relación entre el contaje celular en líquido sinovial como reflejo del grado de inflamación local y la presencia de factores clásicos de riesgo cardiovascular, síndrome metabólico y sus componentes individuales en pacientes con artrosis de rodilla y derrame articular.

Métodos: Estudio transversal, con inclusión consecutiva de mujeres de 50-80 años de edad con artrosis sintomática de rodilla, Kellgren-Lawrence I-IV y con derrame articular significativo (> 4 mm en línea media de bolsa suprapatelar por ecografía). Se recogieron datos demográficos y antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes u obesidad. Se determinaron niveles plasmáticos de glicemia basal, colesterol total, HDL- y LDL, insulinemia y hemoglobina glicada. Se determinó la existencia de síndrome metabólico siguiendo criterios estrictos NCEP-ATP-III. Se practicó artrocentesis en todos los pacientes para confirmar la presencia de líquido de carácter mecánico, la ausencia de microcristales y para realizar contaje celular. Este estudio fue aprobado por el CEIC local.

Resultados: Se incluyeron 114 pacientes (94 mujeres, 20 hombres), edad media 68,5 y 64,7 años y duración de los síntomas 48,5 y 36 meses en hombres y mujeres respectivamente. Las frecuencias de cada factor de riesgo cardiovascular fueron respectivamente en mujeres y hombres los siguientes: hipertensión arterial 53,2% y 70%, dislipidemia 51,1% y 55%, obesidad 56,4% y 50%, diabetes 7,4% y 20%, y en el caso de la frecuencia de síndrome metabólico 38,3% y 45%, respectivamente, resultando superiores a lo esperable para edad y sexo en todos los casos excepto para diabetes. En relación con el contaje celular del líquido sinovial las mujeres con síndrome metabólico presentaron un mayor número de leucocitos comparado con las mujeres sin síndrome metabólico (mediana 218,4 (155,3-299,1) y 111,7 (81,4-149,8), respectivamente ($p = 0,004$). Además, el contaje celular se incrementaba en mujeres cuantos más componentes de síndrome metabólico se encontraban presentes ($p = 0,024$). Sin embargo, no se encontraron diferencias en hombres. La existencia del antecedente de diabetes también se asoció a mayor recuento celular en mujeres ($p = 0,013$), mientras que en hombres solo la dislipidemia se asoció a mayor recuento ($p = 0,04$).

Conclusiones: La existencia de síndrome metabólico se asoció a un recuento celular más elevado en líquido sinovial en mujeres con artrosis de rodilla, y dicho recuento fue mayor cuantos más componentes del síndrome metabólico estaban presentes. Estos hallazgos no se encontraron en hombres, aunque el tamaño muestral más pequeño impide establecer una conclusión clara al respecto.

302. FRACTURA DE TOBILLO Y SU RELACIÓN CON LA OSTEOPOROSIS, DIABETES Y OBESIDAD

S. Rodríguez-Muguruza¹, A. Prior-Español¹, A. Florido², J. Sanint¹, Y. García-Mira¹, M. Martínez-Morillo¹, L. Mateo¹, J. Cañellas¹, A. Olivé¹, X. Tena¹, I. Casas³ y S. Hologado¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Traumatología; ³Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por una densidad de masa ósea baja y un deterioro de la microarquitectura del tejido óseo; ambos factores provocan un incremento en la fragilidad y mayor susceptibilidad a las fracturas. La diabetes mellitus (DM) y la obesidad constituyen una amenaza creciente para la salud mundial. Estudios epidemiológicos y experimentales sugieren la existencia de una pérdida de masa ósea asociada a la DM tipo 1 y un incremento del riesgo de fractura en la DM tipo 2.

Objetivos: Investigar la relación entre las fracturas de tobillo, la densidad mineral ósea (DMO), la DM y la obesidad.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas, radiografías y densitometrías de pacientes con fractura de tobillo atendidos entre 2008-2014 en un hospital universitario con un área de referencia de 850.000 habitantes. Se clasificaron a los pacientes en 4 grupos (diabéticos y no diabéticos, obesos y no obesos) se compararon los datos demográficos (edad y sexo), DMO, mecanismo de fractura (bajo y alto impacto), tipo de fractura (maleolar, bimalleolar, trimaleolar),

tratamiento de la fractura y presencia de osteoporosis, así como de otras fracturas posteriores a la de tobillo.

Resultados: Se compararon un total de 65 pacientes diabéticos (32,3% hombres y 67,7% mujeres; media de edad 61,8 años [DE 17,6]) con 234 pacientes no diabéticos (52,9% hombres y 47,1 mujeres; media de edad 31,5 [DE 41,7]). Y 40 pacientes obesos (37,5% hombres y 34,7% mujeres, media de edad 42 años [DE 21,2]) con 76 pacientes no obesos (38,2% hombres y 61,8% mujeres). La tabla recoge las principales características encontradas en los cuatro grupos. No se encontraron diferencias significativas en el tipo o mecanismo de fractura, la DMO ni la presencia de nuevas fracturas entre los pacientes diabéticos y no diabéticos, los obesos y no obesos. La fractura bimalleolar fue el tipo de fractura que se presentó con mayor frecuencia en todos los grupos de pacientes. El grupo de pacientes con DM tuvo tendencia a presentar fracturas de bajo impacto, osteoporosis y mayor índice de nuevas fracturas. Se describieron 12 nuevas fracturas entre los 3 y 48 meses posteriores a la de tobillo: 5 de radio distal, 3 de cadera y 2 en localizaciones no relacionadas con la osteoporosis. Un paciente presentó dos fracturas a los 3 y 12 meses (colles y vertebral).

	DM (%)	No DM (%)	p	Obesidad (%)	No obesidad (%)	p
Género mujer	53	67,7	0,03	61,8	62,5	0,9
Fractura bimalleolar	61,5	51,7	0,4	52,6	52,5	0,8
Fractura trimaleolar	10,8	17,5	0,4	20	17,1	0,8
Traumatismo bajo impacto	52,3	43,2	0,3	47,5	56,6	0,6
Tratamiento conservador	13,8	11,1	0,5	7,5	7,9	0,9
Osteopenia	25	62,5	0,2	60	42,9	0,2
Osteoporosis	50	37,5	0,2	20	57,1	0,2
Nueva fractura	18,5	15	0,4	15	19,7	0,5

Conclusiones: No se ha observado relación entre la obesidad, la diabetes, las fracturas de tobillo y la osteoporosis. Sin embargo, los pacientes con DM tienden a presentar un mayor número de fracturas de bajo impacto, DMO más baja y mayor tendencia a mostrar nuevas fracturas.

303. FACTORES PREDICTORES DE RESPUESTA A LAS INFILTRACIONES FACETARIAS EN LA LUMBALGIA CRÓNICA

A. Santana Torres, A. Naranjo Hernández, J.C. Quevedo, S. Ojeda, C. Erasquin, C. Rodríguez-Lozano y F. Francisco-Hernández

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Evaluar la efectividad del bloqueo facetario lumbar en el manejo del dolor lumbar crónico y determinar los factores asociados con una buena respuesta al tratamiento.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo llevado a cabo en el Hospital Dr. Negrín Servicio de Reumatología. Se seleccionaron los pacientes con lumbalgia crónica sometidos a bloqueo facetario en los últimos 4 años por la Unidad de Reumatología Intervencionista. Los criterios de inclusión fueron: 1) pacientes con edad igual o superior a 18 años; 2) pacientes remitidos desde el servicio de reumatología; 3) historia de dolor lumbar mecánico que limita las actividades cotidianas; 4) duración de al menos 6 meses; 5) artrosis facetaria lumbar documentada por técnicas de imagen (Rx simple y/o TAC); 6) ausencia de mejoría con tratamiento conservador incluyendo analgésicos, antiinflamatorios, opioides y/o rehabilitación. Se recogió la evolución de los síntomas, los tratamientos previos, la intensidad previa del dolor, el tipo de actividad laboral, la irradiación del dolor y las comorbilidades. Se evaluó la respuesta a los 3 y a los 6 meses. Aquellos pacientes con mejoría franca o totalmente asintomáticos se consideraron como respondedores. Comparamos las diferencias entre los pacientes respondedores y no respondedores mediante chi cuadrado y t de Student según el tipo de variable (cualitativa o continua).

Resultados: Incluimos 76 pacientes con un promedio de edad de 61 años, promedio duración de los síntomas 13 años, el 72% mujeres, tratamiento con analgésicos y/o AINE en la visita basal en el 72%, gabapentina o pregabalina en el 8%. Al evaluar la respuesta a los 3 meses, el bloqueo facetario logró algún grado de mejoría en el 78% de los pacientes (de estos el 16% mejoría significativa y el 3% asintomáticos); a los 6 meses un 52% experimentó algún grado de mejoría (de estos el 9% mejoría significativa y el 4% asintomáticos). Los factores asociados a respuesta al tratamiento a los 3 meses fueron el sexo masculino (OR 2,1; IC95% 1,4-2,7; p = 0,23), una menor edad (promedio 53 vs 62; p = 0,02), la ausencia de ansiedad o depresión (OR 5,0; IC95% 3,9-6,9; p = 0,02) y la no irradiación a miembros inferiores (OR 3,5; IC95% 2,9-4,2; p = 0,04).

Conclusiones: El bloqueo facetario lumbar constituye una opción terapéutica en el dolor lumbar crónico si bien a medio plazo sólo se consigue alguna eficacia en la mitad de los pacientes, especialmente en los más jóvenes sin depresión o ansiedad asociadas.

304. ECULIZUMAB, UN AGENTE PROMETEDOR EN EL MANEJO DE LA MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA ASOCIADA A LA ESCLEROSIS SISTÉMICA

P.E. Borges¹, L.D. Santacruz-Oru¹, J. Godó¹, S. Pérez Esteban¹, C. Gracia-Iguacel², E. González-Parra² y O. Sánchez-Pernaute¹

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

La esclerosis sistémica es una enfermedad caracterizada por alteraciones en la microcirculación, producción de autoanticuerpos y proliferación de fibroblastos. La coexistencia de diferentes factores puede determinar el desarrollo de una microangiopatía trombótica (MAT). Las MAT se caracterizan por el desarrollo de anemia hemolítica y trombocitopenia por destrucción mecánica, así como por un estado de hiperagregabilidad. Actualmente se distinguen 2 subtipos de MAT: la púrpura trombótica trombocitopénica (PTT), asociada a un déficit funcional de la proteasa ADAMTS13, y el síndrome hemolítico urémico (SHU), caracterizado por una activación incontrolada de la vía alternativa del complemento. A su vez, éste se subdivide en típico, causado por la toxina Shiga, o atípico, generalmente asociado a mutaciones genéticas de las proteasas reguladoras del complemento (idiopático) o a la formación de anticuerpos que inactivan a dichas proteasas. En la esclerosis sistémica, al igual que en otras enfermedades autoinmunes, se produce un mecanismo de activación del complemento que constituye el origen de las alteraciones hematológicas y finalmente la insuficiencia renal rápidamente progresiva (o crisis renal) que caracterizan al SHU atípico. Describimos el desarrollo de crisis renal en dos pacientes con esclerosis sistémica de reciente diagnóstico (durante el primer año tras el debut). Ambos pacientes desarrollaron un cuadro de MAT con un rápido deterioro de la función renal. Los pacientes mostraron actividad de ADAMTS13 > 10%, mientras que no se identificaron mutaciones en la región reguladora del complemento. En ambos pacientes se instauró tratamiento con esteroides a dosis intermedias y ciclofosfamida, tratamiento vasodilatador e inhibidores del sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA), antiagregación y terapia de soporte, con sesiones de plasmaféresis e inmunoglobulinas intravenosas. A pesar de que con estas medidas se objetivó una respuesta favorable en el resto de dominios de la enfermedad y una respuesta parcial de la MAT, no se alcanzó remisión de la hemólisis ni normalización de las series hematológicas. Más aún, hubo un deterioro rápido de la función renal que llevó a la utilización de eculizumab obteniendo una respuesta favorable. El eculizumab es un anticuerpo monoclonal IgG humanizado recombinante inhibidor de la fracción C5 del complemento, que, a través de la unión a su ligando, impide la destrucción

celular mediada por el complejo de ataque de membrana. De este modo, logra frenar la actividad incontrolada del complemento terminal, que constituye la base fisiopatológica de las MAT tipo SHU. Tanto el mecanismo de acción como el beneficio observado en estos dos pacientes sugieren que el eculizumab puede tener un papel principal en el tratamiento de las MAT secundarias a la esclerosis sistémica.

305. ETIOLOGÍA DEL FENÓMENO DE RAYNAUD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

C. Peralta Ginés, M. Casorrán Berges y C. Delgado Beltrán

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción: El fenómeno de Raynaud (FR) es un motivo de atención médica frecuente que afecta del 3 al 5% de la población general. Se caracteriza por episodios súbitos, transitorios y recurrentes de palidez o cianosis digital, desencadenados por el frío o por situaciones de estrés. En el 80% de los casos no se identifica ninguna causa desencadenante y se denomina FR primario. Entre las múltiples causas secundarias que lo pueden provocar destacan las enfermedades autoinmunes sistémicas.

Objetivos: Estudio prospectivo de pacientes con fenómeno de Raynaud, para investigar la etiología del mismo tras un estudio exhaustivo al año de seguimiento.

Métodos: Se practicó anamnesis (antecedentes personales y familiares, medicación, anamnesis por aparatos, datos demográficos, hábitos tóxicos, actividad laboral), exploración física, estudio analítico (hemograma, bioquímica, VSG, PCR, ANA, ENAs, ANCA, anticuerpos antifosfolípido, crioglobulinas, factor reumatoide, antipéptidos citrulinados, complemento, inmunoglobulinas, HLA, serologías de hepatitis B y C) y capilaroscopia del lecho ungueal con estereoscopio e iluminador de luz fría. Todos los pacientes eran seguidos al menos durante 1 año, repitiéndose las exploraciones complementarias a los 6 y 12 meses.

Diagnóstico	N (%)	Tabaco (%)
No filiado	1 (0,73)	0 (0)
Primario	27 (19,71)	13 (48,15)
Secundario	109 (79,56)	52 (47,71)
Conectivopatía	83 (76,15)	39 (46,99)
Crioglobulinemia	41 (49,40)	19 (46,34)
ES	14 (16,87)	3 (21,43)
EITC	11 (13,25)	1 (9,09)
LES	10 (12,05)	6 (60)
Sjögren	9 (10,84)	5 (55,56)
Preesclerodermia	7 (8,43)	4 (57,14)
AR	5 (6,02)	0 (0)
EMTC	3 (3,61)	0 (0)
SAF	3 (3,61)	1 (33,33)
EA	1 (1,20)	0 (0)
Causas laborales	6 (5,50)	1 (16,67)
HTA	6 (5,50)	1 (16,67)
Hipotiroidismo	4 (3,67)	1 (25)
STC	3 (2,75)	1 (33,33)
Migrañas	3 (2,75)	1 (33,33)
FM	2 (1,83)	2 (100)
Cardiopatía isquémica	1 (0,92)	0 (0)
DM	1 (0,92)	0 (0)

Resultados: Se valoraron 137 pacientes. La edad media fue de 48 años, siendo el 88% mujeres y el 12% varones. Los diagnósticos se describen en tabla. De los 137 pacientes estudiados, solo 27 (19,71%) presentaban un fenómeno de Raynaud primario, entendido como aquel que se presenta en pacientes en los que tras el estudio no se ha identificado ninguna causa secundaria del mismo. 13 de estas pacientes (48,15%) tenían o habían tenido exposición al tabaco. En un paciente se perdió el seguimiento antes de completar el estudio, sin poder clasificar el fenómeno de Raynaud en primario o secundario. De los 109 pacientes con fenómeno de Raynaud secundario,

83 presentaban un diagnóstico autoinmune, de las cuales las más frecuentes fueron la crioglobulinemia (49,4%), la esclerosis sistémica (16,87%), la enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (13,23%) y el lupus eritematoso sistémico (12,05%). El 46,99% de las pacientes con fenómeno de Raynaud secundario a conectivopatía había presentado en algún momento exposición al tabaco. En un porcentaje mucho menor, se identificaron otras causas secundarias de fenómeno de Raynaud en nuestra serie de pacientes, como causas laborales (5,50%), hipertensión arterial (5,50%) o hipotiroidismo (3,67%).

Conclusiones: En nuestra serie el fenómeno de Raynaud es más frecuente en mujeres y de etiología secundaria a conectivopatía, a diferencia de otras series publicadas en la literatura. Esta diferencia se puede explicar por un sesgo de selección, ya que en esta serie se incluyen pacientes que hubieran cumplido 1 año de seguimiento, durante el cual han podido perderse casos menos graves y sin comorbilidad, que pudieran corresponder con casos de fenómeno de Raynaud primario.

306. ESTRÉS OXIDATIVO AUMENTADO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON MAYOR DAÑO ACUMULADO

E. Grau García^{1,2}, M. Fernández Matilla^{2,3}, G. Poveda Marín^{1,2}, C. Fedec Olmos¹, E. Labrador Sánchez¹, F.M. Ortiz Sanjuán^{1,2}, N. Fernández-Llanio Comella⁴, D. Hervás Marín⁵, V. Fornés Ferrer⁵, R. Rodrigo Nicolás⁶, K. Arévalo Ruales¹, R. Negueroles Albuixech¹, J. Ivorra Cortés^{1,3}, J. Fragio Gil¹, I. Martínez Cordellat¹, J.L. Valero Sanz¹, I. Chalmeta Verdejo¹, L. González Puig¹, C. Alcañiz Escandell^{1,3}, C. Nájera Herranz¹, J.A. Castellano Cuesta⁴ y J.A. Román Ivorra^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ³Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ⁵Unidad de Bioestadística; ⁶Grupo de Investigación en Biomedicina Molecular, Celular y Genómica. CIBERER. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Introducción: El estrés oxidativo está aumentado en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), y contribuye al desequilibrio del sistema inmune, la activación anómala de procesos apoptóticos, producción de autoanticuerpos y al desarrollo de comorbilidades graves, tales como la afectación cardiovascular.

Objetivos: Evaluación de la influencia del estrés oxidativo como factor de riesgo cardiovascular adicional a los factores clásicos en pacientes con LES.

Métodos: Estudio prospectivo transversal de pacientes con diagnóstico de LES según criterios SLICC 2012 procedentes de los servicios de Reumatología del Hospital Arnau de Vilanova y del HUP La Fe. En todos los pacientes se ha analizado la concentración en suero de GS-Nem (GSH) y GSSG, mediante UPLC-MS/MS (Acquity UPLC System). Se han tomado además individuos sanos como control negativo, a los cuales se les ha realizado la misma determinación. En los pacientes también se ha realizado una analítica completa, se han recogido datos clínicos, biométricos y de tratamiento mediante entrevista personal. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.2.3., utilizando modelos de regresión lineal simple, binomial y logística.

Resultados: Se han estudiado 140 pacientes diagnosticados de LES, el 95% mujeres, con una edad media al diagnóstico de 33,39 ± 13,63 y un promedio de 10,05 ± 11,42 años de evolución. Se ha utilizado la ratio GSH/GSSG para valorar el estrés oxidativo, siendo este valor mayor en los pacientes que en los controles sanos (p = 0,005). Se ha observado una relación estadísticamente significativa entre la presencia de estrés oxidativo y el daño acumulado valorado mediante

SLICC-ACR (p < 0,0001). No se observan diferencias según la actividad de la enfermedad, perfil autoinmune ni afectación concreta por órganos o sistemas. Sin embargo, se muestra una ligera diferencia en la ratio GSH/GSSG entre aquellos pacientes que han presentado un ECV (1 ± 0,39) y los que no han presentado ECV (1,19 ± 0,55). Tampoco se observan diferencias en los niveles de estrés oxidativo en base al tratamiento con ácido fólico o a la administración de terapias biológicas.

Conclusiones: Observamos un aumento de estrés oxidativo en nuestros pacientes con LES en comparación a controles sanos. Los datos sugieren una elevación del estrés oxidativo en los pacientes con un mayor daño acumulado, lo cual está en consonancia con la presencia de comorbilidades graves en estos pacientes. Parece existir una ligera tendencia al aumento de estrés oxidativo valorado con la ratio GSH/GSSG en individuos con LES y afectación cardiovascular, pero son necesarios más estudios independientes que confirmen este hecho.

307. ALTERACIONES EN LA CONECTIVIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES ARTRÓSICOS CON SENSIBILIZACIÓN CENTRAL: ESTUDIO DE NEUROIMAGEN

L. Orpinell¹, J. Pujol², M. López-Ruiz^{1,3}, J. Llorente-Onaindia^{1,3}, G. Martínez-Vilavella², D. Marqués¹, D. Macià², F. Montañés¹, P. Benito^{1,3}, J. Deus⁴ y J. Monfort^{1,3}

¹Departamento de Reumatología; ²Unidad de Investigación en RM. Hospital del Mar. Barcelona. ³Grupo de Investigación Celular en Inflamación y Cartilago. Institut Mar d'Investigacions Mèdiques. Barcelona. ⁴Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Autónoma de Barcelona.

Introducción: La sensibilización central (SC) es un fenómeno frecuente entre los pacientes con artrosis de rodilla. En un estudio previo, nuestro equipo demostró que se trata de un fenómeno que se manifiesta de forma gradual, y no dicotómica, así como su importante papel en la cronificación del dolor. La neuroimagen es una técnica que aporta objetividad al concepto de dolor, y el estudio del resting state permite detectar alteraciones en la función cerebral en estado de reposo. Con la finalidad de identificar al subgrupo de pacientes sensibilizados y caracterizar sus alteraciones en la conectividad funcional se diseñó un estudio con resonancia magnética funcional (RMf).

Métodos: Se trata de un estudio transversal y ciego simple con 60 pacientes afectados de artrosis de rodilla. Se evaluó la presencia de SC mediante los umbrales de dolor de la versión extendida del mapa peripatelar de Arendt-Nielsen y la sumación temporal en el punto con el umbral más bajo y alejado de la articulación. La RMf incluyó 2 secuencias de reposo en las que los sujetos únicamente debían permanecer tumbados y relajados. Estas secuencias se intercalaban con otra secuencia en la que se ejercía estimulación dolorosa sobre la interlinea medial, con el fin de observar los cambios en la conectividad funcional en reposo y tras una situación de dolor similar a la provocada por la propia patología.

Resultados: Un total de 33 pacientes mostraron algún grado de SC, de los cuales 19 reunían todos los criterios establecidos. Se muestra en la tabla las características clínicas de la muestra. En el análisis global de la secuencia de reposo antes de la estimulación dolorosa no se encontraron diferencias significativas entre los pacientes sensibilizados y los que no lo estaban. Sin embargo, se encontró una importante hiperconectividad, en especial en la ínsula posterior tras la estimulación dolorosa. Cuando se seleccionó como área de interés la corteza somatosensorial secundaria (SII), se halló una hiperconectividad con la ínsula anterior y una hipoconectividad con el cíngulo anterior en el resting pre. Estos resultados se replicaron, pero con mayor intensidad, tras la situación de dolor (v. tabla en pág. siguiente).

Conclusiones: Es ampliamente conocido que la SII es un área relacionada con el procesamiento de la información procedente de la pierna y la insula la región relacionada con la integración de la información y la sensación visceral o interocepción. La hiperconectividad hallada entre ambas tras el cese del estímulo doloroso, podría estar mostrando la forma en la que los pacientes sensibilizados reviven el dolor incluso sin la presencia del estímulo inicial, a modo de huella. Los resultados, conjuntamente con los obtenidos en las secuencias de estimulación dolorosa ayudan a obtener una visión global de estos pacientes. Este estudio supone un punto de partida para indagar sobre nuevos enfoques terapéuticos que permitan ampliar el manejo actual y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

308. MEDIDAS CENTRADAS EN EL PACIENTE (PROS) CON ARTRITIS PSORIÁSICA. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA PUBLICADA EN LA UNIÓN EUROPEA

C. Blanch¹, H.D. de Paz², M. Comellas² y L. Lizán²

¹Novartis. Barcelona. ²Outcomes'10. Universidad Jaime I. Castellón.

Objetivos: Analizar la información disponible sobre las medidas centradas en el paciente (Patient Reported Outcomes, PROs) con artritis psoriásica (AP) como la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), adherencia, persistencia, satisfacción y preferencias.

Métodos: Se consultaron las bases de datos internacionales MedLine/PubMed, ISI Web of Knowledge (ISI-WOK), Scopus y Cochrane Library. Se seleccionaron estudios originales y revisiones sistemáticas referentes a PROs centradas en pacientes con AP publicados en inglés o español hasta septiembre de 2015, excluyéndose comentarios, cartas al director, editoriales, capítulos de libros, abstracts de congresos, estudios asociados a una intervención terapéutica concreta y aquellos trabajos de países no miembros de la UE.

Resultados: Se seleccionaron 10 artículos publicados entre el 2009 y 2015 (9 artículos originales y 1 revisión sistemática). Tres estudios evaluaban la persistencia al tratamiento, seis la CVRS del paciente y uno las preferencias por la toma de decisiones sobre el tratamiento. No se identificaron estudios de preferencias y/o satisfacción con el tratamiento. Los pacientes con AP mostraron una tasa de supervivencia del tratamiento con agentes biológicos del 57,9%, siendo superior a la observada en artritis reumatoide (AR) (51,9%) o espondilitis anquilosante (48,1%). Las variables que significativamente aumentaron el riesgo a interrumpir el tratamiento (menor tasa de persistencia) fueron: el género femenino (HR = 1,42), la presencia de comorbilidades (HR = 1,5), una menor CVRS (HR = 1,10) y una funcionalidad disminuida (HR = 1,10). Por el contrario, el uso concomitante de tratamientos como el metotrexato (HR = 0,64) y un nivel elevado de la proteína C-reactiva al inicio del tratamiento (HR = 0,49) estaban asociados significativamente con una mayor tasa de persistencia. Se identificaron 4 herramientas para evaluar la CVRS (SF-36, EQ-5D, WHOQoL-BREF y PsAQoL). La CVRS de estos pacientes se vio deteriorada, entre otros factores, por una mayor discapacidad del paciente ($\rho > 0,5$; $p < 0,05$), una mayor actividad de la enfermedad ($\rho > 0,5$; $p < 0,05$), el tabaquismo ($\beta = -0,04$; $p = 0,009$), el dolor ($\beta = -0,270$; $p < 0,05$), la ansiedad ($\beta = -0,283$, $p < 0,05$) o la gravedad de las lesiones psoriásicas ($p < 0,05$). Las tera-

pias biológicas anti-TNF se asociaron con una mejoría de la CVRS, (113% de mejoría respecto valor basal; $p < 0,05$), especialmente al tratarse de manera simultánea con esteroides ($\beta = 3,77$; $p < 0,05$). En comparación con AR, la ansiedad y la depresión tenían un mayor impacto negativo en la CVRS de pacientes con AP (R2 ajustada 0,142 vs 0,082). Finalmente, uno de los estudios revisados sugiere que los pacientes con AP prefieren una mayor involucración en la gestión de su enfermedad, valorando muy positivamente la información recibida sobre las opciones del tratamiento ($p < 0,05$) o sus efectos secundarios ($p < 0,01$).

Conclusiones: La supervivencia al tratamiento en los pacientes con AP es superior al observado en otras enfermedades reumáticas. Distintas variables clínicas y funcionales la reducen, mientras que el uso concomitante de metotrexato la mejora. La CVRS de estos pacientes ésta comprometida y se ve deteriorada por la discapacidad, el dolor o la actividad de la enfermedad. El uso de terapias biológicas la mejora de manera sustancial. Finalmente, los pacientes con AP prefieren una mayor implicación en la gestión de su enfermedad.

309. MEDIDAS CENTRADAS EN EL PACIENTE (PROS) CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA PUBLICADA EN LA UNIÓN EUROPEA

C. Blanch¹, C. Prada², M. Comellas² y L. Lizán²

¹Novartis. Barcelona. ²Outcomes'10. Universidad Jaime I. Castellón.

Objetivos: Sintetizar y analizar la información disponible en la literatura referente a las medidas centradas en el paciente (Patient Reported Outcomes, PROs) con espondilitis anquilosante (EA), haciendo principal hincapié en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de estos pacientes.

Métodos: Se revisaron bases de datos internacionales MedLine/PubMed, ISI Web of Knowledge (ISI-WOK), Scopus y Cochrane Library; seleccionándose aquellos estudios originales y revisiones sistemáticas referentes a PROs centradas en pacientes con EA publicados en inglés o español hasta septiembre de 2015. Se excluyeron artículos en formato de comentarios, cartas al director, abstracts de congresos, estudios asociados a una intervención terapéutica concreta y aquellos trabajos de países no miembros de la UE.

Resultados: Se incluyeron 9 artículos publicados entre el 2001 y 2013. Ocho estudios evaluaron la CVRS o las variables que la afectan y un estudio evaluó la persistencia al tratamiento. No se identificaron estudios de preferencias y/o satisfacción con el tratamiento. La mayoría de los trabajos eran estudios observacionales con diseño transversal ($n = 7$). LA CVRS fue evaluada mayoritariamente a través de cuestionarios genéricos (SF-36, EQ-5D y WHOQoL-BREF), empleando dos estudios cuestionarios específicos. El cuestionario SF-36 mostraba que los pacientes con EA tenían una CVRS significativamente más deteriorada que la población sana, principalmente el componente físico [componente físico (PCS): $37,1 \pm 8,6$ vs $49,6 \pm 8,9$; componente mental (MCS): $40,7 \pm 9,5$ vs $45,6 \pm 8,4$; $p < 0,0001$], siendo ésta comparable con la CVRS de la artritis reumatoide (PCS: $32,5 \pm 6,0$; MCS: $39,4 \pm 11,8$) o la artritis psoriásica periférica (PCS: $34,1 \pm 6,9$; MCS: $36,9 \pm 6,8$) y axial (PCS: $37,5 \pm 7,0$; MCS: $36,5 \pm$

Tabla Póster 307

	CS (n = 30)	Pacientes (n = 60)	Pacientes no sensibilizados (n = 27)	Altamente sensibilizados (todos los criterios) (n = 19)	Sensibilizados (uno o más criterios) (n = 33)
Edad media (DE)	62,8 (7,7)	66,7 (7,8)	68,1 (6,5)	66,4 (8,8)	65,3 (8,6)
Índice WOMAC, total	3,5 (6,3)	30,5 (13,1)	27,1 (14,3)	35,1 (13,6)	33,2 (11,6)
Severidad del dolor de rodilla	0,2 (0,1)	4,5 (2,3)	4,0 (2,6)	4,9 (2,4)	4,9 (2,0)
Media (DE) n° de puntos sensibles	0,3 (0,7)	2,6 (2,1)	0,7 (0,6)	4,6 (1,4)	4,1 (1,7)
Dolor en la interlínea durante RMNF (VAS)	0,6 (1,2)	5,0 (2,1)	4,3 (1,9)	6,3 (1,8)	5,5 (2,2)
Dolor tibial durante RMNF (VAS)	2,3 (2,2)	6,9 (2,1)	6,0 (2,2)	7,8 (2,0)	7,6 (1,8)
Dolor en antebrazo durante RMNF (VAS)	0,5 (0,8)	2,0 (2,1)	1,7 (1,9)	2,6 (2,5)	2,3 (2,2)

8,0). Una peor funcionalidad del paciente (BASFI) y una mayor actividad de la enfermedad (BASDAI) se relacionaron de forma negativa con la CVRS (r : entre $-0,35$ y $0,75$; $p < 0,05$). La percepción de la enfermedad se correlacionaba con el PCS ($b = -0,37$). Los pacientes con enfermedades reumáticas usualmente refieren que las condiciones ambientales modifican su CVRS. Factores como el aumento de la temperatura ($r = 0,28$; $p = 0,01$), la velocidad del viento elevada ($r = 0,37$; $p = 0,01$), la humedad atmosférica aumentada ($r = 0,33$; $p = 0,02$) y el incremento de la presión atmosférica ($r = 0,41$; $p = 0,01$) se asocian a una menor CVRS. La utilidad media de estos pacientes era de $0,5625 \pm 0,3364$, siendo estos valores inferiores en los pacientes que presentaban comorbilidades ($0,3563 \pm 0,068$ vs $0,6796 \pm 0,041$; $p = 0,0001$). En relación a la persistencia se observó que la tasa de abandono del tratamiento biológico por pacientes con EA estaba influenciado significativamente por el género [hombres vs mujeres: HR = $0,36$ (IC95% $0,19-0,68$); $p < 0,01$] y por la presencia de artritis periférica [periférica vs axial: HR = $0,49$ (IC95% $0,27-0,88$), $p = 0,02$]. **Conclusiones:** De manera similar a otras enfermedades reumáticas, la CVRS del paciente con EA está comprometida, observándose un deterioro importante del componente físico. Factores clínicos como la presencia de comorbilidades, la actividad de la enfermedad y el nivel de deterioro de la funcionalidad del paciente se asocian a una mayor afectación de la CVRS. La persistencia de estos pacientes a los agentes biológicos está influenciada por variables sociodemográficas del paciente como el género y clínicas como el tipo de comorbilidades.

310. ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD REUMÁTICA INFLAMATORIA SISTÉMICA

E. Vicens Bernabeu, M. Aguilar Zamora, D. Ybáñez García, E. Valls Pascual, C. Vergara Dangond, A. Martínez Ferrer, M. Robustillo Villarino, G. Albert Espí y J.J. Alegre Sancho

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

Introducción: Las enfermedades reumáticas tienen una alta prevalencia en mujeres en edad fértil por lo que el deseo gestacional es común. Además, las alteraciones hormonales e inmunes durante la gestación influyen en el curso de la enfermedad inflamatoria y las posibles complicaciones materno-fetales.

Objetivos: Describir las características de una cohorte de pacientes embarazadas con enfermedades reumáticas inflamatorias, controladas en una consulta de reumatología específica de embarazo.

Métodos: Estudio observacional descriptivo en el que se incluyen las pacientes controladas en la consulta entre 2011-2015. Se recogen las siguientes variables: edad, diagnóstico, tratamiento en el embarazo, duración de la gestación, tipo de parto y lactancia; complicaciones ocurridas en la madre y en el feto, y presencia de anticuerpos: anticuerpos antinucleares (ANA), ac. anti-Ro, ac. anti-La y ac. antifosfolípido (aFL). El análisis estadístico descriptivo se realizó utilizando SPSS 17.0.

Resultados: Se revisaron 25 pacientes: artritis reumatoide (AR) 4; artritis psoriásica 2; espondilitis anquilosante (EA) 4 (dos asociadas a enfermedad de Crohn (EC)); reumatismo palindrómico 1; oligoartritis crónica 1; lupus eritematoso sistémico (LES) 6 (dos asociados a síndrome antifosfolípido (SAF) y uno con aFL y ac. anti-Ro); SAF 1; enfermedad de Behçet (EB) 2; Esclerosis sistémica limitada 1; síndrome de Sjögren 1; enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) 1 y una con psoriasis más ANA, ac. anti-Ro y anti-La. Las pacientes incluidas se encontraban controladas de su enfermedad, en remisión o baja actividad. En total 31 embarazos, el 24% de las pacientes presentaron dos durante el periodo de seguimiento, con una edad media de $33,32 \pm 3,7$ años y una media de duración del embarazo de $38,5 \pm 2,2$ semanas. Veintinueve llegaron a término (93,6%), un 75,9% de los partos fueron vía vaginal y un 24,1% cesárea.

Dos pacientes tuvieron un aborto diferido a las 8 semanas (ausencia de latido y huevo huerro). Respecto a abortos previos, se registraron 2 en una paciente con SAF, 2 en una con EB, 1 en una con EMTC, 7 en una con EA-EC y 2 en una con AR. Un 64,5% eligieron lactancia materna. En ninguno se objetivó HTA, eclampsia, preeclampsia ni trombosis posterior. En cuanto a complicaciones fetales: Retraso de crecimiento intrauterino en un 16,1% y sufrimiento fetal en un 12,9% de madres con ac. anti-Ro, salvo una con AR. Se registró un BAV fetal en el 1º embarazo de una paciente con ac. anti-Ro y psoriasis, sin alteraciones en su 2º hijo; lupus neonatal (cutáneo y ac. anti-Ro/La) en un hijo de paciente con Sjögren. En un 22,6% de los embarazos las pacientes no llevaban tratamiento para su enfermedad. Las embarazadas con LES, Sjögren y EMTC llevaban tratamiento con antipalúdicos asociando ác. acetilsalicílico y heparina en caso de SAF. En las pacientes con artropatías inflamatorias se utilizó sulfasalacina y antipalúdicos. En una de ellas con EA-EC se mantuvo adalimumab hasta la semana 30 y azatioprina (AZA). En otra con EB se utilizó AZA. Un 25,8% precisó corticoides a dosis bajas.

Conclusiones: Nuestros resultados confirman que un tratamiento óptimo de la enfermedad previo a la concepción y durante el embarazo, minimiza las complicaciones durante y tras la gestación. Las pacientes con enfermedad autoinmune sistémica asociada a anticuerpos presentan mayor frecuencia de complicaciones. La creación de consultas específicas de embarazo contribuye a conseguir mejores resultados.

311. DISCREPANCIAS ENTRE LOS VALORES SÉRICOS DE VITAMINA D Y LA SUPLEMENTACIÓN EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. IMPACTO EN LA ENFERMEDAD

E. Labrador Sánchez¹, M. Fernández Matilla^{2,3}, E. Grau García^{1,2}, G. Poveda Marín^{1,2}, C. Fedec Olmos¹, F.M. Ortiz Sanjuán^{1,2}, N. Fernández-Llanio Comella⁴, D. Hervás Marín⁵, V. Fornés Ferrer⁵, K. Arévalo Ruales¹, R. Negueroles Albuixech¹, J. Ivorra Cortés^{1,3}, J. Fragió Gil¹, I. Martínez Cordellat¹, J.L. Valero Sanz¹, I. Chalmeta Verdejo¹, L. González Puig¹, C. Alcañiz Escandell^{1,2}, C. Nájera Herranz¹, J.A. Castellano Cuesta⁴ y J.A. Román Ivorra^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ³Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ⁵Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Introducción: La vitamina D tiene un papel importante como regulador de la inmunidad, y está implicada en la fisiopatología de enfermedades autoinmunes, como el lupus eritematoso sistémico (LES). Niveles insuficientes de vitamina D están relacionados con un desequilibrio autoinmune. Existe cierta controversia acerca de si su suplementación podría influir en la evolución de la enfermedad.

Objetivos: Evaluación de los niveles de 25OH-vitamina D en pacientes con LES y la relación con su suplementación, y análisis del impacto de los mismos en la afectación de diferentes órganos o sistemas.

Métodos: Estudio prospectivo transversal de pacientes con diagnóstico de LES según criterios ACR procedentes de los servicios de Reumatología del Hospital Arnau de Vilanova y del HUP La Fe. En todos los pacientes se ha realizado una analítica completa, y se han recogido datos clínicos, biométricos y de tratamiento. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.2.3., utilizando modelos de regresión lineal simple, binomial y logística.

Resultados: Se han estudiado 136 pacientes diagnosticados de LES, el 95% mujeres, con una edad media al diagnóstico de $30,46 \pm 13,63$

un promedio de $10,8 \pm 10,5$ años de evolución. Se observa un valor medio de vitamina D de $26,53 \pm 12,53$ ng/mL, donde el 60,3% presentan valores inferiores a 30 ng/mL. Se ha observado que existe un 26,5% de pacientes que a pesar de la prescripción de suplemento de vitamina D, no alcanzan los valores normales (tabla). Se observa una tendencia positiva entre presencia de hipovitaminosis D y afectación de serosas.

	Hipovitaminosis D (ng/mL) media (DE)	Vitamina D normal (ng/mL) media (DE)
Sin suplemento vit D	19,55 (5,26)	34,7 (5,05)
Con suplemento vit D	20,88 (6,21)	41,54 (11,42)

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes observamos una tasa elevada de hipovitaminosis D, a pesar de la prescripción de suplementos. La hipovitaminosis D parece correlacionarse con afectación de serosas, pero son necesarios más estudios y una mayor serie muestral para su confirmación.

312. ESTUDIO SOBRE EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE EN LA REGIÓN DE MURCIA

C. Marras Fernández-Cid¹, E. Saiz Cuenca², E. Pagán García³, M.F. Pina Pérez², J. Moreno Morales⁴, R. González Molina⁵, D. Palma Sánchez⁶, N. Lozano-Rivas¹, E. Peñas Martínez⁶ y M.R. Oliva Ruiz⁷

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. ³Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. ⁴Hospital General Universitario Santa Lucía. Murcia. ⁵Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia. ⁶Hospital Rafael Méndez. Lorca. ⁷Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz.

Introducción: El diagnóstico precoz en la artritis reumatoide es clave en el control de la progresión de la enfermedad. Existe un periodo limitado de tiempo en el que el tratamiento es efectivo. Por tanto, es fundamental detectar los tiempos de demora desde que el paciente inicia los síntomas hasta que se diagnostica la enfermedad para poder iniciar lo más precoz posible el tratamiento más adecuado.

Objetivos: Conocer los tiempos de demora de cada uno de las rutas asistenciales por las que pasa el paciente desde el comienzo de sus síntomas hasta el diagnóstico de Artritis Reumatoide y evaluar los determinantes de los posibles retrasos.

Métodos: Estudio descriptivo multicéntrico de pacientes con artritis reumatoide de las Unidades de Reumatología de la Región de Murcia. Se analizaron retrospectivamente los tiempos desde el inicio de los síntomas hasta la valoración por atención primaria, por reumatología y el tiempo empleado por este servicio en el diagnóstico. La suma de todos ellos se consideró como tiempo total hasta el diagnóstico final. También se recogió la forma de presentación inicial de la enfermedad y su influencia en la demora.

Resultados: Se incluyeron para el estudio 172 pacientes. Teniendo en cuenta la asimetría de las distribuciones se empleó la mediana y el rango intercuartílico como estadísticos descriptivos. La forma de inicio más frecuente fue la poliarticular (54,6%), seguida de la oligoarticular (23,2%), palindrómica (11,6%) y monoarticular (10,4%). La mediana entre el inicio de los síntomas y la valoración por el médico de atención primaria fue de 4 meses [1-11 meses]. Tras ello la mediana de demora desde atención primaria hasta su valoración por reumatología fue de 1 mes [0,5-2,5 meses]. Y desde reumatología hasta un diagnóstico concreto fue de 1 mes [0-2 meses]. De los 9 meses de mediana que existieron desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico final, el 45% de este tiempo fue debido a la demora entre el inicio de los síntomas y la

solicitud de valoración a atención primaria (4 meses). En cuanto a la relación entre demora y tipo de afectación articular no hubo diferencias en los tiempos desde el inicio de los síntomas hasta su valoración tanto por atención primaria como por reumatología. Sin embargo, el inicio palindrómico sí se asoció a un mayor retraso en el diagnóstico final con una mediana de 14 meses [10-31,5 meses] respecto a las otras formas de presentación que globalmente presentaban una mediana de tiempo al diagnóstico final de 8 meses [4-18 meses], $p < 0,05$.

Conclusiones: Una parte importante del retraso en el diagnóstico de pacientes con artritis reumatoide se produce antes de que el paciente sea valorado por atención primaria. La forma de presentación palindrómica se asocia a un mayor retraso hasta el diagnóstico definitivo.

313. VALORACIÓN DE LA AFECTACIÓN CUTÁNEA EN PACIENTES CON ARTROPATÍA PSORIÁSICA POLIARTICULAR TRAS 30 MESES DE OPTIMIZACIÓN DE TERAPIA BIOLÓGICA

M.J. Rodríguez Valls¹, J. Márquez Enríquez², I.C. Aranda Valera¹, Y. Cabello Fernández¹, M.D. Toledo Coello¹ y J.J. Pérez Venegas¹

¹UGC de Reumatología; ²UGC de Dermatología. Hospital de Jerez de la Frontera.

Introducción: Algunos pacientes con artritis psoriásica en optimización de terapia biológica presentan actividad clínica articular y/o cutánea, por lo que precisan volver a la dosis estándar del fármaco. Presentamos los datos de actividad articular y cutánea en nuestra cohorte de pacientes con artritis psoriásica poliarticular (APSP) en optimización terapéutica.

Objetivos: Valoración de la actividad cutánea mediante las escalas PASI (Psoriasis Area Severity Index) y NAPSI (Nails Psoriasis Severity Index) así como el análisis de la evolución clínica mediante DAS28 en pacientes con APSP en tratamiento biológico seguidos en la UGC de Reumatología de un hospital universitario del norte de la provincia de Cádiz, a los que se les realiza optimización terapéutica.

Métodos: Estudio descriptivo observacional, longitudinal y retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas, entre enero 2013 y enero 2016, de pacientes con APSP que llevaban al menos 6 meses en remisión (DAS28 < 2,6) o con mínima actividad (DAS28 2,6-3,2), y a los que se les realizó optimización de la terapia biológica. Se analizan datos demográficos, tiempo de evolución de la APSP previo al uso de biológico, tiempo de biológico hasta la optimización, evaluación clínica mediante DAS28 pre y postoptimización y estrategia terapéutica seguida, así como valoración de la actividad cutánea mediante las escalas PASI y NAPSI. Se realiza el análisis estadístico con el programa IBM SPSS Statistics versión 22.0.

Resultados: De un total de 120 pacientes con APs en tratamiento biológico, a 26 de ellos con afectación poliarticular (20,83%) se le realiza optimización del mismo. El 61,5% son varones. Edad media de 50 ± 13 años. Tiempo medio de tratamiento a dosis optimizadas: 31 ± 14 meses. 11 pacientes (42%) realizaban tratamiento con adalimumab 40 mg/15 días, optimizándose a su administración cada 21 días; 15 (57%) pacientes realizaron inicialmente tratamiento con etanercept 50 mg/7 días que se optimiza a 25 mg/7 días (9 (34%)), 50 mg/10 días (2 (7%)) o 50 mg/15 días (4 (15%)). En el momento de la optimización, 25 (96,2%) de los pacientes presentan DAS28 en remisión y 1 (3,8%) baja actividad, continuando en la misma situación en el momento del corte del estudio (30 meses tras optimización). Sin embargo, 5 de los pacientes (19,2%) (4 del grupo etanercept y 1 adalimumab) precisaron volver a dosis plenas del fármaco biológico por empeoramiento clínico, coincidiendo en empeoramiento cutáneo, manteniéndose estable la clínica articular. La valoración cutánea resultó PASI medio $1,95 \pm 2,13$ (0-72) y NAPSI medio $11,19 \pm 11,38$ (0-160), presentando los pacientes que precisaron volver a

dosis iniciales valores PASI entre 1,6 y 5,8 y valores NAPSI entre 20 y 32, con predominio de afectación ungueal en miembros inferiores. Un paciente (3,8%) precisó cambio de biológico por efectos indeseables (fístula anal).

Nº total de pacientes APsp con tratamiento biológico	120
Nº total de pacientes con tratamiento biológico optimizado	26
Sexo	10 (38,5%) mujeres 16 (61,5%) hombres
Edad media	50 ± 13 años
Tiempo medio de enfermedad antes del inicio del tratamiento biológico	5 ± 4,6 años
Tiempo medio de tratamiento estándar	51,77 ± 29,12 meses
Tiempo medio de tratamiento optimizado	31,85 ± 14,14 meses
Tratamiento biológico estándar: posología y nº pacientes (% del total)	Adalimumab 40 mg cada 15 días: 11 (42,3%) Etanercept 50 mg cada 7 días: 15 (57,7%)
Tratamiento biológico optimizado: posología y nº pacientes (% del total)	Adalimumab 40 mg cada 21 días: 11 (42,3%) Etanercept 25 mg cada 7 días: 9 (34,6%) Etanercept 50 mg cada 10 días: 2 (7,7%) Etanercept 50 mg cada 15 días: 4 (15,4%)
Nº de pacientes según DAS28 al inicio de la optimización (% del total)	Remisión: 25 (96,2%) Baja actividad: 1 (3,8%) Moderada: 0 (0%) Alta: 0 (0%)
Nº de pacientes según DAS28 al final de la optimización (% del total)	Remisión: 25 (96,2%) Baja actividad: 1 (3,8%) Moderada: 0 (0%) Alta: 0 (0%)
Tratamiento al final del estudio	Optimizado: 20 (77%) Inicial: 5 (19,2%) Otro: 1 (3,8%)
PASI (medio)	1,95 ± 2,13
NAPSI (medio)	11,19 ± 11,38

Conclusiones: El 77% de los pacientes con APsp en remisión o baja actividad sometidos a optimización terapéutica en nuestro centro permanecen estables tras una media de 31 meses de optimización, permitiendo mantener el tratamiento biológico en dosis optimizadas. Destacar que la principal causa por la que se ha tenido que volver a dosis plenas del fármaco biológico en el 33% restante de los casos es el empeoramiento de afectación cutánea, manteniéndose estable la remisión clínica articular en el 100% de los pacientes incluidos en el estudio.

314. RELACIÓN ENTRE DAÑO ACUMULADO Y DISCAPACIDAD RECONOCIDA POR EL INSS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

E. Grau García^{1,2}, M. Fernández Matilla^{2,3}, G. Poveda Marín^{1,2}, C. Fedec Olmos¹, E. Labrador Sánchez¹, F.M. Ortiz Sanjuán^{1,2}, N. Fernández-Llanio Comella⁴, D. Hervás Marín⁵, V. Fornés Ferrer⁵, K. Arévalo Ruales¹, R. Negueroles Albuixech¹, J. Ivorra Cortés^{1,3}, J. Frago Gil¹, I. Martínez Cordellat¹, J.L. Valero Sanz¹, I. Chalmeta Verdejo¹, L. González Puig¹, C. Alcañiz Escandell^{1,3}, C. Nájera Herranz¹, J.A. Castellano Cuesta⁴ y J.A. Román Ivorra^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ³Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ⁵Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica que afecta especialmente a mujeres

jóvenes durante la segunda y tercera década de la vida, y que puede alterar diferentes órganos y sistemas, siendo el más frecuente el aparato locomotor. Los eventos atribuidos al LES, y los no atribuidos a la enfermedad, impactan negativamente sobre la calidad de vida, desempleo, discapacidad y mortalidad. Estudios recientes muestran que un 3,8% de pacientes tienen comorbilidades y 59,2% de ellos cobraban pensiones por discapacidad. En España la valoración de la discapacidad y la asignación de dicha pensión es competencia del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

Objetivos: Valorar la relación entre daño acumulado según órgano afecto y discapacidad reconocida por el INSS en pacientes con LES.

Métodos: Estudio prospectivo transversal de pacientes con diagnóstico de LES según criterios SLICC 2012 procedentes de los servicios de Reumatología del Hospital Arnau de Vilanova y del HUP La Fe. En todos los pacientes se ha recogido datos clínicos y demográficos mediante entrevista personal y cumplimentación del índice SLICC-ACR.

Resultados: Se han estudiado 140 pacientes diagnosticados de LES, el 95% mujeres, con una edad media al diagnóstico de 33,39 ± 13,63 y un promedio de 10,05 ± 11,42 años de evolución. En la tabla se recogen las características clínicas de cada grupo.

	Sin discapacidad INSS	Con discapacidad INSS
n	98	42
% discapacidad media INSS	0	53,14
SLICC-ACR media (DE)	0,75 (0,98)	1,8 (1,1)
Edad al diagnóstico media (DE)	34,6 (14,8)	30,7 (10,4)
Años de evolución media (DE)	13,9 (10,7)	20,7 (8,1)
Anti-DNAc (UI/mL) media (DE)	30,3 (63,8)	26,02 (42,9)
ANAs positivo %	78,57	85,71
Perfil laboral activo %	67,35	45,24
Perfil laboral en paro %	4,08	7,14
Perfil laboral jubilado %	17,35	11,9
Perfil laboral pensionista	1,02	28,57
Afectación sistema nervioso %	12,24	28,57
Afectación musculoesquelética %	88,78	90,48
Afectación mucocutánea %	72,45	76,19
Afectación serosas %	7,14	14,29
Afectación cardiovascular %	13,27	19,05
Afectación hemograma %	42,86	47,62
Afectación renal %	13,27	19,05
Raynaud %	29,59	47,62
SAF %	7,14	11,9
Sjögren %	16,33	23,81
Vasculitis %	1,02	4,76

Conclusiones: Se evidencia una correlación positiva entre el porcentaje de discapacidad reconocido y la puntuación obtenida en el índice SLICC-ACR. El sistema musculoesquelético es el más afectado en general sin diferencias notables entre los dos grupos. Sin embargo, si se observan diferencias entre ambos, con una mayor afectación de sistema nervioso, serosas, renal y vasculitis en los pacientes con discapacidad.

315. INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE VACUNACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS GRAVES EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

P. Rodríguez Cundín¹, L.C. Domínguez-Casas², N. Vegas-Revenga², V. Calvo-Río², R. Blanco², C. Fernández Díaz², V. Portilla², F.M. Antolín Juárez¹, M.H. Rebollo Rodrigo¹ y M.A. González Gay²

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

Introducción: Los pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes como la artritis reumatoide (AR) tienen un riesgo elevado de padecer infecciones, principalmente de tipo respiratorio. La inmunización es una medida recomendada para reducir dichas complicaciones.

Objetivos: Valorar la incidencia de infecciones respiratorias severas (IRS) (aquella que ocasiona hospitalización) antes y después de ser incluidos en un programa de vacunación sistemático.

Métodos: Estudio cuasiexperimental, pre-post, prospectivo de una cohorte de 294 pacientes diagnosticados de AR, a los que se les incluyó en programa de vacunación, dicho programa incluye entre otras, vacuna antigripal en época estacional (octubre a abril), antineumocócica (pauta combinada 13valente y 23valente) y antiHaemophilus influenzae B. Únicamente 7 pacientes (2,94%) se negaron a la vacunación. El tiempo de seguimiento de la cohorte fue desde 1 octubre 2011 (fecha inicio programa) hasta 30 de junio de 2015. La información sobre episodios de IRS antes y después de ser inmunizados fue recogida del sistema de información hospitalario, revisando los registros de hospitalización.

Resultados: Se vacunaron 287 pacientes con AR (225 mujeres/62 hombres), con una edad media de 58,1 ± 12,7 años. La AR se caracterizaba en el momento de la vacunación por: tiempo de evolución de la AR 7,75 ± 7,9 meses; 154 (53,65%) FR positivo, 97 (33,8%) erosiva y 40 (13,9%) con manifestaciones extraarticulares (7 con fibrosis pulmonar). Únicamente 42 (14,6%) no tomaban ningún tratamiento inmunosupresor ni inmunomodulador en el momento de la inmunización. 147 pacientes estaban en tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), principalmente metotrexato y 98 pacientes (34,1%) ya estaban con un antiTNFa. En relación a las IRS, antes de ser incluidos en el programa de vacunación, 20 (7%) pacientes de la cohorte estudiada habían sido ingresados por este motivo. Durante el seguimiento, y posteriormente a la inmunización, solo 6 de los 287 pacientes (2,1%) presentaron una IRS (tabla). Uno de ellos había tenido un ingreso por IRS previamente al programa de vacunación. Esta reducción, del 7% al 2,1% alcanzó diferencias estadísticamente significativas (p: 0,0017).

Conclusiones: El incorporar un programa de vacunación sistemático en pacientes con AR parece ser una medida profiláctica eficaz para evitar las IRS.

316. LOS NIVELES VALLE DE INFLIXIMAB AL INICIO DEL TRATAMIENTO PREDICEN LA PÉRDIDA DE NIVELES DE FÁRMACO Y LA RESPUESTA CLÍNICA DURANTE EL PRIMER AÑO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

T. Jurado¹, C. Plasencia², A. Martínez-Feito¹, V. Navarro-Compán², E. Olariaga¹, C. Diego¹, G. Bonilla², E. Martín Mola², A. Balsa² y D. Pascual-Salcedo¹

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

Introducción: El anticuerpo monoclonal anti-TNF Infiximab (Ifx), ha mostrado ser eficaz en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) aunque, en un 40% de los casos puede fallar, debido principalmente a la aparición de inmunogenicidad. La formación de inmu-

nocomplejos entre los Anticuerpos frente al Ifx (ATI) y el Ifx puede incrementar el aclaramiento del fármaco, reduciendo los niveles de fármaco, favoreciendo la ineficacia del tratamiento. Una explicación al rápido aclaramiento del fármaco en algunos pacientes puede ser la temprana producción de ATI. Publicaciones recientes asocian los niveles de Ifx al inicio del tratamiento con el desenlace clínico y el desarrollo de ATI en AR y Colitis Ulcerosa.

Objetivos: Establecer un valor predictivo de niveles de Ifx en los estadios tempranos capaz de predecir la pérdida del medicamento y el fallo a la terapia en el primer año de tratamiento.

Métodos: En este estudio retrospectivo observacional se midieron los Niveles Séricos de Ifx (NSI) de 66 pacientes con AR en la semana (s) 2, 6, 14 y 22. Los pacientes se agruparon según la presencia de Ifx a la s54 (NSIpos e NSIneg). Mediante curvas ROC se establecieron los diferentes cut-off predictivos. Se considero baja actividad o remisión un DAS28 < 3,2. La respuesta clínica se evaluó siguiendo los criterios EULAR. La presencia de ATI se evaluó mediante ELISA puente y mediante otro método "sin interferencia de fármaco": IDK (Immundiagnostik, Alemania).

Resultados: Los pacientes NSIneg (n = 41) presentan niveles significativamente menores en las semanas iniciales que los NSIpos (n = 25). En cada una de las semanas estudiadas se estableció un cut-off predictivo, siendo el de la s6 (4,44 µg/ml) el que presentó mayor poder de predicción con una sensibilidad de 70% (IC95% 45,72-88,11), especificidad de 95% (IC95% 83,01-99,39) y el mayor Likelihood Ratio positivo (14). La mayoría de los pacientes con niveles por encima del cut-off de la s6 presentaron baja actividad o remisión (20/44 (45%) vs 3/20 (15%); p = 0,02), y buena respuesta EULAR [33/43 (77%) vs 10/43 (23%); p = 0,08] en la s54. Además estos pacientes permanecieron más tiempo en tratamiento: 5 años (1,6-5,0) vs 1,7 años (0,2-0,6); p = 0,012. Mediante un análisis de regresión logística multivariante se evaluó la influencia de diferentes características basales como edad, sexo, índice de masa corporal, DAS28, proteína C-reactiva, los niveles de TNFα e Interleucina 6 junto con los NSI en la s6 del tratamiento. Únicamente la presencia de niveles de Ifx inferiores al cut-off de la s6 (OR: 86,64; IC95% 6,58-1.139,99) además del no tratamiento con metotrexato (OR, 6,9; IC95%, 1,04-45,84) influyen sobre la ausencia de Ifx en la s54. La principal causa de los bajos NSI en el inicio del tratamiento puede ser el desarrollo de ATI de manera temprana. Durante el primer año, la mayoría de pacientes con niveles por debajo del cut-off a la s6 desarrollaron ATI (15/20 por debajo del cut-off (75%) vs 5/44 por encima del cut-off; p < 0,0001). La mayoría de estos anticuerpos pudieron detectarse desde la s6 por el ELISA IDK que no tiene interferencia del fármaco.

Conclusiones: Los bajos NSI al inicio del tratamiento se asocian con la desaparición de Ifx, el abandono más temprano del tratamiento y un peor desenlace clínico. El cut-off de 4,44 µg/ml para los niveles de Ifx en la s6 pudo predecir la eficacia del tratamiento. La presencia de ATI se ha objetivado como una de las causas para estos bajos niveles.

Este proyecto ha sido financiado parcialmente por los proyectos PI-1155 de Pfizer y Laboratorios Leti.

Tabla Póster 315

Características de los 6 pacientes con infecciones respiratorias graves post-inmunización

	Edad	Sexo	Biológico. Momento inmunización	Biológico previamente	Otros tratamientos. Momento inmunización	Factor reumatoide	Infecciones respiratoria graves
1	72	M	No	Sí	Prednisona 30 mg/24h	-	Neumonía bacteriana (E. coli)
2	45	M	No	-	LFN	+	IVRB (sin germen)
3	66	H	No	Sí	CQ	-	Neumonía (sin germen)
4	67	M	No	No	-	-	IVRB (sin germen)
5	48	M	No	No	MTX. Prednisona 10 mg/24h	+	IVRB (sin germen)
6	63	M	No	Sí	MTX. Prednisona 10 mg/24h	+	IVRB (Aspergillus fumigatus)

M: mujer; H: hombre; LFN: leflunomida. CQ: cloroquina; MTX: metotrexato; IVRB: infección vías respiratorias bajas.

317. DIFERENCIAS EN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS SEGÚN EL PATRÓN DE AUTOINMUNIDAD EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

C. Feced Olmos¹, M. Fernández Matilla^{2,3}, E. Grau García^{1,2}, G. Poveda Marín^{1,2}, E. Labrador Sánchez¹, F.M. Ortiz Sanjuán^{1,2}, N. Fernández-Llanio Comella⁴, D. Hervás Marín⁵, V. Fornés Ferrer⁵, K. Arévalo Ruales¹, R. Negueroles Albuixech¹, J. Ivorra Cortés^{1,3}, J. Fragio Gil¹, I. Martínez Cordellat¹, J.L. Valero Sanz¹, I. Chalmeta Verdejo¹, L. González Puig¹, C. Alcañiz Escandell^{1,2}, C. Nájera Herranz¹, J.A. Castellano Cuesta⁴ y J.A. Román Ivorra^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ³Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ⁵Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Introducción: La presencia de autoanticuerpos frente a antígenos nucleares (ANA) y antígenos citoplásmicos está íntimamente ligada al lupus eritematoso sistémico (LES). Menos del 60% de los pacientes presentan anticuerpos frente a DNA de doble cadena (DNAdc), pero éstos son más específicos y se asocian con la afectación renal y, en ocasiones, con la actividad de la enfermedad.

Objetivos: Analizar las diferencias entre las manifestaciones actuales, así como marcadores de autoinmunidad, daño acumulado y actividad en pacientes con LES según el patrón de anticuerpos anti-DNAdc.

Métodos: Estudio prospectivo transversal de pacientes con diagnóstico de LES según criterios SLICC 2012 procedentes de los servicios de Reumatología del Hospital Arnau de Vilanova y del HUP La Fe. En todos los pacientes se ha realizado una analítica con parámetros de autoinmunidad, y se han recogido datos clínicos y de actividad. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.2.3., utilizando modelos de regresión lineal simple, binomial y logística.

Resultados: Se han estudiado 140 pacientes diagnosticados de LES, con una edad media al diagnóstico de 33,39 ± 13,63 y un promedio de 10,05 ± 11,42 años de evolución. El 37,8% de los pacientes presenta valores de anticuerpo anti-DNAdc superior a 10 UI/mL. En este grupo de pacientes hay una mayor incidencia de afectación renal y menor presencia de síndrome de Sjögren (25,5% y 9,8% frente a 9% y 23,6%). Además, estos pacientes muestran un mayor índice de actividad que aquellos con anti-DNAdc negativo (SLEDAI medio de 7,94 frente a 5,7) y positividad de ANAs en mayor proporción (92,2% frente a 74,2%). Además se observa una asociación directa estadísticamente significativa entre el título de ANAs y los valores de anti-DNAdc (p = 0,04). Sin embargo, no se observan diferencias significativas en el daño acumulado medido por SLICC entre ambos grupos.

Conclusiones: Tal y como se describe en otras series, los pacientes con positividad de anti-DNAdc presentan una mayor incidencia de afectación renal.

318. EVALUACIÓN DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS ACTUALES Y AL DEBUT DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M. Fernández Matilla^{1,2}, E. Grau García^{1,3}, G. Poveda Marín^{1,3}, C. Feced Olmos³, E. Labrador Sánchez³, F.M. Ortiz Sanjuán^{1,3}, N. Fernández-Llanio Comella⁴, D. Hervás Marín⁵, V. Fornés Ferrer⁵, K. Arévalo Ruales³, R. Negueroles Albuixech³, J. Ivorra Cortés^{2,3}, J. Fragio Gil³, I. Martínez Cordellat³, J.L. Valero Sanz³, I. Chalmeta Verdejo³, L. González Puig³, C. Alcañiz Escandell^{1,3}, C. Nájera Herranz³, J.A. Castellano Cuesta⁴ y J.A. Román Ivorra^{2,3}

¹Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ²Facultad de Medicina. Universidad Católica

de Valencia. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ⁵Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica que afecta especialmente a mujeres jóvenes durante la segunda y tercera década de la vida, y que puede alterar diferentes órganos y sistemas, siendo el más frecuente el aparato locomotor.

Objetivos: Análisis de la influencia del tiempo de evolución y la edad del paciente en las manifestaciones clínicas actuales y al debut de la enfermedad en pacientes con LES.

Métodos: Estudio prospectivo transversal de pacientes con diagnóstico de LES según criterios SLICC 2012 procedentes de los servicios de Reumatología del Hospital Arnau de Vilanova y del HUP La Fe. En todos los pacientes se ha realizado una analítica completa, y se han recogido datos clínicos, biométricos y de tratamiento. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.2.3., utilizando modelos de regresión lineal simple, binomial y logística.

Resultados: Se han estudiado 140 pacientes diagnosticados de LES, el 95% mujeres, con una edad media al diagnóstico de 33,39 ± 13,63 y un promedio de 10,05 ± 11,42 años de evolución. En la tabla se recogen las manifestaciones clínicas al debut de la enfermedad. Se observan diferencias estadísticamente significativas en la afectación del sistema musculoesquelético (p = 0,008), y la presencia de vasculitis (p = 0,01) en pacientes con menor tiempo de evolución de la enfermedad. Asimismo, también hay una relación directa entre afectación cardiovascular (p = 0,002) y renal (p = 0,03) en pacientes más jóvenes. Por último, alteraciones en el hemograma se correlacionan tanto con pacientes jóvenes (p = 0,0009) como con menor tiempo de evolución (p = 0,02).

Manifestación de debut	%
Musculoesquelética	73,6
Cutánea	39,3
Renal	5
Alteración hemograma	7,9
Sjögren	2,9
Raynaud	5
Otros	27,1

Conclusiones: Se observa una concordancia entre nuestra serie de pacientes con LES y las series ya descritas en la bibliografía, donde afectación renal se produce a edades más tempranas, y la afectación del sistema musculoesquelético se produce al inicio de la enfermedad y/o como manifestación de debut.

319. RITUXIMAB: SUPERVIVENCIA Y SEGURIDAD EN UNA SERIE DE 50 PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON CICLOS SUCESIVOS HASTA 9 AÑOS

M.L. Velloso Feijoo, L.M. Liñán Jiménez y J.L. Marengo de la Fuente
Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) se asocia a un aumento en el riesgo de infecciones, que se ve incrementado con algunos fármacos, sobre todo los anti-TNF. Datos extraídos de ensayos clínicos no encuentran diferencias en cuanto a las tasas de eventos adversos e infecciones serias entre metotrexato y rituximab (RTX). La experiencia de uso de RTX en condiciones de práctica clínica diaria, y en ciclos sucesivos, puede aportar información relevante sobre este aspecto, y sobre otros como la supervivencia del fármaco.

Objetivos: Estudiar la supervivencia y seguridad del RTX en nuestra serie de pacientes tras ciclos sucesivos de tratamiento, incluyendo ingresos hospitalarios.

Métodos: Se seleccionaron todos los pacientes con AR que iniciaron tratamiento con RTX entre los años 2006 y 2012, en la UGC del H.U. de Valme. Se recogieron datos de variables demográficas, relacionadas con las características de la enfermedad, actividad clínica y tratamiento; así como eventos adversos.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes con AR en tratamiento con RTX, un 70% eran mujeres. La edad media fue de $55,3 \pm 12,9$ años, con una edad media al diagnóstico de $40,62 \pm 12,92$ años; y una mediana de duración de la enfermedad de 14 años (9,75-17,25). Un 88% de los pacientes eran FR positivo y un 76,1% ACPA positivo. El 92% había recibido previamente fármacos anti-TNF. La media del DAS28 basal fue de $5,55 \pm 1,15$. Los pacientes incluidos recibieron una media de $4,24 \pm 2,45$ ciclos, durante una media de $35 \pm 27,07$ meses. La tasa global de efectos adversos fue de 16,39 pacientes-año, y la de efectos adversos graves 8,48 pacientes-año. La aparición de reacciones infusionales fue del 10% (todas en la primera infusión). Se produjeron infecciones en 8 de los 50 pacientes (16%): tres neumonías, dos herpes zoster oftálmicos, un herpes zoster cutáneo, una gastroenteritis aguda asociada a neutropenia y una infección por *Staphylococcus aureus* meticilín-resistente de una úlcera cutánea. La tasa de infecciones serias, se calculó en 4,84/100 pacientes-año. No se produjeron infecciones por gérmenes oportunistas ni se detectó ninguna reactivación por VHB. Se diagnosticó una neoplasia pulmonar. Se produjeron 3 exitus por neoplasia pulmonar, evento isquémico cardíaco y hemorragia cerebral. Se registraron 12 hospitalizaciones, sólo 5 relacionadas con la enfermedad o con RTX. La proporción de pacientes que abandonan el tratamiento por ineficacia fue del 22%. Uno abandonó el tratamiento de motu proprio; uno por efecto adverso grave (síndrome de liberación de citoquinas); y en dos se perdió el seguimiento. El 48% se encuentra en remisión desde su último ciclo hace una media de $40,79 \pm 21,052$ meses; cinco tienen baja actividad según EULAR, y seis han recibido el último ciclo hace menos de 6 meses.

Conclusiones: La tasa global de eventos adversos en nuestra serie fue similar a la observada en ensayos clínicos y metaanálisis de seguridad con RTX, al igual que la tasa de infecciones serias. Se detectó un menor porcentaje de reacciones infusionales que en estudios publicados, probablemente relacionado con la premedicación. La proporción de abandonos por ineficacia fue similar a la de estudios y otros biológicos. Los exitus producidos no estaban relacionados con el fármaco, y la neoplasia diagnosticada entraría dentro de lo esperable en la población de AR ajustando por edad, sexo y factores de riesgo. Rituximab ofrece un buen perfil de seguridad en condiciones de uso real.

320. INMUNOGENICIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: NUESTRA EXPERIENCIA

A. García Valle¹, B. Rico García Reyes², C. Iñiguez Ubiaga¹, M. Retuerto Guerrero¹, M. Garijo Bufort¹, M. Sáez Villafañe², A. López Robles¹, C. Moriano Morales¹, M. Martín Martínez¹, C. Álvarez Castro¹, E. Díez Álvarez¹, J.J. Ortiz de Urbina² y T. Pérez Sandoval¹

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

Introducción: Los fármacos anti-TNF son susceptibles de inducir una respuesta inmune (inmunogenicidad). Su eficacia puede verse afectada por el desarrollo de Anticuerpos (Ac) antifármaco.

Objetivos: Evaluar la frecuencia de aparición de Ac. antifármaco: infliximab (IFX), adalimumab (ADA) y etanercept (ETN). Clasificar el fallo de respuesta. Analizar la asociación entre Ac. anti-TNF y tratamiento concomitante con DMARDs. Observar si existe relación entre factores de riesgo y niveles de fármaco.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo descriptivo en pacientes con artritis reumatoide (AR), espondiloartritis (SpA), artritis psoriásica (AP), artritis seronegativa (AS) y enteropáticas (AE) con enfermedad activa en el CAULE entre enero 2015 y enero 2016. Se determinaron niveles séricos de IFX, ADA, ETN (valores de referencia > 2,5 µg/mL, 5-8 µg/mL y 0,8-1,2 µg/mL respectivamente) y de ac. antifármaco mediante ELISA y kits Promonitor®. La recogida de muestras se efectuó el mismo día de la administración, previo a la misma, siempre en valle. Se recogieron datos demográficos, actividad, tiempo de evolución de la enfermedad, biológicos previos, DMARDs concomitantes, duración del biológico actual y posología, motivo de solicitud, cuantificación de niveles, ac. anti-TNF, factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y hábito tabáquico.

Resultados: Análisis descriptivo univariante de las variables. N = 40 (IFX 50%, ADA 30%, ETN 20%). Edad 53,6 años $\pm 3,7$ [IC95%]. Mujeres: 55%, IMC: 23,6 Kg/m² (DE 8,2), tiempo de evolución de enfermedad: 12,3 años $\pm 2,7$. Tipo de enfermedad: AR 47,5%, EA 15%, AP 20%, AS 7,5%, AE 10%. DAS28: 3,5 $\pm 0,4$, BASDAI 4,7 $\pm 0,5$, BASFI 4,3 $\pm 1,4$. Biológicos previos (30%): IFX 15%, ADA 66%, ETN 12,5%. Frecuencia de administración: IFX 8,6 semanas $\pm 0,36$, ADA 2,25 sem $\pm 0,36$, ETN 1,1 sem $\pm 1,0$. Motivos de solicitud de niveles: fallo secundario 80% (IFX 90%, ADA 66,7%, ETN 75%), fallo primario 17% (IFX 5%, ADA 33%, ETN 25%), reacción infusional 2,5%. Niveles fármaco en rango terapéutico: IFX 10%, ADA 41%, ETN 50%. Formación de Ac anti-TNF de la muestra: IFX 30%, ADA 16%, ETN 0%. DMARDs concomitantes: presencia 62,5% (MTXsc 64%, MTXvo 20%, leflunomida/sulfasalazina/hidroxicloroquina 16%).

Conclusiones: En los datos recogidos observamos que el IFX (30%) es el fármaco más inmunógeno, seguido de ADA (16%) y siendo el ETN (0%) el que hasta el momento no ha presentado Ac. antifármaco, resultados concordantes con lo descrito en la literatura. El motivo de solicitud predominante ha sido fallo secundario (80%). Los niveles subóptimos de fármaco y la presencia de Ac. específicos se correlacionan con pérdida de respuesta clínica. En nuestro caso, el rango adecuado de fármaco sólo se objetiva en el 10% de los pacientes tratados con IFX, el 41% ADA y 50% con ETN. El uso concomitante de DMARDs en nuestro estudio no ha demostrado disminuir niveles de Ac, siendo el MTX el más utilizado en nuestros pacientes (84%). No hemos observado correlación entre la aparición de Ac, uso de DMARDs y tipo de enfermedad. En los datos analizados, no hemos encontrado una relación estadísticamente significativa entre el hábito tabáquico, otros FRCV y tiempo de evolución de la enfermedad con la presencia de niveles. La monitorización de niveles de fármaco anti-TNF puede ser de utilidad para individualizar el tratamiento, evitar posibles efectos adversos y tomar decisiones respecto a la continuación o cambio de terapia. Necesitamos series más amplias para obtener datos más concluyentes.

321. BIOMARCADORES CLÍNICOS, ECOGRÁFICOS E INMUNOLÓGICOS DE PROGRESIÓN RAMRIS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN REMISIÓN CLÍNICA: ESTUDIO PROSPECTIVO DE 12 MESES DE SEGUIMIENTO

J. Ramírez¹, J.A. Narváez², V. Ruíz-Esquide¹, J. Hernández², R. Celis¹, A. Cuervo¹, M.V. Hernández¹, J. Inciarte¹, R. Sanmartí¹ y J.D. Cañete¹

¹Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic e IDIBAPS. Barcelona. ²Radiología. Sección Musculoesquelético. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Objetivos: Determinar las variables clínicas, serológicas y ecográficas predictoras de progresión del daño estructural evaluado por RMN a los 12 meses de seguimiento de una cohorte de pacientes con artritis reumatoide (AR) en remisión.

Métodos: Se incluyeron consecutivamente pacientes con AR en remisión clínica (DAS28-VSG $\leq 2,6$ durante > 6 meses) de la consulta

de Artritis. Se realizó una recogida completa de datos clínicos, biológicos y se determinaron las concentraciones séricas de diversos factores angiogénicos y citocinas proinflamatorias implicados en la fisiopatología de la AR. Se realizaron ecografías-doppler de ambas manos y RMN de la mano dominante a la inclusión y a los 12 meses de seguimiento. Se analizaron los factores de riesgo relacionados con la progresión RAMRIS mediante modelos lineales multivariantes.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes con AR en remisión, (76,7% mujeres), edad (mediana) 54,5 años (rango 33-72), índice de masa corporal (IMC) 25,7 kg/m² (20,1-42,2). La duración de la AR y el tiempo medio de remisión fueron 94 y 37 meses, respectivamente. 73,8% fueron FR+ y 85,7% ACPA positivos. A la inclusión: DAS28-VSG 2,00 (0,10-2,58); RAMRIS 10,3 (1,5-25,5) y erosiones (RAMRIS) 18,8 (8,5-45,5). 12 (28,6%) pacientes tomaban prednisona a dosis \leq 5 mg/día; 34 (81%) csDMARDs (95% metotrexato), y 20 (47,6%) terapias biológicas (15 pacientes con anti-TNF). A la inclusión, 66% tenían señal PD y 45,2% también hiperplasia sinovial grado \geq 2, cumpliendo así los criterios previamente definidos de sinovitis activa definida por ecografía (UdAS) (Ramírez et al. Arthritis Res Ther. 2014). Los factores de riesgo que mejor correlacionaban con la progresión RAMRIS a los 12 meses fueron RAMRIS basal, IMC, duración de la enfermedad, tratamiento con bajas dosis de prednisona, sin tratamiento con csDMARDs y la presencia de UdAS (ajustado R²: 88,9%). A pesar de que los índices RAMRIS fueron más altos en los pacientes no tratados con terapia biológica, no se observaron diferencias en el análisis univariante o multivariante ($p = 0,173$). Excepto el IMC, y cambiando el RAMRIS basal por las erosiones (RAMRIS) basales, las mismas variables se asociaban también a la progresión estructural (erosiones RAMRIS). La sinovitis definida sólo por señal doppler positiva no se asoció a erosiones. Con el fin de identificar biomarcadores inmunológicos pronósticos de progresión de RAMRIS, no se incluyó en el modelo multivariante el RAMRIS basal, ya que fue el factor predictor más potente. Observamos que las concentraciones elevadas basales de calprotectina y ENA-78 en suero eran predictores significativos de progresión de RAMRIS. El no estar tratado con csDMARDs, la duración de la enfermedad y la presencia de UdAS se mantuvieron como factores predictivos independientes (ajustado R²: 42%).

Conclusiones: Este estudio prospectivo confirma una alta prevalencia de sinovitis activa definida por ecografía-doppler en pacientes con AR en remisión clínica, que es un factor de riesgo independiente de la progresión del daño estructural a los 12 meses de seguimiento. El RAMRIS basal, IMC, la duración de la enfermedad, ausencia de tratamiento con csDMARDs y las concentraciones de calprotectina y ENA-78 en suero, fueron factores predictores independientes de la progresión RAMRIS.

322. RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y LA COMPOSICIÓN CORPORAL MEDIDA POR IMPEDANCIOMETRÍA CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

E. Labrador Sánchez¹, J. Ivorra Cortés^{1,2}, R. Cámara Gómez³, C. Alcañiz Escandell^{1,4}, K. Arévalo Ruales¹, I. Chalmeta Verdejo¹, C. Feced Olmos¹, J. Fragio Gil¹, L. González Puig¹, E. Grau García^{1,4}, I. Martínez Cordellat¹, C. Nájera Herranz¹, R. Negueroles Albuixech¹, F.M. Ortiz Sanjuán^{1,4}, G. Poveda Marín^{1,4}, J.L. Valero Sanz¹, V. Fornés Ferrer⁵ y J.A. Román Ivorra^{1,2}

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

³Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ⁴Grupo de Investigación de Reumatología;

⁵Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen riesgo cardiovascular elevado. También se han descrito en ellos

alteraciones de composición corporal con aumento de grasa. El índice de masa corporal (IMC = Peso/talla²) permite estimar indirectamente la grasa corporal; la impedanciometría, en cambio, su medición directa.

Objetivos: Determinar si la medición de la grasa corporal mediante impedanciometría muestra más relación que el IMC con los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con AR tratados con fármacos biológicos.

Métodos: Estudio longitudinal de 51 pacientes (84% mujeres) diagnosticados de AR. Tras 1 año de tratamiento con fármacos biológicos se recogieron datos demográficos (edad, tiempo de evolución), antropométricos (IMC, perímetro de cintura), parámetros de actividad de la enfermedad (área bajo la curva de Das28 durante el periodo de seguimiento, PCR, VSG, NAD, NAT, capacidad funcional (HAQ), tratamiento (corticosteroides y número de biológicos recibidos) y factores de riesgo cardiovascular: dislipemia (DL), diabetes mellitus (DM) e hipertensión arterial (HTA). La composición corporal se determinó mediante un pletismógrafo bioeléctrico tetrapolar de monofrecuencia (Bodystar 150). La grasa central se estudió por impedancia bioeléctrica AB-140 (Tanita Corp, Tokyo, Japón). El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.2.3., utilizando modelos de regresión lineal simple, binomial y logística. En él se relacionaron los parámetros clásicos de riesgo cardiovascular con las variables de actividad, antropométricas y de composición corporal.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 56,53 \pm 12,05 años. El tiempo de evolución de la enfermedad fue de 13 \pm 8,3 años; el factor reumatoide resultó positivo en el 66% de los casos y el péptido citrulinado en el 71,8%; VSG 16,76 \pm 14,24 mm/h y PCR 3,69 \pm 5,21 mg/L. El DAS28 medio fue de 3,14 \pm 1,46 y el SDAI 9,92 \pm 6,52. El 47% de los pacientes tenían sobrepeso y el 25% obesidad por IMC. La HTA, DL y DM se hallaban presentes en el 43,1%, 62,7%, 17,6% respectivamente. El 51% de los pacientes recibían tratamiento corticoideo. En el análisis multivariante se observó una relación estadísticamente significativa entre la HTA y el porcentaje de grasa corporal ($p < 0,0113$), el sexo femenino ($p < 0,0150$) y los años de evolución de la enfermedad ($p < 0,0214$); así como entre la dislipemia y el porcentaje de grasa central ($p < 0,0183$). No se detectó relación entre el IMC y el perímetro de cintura con la DM, HTA y DL.

Conclusiones: En nuestro grupo de pacientes con artritis reumatoide los factores de riesgo cardiovascular clásicos como dislipemia e HTA se relacionan con la composición corporal medida mediante impedanciometría y no con el IMC.

323. RELACIÓN ENTRE LA ACTIVIDAD DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN PACIENTES TRATADOS CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS Y MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS (ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y GRASA CORPORAL)

E. Labrador Sánchez¹, J. Ivorra Cortés^{1,2}, R. Cámara Gómez³, C. Alcañiz Escandell^{1,4}, K. Arévalo Ruales¹, I. Chalmeta Verdejo¹, C. Feced Olmos¹, J. Fragio Gil¹, L. González Puig¹, E. Grau García^{1,4}, I. Martínez Cordellat¹, C. Nájera Herranz¹, R. Negueroles Albuixech¹, F.M. Ortiz Sanjuán^{1,4}, G. Poveda Marín^{1,4}, J.L. Valero Sanz¹, V. Fornés Ferrer⁵ y J.A. Román Ivorra^{1,2}

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

³Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ⁴Grupo de Investigación de Reumatología;

⁵Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Introducción: Se ha descrito que en pacientes con artritis reumatoide (AR) hay alteraciones en la composición corporal, modificaciones en el porcentaje de grasa, que no se reflejan en el índice de masa

corporal (IMC: peso/talla²). También hay datos contradictorios sobre la relación entre la actividad de la enfermedad en pacientes con AR tratados con fármacos biológicos y el IMC.

Objetivos: Determinar la relación de actividad de AR en pacientes tratados con fármacos biológicos con el IMC y la grasa corporal.

Métodos: Estudio prospectivo de 51 pacientes diagnosticados de AR. Tras 1 año de tratamiento con fármacos biológicos se recogieron datos demográficos, tratamientos recibidos, parámetros antropométricos (IMC) y de actividad de la enfermedad: DAS28 bajo la curva, NAD, NAT, VSG, PCR y discapacidad mediante HAQ. La composición corporal se determinó mediante pletismógrafo bioeléctrico tetrapolar de monofrecuencia (Bodystar 1500). El análisis estadístico se realizó empleando el software R versión 3.2.3, utilizando modelos de regresión lineal simple, binomial y logística.

Resultados: La edad media de la población estudiada era 56,53 ± 12,05 años y el 84,3% eran mujeres. El IMC medio era de 27,49 kg/m², presentando el 47% de pacientes sobrepeso y el 25,5% obesidad. El tiempo de evolución de la enfermedad era de 13 ± 8,34 años. El 66% de pacientes presentaba positividad para factor reumatoide y el 71,8% para el péptido citrulinado. La VSG media fue de 16,76 ± 14,24 mm/h y PCR 3,69 ± 5,21 mg/L. El DAS28 medio fue de 3,14 ± 1,46 y el SDAI 9,92 ± 6,52. El 51% de pacientes recibía corticoterapia (92,3% dosis inferiores a 10 mg/día). El 49% de pacientes recibía tratamiento biológico en primera línea. No se encontró relación entre la actividad de la enfermedad con el IMC ni con el porcentaje de grasa corporal. La actividad de la enfermedad era significativamente mayor en pacientes con un segundo tratamiento biológico ($p < 0,0041$) y en aquellos con mayor tiempo de evolución ($p < 0,0198$).

Conclusiones: En nuestro grupo de pacientes con AR, ni el IMC ni la composición corporal se relacionaron con la actividad de la enfermedad. Los pacientes en un segundo escalón de tratamiento biológico sí presentaban una mayor actividad.

324. IS IT POSSIBLE TO INTERRUPT ANTI-TNF THERAPY USING A TAPERING STRATEGY IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS ACHIEVING CLINICAL RESPONSE?

V. Navarro-Compán, C. Plasencia, I. Monjo, D. Peiteado, A. Villalba, A. Balsa, E. Martín-Mola and E. de Miguel

University Hospital La Paz. IdiPaz. Madrid.

Introduction: Published data indicates that discontinuation of anti-TNF therapy in patients with ankylosing spondylitis (AS) leads to the appearance of flare within a few months in most cases. However, evidence is based on studies including only patients from clinical trials and suddenly interrupting anti-TNF therapy.

Objectives: The aim of this study was: first, to assess the frequency of patients with AS interrupting anti-TNF therapy after achieving clinical response in clinical practice; second, to investigate whether or not interrupting anti-TNF therapy after a progressive tapering strategy is successful to maintain clinical response in patients with AS.

Methods: Retrospective, observational study including 196 patients with AS under anti-TNF therapy in a tertiary hospital. Patients achieving and maintaining clinical response during at least 6 months after initiating anti-TNF therapy started a tapering strategy reducing progressively anti-TNF dose. The tapering strategy was performed reducing dose and/or increasing the interval of administration. After this, patients who maintained clinical response during the tapering strategy were discussed among all rheumatologists in our Unit and interrupted this therapy if they all agreed on this attitude. Furthermore, patients who interrupted anti-TNF therapy were followed up during 12 months and reintroduced treatment in case of flare. For this study, the frequency and the clinical efficacy of anti-TNF therapy discontinuation after a tapering strategy was evaluated.

Results: In total, 186 patients with AS received an anti-TNF therapy. Only 10 (5.4%) patients interrupted the treatment due to clinical remission. Median (interquartile range -IQR-) or relative frequency values for baseline characteristics of these patients at the beginning of anti-TNF therapy were: age 44 (25-52) years old, 80% males, disease duration 8 (0.8-21) years, 80% HLA-B27+ and 60% with peripheral arthritis. Median (IQR) values for the following characteristics when interrupting treatment were: time receiving anti-TNF therapy 5.0 (2.0-6.3) years, time on a tapering strategy 2.0 (1.5-3.0) years, last administered dose of anti-TNF (% of standard dose) 22% (18.5-35), BASDAI 1.0 (0-2.1), patient's VAS 0 (0-20), physician's VAS 0 (0-15), CRP 0.9 (0.8-2.6) mg/L. After 12 months of follow up, 70% of patients who interrupted anti-TNF therapy had a flare and needed to re-start the same drug. Median (IQR) time until flare was 4 (3-10) months. After re-introducing anti-TNF therapy, all patients achieved clinical response.

Conclusions: In clinical practice, discontinuation of anti-TNF therapy in patients with AS due to clinical remission is very rare. Similar to data observed in other studies suddenly interrupting anti-TNF therapy, discontinuation of this treatment after using a tapering strategy leads to the appearance of flare within a few months in most cases.

325. CARACTERÍSTICAS DE LA DERIVACIÓN A UNA UNIDAD DE ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO

R. Belmonte Gómez, C. Méndez Perles, I.P. Granados Bautista, A. García Aparicio, D. Pielfort Garrido, J. Rey Rey y A. Hernández Sanz

Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Toledo.

Objetivos: Describir los indicadores de actividad de la unidad de artritis de reciente comienzo (UAR) del servicio de reumatología del complejo hospitalario de Toledo (CHT) en 2015.

Métodos: Estudio descriptivo. Analiza las características de la derivación de los pacientes a UAR entre enero y diciembre de 2015. Los pacientes se derivaron según los criterios de inclusión definidos para esta unidad: artritis en más de 1 articulación de más de 1 mes y menos de 1 año de evolución. Se remitían como primera consulta desde atención primaria (AP), urgencia y otros especialistas o como sucesiva si eran enviados desde reumatología. Meses antes los reumatólogos del servicio de reumatología impartieron charlas de formación en centros de salud y urgencias. Se definió AR según criterio ACR/EULAR 2010. El objetivo fue acortar la demora en la primera atención del paciente con artritis. Los pacientes debían ser examinados por el reumatólogo de la unidad entre los 15 y 20 días posteriores a la derivación.

Resultados: El servicio de reumatología del CHT cubre 30 zonas básicas de salud, una población mayor de 14 años de 358.792 pacientes. Durante el período de estudio se atendieron un total de 4.128 primeras consultas en el servicio de reumatología. 149 pacientes nuevos fueron valorados en la UAR durante el mismo. La edad media fue de 54 años. 60% de los pacientes mujeres. El 48% de los pacientes se derivó desde AP, 34% desde reumatología y un 18% desde urgencias y otros especialistas. El 34% de los pacientes de primera consulta general en reumatología tiene un tiempo de espera de más de 30 días. El tiempo de espera para la primera consulta en la UAR fue de 17 días (mediana). 72 pacientes (49%) fueron atendidos en los primeros 15 días desde la emisión del PIC, 42 (28%) entre 16 y 30 días y 34 (23%) más de 31 días. 41% de los pacientes derivados no cumplían criterios de derivación. Los diagnósticos más frecuentes fueron 11 artrosis, 8 AR de más de 1 año de evolución, 5 artritis autolimitadas, 5 enfermedades autoinmunes sistémicas (2 Behçet, 1 EMTC, 1 síndrome Sjögren, 1 esclerosis sistémica), 4 gotas, 3 espondiloartropatías (2 artropatía psoriásica y 1 espondiloartropatía axial) y 24 otros diagnósticos. 87 pacientes cumplieron cri-

terios de derivación de los cuales 27 (31%) fueron diagnosticados de AR según criterios ACR/EULAR 2010 (18% del total de pacientes derivados a la unidad).

Conclusiones: La UAR reduce el tiempo de espera de los pacientes con artritis a menos de 20 días, lo cual disminuye el tiempo de diagnóstico y de inicio de tratamiento. Casi el 50% de los pacientes fueron atendidos en los primeros 15 días. A pesar de criterios sencillos de derivación e información en atención primaria y urgencias, un porcentaje alto de pacientes fueron mal derivados en relación a desconocimiento o a listas de espera para consulta de reumatología largas. Esto pone en evidencia la necesidad de una mayor coordinación entre reumatología y AP.

326. EPIDEMIOLOGÍA DE LA FRACTURA DE CADERA EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS

A. Zacarías, P. Juárez, I. Morales, L. Valencia, A. Montero, A. Coscujuela y C. Gómez Vaquero

Servicios de Reumatología, Medicina Interna y Traumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La fractura de cadera es la complicación más grave de la osteoporosis por el aumento de la morbimortalidad inmediata y diferida que conlleva. Además, la suma del tratamiento agudo de la fractura y de la asistencia sociosanitaria determina unos costes elevados.

Objetivos: Describir las características de los pacientes de nuestra serie de fracturas de cadera.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo que incluye los 1.000 primeros pacientes mayores de 50 años que ingresaron por fractura de cadera en un hospital universitario desde la creación de la Unidad de Fractura de Cadera el 1 de marzo de 2009. En todos los pacientes se realiza una visita protocolizada en la que se recaban datos demográficos, antecedentes patológicos, tratamientos previos, la situación cognitiva y funcional del paciente y la información necesaria para la valoración de su riesgo de fractura. Durante el ingreso, se realiza una analítica general con estudio del metabolismo fosforocálcico. Al alta, se inicia o se revalora el tratamiento osteoporótico, que se especifica en el informe de alta y se pauta en receta electrónica. Los factores para decidir su indicación son la calidad de vida previa, las enfermedades concomitantes, la expectativa de vida y las contraindicaciones.

Resultados: Los pacientes se recogieron en un periodo de 5 años (hasta el 28 de febrero de 2014). 697 eran mujeres (70%) y 303 eran hombres (30%). La edad media fue de 83 ± 9 años; el índice de Charlson, de $4,8 \pm 3$. La distribución por tipo de fractura fue: pertrocantérea 46%, subcapital 39%, subtrocantérea 7%. La osteosíntesis fue la intervención quirúrgica más realizada: 62%. El 21% de los pacientes estaban diagnosticados de demencia. La valoración cognitiva consistió en la realización del test de Pfeiffer: el 57% tenía un estado cognitivo normal; el 17%, deterioro leve; el 13%, deterioro moderado; y el 13%, deterioro grave. El índice de Barthel previo fue de 75 ± 28 puntos. El 86% de los pacientes residían en su domicilio y el 14% en residencia, siendo el 58% de los pacientes autónomos para su cuidado. El 56% deambulaban sin ayuda y el 44% utilizaban ayuda técnica (27% bastón, 12% caminador y 5% silla de ruedas). La estancia media hospitalaria fue de 17 ± 12 días con una estancia quirúrgica de $4,3 \pm 4$ días. La mortalidad en el primer año fue del 25,7% (257 pacientes), 9,2% durante el ingreso. Ciento cincuenta y siete pacientes (17%) habían sido diagnosticados de osteoporosis y 126 (14%) tenían una densitometría previa. Respecto a los factores de riesgo de fractura incluidos en FRAX: 386 presentaban fractura previa (14% antebrazo, 4% húmero, 5% vertebral); 45 fumaban (5%); 27 consumían alcohol en exceso (3%); 90 se habían tratado con glucocorticoides (10%); 9 tenían artritis reuma-

toide (1%); 80 tenían osteoporosis secundaria (9%). Ciento cincuenta y dos pacientes (18%) habían realizado algún tratamiento para la osteoporosis: 91 con bisfosfonatos, 12 con ranelato de estroncio, 6 con calcitonina, 2 con raloxifeno y uno con denosumab. Doscientos veintitrés pacientes (24%) realizaban tratamiento con suplementos de calcio y vitamina D.

Conclusiones: Los pacientes que presentan una fractura de cadera constituyen una población heterogénea de predominio femenino. Una valoración ortogeriátrica permite identificar a los ancianos más frágiles. Dado el alto riesgo de fractura de los pacientes, es destacable la baja frecuencia de diagnóstico de osteoporosis y de tratamientos para prevenir una fractura.

327. ESTUDIO ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO DE DENOSUMAB (DMAB) COMPARADO CON ÁCIDO ZOLEDRÓNICO (ZOL) EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS CON OSTEOPOROSIS PREVIAMENTE TRATADAS CON BIFOSFONATOS ORALES

J. Malouf¹, P.D. Miller², N. Pannacciulli³, J.P. Brown⁴, E. Czerwinski⁵, B.S. Nedergaard⁶, M.A. Bolognese⁷, H.G. Bone⁸, J.Y. Reginster⁹, A. Singer¹⁰, C. Wang², R.B. Wagman³ y S.R. Cummings¹¹

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Colorado Center for Bone Research. Lakewood. CO. EEUU. ³Amgen Inc. Thousand Oaks. CA. EEUU. ⁴Laval University and CHU de Québec (CHUL) Research Centre. Quebec City. QC. Canadá. ⁵Krakow Medical Center. Cracovia. Polonia. ⁶Center for Clinical and Basic Research. Aalborg. Dinamarca. ⁷The Bethesda Health Research Center. Bethesda. MD. EEUU. ⁸Michigan Bone and Mineral Clinic. Detroit. MI. EEUU. ⁹University of Liège. Lieja. Bélgica. ¹⁰Georgetown University Medical Center. Washington. DC. EEUU. ¹¹San Francisco Coordinating Center. CPMC Research Institute. San Francisco. CA. EEUU.

Objetivos: Evaluar DMAB frente a ZOL en mujeres posmenopáusicas previamente tratadas con bifosfonatos orales (BFos).

Métodos: Estudio de 12 meses, doble ciego, con doble simulación, en mujeres con edad = 55 años que habían recibido BFos durante = 2 años; con una puntuación T de densidad mineral ósea (DMO) = -2,5 en columna lumbar, cadera total o cuello femoral; y = 0,5 ng/mL de C-telopéptido del colágeno tipo 1 sérico (sCTX). Los sujetos fueron aleatorizados 1:1 para recibir DMAB cada 6 meses por vía subcutánea o ZOL endovenoso una vez al año. Los criterios de evaluación incluyeron el porcentaje de cambio de DMO en el mes 12 respecto a la visita basal en columna lumbar (variable principal), cadera total, cuello femoral y radio 1/3. Se midió el sCTX y el propéptido N-terminal del procolágeno tipo 1 (PINP) en un subgrupo de pacientes. Adicionalmente, se evaluó la seguridad.

Resultados: Se aleatorizaron 643 sujetos (321 DMAB; 322 ZOL); edad media (desviación estándar, DE), 69 (7) años; puntuación T media (DE) de DMO en columna lumbar, -2,7 (0,8); duración media (DE) de uso previo de BFos, 6,3 (3,8) años. En el mes 12, el cambio de DMO respecto a la visita basal fue significativamente mayor con DMAB frente a ZOL en todas las localizaciones evaluadas ($p < 0,0001$ para columna lumbar, cadera total y cuello femoral; $p < 0,02$ para radio 1/3; modelo ANCOVA ajustado por tratamiento, variable de estratificación sCTX [$< 0,3$ ng/mL vs $0,3-0,5$ ng/mL], DMO basal, tipo de equipo de DXA e interacción DMO basal por tipo de equipo de DXA). La mediana de reducción respecto a la visita basal fue superior con DMAB frente a ZOL para el sCTX en los meses 1 (-78% vs -68%), 6 (-63% vs -22%) y 12 (-63% vs 2%; todos $p < 0,01$), y para el PINP en los meses 6 (-48% vs -30%) y 12 (-50% vs 4%; ambos $p < 0,01$). Los acontecimientos adversos graves fueron similares entre grupos (no se observaron casos de osteonecrosis de la mandíbula, hipocalcemia o retrasos en consolidación de fracturas). Se observaron tres acontecimientos coherentes con la definición de fractura femoral atípica (2 DMAB; 1 ZOL).

Conclusiones: En mujeres con osteoporosis posmenopáusicas, tratadas previamente con BFos, DMAB produjo un mayor aumento en la DMO en todas las localizaciones esqueléticas evaluadas y una mayor reducción en la remodelación ósea que ZOL. No se identificaron nuevos riesgos de seguridad. Estudio de Amgen.

328. UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA BIOPSIA DE LA GLÁNDULA SALIVAR MENOR MÍNIMAMENTE INVASIVA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

C. Galisteo, M. García Manrique, J. Calvet, C. Orellana, N. Navarro, M. Moreno y M. Larrosa

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: Para el diagnóstico de síndrome de Sjögren (SS) se requiere el cumplimiento de los criterios de clasificación Américo-Europeos (CAAE), siendo obligatoria la positividad de los anticuerpos o una histología compatible. Numerosas técnicas de biopsia han sido descritas, variando de acuerdo al tamaño, forma de incisión y necesidad de sutura. Actualmente la tendencia es a realizar técnicas menos invasivas.

Objetivos: Evaluar la utilidad diagnóstica y la frecuencia de complicaciones de la biopsia de glándula salivar menor mínimamente invasiva.

Métodos: Estudio transversal, de 159 biopsias de glándula salivar menor. Criterios inclusión: pacientes con síndrome seco. Técnica biopsia: incisión vertical (= 5 mm) en superficie interna del labio inferior sin sutura. Variables estudiadas: 1) clínicas: edad, género, presencia y duración de los síntomas; 2) diagnósticas: Schirmer, gammagrafía salival, ANA, FR, anti-Ro, anti-La; 3) complicaciones biopsia: a) inmediatas: sangrado, lipotimia; b) agudas (< 1 mes): trastornos sensitivos, hematoma, tumefacción, infección, EVA dolor, dificultad para hablar y comer, trastornos cicatriciales (granuloma, queloides) y c) crónicas (> 1 mes): trastornos sensitivos y cicatriciales; 4) histológicas: a) grado de atrofia: ausente, leve, moderada, severa; b) grados de Chisholm-Mason (I-IV), considerando biopsia positiva el grado III o IV, y c) patrones histológicos: normal, sialoadenitis crónica no específica (SCNE), sialoadenitis crónica esclerosante (SCE), sialoadenitis linfocitaria focal (SLF).

Resultados: Las características de la muestra fueron: edad 59,9 ± 12,43 años, 91% mujeres y 9% varones, xerostomía en 88% y xeroftalmía en 89% con 49 ± 37 meses de evolución, gammagrafía positiva en 45%, Schirmer + en 54%, Ac-Ro y La en 28% y 6,2% respectivamente, ANA en 54% y FR en 22%. Las complicaciones fueron: a) inmediatas (n = 16; 8,1%): sangrado (n = 13; 8,1%), lipotimia (n = 3; 1,8%); b) agudas (n = 93; 58%): disestesias (n = 2; 1,2%) con 2,5 ± 0,7 días de duración, hematoma (n = 23; 14%) con 4 ± 2,5 días de duración, tumefacción (n = 69; 43%) con 3 ± 2,4 días de duración, infección (0%), dolor en 37% (leve 26%, moderado 9%, severo 2%) con 3 ± 2,5 días de duración, dificultad del habla (n = 13; 8,1%) con duración de 3 ± 3,6 días y para comer (n = 20; 12%), con 2,3 ± 2,8 días de duración, y granuloma (n = 10; 6,2%); c) crónicas (n = 4; 2,5%): disestesia (0%), y granulomas (n = 4; 2,5%) sin repercusión clínica. Se obtuvo material para el estudio histológico en el 92,5%. El patrón histopatológico más frecuente fue SCNE (n = 83; 57%), seguido de SLF (n = 37; 25%), normal (n = 22; 15%) y SCE (n = 5; 3%). La graduación de Chisholm-Mason clasifico las biopsias como normales (n = 22; 15%), grado I (n = 73; 50%), grado II (n = 15; 10%), grado III (n = 22; 15%) y grado IV (n = 15; 10%), siendo la biopsia positiva en el 25%. El 22% y 26% de los pacientes que cumplían, respectivamente, 3 y 4 criterios de clasificación fueron diagnosticados de SS. El grado de atrofia histológico se correlaciono con la edad de los pacientes (r = 0,38; p < 0,0001). La biopsia positiva se relaciono con la positividad de Ac-Ro (40% vs 22%; p < 0,0352), Ac-La (10% vs 1%; p < 0,0002), FR (35% vs

18%; p < 0,03) y ANA (70% vs 46%; p < 0,01). La aparición de complicaciones crónicas (granuloma) no se relacionó con la presencia de complicaciones agudas a excepción de las disestesias temporales (18% vs 1%; p < 0,001).

Conclusiones: La biopsia de glándula salivar menor mínimamente invasiva es una técnica fácil de realizar, con escasas complicaciones y que actualmente es indispensable para el diagnóstico de SS con serología negativa. Sería necesario realizarla por los propios reumatólogos e incorporarla en los centros en los que aún no esté implementada.

329. FACTORES RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DE ATROSCLEROSIS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

J.J. Alegre Sancho¹, M. Robustillo Villarino¹, G. Albert Espí¹, E. Vicens Bernabeu¹, C. Vergara Dangond¹, A. Martínez-Ferrer¹, D. Ybáñez García¹, E. Valls Pascual¹ y J.A. Román Ivorra²

¹Sección de Reumatología. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia.

²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Introducción: En diferentes estudios y metaanálisis se ha podido demostrar que la aterosclerosis (AE) subclínica y las complicaciones vasculares (CV) son superiores en pacientes con Esclerosis Sistémica (ES) que en población sana, hecho que se ha relacionado fundamentalmente con factores de riesgo vascular (FRV) no tradicionales.

Objetivos: Identificar FRV que se relacionen de forma independiente con la existencia de afección macrovascular (ecografía carotídea, índice tobillo-brazo [ITB]) en pacientes con ES.

Métodos: Estudio descriptivo transversal con componentes analíticos. Población de estudio: cohorte de 115 pacientes con ES controlados en la Sección de Reumatología de un hospital terciario. Variables: 1) variables clínicas; 2) cuestionarios e índices: EVA global, HAQ y SF36, CHFS (Cochin Hand Function Scale) y MHISS (Mouth Handicap In Systemic Sclerosis scale), HOMA y SCORE; 3) variables analíticas: hemograma, biomarcadores clásicos de riesgo vascular, marcadores biológicos de actividad/inflamación, perfil de autoanticuerpos, marcadores de hemostasia/enfermedad vascular; 4) estudio vascular: índice tobillo-brazo (ITB) y ecografía Doppler carotídea (ESAOTE MyLab XV70, sonda lineal de 7-12 MHz, software RFQIMT) recogiendo grosor íntima media (GIM) y presencia de placas de ateroma según Consenso de Mannheim; 5) otras variables: acroosteolisis, ECG, pruebas funcionales respiratorias, TCAR pulmonar y eco-Doppler cardíaco. La medición del ITB la realizó un cirujano vascular, y la capilaroscopia y ecografía Doppler de carótidas una reumatóloga ciega al resto de hallazgos en un plazo máximo de 3 meses. Análisis estadístico: paquete estadístico IBM-SPSS Statistics v22.0.

Resultados: Se incluyeron de forma consecutiva 115 pacientes, de los que se analizaron finalmente 108, con una edad media de 60,16 años (DE ± 15,16); 99 mujeres (91,7%) y 9 varones (8,3%). El tiempo de evolución medio de la ES fue 11,45 años (DE ± 8,84). La ESCL fue el diagnóstico más frecuente (50%), seguido de la ES sin esclerodermia (18,5%) y, en orden decreciente (16,7%) la ESCd, el síndrome de solapamiento (9,3%) y la pre-ES (5,6%). El 38,9% de los pacientes eran hipertensos, 46,3% padecían una DL, y un 6,3% eran diabéticos. En total, un 37% tenían una ecografía carotídea patológica, y un 39,8% daño macrovascular (placa de ateroma y/o GIM > 0,9 mm y/o ITB < 0,9). En el análisis bivariante, se evidenció una relación entre el daño macrovascular y diversos FRV clásicos y relacionados con la enfermedad. En el análisis multivariante, la edad, la HTA, la DL, la tensión sistólica, la glucemia, la función renal, el antecedente de CV, los valores del SCORE, el SF36, la duración de la ES, la coexistencia de una enfermedad inflamatoria, la disfunción diastólica del VI, la

VSG, los valores de dímero D, los valores estimados de PsAP, y el uso de diversos fármacos (estatinas, IECA, ARAII, antagonistas de receptores de endotelina, rituximab) mantuvieron una relación significativa con las distintas variables de afección macrovascular.

Conclusiones: La afección macrovascular en pacientes con ES se relaciona tanto con FRV clásicos (edad, HTA y DL) como con FRV relacionados con la ES (duración prolongada, mayor carga inflamatoria, valores elevados de PsAP, disfunción diastólica del VI). Un control estricto de las cifras tensionales y el tratamiento con estatinas debería formar parte del protocolo habitual de manejo en pacientes seleccionados y de edad avanzada.

330. CONOCIMIENTO Y UTILIZACIÓN DE VÍAS PREFERENCIALES DE DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A UNA CONSULTA DE ARTRITIS DE INICIO. ESTRATEGIAS DE MEJORA

J.J. Pérez Venegas, Y. Cabello Fernández, M.J. Rodríguez Valls, I.C. Aranda-Valera y M.D. Toledo Coello

UGC de Reumatología. Hospital de Jerez de la Frontera.

Introducción: Entre los factores que permiten el diagnóstico precoz de artritis de reciente comienzo se encuentra la implementación de vías de derivación preferenciales desde Atención Primaria (AP). Desde hace 18 meses, la UGC de Reumatología del Área Sanitaria Norte de Cádiz (ASNC) dispone de esas vías (WEB/FAX) con criterios consensuados con AP. Analizamos la opinión sobre la necesidad del diagnóstico precoz de artritis, grado de conocimiento y de utilización de dichas herramientas por parte de AP y recogemos sus propuestas de mejora en la accesibilidad de estos pacientes a nuestra Unidad.

Objetivos: Analizar el grado de conocimiento y de utilización de las vías preferenciales de derivación por parte de los médicos de AP a la consulta de Artritis de Reciente Comienzo; evaluar el grado de satisfacción de la respuesta recibida por parte del médico y la importancia del diagnóstico precoz de la AR para los profesionales de AP y recoger propuestas de mejora.

Métodos: Distribución de una encuesta a los médicos de AP del ASNC que atiende a 411.000 habitantes. Se recogen datos demográficos de los encuestados, tiempo de actividad en el SSPA, número de pacientes atendidos por día, % estimado de pacientes con patología ME atendidos por día, importancia del diagnóstico precoz de AR y motivos, grado de conocimiento de las vías de derivación FAX/WEB, grado de utilización de las mismas, valoración de respuesta recibida y utilidad de las mismas y propuestas de mejora. Se realiza un análisis descriptivo de la muestra.

Resultados: Se analizaron un total de 77 encuestas procedentes de 13 Centros de Salud del ASNC. El 62,34% eran hombres y un 66,1% mayor de 50 años; 62% de los encuestados con más de 20 años en el SSPA. Un 88,3% (68) de los profesionales refería atender más de 40 pacientes/día, y el 40,2% (31) de los encuestados refirieron que el 20-30% de las consultas eran de causa musculoesquelética. El 96,1% (74) de los encuestados otorgó importancia a la detección precoz de la artritis, siendo los motivos principales el evitar el daño articular y la mejora en la calidad de vida (84,4%) y la instauración de un tratamiento precoz (79,2%). Un 87,01% (67) desconocía la existencia de las vías de derivación a través de la web y 38,9% (30) conocía la vía FAX. Sólo 19 médicos (24,6%) encuestados reconocieron haber utilizado la vía en los últimos 6 meses; 17 de ellos (22,08%) consideraron adecuada la respuesta recibida. Un 97,4% de los encuestados consideró útil la existencia de estas vías de derivación. Entre las estrategias de mejora, un 81,2% (63) proponen la realización de campañas de formación y divulgación, un 88,31% (68) plantea la necesidad de realizar sesiones formativas y un 79,2% (61) considera necesaria la realización de consultorías presenciales en los centros de salud.

Conclusiones: Un alto porcentaje de los médicos de AP encuestados reconocen la importancia del diagnóstico precoz de la artritis de reciente comienzo. A pesar de disponer de vías de derivación preferenciales, existe un alto grado de desconocimiento y baja utilización de las mismas. No obstante, los profesionales que la utilizan perciben la respuesta obtenida como adecuada. La mayor parte de los encuestados consideran que es necesaria la realización de formación, divulgación y consultorías presenciales como estrategias de mejora para el diagnóstico precoz de la artritis de inicio.

331. VALORACIÓN DE LA ADECUACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADO DE LAS DENSITOMETRÍAS ÓSEAS EN OSTEOPOROSIS

J.F. García Llorente, I. Torre Salaberri, M.E. Ruiz Lucea, O. Fernández Berrizbeitia, E. Galíndez Agirreagoikoa, C. Gómez Arango, C.E. López Velasquez, J.M. Blanco Madrigal, E. Guerrero, I. Calvo Zorrilla, M. Gorordo Olaizola, E. Ucar Angulo y M.L. García Vivar

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

Introducción y objetivos: La osteoporosis es una enfermedad muy prevalente en las sociedades más avanzadas y envejecidas, estando la mayor parte de la atención en manos de Atención Primaria (AP). La densitometría DXA sigue siendo la principal herramienta diagnóstica indicada en población de riesgo, que se relaciona con la posibilidad de sufrir una fractura. El resultado de dicha prueba está influenciado por una correcta técnica que incluye el correcto posicionamiento de las áreas a ser valoradas y la presencia de cambios estructurales en estas zonas. La realización de la DXA la hace un técnico y el DXA emite un informe automatizado. Su interpretación no supone mayor problema para aquellos médicos en contacto continuo con dicha patología, pero guiarse sólo de los informes automatizados puede llevar al equívoco. Con este estudio nos proponemos valorar la fiabilidad de dicha información automatizada y su correlación con la valoración final por dos reumatólogos expertos.

Métodos: Disponemos de un DXA GE Lunar DPX NT+151437, que se encarga de realizar las pruebas. Valoramos todas las DXAs solicitadas desde AP en el mes de julio de 2015, elección al azar del mes. Se revisan un total de 125 DXAs y se interpretan los resultados por parte de dos reumatólogos de forma independiente: se comprueba que la imagen esté centrada en las áreas de interés en columna y cadera y se excluyen del cálculo final las vértebras discordantes en más de 1 DE con respecto al resto (que se pueden corresponder con fracturas, fenómenos osteoproliferativos...) y las caderas mal posicionadas. En los casos de duda o discordancia entre revisores, se busca un acuerdo final. Se compara y corrige el informe automatizado.

Resultados: De las 125 DXAs revisadas, 2 (1,6%), se anulan por mala técnica (DXA no interpretable); en 72 (57,6%), existe concordancia entre el informe automatizado y el de los expertos y en 51 (40,8%), hay cierto grado de discordancia, que afecta al diagnóstico densitométrico en 9 casos (7,2%). De modo que son 11 de 125 casos (8,8%) los que no se corresponden con el informe automatizado.

Técnica	Colocación del paciente	
	Movimiento	
	Colocación región de interés (ROI)	
Artefactos	Cuerpos extraños	Material quirúrgico Calcificaciones
	Afecciones óseas	Medios de contraste Espondiloartritis Fracturas Lesiones óseas líticas o esclerosas

Conclusiones: El informe automatizado del DXA conlleva un porcentaje de error importante en las condiciones técnicas y en la población a la que se aplica. Aunque el diagnóstico densitométrico final se modifica en pocos casos, consideramos que supone un impacto no despreciable en el manejo de esta población. Por ello nos parece adecuado o bien dar formación a los médicos de AP que lo soliciten, o realizar una validación de dichos informes por un experto. Se aportarán imágenes de las pruebas en las cuales se ha variado la interpretación del resultado.

332. IMPACTO ECONÓMICO DE LA OPTIMIZACIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS

A. Quesada Moreno^{1,2}, M.D. Sánchez González^{1,2}, J.G. Sánchez Hernández³, L. Pérez Garrido¹, G. Manzano Canabal¹, R. Usategui Martín^{2,4}, C. Montilla Morales^{1,2}, C. Hidalgo Calleja¹, O. Martínez González¹ y J. del Pino Montes^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca. ²Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca. ³Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Salamanca. ⁴Unidad de Biología Molecular. Universidad de Salamanca.

Introducción: El tratamiento con terapias biológicas (TB) ha conseguido un mejor control de la actividad inflamatoria en pacientes con artritis reumatoide (AR), espondilitis anquilosante (EA) y artritis psoriásica (APs); sin embargo, su alto coste podría limitar su utilización. Por otro lado, algunos autores consideran que la dosis debe ser ajustada a cada paciente teniendo como objetivo el control de la actividad de la enfermedad. Por ello, se ha realizado un estudio observacional analizando tanto el impacto económico como el efecto clínico de la optimización de dosis.

Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo observacional y retrospectivo, mediante la revisión de historias clínica de pacientes diagnosticados de AR, EA y APs en tratamiento con TB desde enero 2014 hasta diciembre 2014. La selección de los pacientes para la optimización (reducción/espaciamento de dosis) se realizó de acuerdo al Consenso de la SER para optimización de TB. Para su aplicación el paciente debía estar en remisión clínica (DAS28 < 2,6) o baja actividad de la enfermedad (DAS28 < 3,2 o BASDAI < 4) o según criterio médico tras valoración del paciente. Las variables estudiadas fueron: tipo de fármaco, diagnóstico, características demográficas, optimización de dosis, año de diagnóstico y año de inicio de la TB. El estudio del impacto económico se realizó analizando el coste directo de los fármacos utilizando el precio de compra del hospital y se comparó con el coste de la posología estándar según ficha técnica. No se tuvieron en cuenta los costes indirectos (enfermería, preparación...).

Resultados: De los 413 pacientes que en el periodo estudiado se encontraban con TB, 111 (26,9%) fueron seleccionados para la optimización de dosis, AR 65 (58,56%), EA 31 (27,93%) y APs 15 (13,51%).

De estos pacientes 66 (59,46%) eran mujeres y 45 (40,54%) eran hombres con una edad media de 56 ± 13 años. En el momento de la optimización, 60 pacientes se encontraban en remisión clínica, 50 pacientes en baja actividad y en 1 pacientes se optimizó la dosis según criterio médico. La duración media de la enfermedad previa a la terapia biológica fue de 8,7 años (DE = 8,45) y la duración media del tratamiento a dosis estándar previa a la optimización fue de 4,8 años (DE = 2,35). Los fármacos más utilizados para la optimización fueron: infliximab, tocilizumab y rituximab. El 60,8%, 38,4% y 37,03% respectivamente, del total de pacientes tratados con éstos fármacos, lo hacían a dosis optimizadas. En la tabla adjunta se presenta el régimen de optimización. El ahorro conseguido con la optimización de los tratamientos fue de un 8,8% (388.574,6 €), reduciendo el gasto medio anual por paciente de 8.442,64€ a 7.501,78€. Al final del estudio todos los pacientes mantuvieron la dosis optimizada, salvo un paciente que tuvo que volver a la dosis estándar por empeoramiento de la sintomatología.

Conclusiones: Nuestro estudio muestra que la optimización de TB en pacientes seleccionados por su buena respuesta clínica es una opción que permite una reducción del coste sin que haya deterioro de su eficacia clínica, manteniendo la eficacia y sin incremento de los riesgos de seguridad de estos fármacos.

333. OPTIMIZACIÓN DE DOSIS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON TERAPIA BIOLÓGICA. VALORACIÓN ECOGRÁFICA

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

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

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

Objetivos: Evaluar la presencia de actividad inflamatoria mediante ecografía en escala de grises y con Power Doppler (PD) en pacientes con AR en los que se planteo una optimización de dosis de la terapia biológica por encontrarse en remisión clínica.

Métodos: Se incluyeron 34 pacientes con AR (3 en tratamiento con tocilizumab, 13 en tratamiento con adalimumab, 17 en tratamiento con etanercept y 1 en tratamiento con golimumab). Se realizó una valoración de la actividad clínica mediante el DAS 28 antes de decidir la reducción de dosis, a los 6 meses y al año. Se realizó una exploración ecográfica de 12 articulaciones (codos, carpos, 2ª y 3ª metacarpofalángicas, rodillas y tobillos) con un ecógrafo Esaote MyLab 70, buscando presencia de derrame articular y/o hipertrofia sinovial en escala de grises y señal PD antes de realizar la reducción

Tabla Póster 332

Terapia biológica	Número de pacientes optimizados	Régimen de optimización
Infliximab	28/46	Se aumenta intervalo cada 7 sem en 2 pacientes, cada 8 sem en 3 pacientes y cada 9 sem en 23 pacientes
Etanercept	26/119	Se aumenta intervalo a 50 mg/10 días en 18 pacientes, 50 mg/15 días en 7 pacientes y 50 mg/17 días en 1 paciente
Adalimumab	20/113	Se aumenta intervalo de dosis a 40 mg/3 sem en 16 pacientes, 40 mg/4 sem en 2 pacientes y 40 mg/6 sem en 1 paciente Se suspende remisión sostenida en 1 paciente
Golimumab	10/36	Se aumenta intervalo de dosis a 50 mg/5 sem en 8 pacientes, 50 mg/6 sem en 2 pacientes
Tocilizumab	15/39	Se aumenta intervalo de dosis cada 5 sem en 4 pacientes, cada 6 sem en 1 paciente Se disminuye dosis a 7mg/kg en 1 paciente, a 6 mg/kg en 6 pacientes y a 4 mg/kg en 1 paciente Se suspende por embarazo en 1 paciente y por remisión sostenida en 1 paciente
Abatacept	2/15	Se disminuye la dosis de 750 mg a 500 mg/4 sem en 1 paciente y a 500 mg/5 sem en 1 paciente
Rituximab	10/27	Se aumenta intervalo de dosis cada 8 meses en 5 pacientes, cada 9 meses en 2 pacientes, cada 10 meses en 1 paciente. Se disminuye dosis de 1.000 mg a 500 mg cada 6 meses en 2 pacientes.

del tratamiento, a los 6 meses y al año, mediante escala semicuantitativa de 0 a 3 puntos.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes con AR (22 mujeres y 12 hombres) con una edad media de 58,84 (mínima 31-máxima 79) y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 13,2. En el 76,4% de los pacientes el factor reumatoide era positivo y los anticuerpos anticitrulinados en el 52,9%. En el momento de iniciar la optimización de dosis el índice de actividad clínica definido por DAS 28 era de una media de 2,10. A los 6 meses 30 pacientes mantenían remisión clínica. En la ecografía un porcentaje de estos pacientes (52,94%) presentaban cierto grado de derrame/sinovitis en escala de grises pero sin señal PD. 4 pacientes (11,7%) presentaban empeoramiento clínico con aumento del índice DAS 28, coincidiendo también con empeoramiento en la exploración ecográfica, con derrame/sinovitis y presencia de señal PD. Estos pacientes volvieron a la pauta habitual de tratamiento con mejoría clínica. Al año el porcentaje de pacientes en remisión se mantenía, continuando 30 pacientes con optimización de dosis.

Conclusiones: En un porcentaje importante de pacientes, convenientemente seleccionados, es posible el mantenimiento de una baja actividad de la enfermedad o de la remisión con la optimización de dosis de la terapia biológica. Solo un pequeño número de pacientes recidivaron y necesitaron volver a la pauta anterior de tratamiento. La ecografía permite una evaluación y monitorización sensible de la actividad inflamatoria articular y valorar la respuesta al tratamiento.

334. SUPERVIVENCIA DE METOTREXATO EN MONOTERAPIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

E. Chamizo Carmona, T. Rodríguez Araya, P. Cossío Jiménez, C. Carrasco Cubero, J.J. Aznar Sánchez, R. Veroz González, S. Rojas Herrera y L. Chaves Chaparro

Servicio de Reumatología. Hospital General de Ciudad de Mérida.

Introducción: El tratamiento tradicional de la artritis reumatoide (AR) implica comenzar por un fármaco modificador de la enfermedad (FAME). Metotrexato (MTX), considerado el FAME de primera elección, consigue alcanzar una buena respuesta mantenida hasta en el 40% de los pacientes con AR. La práctica clínica habitual ha cambiado con el objetivo de conseguir la remisión de la AR, lo que conlleva con frecuencia la rápida asociación de otros FAMES o biológicos.

Objetivos: Analizar la duración del tratamiento, los factores relacionados y las razones para la finalización de la monoterapia de MTX en los pacientes con AR.

Métodos: Estudio observacional de pacientes diagnosticados de AR seguidos en el Servicio de Reumatología del Hospital de Mérida, entre los años 2012 y 2015, que han recibido MTX en monoterapia durante su evolución. Se realizó un análisis de supervivencia de Kaplan-Meier de la monoterapia con MTX y se comparó la supervivencia de los niveles de los factores relacionados (anticuerpos, sexo, fecha de inicio de AR, fecha de inicio de la monoterapia de MTX, FAMES previos a MTX) mediante log rank (Mantel Cox). Se analizaron las causas de la finalización de la monoterapia (suspensión del MTX por toxicidad o remisión clínica o asociación de otro FAME o biológico por ineficacia).

Resultados: Incluimos 309 pacientes consecutivos, 100 hombres y 209 mujeres, con una media de edad al inicio de la AR de 47,77 años (DE 6,09). MTX fue el tratamiento inicial en 223 pac (72,2%), mientras 86 pac (27,8%) habían recibido otros FAMES antes. La mediana de fecha de inicio de la AR fue en julio/2004 y la de inicio de MTX en julio/2006. La mediana de supervivencia fue de 88 meses (178-24). Las diferencias no fueron significativas entre ambos sexos. La supervivencia fue mayor si no habían recibido FAMES previos, ini-

ciaron la enfermedad antes de julio/2004 o comenzaron tratamiento con MTX antes de julio/2006 con unos valores de χ^2 en log Rank de 4,2 ($p < 0,05$), 5,5 ($p < 0,05$) y 7,8 ($p < 0,01$) respectivamente. No encontramos diferencias en la supervivencia en relación con otras variables como edad del paciente, presencia de FR y ACPA, PCR. La monoterapia había finalizado antes de la fecha del cierre del estudio (julio/15) en 174 pac (47,57%), principalmente por falta de eficacia (127 pac). MTX fue retirado en 52 pacientes (12 por remisión, 6 por ineficacia y 34 por intolerancia o toxicidad).

Conclusiones: La monoterapia con metotrexato en nuestra muestra fue bien tolerada y consiguió una supervivencia elevada. Los pacientes que no habían recibido previamente otros FAMES tuvieron en conjunto una mayor supervivencia. Las diferencias de supervivencia obtenidas en relación con la fecha de inicio de AR y del tratamiento pueden estar relacionados con los cambios en la práctica habitual (tratamiento por objetivos).

335. EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES EN EDAD PEDIÁTRICA DIAGNOSTICADOS DE NEFRITIS LÚPICA. CONSULTA MULTIDISCIPLINAR NEFROLOGÍA-REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

S. Masegosa Casanova¹, R. Roldán Molina¹, M. Antón Gamero², E. García Martínez² y E. Collantes Estévez¹

¹UGC Reumatología Pediátrica; ²UGC Nefrología Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: Se describe una cohorte de 7 pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) con/sin síndrome antifosfolípido secundario y nefritis lúpica y analizamos la eficacia y seguridad del tratamiento con micofenolato de mofetilo (MMF).

Métodos: Estudio retrospectivo del registro de pacientes con conectivopatía de la Unidad de Gestión Clínica de Reumatología desde enero de 2000 hasta diciembre de 2015. De los 66 niños/as diagnosticados de alguna conectivopatía, 24 están diagnosticados de LES, y 7 de los pacientes diagnosticados de LES desarrollaron nefritis lúpica (NL) (29,16%). Además, 5 de estos 7 pacientes tenían síndrome antifosfolípido asociado, desarrollando dos de ellos síndrome catastrófico.

Resultados: Por término medio la edad al diagnóstico de LES era de 11,5 años (rango 8-15 años), siendo el 85,7% niñas. La media desde el diagnóstico de LES hasta el inicio de la NL fue de 12,8 meses (rango 1-6 meses), desarrollando 4 de estos pacientes la NL al diagnóstico de LES (57%). A todos los pacientes se les practicó biopsia renal. Según la Clasificación histológica de la NL de la ISN/RPS (2003): dos pacientes (28,5%) presentaban una NL clase II-III (A), tres (42,8%) una NL clase IV (A), uno (14,2%) NL clase V y otro paciente (14,2%) una NL clase mixta V-IV (A). Los 7 pacientes recibieron tratamiento de inducción con MMF (600-1.200 mg/m²/dosis) durante 6 meses y, posteriormente, tratamiento de mantenimiento con MMF durante 3 años. Además, recibieron tratamiento concomitante con: tres pulsos iniciales de metilprednisolona iv (30 mg/kg peso, aprox 500-750 mg/dosis), seguido de prednisona oral (1-0,5 mg/kg peso/día) durante 4 semanas, reduciendo progresivamente la dosis hasta < 10 mg/día. Hidroxicloroquina. IECA. Ácido acetilsalicílico o anticoagulantes orales en pacientes con síndrome antifosfolípido. Suplementos de calcio y vitamina D. Inmunización con vacunas de virus no vivos. Los parámetros de respuesta al tratamiento de la nefritis lúpica con MMF se muestran en la tabla. Todos los pacientes muestran una mejoría después del tratamiento con "p" significativa excepto la creatinina, porque ninguno había desarrollado insuficiencia renal al inicio del tratamiento y los niveles de anti DNA que, aunque se negativizaron en tres pacientes, no fue significativo. El tiempo medio de remisión de la nefritis lúpica después de suspender el tratamiento fue de 3,8 años (rango 11-0,8 años). Como efectos adversos sólo un paciente tuvo que suspender el MMF por diarrea

persistente y fiebre, finalmente fue diagnosticado de enfermedad de Crohn. Se produjo una escasa frecuencia de complicaciones infecciosas.

Parámetros de respuesta tratamiento (MMF)

N: 7	Antes MMF	Después MMF	p
Prot/Cr	3,79 ± 2,79	0,11 ± 0,65	0,013
Creatinina	0,72 ± 0,28	0,66 ± 0,10	0,49
Sedimento	7 +	7 -	0,008
C4	6,68 ± 4,03	18,12 ± 4,58	0,002
C3	74,07 ± 24,01	109,28 ± 12,44	0,012
ANA	560,00 ± 383,66	262,85 ± 279,86	0,017
ANTI- DNA	7 +	4+, 3 -	0,083
Dosis prednisona	70,00 ± 12,90	4,64 ± 4,19	< 0,01
Sledai	54,71 ± 18,42	6,85 ± 5,27	0,001

Conclusiones: 1. Todos los pacientes cumplen los criterios de respuesta renal completa (CARRA, Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance) según parámetros de respuesta al tratamiento. 2. Igualmente también presentan una mejoría significativa del SLEDAI y de las necesidades de prednisona. 3. Bien tolerado y baja incidencia de efectos adversos. 4. Fármaco seguro y eficaz en el tratamiento de nuestros pacientes con nefritis lúpica en la edad pediátrica.

336. ESTUDIO DE LÍQUIDO ARTICULAR EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. PASADO Y PRESENTE

P. Cuevas, S. Rodríguez, R. Castellanos, H. Flórez, A. Monegal, P. Peris y N. Guañabens

Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: Durante décadas los Departamentos de Reumatología han utilizado el análisis de líquido articular para el diagnóstico diferencial de las diferentes artropatías, especialmente en las enfermedades microcristalinas.

Objetivos: Nos planteamos si el acceso a nuevas técnicas de diagnóstico y los nuevos tratamientos han modificado la frecuencia en el que se utiliza el análisis de líquido articular y si ello incide en el diagnóstico de patología microcristalina.

Métodos: Estudio retrospectivo transversal en el que se analizan los resultados del estudio del líquido sinovial realizados en un Servicio de Reumatología durante un periodo de 4 años (2012- 2015) con muestras procedentes de pacientes atendidos en consultas externas, urgencias y pacientes hospitalizados. Los resultados se han comparado con los obtenidos en un estudio realizado entre 1998-2005.

Resultados: Durante los últimos 4 años se han analizado un total de 440 muestras de líquido sinovial, con una media de 110 ± 24,8 muestras por año (rango: 135-78); mientras en el estudio histórico (1998-2005) se analizaron 1881 muestras de líquido sinovial, con una media de 235 ± 54,8 muestras por año (rango: 326-162); reduciéndose en un 53% el número de determinaciones realizadas. En el 31,8% de las muestras actuales y el 18,8% de las muestras del estudio histórico se evidenciaron microcristales. Los cristales de urato monosódico (UMS) se observaron en el 50% y el 49,1% (análisis actual vs histórico) de las muestras con microcristales y los de pirofosfato cálcico (PPCa) en el 44,2% y el 47,4%, respectivamente. En un 5,7% y 1,13% de las muestras del análisis actual e histórico, respectivamente, se observaron cristales mixtos (UMS + PPCa). En ambos estudios los cristales de UMS fueron más frecuentes en varones (83% y el 89% en análisis actual e histórico), mientras que en mujeres los cristales de PPCa, se observaron en el 48% y 64% de análisis actual e histórico.

Conclusiones: En los últimos años se observa una disminución del número de análisis de líquido articular. La proporción de líquidos articulares de patologías no asociadas a microcristales se ha redu-

cido, no obstante la proporción de cristales de urato monosódico y de pirofosfato cálcico en las muestras con microcristales es similar.

337. UNIDAD MULTIDISCIPLINAR PSORIASIS-ARTRITIS PSORIÁSICA: EXPERIENCIA DE 1 AÑO

M.D. López Montilla¹, A. Vélez García-Nieto², C. López Medina¹, F. Gómez García² y E. Collantes Estévez¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad articular crónica asociada a psoriasis. La afectación cutánea precede a la aparición de síntomas articulares en aproximadamente el 70% de los casos, por eso la consulta de Dermatología es clave para el diagnóstico precoz. Un estudio reciente demostró que casi el 30% de los pacientes con psoriasis seguidos en una consulta de dermatología tenían APs sin diagnosticar. El objetivo de nuestra unidad es el diagnóstico precoz de APs y el tratamiento conjunto de los pacientes que lo requieran.

Métodos: En la consulta de dermatología, a los pacientes con psoriasis se les realiza anamnesis dirigida para la detección precoz de APs. Si ésta es positiva, el paciente es citado directamente en una agenda especial de reumatología, con analítica básica, incluyendo VSG y PCR, así como radiografías de manos y sacroilíacas. Con ello se agiliza el diagnóstico, evitando demoras y tramites. Si el paciente requiere tratamiento coordinado por los dos especialistas, se citan en paralelo en las dos consultas (Psoriasis y APs) el mismo día. El reumatólogo cita en la unidad aquellos pacientes con artritis indeterminada y alguna lesión cutánea o ungueal sospechosa de psoriasis, que no haya sido previamente diagnosticados de esa enfermedad.

Resultados: En el primer año de funcionamiento, han sido atendidos 152 pacientes (52,1% hombres y 47,9% mujeres), con edades comprendidas entre los 18 y 84 años (media 48,7%). ·127 nuevos (100 procedentes de dermatología, 27 de Reumatología). Motivo de derivación: a) Por parte de Dermatología: Artritis: 66. Entenitis: 2. Dactilitis: 4. Lumbalgia inflamatoria: 28. b) Por parte de Reumatología: Lesión cutánea: 15. Lesión ungueal: 12. 25 revisiones: ya diagnosticados por ambas especialidades y que requieren tratamiento conjunto. De los pacientes derivados de dermatología: el 32% tenían APs, el 30% Artrosis incluida artrosis nodular de manos y el 5% Otras artritis inflamatorias. Actualmente hacemos seguimiento en la unidad multidisciplinar de 57 pacientes: 22 en terapia biológica, 18 con DMARDs, el resto con tratamiento tóxico, AINES o PUVA. Para la valoración e nuestra unidad y aceptación por parte de los pacientes decidimos incorporar un cuestionario de satisfacción. Se han realizado 67 encuestas (44% de los pacientes) Consta de 9 preguntas y se valora del 1 al 5. Resultados 4,69.

Conclusiones: Con este modelo de Unidad Multidisciplinar hemos conseguido agilizar el diagnóstico de la APs, y mejorar la atención a nuestros pacientes disminuyendo demoras y coordinando tratamientos.

338. DAÑO RADIOGRÁFICO AXIAL Y EN ARTICULACIONES INTERAPOFISARIAS CERVICALES Y SU CORRELACIÓN CON LA METROLOGÍA EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

M.J. Moreno¹, M.J. Moreno² y L.F. Linares²

¹Reumatología. Hospital Rafael Méndez. Lorca. ²Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica, que conlleva un daño estructural axial

valorado a través de la radiografía simple. El índice radiográfico m-SASSS (Modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spinal Store) es el recomendado para la valoración de dicho daño estructural. En él se valoran las alteraciones en los ángulos anteriores de la columna cervical y lumbar de pacientes con EA, sin tener en cuenta otras estructuras como las articulaciones interapofisarias (AIs). Se ha correlacionado el daño estructural con alteraciones en la metrología de dichos pacientes.

Objetivos: Analizar, en una cohorte de pacientes con EA, la relación entre el daño estructural axial valorado por el índice m-SASSS y a nivel de las AIs cervicales, y la metrología.

Métodos: A los pacientes con EA (criterios modificados de Nueva York) procedentes de la consulta de espondiloartritis del Hospital Virgen de la Arrixaca, se les ha realizado un estudio radiográfico consistente en radiografías (Rx) cervical y lumbar, lateral, y de pelvis. La valoración del daño estructural axial se llevó a cabo a través del índice m-SASSS. La valoración del daño radiográfico a nivel de las AIs cervicales se realizó a través de la Rx lateral cervical solicitada para el m-SASSS y se usó el siguiente sistema de gradación: 0 (normal), 1 (pinzamiento articular), 2 (esclerosis) y 3 (fusión). Se valora desde el espacio intervertebral C2-C3 hasta el espacio C6-C7, dando una única puntuación por cada segmento intervertebral. A los pacientes se les realiza una metrología anual y en el estudio incluimos las variables analizadas en el índice metroológico BASMI (The Bath As Metrology Index): rotación cervical, distancia trago-pared (DTP), test de Schöber modificado, flexión lateral y distancia intermaleolar (DIM).

Resultados: Se incluyeron 47 pacientes con EA (81% varones) con una edad media en años (\pm desviación típica) de 43 (\pm 8) y una duración media de síntomas en años de 18 (\pm 8,5). En cuanto a las variables analizadas (media y desviación típica): m-SASSS: 10,1 (\pm 11,7) puntos. Valoración de AIs cervicales: 8,8 (\pm 6,8) puntos. Rotación cervical: 70 (\pm 16,8) grados. DTP: 14,3 (\pm 4,6) centímetros (cm). Flexión lateral: 14,5 (\pm 11,1) cm. Test de Schöber modificado: 4 (\pm 1,8) cm. DIM: 102,7 (\pm 19,8) cm. BASMI2: 1,5 (\pm 2,26) puntos. Encontramos correlación estadística ($p < 0,05$), (rho de Spearman), entre el m-SASSS con todas las variables metroológicas excepto con la rotación cervical (DTP, $rs = 0,75$; flexión lateral, $rs = -0,7$; test de Schöber modificado, $rs = -0,63$; DIM, $rs = -0,5$; y BASMI2, $rs = 0,76$). Cuando analizamos el daño a nivel de las AIs cervicales y su correlación con la metrología según los distintos segmentos, observamos: C2-C3 se correlaciona con la rotación cervical ($rs = -0,5$), con el test de Schöber modificado ($rs = -0,45$) y con el BASMI2 ($rs =$

0,82) ($p < 0,005$ para los tres). C3-C4 solo se correlaciona con la rotación cervical ($rs = -0,45$, $p = 0,02$). C5-C6 se correlaciona con la DTP ($rs = 0,6$, $p = 0,04$). No encontramos relación en el resto de niveles.

Conclusiones: El daño radiográfico en pacientes con EA se correlaciona con la metrología. El m-SASSS, se correlaciona con todas las variables metroológicas analizadas excepto con la rotación cervical. La valoración del daño radiográfico en las AIs cervicales de pacientes con EA se correlaciona con la rotación cervical, sobre todo niveles cervicales altos, y con la DTP.

339. DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE EL USO DE METROTEXATO PARENTERAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

J. Tornero Molina¹, J. Calvo Alén² y J. Rosas Gómez de Salazar³

¹Servicio de Reumatología. Hospital de Guadalajara. ²Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz. ³Hospital Marina Alta. Villajoyosa.

Objetivos: Desarrollar recomendaciones sobre el uso de metrotexato (MTX) parenteral en pacientes con enfermedades reumáticas basadas en la mejor evidencia y experiencia.

Métodos: En primer lugar, el coordinador generó 12 preguntas abordando distintos aspectos del uso de MTX parenteral (perfiles de indicación, eficacia, seguridad, costo-eficacia y biodisponibilidad) para que se contestasen mediante una revisión sistemática de la literatura (RSL). En base a las preguntas 1) se definieron unos criterios de inclusión (pacientes con enfermedades reumáticas en tratamiento con MTX parenteral, cuyos resultados se obtienen de RSL y meta-análisis, ensayos clínicos, estudios observacionales y transversales; se excluyeron estudios en niños, animales, y estudios de ciencia básica), y, con la ayuda de una experta documentalista, 2) las estrategias de búsqueda idóneas (utilizando términos Mesh y texto libre, entre otros) para interrogar Medline, Embase y la Cochrane Library. Tres revisores se encargaron de revisar y seleccionar los artículos resultantes de la búsqueda. Se generaron tablas de evidencia. Paralelamente se realizó una revisión de la literatura gris en los abstracts de congresos de EULAR y ACR. Con toda esta evidencia el coordinador generó 13 recomendaciones preliminares. Estas serán evaluadas, discutidas y votadas por un grupo de 16 expertos reumatólogos de toda la geografía nacional en una reunión de grupo nominal. Para cada recomendación el nivel de evidencia y

Tabla Póster 339

#	Recomendación
1	Se debe considerar la vía parenteral en pacientes refractarios a MTX vía oral por ineficacia o acontecimientos adversos (NE 1b; GR A), y podría valorarse en pacientes con mal cumplimiento a MTX vía oral, polimedicados, sobrepeso-obesidad, para reducir determinados acontecimientos gastrointestinales, para evitar errores de la medicación, por cuestiones económicas/ordenación del sistema sanitario o por preferencias del paciente (NE 4; GR D)
2	Para establecer la dosis de MTX parenteral, si este se pauta en pacientes MTX-náive se recomienda iniciar con una dosis de 15 mg/sem. En pacientes que cambian de vía oral, se iniciará con la misma dosis teniendo en cuenta que dependiendo de esta, hay que hacer una conversión para calcular la dosis parenteral. Se incrementarán o disminuirán las dosis según evolución clínica, siendo un esquema recomendable el esquema de incrementos de 5 mg/2 sem o 5 mg/mes (NE 1b; GR A).
3	Se recomienda pautar MTX parenteral hasta una dosis de 30 mg/sem (NE 5; GR D).
4	Dado que la supervivencia del MTX parenteral al combinarlo con terapia biológica parece mayor que por vía oral, puede ser una buena opción al plantearse una terapia combinada de FAME con biológico (NE 2c GR B-C).
5	MTX sc puede ser costo-efectivo en AR de inicio sin MTX previo y ahorrar costes en pacientes refractarios a MTX vo (NE 2c; GR C).
6	MTX parenteral puede aumentar la adherencia y supervivencia del MTX (NE 2b; GR B).
7	MTX parenteral mejora la calidad de vida de pacientes de igual manera que MTX vía oral (NE 1b; GR A).
8	El perfil de seguridad MTX parenteral y su tolerabilidad es similar al de la vía oral, pudiendo ser mejor en relación a los acontecimientos gastrointestinales y niveles de transaminasas (NE 1b; GR A).
9	MTX parenteral administrada como solución concentrada (50 mg/ml), en comparación con soluciones de menor concentración es mejor valorada tanto por pacientes como los profesionales sanitarios que les atienden (NE 2b; GR B).
10	El uso de jeringa precargada y la educación en la autoadministración proporcionan una alta adherencia al tratamiento, con lo que probablemente se consiga un control más satisfactorio de la enfermedad (NE 2b; GR B).
11	La biodisponibilidad de MTX parenteral es superior a la de MTX vía oral, especialmente a partir de 15 mg/sem (NE 2b; GR B-C).
12	La eficacia de MTX parenteral en comparación con el MTX vía oral es superior, al menos a corto plazo, para el mejorar la actividad de la enfermedad (NE 1b; GR A), y se asocia a menos cambios en los tratamientos (NE 2c; GR B-C).

el grado de recomendación (GR) se clasificará según el modelo del Center for Evidence Based Medicine de Oxford y el grado de acuerdo se extraerá por técnica Delphi (hasta 3 rondas). Se definirá acuerdo si al menos el 80% de los participantes contestan sí a la recomendación (se vota sí o no). El documento completo se circulará entre los expertos para su última revisión. El proyecto está siendo coordinado por un experto metodólogo.

Resultados: En la RSL de las 1876 citas recuperadas con la búsqueda finalmente se incluyeron 40 artículos, con los que se generaron un total de 12 recomendaciones preliminares que se muestran en la tabla.

Conclusiones: Este documento pretende resolver algunos interrogantes clínicos habituales y facilitar la toma de decisiones en las enfermedades reumáticas tratadas con metotrexato parenteral.

340. EXPERIENCIA DEL USO DE ABATACEPT EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: EFICACIA Y SEGURIDAD

B. Serrano Benavente, N. Bello, J.C. Nieto, J.G. Ovalles Bonilla, R. González Benítez, C. Mata Martínez, I. Janta, F.J. López-Longo, E. Naredo, C.M. González Fernández e I. Monteagudo

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

Introducción: Los fármacos biológicos se utilizan para el tratamiento del lupus eritematoso sistémico (LES) pero solo uno, belimumab, posee oficialmente la indicación. Abatacept, fármaco inhibidor de la co-estimulación de los linfocitos T, se ha propuesto como un fármaco eficaz en el LES dado su mecanismo de acción. Los 3 ensayos clínicos aleatorizados de abatacept en LES no han alcanzado el objetivo primario de eficacia; a pesar de ello, la literatura lo sigue considerando como una opción terapéutica de uso compasivo cuando ningún tratamiento previo ha sido eficaz.

Objetivos: Valorar la eficacia clínica y la seguridad del uso de abatacept en una serie de casos de pacientes diagnosticados de LES en seguimiento por el servicio de Reumatología de un hospital terciario de la Comunidad de Madrid.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de LES según los criterios de clasificación ACR 1997 en tratamiento con abatacept. Se recogieron sus características demográficas, clínicas y analíticas al inicio del tratamiento, a los 6 y a los 12 meses. También se recogieron efectos adversos y causas de suspensión del fármaco.

Resultados: Se incluyeron 8 pacientes con LES tratados con abatacept, todas mujeres. Al inicio del tratamiento la edad media era 45,13 años (rango 30-67 años) con un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 12,12 años (rango 3-21 años). 3 de los casos presentaban un síndrome de solapamiento con artritis reumatoide. Las manifestaciones predominantes eran artritis (n = 5), cutáneas (n = 3) y neurológicas (n = 5), concretamente síndrome cerebral orgánico (n = 4) y cefalea lúpica (n = 3). Ninguna paciente presentaba manifestaciones renales. En ningún caso se usó como primer biológico; en 5 pacientes se usó como 2º biológico tras un antiTNFα o rituximab. Una paciente lo suspendió a los 2 meses por persistencia de artritis y lesiones mucocutáneas, por lo que se excluyó del análisis. En la tabla se muestran los datos clínicos y analíticos basales, a los 6 y a los 12 meses de tratamiento. A los 6 meses se observó una disminución de la actividad según SLEDAI: menos una paciente que persistía con síndrome cerebral orgánico, en el resto de pacientes el índice de actividad se basaba fundamentalmente en disminución del complemento. A los 12 meses los síntomas neurológicos se estabilizaron en todas las pacientes que los presentaban al inicio; 1 paciente persistía con artritis y 2 con consumo de complemento. Como efectos adversos graves, 2 pacientes presentaron infecciones que requirieron ingreso hospitalario.

Características basales, a los 6 y 12 meses de tratamiento

	Basal (n = 7)	6 meses (n = 7)	p*	12 meses (n = 7)	p*
SLEDAI (media)	13,71	3,71	0,018	1,43	0,018
Dosis de prednisona (mg/día) (media)	6,78	5,71	0,655	3,57	0,066
Niveles de antiDNA (UI/ml) (media)	80,61	22,77	0,046	20,21	0,091
C3 (mg/dl) (media)	95,94	94,13	0,735	98,94	0,499
C4 (mg/dl) (media)	11,63	15,13	0,018	14,88	0,063

*Test de Wilcoxon, significativo si p < 0,05. Se compararon las características basales vs 6 meses y las características basales vs 12 meses.

Conclusiones: Abatacept ha sido eficaz en casos seleccionados de nuestros pacientes con LES. La respuesta clínica se apreciaba a los 6 meses y se mantenía a los 12 meses. Abatacept puede ser una opción terapéutica en ciertos pacientes con LES que han presentado mala respuesta al tratamiento convencional, especialmente para artritis o afectación del sistema nervioso central.

341. PREVALENCIA DE LOS ANTICUERPOS ANTINUCLEARES EN LA POBLACIÓN CANARIA ADULTA Y SU RELACIÓN CON CRITERIOS CLASIFICATORIOS DE LES

S. Bustabad, J.J. Bethencourt-Baute, A. Alonso-Larruga e Y. Barrios

Servicio de Reumatología y Sección de Inmunología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

Introducción: Los anticuerpos antinucleares (ANA) son un grupo heterogéneo de autoanticuerpos dirigidos contra una gran variedad de antígenos, generalmente localizados en el núcleo celular, que pueden encontrarse en el suero de pacientes con diferentes enfermedades autoinmunes sistémicas, y en menor medida, en otro tipo de procesos. El hallazgo de ANA + en un sujeto sano no tiene significación clínica en la mayoría de los casos y generalmente son a títulos bajos, solo un 4% presenta positividad con títulos > 1/320. La frecuencia de ANA + se incrementa con la edad, sobre todo en mujeres, y un 38% de los ancianos presentan ANA + a títulos bajos. Pueden aparecer títulos bajos de ANA asociados de manera inespecífica a infecciones virales, síndromes neurológicos paraneoplásicos, enfermedades hepáticas y diversos tipos de cáncer, en especial, hematológicos. La prevalencia de LES en la población española adulta, según EPISER2000, es de 91 casos por 100.000 habitantes.

Objetivos: Estudiar la frecuencia, título y especificidades antigénicas de los ANA en la población canaria adulta. Relacionar su presencia con los criterios clasificatorios de LES.

Métodos: Se realizó la detección de ANA en 1095 muestras de los sujetos encuestados. El screening de ANAs se realizó mediante inmunofluorescencia Indirecta sobre portas de células Hep-2 (Kallestad, Biorad™) como sustrato antigénico, empezando a una dilución 1/160. Las muestras positivas fueron tituladas hasta 1/1.280. Todas las muestras positivas para ANAs fueron investigadas para presencia de especificidades antigénicas relevantes en las EAS (RNP, Sm, Scl-70, Ro-52/SSA, Ro-60/SSB, La, Ribosomal P, centrómero B, Jo-1, Pm-Scl100, DNA, Histonas, Nucleosomas, PCNA) mediante un ensayo antígeno-específico en tira ANA Profile, EuroLine, EuroImmunit™. Para ello, las muestras diluidas 1/100 fueron enfrentadas a un soporte donde previamente se han fijado las diferentes especificidades antigénicas (recombinantes o nativas, dependiendo del antígeno). El cuestionario de cribado de LES contenía 10 ítems: artritis > 3 meses, fenómeno de Raynaud, aftas orales, citopenias, lesiones cutáneas en cara, fotosensibilidad, dolor torácico, proteinuria, alopecia y convulsiones.

Resultados: 57 sujetos (5,2%) fueron ANA positivos (49 mujeres/8 varones; edad media 51,7 años) Los patrones de IFI encontrados fueron: homogéneo 27, moteado fino 16, moteado grueso 5, nucleolar 3, "Nuclear Dot" 3, Numa 1, Centrómero 1 y 1 Centriolo. La titulación

de las muestras fue en 34 sueros a 1/160, 20 a 1/320 y 3 a 1/640. En 24 sueros positivos encontramos las siguientes especificidades: M2, RIB, HI, NUC, DNA, CB, PM100, Ro-52, Scl-70, Ro-60 y La, su relación con los patrones y títulos en la tabla. De los ANA+, 3 sujetos tenían 4 o más criterios clínicos de LES, el resto cumplía menos de 4 criterios. Por orden de frecuencia eran: 11 citopenia, 11 fotosensibilidad, 9 alopecia y 6 lesiones cutáneas.

	ANA 1/160	ANA 1/320	ANA 1/640
Patrón homogéneo	DNA	DNA	M2 HI
		NUC	NUC
		52	SSB SSA
Patrón granular fino	Scl-70	NUC	M2 DNA
	52	52	52 SSA
Patrón granular grueso	PM100		
Centriolo			CB
Centrómero		CB	
NuMA		52	

Conclusiones: 1) La prevalencia (5,2%) de los ANA+ en la población canaria es similar a la descrita en otros medios. 2) Se observó una distribución por sexo esperable, y se describió en detalle la especificidad antigénica, título y patrón de todos ellos. 3) En los sujetos con ANA+ solo 3 sujetos (5,2%) cumplía criterios de LES. 4) Será necesario el seguimiento de esta población para poder definir cuántos de ellos modifican su situación clínica.

342. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UN BROTE DE CASOS DE LEISHMANIASIS EN FUENLABRADA EN RELACIÓN CON EL USO DE ANTI TNF-ALFA

P. Ahijado Guzmán¹, R. Veiga Cabello² y M. Cantalejo Moreira²

¹Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro. ²Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Introducción y objetivos: Los parásitos protozoarios del género *Leishmania* pueden causar infecciones oportunistas en pacientes en tratamiento con fármacos anti-factor de necrosis tumoral (anti-TNF), por lo que algunos autores recomiendan pruebas serológicas previas de detección en áreas endémicas. Se produjo un brote de leishmaniasis cutánea (LC) y visceral (LV) en el área de Fuenlabrada durante el periodo 2010-2012, afectando a pacientes en tratamiento con anti-TNF, por lo que el objetivo del trabajo, fue revisar los casos de leishmaniasis en pacientes en tratamiento con anti-TNF y hacer una revisión de la literatura.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica de casos de leishmaniasis de pacientes con tratamiento anti-TNF en la literatura, y dentro del departamento de Medicina Interna, Servicio de Infecciones, del Hospital de Fuenlabrada e Infanta Elena, realizando un análisis descriptivo de los casos obtenidos, con sexo, edad, patología base, anti-TNF utilizado y otros tratamientos acompañantes, y tipo de afectación de la leishmaniasis.

Resultados: A partir de junio de 2009 hasta julio de 2012, se detectaron 127 casos de LV y 194 de LC en el área de Fuenlabrada, de los que 5 pacientes estaban utilizando anti-TNF: 2 LV en tratamiento con etanercept (36%) y 3 LC (64%). No se han producido casos en el área de Valdemoro.

Conclusiones: Esta es una pequeña serie, pero la más extensa descrita hasta la fecha, por lo que las conclusiones no pueden ser sólidas. En la literatura hay menos casos con el receptor que con los otros anti-TNF, aunque desconocemos tasas locales de utilización, cosa que nuestros resultados, con tasas de uso, no confirman. Llama la atención que no hay leishmaniasis en enfermedad inflamatoria intestinal con anti-TNF, que podría sugerir la implicación del tratamiento concomitante, en concreto el metotrexato. Este fármaco está implicado en casos más severos, no suele utilizarse en la enfermedad inflamatoria intestinal, y de forma aislada ha provocado 3 casos adicionales de LV y 1 de LC en nuestra área. La utilización de test serológicos de detección de leishmaniasis en áreas endémicas, previas al uso de anti-TNF, no parece ser útil, y dado el carácter intracelular, esperamos la llegada de una "leishmanina". Y por otro lado, está sin respuesta cuando reintroducir el anti-TNF una vez tratado y recuperado el paciente.

Tablas Póster 342

Table 1. Number of detected cases of leishmaniasis in the literatura (L) and cases in Fuenlabrada Hospital (FH) according to rheumatic conditions and TNF α inhibitor

Case	Sex	Age	Condition	anti-TNF	CL/VL	Other treatment	Publication/Clinical details
1 (L)	M	55	AS	IFX	CL	MTX	Emerg Infect Dis. 2009;15:956-9
2 (L)	F	71	Giant cell arteritis	IFX	VL	metil-PRED, MTX	Emerg Infect Dis. 2009;15:956-9
3 (L)	M	45	PsA	IFX	VL	MTX, corticosteroids	Clin Rheumatol. 2008;27:541-2
4 (L)	M	63	PsA	IFX	VL	MTX	Clin Exp Rheum. 2009;27:503-6
5 (L)	M	55	PsA	IFX	VL	No details	Enferm Infecc Microbiol. 2004;22-310
6 (L)	M	60	RA	ADA	VL	MTX, PRED (prior treatment)	Joint Bone Spine. 2010;77:271-3
7 (L)	F	69	RA	ADA	VL	MTX, corticosteroids	Reumatismo. 2007;59:235-9
8 (L)	F	77	RA	IFX	VL	MTX, PRED (prior treatment discontinued)	J Clin Rheumatol. 2010;16:38-9
9 (L)	M	50	RA	No details	VL	MTX, corticosteroids	An Med Interna. 2003;20:276-7
10 (L)	F	53	RA	INF	VL	Azathioprine, corticosteroids	Clin Exp Rheumatol. 2005;23:891-2
11 (L)	F	60	RA	ETN	VL	CSA, corticosteroids, anakinra	Clin Rheumatol. 2007;26:1344-5
12 (L)	F	69	RA	ADA	VL	MTX, DMARDs	Med J Aust. 2013;198:331-3
13 (L)	F	8	JIA, uveítis	IFX	VL	Corticosteroids	J Fr Ophtalmol. 2012;35:695-9
14 (L)	M	48	AS, uveítis	IFX	CL	No details	J Fr Ophtalmol. 2012;35:695-9
15 (L)	F	36	AS	ADA	CL	MTX	Rev Bras Reumatol. 2012;52:447-52
16 (L)	F	56	RA	ADA	CL	MTX, corticosteroids	Acta Derm Venereol. 2009;89:432-3
17 (L)	M	31	AS	IFX	CL	No details	Am J Trop Med Hyg. 2009;81:52-4
18 (L)	F	69	RA	ADA	VL	MTX, PRED	Rheumatology. 2006;45:1446-8
19 (FH)	M	54	PsA	ETN	VL	MTX, SSZ (prior, discontinued)	Prior anti-TNF agents: EFA, ETN (adverse effects)
20 (FH)	F	61	PsA	ADA	CL	Prior: EFA, ETN, MTX, SSZ (prior, discontinued)	Prior anti-TNF agents: EFA, ETN (adverse effects)
21 (FH)	F	64	RA	ADA	CL	MTX (discontinued)	Non-necrotizing granulomatous disease
22 (FH)	M 32	PsO (not rheum.)	IFN	CL	MTX, CSA, acitrecin		
23 (FH)	F	55	RA	ETN	VL	MTX, PRED, folic acid	ETN and MTX discontinued 1 mo before: myelodysplastic syndrome

AR: rheumatoid arthritis; AS: ankylosing spondylitis; JIA: juvenile idiopathic arthritis; PsA: psoriatic arthritis; PsO: psoriasis; ADA: adalimumab; ETN: etanercept; EFA: efalizumab; IFX: infliximab; MTX: methotrexate; PRED: prednisone; SSZ: sulphasalazine; CSA: cyclosporine A.

Table 2. Frequency of use of TNF-α in Fuenlabrada Hospital for different conditions

	Etanercept	Adalimumab	Infliximab	Golimumab	Certolizumab
Rheumatoid arthritis	10.43	2.37	2.37	0.47	5.21
Psoriatic arthropathy	5.69	2.37			
Ankylosing spondylitis	7.58	8.06	1.9	4.74	5.69
Cutaneous psoriasis	4.74	5.69	1.9		
Ulcerative colitis	0		3.32		
Crohn disease	0	8.06	13.74		
Juvenile arthritis	0.95				
Compassionate use	0.95	3.32	0.47		

In all cases identified in the literatura anti TNF treatment was combined with methotrexate, except the AR case with infliximab, that was combined with azathioprine.

343. AFECTACIÓN DE ARTICULACIONES INTERAPOFISARIAS CERVICALES EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE FRENTE A PACIENTES CON ESPONDILOARTROSIS

M.J. Moreno¹, M.J. Moreno² y L.F. Linares²

¹Reumatología. Hospital Rafael Méndez. Lorca. ²Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica de afectación predominantemente axial. Distintas estructuras del esqueleto axial pueden verse afectadas (ligamentos, articulaciones interapofisarias, entre otras). La orientación de las articulaciones interapofisarias (AIs) cervicales favorece su visibilidad en una radiografía lateral cervical.

Objetivos: Analizar las lesiones de AIs cervicales en pacientes con EA y compararlas con las de los pacientes con espondiloartrosis.

Métodos: Los pacientes con EA proceden de la consulta monográfica de Espondiloartritis del Hospital Virgen de la Arrixaca y son estudiados consecutivamente. Los pacientes con espondiloartrosis proceden de la consulta de reumatología de los hospitales Virgen de la Arrixaca y Rafael Méndez. Las alteraciones a nivel de las AIs se valoran a través de una radiografía simple lateral de columna cervical y se puntúan de la siguiente forma: 0: normal. 1: pinzamiento articular. 2: esclerosis de las carillas articulares. 3: fusión articular. Los segmentos valorados son desde C2-C3 hasta C6-C7, dando sólo un valor por cada segmento intervertebral (en aquellos casos donde las dos AIs del mismo segmento eran valorables se dejaba la de mayor puntuación).

Resultados: En total se incluyen 47 pacientes con EA (81% varones) con una edad media en años (± desviación típica) de 43 (± 8) y una duración media de síntomas en años de 18 (± 8,5) y 61 pacientes con espondiloartrosis (40,7% varones) con una edad media de 50 (± 11). En cuanto al tipo de afectación de AIs por segmentos, en pacientes con EA, nos encontramos: el segmento con mayor frecuencia de fusiones fue el C2-C3 (37%), diferenciándose del resto (p < 0,05); los segmentos con mayor frecuencia en esclerosis fueron C5-C6 (37%) y C6-C7 (35%), diferenciándose también del resto (p < 0,05). Encontramos menos lesiones en los segmentos C3-C4 y C4-C5. En el 98% de los pacientes encontramos alteraciones en el nivel C2-C3. El segmento con mayor frecuencia en normalidad (35%) fue el C4-C5. En el grupo de espondiloartrosis, encontramos sólo un 4,9% de fusiones a nivel C2-C3, siendo la puntuación de 0 (normal) en el 45,9% de los segmentos C2-C3 y en el 67,2% de los segmentos C4-C5. No encontramos relación, en la afectación de AIs de los

pacientes con EA, con la edad, el sexo ni el tiempo de evolución de la enfermedad.

Conclusiones: Las AIs cervicales se afectan frecuentemente en pacientes con EA. La afectación de AIs cervicales en EA difiere de pacientes con espondiloartrosis cervical. El segmento cervical más afectado es el C2-C3 y los que menos los segmentos C3-C4 y C4-C5.

344. LA ARTRITIS PSORIÁSICA Y LA ARTRITIS REUMATOIDE TIENEN UN EFECTO PROATEROGENICO SIMILAR

M. Robustillo Villarino, C. Vergara Dangond, E. Rodilla Sala, A. Martínez Ferrer, D. Ybáñez García, E. Valls Pascual, G. Albert Espí, E. Vicens Bernabeu y J.J. Alegre Sancho

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. Hospital Universitario de Sagunto.

Introducción: La aterosclerosis (AE) acelerada y el incremento de la rigidez arterial prematuro están asociadas a enfermedades inflamatorias crónicas como la artritis reumatoide (AR) y la artropatía psoriásica (APs). Sin embargo, se desconoce si existen diferencias en la presentación subclínica de la enfermedad aterosclerótica entre ambas patologías.

Objetivos: Estudiar las posibles diferencias de presentación de AE y rigidez arterial en pacientes con APs respecto a aquellos diagnosticados de AR.

Métodos: Se incluyeron de forma consecutiva pacientes diagnosticados de APs y AR sin enfermedad cardiovascular establecida, controlados en un hospital terciario. Una serie de 91 personas sanas se utilizó como grupo control. Se recogieron datos demográficos (edad, género, tabaquismo), clínicos [índice de masa corporal (IMC), tensión arterial sistólica y diastólica central (TASc/TADc)], analíticos [colesterol total y HDL a partir de los que se calculó el índice aterogénico (AI)] y de daño vascular [placas de ateroma, grosor de íntima media carotídeo (GIMc), velocidad de onda de pulso (VOP) e índice de aumentación (AIx)]. La detección de placa de ateroma y medición del GIMc se realizó mediante ecografía del árbol carotídeo extracra-neal, siguiendo el consenso de Mannheim, con un ecógrafo Esaote® MyLabXV70, sonda lineal (7-12 mHz) y un sistema automatizado para la medición del GIMc (Quality intima media Thickness in real-time, QIMT). Las variables de rigidez arterial (VOP y AIx) se obtuvieron con un sistema automatizado (Mobil O Graph®) mediante el análisis de las ondas de pulso braquial. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 17.0.

Tabla Póster 344

	Género (mujeres) % (n)	Edad (media (DE)) (años)	HTA % (n)	Tabaquismo actual % (n)	GIMc medio (DE) (micras)	Presencia de placa de ateroma % (n)	VOP media (DE) (m/s)	AIx@75 medio (DE) (%)
Sanos	65,9 (60)	47,61 (12,68)	0 (0)	34,4 (21)	589,21 (123,92)	24,2 (22)	6,95 (2,12)	27,43 (10,98)
APs	60,2 (65)	55,96 (12,76)	33,3 (36)	27,8 (30)	715,77 (153,91)	31,7 (32)	8,16 (1,79)	26,10 (14,04)
AR	77,9 (141)	58,77 (13,06)	69,1 (125)	29,8 (54)	722,16 (149,29)	42 (76)	8,53 (2,14)	28,96 (12,25)

Resultados: Se valoraron un total de 181 pacientes con AR y 108 con APs. No se observaron diferencias demográficas significativas entre los tres grupos a excepción de la edad y el género. Se observaron diferencias significativas en cuanto a la presencia de placa de ateroma sólo entre el grupo de AR y el grupo de sanos ($p = 0,004$). Las medias de GIMc y la VOP no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre AR y APs ($p = 0,936$ y $p = 0,274$ respectivamente), pero sí con el grupo control ($p < 0,001$ en ambos análisis). No se observaron diferencias de comportamiento del Alx entre los tres grupos. Mediante un análisis de regresión lineal se observó que las diferencias de GIMc entre APs y AR con población sana se mantenían, ajustado por edad, género, tabaquismo, IMC y AI ($p = 0,008$ y $p = 0,004$, respectivamente). De la misma manera, se observó que las diferencias de VOP entre pacientes con APs respecto a población sana se mantuvieron al ajustar por edad, género, TASC e IMC ($p = 0,013$); sin embargo, en el grupo de AR las diferencias no alcanzaron la significación estadística ($p = 0,915$).

Conclusiones: Los pacientes con AR y APs presentan un daño vascular estructural y funcional similar tras ajustar por diferentes variables de confusión. Los pacientes con enfermedad inflamatoria crónica presentan un peor perfil aterogénico respecto a las personas sanas.

345. NODULOSIS ACELERADA POR METOTREXATO: SERIE DE CASOS

E. Chamizo Carmona¹, C. Carrasco Cubero², J.J. Aznar Sánchez¹ y R. Veroz González¹

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

Introducción: La nodulosis acelerada por metotrexato se describió inicialmente en pacientes con artritis reumatoide (AR) que recibían tratamiento con este fármaco. Se caracteriza por la aparición brusca de nódulos reumatoides y/o aumento de los preexistentes, coexistiendo con un buen control analítico y clínico de la enfermedad articular. Se manifiesta generalmente en pacientes mayores de 50 años, con AR grave y de larga evolución, con alta prevalencia de autoanticuerpos. A menudo, pero no siempre, se desarrollan en ausencia de nódulos reumatoides. La retirada del fármaco induce la regresión total o parcial de los nódulos y su reintroducción a nuevas recidivas. La incidencia de la nodulosis reumatoide acelerada por metotrexato varía entre unas series y otras entre un 8 y un 11%. El estudio histológico de la lesión suele corresponder al de un nódulo reumatoide, es decir, presenta focos de degeneración eosinofílica del colágeno, rodeados de una empalizada periférica compuesta principalmente por histiocitos, con tendencia a fusionarse, células gigantes y escasos linfocitos.

Métodos: Describimos siete casos de nodulosis acelerada en pacientes con AR tratados con metotrexato, sin lesiones cutáneas previas. Presentan en común ser pacientes con AR establecida, erosiva, la mayoría con la presencia de FR y anti-ccp positivos, que tras meses de iniciar tratamiento con metotrexato desarrollan nódulos subcutáneos en zonas de extensión y manos, que se resuelven tras la retirada del FAME.

Conclusiones: El metotrexato es un fármaco seguro y eficaz. Se ha introducido el término "nodulosis acelerada" para denominar una complicación del tratamiento con este FAME en pacientes adultos con artritis reumatoide. La regresión de los nódulos al suspender el tratamiento sugiere que se trata de un efecto relacionado con el metotrexato más que una manifestación extraarticular de la enfermedad. Algunos autores sugieren que los antipalúdicos pueden estabilizar la nodulosis por metotrexato e incluso prevenirla y proponen que si los nódulos no son dolorosos ni interfieren con las actividades habituales, no existe inconveniente para mantener el tratamiento.

346. NIVEL DE FÁRMACO, ANTICUERPOS ANTI-FÁRMACO Y ACTIVIDAD CLÍNICA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS EN TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB. ANÁLISIS PRELIMINAR

J.M. Senabre-Gallego¹, J. Rosas¹, G. Santos-Soler¹, E. Salas¹, M. Sanchís², A. Pons-Bas³, C. Cano³, M. Lorente³, X. Barber² y Grupo AIRE-MB

¹Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa.

²CIO-Universidad Miguel Hernández. Elche. ³Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa.

Objetivos: Establecer la relación entre los niveles séricos de adalimumab (ADA) y de anticuerpos anti-fármacos (AAF) con los índices de actividad de la enfermedad en los pacientes con espondiloartritis axial (EsA).

Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal en pacientes con EsA, según los criterios ASAS, atendidos en consultas externas del Hospital Marina Baixa, que reciben tratamiento con ADA. Las variables incluyeron datos demográficos, fecha de diagnóstico de EsA, datos de laboratorio (incluyendo HLAB27, velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva), y duración del tratamiento con ADL. La actividad de la EsA se evaluó a través de los índices BASDAI y ASDAS. Se extrajo suero justo antes de la siguiente dosis de ADA y se analizó mediante el kit comercial ELISA Promonitor[®], (Proteomika, Derio, Vizcaya) por un analista que desconocía los datos clínicos. Se estableció un punto de corte de 5 mg/L para los niveles de ADA (Rosas. Arthritis Rheumatol. 2014;66(10 Suppl):S674-75). Se realizó un estudio estadístico descriptivo y se analizaron las diferencias utilizando el test exacto de Fisher.

Tabla Póster 345

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7
Edad/Sexo	62/mujer	47/varón	69/mujer	62/varón	76/varón	67/mujer	49/mujer
Tabaquismo activo	No	Sí	No	Sí	No	No	Sí
Tiempo de evolución de la AR (años)	4	22	21	12	10	10	7
Intervalo tiempo metotrexato-aparición nódulos (meses)	3	5	4	4	5	3	7
Afectación pulmonar	Nódulos subpleurales	No	No	No	Bronquiectasias EPID (NIU)	No	No
Factores de riesgo cardiovascular	HTA	HTA, DM tipo 2, dislipemia, obesidad	HTA, obesidad.	DM tipo 2	DM tipo 2	No	Obesidad
Erosiones (radiografía)	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
FR	+ (198)	+ (295)	+ (48)	+ (860)	+ (15,2)	+ (34)	+ (479)
Anti-CCP	+ (> 340)	+ (> 340)	Negativo (0.4)	+ (113)	+ (>340)	+ (400)	Negativo (9)

Pacientes respondedores según el nivel de adalimumab

	Nivel ADA ≤5 mg/L	Nivel ADA >5 mg/L	p valor
BASDAI ≤ 4	5	22	0,007
BASDAI > 4	13	9	
ASDAS-VSG ≤ 2,1	3	16	0,018
ASDAS-VSG > 2,1	15	15	
ASDAS-PCR ≤ 2,1	3	19	0,003
ASDAS-PCR > 2,1	15	12	

Resultados: Hasta enero de 2016 se han incluido en el estudio 49 pacientes, 24 son mujeres (48,9%), con una edad media de 47 años (rango: 68-18). El HLAB27 fue positivo en 39 pacientes (79,6%). El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 117 meses (rango: 2-408) y el tiempo medio del tratamiento con ADA fue de 17 meses (rango: 69-1). En 35 pacientes (71,4%) ADA fue el 1er biológico, en 10 pacientes (20,4%) el 2º y en 4 pacientes (8,2%) el 3º. Se detectaron niveles normales de ADA (> 5 mg/L) en 31 pacientes (64,6%), en ninguno de estos pacientes se detectaron anticuerpos. Se detectaron anticuerpos anti-ADA positivos (> 3,5 UA/ml) en 14 pacientes (28,6%), todos ellos con niveles bajos de ADA. En 3 pacientes no se detectaron niveles de fármaco ni anticuerpos, a pesar de realizar la disociación ácida. Los pacientes con niveles bajos de ADA (≤ 5 mg/L) tuvieron actividad clínica en mayor proporción que aquellos con niveles normales (> 5 mg/L) según los índices BASDAI (> 4) 72% vs 29% (p 0,007), ASDAS-PCR (> 2,1) 83% vs 39% (p 0,003) y ASDAS VSG 83% vs 48% (p 0,018) (tabla).

Conclusiones: Un 28,6% de los pacientes presentó anticuerpos anti-adalimumab. Su presencia se relacionó con niveles bajos de fármaco en suero (100% de pacientes). Un 56,4% de los pacientes tuvo niveles bajos de ADA en suero. Estos pacientes tuvieron mayor probabilidad estar clínicamente activos según el índice BASDAI, ASDAS-VSG y ASDAS-PCR, de forma estadísticamente significativa.

El presente trabajo ha recibido una beca de la Fundación Española de Reumatología.

347. SUSPENSIÓN DEL PRIMER ANTI-TNF EN ARTRITIS REUMATOIDE: PRINCIPALES CAUSAS Y CORRELACIÓN ENTRE INEFICACIA SECUNDARIA Y DESARROLLO DE INMUNOGENICIDAD

P. Bogas Schay, C. Plasencia, D. Pascual-Salcedo, G. Bonilla, E. Moral, C. Tornero, I. Monjo, M. Paredes, A. Pieren, L. Nuño, A. Villalba, D. Peiteado, A. Martínez, F. Arribas, E. Martín-Mola y A. Balsa

Servicio de Reumatología e Inmunología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

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

Objetivos: Analizar en nuestra cohorte de pts con AR tratados con adalimumab (Ada) o infliximab (Ifx) como 1º anti-TNF, la frecuencia de suspensión del fármaco, así como las principales causas de interrupción y el porcentaje de ineficacia secundaria asociado al desarrollo de inmunogenicidad.

Métodos: Estudio retrospectivo de la cohorte de 274 pts con AR que iniciaron por primera vez tratamiento con Ifx o Ada en el Hospital La Paz entre 1999-2015. De éstos, se incluyeron sólo los que habían suspendido definitivamente dichos fármacos y se recogieron las causas de suspensión. Se midió la actividad clínica mediante DAS28 y Delta-DAS28 en los primeros 6 meses de tratamiento para clasificar la suspensión por ineficacia 1º o 2º. Se midieron los niveles de fármaco (NF) y/o ADA mediante ELISA en los primeros 6 meses en 58 pts y en el momento de suspensión del fármaco en 83 pts. Se definió

ineficacia 1ª como DAS28 > 3,2 y delta-DAS 28 < 1,2 a los 6 meses con NF presentes, e ineficacia 2ª si presentan ADA+ en lugar de NF, así como aquellos con Delta-DAS28 > 1,2 que posteriormente pierden eficacia. El análisis estadístico se realizó mediante el sistema SPSS versión 20.0.

Resultados: De los 274 pacientes con AR tratadas con Ifx o Ada, suspendieron el fármaco 167 pts (61%). De los 167 pts, 136 (82%) fueron mujeres. La media de edad fue 66,1 ± 14,6 años. El tiempo medio de primer biológico fue 3,65 ± 3,19 años, estando 60 pts con Ada (36%) y 107 con Ifx (64%). El 84,3% asociaba FAMES al inicio y el 80,3% al finalizar el anti-TNF. Del total de sujetos, 36 (21,6%) suspendieron por ineficacia 1ª, 41 (24,6%) por ineficacia 2ª, 69 (41,3%) por ineficacia 2ª + efecto adverso, 58 (34,7%) por efecto adverso, 12 (7,2%) por remisión mantenida y 20 (12%) por otras causas (embarazo, comorbilidad, etc.) (p 0,045). Los efectos adversos más frecuentes fueron: reacción infusional (11%), infección (9,8%) y neoplasia (4,9%) (p 0,043). En los 83 pts de los que se disponía las medidas de NF y/o ADA al suspender el anti-TNF se observó que 37 (44,6%) eran ADA+. La mayoría de los pts que suspendieron por ineficacia 2ª eran ADA+, siendo este porcentaje minoritario en las otras causas de suspensión (10,5% de pacientes con ADA+ eran por ineficacia 1ª mientras que el 50% de ADA+ eran por ineficacia 2ª, p = 0,001). Al hacer un subanálisis separando cada uno de los anti-TNF, se confirma que la mayoría de los pts ADA+ estaban en el grupo de suspensión por ineficacia 2ª (Ifx con ADA+; 48,4% por ineficacia 2ª, 9,7% por ineficacia 1ª, 29% por efecto adverso, 9,7% por remisión mantenida y 9,7% por otras causas (p 0,046); Ada con ADA+: 57,1% por ineficacia 2ª, 14,3% por 1ª y 28,6% por remisión (p 0,45).

Características demográficas		P
Edad (años)	65,91 ± 14,46	0,861
Sexo (mujer)	136 (81,9%)	0,887
Tabaco	23 (13,5%)	0,001
IMC	27,07 ± 8,87	0,210
Duración de enfermedad (años)	20,68 ± 11,41	0,00
FR+	133 (81,6%)	0,896
ACPA+	133 (81,6%)	0,553
Tiempo biológico (años)	3,65 ± 3,19	0,289
FAMES basal	141 (84,3%)	0,743
Metotrexato basal	89 (53,6%)	0,305
Leflunomida basal	55 (33,1%)	0,967
Salazopirina basal	8 (4,8%)	0,945
PCR basal	14,27 ± 17,74	0,720
VSG basal	39,9 ± 22,8	0,859
DAS basal	5,5 ± 1,25	0,246

Conclusiones: En nuestra cohorte de AR, los efectos adversos fueron la principal causa de abandono de tratamiento siendo el más frecuente la reacción infusional. La segunda causa que condicionaba el abandono fue la ineficacia 2ª, observando además que el 50% de nuestros pts eran ADA + en el momento de la suspensión. Estos datos sugieren que el desarrollo de ADA es una causa frecuente de ineficacia 2ª en nuestros pacientes con AR.

348. EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA CON ABATACEPT. DE LA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA A LA SUBCUTÁNEA

J.C. Nieto-González, E. Naredo, I. Janta, J.G. Ovalles-Bonilla, B. Serrano, C. Mata, R. González-Benítez, L. Valor, F.J. López-Longo, C. González e I. Monteagudo

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

Introducción: Abatacept, análogo del CTLA-4 que impide la coestimulación de los linfocitos T, se aprobó para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) activa por vía intravenosa (IV) en 2010 y en 2013 se aprobó también por vía subcutánea (SC). El cambio desde la

vía IV a SC es eficaz y seguro según los resultados del ensayo clínico ATTUNE (Keystone. Ann Rheum Dis. 2012;71:857-61). Sin embargo, la práctica clínica difiere del marco ideal de un ensayo clínico y la eficacia mostrada inicialmente puede no ser confirmada después. No se ha utilizado la ecografía articular para evaluar respuesta ni presencia de sinovitis subclínica en los ensayos clínicos de abatacept en AR.

Métodos: Diseñamos un estudio observacional monocéntrico en la unidad de reumatología del Hospital Gregorio Marañón, Madrid. Se incluyeron pacientes con AR en tratamiento con abatacept IV que cambiaron la vía de administración por decisión conjunta entre el paciente y el reumatólogo responsable. Se recogieron datos demográficos, clínicos y ecográficos en la visita basal y a los 3 meses. Al año se revisaron las historias clínicas para recoger supervivencia del fármaco y datos clínicos. La ecografía articular evaluó un recuento reducido, (codos, carpos, 2º y 3er metacarpos, rodillas y tobillos) previamente validado (Naredo. Arthritis Rheum. 2008;59:515-22) y se evaluaron tendones (2º, 4º y 6º extensores del carpo, tibial posterior y peroneos). Se sumó el grado global de sinovitis (SG) en modo B (MB) y en modo Doppler (SGMD) tanto articular como tendinoso (TGMB y TGMD). El estudio fue aprobado por el comité ético y se firmó un consentimiento informado previo a la inclusión en el estudio.

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes con AR, de los cuáles 21 (91,3%) continúan en tratamiento con abatacept SC al año desde el cambio. El 95,7% (22/23) eran mujeres, edad media de 60 años (rango 44,1-82,4 años) y tiempo medio con abatacept IV de 2 años (rango 0,8-7,1 años). La SGMB fue mayor a los 3 meses en el 81,8% (18/22) de los pacientes. No hubo diferencias en la SGMD ni en la TGMB ni TGMD a los 3 meses. La única paciente que mostró marcada sinovitis en MB y MD basal y a los 3 meses, cambió de tratamiento tras la segunda evaluación. Cuatro de los pacientes tenían una dosis al 50% por vía intravenosa, y pasaron a 125 mg quincenal en el momento del cambio. Todos ellos continúan con abatacept subcutáneo. La tabla muestra los datos clínicos basales y durante el seguimiento.

	Basal (n: 23)	3 meses (n: 22)	12 meses (n: 21)
DAS28pcr (mediana, RI)	2,87 (2,24, 4,12)	2,28 (1,59, 3,1)	2,37 (1,96, 3,79)
VSG mm/1ºh (mediana,RI)	15 (9, 27)	9,5 (6, 16,3)	11 (3,5, 17,3)
PCR mg/dl (mediana, RI)	0,46 (0,26, 0,74)	0,3 (0,2, 0,6)	0,4 (0,2, 0,6)
EVA global (media, DE)	4 (2,4)	3,8 (2,3)	2,8 (2,2)
NAD (mediana, RI)	1 (0, 5)	0,5 (0,2)	0 (0, 7,5)
NAI (mediana, RI)	1 (0, 1)	0 (0, 1)	0 (0, 1)
SGMB (mediana, RI)	2 (2, 5)	9 (4,75, 11)	-
SGMD (mediana, RI)	0 (0, 1)	0 (0, 1,25)	-
TGMB (mediana, RI)	0 (0, 0)	0 (0, 1)	-
TGMD (mediana, RI)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	-

Conclusiones: El cambio de vía de administración de IV a SC en nuestros pacientes con AR mantiene la eficacia clínica obtenida con la vía IV. La ecografía mostró un aumento de la sinovitis subclínica en MB a los 3 meses del cambio, sin que haya traducido hasta el momento un mayor riesgo de brote inflamatorio en nuestros pacientes.

349. AFECTACIÓN PERICÁRDICA DETECTADA MEDIANTE ANGIO-TC EN PACIENTES CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: PREVALENCIA EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN CON TRATAMIENTO CON GLUCOCORTICOIDES

S. Prieto-González¹, J. Marco-Hernández², R. Gilabert³, J.C. Milisenda², A. Jerez², P. Arguis³, G. Espígol-Frigol¹, I. Tavera-Bahillo¹, J. Hernández-Rodríguez¹ y M.C. Cid¹

Unidad de Investigación en Vasculitis. ¹Servicio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas; ²Medicina Interna; ³Radiología. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer. IDIBAPS-CRB CELLEX. Barcelona.

Introducción: En la arteritis de células gigantes (ACG), la afectación de las arterias craneales es particularmente frecuente y es la responsable de las manifestaciones clásicas de la enfermedad (cefalea, hipersensibilidad del cuero cabelludo, claudicación mandibular y neuritis óptica isquémica anterior). Ocasionalmente, se ha descrito la presencia de pericarditis sintomática como clínica inicial, si bien, la frecuencia de afectación pericárdica detectada mediante pruebas de imagen no se ha evaluado sistemáticamente.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de afectación pericárdica detectada mediante angio-TC (ATC) en pacientes con ACG de nuevo diagnóstico. Estudiar su potencial relación con síntomas pericárdicos, manifestaciones clásicas de la vasculitis, hallazgos analíticos o la presencia de afectación inflamatoria de gran vaso, así como valorar su evolución tras el inicio del tratamiento corticoideo.

Métodos: Entre julio de 2007 y enero de 2015, se realizó un angio-TC a 63 pacientes diagnosticados de ACG mediante biopsia de arteria temporal de acuerdo con un protocolo definido dentro de un estudio prospectivo para la detección de afectación inflamatoria de gran vaso [Prieto-González et al. Ann Rheum Dis 2012;71:1170-6]. El ATC se realizó antes del inicio del tratamiento con glucocorticoides o durante los 3 primeros días del mismo. Un nuevo ATC se llevó a cabo durante el seguimiento para evaluar la evolución de las lesiones detectadas en la prueba de imagen basal [Prieto-González et al. Medicine (Baltimore) 2015;94:e486]. Se realizó una evaluación retrospectiva de las imágenes para detectar afectación pericárdica incluyendo engrosamiento (grosor de la membrana pericárdica de al menos 4 mm) y/o derrame pericárdico (presencia de líquido entre la membrana pericárdica y el corazón). Además, se recogieron síntomas relacionados con afectación pericárdica y la propia vasculitis, así como datos analíticos.

Resultados: Se incluyeron 45 mujeres y 18 hombres, con una edad mediana de 78 años (56-98 años). En el momento del diagnóstico, 18 pacientes (29%) presentaban hallazgos radiológicos de afectación pericárdica: engrosamiento (4-7 mm) en 8 (13%) y derrame (4-18 mm) en 10 pacientes (16%). A 46 pacientes se les realizó un ATC de control tras una mediana de 16 meses de seguimiento (rango 12-135 meses). En esta segunda prueba de imagen, 8 pacientes (17%) todavía mostraron afectación pericárdica: engrosamiento en 5 (11%) y derrame en 3 (6%). Ninguno de los pacientes refirió clínica de afectación pericárdica. Tampoco hubo relación entre dicha afectación y los diferentes síntomas característicos de la ACG, los hallazgos analíticos o la presencia de afectación inflamatoria de gran vaso.

Conclusiones: En nuestra serie, cerca de una tercera parte de los pacientes con ACG de nuevo diagnóstico tienen afectación pericárdica, consistente en un leve-moderado engrosamiento o derrame pericárdico que es asintomático y que mejora durante el seguimiento bajo tratamiento con glucocorticoides.

Financiado por SAF 14/57708-R, Marató TV3 (201507), Instituto de Salud Carlos III (PIE13/00033) and Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

350. NIVELES DE CALPROTECTINA SÉRICA EN PACIENTES CON BROTE DE UVEÍTIS ENDÓGENA NO INFECCIOSA

E. Valls Pascual¹, E. Vicens Bernabeu¹, J.J. Alegre Sancho¹, I. Martínez Ibáñez², D. Acevedo León², M. Guixeres Esteve³, L. Martínez-Costa³, J.A. Román Ivorra⁴, C. Vergara Dangond¹, D. Ybáñez García¹, M.A. Martínez Ferrer¹ y M. Aguilar Zamora¹

¹Sección de Reumatología; ²Servicio de Análisis Clínicos; ³Servicio de Oftalmología. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Introducción: La calprotectina es una molécula altamente inmunogénica que se expresa fundamentalmente en el citoplasma de

células de la serie mieloide, sobretodo en neutrófilos. La concentración de calprotectina sérica se incrementa en distintos procesos inflamatorios sistémicos como infecciones bacterianas, artropatías inflamatorias y fibrosis quística. En un trabajo publicado en 1996 se sugiere que la medición de niveles de calprotectina sérica podría ser un buen marcador de actividad en pacientes con uveítis posterior endógena. Posteriormente se ha estudiado el papel de la calprotectina en un modelo murino de uveítis anterior inducida por inyección de lipopolisacárido, sugiriéndose que esta molécula podría tener un papel en el aclaramiento de células inflamatorias que se produce en la fase tardía del brote de uveítis.

Objetivos: Objetivo principal: determinar la concentración de calprotectina sérica de pacientes con brote de uveítis endógena no infecciosa. Objetivo secundario: comparar los resultados con los de una cohorte de voluntarios sanos.

Métodos: Estudio transversal. Población: cohorte uveítis: pacientes con diagnóstico de uveítis endógena activa. Cohorte control: voluntarios sanos. Análisis de datos: se calcularon proporciones para las variables cualitativas y media \pm desviación estándar (mediana si la muestra seguía una distribución no normal) para variables cuantitativas. Se utilizó el estadístico χ^2 para comparar proporciones, aplicando la corrección por continuidad si era necesario. Se utilizó el estadístico t de Student para comparar medias (Kruskal-Wallis si la muestra no seguía una distribución normal). Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyen 22 sujetos en la cohorte uveítis y 8 en la cohorte control. De los 22 pacientes con uveítis, 14 presentaron uveítis anterior, 1 uveítis intermedia, 5 uveítis posterior y 2 panuveítis. 17 de los pacientes había recibido tratamiento con corticoides (tópicos, sistémicos o en infiltración subtenoniana) en el momento de la extracción de la analítica. 9 de los pacientes fueron además diagnosticados de otra enfermedad inflamatoria: espondiloartritis (4), enfermedad de Crohn (2), sarcoidosis pulmonar (1), psoriasis (1), esclerosis sistémica (1). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las dos cohortes en cuanto a edad ($p = 0,156$) y sexo ($p = 0,554$). La mediana de los valores de calprotectina fue más elevada en la cohorte de uveítis (637,5 vs 396 mg/kg), aunque la diferencia no resultó estadísticamente significativa ($p = 0,174$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que fueron diagnosticados de otra enfermedad inflamatoria frente a los que no lo fueron ($p = 0,548$). Teniendo en cuenta las uveítis anteriores, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los valores de calprotectina en función del grado de Tyndall ($p = 0,098$).

Conclusiones: En nuestro estudio, los valores de calprotectina sérica fueron más elevados en los pacientes con uveítis activa frente a los controles sanos, sin alcanzar una diferencia estadísticamente significativa. El estudio está limitado por el bajo tamaño muestral. Probablemente el hecho de que la mayor parte de los pacientes con uveítis había recibido tratamiento con corticoides en el momento de la extracción analítica haya influido en los resultados.

351. CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS DE LIPOPROTEÍNA (A) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS: RESULTADOS DEL PROYECTO CARMA

C. García-Gómez¹, M.A. Martín-Martínez², S. Castañeda³, F. Sánchez-Alonso², M. Uriarte-Ecenarro⁴, C. González-Juanatey⁵, M. Romera-Baures⁶, J. Santos-Rey⁷, J.A. Pinto-Tasende⁸, E. Quesada-Masachs⁹, J. Tornero-Molina¹⁰, O. Martínez-González¹¹, T. Cobo-Ibáñez¹², E. Chamizo-Carmona¹³, S. Manrique-Arija¹⁴, D. Fábrega-Canales¹⁵, F. Díaz-González^{2,16}, J. Llorca¹⁷, M.A. González-Gay¹⁸ y Grupo Colaborador CARMA

¹Consorti Sanitari de Terrassa. ²Unidad de Investigación Sociedad Española Reumatología. ³Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

⁴Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. ⁵Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ⁶Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. ⁷Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ⁸Hospital Universitario A Coruña. ⁹Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ¹⁰Hospital Universitario de Guadalajara. ¹¹Hospital Virgen de la Concha. Zamora. ¹²Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. ¹³Hospital de Mérida. ¹⁴Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. ¹⁵Hospital de Barbastro. ¹⁶Universidad de La Laguna. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ¹⁷Universidad de Cantabria. Santander. ¹⁸Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander.

Objetivos: Evaluar las concentraciones plasmáticas de lipoproteína (a) [Lp(a)], lipoproteína con propiedades aterogénicas y trombogénicas, en los pacientes con artritis reumatoide (AR) en tratamiento con fármacos biológicos seguidos en servicios de reumatología españoles.

Métodos: Análisis de visita basal del proyecto CARMA (CARDiovascular en ReuMatología), estudio de cohortes prospectivo, de 10 años de seguimiento, para evaluar el riesgo cardiovascular en pacientes con AR y otras formas de artritis inflamatorias atendidos en 67 servicios de reumatología españoles. Los pacientes con AR se clasificaron en cuatro categorías en función de, si tenían prescrita o no, terapia biológica: sin terapia biológica, en tratamiento con fármacos inhibidores del factor de necrosis tumoral (anti-TNF), fármacos inhibidores del receptor de la interleucina 6 (tocilizumab) y otros fármacos biológicos. Para estudiar la asociación de las concentraciones plasmáticas de Lp(a) y el tratamiento con terapia biológica se construyó un modelo lineal multivariante en el que la variable dependiente fue la concentración de Lp(a), en formato logarítmico, y la variable explicativa, la terapia biológica. El modelo se ajustó por factores de confusión.

Resultados: Se analizaron 775 pacientes con AR. Las concentraciones de colesterol total y de triglicéridos fueron significativamente mayores en el subgrupo de pacientes en tratamiento con tocilizumab; sin embargo, el índice aterogénico (TC/HDL-c) no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con tocilizumab y los pacientes sin terapia biológica. Tras ajustar por factores de confusión, el subgrupo de pacientes en tratamiento con biológicos presentó concentraciones plasmáticas menores de Lp(a) en comparación con el subgrupo sin terapia biológica, siendo los pacientes con tocilizumab los únicos que alcanzaron significación estadística (coeficiente β : -0,303, IC95%: -0,558 a -0,047; $p = 0,02$).

Conclusiones: Los pacientes con AR en tratamiento con el fármaco inhibidor del receptor de la interleucina 6, tocilizumab, presentan concentraciones plasmáticas menores de Lp(a) en comparación con los pacientes sin terapia biológica.

352. GENERACIÓN DE CÉLULAS RESISTENTES A LA IL1B MEDIANTE LA TÉCNICA CRISPR-CAS

P.F. Pernas¹, T.A. Karlsen², S. Caglayan², J. Staerk², J.E. Brinchmann², F.J. Blanco¹ y M.C. Arufe¹

¹Grupo de Terapia Celular y Medicina Regenerativa. Grupo de Reumatología. INIBIC-CHUAC-UDC. ²Oslo University Hospital. Rikshospitalet. Norwegian Center for Stem Cell Research. Oslo. Noruega.

Introducción: IL1 β es un mediador inflamatorio importante en el desarrollo de la osteoartritis (OA), necesario para inducir la expresión de muchos genes relacionadas con OA, incluyendo las citoquinas inflamatorias IL1 β , IL6, IL8, así como enzimas que degradan la matriz del cartílago articular, ADAMTS5 y MMP13. Otra citoquina conocida por su relación con la OA es TNFa. La exposición de los condrocitos articulares humanos al TNFa conduce al aumento en la expresión de IL1 β , aunque no se sabe si el aumento de la TNFa en OA podría estar mediado a través de la regulación al alza de

IL1 β . La terapia celular es una opción prometedora de tratamiento para la OA; sin embargo, la presencia de citoquinas inflamatorias puede inhibir la síntesis de cartílago articular nuevo o puede conducir a la destrucción del cartílago articular recién formado por las células trasplantadas. El objetivo de este estudio fue silenciar el receptor IL1 β (IL1R1) en diferentes tipos celulares con el fin de determinar su efecto sobre la respuesta inflamatoria y su potencial condrogénico después de su estimulación con IL1 β recombinante (rIL1 β).

Métodos: Se usaron condrocitos articulares humanos procedentes del tejido de cartílago de pacientes OA y la línea de células madre mesenquimales 3A6 comercial. Se utilizó el sistema CRISPR-Cas para silenciar el receptor IL1R1, también se insertó el gen de resistencia a puomicina. Después de su selección y expansión, las células fueron estimuladas con rIL1 β y rTNF α en monocapa para evaluar la respuesta inflamatoria en las células IL1R1-resistentes. Por último, se estudió el potencial condrogénico de los condrocitos articulares humanos mediante un modelo 3D en discos de alginato, usando medio condrogénico con y sin rIL1 β . Se realizaron análisis de RT-qPCR y western blot para investigar la expresión de los mRNAs y proteínas de las células IL1R1-resistentes, además de Southern blot para validar la técnica CRISPR-Cas a nivel de ADN.

Resultados: El gen de la IL1R1 se redujo significativamente en ambos tipos celulares IL1R1-resistentes. La adición de rIL1 β no aumentó la expresión de IL1B, IL6 y IL8 en ambos tipos celulares IL1R1-resistentes mientras que si lo hizo de manera significativa en las células usadas como control. Sin embargo, la adición de TNF α al medio incrementó la expresión de los mismos genes en el control y en ambos tipos celulares IL1R1-resistentes. Los estudios sobre el potencial condrogénico de condrocitos IL1R1-resistentes y control en ausencia de rIL1 β presentaban un significativo aumento de expresión de los genes SOX9, ACAN y COL2A1 y también de agregano y colágeno tipo II. En presencia de rIL1 β se observó que en las células control aumentaba la expresión de los genes IL1B, IL6, IL8, ADAMTS5 y MMP13, mientras que la transcripción y síntesis de los genes SOX9, ACAN y COL2A1 fue bloqueado. En contraste, IL1B, IL6, IL8, ADAMTS5 y MMP13 no aumentaron en las células IL1R1-resistentes, y el efecto inhibitorio de rIL1 β sobre los genes SOX9, ACAN y COL2A1 fue suprimido totalmente.

Conclusiones: Se ha demostrado que el receptor de TNF α es independiente de la señalización de IL1 β . Los condrocitos IL1R1-resistentes no pierden su potencial condrogénico en presencia de rIL1 β . Nuestros resultados indican que el silenciamiento de IL1R1 en las células antes de su inyección intra-articular podría mejorar el resultado de la terapia celular para pacientes OA.

353. ESTRATEGIA DE OPTIMIZACIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB

C. Tornero, C. Plasencia, D. Pascual-Salcedo, T. Jurado, G. Bonilla, E. Moral, I. Monjo, M. Paredes, A. Pieren, L. Nuño, P. Bogas, A. Villalba, D. Peiteado, A. Martínez, S. Ramiro, E. Martín-Mola y A. Balsa

Departamentos de Reumatología e Inmunología. Hospital La Paz. Madrid.

Introducción: Tocilizumab (TCZ) es un fármaco anti-receptor de la IL6 que ha demostrado ser eficaz en la artritis reumatoide (AR). Recientes publicaciones han evaluado la posibilidad de reducir la dosis de fármacos biológicos en pacientes en remisión o baja actividad mantenida sin perder el control de la enfermedad. Escasa evidencia existe sobre las estrategias de optimización en pacientes en tratamiento con TCZ.

Objetivos: Analizar la evolución clínica de pacientes con AR tratados con TCZ en remisión o baja actividad que realizan una estrategia de optimización del fármaco. También se evalúa la influencia de dicha estrategia sobre los niveles séricos de TCZ.

Métodos: De una cohorte de 35 pacientes con AR tratados con TCZ se incluyeron 13 pacientes en los que se optimizó la terapia biológica por presentar remisión o baja actividad de forma mantenida (DAS 28 < 3,2). Se evaluó la actividad clínica (evaluada mediante DAS-28, CDAI y SDAI), analítica (PCR y VSG) y los niveles séricos de TCZ en el momento previo a la optimización (visita optimización = VO) y en la última visita disponible tras el inicio del tratamiento en un periodo de seguimiento de 3 años (visita final = VF). La estrategia de optimización consistió en una disminución de la dosis y/o en un aumento del intervalo de administración. Se definió brote como DAS 28 = 3,2 y delta-DAS28 = 0,6. Se recogió el número de brotes entre VO y VFG, así como la actividad en el peor brote en dicho periodo (visita brote = VB). En el momento del brote se pudo intensificar tratamiento con TCZ y/o FAMES. Las muestras séricas se obtuvieron en el momento previo a cada infusión y los niveles de fármaco se analizaron mediante la técnica ELISA (Progenika, Derio, Vizcaya).

Resultados: En la tabla se resumen las características demográficas de los 13 pacientes. No se observaron diferencias significativas en los índices de actividad clínica entre VO y VF (DAS28: 2,28 \pm 0,8 en VO vs 2,5 \pm 0,7 en VF, p = 0,25; CDAI 4,71: \pm 5,1 en VO vs 5,71 \pm 5,1 en VF, p = 0,08; SDAI (4,99 \pm 5,3 en VO vs 5,0 \pm 4,8 en VF, p = 0,052), número de articulaciones dolorosas (NAD:1,69 \pm 3,2 en VO vs 1,46 \pm 1,8 en VF; p = 0,091) y tumefactas (NAT:0,69 \pm 1,1 en VO vs 0,62 \pm 0,96 en VF; p = 0,243) y tampoco en los reactantes de fase aguda (PCR: 0,48 \pm 0,6 en VO vs 0,54 \pm 0,6 en VF, p = 0,219; VSG: 7,69 \pm 3,1 en VO vs 10,3 \pm 5,4 en VF, p = 0,152). El descenso de los niveles de TCZ entre VO y VF no fue significativo (15,4 \pm 9,31 vs 3,02 \pm 5,99, p = 0,867). A lo largo del seguimiento, 6 (43%) pacientes tuvieron brotes. El número medio de brotes tras la optimización fue de 1,2 \pm 1,6 y el tiempo hasta el primer episodio, de 1 \pm 0,4 años. En el peor brote entre VO y VG, se registraron los siguientes datos clínicos, de actividad y niveles séricos de TCZ: NAD: 6,7 \pm 7,4 y NAT: 1,83 \pm 1,2; DAS28: 3,99 \pm 0,6, CDAI: 14,7 \pm 8,2 y SDAI: 14,5 \pm 9,08; niveles de TCZ: 0,86 \pm 1,78. La mayoría de los pacientes que tuvieron brotes permanecieron en remisión o baja actividad en la VF (DAS-28 VF < 3,2: 4/6 (66,7%), p = 0,097; CDAI VF < 10: 4/6 (66,7%), p = 0,42; SDAI VF < 11: 4/6 (66,7%), p = 0,097), todos continuaban a pauta optimizada y ninguno abandonó el tratamiento por ineficacia.

Edad, años \pm ds	55 \pm 12,2;
Sexo femenino: [n/N (%)]	13 (100%)
Duración media de la enfermedad \pm DE (años)	8,38 \pm 4,9
FR positivo [n/N (%)]	8/13 (62%)
ACPA positivo [n/N (%)]	11/13 (84%)
Artritis erosiva [n/N (%)]	7/13 (53%)
DAS 28-VSG basal \pm DE	5,45 \pm 0,93
Número articulaciones dolorosas \pm DE	10,3 \pm 4,9
Número articulaciones tumefactas \pm DE	6,98 \pm 3,9
Proteína C reactiva basal \pm DE	11,5 \pm 14,7
Velocidad sedimentación globular basal \pm DE	21,8 \pm 9,1
CDAI basal \pm DE	29,43 \pm 9,7
SDAI basal \pm DE	30,9 \pm 11
Años entre diagnóstico e inicio del biológico \pm DE	5,1 \pm 4,4
Naïve [n/N (%)]	12/13 (92%)
Tratamiento biológico previo [n/N (%)]	3/13(23%)
Monoterapia [n/N (%)]	0/13 (0%)
Tratamiento concomitante [n/N (%)] con: 1 (MTX); 2 (MTX 10/13 (77%); 2. otros FAMES 5/13 (38%). 3. Corticoterapia: 8/13 (61%)	

Conclusiones: La estrategia de optimización de TCZ en pacientes con AR en remisión o baja actividad es factible, dado el bajo porcentaje de recaídas y el buen control de la enfermedad a largo plazo. El trabajo ha sido financiado por una beca sin restricciones de Pfizer.

354. ASOCIACIÓN ENTRE DEFICIENCIA DE VITAMINA D, OSTEOPOROSIS Y COMORBILIDAD EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS

P.J. Cossío Jiménez, S. Rojas Herrera, T. Rodríguez Araya, J.J. Aznar Sánchez, R. Veroz González y E. Chamizo Carmona

Servicio de Reumatología. Hospital General Ciudad de Mérida.

Introducción: La vitamina D (vit D) ha estado ligada tradicionalmente a la salud mineral ósea. Actualmente se considera necesaria para el correcto funcionamiento de diferentes órganos, además del aparato locomotor. La deficiencia de vit D es muy prevalente en la población adulta y especialmente en los ancianos. Existe controversia acerca de su relación con el riesgo cardiovascular (RCV) aumentado, la osteoporosis (OP) y las fracturas óseas por fragilidad.

Objetivos: Estudio observacional descriptivo sobre los niveles de vitamina D en mujeres posmenopáusicas con sospecha de osteoporosis y su hipotética relación con OP y otras enfermedades en esta población.

Métodos: Seleccionamos una muestra de mujeres posmenopáusicas atendidas en la Unidad de Metabolismo Óseo del Hospital de Mérida entre junio de 2013 y junio de 2015 que tenían al menos una determinación de 25-OH-colecalciferol, una densitometría ósea (DMO) y una historia clínica completa.

Resultados: Incluimos 427 mujeres posmenopáusicas entre 39 y 90 años, con una media de edad de 60,07 años (DE 11,02). Los niveles detectados de 25-OH-colecalciferol fueron normales ($= 30 \text{ ng/ml}$) en 205 pacientes (48%). El déficit de vit D ($< 30 \text{ ng/ml}$) se encontró con mayor frecuencia en pacientes que presentaba factores de RCV ($\chi^2 = 62,1$, $p = 0,013$, OR = 1,75) y/o alguna comorbilidad ($\chi^2 = 5,40$, $p = 0,014$, OR = 2,05), especialmente depresión ($\chi^2 = 4,19$, $p < 0,05$, OR = 1,64), obesidad ($\chi^2 = 9,87$, $p = 0,002$, OR = 1,87) y diabetes mellitus ($\chi^2 = 3,3$, $p = 0,0048$, OR = 3,3). Encontramos una correlación positiva (coeficiente de correlación de Pearson) de los valores de vit D con FRAX con DMO para fractura mayor ($r = 0,96$) y más débil con la edad, con la edad ($r = 0,143$), y una correlación negativa débil con el índice de masa corporal (IMC, $r = -0,142$) y T-score de columna lumbar ($r = -0,117$), todos con significación estadística ($p < 0,05$). No encontramos ninguna relación significativa entre la deficiencia de vit D y el resto de los parámetros recogidos (fracturas, t-score de cadera, otras enfermedades).

Conclusiones: La deficiencia de vit D es frecuente en mujeres posmenopáusicas en nuestra población, especialmente en aquellas que presentan factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades, como obesidad, depresión y diabetes mellitus. La deficiencia de vit D en esta muestra se asoció a un riesgo de fractura mayor a 10 años incrementado calculado mediante FRAX.

355. ¿SE PUEDE ESTABLECER UN PERFIL PREDICTIVO DE NEFRITIS LÚPICA?

L.V. Maldonado-Romero, A. Zea Mendoza, M.L. Gámir Gámir, M.J. Villanueva, A. Boteanu, J. Bachiller Corral y M. Vázquez Díaz

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

Introducción: La nefritis lúpica (NL) es una de las complicaciones más frecuentes y graves del LES. Son varios los factores que se consideran ligados al desarrollo de NL, entre ellos están el eritema malar, el aumento de los niveles de anticuerpos anti-DNAs e hipocomplementemia, estos dos últimos se han asociado con un mayor riesgo de actividad de la enfermedad; sin embargo, no todos los pacientes con anti-DNAs presentan NL, ni están aclarados los factores predictivos de nefritis en el LES.

Objetivos: Analizar si los pacientes que presentan hipocomplementemia, títulos elevados de anti-DNAs y eritema malar conco-

mitantemente son más propensos a presentar NL y analizar otras características clínicas e inmunológicas asociadas a NL.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, en el que se comparan 30 pacientes con NL -comprobada con biopsia renal-, con 61 pacientes con LES sin NL, en seguimiento en las consultas de reumatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal en los últimos 15 años, excluyendo los pacientes con diagnóstico de otra Nefropatía no lúpica u otra enfermedad autoinmune sistémica asociada; se definió la triada objeto de este estudio como la presencia simultánea de: a) eritema malar, b) hipocomplementemia (C3 y/o C4 $< 90 \text{ mg/dl}$ y $< 10 \text{ mg/dl}$ respectivamente) y c) título de anti-DNAs elevado > 3 veces el límite normal según la técnica estandarizada ($> 45 \text{ UI/ml}$ por EliA UniCAP). Los datos clínicos e inmunológicos se recogieron tras una revisión de las historias clínicas, y se analizaron mediante métodos bivariantes y multivariante en el programa estadístico SPSS versión 20.

Resultados: Los pacientes con NL fueron significativamente más jóvenes al momento del diagnóstico de LES que el grupo control media $26,4 \pm 10,7$ años vs $32,7 \pm 12,5$ años ($p = 0,02$). No hubo diferencias entre el género, etnicidad, ni tiempo de evolución del LES. En el análisis bivariado se objetivaron asociaciones significativas entre NL y eritema malar (OR 6,25, $p = 0,0001$), úlceras orales (OR 2,68, $p = 0,029$), leucopenia (OR 2,97, $p = 0,034$), linfopenia (OR 5,5, $p = 0,001$), serositis (OR 3,4, $p = 0,013$) y fiebre (OR 2,56, $p = 0,045$), entre los parámetros inmunológicos que se asociaron con NL están los anticuerpos anti-DNAs $> 45 \text{ U/ml}$ (V de Cramer = 0,360, $p = 0,001$), anti-U1RNP (OR 3,2, $p = 0,013$), e hipocomplementemia (OR 10,3, $p = 0,008$). El lupus eritematoso cutáneo crónico y el FR tuvieron una asociación negativa con NL ($p = 0,02$; $p = 0,049$ respectivamente). La NL tipo IV se asoció significativamente con la triada ($p = 0,013$). En el análisis multivariado los pacientes que presentaron la triada tuvieron mayor probabilidad de presentar NL (OR 42,5; IC95% 7,7-233, $p = 0,0001$); en el 75% de estos pacientes el tiempo desde la triada hasta la aparición de NL fue igual o menor a 10,2 meses. La triada tiene mayor especificidad que los anti-DNAs (93,4% vs 55%), pero menor sensibilidad con respecto a estos (76,6% vs 96%), el valor productivo positivo de la triada es de 85% y el valor productivo negativo de esta es 89%.

Conclusiones: La presencia de la triada conformada por eritema malar, hipocomplementemia y anticuerpos anti-DNAs constituye un factor predictivo importante para el desarrollo de nefritis lúpica y más específico que la presencia de cada una de estas alteraciones de manera aislada. Ante estos resultados y aunque se requieren estudios más amplios que confirmen este perfil, se debe tener especial atención en los pacientes con esta característica.

356. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN QUE RECIBEN O BUSCAN LOS PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS, INCLUIDA LA ARTRITIS PSORIÁSICA

R. Almodóvar¹, J. Gratacós² y P. Zarco¹

¹Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. ²Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: Distintos estudios (Cooksey et al. BMC Musculoskeletal Disorders. 2012;13:243; Adab et al. Rheumatology. 2004;43:1513-8) han puesto de manifiesto posibles deficiencias (en momento, formato y contenidos) en la información que reciben los pacientes con espondiloartritis (EspA) incluyendo la artritis psoriásica (APs) en la práctica clínica habitual.

Objetivos: 1) Explorar las barreras que los pacientes (asociados y no asociados) con EspA incluyendo la APs tienen en relación a la información que reciben sobre su enfermedad y proponer soluciones. 2) Evaluar la satisfacción y características de la información recibida/buscada y sus canales.

Métodos: Análisis cualitativo del discurso en grupos focales para identificar los elementos que configuran la realidad estudiada, describir las relaciones entre ellos y sintetizar el resultado mediante: 1) Segmentación según criterios temáticos, 2) Categorización en función de situaciones, relaciones, opiniones, sentimientos u otras, 3) Codificación de las diversas categorías e 4) Interpretación de los resultados. Se realizaron 2 grupos focales, uno con pacientes asociados y otro con pacientes no asociados. Se diseñaron para ambos casilleros tipológicos para asegurar la máxima representatividad de la muestra.

Resultados: Se realizaron dos grupos focales de casi 2 horas de duración cada uno, el primero con 9 pacientes asociados reclutados a partir de 2 asociaciones de pacientes diferentes (55% hombres, 55% entre 40 y 60 años y 78% con enfermedad de más de 10 años). El segundo con 6 (55% hombres, 55% entre 40 y 60 años y 78% con enfermedad de más de 10 años) pacientes no asociados provenientes del mismo centro hospitalario. La principal y más veraz fuente de información es el médico seguida de las asociaciones de pacientes. Internet se consulta con mucha cautela por falta de filtro. Otros canales son irrelevantes. Son temas de interés las características de la enfermedad y sus tratamientos, pero también la evolución, pronóstico y ayudas sociales, administrativas y de otra índole. Se necesita más información al inicio que adelante, pero esta debe darse de forma progresiva y adaptada a las necesidades del momento. En cuanto a las barreras destacamos la falta de tiempo en las consultas para informar, la poca actualización de muchos materiales que se proporciona, la falta de materiales especialmente escritos, la falta de ajuste del discurso al receptor. Se consideraron como facilitadores los contrarios a las barreras, así como las asociaciones de pacientes, y una mayor motivación del médico, información escrita que apoye lo que se dijo en consulta para leer en casa, citas/grupos de pacientes específicas para explicar (educación), canales rápidos para información por el propio médico, un espacio específico de la consulta para poder preguntar.

Conclusiones: El reumatólogo sigue siendo la principal fuente de referencia y de veracidad en relación a información proporcionada. Las asociaciones de pacientes juegan un papel fundamental y son muy bien valoradas. Aparte de reconocer la existencia de factores personales poco modificables, en general los pacientes reclaman más tiempo para que les informen (sobre enfermedad, tratamientos y evolución y pronóstico), en formatos diferentes (verbal, papel, electrónico, grupos de pacientes), que la información sea veraz, objetiva y práctica, que el mensaje se enfoque con perspectiva positiva y siempre ajustado al receptor.

357. UTILIDAD DE LAS SESIONES DE EVALUACIÓN DE TRATAMIENTOS CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ENFERMEDAD REUMÁTICA. EXPERIENCIA DEL COMITÉ DE BIOLÓGICOS DE UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

E. Grau García^{1,2}, J. Ivorra Cortés^{1,3}, L. González Puig¹, I. Chalmeta Verdejo¹, C. Feced Olmos¹, E. Labrador Sánchez¹, F.M. Ortiz Sanjuán^{1,2}, K. Arévalo Ruales¹, R. Negueroles Albuixech¹, J. Frago Gil¹, I. Martínez Cordellat¹, J.L. Valero Sanz¹,

C. Alcañiz Escandell^{1,3}, G. Poveda Marín^{1,2}, C. Nájera Herranz¹, E. Monte Boquet⁴, V. Fornés Ferrer⁵ y J.A. Román Ivorra^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ³Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. ⁴Servicio de Farmacia. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ⁵Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Introducción: Dado el creciente uso de las terapias biológicas en distintas enfermedades reumatológicas, y la importancia de la gestión de riesgo de las mismas, desde el año 2013 en la Comunidad Valenciana se ha impulsado el desarrollo de sesiones de evaluación de pacientes con necesidad de tratamiento biológico. En ellas se valora la necesidad de iniciar un tratamiento biológico o de cambio de diana terapéutica, el control de pacientes en tratamiento continuado con estos fármacos, así como la suspensión de estas terapias.

Objetivos: Evaluar la eficacia de las sesiones de evaluación de tratamiento con fármacos biológicos (SEFB) en pacientes con enfermedad reumática en un Servicio de Reumatología de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio prospectivo de las consultas de casos con enfermedad reumática susceptibles de terapia biológica presentados a SEFB de 2013 a 2015 del Servicio de Reumatología del HUP La Fe. Las consultas se han categorizado en "cambio de principio activo", "cambio en la vía de administración", "modificación de dosis", "nuevo tratamiento biológico", "seguimiento" y "suspensión". Como parámetro de actividad de la enfermedad se ha utilizado el DAS28 en artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica (APso), BASDAI en espondiloartritis (Espa) y artritis psoriásica de afectación axial, y el valor sérico de la proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG). Se considera respuesta al tratamiento con valores Das28 menores a 3,6 (remisión inferior a 2,6) y BASDAI inferior a 4, y valores normales PCR inferior a 8 mg/L y VSG inferior a 30 mm/h. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.2.3., utilizando modelos de regresión lineal.

Resultados: Se han analizado 1.683 consultas en FEBS, que corresponden a 517 pacientes con enfermedad reumática con una edad media al diagnóstico de 39,94 ± 14,88 y una media de 13,37 ± 8,75 años de evolución, de los cuales 51,6% eran AR, 27,9% Espa, 15,3% Apso y 5,2% con otros diagnósticos. Del total de pacientes, 116 habían llevado al menos un biológico previo. Los índices de actividad recogidos en el total de consultas para las categorías principales se presentan en la tabla. El análisis estadístico muestra diferencias significativas en el Das28, BASDAI, PCR y VSG entre los casos consultados como seguimiento, y aquellos casos consultados para introducir tratamiento o modificar el principio activo, presentando estos últimos mayores valores (p-valor < 0,0001). También se observa una relación directa entre el número de biológicos administrados y con el incremento de Das28 (p-valor < 0,0001) y BASDAI (p-valor = 0,014).

Conclusiones: En general se observa una mayor actividad en los casos que precisan prescripción de tratamiento o cambio del principio activo, y unos valores compatibles con actividad baja

Tabla Póster 357

	Cambio principio activo	Modificación de dosis	Nuevo tratamiento biológico	Seguimiento
Total consultas n (%)	88 (5,2%)	79 (4,7%)	52 (3,1%)	1.405 (83,5%)
DAS28 media (DS)	4,32 (1,68)	2,74 (1,39)	4,78 (0,97)	2,8 (1,23)
BASDAI media (DS)	6,3 (1,71)	3,03 (1,89)	6,74 (1,28)	4,29 (2,36)
VSG media (DE)	26,12 (28,13)	17,47 (18,43)	17,26 (11,99)	13,79 (12,54)
PCR media (DE)	10,21 (15,23)	4,15 (4,41)	8,22 (9,04)	3,88 (6,41)

en los casos en seguimiento. Se ha prescrito un cambio de principio activo en el 5,2% de los casos, lo cual previene situaciones de ineficacia o pérdida de eficacia del fármaco en el tiempo. Además, algunas de las consultas de seguimiento que se han presentado con valores de actividad compatibles con remisión, han generado reducciones de dosis. El resto de consultas de seguimiento presentan en su mayoría valores de baja actividad y no se ha modificado la dosis del fármaco, a pesar de que puede existir un margen de optimización terapéutica en futuras consultas. Por tanto, las SEFB son de utilidad para el control óptimo de pacientes con terapia biológica.

358. ASOCIACIÓN ENTRE NIVELES SÉRICOS DE TOCILIZUMAB (TCZ) Y ACTIVIDAD CLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DURANTE UN AÑO DE SEGUIMIENTO

C. Tornero, C. Plasencia, D. Pascual-Salcedo, T. Jurado, G. Bonilla, E. Moral, I. Monjo, M. Paredes, A. Pieren, L. Nuño, P. Bogas, A. Villalba, D. Peiteado, A. Martínez, S. Ramiro, E. Martín-Mola y A. Balsa

Departamentos de Reumatología e Inmunología. Hospital La Paz. Madrid.

Introducción: Tocilizumab (TCZ) es un fármaco anti-receptor de IL6 que ha demostrado su eficacia para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) moderada-grave. Publicaciones recientes demuestran la asociación entre niveles séricos elevados de fármacos anti-TNF y la respuesta clínica en pacientes con AR. Escasa evidencia existe sobre esta correlación con otros biológicos.

Objetivos: Evaluar la asociación entre los niveles séricos de TCZ y la actividad clínica y analítica al año de inicio de tratamiento.

Métodos: Se estudiaron 35 pacientes con AR en tratamiento con TCZ del Hospital La Paz. La actividad clínica se evaluó mediante el Disease Activity Score 28 (DAS-28) y el índice clínico y simplificado de actividad de la enfermedad (CDAI y SDAI); la mejoría clínica, por el delta-DAS28 y la respuesta EULAR y la actividad analítica, mediante la Proteína C reactiva (PCR, mg/dl) y la velocidad de sedimentación globular (VSG, mm/h), determinados en el momento basal y al año de tratamiento. Se estratificaron los pacientes en rangos intercuartiles (RIQ) según los niveles de fármaco (µg/ml), atendiendo a la siguiente clasificación: RIQ1: < 3,4, RIQ2: 3,4-11,2, RIQ3: 11,2-18,5 y RIQ4 > 18,5. El estudio estadístico anual se realizó según la metodología de la última observación realizada (LOCF), de modo que se incluyó a los pacientes que habían abandonado antes de finalizar el primer año de tratamiento. Las muestras séricas se obtuvieron en el momento previo a cada infusión y los niveles de fármaco se determinaron mediante la técnica ELISA (Progenika, Derio, Vizcaya).

Resultados: Las características demográficas de la población figuran en la tabla adjunta. Los pacientes incluidos en cada grupo fueron: RIQ 1: 8 (24,2%), RIQ 2: 7 (21,2%), RIQ3: 8 (24,2%), RIQ 4: 10 (30,3%). Se observa que los pacientes con niveles más bajos presentaban de forma significativa mayor actividad clínica al año LOCF [DAS28 (RIQ1: 4,46 ± 1,5, RIQ2: 2,58 ± 0,87, RIQ 3: 3,6 ± 0,79; RIQ4: 2,17 ± 0,74; p = 0,001); CDAI (RIQ1: 23 ± 13,9, RIQ2: 7,72 ± 4,44, RIQ 3: 13,38 ± 4,35, RIQ4: 6,33 ± 4,62; p = 0,003); SDAI (RIQ1: 19,46 ± 15,5, RIQ2: 9,51 ± 7,4, RIQ 3: 12,59 ± 6,31, RIQ4: 4,55 ± 3,73; p = 0,005)], número de articulaciones dolorosas (RIQ1: 7,5 ± 6,6, RIQ2: 2,29 ± 2,06, RIQ3: 5,63 ± 4,3, RIQ4: 1,1 ± 1,6, p = 0,013) y tumefactas (RIQ1: 5,5 ± 5,7, RIQ2: 1,71 ± 2,06, RIQ3: 3,13 ± 2,8, RIQ4: 0,8 ± 0,9, p = 0,014) así como peor respuesta EULAR [pacientes con buena respuesta: 1 (5,3%) en RIQ1 vs 6 (31,6%) en RIQ2 vs 3 (37,5%) en RIQ3 y 9 (47,4%) en RIQ 4; respuesta moderada: 3 (37,5%) en RIQ1 vs 0 (0%) en RIQ2 vs 4 (50%) en RIQ3 y 1 (12,5%) en RIQ 4 y baja respuesta: 4 (66,7%) en RIQ1 vs 1 (16,7%) en RIQ2 vs 1 (16,7%) en RIQ3 y 0 (0%) en RIQ 4, p =

0,006]. La VSG tendía a ser mayor en los pacientes con niveles más bajos (RIQ1: 22,6 ± 14,8, RIQ2: 5,6 ± 1,6, RIQ 3: 9,4 ± 3,5, RIQ4: 6,4 ± 3,5, p = 0,005) y también la PCR: RIQ1: 10,2 ± 17,4, RIQ2: 2,3 ± 3,4, RIQ3 0,56 ± 0,4, RIQ 4: 0,42 ± 0,66, p = NS).

Edad, media ± DE	58,44 ± 13,9
Sexo femenino, n/N (%)	30/34 (88,2%)
IMC (kg/m ²) ± DE	26,6 ± 5,4
Tabaco	1. Fumador: 8/34 (23,5%) 2.Ex fumador: 5/34 (14,7%) 3.No fumadores: 20/34 (58,8%)
Artritis erosiva, n/N (%)	24/32 (70,6%)
Duración media enfermedad ± DE (años):	12,06 ± 7
Nº FAMEs previos:	0,56 ± 0,7
DAS 28 basal ± DE	5,66 ± 1,14
NAD basal ± DE	11,8 ± 6,7
NAT basal ± DE	8,71 ± 5,1
PCR basal ± DE (mg/L):	18,1 ± 22,8
VSG basal ± DE (mm/h)	30,8 ± 21,9
CDAI basal ± DE	32,7 ± 13,4
SDAI basal ± DE	34,6 ± 15,3
Auto-anticuerpos (UI/ml)	FR positivo, n/N (%): 28/34 (82,4%); ACPA positivo, n/N (%): 30/34 (88,2%)
Tratamiento biológico previo, n/N (%):	21/34 (61,8%)
Tratamientos concomitantes, n/N(%):	1. Monoterapia TCZ: 4/34 (11,8%); 2. MTX basal: 25/34 (73,5%); 3. otros FAMEs: 15/34 (44%); 4. MTX+ otros FAMEs 10/34 (29,4%)

Conclusiones: Los pacientes con niveles más bajos de TCZ tienen peor control de la actividad clínica y de parámetros analíticos durante el tratamiento. Por tanto, estos datos sugieren que la monitorización de los niveles séricos de fármaco parece ser de gran utilidad en el manejo clínico de la AR.

Este trabajo ha sido financiado por una beca sin restricciones de Pfizer.

359. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E INMUNOLÓGICAS DE PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTICENTRÓMERO POSITIVOS SIN ESCLERODERMIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

S. Garrote Corral, C. Bouroncle Alaluna y C. de la Puente Bujidos

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

Introducción: Los anticuerpos anticentrómero, se encuentran en un alto porcentaje de pacientes con esclerosis sistémica, sobre todo en su variante cutánea limitada. A pesar de ser considerados bastante específicos, no son exclusivos de esta entidad y se pueden encontrar en otras enfermedades de etiología autoinmune.

Objetivos: Analizar las características clínicas e inmunológicas de los pacientes con determinación de anticuerpos anticentrómero (ACA) positiva, en situaciones diferentes a la esclerosis sistémica (si se ha incluido el síndrome de Reynolds) en un centro español de tercer nivel.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes con anticuerpos anticentrómero positivos determinados por ELISA e inmunofluorescencia, en el periodo comprendido entre enero 2011 y diciembre 2015. Las variables demográficas, clínicas, inmunológicas y bioquímicas fueron obtenidas de la revisión de historias clínicas.

Resultados: Se incluyen un total de 64 pacientes. La edad media en el momento de la determinación fue de 62,9 años, obteniéndose una distribución por sexos de 57 mujeres (89,06%) y 7 varones (10,93%) y 59 de raza caucásica (92,18%) y 5 mestiza (7,81%). El servicio solicitante del test fue en más de la mitad de los casos Reumatología 38 (59,37%) seguido por Gastroenterología 9 (14,06%) Medicina Interna 7 (10,93%), Nefrología y Alergia (3,12% ambas). Al analizar las variables clínicas, la patología en la que con más frecuencia se encontró el hallazgo fue en la cirrosis biliar primaria en 8 pacientes (12,5%), LES 7 (10,9%) síndrome de Sjögren 5 (7,8%); síndrome de Reynolds 4 (6,25%), fenómeno de Raynaud sin datos de conectivopatía asociada

en 4 (6,25%), artropatías inflamatorias (incluyen artritis reumatoide, AIJ, poliartritis seronegativa) 4 pacientes (6,25%). Hipotiroidismo, polimialgia reumática y hepatitis autoinmune en 3 (4,68%) respectivamente; lupus discoide 2 (3,12%). En un 25% de los casos no había un diagnóstico definitivo. Además 13 de los pacientes (20,31%) tenían una neoplasia asociada. En cuanto a las alteraciones analíticas un 37,5% tenían hipergammaglobulinemia, la alteración en la función hepática más frecuente fue el aumento de GGT encontrada en 31,25% de los pacientes. A nivel inmunológico en nuestra serie no se encontraron determinaciones positivas de anticuerpos antitiroideos ni factor reumatoide y un 10,93% tenían otro ENA positivo siendo en todos los casos anti-Ro/SSA.

Conclusiones: Nuestro estudio demuestra la presencia de anticuerpos anticentrómero en situaciones distintas a la esclerosis sistémica especialmente en pacientes con cirrosis biliar primaria (12,5%) y LES (10,9%). A pesar de la especificidad atribuida a estos anticuerpos en el diagnóstico de la esclerosis sistémica es preciso tener presente que pueden aparecer con relativa frecuencia en otras patologías autoinmunes. Trece pacientes tenían alguna neoplasia, esto nos plantea una potencial asociación que debe ser valorada posteriormente.

360. PREVALENCIA Y SIGNIFICADO DE ANTICUERPOS ANTIPÉPTIDO CITRULINADO EN PACIENTES CON NEUMOPATÍA INTERSTICIAL Y ARTRITIS REUMATOIDE

C. Aguilera Cros¹, A. Ruíz Román¹, M. Luque León¹, M. Lisbona Muñoz¹, J.P. Sánchez Serrano³, J.A. Rodríguez Portal² y J. Povedano Gómez¹

¹Servicio de Reumatología; ²Neumología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ³Genética y Mejora Animal. IRTA. Caldes de Montbui.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune que puede producir manifestaciones sistémicas como la enfermedad pulmonar intersticial. En el suero de estos pacientes pueden aparecer autoanticuerpos, como el factor reumatoide (FR) y los anticuerpos antipéptidos citrulinados (AAC), importantes por su relación con el daño estructural y manifestaciones extraarticulares.

Objetivos: Determinar la presencia de AAC y FR, las características clínico-radiológicas y evaluar el grado de asociación entre los títulos de AAC y FR y el tiempo de evolución de la enfermedad, en pacientes con AR y diagnóstico de neumopatía intersticial (NI).

Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo, incluyendo 45 pacientes, atendidos en una Consulta Especializada de Neumopatías Intersticiales, durante el primer semestre de 2015. Los títulos de FR se categorizaron como: < 24 U/ml negativo, 24-72 U/ml positivo bajo y > 72 U/ml positivo alto. La categorización de los títulos de AAC se hizo como 0-10 U/ml negativo, 10-150 U/ml positivo bajo, 151-299 U/ml positivo medio y > 300 U/ml positivo alto. Por su parte la NI se ha dividido en diferentes subtipos clínico-radiológicos en base a resultados TACAR: NI usual (NIU), NI no específica (NINE), NI linfoide (NIL), bronquiolitosis obliterante (BO). El tiempo de evolución (TE) de la enfermedad se definió como diferencia en meses entre la fecha de diagnóstico de la AR y la fecha del diagnóstico de la afectación pulmonar. La asociación entre TE y los títulos de AAC y FR se estudió mediante dos análisis de la varianza de un factor de clasificación. La asociación entre las categorías de títulos y el subtipo de NI se estudió mediante dos pruebas chi-cuadrado.

Resultados: Las características basales fueron: 32 mujeres y 13 hombres, con edad media de 66 ± 9,6 años (media ± DE), 36 AR y 9 AR con síndrome de Sjögren secundario. La manifestación extraarticular más frecuente fue la ocular 37%, siendo la mayoría erosivas (80%). El 82% fueron FR positivo, siendo la mayoría a títulos altos 78%, 22% a título bajo, y el 8% restante seronegativos. Se realizaron 32 determinaciones de AAC (71%), resultando positivas 29, con distribución 27% a títulos bajos, 42% títulos medios y 31% títulos altos.

El tiempo de evolución promedio desde el inicio de la AR hasta el inicio de la NI fue de 6,87 años, con una desviación típica de 6,90 años. El tiempo de evolución de la enfermedad no se ve significativamente ($p < 0,05$) afectado por los títulos de AAC ni los de FR. Por un lado la enorme variabilidad en el tiempo de evolución de la enfermedad y por otro la falta de información al respecto del momento de la determinación de los títulos de autoanticuerpos, pudieran explicar la falta de asociación estadística que se encuentra. Dentro de los diferentes subtipos de NI hemos encontrado: NINE 42%, NIU 35%, NIL 7%, BO 15%. No se apreció ninguna asociación significativa ($p < 0,05$) entre el título de FR y AAC con el patrón clínico radiológico en nuestra serie.

Conclusiones: En nuestro trabajo, los títulos elevados de FR y AAC no se asociaron a la precocidad en la afectación pulmonar en pacientes con AR, teniendo en consideración la enorme variabilidad en el tiempo de evolución que se ha observado en la muestra. Por otra parte, los niveles de FR y AAC igualmente no se asocian con el subtipo de NI. Por lo que son necesarios estudios prospectivos con mayor número de pacientes, para definir el papel del FR y AAC en el desarrollo de NI.

361. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE DENOSUMAB EN OSTEOPOROSIS EN PRÁCTICA CLÍNICA EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

V. Torrente-Segarra, D. Roig Vilaseca, D. Reina, D. Cerdà, V. Navarro, P. Estrada, S. García Díaz y H. Corominas

Servei de Reumatologia. Hospital Moisès Broggi-General Hospitalet. Sant Joan Despí.

Objetivos: Analizar la evolución clínica, eficacia y seguridad a largo plazo de los pacientes con osteoporosis (OP) que reciben tratamiento con denosumab, en práctica clínica habitual.

Métodos: Registro de los pacientes con diagnóstico de osteoporosis (OP) que inician tratamiento con denosumab atendidos en una consulta ambulatoria de Reumatología tratados de acuerdo al Consenso de la Sociedad Española de Reumatología. Variables: edad, fecha inicio tratamiento, fármacos previos, subtipo de OP, presencia y número de fracturas previas y localización, adherencia al tratamiento, detección de fractura ósea intercurrente y posibles efectos adversos. A todos los pacientes se les realizó una densitometría ósea (DMO) basal (previa al inicio de denosumab) y a los 24 meses de las que se registraron la T score basal en columna lumbar (CL) y cuello femoral (CF) y la ganancia porcentual de masa ósea a los 24 meses. La DMO se midió mediante equipos comerciales usados habitualmente en práctica clínica como Lunar GE y Hologic. Se calcularon los valores de T estandarizados para una misma población de referencia.

Resultados: Un total de 113 pacientes iniciaron denosumab desde enero 2013 y han cumplido un seguimiento de 24 meses desde el inicio del tratamiento. El 100% son mujeres, con una media de edad de edad de 73,2 años (DE 6,99). El tipo de OP fueron: 82% OP senil, 8% OP corticoidea, 7% OP posmenopáusica y un 3% OP asociada a neoplasia de mama. La T score media observada en DMO basal de CL y CF fueron de -2,74 (DE 1,20) y -1,80 (DE 0,42), respectivamente. Un 3% ha presentado intolerancia (dolor abdominal, malestar general y/o artralgiás en los días posteriores a la administración) que ha conllevado retirada del tratamiento. Un 1,7% ha presentado una nueva fractura durante el tratamiento. El resto de pacientes manifestó haber cumplimentado el tratamiento correctamente. En cuanto a las fracturas que los pacientes habían presentado previamente, un 40% presentaron fractura vertebral, un 18% fractura de Colles, un 3% fractura fémur y un 1,5% fractura de ramas isquiopúbicas/costales. En el grupo de fractura vertebral previa, la media de número de fracturas vertebrales era de 1,23 (DE 4,9). Un 8% de los

pacientes habían presentado fracturas en distintas áreas (4% vertebral y fémur, 2% vertebral y Colles). La DMO presentó una ganancia ósea media tras 24 meses de tratamiento (4 dosis de denosumab) de 10,06% (DE 3,46) en CL y de 4,87% (DE 4,78) en CF.

Conclusiones: Denosumab presenta un buen perfil de seguridad y eficacia a nivel densitométrico en práctica clínica habitual en pacientes con OP refractaria también en pacientes con presencia de fracturas vertebrales previas. Los porcentajes de mejoría son similares o incluso superiores a los observados en el ensayo clínico FREEDOM tras los 2 primeros años de tratamiento. Se recomiendan estudios a más largo plazo para evaluar y confirmar los hallazgos mencionados y la baja prevalencia de nuevas fracturas observadas en nuestro trabajo.

362. DOSIS ALTAS INICIALES DE METOTREXATO FAVORECEN LA REMISIÓN PRECOZ EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE RECIENTE INICIO

R. Jiménez Gasco¹, A. Escudero Contreras^{1,2,3}, P. Font Ugalde^{1,2,3}, L. Bautista Aguilar¹, C. López Medina¹, P. Carreto Font⁴ y E. Collantes Estévez^{1,2,3}

¹Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. ³Universidad de Córdoba. ⁴Gerencia MFyC Área Este. Valladolid.

Objetivos: Identificar, en pacientes con artritis reumatoide de reciente inicio, factores predictores de remisión precoz.

Métodos: Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo en una cohorte de 70 pacientes diagnosticados de artritis reumatoide de reciente inicio (Criterios ACR 1987), con seguimiento comprendido entre 2003 hasta 2010. Se compararon variables clínico analíticas, al diagnóstico, al año y a los 5 años. En 52 pacientes, que fueron tratados con metotrexate desde su diagnóstico, se analizaron las variables que potencialmente influían sobre el índice de actividad de enfermedad medido mediante DAS 28 al año, (factor reumatoide (FR), proteína C reactiva (PCR) (mg/dl), articulaciones inflamadas (AI), DAS 28 basal, dosis de metotrexate (MTX) (mg/semana), HAQ y retraso diagnóstico (meses).

Resultados: La edad media de los pacientes fue 50,4 (16,1) años al diagnóstico y 65,7% eran mujeres. 41 pacientes, (57%) alcanzaron la remisión clínica (DAS28 < 2,6). Tras realizar un análisis de regresión lineal múltiple sobre los pacientes tratados con MTX (N = 52), las variables que predecían peor valor de DAS 28 al año, fueron FR y HAQ iniciales. La dosis de MTX predecía mejores valores de DAS 28 al año. A igualdad en el resto de las variables, por cada mg/semana en la dosis de MTX al inicio del tratamiento, se produce un descenso de 0,30 puntos en el DAS 28 al año de evolución. Las AI al diagnóstico fueron variables de confusión dentro del modelo.

Conclusiones: El uso precoz e intenso de MTX es el factor más relevante en el control de la artritis reumatoide a corto plazo. Existen otros factores como los valores iniciales en el HAQ y el FR que predicen peor valor en el DAS 28 y que pueden ayudar a establecer un tratamiento más agresivo al inicio de la enfermedad.

363. ESTUDIO A DOS AÑOS DEL METABOLISMO ÓSEO EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO ANTIRESORTIVO Y DE LA EVALUACIÓN PREVIA AL TRASPLANTE

J.L. Valero Sanz¹, E. Grau García^{1,2}, C. Fedel Olmos¹, F.M. Ortiz Sanjuán^{1,2}, E. Labrador Sánchez¹, K. Arévalo Ruales¹, J. Fragio Gil¹, I. Martínez Cordellat¹, I. Chalmeta Verdejo¹, L. González Puig¹, R. Negueroles Albuixech¹, J. Ivorra Cortés^{1,3},

C. Alcañiz Escandell^{1,2}, G. Poveda Marín^{1,2}, C. Nájera Herranz¹, D. Hervás Marín⁴, D. Moya Nájera⁵, A. Moya Herraiz⁶ y J.A. Román Ivorra^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ³Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. ⁴Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ⁵Laboratorio de Actividad Física y Salud. Grupo de Investigación en Deporte y Salud. Universidad de Valencia. ⁶Servicio de Hepatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción: La osteoporosis es una complicación que presentan frecuentemente los pacientes con una enfermedad hepática crónica, especialmente en fase terminal, y cuando existe una colestasis crónica. El problema es todavía más importante en los pacientes sometidos a trasplante, ya que en los primeros 3-6 meses después del trasplante se acelera el proceso de pérdida de masa ósea, lo que conlleva una mayor incidencia de osteoporosis y osteopenia, con el consecuente riesgo de fractura.

Objetivos: Evaluar el efecto de la administración de tratamiento antiresortivo en el metabolismo óseo, así como la utilidad de una evaluación previa al trasplante, en pacientes sometidos a trasplante hepático (TXHO) en relación al riesgo de sufrir osteoporosis.

Métodos: Se han recogido pacientes sometidos a TXHO del H.U.P. La Fe e incluidos en el protocolo de estudio de osteoporosis en trasplante hepático, y se les ha hecho un seguimiento a 24 meses tras la intervención. Se han recogido datos de calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, vitamina D, PTH, P1NP, bCTX, valores de densidad mineral ósea y datos de tratamiento inmunosupresor y antiosteoporótico. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.2.3., utilizando modelos de correlación y modelos mixtos de regresión lineal con el individuo como factor aleatorio.

Resultados: Se han seleccionado 172 pacientes con TXHO, y en 56 casos se ha completado el seguimiento a 24 meses. Del total, el 89,7% son hombres, con una edad media al trasplante de 57,7 ± 6,7 años. En el 89% de los casos se suplementó con 25OH-vitamina D (0,266 mg/15 días) al alta de la intervención y durante los meses de seguimiento, el 6,4% recibió bifosfonatos intravenosos y el 2,3% tratamiento biológico con denosumab. Se observa una normalización de los marcadores de formación/resorción ósea a los dos años de seguimiento, así como de la vitamina D. Los valores densitométricos t-score de la zona lumbar, cuello de fémur y cadera presentan en los primeros 12 meses tras la intervención un ligero descenso, para luego volver a incrementarse a los 24 meses, lo cual es más acusado en la zona lumbar (t-score -1,49 ± 1,29 tras la intervención y -1,29 ± 1,1 a los 24 meses de seguimiento). Se observa una influencia estadísticamente significativa del tratamiento antiresortivo (p < 0,0001), de la normalización de los valores de vitD (p = 0,003), bCTX (p = 0,03) y P1NP (p = 0,02), y sexo femenino (p = 0,001) con la normalización de los valores densitométricos. En cambio, la obesidad se correlaciona de forma inversa con la normalización de los valores densitométricos (p = 0,003). También observamos una clara influencia del tratamiento antiresortivo (p < 0,001) en la normalización de los valores de vitD, bCTX, P1NP y PTH. Por último, existe una clara diferencia en los valores de marcadores de metabolismo óseo entre aquellos pacientes que fueron evaluados y tratados previamente a la intervención y no inmediatamente tras la misma (p < 0,0001).

Conclusiones: En general, hay una normalización de los marcadores del metabolismo óseo y en los valores densitométricos a los dos años de tratamiento. La administración de antiresortivos es clave para alcanzar este estado, así como establecer una visita previa al trasplante donde evaluar al paciente y establecer un tratamiento si así se requiere.

364. ANÁLISIS DE TENDENCIAS EN DISPENSACIÓN DE FÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

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

Sección de Reumatología. Hospital General de Castellón.

Objetivos: Estudiar las tendencias de prescripción de fármacos activos para el tratamiento de la osteoporosis en la Comunidad Valenciana. Descripción de hábitos en las diferentes especialidades médicas, distribución anualizada por grupos terapéuticos y por características demográficas.

Métodos: Estudio retrospectivo de datos de dispensación de fármacos para osteoporosis, excluyendo suplementos de calcio, en toda la Comunidad Valenciana en el período 2004 a 2014. Se han analizado los datos disponibles en la Dirección General de Farmacia de la Conselleria de Sanitat, en forma agregada y desglosada por sexo, grupos de edad, clase de fármaco, y especialidad médica prescriptora. Se han facilitado datos sobre las DDD y el coste económico correspondiente.

Resultados: En el período indicado el coste medio anual en fármacos para osteoporosis ha sido de 61.353.615€ con un máximo de 83 millones en 2009 y un mínimo de 34,5 millones en 2014, lo que representa un coste medio anual de 32,8€ por ciudadano. El número medio de pacientes en tratamiento (DHD) es de 24 por cada mil habitantes, con un máximo de 60 a 76 DHD en la población de 61 a 85 años. Destaca el descenso de tratamientos en poblaciones de edad avanzada, con un mínimo de 16 DHD a partir de 90 años de edad. El coste medio de la medicación ha disminuido progresivamente, desde 1,7 €/DHD en 2004 hasta 1,05 €/DHD en 2014. La mayoría de las prescripciones las realiza atención primaria (74%) seguida de Reumatología (11%) y Traumatología (8%). El resto de especialidades están por debajo del 2%. Se aprecia una tendencia bajista global en DDD y en costes, especialmente para bifosfonatos, que siguen siendo el producto más prescrito. denosumab ha aumentado notoriamente su dispensación en los últimos 3 años, con un incremento del 247% en costes.

Conclusiones: En conjunto la tendencia de prescripción en estos 11 años ha seguido una curva ascendente con un máximo en 2009 y un rápido descenso desde entonces, hasta el mínimo actual en 2014. Se indica en el texto las posibles explicaciones para esta tendencia, que se debe tanto a una menor prescripción como a un abaratamiento de los fármacos prescritos. Al analizar las tendencias por grupos de edad destaca una gran disminución de prescripciones (DHD) a partir de los 85 años, dato comprobado también en otros estudios. Este punto merece un estudio en profundidad porque revela que algunos de los pacientes que más necesitan tratamiento actualmente están probablemente siendo infratratados.

365. FACTORES PREDICTORES DE BROTE EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL TRATADOS CON INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA EN ESTRATEGIA DE OPTIMIZACIÓN

I. Monjo Henry¹, C. Plasencia¹, V. Navarro-Compán¹, B. Paredes¹, G. Bonilla¹, L. Nuño¹, D. Peiteado¹, A. Villalba¹, D. Pascual-Salcedo², S. Ramiro², E. de Miguel¹, E. Martín-Mola¹ y A. Balsa¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Inmunología. Hospital La Paz-Idipaz. Madrid.

Introducción: En la mayoría de pacientes con espondiloartritis (EspA) axial que responde al tratamiento con dosis estándar de terapia con inhibidores del factor de necrosis tumoral (antiTNF), es posible disminuir la dosis sin que esto conlleve el desarrollo de brote de la enfermedad. Sin embargo, esta estrategia no es eficaz en todos los pacientes. Por ello, es necesario identificar factores predictores de brote en estos pacientes.

Objetivos: Identificar factores predictores del desarrollo de brote de la enfermedad en pacientes con EspA axial en tratamiento con antiTNF en estrategia de optimización.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes con EspA axial en tratamiento con antiTNF a dosis reducidas. Se incluyeron todos los pacientes de nuestro centro que estaban con el primer tratamiento biológico y fueron optimizados después de al menos 6 meses de baja actividad, medida por BASDAI < 4 asociada a PCR normal. Se recogieron datos de actividad clínica (BASDAI, ASDAS), serológicos (PCR), tanto al inicio del tratamiento antiTNF (vista-basal) como en la visita donde se optimizó el tratamiento (visita-pre), además de datos clínicos y de tratamiento (ver tabla). Se definió brote como BASDAI ≥ 4 asociado a PCR elevada (> 5 mg/L) y/o Delta-BASDAI ≥ 2. Se realizó un análisis de regresión logística univariante y multivariante para identificar factores predictores de brote.

Resultados: Se incluyeron 53 pacientes. Los datos descriptivos se muestran en la tabla. Ocho pacientes (15%) desarrollaron brotes durante el seguimiento. Sus diagnósticos eran: 5 espondilitis anquilosante (EA), 2 EspA asociado a enfermedad inflamatoria intestinal (EspA EII) y 1 EspA axial no radiográfica (EspA ax nr). Tres de ellos estaban en tratamiento con etanercept, 2 con infliximab, 2 con golimumab y 1 con adalimumab. De todos los posibles predictores incluidos en el análisis univariante sólo la edad (OR = 1,06; p = 0,05) el BASDAI (OR = 2,64; p = 0,01) y el ASDAS en la visita-pre (OR = 4,12; p = 0,08) mostraron asociación estadística con el desarrollo de brote. Otros parámetros analizados que no alcanzaron la significación estadística se muestran en la tabla. En el análisis multivariante, el único que se asoció de manera estadísticamente significativa fue el BASDAI en la visita-pre con una OR de 2,39 (p = 0,03), demostrando ser un factor independiente predictor de brote.

Tabla Póster 365

	n		n
Edad (media ± DE)	50,93 ± 13,22	SSZ visita-pre n (%)	18 (34,0%)
Sexo n (%)	Varones 39 (73,6%) Mujeres 14 (26,4%)	BASDAI visita-basal (media ± DE)	5,80 ± 1,10
Tabaco n (%)	No fumador 29 (56,9%) Fumador 8 (15,7%) Exfumador 14 (27,5%)	ASDAS visita-basal (media ± DE)	3,46 ± 0,99
Diagnóstico n (%)	EA 33 (62,3%) EspA ax nr 7 (13,2%) EspA psoriásica 8 (15,1%) EspA EII 5(9,4%)	PCR visita-basal (media ± DE)	11,78 ± 13,24
antiTNF n (%)	Infliximab 18 (34,0%) Adalimumab 17 (32,1%) Etanercept 14 (26,4%) Golimumab 4 (7,5%)	BASDAI visita-pre (media ± DE)	1,67 ± 1,23
MTX visita-basal n (%)	12 (22,6%)	ASDAS visita-pre (media ± DE)	1,21 ± 0,63
SSZ visita-basal n (%)	19 (35,8%)	PCR visita-pre (media ± DE)	3,48 ± 7,6
MTX visita-pre n (%)	13 (24,5%)	Tiempo en remisión antes de optimizar (meses)(media ± DE)	16,94 ± 12,57

Conclusiones: En pacientes con EspA axial en baja actividad mantenida en los que se plantea realizar estrategia de optimización de antiTNF, el valor del BASDAI en el momento que iniciamos la reducción de dosis es un factor predictor de brote, confirmando más del doble de riesgo en nuestra cohorte. Esto nos puede ayudar a seleccionar los pacientes y el momento idóneo para iniciar la estrategia de optimización.

366. MASA ÓSEA EN PACIENTES CON TRASPLANTE CARDÍACO

L. Bautista Aguilar¹, A. Salmoral Chamizo¹, I. Gómez Gracia¹, R. Jiménez Gasco¹, P. Font Ugalde^{1,2}, J.M. Arizón³, M. Ruiz Ortiz³ y E. Collantes-Estévez^{1,2}

¹Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. ³Unidad de Trasplante Cardíaco. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: Nuestro objetivo fue describir los cambios de la densidad mineral ósea (DMO), incidencia de fracturas y niveles de marcadores de remodelado óseo en el primer año posttrasplante cardíaco (postTXC).

Métodos: Se incluyeron los pacientes con trasplante cardíaco mayores de 18 años realizado en la unidad de trasplante cardíaco del Hospital Universitario de Reina Sofía en Córdoba entre el 1 enero de 2013 y el 31 agosto de 2015 con supervivencias durante al menos dos años después del trasplante. Se excluyeron a aquellos pacientes en tratamiento antiresortivo u osteoformador, embarazadas o con alguna enfermedad o tratamiento osteopenizante. Registramos los siguientes datos: índice de masa corporal (IMC), factores de riesgo de osteoporosis (tratamiento inmunosupresor y dosis corticoidea), presencia de osteopenia y osteoporosis mediante análisis densitométrico de columna lumbar y fémur (recogiendo en cada paciente T-score o Z-score dependiendo del sexo y la edad), radiografía de la columna vertebral para evaluar presencia de fracturas y la fracción de eyección (FE) mediante ecografía transtorácica. Se midió en el primer año posttrasplante los niveles de marcadores de remodelado óseo.

Resultados: Los 17 pacientes (48 ± 16 años) incluidos en este estudio; 12 varones y 5 mujeres; fueron tratados con inhibidores de calcineurina y corticoides (dosis media 15 mg/día). En la visita postTXC, el IMC fue 24,7 ± 3,8 kg/m², 2 pacientes presentaban obesidad, 1 paciente diabetes mellitus I, 3 pacientes antecedente de litiasis renal, 1 paciente exalcohólico y 9 pacientes exfumadores. Presentaban baja DMO 14 pacientes (82%) en la visita pretrasplante: 12 osteopenia (8 hombres y 4 mujeres) y 2 osteoporosis (1 hombre y 1 mujer); y 15 pacientes (88%) en el primer año posttrasplante: 9 osteopenia (6 hombres y 3 mujeres) y 6 osteoporosis (3 hombres y 3 mujeres). Doce pacientes (80%) tenían niveles de vitamina D < 20 ng/ml en el primer año posttrasplante. Un hombre presentó fractura vertebral en el seguimiento. La fracción de eyección preTXC fue 25 ± 6% y postTXC 75 ± 8%.

Conclusiones: En este estudio piloto, el 82% de los pacientes con trasplante cardíaco tienen una baja densidad mineral ósea preTXC y el 88% en el primer año posttrasplante. Se necesita un estudio más amplio para evaluar completamente esta morbilidad y describir predictores clínicos.

367. ¿EN QUÉ MEDIDA AFECTAN LAS FRACTURAS VERTEBRALES A LA CARGA ASISTENCIAL GENERADA POR LA LUMBALGIA Y DORSALGIA EN UNIDADES DE URGENCIAS Y CÓMO MODIFICAN SU MANEJO TERAPÉUTICO?

C.A. Guillén Astete y D. Botello Corzo

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Los dolores axiales mecánicos son la primera causa de consulta urgente en nuestro medio. El propósito de este estudio es determinar el impacto que tienen las fracturas vertebrales (FV) no agudas (previamente conocidas) en la carga asistencial que generan los dolores axiales y en su abordaje terapéutico en un entorno de atención urgente.

Métodos: Se revisaron los registros de pacientes de más de 65 años, que consultaron a nuestro servicio de urgencias por lumbalgia o dorsalgia entre noviembre de 2013 a noviembre de 2015. Los registros fueron clasificados de acuerdo a la presencia o no de FV conocida (Criterios de Genant). Los registros de los pacientes con fractura vertebral aguda, fueron excluidos. Las variables de desenlace fueron el número de consultas/año tipo de tratamiento analgésico (escala OMS) y destino al alta.

Resultados: 1.528 registros cumplieron criterios de inclusión. De estos 76 estaban incompletos o no disponibles. De los 1.452 restantes, 168 (11,5%) presentaban una fractura vertebral documentada previamente (FVDP). La edad de los pacientes FVDP y los pacientes sin fractura vertebral documentada (SFVD) fue 75,9 ± 3,3 y 73,6 ± 4,2 años, respectivamente (p = 0,0001). La proporción de mujeres fue mayor en ambos grupos (85,9% y 60,9%, respectivamente; p = 0,0001). La proporción de pacientes con tratamiento analgésico previo, de tercer escalón de la OMS, fue 11,9% en los pacientes FVDP y de 3,04% en los SFVP (p = 0,0001). El número promedio de consultas fue de 1,58 ± 0,23 consultas/año para los FVDP y de 1,02 ± 0,11 consultas/año para los SFVP, con diferencias significativas entre los grupos (IC95% 0,5391-0,5809; p = 0,0001; t de Student). En los pacientes con FVDP, los no reconocidos clínicamente tenían un promedio de 1,60 ± 0,26 consultas/año y los reconocidos clínicamente de 1,60 ± 0,32 (p = 0,29). La razón de odds para requerir nueva consulta por el mismo motivo durante el primer mes tras la visita inicial, fue de 2,24 para el grupo FVDP comparado con los SFVP (IC95% 1,54-3,26; p < 0,0001). En los pacientes con FVDP, 20,3% de los pacientes con fractura diagnosticada clínicamente y 36,9% de las diagnosticadas solo por imagen, reconsultaron en el primer mes (OR 2,28; IC95% 1,14-4,58, p = 0,019). Al alta 42 pacientes (25,0%) del grupo FVDP y 652 (50,7%) del SFVP, fueron derivados a centros de atención primaria y 98 (58,3%) pacientes del grupo FVDP y 210 (16,3%) del grupo SFVP se derivaron a centros de atención secundaria (p = 0,0001, para ambas comparaciones, test exacto de Fisher). La razón de odds de ser dado de alta sin seguimiento posterior al comparar los grupos fue 0,40 (IC95% 0,26-0,62; p < 0,0001).

Conclusiones: Los pacientes con fractura vertebral no aguda tienen un índice mayor de consultas urgentes por año, tienen mayor probabilidad de ser tratados con opiodes mayores y generan una mayor carga asistencial en atención primaria y secundaria. Hasta donde sabemos, el presente es el primer estudio que mide el impacto de las fracturas vertebrales no agudas en el entrono de urgencias. Esto sugiere que su importancia, podría justificar el desarrollo y la difusión de protocolos de atención para pacientes con dolor lumbar o dorsal en pacientes con fracturas vertebrales previamente conocidas.

368. ANÁLISIS DEL METABOLISMO ÓSEO Y FACTORES DE RIESGO OSTEOPORÓTICO EN PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR

P. Rivera Soria¹, I. Martínez Cordellat², E. Grau García^{2,3}, J.L. Valero Sanz², F. Torralba Collados⁴, C. Grao Castellote⁴, K. Arévalo Ruales², R. Negueroles Albuixech², J. Ivorra Cortés^{1,2}, C. Feded Olmos², F.M. Ortiz Sanjuán^{2,3}, E. Labrador Sánchez², J. Frago Gil², I. Chalmeta Verdejo², L. González Puig², C. Alcañiz Escandell^{2,3}, C. Nájera Herranz², G. Poveda Marín^{2,3}, V. Fornés Ferrer⁵ y J.A. Román Ivorra^{1,2}

¹Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. Valencia.

²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ³Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto

de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ⁴Unidad de Lesionados Medulares. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ⁵Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Introducción: Se ha observado que la lesión medular asociada a la inmovilización del paciente conduce a un descenso de la masa ósea, riesgo de osteopenia/osteoporosis e incremento del riesgo de fractura ósea. En estos pacientes está descrita una disminución en la formación ósea y mayor reabsorción, siendo la pérdida ósea mayor en los 6 meses después de la lesión medular, y se estabiliza entre los 22-26 meses posteriores a la misma. Además, la incidencia de fracturas en estos casos está entre el 2,5 y el 6%.

Objetivos: Evaluación del metabolismo óseo en pacientes con lesión medular, haciendo hincapié en el estudio demográfico de la población de lesionados medulares, así como en la incidencia de fracturas.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes con lesión medular procedentes de la Unidad de Lesionados Medulares del HUP La Fe. En todos los casos se ha realizado una densitometría de cadera y zona lumbar, radiografía simple de columna, analítica de marcadores del metabolismo óseo, parámetros clínicos de la lesión medular y factores de riesgo osteoporótico. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.2.3., utilizando modelos de regresión lineal simple.

Resultados: Se han estudiado 37 pacientes con lesión medular, el 46% mujeres, con una edad media en el momento de la lesión de $54,38 \pm 24,77$ años. El 58,6% de los pacientes presentó una lesión a nivel torácico. El 46,7% del total presentó un nivel C en la Escala Asia, y el 48,6% presentó paraparesia. Los valores de los marcadores de metabolismo óseo y de densitometría se presentan en la tabla. Observamos una relación inversa estadísticamente significativa entre valores disminuidos de vitamina D y valores elevados de bCTX ($p = 0,002$) y PTH ($p = 0,03$). Además, la presencia de la lesión a nivel torácico ($p = 0,03$), la pérdida completa de la movilidad ($p = 0,02$) y grados de mayor afectación en la Escala Asia ($p = 0,004$) se correlacionan con niveles alterados de vitamina D y PTH. Además, se han valorado parámetros clásicos de riesgo osteoporótico, mostrando una relación inversa estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol ($p = 0,022$), caídas frecuentes en el último año ($p = 0,02$) y el tratamiento prolongado con anticoagulantes ($p = 0,006$), con niveles alterados de vitamina D y PTH.

	Media (DE)
Calcio	9,06 (0,48)
Fósforo	3,84 (0,62)
Fosfatasa alcalina	202,89 (68,34)
vitamina D	26,6 (20)
PTH	34,93 (22,52)
P1NP	70,5 (74,75)
bCTX	0,89 (0,42)
IMC	27,22 (4,2)
DMO lumbar (g/cm^2)	2,04 (0,29)
t-score lumbar	-0,39 (2,72)
DMO cuello fémur (g/cm^2)	0,82 (0,26)
t-score cuello fémur	-0,79 (2,33)
DMO cadera total (g/cm^2)	0,88 (0,29)
t-score cadera total	-0,82 (2,33)

Conclusiones: Un elevado porcentaje de nuestros pacientes con lesión medular presenta un déficit de vitamina D, asociándose éste con niveles elevados de bCTX y PTH. Además, los niveles más bajos se asocian a casos donde la limitación de la movilidad es muy elevada y mayor gradación de la escala Asia.

369. UVEÍTIS NO INFECCIOSA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA. ESTUDIO DESCRIPTIVO MULTICÉNTRICO

P. Mesa del Castillo Bermejo¹, I. Yago Ugarte¹, M.J. Lorente Sánchez¹, J.M. Bolarín Guilén¹, C. Gavilán², P. Bernabeu², E. Pascual³,

R. Martín Domenech⁴, M.P. Martínez Vidal⁴, E. Mira Requena⁵, N. Lozano Rivas¹, P. Alcañiz Rodríguez¹ y J.D. Jiménez Parra⁶

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²Hospital San Juan de Alicante. ³Hospital General de Alicante. ⁴Hospital General de Elda. ⁵Hospital Mesa del Castillo. Murcia. ⁶Hospital Rafael Méndez. Lorca.

Objetivos: Describir pacientes pediátricos con diagnóstico de uveítis no infecciosa atendidos en tres centros hospitalarios del sureste español.

Métodos: Recogida sistemática y retrospectiva de datos demográficos, clínicos, de laboratorio, tratamiento, complicaciones y desenlace visual asociadas al diagnóstico de uveítis de causa no infecciosa de debut en edad pediátrica.

Resultados: Se analizaron datos de 43 pacientes con diagnóstico de uveítis no infecciosa. Predominó el sexo femenino (65%), 19 de ellos (44%) tenían enfermedad sistémica asociada y 24 fueron idiopáticas (56%). Entre aquellos con enfermedad de base el 84% tenían artritis idiopática juvenil (AIJ): 12 oligoarticulares, 2 poliarticulares factor reumatoide negativo y 2 psoriásicas; hubo un caso de síndrome de Blau, un voght Koyanagi Harada y una enfermedad de Kawasaki. La mayoría (76%) fueron bilaterales de curso crónico (95%) y localización anterior (67,5%). Los anticuerpos antinucleares (ANA) fueron positivos en 18 casos (42%). Todos los pacientes recibieron tratamiento con corticoides tópicos, el 53% precisaron corticoides por vía sistémica para el control de la actividad inflamatoria ocular en algún momento de la evolución. En 30 pacientes (70%) se utilizó algún agente inmunosupresor, la mayoría metotrexato (24 casos, 60%). El 58% de los pacientes precisó el uso de agente biológico, el más frecuentemente utilizado fue adalimumab en 20 pacientes, infliximab en 5 y rituximab en un paciente. En 22 pacientes (51%) se presentó alguna complicación ocular, hubo 15 pacientes con sinequias, 5 con hipertensión intraocular, 12 con cataratas, 5 con edema de mácula, 6 casos de queratopatía en banda y 3 casos de vasculitis retiniana. En 9 casos se realizó cirugía ocular (21%). El desenlace visual fue bueno (= 0,8 ambos ojos) en 29 pacientes (67,5%), regular (0,3-0,7) en 6 pacientes (14%) y mala (< 0,3) en 8 (18,5%), en 4 (9,25%) de ellos con una agudeza visual = 0,5 en el mejor ojo.

Conclusiones: Se presenta una serie multicéntrica de uveítis no infecciosa en población pediátrica. A pesar del tratamiento con corticoides sistémicos, inmunosupresores y biológico existe una alta tasa de complicaciones con desenlace visual poco satisfactorio en un tercio de los pacientes.

370. EXPERIENCIA EN EL USO DE 18F-FDG PET/CT EN PACIENTES CON POLIMIALGIA REUMÁTICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE

K. Arévalo Ruales¹, R. Negueroles Albuixech¹, J.L. Loaiza Gongora², P. Sopena Novales², J. Ivorra Cortés^{1,3}, C. Fedec Olmos¹, F.M. Ortiz Sanjuán^{1,4}, E. Labrador Sánchez¹, J. Fragio Gil¹, E. Grau García^{1,4}, I. Martínez Cordellat¹, I. Chalmeta Verdejo¹, L. González Puig¹, J.L. Valero Sanz¹, C. Alcañiz Escandell^{1,4}, C. Nájera Herranz¹, G. Poveda Marín^{1,4}, V. Fornés Ferrer⁵ y J.A. Román Ivorra^{1,3}

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ³Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. ⁴Grupo de Investigación de Reumatología; ⁵Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Introducción: La polimialgia reumática (PMR) es una enfermedad que caracterizada por dolor y rigidez matutina que afecta a las cinturas escapular, cervical y pelviana. Esta patología se relaciona frecuentemente vasculitis de grandes vasos (VGV). Así mismo, alrededor de un 50% de pacientes con vasculitis presentan cuadros

polimiálgicos. La 18F-FDG PET/TC ofrece información funcional y molecular del proceso inflamatorio, y permite diagnosticar la vasculitis más rápidamente que otras pruebas de imagen, por lo que es muy útil para identificar VGV asociadas a PMR.

Objetivos: Valorar la presencia de vasculitis por 18F-FDG PET/TC en una cohorte de pacientes con PMR.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes con PMR, procedentes del Servicio de Reumatología del HUP La Fe desde enero de 2011 hasta diciembre de 2015. En todos ellos se realiza un PET-TC para detectar VGV. Se han recogido valores analíticos de proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación globular (VSG) en el momento de realización del PET-TC, la realización o no de ecografía de la arteria temporal y biopsia, tratamiento con esteroides y si se ha administrado tratamiento modificador de la enfermedad (FAME). El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.2.3., utilizando modelos de regresión lineal simple.

Resultados: Se han analizado 23 pacientes diagnosticados de PMR según los criterios de Criterios Bird/Wood, con una edad media en el momento de la prueba de imagen de 69,3 años (38-85). 18 de ellos fueron tratados con esteroides previamente a la realización del PET/TC y en 11 se pautó tratamiento con FAME asociados a los esteroides en el seguimiento posterior. En el 47,8% de los pacientes se detecta VGV mediante PET-TC. La localización de la lesión es heterogénea, predominando la arteria aorta, iliaca y femoral. En estos pacientes con diagnóstico de VGV se observa un aumento estadísticamente significativo en los valores de PCR (p -valor = 0,03) respecto a los pacientes donde se descarta la vasculitis ($28,97 \pm 21,67$ mg/L y $67,47 \pm 41,98$ mg/L respectivamente). No se observan diferencias significativas en los valores de VSG ni en la administración o no de FAME.

Conclusiones: El uso de PET/TC es una herramienta útil para el diagnóstico precoz de vasculitis de grandes vasos en pacientes que presentan PMR. Permite el tratamiento precoz previo al daño estructural en la pared de los vasos originado por procesos inflamatorios, reduciendo la morbi-mortalidad y los desenlaces fatales asociados a estos eventos.

371. RELACIÓN ENTRE CÁNCER DE MAMA Y OSTEOPOROSIS EN EL ÁREA SANITARIA DE MÉRIDA (EXTREMADURA)

S.M. Rojas Herrera, P. Cossío Jiménez, T. Rodríguez Araya, J.J. Aznar Sánchez, R. Veroz González, M. León y E. Chamizo Carmona

Unidad de Metabolismo Óseo. Servicio de Reumatología. Hospital General Ciudad de Mérida.

Introducción: Las mujeres con cáncer de mama tienen un riesgo incrementado de osteoporosis (OP), atribuible a la menopausia y al efecto de los tratamientos, entre ellos los inhibidores de aromatasa. Existe controversia acerca del efecto de los inhibidores de aromatasa sobre los niveles séricos de 25-OH-Colecalciferol.

Objetivos: Describir la frecuencia de OP, fracturas e hipovitaminosis D y su relación con los inhibidores de aromatasa en una muestra de mujeres con cáncer de mama del área de salud de Mérida.

Métodos: Estudio observacional de pacientes con cáncer de mama remitidas a la Unidad de Metabolismo Óseo del Servicio de Reumatología del Hospital de Mérida para estudio de OP. Seleccionamos las pacientes con cáncer de mama atendidas entre junio de 2013 y junio de 2015, que tenían al menos una determinación de 25-OH-Colecalciferol, densitometría ósea e historia completa.

Resultados: Incluimos 50 mujeres con una media de edad de 62,44 años (DE 10,6), diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama, 9 de ellas antes de los 45 años. Fueron diagnosticadas de OP por DMO y fracturas por fragilidad 21 pacientes (42%). Presentaron riesgo elevado de fractura mayor o de cadera a 10 años (FRAX) 7 pacientes (14%). Aparecieron niveles bajos (< 30 ng/ml) de 25-OH-colecalcife-

rol en 22 mujeres (44%), asociados principalmente a obesidad ($\chi^2 = 4,71$, $p < 0,01$, OR = 3,61), depresión ($\chi^2 = 4,06$, $p < 0,05$, OR = 1,16) y tratamiento con inhibidores de aromatasa ($\chi^2 = 3,81$, Fisher, $p = 0,05$, OR = 4,7). Encontramos correlación (coeficiente de Pearson) entre la edad actual de las pacientes y el riesgo de fractura mayor ($r = 0,69$, $p < 0,001$) y cadera ($r = 0,65$, $p < 0,001$) a 10 años (FRAX) y entre el índice de masa corporal y los valores T de columna lumbar ($r = 0,54$, $p < 0,001$) y cuello femoral ($r = 0,35$, $p < 0,05$). No encontramos correlación entre los niveles de vit D y los valores de T-score o FRAX.

Conclusiones: La deficiencia de 25-OH colecalfiferol fue muy frecuente en las mujeres con cáncer de mama, especialmente en aquellas con obesidad, depresión y tratamiento con inhibidores de aromatasa. Los valores de la DMO y el riesgo de fracturas de fracturas a 10 años tuvieron correlación con el IMC y la edad de los pacientes, respectivamente, pero no con los niveles de 25-OH-colecalciferol.

372. RELACIÓN ENTRE EL DAÑO ESTRUCTURAL Y LA DISCAPACIDAD EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y AFECTACIÓN DE MANOS

C. Feded Olmos¹, O. Álvarez-Calderón Iglesias², J. Ivorra Cortés^{1,3}, F.M. Ortiz Sanjuán^{1,4}, E. Labrador Sánchez¹, K. Arévalo Ruales¹, J. Frago Gil¹, E. Grau García^{1,4}, I. Martínez Cordellat¹, I. Chalmeta Verdejo¹, L. González Puig¹, R. Negueroles Albuixech¹, J.L. Valero Sanz¹, C. Alcañiz Escandell^{1,4}, C. Nájera Herranz¹, G. Poveda Marín^{1,4}, V. Fornés Ferrer⁵ y J.A. Román Ivorra^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Departamento de Ciencias da Saúde. Faculdade de Enfermería e Podologia. Universidade da Coruña. Santiago de Compostela. ³Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. ⁴Grupo de Investigación de Reumatología; ⁵Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Introducción: La artropatía psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria articular crónica. Un alto porcentaje de pacientes con afectación periférica tiene afectación de las manos, cosa que puede ocasionar diferentes grados de discapacidad funcional.

Objetivos: Evaluar la relación existente entre el daño estructural estudiado por radiografía simple en las manos de pacientes con APs con la pérdida de fuerza y la discapacidad funcional.

Métodos: Se realizó un estudio transversal en pacientes con APs y afectación de manos. Se midieron las erosiones y la disminución del espacio articular radiográfico en la mano dominante mediante una adaptación del método de Sharp van der Heijde. La fuerza de la mano se evaluó con un dinamómetro y la discapacidad mediante el cuestionario HAQ (Health Assessment Questionnaire). El estudio estadístico se realizó mediante modelos de regresión lineal múltiple utilizando el software R versión 3.2.3.

Resultados: Se incluyeron 76 pacientes con una edad media de $57 \pm 9,9$ años. El 56,6% fueron mujeres. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la presencia de erosiones y la disminución de fuerza en la pinza lateral ($p = 0,027$) y distal ($p = 0,030$) de la mano. También entre la pérdida del espacio de la interlínea articular y la disminución de fuerza en la pinza lateral ($p = 0,012$) y distal ($p = 0,006$). Además, se observó una asociación entre las erosiones y disminución de la interlínea con la discapacidad medida mediante el HAQ ($p < 0,001$ y $p < 0,001$ respectivamente). Finalmente, los valores de HAQ se asociaron con la disminución de la fuerza media en la pinza lateral ($p < 0,001$) y distal ($p < 0,001$).

Conclusiones: En los pacientes con APs y afectación de las manos, las alteraciones estructurales de la mano dominante en radiología simple se asocian con la pérdida de fuerza medida objetivamente con dinamometría y una mayor discapacidad, estudiada de forma subjetiva por HAQ.

373. LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA COMO PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO EN LA DETECCIÓN DE OSTEOPOROSIS EN VARONES MENORES DE 70 AÑOS

J.M. Blanco Madrigal¹, M.L. García Vivar¹, I. Torre Salaberri¹, I. Calvo Zorrilla¹, E. Guerrero Basterretxea¹, C. Gómez Arango¹, E. Galíndez Agirregoikoa¹, O. Fernández Berrizbeitia¹, E. Ruiz Lucea¹, J.F. García Llorente¹, J.M. Gorordo Olaizola¹, E. Úcar Angulo¹ e I. Gorostiza Hormaetxe²

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Investigación. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.

Introducción: La osteoporosis (OP) del varón menor de 70 años, es menos frecuente que la posmenopáusica y senil, pero genera un importante coste socio sanitario asociado a la morbimortalidad por fractura. Es frecuente en pacientes con enfermedades inflamatorias reumáticas, digestivas y endocrinológicas, así como en pacientes EPOC y sometidos a corticoterapia crónica. En ocasiones los factores de riesgo clínicos de sospecha de OP del varón pasan desapercibidos, por lo que el diagnóstico es tardío y se realiza cuando ya han aparecido una o más fracturas por bajo mecanismo de energía, lo que supone un fracaso en la detección precoz. La Unidad de Metabolismo Óseo del Hospital Universitario de Basurto valora desde hace años pacientes derivados desde distintas especialidades con sospecha de OP.

Objetivos: Describir las principales características demográficas y clínicas de los varones con edad ≤ 70 años valorados en nuestra consulta monográfica de OP, con protocolos previos a 2013 establecidos con primaria (AP) y reumatología (derivación según factores de riesgo).

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo basado en la revisión de historias clínicas y la base de datos de estos pacientes. Se analiza origen de derivación, factores de riesgo, presencia de fracturas al diagnóstico, diagnósticos principales, y aparición de refracturas. El análisis se realiza mediante sistema estadístico SPSSv22.

Resultados: 127 pacientes, con media de edad de 58,17 años (18-70), procedentes de AP (47) y reumatología general (47), hasta un 74% del total; 10 pacientes (7,9%) desde traumatología; 8 desde endocrinología (6,3%); 7 desde digestivo (5,5%). 64 pacientes presentaban OP con indicación de agente óseo. El 55,9% eran fumadores o exfumadores y el 22% presentaban hábito enólico. El 19,7% había recibido prednisona a dosis = 7,5 mg durante más de 3 meses. 9 pacientes tenían antecedentes familiares de fractura (6,3%), y 46 ya presentaban una o más fracturas (36,2%): 36 una o más fracturas vertebrales, 4 fractura de cadera y 12 fractura de muñeca. El 61% presentaban OP secundaria, siendo la causa principal patología digestiva (síndromes malabsortivos y enfermedad inflamatoria intestinal) en un 19%; trastornos endocrinológicos un 13% y enfermedades inflamatorias reumáticas un 13%. No se encontró causa primaria en 39% de los casos. La presencia de fracturas se asociaba a una disminución del DXA en columna ($p = 0,027$) y en cadera ($p = 0,004$). Se detectó una correlación muy débil entre el FRAX de fractura mayor y el n° de factores de riesgo, pero sí se observaba una correlación moderada con el n° de fracturas (ρ Spearman = 0.472; $p < 0,001$). Ocurre lo mismo con el FRAX de cadera (ρ Spearman = 0.417; $p < 0,001$). De los 46 pacientes que presentaban fracturas previas, sólo 12 (26%) habían recibido tratamiento previo con agente óseo. Sólo 5 pacientes se refracturaron tras inicio del tratamiento y durante el seguimiento posterior (94,06 meses) (25-129).

Conclusiones: Casi 1/3 de los pacientes fueron remitidos en base a fractura por bajo mecanismo de energía, lo que implica un amplio fracaso en el diagnóstico precoz de OP del varón. Parece conveniente consensuar protocolos de derivación con otras especialidades. Destaca la escasa derivación desde el servicio de Neumología, a pesar de que la fractura vertebral en pacientes respiratorios crónicos supone empeoramiento de su situación funcional y una causa frecuente de ingreso hospitalario.

374. CANAL DE COMUNICACIÓN MEDIANTE TICS: 3 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA

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

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

Introducción: Los educadores médicos debemos aprovechar el desarrollo de internet y de las redes sociales en la vida cotidiana para interactuar con los pacientes, alumnos y profesionales sanitarios.

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

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

Resultados: El canal fue creado el 14 de enero de 2013. Hay 38 vídeos alojados. Hemos tenido 193.738 visitas con un total de 9.514 horas de visualización y con una retención media de la audiencia de 2,56 minutos en cada visita. La fuente fundamental de búsqueda es la web youtube (95%). El material fue visto fundamentalmente desde España (35%) y México (23%). Tenemos 1.197 suscriptores y hemos recibido 837 mensajes de satisfacción ("me gusta") y 88 comentarios de satisfacción. Si analizamos la ubicación de los 5 principales lugares de visualización, vemos que un dato llamativo es que en Sudamérica el material es visto principalmente por estudiantes y profesionales sanitarios entre 18 y 34 años (78%). En España, el material es visualizado de una forma bastante uniforme a partir de estudiantes de 18 hasta adultos de 64 años (15-18%), con un pico de mayor incidencia entre 25 y 34 años (30%). El video sobre aprendizaje de la técnica correcta de autoinyección de la terapia subcutánea ha sido visualizado 1.834 veces, como refuerzo a las instrucciones señaladas en las consultas médicas y de enfermería.

Conclusiones: Es importante mejorar las competencias digitales para la docencia y formación. En nuestra opinión, esta experiencia es útil para facilitar el aprendizaje de los médicos, alumnos y reforzar la información a los pacientes, y mejora la visibilidad de nuestro hospital. Internet representa una ayuda importante para apoyar las necesidades de docencia y formación, por lo que debemos utilizarlo.

375. MAYOR ESTADO INFLAMATORIO Y NIVEL DE URICEMIA DETERMINAN MENORES NIVELES DE HDL-COLESTEROL EN POBLACIÓN NO REUMÁTICA

M. Andrés¹, M.A. Quintanilla² y P. Morillas²

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

²Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Elche.

Tabla Póster 375

Terciles	CT	p	HDLc	p	LDLc	p	TG	p
Leucos < 5.900	197,8 (± 41,3)	0,2	54,3 (± 13,2)	0,006	121,1 (± 35,9)	0,2	115,2 (± 48,6)	0,03
Leucos 5.900-7.200	195,6 (± 35,0)		53,1 (± 12,7)		118,7 (± 29,9)		132,7 (± 88,3)	
Leucos > 7.200	191,7 (± 41,7)		50,8 (± 12,6)		116,1 (± 34,7)		129,0 (± 54,8)	
AU < 4,7	198,1 (± 40,5)	0,3	56,6 (± 13,8)	< 0,001	119,6 (± 36,6)	0,6	111,6 (± 47,9)	0
AU 4,7-5,8	194,3 (± 36,3)		54,8 (± 12,9)		117,5 (± 32,5)		117,5 (± 47,0)	
AU > 5,8	191,7 (± 37,1)		49,7 (± 10,8)		116,6 (± 31,3)		135,6 (± 90,7)	

Media (± DE).

Introducción: En las enfermedades inflamatorias la mayor incidencia de eventos cardiovasculares se produce paradójicamente a menor nivel lipídico (Ann Rheum Dis. 2011;70:482), especialmente de HDLc, que también sufre modificaciones en su composición. Los datos disponibles en población general “no inflamatoria” indican que existe el mismo fenómeno pero de menor entidad (Circulation. 2003;107:391). Los niveles de uricemia parecen condicionar el estado inflamatorio de los sujetos, incluso en situación de normouricemia (Eur Heart J. 2006;27:1174). El objetivo de este trabajo es analizar si existe asociación entre estado inflamatorio, niveles de uricemia y niveles de HDLc y resto de perfil lipídico en población ≥ 65 años e hipertensa.

Métodos: Análisis retrospectivo de la base FAPRES, estudio transversal, observacional y multicéntrico realizado en la C. Valenciana en 2008 para determinar la prevalencia de fibrilación auricular en pacientes de edad ≥ 65 años e hipertensos. Para este análisis se han comparado los niveles de lípidos (HDLc, LDLc, colesterol total -CT-, triglicéridos -TG) por terciles de leucocitos (marcador inflamatorio disponible en la muestra) y terciles de uricemia mediante análisis de la varianza. Posteriormente, en caso de diferencias significativas, se ha construido un modelo de regresión lineal multivariante para ajuste por posibles factores de confusión.

Resultados: Se han incluido 1.003 pacientes, edad media de 72,9 (± 5,8) años, 52,5% mujeres. La mediana de leucocitos, uricemia y HDL en la muestra fue de 6.500/mm³ (p25-75 5.525-7.600), 5,2 mg/dL (4,4-6,0) y 52,0 mg/dL (44-60), respectivamente. La tabla muestra los niveles de lípidos por terciles de leucocitos y uricemia; los sujetos con mayor tercil de leucocitos o de uricemia presentaron de forma significativa menor nivel de HDLc y mayor de TG, sin diferencias en CT y LDLc. Tras corregir por factores de confusión (edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, insuficiencia renal, índice de masa corporal y uso de diuréticos y de estatinas), se confirmó una asociación independiente significativa e inversa de los niveles de HDLc tanto con leucocitos ($\beta = -0,001$, $p = 0,02$) como con uricemia ($\beta = -1,054$, $p = 0,03$). Para niveles de TG el estudio multivariante confirmó la asociación directa con el nivel de uricemia ($\beta = 8,254$, $p = 0,004$), y una tendencia a la significación para el de leucocitos ($\beta = 0,003$, $p = 0,06$).

Conclusiones: En población ≥ 65 años e hipertensa el estado inflamatorio (medido por leucocitos) y el nivel uricémico determinan de forma independiente e inversa los niveles de HDLc, confirmando lo descrito en pacientes inflamatorios. Este fenómeno podría ayudar a definir un perfil proaterogénico en población libre de enfermedad inflamatoria.

376. EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PRE-ESCLERODERMIA: ANÁLISIS DE 41 PACIENTES

F.M. Ortiz Sanjuán^{1,2}, M. Fernández Matilla^{2,3}, C. Alcañiz Escandell^{1,2}, K. Arévalo Ruales¹, I. Chalmeta Verdejo¹, C. Feded Olmos¹, J. Fragio Gil¹, L. González Puig¹, E. Grau García^{1,2}, J. Ivorra Cortés^{1,3}, E. Labrador Sánchez¹, I. Martínez Cordellat¹, C. Nájera Herranz¹,

R. Negueroles Albuixech¹, G. Poveda Marín^{1,2}, J.L. Valero Sanz¹ y J.A. Román Ivorra^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ³Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia.

Introducción: La enfermedad intersticial pulmonar (EPI) se presenta con relativa frecuencia en el contexto de la esclerosis sistémica (ES) y es a menudo progresiva y de mal pronóstico. Un defecto ventilatorio restrictivo puede sugerir la presencia de EPI por sí solo o en combinación con la presencia de hipertensión arterial pulmonar. En la actualidad, el término pre-esclerodermia (Pre-ES) se define como una etapa preliminar de la ES. Los pacientes con criterios de Pre-ES podrían beneficiarse de un diagnóstico precoz de afectación pulmonar.

Objetivos: Evaluar la función pulmonar en pacientes diagnosticados de Pre-ES.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de una serie no seleccionada de pacientes con diagnóstico de Pre-ES en el Hospital La Fe de Valencia desde junio de 2012 a agosto de 2015. Los pacientes fueron clasificados como Pre-ES siguiendo los criterios de Le Roy. Los pacientes no cumplían en el momento de su inclusión criterios ACR/EULAR 2013 para ES. Se evaluó la función pulmonar mediante espirometría convencional y capacidad de difusión pulmonar de monóxido de carbono (DLCO). La interpretación de los resultados de la espirometría y la DLCO se realizó siguiendo los estándares de la European Respiratory Society (ERS) y la American Thoracic Society (ATS).

Resultados: Se incluyeron un total de 41 pacientes con una edad media de 53 ± 15,6 años (97,6% mujeres; 2,4% hombres). Ninguno de nuestros pacientes evidenció un patrón ventilatorio restrictivo. La DLCO se documentó por debajo de límites normales en 11 pacientes (26,8%). 13 pacientes (31,7%) presentaron disminución del flujo espiratorio medio (MMEF) 25-75 reflejando obstrucción de pequeña vía aérea. Tras un seguimiento medio de 26,1 ± 16,6 meses, 20 pacientes (48,8%) cumplieron finalmente criterios ACR/EULAR 2013 para ES. Los restantes 21 pacientes continuaron clasificados como Pre-ES de acuerdo con los criterios de Le Roy. El análisis del subgrupo de pacientes que progresaron a ES mostró una DLCO disminuida en 7 de esos 20 pacientes (35%) y disminución del flujo espiratorio medio (MMEF) 25-75 en 8 de 20 pacientes (40%). El análisis comparativo con el subgrupo de pacientes que no progresaron a ES no mostró diferencias significativas (DLCO disminuida: 35% vs 26,8%; $p = 0,8$ y MMEF 25-75 disminuido: 40% vs 31,7%; $p = 0,9$).

Conclusiones: En nuestro estudio, alrededor de la cuarta parte de los pacientes clasificados como Pre-ES presentaron valores anormales de DLCO y/o signos de obstrucción de pequeña vía aérea sin presencia de patrón ventilatorio restrictivo. Además, la expresión de esta disfunción pulmonar se mostró más frecuente en los pacientes que progresaron definitivamente a ES, sin embargo, esta tendencia no se mostró estadísticamente significativa. Una valoración precoz de la función pulmonar podría ser altamente recomendable en el contexto de pacientes con diagnóstico de Pre-ES.

377. UTILIDAD DE LOS CRITERIOS PRELIMINARES EUSTAR PARA ESCLEROSIS MUY TEMPRANA Y LOS CRITERIOS LE ROY PARA PREESCLERODERMIA EN LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN RIESGO DE DESARROLLAR ESCLEROSIS SISTÉMICA

F.M. Ortiz Sanjuán^{1,2}, C. Alcañiz Escandell^{1,2}, K. Arévalo Ruales¹, I. Chalmeta Verdejo¹, C. Feced Olmos¹, J. Frago Gil¹, L. González Puig¹, E. Grau García^{1,2}, J. Ivorra Cortés^{1,3}, E. Labrador Sánchez¹, I. Martínez Cordellat¹, C. Nájera Herranz¹, R. Negueroles Albuixech¹, G. Poveda Marín^{1,2}, J.L. Valero Sanz¹ y J.A. Román Ivorra^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ³Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia.

Introducción: Anteriormente, se definía como Pre-Esclerodermia (Pre-ES) a los pacientes que presentaban fenómeno de Raynaud (FR) y anticuerpos asociados a esclerodermia o anomalías capilaroscópicas típicas o ambos. Desde el año 2013 la definición de Pre-ES ha sido actualizada: Actualmente los pacientes no deberían cumplir los nuevos criterios ACR/EULAR 2013 para la clasificación de Esclerosis sistémica (ES). El grupo EUSTAR por su parte, también ha propuesto unos criterios preliminares para el diagnóstico de esclerodermia muy temprana, que aún no han sido validados.

Objetivos: Evaluar la utilidad de los criterios de Le Roy y los criterios EUSTAR para ES muy temprana para identificar pacientes en riesgo de desarrollar ES.

Métodos: Estudio retrospectivo de una serie amplia de pacientes con Pre-ES y ES establecida procedentes de un único centro desde junio 2012 hasta agosto de 2015. Se excluyeron pacientes que cumplieran criterios ACR/EULAR 2013 para ES en la primera visita. Los pacientes fueron clasificados como Pre-ES de acuerdo a los criterios de Le Roy o ES de acuerdo a los criterios ACR/EULAR 2013 durante el seguimiento. Se revisaron los criterios EUSTAR para esclerodermia muy temprana en ambos grupos.

Resultados: Se incluyeron un total de 56 pacientes, con una media de edad de 55 ± 15 años (94,6% mujeres; 5,4% hombres). En la primera visita, 15 (26,8%) de los pacientes cumplían los criterios 2013 ACR/EULAR para esclerodermia y fueron excluidos del análisis final. 37 (66,1%) pacientes cumplían los criterios de Le Roy en la primera visita. Los 4 pacientes restantes (7,1%) no cumplían ninguno de los criterios durante la primera visita. Durante el seguimiento de este grupo de 41 pacientes, 37 (90,2%) presentaba FR y 9 (22%) presentaba edema de manos típico o "puffy hands". Los anticuerpos antinucleares (ANA) estaban presentes en 34 (82,9%) de los pacientes, los anticuerpos anticentrómero estaban presentes en 24 (58,5%) pacientes y 29 (70,7%) pacientes presentaba capilaroscopia patológica. Tras un seguimiento medio de 26,1 ± 16,6 meses, 20 (48,8%) pacientes cumplieron los criterios ACR/EULAR 2013 para Esclerosis sistémica. Los 21 pacientes restantes continuaron siendo clasificados como Pre-ES de acuerdo con los criterios de Le Roy. De los siguientes criterios EUSTAR, solo la positividad de ANA se observó significativamente más frecuente en pacientes que cumplieron criterios ACR/EULAR 2013 durante el seguimiento: ANA (100% vs 63,6%; p = 0,005), anticuerpos anti-centrómtero (65% vs 50%; p = 0,41), fenómeno de Raynaud (95% vs 85,7%; p = 0,31), anomalías capilaroscópicas (65% vs 76,2%; p = 0,8), edema de manos (25% vs 19%; p = 0,65).

Conclusiones: En nuestro estudio, más de la mitad de los pacientes que inicialmente fueron clasificados como Pre-ES progresaron a ES durante el periodo de seguimiento. Los criterios preliminares EUSTAR fueron más frecuentes en pacientes que durante el seguimiento cumplieron criterios ACR/EULAR 2013 para ES. No obstante, sólo la positividad de ANA se mostró estadísticamente significativa. Son necesarios más estudios para definir correctamente la clasificación de pacientes como pre-esclerodermia y esclerosis sistémica muy temprana.

378. ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS

H. Moruno-Cruz^{1,2}, M.L. Romero Bogado², P. Prétel Ruiz², A. Pérez Gómez², I. Morante Bolado¹, J.C. López Robledillo¹, D. Clemente Garulo¹, L. Ruiz Gutiérrez², A. Turrión Nieves², C. Bohórquez Heras², A. Movasat Hajkhan², E. Cuende Quintana², F. Albarrán Hernández², A. Sánchez Atrio² y M. Álvarez-Mon Soto²

¹Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. ²Servicio de ESI-Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.

Introducción: Los fármacos biológicos constituyen un pilar fundamental en el tratamiento de la artritis idiopática juvenil (AIJ). La utilización precoz de estos fármacos permite controlar la actividad de la enfermedad evitando así sus secuelas y mejorando la calidad de vida de los pacientes. Desconocemos las principales características de nuestra cohorte de pacientes con AIJ en tratamiento con fármacos biológicos.

Objetivos: Describir las principales características de los pacientes y los tratamientos biológicos recibidos durante los últimos 5 años (2010-2015), en una unidad pediátrica de un hospital infantil.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo analítico de pacientes con diagnóstico de AIJ (según la nomenclatura propuesta por ILAR), que recibieron tratamiento biológico desde el 1 de enero del 2010 al 30 de junio de 2015. Se recogieron los datos de las historias clínicas de pacientes que recibieron tratamiento biológico. Se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS.19.0.

Resultados: Total 105 pacientes en tratamiento con fármacos biológico en los últimos 5 años, 2/3 mujeres (67 niñas, 64%), 1/3 varones (38 niños, 36%), edad media al diagnóstico 5,3 años (DE ± 3,95 años). La distribución de AIJ fue: oligoarticular 40% (42 pacientes). Poliarticular FRnegativo 22,9% (24 pacientes). Artritis-entesitis 15,2% (16 pacientes). Sistémico 14,3% (15 pacientes). Poliarticular FRpositivo 3,8% (4 pacientes). Psoriásica 3,8% (4 pacientes). Pacientes con anticuerpos anti-nucleares (AAN) positivos 24,8% (26 de 105 pacientes). Del total de pacientes 32,2% (34 pacientes), es decir 1/3 presentaban uveítis, de estos un 41% (14 pacientes) presentaban AAN positivo. Tratamiento inicial con metotrexato 78,1% (82 pacientes), mantienen tratamiento con metotrexato 56,2 (59 pacientes), con adalimumab 37,1% (39 pacientes), con etanercept 16,2 (17 pacientes), con tocilizumab 2,9% (3 pacientes). Total tratamientos biológicos recibidos 123: adalimumab 49 (39,8%), etanercept 47 (39,2%), tocilizumab 16 (13%), anakinra 8 (3,5%) y canakinumab 3 (2,4%). Tiempo mediano de seguimiento global 33,3 meses (DE ± 22,4 meses). Continúan con el fármaco 54 (43,9%), con pauta de desintensificación 50 (40,7%), sustituidos por ineficacia 15 (12,2%), suspendidos por toxicidad 4 (3,3%). De los 15 sustituidos por ineficacia: adalimumab 3, etanercept 4, anakinra 3, tocilizumab 5. De los 4 sustituidos por toxicidad: anakinra 3, adalimumab 1. No se registraron fallecimientos.

Conclusiones: Las características clínicas en esta cohorte de pacientes con AIJ en tratamiento con fármacos biológicos son similares a las descritas en otras series generales que no distinguen el tipo de tratamiento. Los tratamientos biológicos utilizados con mayor frecuencia son etanercept y adalimumab, ambos con porcentajes similares (principalmente en AIJ no-sistémica). Los fármacos más utilizados en AIJ sistémica son anakinra, tocilizumab y canakinumab. Los tratamientos biológicos parecen seguros en base a lo que se ha descrito: hubo que sustituir pocos fármacos por toxicidad y no se registró ningún fallecimiento a causa del tratamiento ni de la propia enfermedad.

379. LA CARA DE UNA ENFERMEDAD. SÍNDROME DE STICKLER EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

H. Moruno-Cruz^{1,2}, A. Turrión Nieves², A. Pérez Gómez², J.C. López Robledillo¹, D. Clemente Garulo¹, M.L. Romero Bogado²,

P. Prétel Ruiz², I. Morante Bolado¹, L. Ruiz Gutiérrez²,
A. Movasat Hajkhan², C. Bohórquez Heras², E. Cuende Quintana²,
F. Albarrán Hernández², A. Sánchez Atrio² y M. Álvarez-Mon Soto²

¹Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. ²Servicio de ESI-Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.

Introducción: El síndrome de Stickler, también conocido como artro-oftalmopatía hereditaria progresiva, es una enfermedad del colágeno debida a la mutación en 4 genes (COL2A1, COL11A1, COL11A2, COL9A1) que controlan la síntesis del colágeno 2, 9 y 11. Cada una de las mutaciones constituye un tipo y están descritas alteraciones frecuentes que caracterizan a cada uno.

Objetivos: Describir las características clínicas y clasificación de pacientes con diagnóstico clínico y genético de síndrome de Stickler de en una unidad pediátrica de un hospital infantil.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes con diagnóstico de Stickler. Se revisaron las historias clínicas de una cohorte de pacientes con dicho diagnóstico en los últimos 10 años.

Resultados: Total 8 pacientes, 4 mujeres y 4 varones. Del total de pacientes 4 contaban con estudio genético, 3 con alteración en el gen COL2A1, uno con alteración en el gen COL9A1. Clasificados como tipo I: 7 pacientes, tipo IV: 1 paciente. Sospecha de antecedentes familiares en 4 pacientes, confirmado en 2 de ellos. Secuencia de Pierre-Robin (retrognatia y/o micrognatia; paladar hendido; úvula bifida; paladar corto) presente en 5 pacientes. Alteración facial: 6 pacientes presentaban puente nasal ancho, plano y mejillas planas por hipoplasia malar "cara plana". Alteraciones oftalmológicas: todos los pacientes (8 pacientes) presentaban miopía magna (mayor a 6 dioptrías), 5 pacientes presentaron desprendimiento de retina. Alteraciones osteomusculares: 4 pacientes con artrosis, 6 pacientes con hiperlaxitud, 4 pacientes con alteración de la DMO (osteoporosis). Alteraciones ORL: 3 pacientes con hipoacusia neurosensorial, 3 pacientes debilidad muscular orofaríngea. Alteraciones del ánimo: 4 pacientes con alteraciones tipo depresión. No se registraron alteraciones cardiovasculares ni alteraciones de las funciones cognitivas.

Conclusiones: En nuestra serie, se observa mayor frecuencia de pacientes con Stickler tipo I, ausencia de los tipos II y III. Mayor frecuencia en mujeres. Como datos adicionales destaca mayor predisposición a alteración de la densidad ósea y alteraciones del estado del ánimo, sin que se pueda establecer relación causal de esta última observación con la propia enfermedad. Probablemente algún paciente de los que se ven en consulta de adultos presente este síndrome. Y de las características que comentamos en esta serie, principalmente la presencia de miopía, alteración facial típica (cara plana) y la afectación osteomuscular (artrosis precoz, hiperlaxitud), podrían apoyar una alta sospecha clínica de síndrome de Stickler.

380. ¿SABEMOS LO QUE DEBEMOS MEJORAR? ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL INFANTIL

H. Moruno-Cruz^{1,2}, I. Morante Bolado¹, A. Pérez Gómez²,
D. Clemente Garulo¹ y J.C. López Robledillo¹

¹Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. ²Servicio de ESI-Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.

Introducción: Para mejorar la calidad de los cuidados en los pacientes con patología reumatológica durante la edad pediátrica es necesario medir el grado de satisfacción de los propios pacientes y de sus familiares (padres), de modo que esta información pueda redundar en iniciativas para dicha mejora.

Objetivos: Conocer la satisfacción de los pacientes y familiares de pacientes atendidos en una unidad de reumatología pediátrica.

Métodos: Estudio prospectivo y descriptivo. Se realizó la recolección de datos mediante una encuesta personal y anónima, de forma consecutiva durante 1 mes a pacientes o a los familiares directos de los pacientes, en el momento de la consulta. Se evitó la encuesta en pacientes que consultaron por primera vez y en los que consultaron de forma urgente. Se utilizó el formato de preguntas con respuesta cuantitativa del 0 (nada satisfecho) al 10 (muy satisfecho), la encuesta fue evaluada previamente en 10 pacientes aleatorios, y 3 facultativos del servicio, en cuanto a su claridad y comprensión.

Resultados: Se recogieron un total de 110 en cuestras, 106 encuestas se incluyeron en el análisis, 4 encuestas fueron excluidas del estudio por errores en su cumplimentación. Del total de encuestas incluidas 90 (84,9%) fueron rellenados por los padres (63 madre, 27 padre), 14 (13,2%) por los pacientes y 2 (1,9%) por otro familiar. En 77 (72,6%) se describía de forma exacta el diagnóstico. Un 69,8% invierte un tiempo mínimo de 60 a 90 minutos en cada consulta, la mayor parte del tiempo se consume en espera de la solicitud de una nueva cita (34%), o en la extracción de analítica (35,8%). Los resultados en medias de satisfacción por preguntas fueron: Valoración global actual de la actividad de la enfermedad 1,73. Accesibilidad para obtener la primera consulta 9,07. Instalaciones del hospital (en cuanto a su adaptación a necesidades de la población pediátrica) 7,75. Asistencia médica 9,43. Información oral 9,44. Información por escrito 7,53. Trato personal auxiliar 8,59. Accesibilidad a cita con otras especialidades 7,88. Accesibilidad a consulta sin cita 8,03. Un 96% recomendaría la consulta si es que la necesitaran. Grado de satisfacción global 9,8.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes y familiares estaban muy satisfechos con los cuidados médicos recibidos. Se detectó inconformidad con los tiempos de espera en la solicitud de citas y analítica, además de insatisfacción con los ambientes, infraestructura no adaptada a necesidades específicas en cuanto a variaciones de grupos por edad en pediatría (niños, infantes, adolescentes). Otro punto a resaltar es que hay necesidad de mejorar la información médica, principalmente la escrita (por ejemplo trípticos explicativos de la enfermedad). Consideramos importante completar el presente estudio con medidas de intervención en base a las necesidades halladas para poder valorar la utilidad real de este.

381. EXPERIENCIA INICIAL DE UNA CONSULTA DE VALORACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN REUMATOLOGÍA: ALTA RENTABILIDAD Y ELEVADO IMPACTO

J.C. Quevedo, Y. Pérez, F. Francisco, A. Naranjo, S. Ojeda,
C. Erasquin, I. Rúa-Figueroa y C. Rodríguez-Lozano

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La artritis reumatoide y otras enfermedades reumáticas sistémicas están asociadas con un aumento muy significativo de la morbimortalidad cardiovascular. Los instrumentos de estratificación del riesgo empleados actualmente en población general infraestiman el riesgo verdadero de eventos en estos pacientes. La ecografía de carótida, mediante la detección de ateromatosis subclínica (presencia de placas), es un potente predictor de eventos cardiovasculares futuros. La evidencia actualmente disponible, refrendada en las Guías de Prevención, apoya el empleo de esta técnica para la adecuada identificación de aquellos pacientes de "muy alto riesgo", candidatos a intervenciones preventivas de mayor intensidad.

Métodos: Estudio descriptivo en el que se presenta la experiencia de los 4 primeros meses de funcionamiento de una Consulta de Valoración del Riesgo Cardiovascular, que incluye evaluación de factores de riesgo y estudio ecográfico de carótidas, para pacientes con enfermedades reumáticas sistémicas en seguimiento en el Área de Consultas Externas del Hospital Universitario Dr. Negrín. Se considera candidato a cualquier paciente con al menos un factor de riesgo cardiovascular, aunque el único criterio de exclusión es la

existencia de enfermedad cardiovascular establecida (antecedentes documentados de cardiopatía isquémica, ictus isquémico, enfermedad arterial periférica, insuficiencia cardiaca de etiología isquémica o hipertensiva y aneurisma aórtico aterotrombótico). Se presentan las características clínicas, perfil de riesgo (SCORE), resultado del estudio ecográfico de carótidas (presencia de placas), estratificación final e implicaciones terapéuticas, de acuerdo a la Guía Europea de Prevención (2012), en los pacientes evaluados hasta la fecha.

Resultados: Entre septiembre y diciembre 2015 se han evaluado 75 pacientes (por diagnósticos: 45 artritis reumatoide, 16 lupus eritematoso sistémico, 12 espondiloartritis/artritis psoriásica, 2 otras). La edad media fue de 55 ± 9 años, siendo el 71% mujeres. En el 96% de ellos existía al menos un factor de riesgo cardiovascular tradicional y en un 56% dos o más (tabaco 40%, hipertensión arterial 44%, dislipemia 64%, diabetes 10% e insuficiencia renal moderada-severa 4%). Tras la estimación del riesgo por SCORE, la estratificación de los pacientes fue: riesgo "bajo" o "moderado" 82,6%, "alto" 9,3% y "muy alto" 8%. La ecografía demostró la presencia de placas en uno de cada dos pacientes atendidos (42/75). La presencia de placas por categoría de riesgo fue: "bajo" 9/29, "moderado" 22/33, "alto" 5/7 y "muy alto" 5/6. Este hallazgo condicionó la re-estratificación de riesgo "bajo", "moderado" o "alto" a "muy alto" en el 50,6% (38/75). De estos últimos, menos de la mitad se hallaban en tratamiento con estatinas, por lo que procedía su indicación de acuerdo a Guía en el 60,5% de los casos (casi uno de cada tres pacientes del total de evaluados). De los 15 pacientes reclasificados como "muy alto" riesgo y ya en tratamiento con estatinas, ninguno se encontraba en objetivo LDL < 70 mg/dl (media $123,4 \pm 28,9$ mg/dl). En el 86% de los casos este tratamiento era de baja o moderada intensidad. Del total de pacientes evaluados, procedía algún tipo de intervención farmacológica (introducción o intensificación de estatinas), en el 48% de los casos.

Conclusiones: 1) En nuestra experiencia hasta la fecha, este modelo de Consulta ha resultado altamente rentable al permitir la reclasificación a "muy alto riesgo" de uno de cada dos paciente evaluados. 2) Nuestros datos vuelven a poner de relieve el problema de la infraestimación asociada al uso de herramientas tradicionales, como SCORE. 2) La estratificación del riesgo cardiovascular mediante el empleo de la ecografía de carótida ha tenido un impacto terapéutico elevado, al traducirse en algún tipo de intervención (indicación o intensificación de tratamiento con estatinas), en la mitad de los pacientes atendidos.

382. PREVALENCIA DE DEFORMIDAD MORFOMÉTRICA VERTEBRAL EN 75 PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

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

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

Introducción: Los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) presentan una alta tasa de baja densidad mineral ósea (DMO) de origen multifactorial, estando implicados factores de riesgo tradicionales, la actividad de la infección y el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). Aunque se ha descrito un riesgo incrementado de fracturas en estos pacientes, en pocos estudios se ha estimado la prevalencia real de deformidad morfométrica vertebral.

Objetivos: Describir la frecuencia de deformidad morfométrica (DM) vertebral en pacientes con infección por VIH atendidos en un centro español de tercer nivel, teniendo en cuenta tanto los factores de riesgo tradicionales como los asociados a su enfermedad de base.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal en pacientes o con infección por VIH mayores

de 50 años en seguimiento en nuestro centro durante el periodo 2014-2015. Los datos demográficos y factores de riesgo tradicionales se recolectaron a través de una encuesta específica. La DMO fue determinada a través de absorciometría de rayos X de doble energía (DXA) en columna lumbar y cadera (equipo Hologic) y se obtuvieron muestras para análisis bioquímico del metabolismo óseo. Para clasificar de los resultados de la DXA se utilizaron las definiciones de la OMS: 1) normal DMO > -1 desviaciones estándar (DE); 2) osteopenia, DMO entre -1 y -2,5 DE y 3) osteoporosis, DMO < -2,5 DE. La presencia de DM fue valorada en radiografías laterales de columna dorsal y lumbar utilizando el método semicuantitativo de Genant (definiendo DM como una reducción > 20% de la altura del cuerpo vertebral, grado I, leve, entre 20% y 25%, grado II, moderado, entre 25-40% y grado III, grave > 40%).

Resultados: Se incluyó un total de 75 pacientes, 54 de ellos hombres (72%), con una media de edad de 54,8 años (rango: 50-70). Se detectó DM en 15 casos (20%), 4 de ellos con grado I, 6 con grado II y 5 con grado III. Todos los pacientes recibían TARGA durante el periodo del estudio. La DMO en cuello femoral era normal en 39% de los pacientes, mientras que 52% se encontraban en rango de osteopenia y 9% de osteoporosis. La comparación de las características de los pacientes con y sin DM se presenta en la tabla adjunta. Las variables que se asociaron de forma independiente con el desarrollo de DM fueron el sexo femenino (13% vs 31% $p = 0,13$), la ingesta diaria de calcio (490 mg/día vs 594 mg/día $p = 0,16$), el nivel de fósforo sérico (2,79 vs 3,17 $p = 0,02$) y la baja DMO en cadera total (0,69 vs 0,75 $p = 0,05$). También se encontró asociación significativa con el tiempo de infección por VIH, siendo la media de evolución en pacientes con DM de 264,7 meses ($p = 0,09$). No se demostró correlación estadística significativa con la edad, hecho que puede ser atribuido al tamaño limitado de la muestra y a que los pacientes tenían una edad comprendida entre los 50 y 70 años.

	DM vertebral (n = 15)	No DM (n = 60)	Valor p
Edad media	53,5	51,4	0,24
Sexo femenino	13%	31%	0,13*
IMC medio	24,3	23,9	0,93
Práctica de riesgo: adictos a drogas por vía parenteral	47%	38%	38%
Nadir CD4+	254	191	0,12
Basal CD4+	370	413	0,59
Tiempo VIH	264,7	227,2	0,09*
Tiempo TARGA total	206,3	184	0,32
Tiempo TARGA actual	80,8	76,3	0,66
Tenofovir con inhibidor de la proteasa	27%	25%	0,92
Filtrado (CDK-epi) basal	84	86,2	0,33
DMO total	1,07	1,09	0,67
DMO cadera	0,69	0,75	0,05*
T score cadera	-1,63	-1,1	0,03*
Osteopenia/Osteoporosis cuello	85%	55%	0,02*
DMO lumbar	0,88	0,89	0,48
T score lumbar	-1,8	-1,6	0,63
Osteopenia/OP lumbar	85%	59%	0,08*
Vitamina D	33,4	32,6	0,81
PTH	52,7	51,8	0,82
Fósforo en suero	2,79	3,17	0,02*
Calcio	9,71	9,53	0,54
FAL	94,7	83,5	0,25
Osteocalcina	24,6	22,3	0,45
Cross	0,42	0,4	0,73
PINP	45,6	46,7	0,9
Ingesta diaria de calcio	490	594	0,16*
Cuestionario internacional de actividad física (IPAQ)	2460	3189	0,66
Categoría alta	20%	20%	0,35
VHC positivos	47%	43%	0,52
Fracturas periféricas previas	27%	35%	0,76
Antecedentes familiares de fractura de cadera	7%	10%	0,69
Caídas <1	100%	93%	0,83

Conclusiones: Una alta proporción de pacientes presentó DM asintomática en nuestra serie (20%). Las radiografías de columna dorsal

y lumbar deberían realizarse como método de screening en pacientes infectados por VIH con factores de riesgo, tales como largo tiempo de evolución de la enfermedad, baja ingesta cálcica, niveles bajos de fósforo sérico y sexo femenino.

383. SÍNDROME DE PULMÓN ENCOGIDO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: SERIE DE 8 CASOS

A.L. Boteanu¹, M.A. Blázquez Cañamero², M.J. García Villanueva¹, A. Zea Mendoza¹ y A.F. Cruz Valenciano²

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

Introducción: El síndrome del pulmón encogido, es una manifestación rara, no exclusiva del lupus eritematoso sistémico (LES), cuya patogenia y tratamiento no están bien establecidos. Presentamos una serie de 8 casos, describiendo las características clínicas, manejo diagnóstico, terapéutico y evolución.

Métodos: Estudio descriptivo de una serie de 8 casos de pacientes con LES en los servicios de Reumatología del Hospital Ramón y Cajal (7 casos) y Hospital Severo Ochoa (1 caso). Se recogieron variables clínicas, analíticas, pruebas de imagen y de función respiratoria.

Resultados: De los 8 pacientes, 7 eran mujeres con una edad media en el momento del diagnóstico de 40 años. Todos los pacientes tenían ANA positivo, el 87,5% había tenido DNA positivo y el 100% complemento bajo en algún momento de la enfermedad. El 62,5% tenía Ro positivo y el 50% RNP positivo. Todos los pacientes tenían antecedente de serositis, el 37,5% de pericarditis y el 62,5% había presentado más de 2 episodios antes del diagnóstico. El 37,5% de los pacientes estaba en tratamiento con corticoides a dosis intermedias, el 37,5% recibía antipalúdicos, el 25% azatioprina y un paciente epratuzumab. En relación a las pruebas diagnósticas el 100% de los pacientes presentaba en la radiografía simple de tórax, elevación de un hemidiafragma o ambos. Sólo a la mitad de los pacientes se les realizó TAC tórax. Ninguno presentaba afectación intersticial, siendo la elevación de los diafragmas, el derrame pleural y la presencia de atelectasias los hallazgos más comunes. Ningún paciente desarrolló hipertensión pulmonar. Todos los casos presentaban un patrón restrictivo en la espirometría y en los casos en los que se realizó el test de disfunción fue bajo. Respecto al manejo terapéutico, el 62,5% recibió inicialmente tratamiento con dosis intermedias-altas de corticoides orales (dosis media de 17,5 mg/día), al 25% se le añadió cloroquina, al 25% azatioprina y a un paciente micofenolato. Sólo un paciente recibió tratamiento con beta 2 agonistas. La evolución sólo fue favorable en el paciente que recibió micofenolato con mejoría clínica y de las pruebas de imagen. El 62,5% de los pacientes persistió con dolor torácico y el 37,5% presentó posteriormente complicaciones respiratorias infecciosas.

Conclusiones: El síndrome de pulmón encogido es una complicación rara en el LES. Su patogenia es desconocida habiéndose sugerido una posible implicación de los anticuerpos anti Ro. En nuestra serie, el 62,5% tenía Ro positivo y un 50% RNP positivo. Su diagnóstico debe plantearse en pacientes con LES que desarrollan disnea y/o dolor torácico pleurítico con pérdida de volumen pulmonar en pruebas de imagen y patrón restrictivo en las pruebas de función respiratoria. Los hallazgos radiológicos más frecuentes son la elevación de los hemidiafragmas, el derrame pleural y las atelectasias. El tratamiento no está bien establecido. En la mayoría de las series, al igual que en la nuestra, el tratamiento inicial lo constituyen los corticoides orales a dosis altas. Se ha propuesto el uso de agonistas beta 2 adrenérgicos y teofilina aunque sin eficacia demostrada. En casos refractarios el uso de otros inmunosupresores ha sido reportado con éxito. En nuestra serie, la adición de cloroquina o azatioprina no se asoció a una mejoría clínica y sí con el uso de micofenolato. La evolución en la mayoría de series

suele ser favorable, con una mejoría clínica y de las pruebas de función respiratoria.

384. ANÁLISIS DE LA APARICIÓN DE NUEVA FRACTURA VERTEBRAL EN PACIENTES CON VERTEBROPLASTIA PREVIA

M.J. Díaz Navarro¹, A. Paños Iniesta¹, M.J. Moreno Martínez², M.J. Moreno Ramos¹, M. Castaño Sánchez¹, F. Gallo Puelles¹, L.F. Linares Ferrando¹, N. Lozano Rivas¹, C. Marras Fernández-Cid¹, F.A. Martínez Angosto¹, J.J. Martínez Ferrín¹, A. Bermúdez Torrente¹ y P. Mesa del Castillo Bermejo¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

²Reumatología. Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca.

Introducción: Ante la presencia de una fractura vertebral (fxv) aguda sintomática que no responde a tratamiento conservador, puede valorarse la indicación de vertebroplastia (VP) o cifoplastia/vesselplastia (CP) para reducir el dolor y mejorar la calidad de vida. El diagnóstico diferencial de fxv incluye: osteoporosis (OP), neoplasias como el mieloma múltiple, metástasis óseas, angiomas vertebrales, enfermedad de Paget y osteomalacia, entre otros. Dichas técnicas se asocian a un aumento del riesgo de nuevas fxv, generalmente adyacentes a la vértebra cementada. Los factores descritos para desarrollar esta complicación son: déficit de vitamina D, edad avanzada, tratamiento con corticoides, más de una vértebra cementada y fuga de cemento al disco intervertebral. Por ello es importante seleccionar adecuadamente al paciente candidato para este procedimiento. La CP parece tener menos efectos adversos que la VP.

Objetivos: Describir las características del procedimiento y datos clínicos de los pacientes con nueva fxv tras realización de VP.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados por fxv de bajo impacto desde el 2010 al 2015. Del total, 239 casos, se analizaron las fxv en pacientes con VP o CP previa. Las variables incluidas fueron: técnica utilizada, tiempo transcurrido desde el procedimiento hasta la fxv (meses), localización de fxv con respecto a la vértebra cementada, presencia de fuga de cemento, así como datos demográficos y clínicos de los pacientes.

Resultados: De los 239 pacientes, se presentaron nuevas fxv en 30 de ellos. La edad media fue $71,77 \pm 9,45$ años. Eran mujeres el 80% y hombres el 20%. Se realizó VP múltiple (a varios niveles) en el 50% de los casos: 20% en 2 niveles, 26,7% en 3 niveles y 3,3% en 4 niveles. El 26,7% fueron VP y el 73,3% CP, siendo este último procedimiento el habitual a partir de 2012. Presentaron fuga de cemento durante el intervencionismo el 20%: 3 peribalón, 2 al disco inferior y 1 a vasos paravertebrales. El tiempo medio en aparecer la nueva fxv fue de 13,8 meses (DE 20,9; rango 1-98), siendo el 60% en los 6 primeros meses, en las mujeres $16,75 \pm 22,43$ meses y en los hombres $2,16 \pm 1,6$ meses. La fxv fue adyacente a la vértebra cementada en el 53,3% de los pacientes: 50% (8) la vértebra inferior, 37,5% (6) la vértebra superior e inferior y el 12,5% (2) la vértebra superior. Se realizó nueva VP en el 90% de los casos. El 70% tenían diagnosticada OP primaria, 20% OP secundaria y un 10% neoplasia. El 43,3% tomaban tratamiento osteopenizante: corticoides el 16,7%, anticoagulación con acenocumarol el 16,7%, antiepilépticos 6,7% e inhibidores de la aromatasa 3,3%. Encontramos diferencia estadísticamente significativa con respecto al sexo ($p < 0,02$) y el tiempo que tarda en aparecer la fxv, siendo menor en los hombres. No aparecieron diferencias entre el resto de variables.

Conclusiones: Los datos sugieren que la aparición de fxv tras realización de VP es más frecuente en los 6 primeros meses y en varones. En algo más de la mitad de los casos la nueva fxv fue adyacente a la vértebra cementada, siendo la vértebra inferior la más afectada. En los últimos años en nuestro centro se utiliza más la CP que la VP. A

pesar de la aparición de fxv tras el procedimiento, en la mayoría de los casos se realiza una nueva vertebroplastia.

385. TERAPIA ANTI-TNF INTENSIFICADA Y ESTUDIO DE NIVELES DE FÁRMACO. ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?

R. González Molina¹, L. Rentero Redondo², M. Villalón¹, F. García Villalba¹, M. Cano¹ y J. Vicente¹

¹Sección de Reumatología; ²Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Reina Sofía. Murcia.

Introducción: La posibilidad de disponer en nuestro Centro de la medición de niveles séricos de antiTNF y la presencia o ausencia de anticuerpos frente al fármaco nos permite tratar a los pacientes de forma individualizada y sobre todo saber lo que ocurre en los pacientes que no mejoran. Pero también nos permite saber la efectividad real de una terapia cuando está intensificada a dosis superiores a las de ficha técnica o a intervalos más cortos, o cuando está espaciada.

Objetivos: Nos planteamos con este trabajo el estudio de los niveles de fármaco activo a dosis intensificadas, así como la presencia de autoanticuerpos y analizar el perfil del paciente con terapia antiTNF a esas dosis.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional durante seis meses. Se incluyeron todos LOS pacientes en tratamiento con ADALIMUMAB (ADA), ETANERCEPT (ETN) e INFliximab (INF) con dosis superiores a las indicadas en ficha técnica a los que se les realizó una extracción para determinar el nivel de fármaco en sangre. De la historia clínica informatizada (SELENE[®]) se recogieron variables socio-demográficas y clínicas (edad, sexo, diagnóstico, indicación, línea de tratamiento, tratamientos concomitantes). En cuanto a la monitorización, la técnica utilizada para la determinación de los niveles séricos y la presencia de anticuerpos fue mediante ELISA tipo sándwich (Promonitor[®] Progenika Biofarma, S.A. Grifols).

Resultados: Se reclutan 22 pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias tratados con terapia antiTNF a dosis intensificadas durante una media de 2,7 años. Se trata de 12 pacientes con artritis reumatoide (AR), 6 pacientes con espondilitis anquilosante (EA), 2 con artropatía psoriásica (AP) y 2 con artropatía asociada a Crohn (AC), todos con afectación periférica poliarticular. De ellos 16 son mujeres y 6 varones, con una media de edad de 50,72 años, y duración de enfermedad de 8,6 años. Hasta 17 pacientes reciben tratamiento con infliximab (INF) y 5 con adalimumab (ADA). Ningún caso recibe Enbrel antes de 7 días. En el grupo de INF, en pacientes con AR las dosis son > 3 mg en 7 casos y son inferiores a 8 semanas en 5 casos, y en todas las espondiloartropatías las dosis son de 5 mg a intervalos menores de 8 semanas. En el caso de ADA la posología en todos los casos es de 40 mg cada 7 días. De los pacientes tratados con ADA, con niveles en rango terapéutico de 5 a 8 µg/ml, 3 pacientes presentan niveles superiores y 2 pacientes presentan niveles inferiores a ese rango. En cuanto a INF con nivel en rango terapéutico entre 3 y 10 µg/ml, 7 presentan niveles por encima de ese intervalo, 6 niveles en ese rango, y 4 por debajo; 3 de estos con autoanticuerpos positivos. El 63,6% de los casos llevan asociados AINES, 45,5% esteroides, 68,2% llevan asociados FAMES clásicos, y en la mitad de los casos se trata del primer biológico.

Conclusiones: En nuestra muestra, la mayor parte de pacientes con estrategia intensificada son mujeres con AR, de las que 31,8% no tienen asociado ningún FAME sintético. La intensificación de ADA no se asocia a niveles de fármaco en rango terapéutico en ningún caso y la de INF a un 50% de casos fuera de rango. En nuestro Centro antes de valorar la intensificación de la dosis de un biológico, nos planteamos una mejor optimización del uso de FAMES clásicos asociados y según los niveles de fármaco obtenidos a dosis intensificadas si un cambio de diana terapéutica sería más coste-efectivo.

386. RITUXIMAB EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES CRÓNICAS: PERFIL CLÍNICO Y SEGURIDAD A 12 MESES DE SEGUIMIENTO

C. Mata Martínez, L. García Montoya, J.G. Ovalles-Bonilla, F.J. López-Longo, J.C. Nieto, B. Serrano, R. González, C. Sáenz, M. Correyero, I. Janta, J. Martínez-Barrio, E. Naredo, C.M. González e I. Monteagudo

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

Introducción y objetivos: Rituximab (RTX) es un anticuerpo quimérico antiCD20 aprobado en 1997 en linfoma B no Hodgkin. Estudios controlados han demostrado seguridad en diferentes enfermedades reumáticas autoinmunes crónicas (ERAC), sin embargo, la administración del mismo en la práctica clínica habitual puede diferir del marco ideal de un ensayo clínico. El objetivo del presente estudio es describir la seguridad de la administración de RTX en pacientes con ERAC tras un año de tratamiento en el Servicio de Reumatología de un Hospital Universitario.

Características clínicas basales y postratamiento con rituximab

Características clínicas	N = 50 (%)
Mujeres	42 (84)
Artritis reumatoide	29 (58)
Lupus eritematoso sistémico	7 (14)
Síndrome de solapamiento	4 (8)
Miopatías Inflamatorias	4 (8)
AJ	2 (4)
Otras	4 (8)
Tiempo de evolución media ± DE (rango)	9,9 ± 7,2 (0-27)
Edad media ± DE (rango)	51,8 ± 14,2 (26-80)
Dosis total (g) media ± DE (rango)	2,7 ± 1 (1-4)
Terapia concomitante	32 (64)
Metotrexato	17 (34)
Dolquine	10 (20)
Otros*	7 (14)
Micofenolato de mofetilo	6 (12)
Azatioprina	6 (12)
Línea de biológico	
1 ^a	21 (42)
2 ^a	17 (34)
= 3 ^a	12 (24)
Reacciones infusionales	5 (10)
Infecciones leves	13 (26)
Infecciones graves	3 (6)

Características basales y postratamiento

	Basal (media ± DE)	Post (media ± DE)	p
Leucocitos (10 ³ /µL)	7,8 ± 3,7	7,0 ± 1,8	0,93
Neutrófilos (10 ³ /µL)	5,1 ± 3,1	4,2 ± 1,6	0,40
Linfocitos (10 ³ /µL)	1,8 ± 0,7	2,5 ± 3,5	0,60
Hemoglobina (g/dL)	13,1 ± 1,7	13,5 ± 1,4	0,06
Plaquetas (10 ³ /µL)	248,1 ± 94,4	238,6 ± 56,9	0,30
Fibrinógeno (mg/dL)	434,6 ± 137,2	332,8 ± 113,7	0,03
VSG (mm/1 ^a hora)	20,4 ± 19,1	11,7 ± 12,6	< 0,001
PCR (mg/dL)	1,3 ± 1,7	1,1 ± 3,6	< 0,001
ALT (U/L)	37,5 ± 81	22,6 ± 28,9	0,50
AST (U/L)	32,6 ± 60,6	20,1 ± 17,6	0,30
Colesterol total (mg/dL)	193,9 ± 38,8	196,1 ± 36,9	0,85
Factor reumatoide (UI/mL)	1.203,3 ± 455,1	1.114 ± 423,4	0,03
ACPA AR* (UI/mL)	772,1 ± 939,4	400,9 ± 516,4	< 0,001
AntiDNA** (UI/mL)	96,8 ± 130,9	30 ± 26,8	0,13
IgG (mg/dL)	1.203,3 ± 455,1	1.114,5 ± 423,4	0,03
IgM (mg/dL)	172,7 ± 138,7	111,5 ± 72,9	< 0,001
IgA (mg/dL)	283,9 ± 154,2	269,2 ± 148,6	0,02
C3 (mg/dL)	100,1 ± 26,5	101,5 ± 20,2	1
C4 (mg/dL)	17,3 ± 6,7	21,9 ± 19,6	0,25
Prednisona (mg/día)	6,7 ± 7,5	3,6 ± 3,3	< 0,001

*ACPA sólo analizado en pacientes con AR. **antiDNA sólo analizado en pacientes con LES y solapamientos. Otros tratamientos concomitantes: abatacept, etanercept, sulfasalazina, ciclosporina y leflunomida.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de pacientes diagnosticados de ERAC en tratamiento con RTX. Se recogen caracte-

rísticas demográficas, clínicas, analíticas basales y a los 12 meses. También tratamiento concomitante, dosis de corticoides, tratamientos biológicos previos, dosis acumulada de RTX, necesidad de suplementación con Inmunoglobulinas, reacciones infusionales y anafilácticas, así como complicaciones infecciosas, recidivas tumorales o desarrollo de enfermedades desmielinizantes. La comparación se realiza mediante test no paramétrico de Wilcoxon.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes en tratamiento con RTX (tablas). Tras 12 meses de tratamiento, encontramos que RTX no induce citopenias en ninguna de las 3 series, alteraciones en el perfil hepático, lipídico, niveles de complemento ni hipogammaglobulinemia. También se objetiva descenso significativo ($p < 0,05$) de los reactantes de fase aguda (PCR, fibrinógeno y VSG), de los títulos de factor reumatoide ($p < 0,001$) y de ACPA ($p < 0,001$). Se ha observado una reducción significativa ($p < 0,001$) de la dosis media de prednisona tras el tratamiento con RTX. Se han evidenciado 3 infecciones graves (2 neumonías y una infección de prótesis de rodilla), 13 infecciones leves (8 mucocutáneas, 2 gastrointestinales, 2 respiratorias y 2 genitourinarias) y 3 reacciones infusionales. No se ha producido ningún caso de hipogammaglobulinemia, primoinfección/reactivación de virus hepatotropos ni micobacterias, recidivas tumorales, enfermedades desmielinizantes, anafilaxis ni casos de mortalidad asociada al tratamiento.

Conclusiones: RTX ha demostrado en nuestros pacientes un ahorro en la dosis media de corticoides, descenso de las inmunoglobulinas circulantes (incluyendo autoanticuerpos) sin inducir hipogammaglobulinemia. Es un tratamiento relativamente seguro, sin condicionar toxicidad hematológica, hepática ni inmunosupresora profunda durante un año de seguimiento en los pacientes con ERAC. Queda por determinar esta seguridad a más largo plazo.

387. MANIFESTACIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS CON AC ANTI RO+ EN EL ÁREA SANITARIA DE MÉRIDA

T. Rodríguez Araya, P. Cossío Jiménez, S. Rojas Herrera, R. Veroz González, J.J. Aznar Sánchez y E. Chamizo Carmona

Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Servicio de Reumatología. Hospital General Ciudad de Mérida.

Introducción: La presencia de Ac anti Ro en pacientes con enfermedades autoinmunes e, incluso, en individuos sanos, se ha relacionado, aunque no de forma directa, con la aparición de determinadas lesiones cutáneas. No está muy estudiada la relación entre manifestaciones cutáneas concretas y las subunidades de anti Ro.

Objetivos: Analizar los subtipos de Ac antiRo de personas con y sin criterios de enfermedad autoinmune reumatológica y determinar si existe relación con alguna forma específica de lesión cutánea.

Métodos: Revisamos las historias clínicas de pacientes que habían tenido más de una determinación de Ac anti Ro positiva, entre los años 2010 y 2012, en el hospital de Mérida, recogiendo datos sobre la existencia o no de determinadas lesiones cutáneas, a saber, lupus

cutáneo subagudo (LECSA), lupus eritematoso discoide (LED), fotosensibilidad, rash malar, alopecia y psoriasis. Después, se estudió la asociación estadística (χ^2 y, en los casos necesarios, empleando la corrección de Yates) entre cada lesión cutánea presentada y las subunidades de Ac anti Ro presentes.

Resultados: Se incluyeron 131 pacientes, de los cuales 63 (48,09%) padecían al menos una de las lesiones cutáneas descritas, y en ocasiones varias de ellas simultáneamente. La frecuencia de los tipos de Ac anti Ro encontrados fue la siguiente: Ac anti Ro52+: 11 (8,4%), Ac anti Ro60+: 33 (25,19%), Ac anti Ro52/60+: 73 (el 55,72%), patrón desconocido de Ac: 14 (10,69%). En 47 pacientes (35,88%) se encontró simultáneamente Ac anti Ro+ y anti La+. Los resultados de la frecuencia de cada una de las lesiones cutáneas en nuestra muestra así como su relación con los subtipos de Ac anti Ro están representados en la tabla 1. Se estudió la asociación entre las distintas variables clínicas e inmunológicas mediante χ^2 (y corrección de Yates) y encontramos una asociación negativa para la subunidad de 52 kD para fotosensibilidad ($p < 0,05$) y para rash malar, aunque esta última no alcanzó significación estadística ($p < 0,1$).

Conclusiones: En nuestro estudio la positividad aislada de la subunidad de 52 kD no se dio en ninguno de los casos de afectación cutánea, encontrando significación estadística únicamente con la manifestación más frecuente, fotosensibilidad. Son necesarios estudios con mayor tamaño muestral para poder corroborar la asociación negativa entre Ac Ro52+ (en ausencia de Ro60) y las lesiones cutáneas.

388. DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR NO CONOCIDOS EN PACIENTES INCIDENTES CON GOTA

J.C. Ordóñez Ignacios y M. Andrés Collado

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción: La gota es una enfermedad causada por depósito de cristales de urato monosódico en las articulaciones tras hiperuricemia persistente, generando inflamación persistente. Los pacientes con gota tienen a menudo condiciones comórbidas tales como la enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal, diabetes mellitus etc. De hecho, algunas de las comorbilidades, puede aumentar los niveles de ácido úrico en la sangre y por lo tanto contribuir al desarrollo de la gota. Su control e identificación resulta fundamental en el manejo de los pacientes.

Objetivos: Estimar qué porcentaje de factores de riesgo CV no son previamente conocidos o diagnosticados en el momento del diagnóstico de gota.

Métodos: Es un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, en un único centro, por muestreo consecutivo de casos de gota, diagnosticada por identificación de cristales de urato monosódico en líquido sinovial o aspirado de material de un tofo. Se realizó evaluación cardiovascular sistemática con toma de tensión arterial, antropometría y estudio analítico. La hipertensión arterial (HTA), fue definida por diagnóstico previo, presión arterial = a 140/90 mmHg

Tabla Póster 387

Manifestaciones Cutáneas n (%)	Ac Ro52	Ac Ro60	Ac Ro52/60	Ac Ro desconocido	Ac Ro/La	Total
LECSA	0 (0)	4 (25)	11 (68,75)	1 (6,25)	6 (37,5)	16 (100) 12,21%
LED	0 (0)	1 (11,11)	7 (77,78)	1 (11,11)	4 (44,44)	9 (100) 6,87%
Fotosensibilidad	0 (0)	15 (31,25)	30 (62,5)	3 (6,25)	20 (41,67)	48 (100) 36,64%
Rash malar	0 (0)	10 (30,30)	21 (63,64)	2 (6,06)	14 (42,42)	33 (100) 25,19%
Alopecia	0 (0)	6 (30)	13 (65)	1 (11,11)	6 (30)	20 (100) 15,27%
Psoriasis	0 (0)	2 (40)	3 (60)	0 (0)	3 (60)	5 (100) 3,82%

y/o uso de medicación antihipertensiva. La diabetes mellitus tipo 2 (DM-2) fue definida por diagnóstico previo, glicemias = 126 mg/dL, hemoglobina glicosilada = 6,5%, o complicaciones microangiopáticas, la dislipemia (DLP), definida como un diagnóstico previo, uso de hipolipemiantes o niveles de colesterol total > 200 mg/dL y/o triglicéridos > 150 mg/dL. Se presenta un análisis descriptivo de los resultados.

Resultados: Se han incluido un total de 199 pacientes, cuya edad promedio fue de 63,4 años (DE ± 13,2) de los cuales 171 (85,9%) eran varones. Los FRCV a la inclusión fueron HTA 136 (68,3%), DLP 13 (51,8%), DM-2 47 (23,6%). Otras variables halladas fueron obesidad 76 (38,6%), tabaquismo activo 40 (20,1%), uso de diuréticos en 87 (43,7%), Insuficiencia renal en 57 (28,6%). Mientras que en el cribado de nuevos FRCV se detectó la presencia de DLP en 59 pacientes (29,6%), de HTA en 20 (10,1%) y de DM-2 en 14 (7%), hallándose un nuevo FRCV 52 pacientes (26,1%), 2 FRCV 13 (6,5%) e incluso 3 FRCV en 2 casos (1,0%) con un porcentaje global de nuevos FRCV en 94 (46,7%) pacientes.

Conclusiones: En casi la mitad de los pacientes se detectó un FRCV no conocido a la inclusión. Los diagnósticos no conocidos presentes fueron DLP seguido por HTA y DM-2, demostrando la importancia en la búsqueda activa de nuevos FRCV en pacientes diagnosticados de gota dado que su presencia incrementa el riesgo cardiovascular.

389. FACTORES DE RIESGO DE CRISIS RENAL ESCLERODÉRMICA

M. Garijo Bufort¹, A. García Valle¹, M. Retuerto Guerrero¹, C. Iñiguez Ubiaga¹, E. Díez Álvarez¹, C. Moriano Morales¹, A. López Robles¹, C. Álvarez Castro¹, M. Martín Martínez¹, T. Pérez Sandoval¹, S. Mariño² y E. Momfá²

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

Introducción: La crisis renal (CR) es una complicación poco frecuente de la esclerodermia (ES) con una alta morbimortalidad.

Objetivos: Estudio de las características y el pronóstico de estos pacientes y evaluación de las variables clínicas, farmacológicas y serológicas que podrían influir en su aparición.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de tipo casos y controles en el que se incluyeron 8 pacientes con ES (ACR-EULAR 2013) que desarrollaron CR en el Complejo Asistencial Universitario de León entre 1998 y 2015. Por cada caso se seleccionó un control con las mismas características en cuanto a sexo, afectación cutánea limitada (ESL) o difusa (ESD) (Leroy 2001), afectación visceral y positividad Ac anti-centrómero o anti-topoisomerasa I. Las variables estudiadas fueron: epidemiológicas (sexo, edad CR, tiempo hasta CR); comorbilidades [tabaco, hipertensión arterial (HTA), dislipemia, diabetes mellitus (DM), hiperuricemia, enfermedad renal crónica (ERC), infarto agudo de miocardio (IAM) y accidente cerebrovascular (ACV)]; afectación cutánea y sistémica (ESL, ESD, articular, digestiva, pulmonar, cardíaca); fármacos [glucocorticoides, ciclosporina, inhibidores del enzima convertidor de angiotensina (IECAS)]; serológicas (ANA, anti-DNA, anti-centrómero, anti-topoisomerasa I, anti-Ro, anti-La, anti-RNP, anti-Sm, anticardiolipinas, anticoagulante lúpico, ANCAS, VSG y PCR) y morbimortalidad (diálisis permanente, diálisis transitoria, trasplante renal, exitus global, exitus por CR). Estudio estadístico con SPSS v17.0 con $p < 0,005$ y análisis de los datos mediante test de Fisher. El trabajo fue aprobado por el Comité Ético del hospital.

Resultados: 25% hombres, 75% mujeres, media de edad de CR 63,4 años, tiempo medio hasta CR 1,2 meses. Las diferencias estudiadas entre los casos y los controles fueron: fumadores (62,5% vs 25%), HTA (37,5% vs 25%), dislipemia (12,5% vs 12,5%), DM e hiperuricemia (12,5% vs 0), ERC (25% vs 0). No hubo pacientes con ACV o IAM. ESL (50% vs 50%), ESD (50% vs 50%), articular (50% vs 25%), pulmonar (62,5% vs 50%), digestiva (25% vs 37,5%), cardíaca (12,5% vs 12,5%),

glucocorticoides (87,5% vs 75%), IECAS (12,5% vs 12,5%). Ningún paciente recibió ciclosporina. ANA (100% vs 75%), anti-DNA (12,5% vs 0), anti-topoisomerasa I (50% vs 50%). No se encontraron anticuerpos anti-centrómero positivos en los pacientes con CR. Anti-Ro (25% vs 25%), anti-La (12,5% vs 0), anti-RNP (0 vs 12,5%), anti-Sm (0 vs 12,5%), anticardiolipina (40% vs 0), anticoagulante lúpico (66,7% vs 16,7%), ANCAS (14,3% vs 0). No se observó descenso del complemento. VSG (75% vs 87,5%), PCR (37,5% vs 12,5%). Diálisis transitoria (100% vs 0) ($p < 0,005$), diálisis permanente (75% vs 0), exitus (50% vs 12,5%), exitus por la CR (12,5%).

Conclusiones: No se conoce la influencia de los factores de riesgo cardiovascular como desencadenantes de la CR, por lo que hacen falta más estudios. Aunque en las series publicadas la CR es más frecuente en la ESD, también puede verse en formas limitadas. Es bastante evidente el papel de los glucocorticoides como desencadenante de la CR, por lo que deben evitarse. Es excepcional la aparición de la CR en pacientes con Ac anticentrómero +. La presencia de anticardiolipinas y anticoagulante lúpico podría tener importancia clínica, siendo necesario estudios más amplios. La CR sigue teniendo altas tasas de mortalidad a pesar del tratamiento con IECAS y muchos de estos pacientes necesitan ser dializados.

390. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA Y ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO

J. González-Martín¹, O. Carrión², A. Abdelkader², E. Calvo¹, M. Valero¹, S. Rodríguez¹, I. Amil¹, F. Aramburu¹, F. Saiz² y P. García de la Peña¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Cirugía Vascul. Hospital Universitario Madrid Norte Sanchinarro (HM Hospitales). Madrid.

Objetivos: Detectar factores de riesgo cardiovascular y disfunción endotelial en pacientes con esclerosis sistémica (ES) y EMTTC en nuestro servicio. Crear una cohorte longitudinal de pacientes realizando estudio anual. Se han recogido estudios desde abril 2012 a diciembre 2015.

Métodos: El protocolo de recogida de datos incluyó IMC, DL, DM, HTA, tabaquismo, trombosis, AIT y cardiopatía isquémica. El estudio analítico incluyó VSG y PCR, CT, HDL, LDL, Trig, 25OHvitD y homocisteína. El protocolo ecográfico vascular incluyó: 1. Estudio del eje carotideo, con grosor de la intima media (GIM) y presencia de placas. 2. Índice tobillo brazo (ITB) en MMII, patológico ITB $\leq 0,9$. 3. Disfunción endotelial evaluando la capacidad de vasodilatación del endotelio en la arteria humeral tras un periodo de isquemia transitoria (5 min). Se determinó la vasodilatación mediada por flujo en % (VDMF%) como el cociente entre la diferencia del diámetro postisquemia menos el diámetro basal, dividido por el diámetro basal. Se considera disfunción endotelial a la VDMF < 10% y disfunción endotelial severa si es < 5%.

Resultados: Se incluyeron un total de 61 pacientes (95,1% mujeres): 28 ES limitada, 21 ES difusa, 4 EMTTC, 3 síndrome overlap ES-polimiositis, 3 pre-esclerodermia y 2 ES Sine. La edad media en el momento del estudio y al diagnóstico fueron de 49 (19-76) y 46 años (17-75). 7 pacientes eran HTA, 2 DM, 18 DL (10 hipercolesterolemia, 2 hipertrigliceridemia y 6 ambas), 9 fumadores activos (media 14 paq/año) y 18 ex-fumadore, 2 pacientes con ACVAs, 3 trombosis (2 venosas y 1 arterial) y 1 cardiopatía isquémica. El IMC medio fue 24 (18-50), teniendo sobrepeso (IMC > 25) el 27,3%. A nivel analítico los niveles medios de las distintas determinaciones fueron VSG: 15 mm/h (1-55), PCR: 2,7 mg/L (0,1-22), COL: 198 mg/dL (143-298), HDL 79 mg/dL (36-178), LDL:101 mg/dL (51-167), 25-OH-VitaminaD: 23,6 ng/mL (12-118), homocisteína 10,8 $\mu\text{mol/l}$ (5,9-19,5) y el 21,4% tenían niveles patológicos, superiores a 15 micromol/l. Además 4 pacientes

presentaban acs. anticardiolipina, 3 anti-B2-GPI y 2 anticoagulante lúpico. El 88% AAN+ (35 AAC, 5 AAT1, 2 ARP III). El Skin Score de Rodnan modificado medio fue de 9 (0-42), el 20% tenían EPID y el 3% HAP. El 64% de los pacientes habían o estaban recibiendo tratamiento con corticoides (30 con dosis < 10 mg/día), y el 65% FAMES destacando 6 pacientes ciclofosfamida, 2 micofenolato y 8 terapias biológicas. Los hallazgos ecográficos fueron los siguientes: 1. El GIM de la carótida común derecha e izquierda fue de 0,6 (0,4-1,2) y 0,7 mm (0,4-1,3). El 66% tuvieron un aumento del GIM derecha, el 61,2% de la izquierda y el 43% en ambas, comparado con su grupo de edad de la población de referencia. 2. El 11% de los pacientes presentaban placas en el lado derecho, el 15% en el izquierdo, y el 7% bilaterales. 3. Una paciente presentó un ITB < 9 en lado derecho y 2 en el izquierdo. 4. El VDMF medio fue 4%, el 80% presentó disfunción endotelial, siendo grave en el 51% de estos.

Conclusiones: 1. Un 27,3% de los pacientes presentan un IMC > 25. 2. El 16% de los pacientes presentaba hiperhomocisteinemia analítica en el momento del estudio. 3. El 66% presentan aumento del GIM siendo el porcentaje de placas mucho menor. 4. Un 80% de los pacientes presentan disfunción endotelial siendo esta severa en casi el 50%.

391. SÍNDROMES PARANEOPLÁSICOS REUMATOLÓGICOS: SERIE DE CASOS DIAGNOSTICADOS EN UN PERÍODO DE 5 AÑOS

M. Retuerto Guerrero¹, C. Moriano Morales¹, S. Raposo García², A. García Valle¹, M. Garijo Bufort¹, C. Iñiguez Ubiaga¹, A. López Robles¹, M. Martín Martínez¹, C. Álvarez Castro¹, E. Díez Álvarez¹ y T. Pérez Sandoval¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción: Las manifestaciones reumatológicas pueden asociarse a una neoplasia maligna subyacente a través de diferentes vías: por invasión tumoral, relacionadas con la terapia antineoplásica o inducidas por la propia neoplasia a través de productos biológicos. En el último caso, constituyen un síndrome paraneoplásico a distancia del tumor primario o sus metástasis, siendo esta entidad clínica el objeto de nuestro estudio. La presencia de manifestaciones atípicas de una enfermedad reumática, una mayor edad al debut clínico de la misma y la ausencia de respuesta al tratamiento convencional, deben orientarnos a la existencia de una neoplasia oculta. Los síndromes reumáticos paraneoplásicos pueden aparecer después del diagnóstico tumoral o incluso precederlo en un período de 2 años, aunque el curso de ambos suele ser paralelo, sin que esté claramente definida esta relación temporal.

Objetivos: Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de síndrome paraneoplásico reumatológico en los últimos 5 años en nuestro centro. Evaluar la relación temporal entre la aparición de la clínica reumatológica y el tumor, y determinar factores que puedan influir en esta asociación.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de casos diagnosticados en el Servicio de Reumatología del Hospital de León entre los años 2009 y 2014. Se evaluaron: antecedentes familiares de enfermedad reumatológica, existencia de una neoplasia previa, exposición a tóxicos (alcohol o tabaco), forma de presentación del cuadro clínico, estadio tumoral al diagnóstico y respuesta a tratamientos convencionales, así como variables de laboratorio: VSG y PCR, marcadores serológicos de malignidad y presencia de autoanticuerpos.

Resultados: Se incluyeron 18 pacientes, 50% varones, con una mediana de edad al diagnóstico oncológico de 69,3 años (rango intercuartílico (RI): 57,9-80,2), de los que sólo 2 (11,1%) habían padecido una neoplasia previa. El 16,6% tenía algún familiar con enfermedad reumatológica. La mayoría de los tumores diagnosticados fueron sólidos (88,8%) y el 50% estaba diseminado. La clínica

reumatológica precedió al diagnóstico tumoral en un 66,6% de los casos, con una mediana de tiempo de 3,5 meses (RI: 2,8-10,8), detectándose la neoplasia en los primeros 6 meses en el 44,4% de los casos. Seis pacientes mostraron síntomas reumatológicos a lo largo de la evolución del tumor con una mediana de tiempo de 2,9 meses (RI: 1,4-7,7). El síntoma clínico predominante fue la artritis y las conectivopatías fueron la forma de síndrome paraneoplásico más frecuente en mujeres ($p = 0,05$). No se encontró relación entre la elevación de marcadores tumorales con el estadio de la neoplasia ni con el cuadro reumatológico concomitante, mientras que los pacientes con mayor valor de PCR, presentaron peor pronóstico, con mayor tasa de exitus en estos 5 años ($p = 0,023$).

Conclusiones: El síndrome paraneoplásico reumatológico es una entidad clínica poco frecuente que suele aparecer de forma concomitante con la neoplasia maligna subyacente. En nuestro estudio: el sexo, la edad, el hábito tabáquico o enólico y el estadio tumoral, no han demostrado ser factores determinantes en su desarrollo. Existe una fuerte tendencia a que los varones presenten más artropatías y las mujeres más conectivopatías como forma de síndrome paraneoplásico. El valor de la variable PCR puede comportarse como factor pronóstico a 5 años.

392. PERSISTENCIA EN EL PRIMER ANTI-TNF ALFA Y OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

J.A. Pinto-Tasende, E. Alonso Blanco-Morales, C. Bejerano, J. Gromaz, B. Acasuso, M.T. Silva, C. Fernández, N. Oreiro, A. Raga, M. Freire, A. Atanes, J. de Toro y F. Blanco

INIBIC. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña-EOXXI A Coruña.

Introducción: Al igual que en la artritis reumatoide algunos pacientes con artritis psoriásica (APs) pueden ser refractarios a la terapia anti-TNF α , pueden perder la capacidad de respuesta o desarrollar intolerancia al fármaco a través del tiempo y el cambio a otro antagonista del TNF α a menudo puede restablecer la respuesta terapéutica.

Objetivos: El objetivo del estudio fue determinar las tasas de persistencia de tratamiento e identificar las causas de la interrupción en los pacientes con APs en la práctica clínica.

Métodos: Pacientes con artritis psoriásica (clasificados sobre la base de criterios CASPAR) y tratados con bloqueadores del TNF α (siguiendo recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología) adalimumab (ADA), etanercept (ETA), golimumab (GOL), infliximab (INF) o certolizumab pegol (CTZ), entre 2011-2015, fueron incluidos en este estudio transversal, observacional y retrospectivo. Se analizó la permanencia en el primer tratamiento y se evaluaron las diferencias entre los tratamientos por medio de un modelo de análisis de varianza (ANOVA), mientras que se utilizó una prueba de chi-cuadrado para evaluar las relaciones entre las terapias, las causas de la interrupción del tratamiento, la administración de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad concomitante (FAME) y los tipos clínicos de la Aps.

Resultados: Ciento noventa y seis pacientes recibieron tratamiento anti-TNF: 98 ETA, 63 ADA, 22 GOL, 10 INF y 3 CTZ, con una media de edad de 51,7 (12,4) años, sin diferencias entre los grupos de terapias ($p > 0,993$), y 111 eran hombres (56,6%). Tenían tratamiento combinado con FAME 126 pacientes (64,3%) y no observamos entre los cinco anti-TNF. Hubo persistencia en primer anti-TNF, con una media de 61,2 (12,8) meses, en 143 pacientes (73,0%): 84,7% de ETA, el 60,3% de la ADA, el 59,1% GOL, 70% INF y el 66,7% CTZ, observando que era mayor con el etanercept ($p < 0,007$) y sin diferencias entre los subtipos clínicos ($p > 0,978$). La terapia combinada con FAME se asoció con una persistencia mayor en el primer anti-TNF, 67,8% vs 55,9%,

pero sin significación estadística (p 0,108). El cambio del primer anti-TNF se produjo en 53 pacientes: la pérdida de respuesta ocurrió en 33 pacientes (62,3%) y la interrupción por eventos adversos en 20 pacientes (37,7%), sin diferencias entre los grupos de terapias (p 0,535). En 68 (34,7%) pacientes en remisión se optimizó el tratamiento sin observar diferencias entre los grupos (p 0,265).

Conclusiones: En esta cohorte, la terapia anti-TNFa se asoció con alta permanencia en el primer tratamiento, sobre todo con etanercept. El cambio a otro agente anti-TNFa ocurrió en un tercio de los pacientes cuando el tratamiento fue suspendido por ineficacia o un evento adverso. Un tercio de los pacientes fueron optimizados.

393. DENSIDAD MINERAL ÓSEA, CALCIDIOL SÉRICO Y RIESGO DE FRACTURA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA TRATADAS CON INHIBIDORES DE LA AROMATASA

G. González, J. Molina, C. Tornero, P. Aguado, M. Bernad, A. Balsa y E. Martín-Mola

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos: Estudiar la densidad mineral ósea (DMO) y el calcidiol sérico (CS) así como establecer el riesgo de fractura determinado por FRAX en mujeres con cáncer de mama en tratamiento con inhibidores de la aromatasa (IA).

Métodos: Estudio transversal de 37 mujeres (36 posmenopáusicas; 1 premenopáusica) con cáncer de mama en tratamiento con IA derivadas a nuestra Unidad Metabólica Ósea para estudio de Osteoporosis. Se recogieron datos sociodemográficos y antropométricos, factores de riesgo para fractura, calcidiol sérico y otros parámetros bioquímicos de metabolismo óseo, radiología simple dorsolumbar y DMO determinada por absorciometría dual de rayos X (DXA Hologic QDR) en evaluación inicial en nuestra consulta.

Resultados: La edad media de las pacientes fue de $67,02 \pm 9,51$ años. Todas las pacientes habían iniciado tratamiento con IA: 10 (27%) anastrozol; 24 (64%) letrozol y 3 (8%), exemestano. La media de exposición previa a los IA fue de $25,97 \pm 22$ meses. Con respecto a los niveles de calcidiol sérico el 61,1% de las pacientes presentó niveles insuficientes (< 30 ng/ml) y el 33,3%, deficitarios (< 20 mg/dl), siendo un 13,9% de éstos inferiores a 10 mg/dl. En el estudio densitométrico 25 (67,6%) pacientes presentaban osteoporosis y 12 (32,4%), osteopenia. El 43,2% de las pacientes presentó un FRAX $> 3\%$ para fractura de cadera y el 10,8% un FRAX $> 20\%$ para frac-

tura global. El resto de variables relacionadas con los factores de riesgo para fractura y hallazgos densitométricos se incluyen en la tabla. Con respecto a dichos parámetros, se encontró una tendencia a la significación estadística en la asociación entre los niveles de calcidiol sérico y la DMO en triángulo de Wards ($p = 0,05$). No se encontró asociación entre los niveles de calcidiol sérico y los factores antropométricos y de riesgo de fractura evaluados, parámetros bioquímicos del metabolismo óseo, DMO en el resto de localizaciones ni elevado riesgo de fractura según índice FRAX. Asimismo, no hubo diferencias significativas según el tipo de IA recibido en los niveles de calcidiol sérico, prevalencia de osteopenia u osteoporosis e índice FRAX. Tras la visita inicial, un 81,1% de las pacientes inició suplementación con calcio y vitamina D y un 67,6% de pacientes (24) fue subsidiario de terapia antirresortiva: 4 (10,8%) iniciaron alendronato; 11 (29,7%), risedronato; 2 (5,41%), ácido zoledrónico y 5 (13,5%), denosumab.

Conclusiones: Las pacientes en tratamiento con IA muestran una alta prevalencia de baja densidad mineral ósea y de niveles insuficientes de vitamina D, en ocasiones en rango osteomalácico. Se hace necesaria una evaluación ósea sistemática en estos pacientes.

394. USO DE INFLIXIMAB BIOSIMILAR EN PACIENTES INFLIXIMAB NAÏVE. NUESTRA EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE DÍA DE REUMATOLOGÍA

L.M. Jiménez Liñán¹, M.L. Velloso-Feijoo¹, S.A. Rodríguez Montero¹, N. Moros Carballo² y J.L. Marengo de la Fuente¹

¹UGC de Reumatología; ²Enfermería de la Unidad de Día de Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: La introducción de los biosimilares es una realidad. Desde la aprobación del primer biosimilar del grupo de los inhibidores del TNF alfa (infiximab), son numerosos los pacientes que reciben este tratamiento en las distintas unidades de día de Reumatología. A continuación exponemos nuestra experiencia con dicho biosimilar en pacientes no tratados previamente con infiximab (infiximab naïve).

Objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes naïve tratados con infiximab biosimilar (IFX-B), respuesta clínica y eventos adversos ocurridos con dicho fármaco.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo sobre 13 pacientes con enfermedades inflamatorias articulares, infiximab naïve, que ini-

Tabla Póster 393

IMC (media \pm DE)	26,2 \pm 4,7%
Antecedentes familiares fractura cadera, n/N(%)	7/37 (18,9%)
Antecedentes personales fractura, n/N (%)	Cadera: 1/37 (2,7%) Vertebral: 1/37 (2,7%) Periférica: 2/37 (5,41%)
Hábito tabáquico n/N (%)	No fumador: 23 (62%) Fumador: 5 (13,5%) Exfumador: 9 (24,3%)
Ingesta > 30 g/día de alcohol	1/37 (2,7%)
Exposición solar = 10 minutos/día	20/37 (54,1%)
Tratamiento OP previo, n/N (%)	19/37 (51,35%)
Niveles de calcidiol sérico, media (mg/dl)	30,2 \pm 19,2 (mg/dl).
Niveles de calcidiol sérico, (mg/dl)	= 30 mg/dl: 12/37 (32,4%) [20-29,9] mg/dl: 10/37 (27%) [10-20] mg/dl: 7/37 (18,9%)
Riesgo fractura a 10 años (FRAX), n/N (%)	Fractura cadera $> 3\%$: 16/37 (43,24%) Fractura mayor OP $> 20\%$: 4/37 (10,8%)
Densitometría ósea (g/cm ³), media \pm DE	DMO cadera total: 0,72 \pm 0,1 DMO cuello femoral: 0,617 \pm 0,8 DMO trocánter: 0,536 \pm 0,8 DMO Wards: 0,427 \pm 0,9 DMO Interlínea: 0,871 \pm 1,3 DMO C lumbar: 1,068 \pm 0,2 T-score/Z-score CF: -2,46 \pm 0,73/-0,648 \pm 0,78 T-score/Z-score CL: -2,29 \pm 1,18/-0,33 \pm 1,38

Tabla Póster 394

Código	Sexo	Edad al inicio	Nº dosis	Enfermedad	FAME concomitante	Biológico previo	DAS28 (PCR) inicial	DAS28 (PCR) final	BASDAI inicial	BASDAI final	Efectos adversos
1	H	18	1	AIJ	Sí	No	5,11	NA	NA	NA	No
2	H	56	3	APs	Sí	No	4,36	4,57	NA	NA	Fallo primario
3	H	42	2	APs	Sí	No	4,33	4,28	NA	NA	No
4	M	46	6	AR	Sí	No	3,03	3,18	NA	NA	No
5	H	71	5	AR	Sí	No	8,83	1,02	NA	NA	No
6	H	52	6	AR	Sí	No	4,42	2,88	NA	NA	No
7	H	52	6	AR	Sí	No	3,56	2,97	NA	NA	No
8	H	69	4	AR	Sí	No	7,76	6,81	NA	NA	Fallo primario
9	M	56	4	AR	Sí	No	3,25	3,16	NA	NA	Reacción infusional
10	H	58	7	EA	Sí	NA	NA	NA	9,4	5,9	No
11	M	38	6	EA	Sí	No	NA	NA	8,6	4,6	Fiebre 1ª dosis
12	M	35	7	EA	Sí	Sí	NA	NA	7,8	4,2	No
13	H	53	1	EA	Sí	Sí	NA	NA	7	NA	Pérdida seguimiento

cian tratamiento con IFX-B en el periodo comprendido entre marzo de 2015 hasta enero de 2016.

Resultados: Se incluyeron 13 pacientes (9 hombres y 4 mujeres), con una edad media de 50 ± 14,24 años. Seis de ellos eran artritis reumatoide (AR), 4 espondilitis anquilosante (EA), 2 artritis psoriásicas con afectación periférica (APs) y 1 artritis idiopática juvenil (AIJ). Todos los pacientes realizaban tratamiento concomitante con fármacos modificadores de enfermedad (FAMEs), fundamentalmente metotrexate, excepto uno con EA que tomaba antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Tres de los 13 pacientes (todos EA) habían sido tratados previamente con fármacos anti-TNF, uno de ellos incluso con dos diferentes. Los pacientes recibieron una media de 4,46 ± 2,06 infusiones de IFX-B en el esquema de tratamiento habitual en las semanas 0, 2, 6 y posteriormente cada 8 semanas, en las dosis establecidas para cada patología en función del peso. En los pacientes con AR se observó un descenso en la media de la proteína C reactiva (PCR) de 39,3 mg/l, mediana 6 (3,6, 35,3) a 15,35 en la 8ª semana, mediana 2,55 (2,02, 7,7), mientras que en posteriores dosis, la media fue de 1,48 ± 0,63 mg/l. La media del DAS28-PCR basal pasó de 5,14 a 3,34 ± 2,5. En 2 de los 6 pacientes con AR se suspendió el IFX-B tras la 4ª dosis, uno por ineficacia y otro por reacción cutánea infusional. De los restantes, uno consiguió la remisión y 3 presentaban actividad baja. Con respecto a los 4 pacientes con EA, la PCR media basal fue de 8,23 ± 5,05 mg/L y la media actual de 1,9 ± 1,7 mg/L (excluimos a un paciente con una sola dosis de IFX-B). El BASDAI medio basal fue de 8,6 puntos inicial ± 1,03, con 4,9 ± 0,9 puntos de media tras la última dosis. Sólo hay 2 pacientes con APs, experimentando ambos una mejoría muy leve tras la primera infusión de IFX-B (DAS28-PCR inicial 4,3 ± 0,02 y en la segunda dosis 4,4 ± 0,2). El paciente con la AIJ sólo se ha administrado una dosis. Del total de los pacientes, un 15,4% presentaron fallo primario y un paciente una reacción cutánea como evento adverso, con retirada del fármaco en los 3 casos. Un 7,7% experimentó clínica inter dosis sin retirada del fármaco y en otro paciente perdió el seguimiento.

Conclusiones: Debido a que es un estudio descriptivo y al escaso número de pacientes incluidos, no se pueden establecer conclusiones. Sin embargo, observamos que se produce un descenso en la actividad inflamatoria en pacientes con AR, medida con DAS28-PCR, y con EA medida por BASDAI, con resultados similares a los observados en estudios con IFX.

395. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL TRATAMIENTO CON ÁCIDO ZOLEDRÓNICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. NUESTRA EXPERIENCIA

M. Retuerto Guerrero¹, L. Sierra Herranz², C. Moriano Morales¹, M. Martín Martínez¹, A. García Valle¹, M. Garijo Bufort¹, C. Iñiguez Ubiaga¹, A. López Robles¹, C. Álvarez Castro¹, E. Díez Álvarez¹ y T. Pérez Sandoval¹

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

Introducción: El zoledronato es un bifosfonato ampliamente utilizado en el tratamiento de patología ósea como la enfermedad de Paget y la osteoporosis, dado su cómoda posología (infusión anual), aseguramiento del cumplimiento terapéutico y de excelente perfil de seguridad.

Objetivos: Nuestro objetivo es describir las características clínicas y demográficas de los pacientes tratados con zoledronato en nuestro hospital durante los últimos 5 años, según las diferentes indicaciones terapéuticas.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo en el que se han incluido 186 pacientes tratados con zoledronato en el Complejo Asistencial Universitario de León desde el 1 enero 2011 al 31 diciembre 2015, incluyéndose dos de las principales indicaciones terapéuticas del fármaco: osteoporosis y enfermedad de Paget ósea. Se han obtenido datos clínicos y analíticos a partir de lo reseñado en la historia clínica.

Resultados: Fueron incluidos 186 pacientes, 76,9% mujeres y 23,1% varones, con una edad media en el momento de la primera infusión de 73,77 ± 10,451 [43-97]. Cuarenta y seis de los tratamientos fueron indicados por enfermedad de Paget ósea activa (26,3%), 136 por osteoporosis (76,1%) y uno por osteogénesis imperfecta (0,5%). En los tratados por enfermedad de Paget, el 51% eran varones y el 49% mujeres, presentando el 48% de ellos afectación monostótica y el 52% poliostótica. La fosfatasa alcalina (FA) media al inicio del tratamiento fue de 444,82 + 292,85 UI/l, recibiendo una dosis media de infusiones de 1,12 con DE 0,389. La FA tras la infusión de zoledronato descendió hasta un valor medio de 91,98+ 41,94 UI/l en un año. Dos de los casos precisaron reinfusión tras 4 años del inicio del tratamiento. El 2% presentaron cuadro pseudogripal y sólo un paciente tuvo fractura patológica post-infusión como complicación. En el grupo tratado por osteoporosis, 18 eran varones y 118 mujeres. El 59,1% pacientes precisaron infusión por DXA patológica, el 31,4% por fracturas previas y el 7% por uso concomitante de esteroides orales a altas dosis (prednisona > 10 mg/día). La dosis media de infusión en estos pacientes fue de 2,63 ± 1,38 con una densidad media de masa ósea al inicio del tratamiento en columna lumbar de 0,804 ± 0,116 y en cadera de 0,73 ± 0,128 g/cm². La densidad media de masa ósea tras 2 años de tratamiento fue en columna lumbar de 0,831 ± 0,114 y en cadera de 0,767 ± 0,141. El 54,8% del total de los pacientes incluidos en el estudio no había recibido tratamiento previo con bifosfonatos orales, mientras el 45,2% restante sí (un 33,3% durante < 5 años y un 11,8% durante > 5 años). Siete pacientes presentaron reacciones adversas tras la infusión: 4 de carácter leve y 2 de carácter severo precisando suspensión del tratamiento por necrosis mandibular no complicada y por hipocalcemia grave. Otras causas de retirada de tratamiento fueron fracturas post-infusión en el 2,2% y ausencia de mejoría de masa ósea según DXA en el 1,1% pacientes.

Conclusiones: El ácido zoledrónico ha demostrado mejoría en los niveles de FA en enfermedad de Paget en dosis única, y de la densidad mineral ósea tanto a nivel lumbar como en cadera, presentando escasas complicaciones, siendo una buena opción terapéutica.

396. CALCIDIOL SÉRICO, DENSITOMETRÍA ÓSEA Y PRUEBAS DE FUNCIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (EPI)

A. Pieren, C. Tornero, P. Aguado, G. Bonilla, V. Navarro, L. Gómez-Carrera, A. Balsa y E. Martín-Mola

Servicio de Reumatología; Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: La vitamina D juega un papel fundamental en la regulación del metabolismo óseo y cada día es más conocido su rol en la modulación del sistema inmunitario, así como su posible implicación en la patogénesis de enfermedades autoinmunes. Se ha hipotetizado sobre su papel en el desarrollo de enfermedad pulmonares, tales como las enfermedades pulmonares intersticiales (EPI), al inhibir el fenotipo profibrótico de los fibroblastos pulmonares y epiteliales. Asimismo, se ha postulado la asociación entre el déficit de vitamina D y una función pulmonar disminuida.

Objetivos: Examinar la prevalencia de la insuficiencia de vitamina D en una cohorte de pacientes con enfermedad pulmonar intersticial (EPI). Determinar una posible relación entre los niveles séricos de calcidiol y la alteración de las pruebas de función respiratoria. Evaluar la prevalencia de densidad mineral ósea disminuida y estudiar los factores relacionados.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con enfermedad pulmonar intersticial, derivados de la consulta de Neumología. Se han recogido datos demográficos, analíticos, densitométría, radiografía de columna y pruebas de función respiratoria. El estudio estadístico se ha realizado mediante SPSS.

IMC < 18, n/N (%) / IMC, media ± DE	7/44 (15,9%) / 29,25 ± 5,27
Antecedentes familiares fractura cadera, n/N (%)	5/44 (11,4%)
Antecedentes personales fractura, n/N (%)	Cadera: 1/44 (2,3%) Vertebral: 7/44 (15,9%) Periférica: 2/44 (4,5%)
Hábito tabáquico n/N (%)	No fumador: 18 (40,9%) Fumador: 1 (2,3%) Exfumador: 20 (45,5%) 2 (4,5%)
Ingesta > 30 g/día de alcohol	5 (11,4%)
Exposición solar = 10 minutos/día	1,52 ± 1,5
Número de hijos	351,7 ± 262,7
Ingesta diaria calcio (mg)	35/44 (79,5%)
Tto corticoideo previo, n/N (%)	13,76 ± 12,87
Dosis acum. prednisona (g), media ± DE	
Niveles de calcidiol sérico (mg/dl)	= 30 mg/dl: 8 (18,2%) [20-29,9] mg/dl: 16 (36,4%) [10-20] mg/dl: 15 (34,1%)
Riesgo fractura a 10 años (FRAX), n/N (%)	Fractura cadera >3%: 7/44 (15,9%) Fractura mayor OP > 20%: 3/44 (6,8%)
Densitometría ósea (g/cm ²), media ± DE	BMD cadera total: 0,871 ± 0,17 BMD CF: 0,760 ± 0,15 BMD trocánter: 0,649 ± 0,14 BMD Wards: 0,582 ± 0,16 BMD Interlínea: 1,03 ± 0,25 T-score / Z-score CF: -1,278 ± 1,38 / 0,245 ± 1,11 T-score / Z-score CL: -0,749 ± 1,86 / 0,570 ± 1,74
Pruebas función respiratoria (%)	FVC: 89,93 ± 18,81 FEV1: 85,6 ± 20,24 FEV1/FVC: 76,83 ± 9,20 DLCO: 69,03 ± 27,51 TLC: 91,07 ± 24,89

Resultados: Se recogen los datos de 44 pacientes. La edad media es de 66 años, con predominancia de mujeres. El 45,5% presentan una

enfermedad intersticial de origen idiopático (tipo NIU, NINE, NOC) y el 40,1% sarcoidosis. El 20% restante está formado por pacientes con vasculitis ANCA (2), alveolitis alérgica extrínseca (6) y aquellos con enfermedad pulmonar asociado a conectivopatías (artritis reumatoide, 3). El 79,5% de los pacientes han sido tratados con corticoides con una dosis acumulada media de 5 gramos de prednisona. La prevalencia de insuficiencia de vitamina D (< 30 ng/dl) fue del 81,3%, un 42,9% con niveles séricos < 20 ng/dl y un 6,80% < 10 ng/dl. El resto de variables relacionadas con los factores de riesgo para fractura, pruebas de función respiratoria y hallazgos densitométricos, se incluyen en la tabla. La edad, el aclaramiento de creatinina y la VSG se correlacionaron con los niveles de calcidiol. Dentro de los factores evaluados, no se demostró asociación entre los niveles de calcidiol sérico y las pruebas de función respiratoria como tampoco con la DLCO. En cambio, si se demostró una asociación indirecta entre la FVC y la DMO a nivel de trocánter que no se mantuvo al ajustar por factores de confusión (edad, tabaco y sexo). En relación con el estudio densitométrico, el 33,3% de los pacientes presentó una DMO normal, un 47,6%, osteopenia y un 19%, osteoporosis. Se correlacionó de forma significativa la DMO (en cadera total, triángulo de Wards, trocánter y región intertrocánterea) con la función renal. Asimismo, se demostró una asociación inversa entre DMO en cadera y VSG. En el análisis por subgrupos, se objetivó una población más joven en la de sarcoidosis con una mayor DMO en cadera total, trocánter y región intertrocánterea, así como menor índice FRAX. No se observaron diferencias significativas según el tipo de neumopatía en la prevalencia de osteopenia u osteoporosis, en los niveles medios de calcidiol sérico y tampoco en el resto de parámetros de metabolismo óseo.

Conclusiones: En nuestros pacientes con EPI, la insuficiencia de vitamina D es muy prevalente. No obstante, los niveles disminuidos de calcidiol no se asociaron con un empeoramiento del patrón obstructivo como se ha descrito en otras neumopatías crónicas. Tiene especial interés la relación indirecta establecida entre DMO y VSG, concluyendo que la propia actividad de la enfermedad puede un jugar un papel determinante en la regulación del metabolismo óseo.

397. MANIFESTACIONES EXTRAARTICULARES EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO

A. Pieren, D. Peiteado, E. de Miguel, M. Espinel, E. Moral, I. Monjo, M.B. Paredes, C. Tornero, G. Bonilla, C. Plasencia, L. Nuño, A. Villalba, A. Balsa y E. Martín-Mola

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: Las espondiloartritis constituyen un grupo heterogéneo de artropatías. La utilización cada vez más frecuente de agentes modificadores de la enfermedad y fármacos biológicos ha conllevado un cambio en el perfil de los pacientes con espondiloartritis, así como de las manifestaciones extraarticulares.

Objetivos: Analizar las manifestaciones extraarticulares de pacientes con Espondiloartritis en tratamiento biológico.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se evalúan todos los pacientes diagnosticados de espondiloartritis en tratamiento biológico en el Hospital de Día de nuestro servicio. Se analizan aspectos sociodemográficos, serológicos (HLA-B27, ASCAS, IgA, urato sérico), clínicos, así como las manifestaciones extraarticulares en las que se incluye: afectación cardiaca, mucocutánea, pulmonar, oftalmológica y renal. La asociación entre subgrupos de enfermedad, factores de riesgo y manifestaciones extraarticulares se realizó mediante análisis de regresión lineal (SPSS).

Resultados: Se analizaron 394 pacientes. 58,8% varones, con edad media de 51 años. Se incluyeron 173 (43,96%) espondilitis anquilosante (EA), 71 (18,2%) espondiloartritis (axial no radiográfica o con afectación periférica) (Spa), 25 (6,35%) espondiloartritis asociada a

enfermedad inflamatoria intestinal (EII), 102 (25,9%) artritis psoriásica (APs), 18 (4,57%) artritis idiopáticas juvenil (AIJ) y 5 (1,27%) artritis reactivas. Todos los pacientes habían recibido al menos un fármaco antiTNF y un 31,2% más de uno. El biológico más empleado fue el infliximab (38,1%) seguido del etanercept (31,2%). El 69,6% de los pacientes fueron HLA-B27 positivo y el 10,4% tenía niveles aumentados de IgA. Un 57,6% de los pacientes presentaron manifestaciones extraarticulares. Si se analiza por subgrupos, presentan enfermedad extraarticular el 48% de las EA, 19,7% de la Spa, el 27,8% de las AIJ. Excluyendo la afectación mucocutánea y digestiva, se objetivó actividad extraarticular en el 31,4% de las APs y el 31,3% de las EII (tabla). Un 12,4% de los pacientes tuvieron uveítis. A pesar del tratamiento biológico, un 6% presentó brotes de actividad oftalmológica, de los cuales un tercio estaban optimizados. La afectación mucocutánea objetivada fue en forma de psoriasis cutánea (en placas, invertida, ungueal y cuero cabelludo), eritema multiforme y eritema nodoso. Sólo un paciente desarrolló psoriasis durante el tratamiento. La manifestación nefrológica más frecuente fue la hematuria (58,9%). Se observó una mayor prevalencia de hematuria en la EA que en la APs (55,3% vs 34,2%). Únicamente el 8% de dichos pacientes presentaba insuficiencia renal. Para finalizar, cabe destacar el desarrollo de cáncer en 11 pacientes (2,79%). 5 pacientes presentaron cáncer renal (1,27%), siendo todos EA HLA-B27+ con afectación axial. Como factores de riesgo asociados al desarrollo de manifestaciones extraarticulares se encontró una correlación significativa con la positividad del HLA-B27 y niveles elevados de urato ($p = 0,000$, $p < 0,002$) sin encontrar correlación significativa con edad, sexo o niveles de IgA. En el desarrollo de uveítis, únicamente el HLA-B27 se correlacionó de manera significativa.

Manifestación	Porcentaje total	Subtipos
Uveítis	12,40%	Anterior aguda 14,3% AA recidivante 55,1% Crónica 2,05% Posterior 4,1% Indeterminada 24,5%
Afectación cutánea	28,70%	APs, 88,44% No APs 9,8% Resto de afectación cutánea 1,8%
Hiperuricemia	9,60%	EA 55,3% Spa 2,6% APs 34,2% EII 7,9%
Digestiva	10,40%	EII 73,2% Diarrea crónica 26,8%
Afectación renal	9,89%	Hematuria 61,5% Insuficiencia renal 23,1% Amiloidosis 5,13% NTI 5,13% Proteinuria 5,13%
Insuficiencia aórtica	2,50%	EPID 21,4%
Afectación pulmonar	3,60%	HTP 28,6% Bronquiectasias 42,9% Nódulos centrolobulillares 7,14%

Conclusiones: Podemos observar un alto porcentaje de manifestaciones extraarticulares en nuestra muestra de espondiloartritis tratada con biológico, aunque es muy baja la presencia de manifestaciones graves. La hiperuricemia, la psoriasis cutánea y la uveítis anterior aguda fueron las más frecuentes. Los factores de riesgo asociados a la afectación extraarticular fueron el HLA-B27+ y los niveles los niveles elevados de urato.

398. SÍNDROMES AUTOINFLAMATORIOS: ¿HAY QUE CONSIDERAR LAS MUTACIONES ATÍPICAS COMO VARIANTES PATOGENICAS DEL GEN O COMO POLIMORFISMOS? ANÁLISIS DE FMF Y TRAPS

A. Ruiz Román¹, I. Porrás Antrás², J.S. García Morillo², M.J. Valenzuela Porcel¹, M. León Luque¹, C. Aguilera Cros¹, N. Garrido Puñal¹, E. Rubio Romero¹ y J. Povedano Gómez¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo sobre las características epidemiológicas, clínicas y genéticas de una serie de pacientes en edad adulta y en seguimiento en el Hospital Virgen del Rocío con sospecha de síndrome hereditario de fiebre periódica y contrastar las mutaciones halladas en el estudio genético de los mismos con lo hasta ahora descrito en la literatura para debatir si deberían considerarse mutaciones de novo o polimorfismos.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en base a las historias clínicas de los pacientes en seguimiento en diferentes unidades o servicios. Se recogieron: sexo, edad, etnia, antecedentes familiares, manifestaciones clínicas, edad de inicio de los síntomas, tiempo de evolución, estudio genético, diagnóstico final, tratamiento y respuesta al mismo.

Resultados: Se estudiaron un total de 25 pacientes, 13 mujeres y 12 varones, de los cuales 21 presentaron alteración en gen de la marenostrina (MEFV) (11 mujeres y 10 varones) y 4 de TRAPS (2 mujeres y 2 varones). En relación a la FMF; 8 pacientes presentaron mutaciones asociadas a la fiebre mediterránea familiar (6 mujeres y 2 hombres); mientras que 13 de los pacientes (8 hombres, 5 mujeres) mostraron mutaciones en proteína de MEFV consideradas polimorfismos por su elevada frecuencia en población sana. Ocho del total de pacientes (38%) debutaron con menos de 20 años. El 76% (16/21) presentaba fiebre aislada recurrentes, acompañándose de dolor abdominal y síntomas digestivos en el 42% de los casos (9/21). El 42% de los pacientes (9/21) presentó en algún momento del curso de la enfermedad afectación del sistema osteoarticular (artritis, artromialgias). Se secuenciaron los exones del 1 al 10 del gen MEFV (marenostrina). Quince del total (71%) de pacientes habían recibido en algún momento del curso de la enfermedad tratamiento con colchicina, con buena respuesta en la mayoría de los casos. Sólo en 4 pacientes se requirió biológicos por mal control: tres con anakinra, y uno con etanercept. En cuanto al TRAPS, 4 pacientes (2 varones y 2 mujeres) fueron diagnosticados. La edad media de debut de la enfermedad fue 18 años. El 75% presentaba artralgiyas y mialgias. Se secuenciaron los exones 2, 3 y 4, que codifican para los dominios extracelulares del receptor I del TNF, encontrándose la mutación pR92Q en el exón 4 en 3 pacientes, y la mutación pP46L en homocigosis en el exón 3 en la cuarta paciente. El tratamiento fue con corticoides, y dos precisaron biológicos (anakinra y etanercept). Con respecto al TRAPS, las mutaciones encontradas (pR92Q y p46L) son frecuentes, pero con baja penetrancia y un significado clínico controvertido, y se piensa que son variantes del gen TNFRSF1A, pero no directamente responsables del síndrome. En 8 pacientes (38%) se encontraron mutaciones recurrentes (M694V, E148Q e I591T, I640 M), de las que está descrita su asociación con la FMF. Sin embargo, la mutación más frecuente detectada ha sido la pR202Q, en más de la mitad de los pacientes. Por su alta prevalencia en la población (> 1%) se considera un polimorfismo.

Conclusiones: Los estudios genéticos en pacientes con diagnóstico clínico de FMF ponen de manifiesto, a pesar de estar descrito un

Tabla Póster 398

Pacientes/exones	1	2-3	4	5	6	7	8	9-14	15-21
2	E148Q (he)								
3									
9					S339F (he)	E148Q (he) P369S (he)	E148Q (he)+R202Q (he)	R202Q (he)	R202Q (ho)
10	M694V (he)	M694V (he)	I640M (he)+ R653H (he)	I591T (he)					

patrón de herencia clásicamente autosómico recesivo, una heterogeneidad que puede deberse a la existencia de genes, en la actualidad desconocidos, que cuando están mutados, generan un fenotipo clínico similar al observado en la FMF.

399. INTERCAMBIABILIDAD DE REMICADE A INFLIXIMAB BIOSIMILAR. ¿EXISTEN VARIACIONES EN LA ACTIVIDAD?

L.M. Jiménez Liñán, M.L. Velloso Feijoo, N. Moros Carballo y J.L. Marengo de la Fuente

Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: En numerosos centros hospitalarios se ha intercambiado infliximab (remicade®) por infliximab biosimilar (IFX-B). Hasta la fecha se desconoce si esto puede repercutir en el control de la actividad de los pacientes o en la aparición de efectos adversos.

Objetivos: Describir la evolución de los parámetros de inflamación e índices de actividad, así como los efectos adversos en pacientes que se encontraban en tratamiento con IFX y han pasado a tratarse con IFX-B en la unidad de gestión clínica (UGC) de Reumatología de nuestro hospital.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en 39 pacientes con diversas enfermedades inflamatorias articulares como artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs) y espondilitis anquilosante (EA) en seguimiento por la UGC de Reumatología de nuestro hospital a los que se intercambiaron IFX por IFX-B entre marzo de 2015 y enero de 2016.

Resultados: Se incluyeron 39 pacientes, 17 mujeres y 22 hombres. Del total de pacientes, 20 tenían EA, 11 AR, 3 con APs con afectación periférica, 2 con eritema nodoso y 1 con enfermedad de Behçet (estos 3 se reunieron en grupo miscelánea). La edad media de los pacientes fue de $52 \pm 12,45$; y la media de años en tratamiento previo con IFX fue de $8,43 \pm 3,97$. Recibieron una media de $4,84 \pm 1,3$ infusiones de IFX-B. La mediana de la PCR basal fue de 2,9 (mín 0,4; máx 14,1), y la mediana de la PCR actual de 3,6 (mín 0,1; máx 34,2). Como índice de actividad utilizamos el DAS28 (PCR) para la AR y APs con afectación periférica y el BASDAI en la EA. Los efectos adversos infusionales fueron escasos. Una paciente sufrió en la 5ª dosis una taquicardia sinusal a 130 lpm, siendo necesario detener la infusión, y otro paciente sufrió un cuadro de dificultad respiratoria y rash pruriginoso en a 4ª dosis.

Conclusiones: En nuestra serie, observamos un ascenso de los valores de la PCR al pasar de IFX a IFX-B a nivel global; aunque si lo exploramos por grupos, se observa descenso de la mediana de la PCR en pacientes con APs, estabilidad en los pacientes con AR y aumento en los pacientes con EA. En el DAS28, ocurre algo similar en los grupos de APs y AR; sin embargo, en los pacientes con EA se aprecia un descenso de la media del BASDAI de 1,2 puntos a pesar del aumento de la PCR. No parece haber grandes cambios en cuanto al control de la actividad de estas enfermedades, aunque el hallazgo de empeoramiento analítico observado en esta serie, merece ser aclarado probablemente con estudios con mayor número de pacientes.

400. FRACTALKINE (CX3CL1) IS EXPRESSED BY ARTERIAL ENDOTHELIUM AND VASCULAR SMOOTH MUSCLE CELLS (VSMC) IN GCA

M. Corbera Bellalta, E. Planas-Rigol, N. Terrades-García, G. Espigol-Frigolé, S. Prieto and M.C. Cid

Unidad de Investigación en Vasculitis. Departamento de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. IDIBAPS. Hospital Clínic. Barcelona.

Introduction: GCA is the most frequent granulomatous vasculitis in Europe and North America. Chemokine CX3CL1, also known as fractalkine, and along with its unique receptor CX3CR1, are the only members of CX3C chemokine/chemokine receptor family. CX3CL1 has two described isoforms mediating different processes. The transmembrane protein form regulates cell adhesion, while the soluble one (generated by proteolytic cleavage) has chemotactic function. Fractalkine has been found elevated in serum from patients with small-vessel vasculitis or inflammatory diseases. It is not known whether fractalkine and its receptor are expressed in GCA lesions and their potential roles in this disease.

Objectives: To explore CXCL1/CXCR expression in GCA lesions and in temporal artery derived VSMC.

Methods: RNA was extracted from fresh temporal arteries of 12 GCA patients and 8 healthy controls using chloroform-isopropanol classic method. CX3CL1 mRNA expression was assessed by quantitative real-time PCR (Applied Biosystems). Fresh arteries from 1 GCA patient and 1 control were subjected to immunofluorescence using specific antibodies (Cell Signaling). VSMC obtained from cultured temporal arteries were treated with IFN γ and/or TNF α for 3 days, and CX3CL1 expression by VSMC was detected by realtime PCR.

Results: CX3CL1 mRNA expression was downregulated in GCA biopsies compared with controls, probably due to VSMCs loss in the media of inflamed arteries. Conversely, immunofluorescence studies disclosed that CX3CL1 protein expression was intensively expressed by the endothelium of the GCA-involved artery, but not surrounding small vessels and by VSMC remaining in the media, where it is higher in control arteries. CX3CR1 was expressed by infiltrating leukocytes in GCA. Despite this, expression of CX3CL1 was clearly up regulated in VSMC cultured in the presence of inflammatory mediators (IFN γ and TNF α).

Conclusions: Fractalkine and its receptor are expressed in GCA lesions. VSMCs react to the presence of inflammatory cytokines by expressing CX3CL1, highlighting a possible role of this chemokine in leukocyte recruitment by endothelial cells but also in leukocyte progression through the medial layer by interacting with VSMC. Functional chemotaxis studies are ongoing to confirm this point. Supported by SAF 2014/57708-R and PIE13/00033.

401. ESTUDIO DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES CON GOTA: EXPERIENCIA EN UN GRUPO MULTIHOSPITALARIO ESPAÑOL

E. Calvo¹, O. Carrión², A. Abdelkader², J. González¹, F. Aramburu¹, M. Valero¹, S. Rodríguez¹, C. Marín¹, C. Sangüesa¹, I. Amil¹, F. Saiz² y P. García de la Peña¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Cirugía Vascular. Hospital Universitario Madrid Norte Sanchinarro. Madrid.

Introducción: Varios reportes han puesto de manifiesto la relación existente entre gota y aumento de riesgo cardiovascular (RCV). Pocos estudios en España han analizado disfunción endotelial y/o cardiológica en gota.

Objetivos: Analizar factores de RCV en pacientes con gota de nuestra muestra, con valoración vascular, parámetros cardiológicos y analíticos.

Tabla Póster 399

Patología	PCR basal	PCR actual	DAS28 (PCR) basal	DAS28 (PCR) actual	BASDAI basal	BASDAI actual
Artritis reumatoide	5,42 (mín 0,4; máx 14,1)	5,1 (mín 0,1; máx 14,4)	2,67 \pm 0,75	2,79 \pm 0,64		
Espondilitis anquilosante	2,9 (mín 0,4; máx 9,7)	5,5 (mín 1; máx 34,2)			4,56 \pm 3,12	3,39 \pm 2,89
Artritis psoriásica	6,78 (mín 0,8; máx 17,2)	2,82 (mín 0,4; máx 4,6)	3,2 \pm 0,82	1,99 \pm 0,79		

Métodos: Estudio descriptivo en cohorte prospectiva con datos demográficos y clínicos, antecedentes familiares (AF) de gota y/o enfermedad cardiovascular (ECV), así como tratamientos cardiológicos recibidos (calcio-antagonistas [ACA], inhibidores del enzima conversor de angiotensina [IECA], beta-bloqueantes [BB] o tiazidas. Antecedentes personales (AP) registrados: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipemia (DL), tabaquismo, eventos tromboticos, accidente cerebrovascular agudo (ACVA) y/o cardiopatía isquémica (CI). Se determinaron: índice masa corporal (IMC), uricemia, VSG, PCR convencional [PCR-c] y ultrasensible [PCR-us], ferritina, colesterol total (COL-t) y subtipos, triglicéridos (TG), vitamina D y homocisteína. Los pacientes se remitieron a Cirugía Vasculosa para examen ecográfico con búsqueda de placas de ateroma y estudio de grosor intima-media (GIM), y a Cardiología para ecocardiograma (ECOCCG) y electrocardiograma (ECG). También se realizó ecografía articular de rodillas y 1ª MTF.

Resultados: 150 pacientes, 97% varones y 3% mujeres. Edad media en momento de estudio y al diagnóstico 56 años (23-92) y 47 años (15-79), respectivamente. Edad media al debut: 45 años (15-77). 22,5% gota tofácea y 11,3% antecedente de litiasis por urato. 42% AF de gota y 41% AF ECV. AP RCV: 47,3% HTA; 4,6% DM-2, 0,6% intolerancia glucosa; 56,7% DL (37 COL, 15 TG, 33 ambas); 20,6% fumadores y 37,6% ex-fumadores, media 21 paq/año (1-90); 1 paciente ACVA; 4 trombosis (2 con recurrencias); 17 CI (11 angina, 6 infarto). 75% con sobrepeso/obesidad, IMC medio 28 (19-40). En analíticas, niveles medios de determinaciones: VSG 10 mm/h (1-68), PCR-us 2,7 mg/dL (0,1-57,7), PCR-c 2,3 mg/L (0-14,8); uricemia 6,9 mg/dL (2,4-11,8); ferritina 259 ng/mL (11-2000); COL-t: 187 mg/dL (102-321; 6 no recogidos [NR]), Col-HDL 47 mg/dL (15-88; 22 NR), Col-LDL 113 mg/dL (15-248), TG 145 mg/dL (53-603); vitamina D: 24,7 ng/mL (5,6-23,6), 28,6% < 20; homocisteína 24,7 µmol/L (4-40), 32% con > 15 µmol/L. Cardiología: ECOCCG, 6 con valvulopatía, 13 hipertrofia ventrículo izquierdo, 45 > 1 hallazgo, 5 NR. ECG normal en 79 pacientes; en resto 9 bloqueos rama derecha, 1 bloqueo rama izquierda, 4 con datos de cardiopatía isquémica, 2 con alteraciones en repolarización y 6 arritmias; 13 con = 2 hallazgos, 9 con otros datos y 54 NR. Vasculares: GIM carotideo mayor que el correspondiente ajustado por grupos de edad en 75% y 79% de pacientes a nivel de carótidas derecha e izquierda, respectivamente 65% de pacientes en ambas. Placas carotídeas en 23%. Ecografía articular: 126 pacientes (84%), con hallazgos compatibles con artropatía gotosa en una (31; 24,6%), dos (46; 36,5%), tres (33; 26,2%), o cuatro (6; 4,8%) articulaciones; 10 pacientes (7,9%) sin hallazgos. Tratamientos: 2,6% ACA, 2% IECA, 4,6% ARA-2, 2% BB, 3,3% tiazidas.

Conclusiones: Entre los resultados podemos destacar: 1. 75% pacientes con sobrepeso/obesidad. 2. Un alto porcentaje de pacientes en que se dispone del dato presenta hiperhomocisteinemia y/o déficit de vitamina D. 3. Marcado porcentaje de pacientes con GIM aumentado y/o placas carotídeas, y número significativo con alteraciones cardiológicas en ECOCCG/ECG. La continuidad de la investigación permitirá realizar más estudios estadísticos para cuantificar el valor de estos relevantes hallazgos preliminares.

402. ROTURA AGUDA DEL TENDÓN DE AQUILES. EVALUACIÓN CLÍNICA-DIAGNÓSTICA POR TRAUMATOLOGÍA Y ECOGRÁFICA EN EL GABINETE DE EXPLORACIONES DE REUMATOLOGÍA. DATOS PRELIMINARES

H. Corominas¹, A. Manent², E. López-Capdevila², D. Reina¹, V. Torrente-Segarra¹, P. Estrada¹, D. Cerdà¹, D. Roig¹, C. Pedret¹, S. García Díaz¹, V. Navarro¹ y M. Soriano¹

¹Servei de Reumatologia; ²Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia. Hospital Moisès Broggi. Consorci Sanitari Integral. Sant Joan Despí.

Introducción: El tendón de Aquiles es el más potente del cuerpo humano. Es el tendón del músculo tríceps sural de la pierna, constituido por los gastrocnemios medial y lateral y el sóleo. Mide unos diez centímetros de largo y aproximadamente uno de ancho en su tercio central, donde su sección es más circular. Las lesiones del tendón de Aquiles se dividen en dos grupos: roturas del tendón, suelen ser agudas, muy incapacitantes, y las tendinopatías. La ecografía es una prueba dinámica, económica, que permite la sonopalpación, ver detalles de la estructura fibrilar, y realizar un diagnóstico "in situ" con el fin de tomar una decisión terapéutica.

Objetivos: Realizar un diagnóstico clínico y ecográfico gracias a la colaboración entre traumatología y Reumatología (gabinete de diagnóstico). Análisis retrospectivo de las roturas agudas diagnosticadas en nuestro centro y revisión de la actitud terapéutica: cirugía abierta, cirugía percutánea vs conservadora.

Métodos: Revisión de las roturas agudas entre 2011-2015 tratadas en nuestro centro. Criterios inclusión (> 1): rotura aguda (< 10d), rango de edad (18-70 años), rotura de 2-8 cm desde calcáneo por US. Criterios de exclusión: rotura crónica o tendinopatía, avulsión calcánea, afectación bilateral. Se realizaron ecografías en escala de grises y power doppler. Se analizaron el grado de rotura (parcial vs completa), la distancia del calcáneo, la señal PD (presente vs ausente), y la presencia de bursitis pre-aquilia o retro-aquilia.

Resultados: Se analizaron 16 pacientes en la fase aguda (hombres 85% > 15% mujeres), identificando las roturas entre 3-5 cm de la inserción calcánea. 65% fueron debidas a práctica deportiva. La mayoría de roturas fueron completas, y únicamente 3 masivas. Leve predominio Aquiles izquierdo 52% vs derecho 48%. La actitud terapéutica tomada tras la realización del diagnóstico clínico-ecográfico fue aleatorizada: 5 pacientes cirugía abierta, 5 tratamiento percutáneo, 6 tratamiento conservador. La evolución clínica fue positiva en el 100% de los casos a los 3 meses. Un programa de rehabilitación con apoyo precoz se relacionó con mejor pronóstico en todos los casos.

Conclusiones: 1) Estos resultados preliminares confirman la utilidad de la ecografía como herramienta diagnóstica en la rotura aguda del Aquiles discriminando el grado de rotura. 2) Reafirman la importancia del trabajo multidisciplinar COT + gabinete de exploraciones de Reumatología.

403. EXPERIENCIA DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE PATOLOGÍA MÉDICA DE APARATO LOCOMOTOR

L.M. Armas, A.J. Fariña González, M.J. Falcón Falcón, C. Luna Gómez, L. Casas Hernández, M. Delgado Sánchez, A. Aznar Esquivel y B. González Álvarez

Hospital Universitaria Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.

Dada la elevada lista de espera en consultas externas de Traumatología surge la idea de iniciar una consulta de alta resolución en Reumatología para valorar aquellos pacientes pendientes de cita en Traumatología con patología médica (no subsidiaria de tratamiento quirúrgico) del aparato locomotor. Se valoraron previamente las interconsultas desde Atención Primaria a Traumatología de cada paciente y si el motivo de derivación estuviera en relación a lumbalgia, cervicalgia, gonalgia, omalgia o tendinitis, así como en la descripción del caso no se incluyera la valoración desde un punto quirúrgico, a dichos pacientes se les informaba telefónicamente si deseaban ser valorados por dicho motivo antes por Reumatología. El objetivo fue la valoración del paciente en 1ª consulta con explicación adecuada de su proceso, así como aportación de medidas dietéticas y posturales y de tratamiento médico/infiltración local específico con la intención de dar el mayor número de altas desde la primera consulta y sin generar nuevas citas ni aumentar lista de espera. Durante 6 meses (septiembre 2014- febrero 2015) se valoraron

aproximadamente 1.250 pacientes del área de Santa Cruz de Tenerife (203.811 habitantes), Candelaria (26.490 habitantes), El Rosario (17.277 habitantes) y Güimar (18.777 habitantes). De éstos se dieron alta en 1ª consulta aproximadamente un 50% de los cuales fueron altas a Atención Primaria un 42% y un 7% fueron derivados a otros especialistas, especialmente a Rehabilitación y en un 40% de estos se reenviaron a Traumatología debido a ausencia de datos en la interconsulta realizada por Médico de Atención Primaria. Los pacientes que fueron valorados en una segunda consulta el motivo principal fue la petición de pruebas complementarias que no aportaban. Se solicitaron aproximadamente un 21% de analíticas, un 32% de radiografías, un 11% de estudio neurofisiológico, un 7,1% de densitometría y resonancia magnética un 5,8%. Se valoraron en 2ª consulta con pruebas realizadas dándose de alta un 73,4%. Como conclusión por parte de Reumatología se puede realizar una consulta de alta resolución de patología médica del aparato locomotor aportando unas adecuadas medidas higiénico posturales, tratamiento médico o intraarticular específico consiguiendo un elevado porcentaje de alta en primera consulta. Así mismo dicho porcentaje se mantiene elevado en 2ª consulta tras valorar pruebas complementarias solicitadas siendo éstas la mayoría pruebas de fácil acceso (radiografías y analíticas).

404. PREFERENCIAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN LAS DECISIONES DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS SUBCUTÁNEOS Y SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO. ENCUESTA RHEU-LIFE

C.M. González¹, F.J. de Toro², L. Carmona³, M.J. Arteaga⁴, S. Fernández⁴, L. Cea-Calvo⁴, Y. Mestre⁴ y E. Batlle⁵

¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). Universidad de A Coruña. ³Instituto de Salud Musculoesquelética-InMusc. Madrid. ⁴Departamento de Medical Affairs. Merck Sharp & Dohme de España. Madrid. ⁵Reumatología. Departamento de Salud Sant Joan. Alicante.

Objetivos: Conocer las preferencias de los pacientes con enfermedades reumáticas sobre la selección y los atributos de los fármacos biológicos subcutáneos, y la satisfacción con el tratamiento que reciben.

Métodos: RHEU-LIFE fue una encuesta entregada por 50 reumatólogos de hospitales españoles, a pacientes > 18 años con enfermedades reumáticas tratados con biológicos subcutáneos. Los pacientes completaron la encuesta de forma anónima en casa y la devolvieron por correo pre franqueado. Los pacientes valoraron: 1) si prefieren ser parte de la decisión al seleccionar un tratamiento biológico, 2) si fueron parte en el momento de la prescripción, 3) sus preferencias en cuanto a los atributos de los fármacos (en una escala de 1 [más importante] a 5 [menos importante]) y 4) su satisfacción con el tratamiento.

Resultados: Se entregó la encuesta a 1.000 pacientes, 592 contestaron (tasa de respuesta 59,2%, edad media 51,7 años [DE 13,2]

42,4% hombres y 57,6% mujeres). La enfermedad de base fue: artritis reumatoide (AR, n = 304, 54,2%), espondiloartritis axial (EsA, n = 141, 25,1%) y artritis psoriásica (APs, n = 116, 20,7%). 31 pacientes no consignaron su enfermedad. El 28,2% declaró preferir ser informado sobre las opciones de tratamiento y participar en la selección, el 60,9% prefería ser informado pero dejar la decisión al reumatólogo y el 10,9% dejar la decisión a su reumatólogo sin solicitar información. Los más jóvenes declararon con más frecuencia querer ser parte de la decisión en la selección del tratamiento (p < 0,001). Un 56,3% mencionó que en el momento de la prescripción, el médico tuvo en cuenta la preferencia del paciente para elegir el biológico, a un 29,0% le explicaron que había varias opciones pero el médico tomó la decisión sin preguntar su opinión y al 14,7% se le prescribió el fármaco sin explicación sobre las opciones. Los pacientes más jóvenes fueron más partícipes en la decisión de la prescripción (p = 0,010). Los atributos de los fármacos mencionados con más frecuencia como "el más importante" fueron la normalización de la calidad de vida y el control de la sintomatología (tabla). El porcentaje que se consideró "satisfecho" o "muy satisfecho" con los distintos atributos de su tratamiento biológico subcutáneo fue en todos los casos en torno o superior al 80% (tabla). La satisfacción con el control de los síntomas y la calidad de vida fue mayor en pacientes con un primer biológico y menor con un tercero o más (p = 0,004 y p < 0,001 respectivamente); el 87,8%, 84,2% y 78,4% de los pacientes con primer, segundo o tercer biológico mencionaron sentirse "muy" o "bastante satisfechos" con el control de los síntomas, y el 85,7%, 76,8% y 72,0% con la normalización de la calidad de vida respectivamente. No se encontraron diferencias en la satisfacción con el resto de los atributos mencionados.

Conclusiones: La gran mayoría de pacientes con AR, EsA o APs prefieren dejar la decisión del biológico a usar al reumatólogo, si bien un porcentaje mayor al 50% se ha sentido parte de la decisión final. Estos pacientes dan más importancia a la normalización de la calidad de vida y al control de los síntomas que a la tolerabilidad, la rapidez de acción y a la comodidad y facilidad de uso, y describen un alto grado de satisfacción con su tratamiento actual. Este proyecto fue financiado por Merck Sharp & Dohme de España y contó con el aval de la asociación de pacientes ConArtritis (Coordinadora Nacional de Artritis).

405. IMPACTO DE LA ENFERMEDAD REUMÁTICA EN LA VIDA COTIDIANA DE LOS PACIENTES Y COMPORTAMIENTOS DEL REUMATÓLOGO PERCIBIDOS. ENCUESTA RHEU-LIFE

F.J. de Toro¹, E. Batlle², C.M. González³, A.I. Torralba Gómez-Portillo⁴, L. Cea-Calvo⁵, S. Fernández⁵, M.A. Pérez-Calvo⁵ y L. Carmona⁶

¹Servicio de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). Universidad de A Coruña. ²Reumatología. Departamento de Salud Sant Joan. Alicante. ³Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁴Coordinadora Nacional de Artritis. ⁵Departamento de Medical Affairs. Merck Sharp & Dohme de España. Madrid. ⁶Instituto de Salud Musculoesquelética-InMusc. Madrid.

Tabla Póster 404

Atributos de los tratamientos. Importancia y satisfacción reportados por los pacientes con enfermedades reumáticas

Atributo del tratamiento	Importancia dada por el paciente					% bastante o muy satisfecho
	1 (El más importante)	2	3 (Intermedia)	4	5 (El menos importante)	
Control continuo de los síntomas	35,2%	20,1%	19,2%	14,4%	11,1%	85,7%
Buena tolerabilidad	21,5%	20,2%	27,9%	18,2%	12,2%	81,0%
Rapidez de acción	19,2%	20,6%	21,2%	22,5%	16,5%	79,8%
Comodidad/facilidad de administración	19,1%	12,6%	14,9%	19,1%	34,4%	86,5%
Normalización de la calidad de vida	43,6%	19,9%	13,6%	8,9%	14,0%	81,7%

La suma de los porcentajes no es 100% porque algunos pacientes marcaron varios atributos como importancia "1" y no marcaron "4" ni "5".

Tabla Póster 405

Comportamientos del reumatólogo durante la consulta, % de pacientes que marcaron cada una de las 4 opciones

	Nunca o casi nunca (%)	A veces (%)	Con frecuencia (%)	Siempre o casi siempre (%)
Me escucha	0,4	4,2	14,7	80,7
Se preocupa por mí y por mi enfermedad	1,3	4,8	13,9	80,1
Responde a mis preguntas	0,4	3,7	16,1	79,8
Me pregunta sobre los síntomas de mi enfermedad	0,9	3,3	18,6	77,2
Me dedica el tiempo adecuado	0,6	4,1	22,2	73,1
Me atiende cuando lo necesito	3,0	6,1	22,0	68,9
Me tranquiliza	6,6	11,3	25,7	56,4
Me proporciona información sobre la posible evolución de mi enfermedad	8,3	16,6	21,1	54,0
Me proporciona información sobre las causas de mi enfermedad	9,5	15,2	23,9	51,5
Me pregunta sobre cómo la enfermedad afecta mi calidad de vida	8,2	16,2	25,7	50,0
Me pregunta sobre cómo afecta mi enfermedad a mi trabajo o actividad diaria	13,8	17,7	24,8	43,7
Me pregunta sobre cómo me siento emocionalmente	20,8	17,5	24,3	37,4
Me pregunta sobre cómo afecta mi enfermedad a mis relaciones personales	30,6	18,9	18,5	32,0

Objetivos: Conocer la percepción que los pacientes con enfermedades reumáticas tratados con biológicos subcutáneos tienen sobre el impacto de la enfermedad en determinados aspectos de la vida diaria, y si estos aspectos se tratan en la entrevista médico-paciente de los reumatólogos.

Métodos: RHEU-LIFE fue una encuesta entregada en mano por 50 reumatólogos de distintos hospitales españoles a pacientes con enfermedades reumáticas tratados con fármacos biológicos subcutáneos. Éstos completaron la encuesta de forma anónima en casa y la devolvieron por correo pre franqueado. Los pacientes respondieron a preguntas cerradas sobre 1) el impacto de su enfermedad en distintos aspectos de la vida cotidiana, 2) los comportamientos de su reumatólogo, 3) el impacto de la logística de dispensación del fármaco y el seguimiento de su enfermedad por parte del especialista.

Resultados: Se entregó la encuesta a 1.000 pacientes y 592 contestaron (tasa de respuesta 59,2%, edad 51,7 años [DE 13,2], 42,4% hombres y 57,6% mujeres, media de tratamiento con el biológico subcutáneo actual 4 años [DE 3,5]). Los porcentajes de pacientes que describieron el impacto de la enfermedad como “moderado o mucho” en los siguientes aspectos fueron: calidad de vida (52,1%), trabajo o actividad diaria (49,2%), emocional (41,0%), relaciones personales (26,0%) y vida de su familia más próxima (cónyuge, padres o hijos) (32,3%). Los comportamientos de los reumatólogos durante la revisión en la consulta que con más frecuencia describieron los pacientes como “siempre o casi siempre” fueron los relacionados con la enfermedad en sí, sus causas o evolución y aquellos relacionados con la disponibilidad del reumatólogo (tabla). Sin embargo, el 24,4%, 31,5%, 38,3% y 49,5% respectivamente declararon que su especialista les pregunta “solo a veces” o “nunca o casi nunca” por cómo la enfermedad impacta en su calidad de vida, trabajo o actividad diaria, a nivel emocional, o en las relaciones personales. La periodicidad de la revisión con el reumatólogo que indicaron los pacientes como habitual fue cada 2-3 meses el 39,3%, cada 4-5 meses el 42,3%, cada 6-9 meses el 17,4% y cada año el 1,1%. El 68,6% de los pacientes mencionó que él o algún miembro de su familia perdían jornada laboral para esta revisión. La periodicidad habitual para la dispensación de la medicación en farmacia fue cada 2-3 semanas (6,2%), cada mes (55,1%), cada mes y medio (9,5%), cada 2 meses (24,4%) o cada 3 o más (4,6%), y un 57,2% mencionó pérdida de jornada laboral para recoger la medicación, el paciente y/o el familiar.

Conclusiones: Los pacientes con enfermedades reumáticas tratados con biológicos subcutáneos describen un impacto importante de la enfermedad en su vida diaria y en la de sus familiares. Estos aspectos, sin embargo, con frecuencia no son evaluados en la entrevista médico-paciente. Por otro lado, los aspectos logísticos relacionados con el seguimiento de la enfermedad y con la dispensación de los fármacos biológicos subcutáneos afectan a la vida y al entorno del paciente, e implican pérdidas de jornada laboral frecuentes, en especial los días de dispensación de la medicación.

Este proyecto fue financiado por Merck Sharp & Dohme de España y contó con el aval de la asociación de pacientes ConArtritis (Coordinadora Nacional de Artritis).

406. CHONDROITIN SULPHATE INHIBITION OF NF- κ B ACTIVITY: ATTENUATION OF HYALURONAN FRAGMENT INDUCED INFLAMMATORY RESPONSE IN MACROPHAGES BY CHONDROITIN SULPHATE IS MEDIATED BY REDUCTION IN NF- κ B ACTIVITY

E. Montell¹, T. Stabler², V.B. Kraus² and J. Vergés¹

¹Pre-Clinical R&D Area, Pharmascience Division, Bioibérica, Barcelona.

²Duke Molecular Physiology Inst. Durham, NC, EEUU.

Introduction: NF- κ B activation serves as a master regulatory switch for an inflammatory response in macrophages. Chondroitin sulphate (CS), a natural glycosaminoglycan of the cartilage extracellular matrix, has been shown to have clinical benefit in symptomatic osteoarthritis (OA) producing anti-inflammatory and positive effects on the joint (du Souich. Pharmacol Ther. 2014, 142:362). We have previously shown that hyaluronan (HA) fragments induce an inflammatory response, in the form of IL-1 β release, in macrophages that have been primed with lipopolysaccharide (LPS) and that CS can attenuate this response acting upstream of the inflammasome (Stabler. Osteoarthritis Cartilage. 2015, 23:A263).

Objectives: Determine if this inhibition was acting at the level of NF- κ B activation.

Methods: Cell culture: 10⁵ cells/well from the THP1-Lucia NF- κ B reporter monocyte cell line (InvivoGen) were incubated with varying concentrations of CS (0, 10-200 μ g/ml). After 24 hours, cells were also treated with either 1 μ g/ml LPS or 10⁷ heat killed listeria monocytogenes (HKLM). LPS and HKLM activate different Toll-Like receptor (TLR) pathways (TLR4 and TLR2 respectively) that converge at NF- κ B. In a separate experiment, cells were set up similarly but with the addition of 10 μ g/ml ultralow molecular weight (ULMW) HA at the time of TLR activation. Finally, in another experiment cells were set up as above with ULMW HA but substituting a caspase-1 inhibitor (EMD Millipore, 10 μ M) for CS. After a further 24 hours, media were tested for the NF- κ B activity and for cell viability. Statistical Analysis: After normalizing for cell viability, all results were expressed as fold change from the media only control. One-way ANOVA with Dunnett's post-hoc test and inhibition dose response curves were performed using Graphpad Prism software.

Results: NF- κ B activity increased significantly ($p < 0.0001$) in THP1-Lucia NF- κ B reporter monocytes treated with either 1 μ g/ml of LPS or 10⁷ HKLM bacteria. CS (50-200 μ g/ml) produced a dose dependent ($p = 0.023$ to $p = 0.0005$) reduction in NF- κ B activity in LPS treated cells. In HKLM treated cells, CS (100-200 μ g/ml) also produced a similar dose dependent ($p = 0.004$ to $p = 0.01$) reduction in NF- κ B activity. Dose response curves indicated a 50% inhibition concentra-

tion (IC50) of 146 µg/ml CS for LPS stimulated cells and 64 µg/ml for HKLM stimulated cells. HA fragments alone produced no increase in NF-κB activity but were found to have an additive effect through either the TLR4 or TLR2 pathway (i.e. LPS or HKLM). The combination of TLR activation and HA produced greater NF-κB activity than either LPS or HKLM alone ($p < 0.0001^{****}$ and $p = 0.0017^{***}$). CS (200 µg/ml) was still an effective inhibitor under these conditions ($p = 0.045^*$ and $p = 0.02^{**}$). Inhibiting caspase-1 activity, and thus blocking IL-1β production, completely blocked the additive effect of HA fragments. Caspase inhibition had no effect on LPS or HKLM alone.

Conclusiones: The inflammatory response induced by HA fragments in the presence of TLR2 or TLR4 activation can be attenuated by CS at physiologically achievable concentrations via inhibition of NF-κB activation. HA's synergistic effect on NF-κB is due to positive feedback through inflammasome mediated active IL-1β production. These data provide a plausible explanation for the clinical effects of CS in OA.

407. MAPEADO DE LAS INTERACCIONES TRIM21-AUTOANTICUERPO EN PACIENTES LÚPICOS

N.M. do Nascimento¹, I. Monzó², R. Tejero², S. Morais¹, J.L. López-Paz¹, E. Grau García³, J.A. Román Ivorra³, R. Puchades¹, A. Maquieira¹ y D. Giménez Romero¹

¹Departamento de Química. IDM. Universitat Politècnica de València.

²Departamento de Químico Física. Universitat de València. Burjassot.

³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción: TRIM21/Ro52/SS-A1 es una proteína de 52-56 kDa miembros de la familia de proteínas de motivos tripartitos RING/B-box/coiled coil. Los autoanticuerpos anti-TRIM21 son de los anticuerpos circulantes más comunes en pacientes con enfermedad autoinmune, teniendo en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) una incidencia del 62% y un patrón específico de anticuerpos anti-TRIM21. Su presencia se asocia a diferentes manifestaciones

clínicas, e incluso se ha demostrado su presencia años antes del diagnóstico clínico de la enfermedad. La utilidad diagnóstica de la reactividad de anti-TRIM21 no es conocida, ya que la utilidad clínica, pronóstica y terapéutica no está bien definida.

Objetivos: Estudiar el reconocimiento molecular de la proteína TRIM21α por sus respectivos autoanticuerpos en pacientes con LES.

Métodos: Estudio prospectivo con 20 pacientes diagnosticados de LES según los criterios SLICC-2012 y con altas concentraciones de autoanticuerpos anti-Ro (> 200,0 U/ml), procedentes del Servicio de Reumatología del HUP La Fe. También se utilizaron 8 controles sanos con concentraciones de anticuerpos anti-Ro < 15 U/mL. Mediante cromatografía se separaron las IgG y mediante un sensor QCM-D se determinaron las propiedades estructurales de las regiones antigénicas dominantes y de adhesión con sus respectivos epítomos de TRIM21α.

Resultados: El análisis dinámico de la interacción TRIM21α-autoanticuerpo estableció un reconocimiento específico vía puente bipolar para pacientes con LES y sujetos sanos. El epítomo lineal inmunodominante para los anticuerpos anti-TRIM21 en pacientes lúpicos corresponde a la secuencia de aminoácidos ELAEKLEVEIAIKRAD-WKKTIVETQKSRIHAEFV (aa 151-183). Por el contrario, los sujetos sanos presentan un nuevo epítomo conformacional. Las predicciones de los péptidos enlazantes a las moléculas CMH de clase II corroboraron las secuencias establecidas experimentalmente de los epítomos inmunodominantes. Los principales alelos codificantes fueron el alelo HLA DRB1*1304 y el alelo HLA DRB1*0806 para pacientes con LES y sujetos control, respectivamente. El epítomo subdominante correspondió al dominio PRY-SPRY, que es un receptor de mamífero recientemente conocido de fragmentos Fc.

Conclusiones: La estructura tridimensional de la proteína TRIM21α fue determinada por homología, confirmando el mecanismo de reconocimiento propuesto: un homodímero con dos zonas antigénicas.

El equipo investigador agradece el apoyo financiero del MINECO y de FEDER por la subvención CTQ2013-42914-R. Este trabajo también fue financiado por la GVA (proyecto PROMETEO II 2014/040).