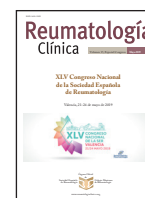




Sociedad Española
de Reumatología
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



TRABAJOS ACEPTADOS SOLO PARA PUBLICACIÓN

XLV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Valencia, 21-24 de mayo de 2019

RC001. RETENCIÓN DE LA TERAPIA ANTI-TNF EN ARTRITIS REUMATOIDE Y ESPONDILOARTRITIS

J.M. Senabre Gallego¹, J. Rosas¹, G. Santos-Soler¹,
J.A. García-Gómez², E. Salas-Heredia¹, J.A. Bernal-Vidal¹,
A. Pons-Bas¹, C. Cano-Pérez¹, E. Ivars-Miralles¹, X. Barber-Vallés³
y Grupo AIRE-MB

¹Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ²Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario de Elche. ³Centro de Investigación Operativa. Universidad Miguel Hernández. Elche.

Objetivos: Analizar la retención de los diferentes fármacos anti-TNF utilizados en el tratamiento la artritis reumatoide (AR) y las espondiloartritis (EsA), en condiciones de práctica clínica real.

Métodos: Los datos se extrajeron del registro observacional de terapia biológica en reumatología de nuestro centro. Las tasas de retención en cada enfermedad se estimaron utilizando las curvas de Kaplan-Meier para cada fármaco. El modelo de Cox se utilizó para obtener el riesgo de interrupción de tratamiento ajustado con las variables confusoras.

Resultados: Desde enero de 2000, 524 pacientes han recibido terapia dirigida (biológica o pequeñas moléculas) en nuestro centro. De ellos, 227 padecían AR, 183 EsA y 60 artritis psoriásica (APs). Las características basales de los pacientes se resumen en la tabla 1. Se realizó el modelo de Cox para cada enfermedad, ajustado por edad y tiempo de evolución. Se tomó como referencia el tratamiento con adalimumab (ADA). Pacientes con AR que iniciaron su 1er tratamiento biológico: se observó un mayor riesgo de interrupción para infliximab (IFX) vs. ADA (HR 2,11; IC95% 1,23-4,03; p = 0,008). No se encontraron diferencias en el resto de las comparaciones. Pacientes con EsA que iniciaron su 1er tratamiento biológico: se observó un mayor riesgo de interrupción para IFX vs. ADA (HR 1,71; IC95% 1,01-2,87; p = 0,046), y un menor riesgo de interrupción para etanercept (ETN) vs. ADA (HR 0,43; IC95% 0,22-0,87; p = 0,019). Pacientes con AR que iniciaron su 2.º tratamiento biológico o posteriores: se observó un mayor riesgo de interrupción para INF vs. ADA (HR 2,405; IC95% 1,06-5,66; p = 0,037), y un menor riesgo de interrupción para ETN vs. ADA (HR 0,47; IC95% 0,26-0,86; p = 0,014). Pacientes con EsA que iniciaron su 2.º tratamiento biológico o posteriores: se observó un mayor riesgo de interrupción para INF vs. ADA (HR 3,23; IC95% 1,11-9,39; p = 0,031). No se encontraron diferencias en el resto de las comparaciones.

Tabla 1. Características basales

	AR	EsA	APs	Todos
N (%)	227 (48%)	183 (39%)	60 (13%)	470 (100%)
Edad (DE)*	57,48 (12,55)	46,49 (15,84)	50,6 (13,76)	52,32 (14,95)
Mujeres (%)	175 (77%)	82 (45%)	40 (67%)	297 (63%)
Tiempo evolución (DE)*	10,27 (9,88)	8,12 (10,12)	6,87 (8,21)	8,99 (9,89)
1 ^{er} fármaco biológico	82 (49%)	84 (53%)	16 (38%)	191 (49%)
FR positivo	168 (77%)	—	—	—
ACPA positivo	152 (66%)	—	—	—
HLAB27 positivo	—	33 (76%)	—	—

*Al inicio del primer biológico. Las tasas de retención a los 5 años estimadas según las curvas de Kaplan-Meier para AR y EA se muestran en la tabla 2. No se incluyó golimumab ni certolizumab ni los pacientes con APs por número insuficiente.

Tabla 2. Tasas de retención a los 5 años por enfermedad y orden de tratamiento

	1 ^{er} tratamiento		≥ 2.º tratamiento	
	AR	EsA	AR	EsA
Adalimumab	34,6	35,7	33,3	33,7
Etanercept	34,2	50,4	39,7	51,9
Infliximab	14,81	21,05	—	—

Conclusiones: 1. Al comparar con ADA, el tratamiento con INF muestra mayor riesgo de interrupción en AR y EsA, tanto en 1.ª opción como en posteriores. 2. Al comparar con ADA, el tratamiento con ETN muestra menor riesgo de interrupción al utilizarlo como 1.ª opción en EsA y como 2.ª opción o posterior en AR.

Agradecimientos: el estudio fue apoyado con una beca de investigación de la Asociación para la Investigación en Reumatología de la Marina Baixa (AIRE-MB).

RC002. RESPUESTA A BARICITINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CON FALLO A FAME CONVENCIONAL SINTÉTICO Y/O A FAME BIOLÓGICO: DATOS DE UN REGISTRO LOCAL

J.C. Rosas Gómez de Salazar¹, J.M. Senabre-Gallego¹, G. Santos-Soler¹,
J.A. Bernal¹, A. Pons², C. Cano², E Ivars², J.A. García-Gómez²,
X. Barber³ y Grupo AIRE-MB

¹Sección de Reumatología; ²Enfermería Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ³Servicio de Enfermedades infecciosas. Hospital General Universitario de Elche. ⁴CIO-Universidad Miguel Hernández. Elche.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes con artritis reumatoide (AR), en tratamiento con baricitinib (BARI), que han fra-

casado a FAME convencional sintéticos (FAMEcs) y/o FAME biológicos (FAMEb).

Métodos: Estudio observacional prospectivo, en vida real, de los pacientes con AR, en tratamiento con BARI, en seguimiento en Reumatología. Se recogieron datos generales de los pacientes, (edad, género, comorbilidad), de la AR y del tratamiento (tiempo de evolución, presencia de FR y ACPA, índices de eficacia al inicio de BARI y el de la última visita: DAS28-VSG y CDAI, tratamiento previo o concomitante con FAMEcs y/o FAMEb, fin del tratamiento y causa, tiempo en BARI, efectos adversos graves durante el tratamiento con BARI.

Resultados: De 529 pacientes en seguimiento, que han recibido al menos una dosis de FAMEb, 224 (42%) están diagnosticados de AR, y 58 (26%) de ellos reciben algún fármaco inhibidor de la vía JAK; 40/224 (18%) de ellos BARI. Los pacientes tratados con BARI, el 77% son mujeres, con edad media de 58,95 ± 10,8 años y una evolución media de la AR de 9,6 ± 8,8 años. El IMC medio es de 28,8 ± 1,8. El FR y ACPA son positivos en el 86% y 89%, respectivamente. El 94% de los pacientes seguía tratamiento concomitante con algún FAMEcs. BARI es el primer fármaco tras fracaso de FAMEcs (F1) en 24/40 (50%) pacientes, y en 16/40 (40%), tras fracaso a algún FAMEb: segundo fármaco tras fracaso a FAMEb (F2) en 2 (5%), el tercero (F3) en 5 (13%) pacientes, el cuarto (F4) en 6 pacientes (15%) y el quinto (F5) en 3 (8%) pacientes, respectivamente. Los pacientes BARI como F1 frente a F2-F5, presentan de forma significativa, mayor IMC (30,83 ± 2,6 vs. 26,95 ± 4,4, p < 001), mayor porcentaje de ACPA (100% vs. 74%, p = 0,026), y menor tiempo medio de evolución de la AR (5,3 años, rango: 0,7-25 vs. 14,75 años, rango: 2-36 años, p < 0,001). En los pacientes F2-F5, los pacientes habían fallado a algún FAMEb previamente a iniciar a BARI, en F2 a una diana terapéutica, en F3 a 2 dianas y en F4 y F5 a 2 o 3 dianas. Respecto a la seguridad, 1 paciente presentó herpes zoster. Los resultados de eficacia clínica con DAS28-VSG y CDAI basal y en última evaluación se muestran en la tabla.

	DAS28-VSG		p	CDAI		p
	Basal	Última visita		Basal	Última visita	
BARI F1	5,4	2,5	0,0001	26,0	5,0	0,001
BARI F2-F5	5,6	2,6	0,0001	27,8	5,8	0,001

Conclusiones: 1. Baricitinib es eficaz y seguro en práctica clínica real. 2. Es capaz de alcanzar la remisión clínica o baja actividad, en un porcentaje elevado de pacientes, incluso en los que han fallado a varios fármacos biológicos o a varias dianas terapéuticas previamente.

Agradecimientos: el estudio fue apoyado con una beca de investigación de la Asociación para la Investigación en Reumatología de la Marina Baixa (AIRE-MB).

RC003. UN PASO MÁS EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

M.P. Macarrón Pérez¹, R. Morales Lozano², M. Blanco Hontiyuelo¹, P. Lois Bermejo¹, J.Á. Jover Jover¹, L. Abásolo Alcázar¹ y M.L. González Fernández²

¹Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Clínica Universitaria de Podología. Facultad de E.F. Podología. Universidad Complutense. Madrid.

Introducción: La afectación del pie es una causa importante de discapacidad en pacientes con artritis reumatoide (AR). Muchos perciben que sus pies son ignorados en la consulta. Además, los índices que miden la actividad de la enfermedad (DAS 28, CDAI, SDAI) no incluyen los pies.

Objetivos: Caracterizar la afectación tendinosa del pie mediante diagnóstico ecográfico en pacientes con AR y dolor en el pie.

Métodos: Estudio observacional transversal de pacientes con AR que presentaban dolor y sospecha clínica de afectación tendinosa del pie, seguidos en consultas de reumatología de un hospital terciario. Se derivaron a la consulta multidisciplinar de reumatología-podología. Se incluyeron todos aquellos diagnosticados mediante ecografía, de afectación tendinosa desde noviembre de 2016 a diciembre de 2017. Se recogieron y analizaron las siguientes variables basales: sociodemográficas, clínicas, funcionales, ecográficas y de tratamiento de los pacientes incluidos, mediante distribución de frecuencias en variables cualitativas, y en variables cuantitativas la media, desviación estándar o mediana y percentiles, en función de su distribución.

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes, 6 con afectación bilateral (51 pies). El 86% eran mujeres, con una edad media de 53 ± 13 años. El 76% eran laboralmente activos, de los cuales el 25% estaban de baja laboral por dolor del pie. El 77% tenían sobrepeso, el 18% eran fumadores activos. El 55% tenían comorbilidades, siendo las más frecuentes Osteoporosis (37%), HTA (33%), Depresión (17,6%), y Diabetes (10%). La duración media de la AR era de 12,42 ± 8 años. El 53% eran FR + y el 47% ACPA +. El HAQ y DAS28 basal era de 1,13 ± 0,28 y 4,41 ± 2 respectivamente. El tratamiento era: 76% Corticoides, 60% FAMES, 22% biológicos + FAMES, 10% solo biológicos y 8% sin tratamiento. La media del dolor del pie (EVA) era de 7,3 ± 1,8. La localización del dolor fue: cara medial del tobillo (84%), lateral (12%) y posterior (4%). Presentaban un foot Índice Basal de 55,4 ± 20. La afectación tendinosa fue: tibial posterior (78%), tendones peroneos (31,4%), flexor hallucis longus (23,5%), Aquiles (19,6%). Los tendones tibial anterior, extensor hallucis longus y extensor largo de los dedos se afectaron en un 2%. La lesión ecográfica más frecuente fue tenosinovitis con o sin Doppler, seguida de daño estructural. De forma concomitante, los pacientes presentaban afectación articular (sinovitis) con la siguiente distribución: 50% MTFs, 31% tobillo, 31% astrágalo-escafoidea, 16% subastragalina, 16% calcáneo-cuboidea. El 15% tenía señal Doppler. En la valoración estructural del pie encontramos 53% pies planos, 33% pronados, 8% supinados y 6% sin alteraciones. En el análisis de la huella se observó 65% plana, 23,5% cava y 12% normal. El calzado usado por los pacientes: 45% deportivas, 37% mocasín, 9,8% zapato tacón, 4% botas y 4% adecuado.

Conclusiones: La afectación tendinosa del pie en los pacientes con AR se asocia a sinovitis en un 50% de los casos y a dolor intenso. Afecta con mayor frecuencia a mujeres de mediana edad, laboralmente activas, con sobrepeso-obesidad, con patología estructural del pie y con calzado no adecuado. El tendón más afectado es el tibial posterior seguido de los peroneos. Conduce a un deterioro importante de las actividades cotidianas y a una disminución de la calidad de vida, por ello no nos debemos olvidar del pie al valorar la actividad de la enfermedad.

RC004. TRATAMIENTO CON SINOVIOERTESIS RADIOISOTÓPICA. NUESTRA EXPERIENCIA DURANTE 25 AÑOS

P. Lavilla Villar¹, M. Retuerto¹, S. Melchor¹, D. Vega², Á. García³, P. Alonso¹, J.M. Estenoz² y P.F. Dapica¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario del Tajo. Madrid.

Introducción: La sinoviortesis radioisotópica (SR) es la inyección intrarticular de una suspensión coloidal de partículas marcadas con un radioisótopo que irradia selectivamente la membrana sinovial, respetando hueso y cartílago. El radiocoloide es fagocitado por los sinoviocitos tipo 2 de la membrana sinovial, produciendo fibrosis de la misma y disminución de la producción de líquido sinovial. Se asegura la punción intrarticular mediante obtención de líquido sinovial y posteriormente se instila el radiofármaco seguido de 1 ml de

triamcinolona acetónido (40 mg). Tras el procedimiento se realiza una imagen gammagráfica para valorar la adecuada distribución del radiofármaco en la cavidad articular. Con una vida media de 2,5 días, el fármaco continuará emitiendo radiación durante semanas, observándose mejoría sintomática a partir de la segunda semana. La principal indicación de esta técnica es la sinovitis crónica refractaria a tratamiento local y/o sistémico.

Objetivos: Describir las características clínico-demográficas de pacientes tratados con SR en nuestro hospital, así como, la eficacia y seguridad de esta técnica.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se analizan las radiosinovioartrosis practicadas en el servicio de Medicina Nuclear del Hospital Doce de Octubre entre enero de 1994 y diciembre de 2018. Se realizaron un total de 113 técnicas en 89 pacientes procedentes de nuestro centro y otros hospitales sin servicio de Medicina Nuclear, pudiendo obtenerse datos de 72 pacientes a partir de su historia clínica. La eficacia de la técnica se definió como total o parcial, teniendo en cuenta datos objetivos (tumefacción y función articular) y subjetivos (evaluación del paciente).

Resultados: Se incluyeron 95 instilaciones articulares en 72 pacientes, 46% mujeres y 54% varones; con una edad media de $51,4 \pm 15$ (21-82) años. Se instiló Ytrio90 coloidal (5 mCi) en rodillas en todos los casos, siendo la mediana del tiempo de evolución de la sinovitis de 18 meses (RI 10-60). La distribución temporal fue muy heterogénea, disminuyendo con el paso de los años (1994-1998: 23%, 1999-2003: 32%, 2004-2008: 20%, 2009-2013: 16%, 2014-2018: 9%). El 93% de las SR fue indicado por el servicio de reumatología y el 7% por traumatología. En la clasificación por patologías el 72,2% presentaba enfermedad reumatológica sistémica siendo las causas de indicación más frecuentes la artritis reumatoide (25%), la artritis psoriásica (24%), las espondiloartropatías (17%) y la sinovitis villonodular pigmentada (11%). Menos frecuentes fueron la artritis idiopática juvenil (5%), la artrosis (4%), las artritis microcristalinas (5%) y la sinovitis crónica inespecífica (9%). El 79% había sido infiltrado intrarticularmente con corticoide previamente, con una media de $2,8 \pm 1,8$ (1-10) infiltraciones/rodilla; y habían mantenido tratamiento con AINES el 79%, corticoides sistémicos el 42%, FAME el 55% y terapia biológica el 14%. Se objetivó mejoría total o parcial en el 77%, apareciendo el efecto terapéutico en las primeras 8 semanas en el 80%. Se realizó reinstilación en 13 pacientes con un tiempo medio entre radiosinovioartrosis de 25 ± 21 (6-80) meses. Los efectos secundarios fueron escasos (2,8%) y de carácter local; el 8,3% precisó prótesis de rodilla.

Conclusiones: La SR ha demostrado eficacia y seguridad aceptable en casos de sinovitis refractaria tanto de etiología mecánica como inflamatoria. Pese a ello, es un procedimiento poco utilizado en la actualidad.

RC005. RELACIÓN ENTRE EL ÁREA DEL CORTE TRANSVERSAL DEL NERVIJO MEDIANO Y LA CIRCUNFERENCIA DEL CARPO COMO HERRAMIENTA DIAGNOSTICA DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARIPIANO

C.A. Guillén Astete y P. García Casado

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: El diagnóstico del síndrome del túnel carpiano (STC) es fundamentalmente electrofisiológico, sin embargo, ante la sospecha diagnóstica la ultrasonografía ha demostrado correlacionar de forma satisfactoria con el electromiograma. Las limitaciones del estudio ecográfico del nervio mediano en pacientes con STC se deben a que los intervalos de normalidad del área del corte transversal del nervio mediano (ACTNM) son variables según las fuentes consultadas, el sexo y la antropometría del individuo. El propósito del presente estudio es determinar si el ACTNM se puede correlacionar con una medida sencilla como la longitud de la circunferencia

de la muñeca (LCM) en pacientes con diagnóstico electrofisiológico de STC y sujetos sanos y utilizarse para discriminarlos mejor que con la simple medida del ACTNM.

Métodos: Incluimos a 50 pacientes con diagnóstico electrofisiológico de STC y 43 sujetos sanos de etnia blanca, mayores de edad y de distintas características antropométricas. Los pacientes provinieron de las consultas de Reumatología de tres centros distintos. Los voluntarios sanos fueron sujetos sin clínica de STC, alteraciones tiroideas, diabetes ni enfermedades reumatológicas autoinmunes conocidas cuyos datos se obtuvieron de un estudio previo. La medida de la circunferencia se realizó con una cinta métrica flexible alrededor del carpo inmediatamente distal a la línea interestiloidea. Las medidas ecográficas se realizaron a la altura de los huesos escófoides y pisciforme mediante tres ecógrafos distintos según la sede: Toshiba Nemio XG, sonda lineal de 13 Mhz, Samsung HM70a de 14 MHz y Logiq e GE de 12 MHz. Todas las imágenes medidas fueron capturadas para análisis y corrección de longitudes de circunferencias por un observador no vinculado a la identidad de los sujetos ni a su carácter de paciente o control. Se realizó un estudio de asociación entre la circunferencia de la muñeca y el ACTNM para ambos grupos y un índice de correlación que fue sometido a un test de validación para la determinación de la sensibilidad y especificidad.

Resultados: El ACTNM fue $11,11 \text{ DE } 1,18 \text{ mm}^2$ en el grupo control y $12,73 \text{ DE } 1,50 \text{ mm}^2$ en grupo de pacientes ($p < 0,05$). La LCM fue respectivamente $18,81 \text{ DE } 1,50 \text{ cm}$ y $18,72 \text{ DE } 1,85$ ($p = 0,803$). En sujetos sanos, la correlación entre el ACTNM y la circunferencia del carpo mostraron una correlación satisfactoria (coef. Pearson 0,809, $p < 0,01$, bilateral) al igual que en pacientes (coef. Pearson 0,878, $p < 0,01$, bilateral). El índice ACTNM/LCM en el grupo control fue 0,590 y para el grupo de pacientes 0,679 ($p < 0,01$). El área bajo la curva del ACTNM fue 0,808 EE 0,049 mientras que en el caso del índice ACTNM/LCM fue 0,954 EE 0,019. Con un índice de 0,62 o se obtiene una sensibilidad de 93% y especificidad de 78% para el diagnóstico de STC.

Conclusiones: La LCM correlaciona bien con el ACTNM en pacientes sanos. Podría considerarse un buen marcador antropométrico para posteriores estudios de rangos de normalidad ecográfica del nervio mediano. El índice LCM/ACTNM es una medida útil para discriminar a controles de pacientes con diagnóstico electrofisiológico de STC. En nuestra serie, este índice supera la capacidad discriminatoria del ACTNM como medida individual.

RC006. EFECTO DE LA COMPONENTE EMOCIONAL DEL PACIENTE ARTRÓDICO EN SU DECISIÓN DE SER INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE RODILLA

L. Tío¹, F. Castro^{1,2}, R. Torres^{1,3}, S. Martínez^{1,3}, L. Polino^{1,2}, J. Lorente¹, R. Arredondo¹, J.C. Monllau^{1,3} y J. Monfort^{1,2}

¹IMIM-Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas. Barcelona. ²Servicio de Reumatología; ³Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: El término artrosis (OA) fue descrito por A.E. Garrod en 1890, aunque ya en época de Hipócrates se conocía esta patología. A pesar del tiempo transcurrido y de ser la enfermedad reumática más frecuente, continua presentando grandes retos científicos, como un método diagnóstico sensible y tratamientos que actúen sobre la fisiopatología. Parte de estas limitaciones se deben a que la OA se define como el estado final de un conjunto de desórdenes que se desarrollan en la articulación y que comparten los siguientes síntomas: dolor, disfunción e inflamación. En estos términos, fenotipar correctamente a los pacientes es esencial para poder describir el desorden subyacente. Para responder a estas necesidades, se diseñó el proyecto HOLOA, cuyo objetivo es describir un modelo multivariante que permita clasificar los pacientes con OA de rodilla según sus características en

3 áreas: dolor, características clínicas/morfológicas, y defectos articulares. El trabajo actual es un estudio preliminar que tiene como objetivo describir las diferencias clínicas entre los pacientes con tratamiento conservativo y los intervenidos de artroplastia.

Métodos: Estudio prospectivo y longitudinal de pacientes OA con KL 2-3 y clasificados según su tratamiento: conservador o artroplastia. Ambos grupos están apareados por género, edad e IMC. Las variables a estudio son: WOMAC (dolor (Wd), rigidez (Wr) y función (Wf)), escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD), cuestionario modificado de Baeckle sobre actividad física, escala de catastrofismo ante el dolor (ECD), n.º de puntos dolorosos en el mapa peripatelar de Arent-Nielsen, presencia de sensibilización al dolor en la superficie tibial anterior, sumación temporal del dolor (estas 3 variables medidas con algómetro), y medidas ecográficas de hipertrofia y derrame sinovial. Se ha realizado un análisis multivariado de la varianza, teniendo en cuenta los 4 factores a estudio (tratamiento, género, edad e IMC). Todos los análisis se realizaron con SPSS v. 12.0.

Resultados: Este estudio se ha realizado con datos de los 70 pacientes reclutados hasta el momento, y que quedan clasificados según representa la tabla. Los resultados se centran en las diferencias entre los grupos de tratamiento. El análisis muestra que los pacientes del grupo artroplastia presentan valores superiores en Wr ($p = 0,012$), Wf ($p = 0,018$) y ECD ($p = 0,018$). Las diferencias observadas son independientes del resto de variables, excepto en ECD donde hay interacción entre tratamiento e IMC ($p = 0,007$) con efectos contrarios en el grupo conservador (mayor ECD a mayor IMC) que en el artroplastia (mayor ECD a menor IMC). En relación a la articulación, los pacientes del grupo artroplastia presentan más puntos dolorosos peripatelares, a pesar de no contabilizarse la interlinea medial y lateral, y la rótula. Además las mujeres presentan valores significativamente superiores en la mayoría de las variables estudiadas (WD ($p = 0,017$), WF ($p = 0,000$), HAD ($p = 0,001$), ECD ($p = 0,013$) y sensibilización tibial ($p = 0,036$)).

Variabes	Categoría	N
Tratamiento	Conservador	44
	Artroplastia	26
Género	Hombre	28
	Mujer	42
Edad	60-67	29
	68-75	41
	25-29,9	30
IMC	> 30	40

Conclusiones: A pesar de que los dos grupos de tratamiento presentan valores de KL iguales, se continúan observando valores superiores de WOMAC en el grupo artroplastia. Además de la rigidez y la función, también la manera de enfrentarse al dolor está relacionada con el hecho de seguir un tratamiento conservador o quirúrgico. A pesar de que las mujeres presentan valores superiores en la mayoría de las variables estudiadas, no se ha visto interacción con el tratamiento seguido.

RC007. POLIARTERITIS NUDOSA CUTÁNEA: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE 23 CASOS

M. Martínez-Morillo¹, M. Munera-Campos², J.L. Mate³, C. Ferrándiz², A. Olivé¹ e I. Bielsa²

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Dermatología; ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona. Badalona.

Introducción: La poliarteritis nudosa cutánea (PAN cutánea) es una forma infrecuente de vasculitis necrotizante, que afecta a los vasos de mediano y pequeño calibre, limitada a la piel. Presenta un curso crónico, pero más benigno que su forma sistémica. Su aparición

puede estar precedida por una infección, el uso de fármacos, y algunas enfermedades inflamatorias y autoinmunes. Sus criterios diagnósticos son controvertidos y en algunos casos quedan solapados con formas leves de PAN sistémica. En la PAN cutánea la afectación se limita a la piel, pero en ocasiones se describen síntomas extracutáneos: mialgias, artralgias o afectación del sistema nervioso periférico adyacente. La presencia de estas manifestaciones no se considera PAN sistémica según muchos autores si se limita al área de afectación cutánea.

Objetivos: Describir la prevalencia de las manifestaciones cutáneas y extracutáneas, y las comorbilidades asociadas en pacientes con poliarteritis nudosa cutánea (PAN).

Métodos: Estudio descriptivo de una serie de casos con diagnóstico de PAN cutánea en un hospital terciario (Servicios de Dermatología y Reumatología), recogidos desde enero del 1989 hasta enero del 2018. Se identificaron un total de 23 pacientes con confirmación histológica. Se recogieron los datos epidemiológicos, clínicos, electromiográficos, los hallazgos histológicos y analíticos así como las infecciones y comorbilidades asociadas.

Resultados: Los 23 pacientes incluyeron 8 hombres (34,78%) y 15 mujeres (65,22%) con una media de edad de 47 años (intervalo de 18-76). La media de seguimiento fue de 105 meses (intervalo de 12-380). Las manifestaciones cutáneas incluyeron: nódulos subcutáneos (95,65%), ulceración (52,17%), livedo reticularis (60,87%), livedo racemosa (8,70%), atrofia blanca (39,13%) y púrpura (4,34%). La localización más habitual fue en las piernas (100%), seguida de los muslos (47,83%), las extremidades superiores (39,13%) y el tronco (17,39%). El síntoma extracutáneo más frecuente fue la astenia (78,26%). Los síntomas regionales asociados fueron mialgias (60,87%) y parestesias (56,52%). Se realizó un electromiograma en 14/23 pacientes, de los cuales 7 presentaron mononeuritis múltiple. Solo un paciente progresó a PAN sistémica, con desarrollo de afectación renal a los 12 meses del diagnóstico. Las infecciones asociadas fueron: VHC (2), tuberculosis (1), *Streptococcus pyogenes* (1) y *Rickettsia conorii* (1). Dentro de las comorbilidades se encontraron: hipotiroidismo autoinmune (2), psoriasis cutánea (1), policondritis recidivante (1), enfermedad de Still (1), colitis ulcerosa (1), fibrosis pulmonar idiopática (1) y leucemia aguda mieloide (1). Como terapia de inducción se emplearon glucocorticoides a dosis medias-altas (20-40 mg/día) en 20 pacientes y AINE a dosis plenas en los 3 restantes. Trece pacientes (un 56,52%) desarrollaron formas recurrentes. De esto, 12 pacientes (un 52%) necesitaron tratamiento inmunosupresor asociado para evitar recidivas. El inmunosupresor más utilizado fue metotrexato, seguido de micofenolato o azatioprina.

Conclusiones: El seguimiento a largo plazo, la anamnesis y la exploración completa, incluyendo el electromiograma, permiten caracterizar el tipo de afectación cutánea y extracutánea en los pacientes con PAN cuyas manifestaciones se limitan a la piel. La progresión a PAN sistémica es excepcional y la PAN cutánea presenta, generalmente, un comportamiento más benigno desde un punto de vista clínico y pronóstico.

RC008. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

F.J. Narváez García¹, M. Mora¹, P. Juárez¹, C. Marco¹, X. González-Giménez¹, M. Llaberia², X. Juanola¹, X. Fulladosa³, F. Mitjavila² y J.M. Nolla¹

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

Objetivos: Analizar cuáles han sido las principales indicaciones del tratamiento adyuvante de rescate con RTX en pacientes con

LES en práctica clínica asistencial, así como evaluar su eficacia y seguridad.

Métodos: De un total de 425 pacientes con LES atendidos en un hospital de tercer nivel que no asiste a población pediátrica, se seleccionaron para su estudio retrospectivo aquellos tratados con uno o más ciclos de RTX y con un seguimiento mínimo posterior de 1 año.

Resultados: Se identificaron 46 pacientes (39 mujeres) con una edad media (\pm desviación estándar) de $39,5 \pm 11$ años y un tiempo de evolución (mediana) desde el diagnóstico del LES hasta el comienzo del tratamiento con RTX de 118 ± 98 meses (rango 15 días-196 meses). Las principales manifestaciones clínicas por las que se indicó el tratamiento con RTX (varios pacientes presentaron más de una) fueron la artritis (59%) y la nefritis lúpica (34%), seguidas de la afectación neurológica (16%) (incluyendo casos de mielitis, corea, psicosis, síndrome confusional agudo y radiculitis inflamatoria), respiratoria (14%) (EPID y síndrome del pulmón encogido), plaquetopenia autoinmune (11%), afección mucocutánea grave y refractaria (7%), y miocarditis lúpica (7%). El número de ciclos de RTX administrados (media) fue $2,9 \pm 1,83$ y la mediana del tiempo de seguimiento post-RTX fue de 34 ± 19 meses. En todos los casos se mantuvo el tratamiento de base con HCQ, GLC (97%) e inmunosupresores (75% de los pacientes, incluyendo micofenolato, azatioprina, metotrexato y, en 2 pacientes, 2 bolus de ciclofosfamida). Al final del período de seguimiento, un 70% de los enfermos respondieron al tratamiento (respuesta completa en el 40% de los casos y parcial en el 30%). Analizando la respuesta por manifestaciones clínicas, se observó mejoría (respuesta parcial o completa) en el 90% de los pacientes con artritis, 69% de los casos con nefritis lúpica, 83% de los pacientes con neurolupus, 100% de los enfermos con afección respiratoria, 75% de los casos con trombocitopenia, 100% de los pacientes con miocarditis, y en un 66% de los enfermos con afectación mucocutánea. A los 12 meses de tratamiento se observó un descenso en la actividad de la enfermedad evaluada mediante SLEDAI-2K (puntuación media pre-RTX: $11,13 \pm 6,81$ /post-RTX: $5,76 \pm 5,16$; $p < 0,001$) y de la dosis utilizada de corticoides (media $17,67 \pm 13,6$ mg versus $6,33 \pm 6,14$ mg de prednisona o equivalente; $p < 0,001$), sin progresión significativa del daño acumulado evaluado mediante SDI ($1,36 \pm 1,67$ vs. $1,43 \pm 1,43$; $p = 0,3$). Se observó también una tendencia a la mejoría de los parámetros inmunológicos (reducción de los niveles de anticuerpos anti-ADNn y aumento de la concentración de los factores del complemento), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. La frecuencia de efectos adversos (infecciones, neutropenia y reacciones infusionales) fue del 20%, motivando la suspensión del tratamiento en 2 casos. Un 15% de los pacientes presentó 1 o más infecciones (en su mayoría respiratorias, urinarias o cutáneas) generalmente leves, no precisando ingreso hospitalario. Una paciente (2,3%) con nefritis lúpica falleció por un herpes zoster diseminado meses después de haber recibido un único ciclo de tratamiento con RTX.

Conclusiones: A pesar de que actualmente RTX no tiene indicación aprobada en ficha técnica para LES, nuestra experiencia confirma que es una alternativa terapéutica razonable para los casos refractarios de afectación lúpica moderada o grave.

RC009. SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO DEL TRASPLANTE RENAL DEBIDO A NEFRITIS LÚPICA. ESTUDIO COMPARATIVO CON TRASPLANTE RENAL DE CAUSA NO AUTOINMUNE

Í. González Mazón¹, L. Sánchez-Bilbao¹, M. de Cos-Gómez², B. Atienza-Mateo¹, J.L. Martín-Varillas¹, D. Prieto-Peña¹, M. Calderón-Goercke¹, E. Rodrigo-Calabia², J.C. Ruiz-San Millán², M.A. González-Gay¹ y R. Blanco¹

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

Introducción: La nefritis lúpica (NL) es una complicación grave del lupus eritematoso sistémico (LES), que afecta hasta al 30-40% de los pacientes. Desafortunadamente, un 10-20% llega a desarrollar insuficiencia renal terminal y es necesaria una terapia de reemplazo, siendo el trasplante renal una medida costo-efectiva. Sin embargo, se han descrito casos de recidiva postrasplante.

Objetivos: En una serie de pacientes con un primer trasplante renal debido a nefritis lúpica (NL), nuestro objetivo ha sido evaluar a) la supervivencia a largo plazo después del trasplante y, b) comparar la supervivencia post-trasplante con un grupo control trasplantado renal por nefropatía de causa no autoinmune, la enfermedad renal poliquística (ERPQ).

Métodos: Se han estudiado dos grupos de pacientes con primer trasplante renal: a) NL y b) grupo control con ERPQ. Todos los pacientes fueron trasplantados en un Hospital Universitario de tercer nivel. Las variables principales fueron: a) la supervivencia del injerto y del paciente a los 20 años postrasplante y b) la evolución de la función renal (creatinina sérica y proteinuria) en los primeros 5 años de seguimiento. Las tasas acumuladas de supervivencia se han estimado mediante el método de Kaplan-Meier y el análisis comparativo entre ambos grupos se ha realizado mediante el test log-rank. La prueba U de Mann-Whitney se ha empleado para comparar variables cuantitativas y el test χ^2 /prueba exacta de Fisher para las variables cualitativas.

Resultados: Se han incluido un total de 53 pacientes con trasplante renal; a) grupo NL (n = 21), b) grupo ERPQ (n = 32). No se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo y los factores de riesgo cardiovascular basales entre los dos grupos. Se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad en el momento del trasplante renal, con una media de $39,80 \pm 11,27$ años en el grupo de NL y $46,59 \pm 5,01$ años en el grupo de ERPQ ($p = 0,004$). La biopsia renal se realizó en 16 pacientes con NL: tipo II (25%), tipo III (25%) y tipo IV (50%), (según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de Nefrología/Sociedad de Patología Renal). De los 48 pacientes (de 53) en los que fue realizada una biopsia renal durante el primer año posterior al trasplante, se demostró rechazo en 21 pacientes (43,7%) no hallando diferencias significativas entre los 2 grupos ($p = 0,444$). La evolución en los valores de creatinina sérica y proteinuria después del trasplante renal se muestra en la tabla. Con respecto a la creatinina sérica, se encontraron diferencias significativas en los niveles de creatinina solo a los 6 meses post-trasplante ($p = 0,032$),

Tabla RC009

Evolución de los niveles de creatinina sérica y proteinuria en 5 años de seguimiento post-trasplante en NL y ERPQ

	1 mes		6 meses		1 año		3 años		5 años	
	ERPQ	NL	ERPQ	NL	ERPQ	NL	ERPQ	NL	ERPQ	NL
Creatinina sérica, mg/dl										
N	28	17	26	15	26	17	22	14	18	13
Media	$2,48 \pm 2,12$	$1,92 \pm 1,41$	$1,82 \pm 0,71^*$	$1,47 \pm 0,59^*$	$1,89 \pm 1,03$	$2,03 \pm 1,56$	$1,74 \pm 1,12$	$2,26 \pm 2,51$	$2,06 \pm 1,75$	$2,64 \pm 3,30$
Proteinuria, mg/24h										
N	24	15	24	12	25	17	21	13	16	11
Media	$313,38 \pm 218,59$	$581,67 \pm 1.032,80$	$372,67 \pm 375,79$	$651,67 \pm 679,01$	$322,84 \pm 314,93$	$1.426,35 \pm 4.413,40$	$378,81 \pm 383,91$	$409,46 \pm 335,64$	$871,81 \pm 1.498,35$	$487,36 \pm 474,62$

* $p < 0,5$.

no encontrando diferencias en las siguientes determinaciones. En el grupo NL, 3 pacientes (14,3%) desarrollaron un brote de enfermedad: 2 casos se presentaron como enfermedad extrarrenal y solo 1 caso como recidiva histológica en el injerto. No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a la supervivencia del paciente ($p = 0,087$) ni del injerto ($p = 0,596$) en los 20 años de seguimiento.

Conclusiones: Los datos obtenidos en nuestra muestra indican que el trasplante renal es una terapia alternativa segura para la enfermedad renal avanzada en los pacientes con NL y puede proporcionar supervivencia a largo plazo con escasa recidiva.

RC010. TOCILIZUMAB EN PACIENTES CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

J. Mendizábal Mateos, V. Adasoro Cáceres, S. García Pérez, N. del Val del Amo, C. Fito Manteca, I. Paniagua Zudaire, L. Garrido Courel, L. Horcada Rubio, R. Gutiérrez Polo, J. Restrepo Vélez, R. Ibáñez Bosch y E. Loza Cortina

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Objetivos: Tocilizumab (TCZ) ha demostrado ser eficaz tanto en ensayos clínicos como en la práctica clínica real en pacientes con arteritis de células gigantes (ACG) refractarios a tratamientos clásicos. Describimos nuestra experiencia con TCZ en ACG en pacientes con ineficacia a terapias previas.

Métodos: Búsqueda y revisión de datos clínicos de pacientes diagnosticados de ACG y tratados con TCZ.

Sexo (mujeres)	20 (87%)
Edad al diagnóstico	71,5 (7,8)
Duración enfermedad (meses)*	12 (2-21)
FAME (n)	
Metotrexato (mg) #	17 (10-23,75)
Hidroxicloroquina (mg)	1 (400)
Leflunomide (mg)	1(20)
Concomitante FAME	
Metotrexato	6
Hidroxicloroquina	0
Leflunomide	0
Biopsia positiva	12 (57%)
Pérdida visual	5
Amaurosis fugax	2
NOIA #	3
Prednisona (mg)	12,5 (5-30)
Variación prednisona 3 (mg)	5 (5-10) ($p < 0,001$)
Variación VSG	27 (8-40)/2 (2-2) ($p < 0,0001$)
Variación PCR (mg/L)	1,89 (1,01-2,51)/0,05 (0,03-0,09) ($p < 0,0001$)

*Duración enfermedad: meses desde el diagnóstico hasta el inicio del TCZ. NOIA: neuritis óptica isquémica aguda. Variación VSG: diferencia entre el inicio del TCZ y al mes de haber iniciado el tratamiento. Variación PCR: desde el inicio del tratamiento y el mes de haberlo iniciado. Variación Prednisona: diferencia desde el inicio del TCZ respecto a los 3 meses postratamiento con TCZ.

Resultados: Se encontraron 23 pacientes (3 hombres); la edad media al diagnóstico fue de 71,5 años (7,8). El 57% de las biopsias de la arteria temporal realizadas fueron positivas. 17 pacientes recibieron tratamiento con al menos un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FAME). En 12 de ellos, el FAME se suspendió debido a un evento adverso (8) o ineficacia (4). 6 pacientes iniciaron TCZ en combinación con metotrexato. La mediana de la dosis de metotrexato fue de 20 mg (10-23,75). Todos los pacientes recibieron esteroides. La mediana de la dosis de esteroides antes de comenzar TCZ y a los 3 meses fue de 12,5 mg (5-30) y 5 mg (5-10) respectivamente, con diferencias significativas ($p < 0,001$). 6 pacientes recibieron al menos 3 bolos de 1.000 mg de metilprednisolona. 5 pacientes presentaron alteraciones visuales: 2 amaurosis fugax y 3 neuritis óptica. La mediana del tiempo desde el diagnóstico de ACG hasta el inicio de TCZ fue de 12 meses (2-21). Al mes del inicio

de TCZ, todos los pacientes excepto uno mejoraron clínicamente. La PCR y la VSG se normalizaron al mes del inicio del tratamiento ($p < 0,0001$). Al año 11/15 pacientes estaban asintomáticos. El 74% recibió TCZ vía intravenosa. No encontramos diferencias en la eficacia independientemente de la vía de administración o la duración de la enfermedad. En 3 pacientes se suspendió TCZ debido a infección respiratoria, pérdida de eficacia e hipertransaminasemia a los 24, 18 y 2 meses respectivamente. 8 pacientes desarrollaron toxicidad por esteroides; 3 diabetes, 3 trastornos de conducta y 2 miopatías. El efecto secundario adverso más importante debido a TCZ fueron las infecciones graves observadas en 6/23 pacientes; Se reportaron 2 infecciones por herpes zoster.

Conclusiones: En nuestra serie TCZ ha demostrado ser un tratamiento rápido y eficaz en el manejo de pacientes con ACG refractarios a tratamiento convencional permitiendo una reducción más rápida de los esteroides.

RC011. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A OSTEONECROSIS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

F. Vílchez Oya¹, J.A. Meraz-Ostiz¹, I. Carrión¹, S. Labrada¹, S. Castell¹, T.C. Salman-Monte¹, F. Ojeda¹, E. Rodríguez², X. Duran³, C. Pérez-García¹ y J.Monfort¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Nefrología. Hospital del Mar/Parc de Salut Mar. Barcelona. ³Methodology and Biostatistics Support Unit. Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM). Barcelona.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de osteonecrosis (ON) y determinar la asociación entre ON y los diferentes factores sociodemográficos, factores de riesgo cardiovascular, síntomas del LES, autoinmunidad, tratamiento recibido y actividad de la enfermedad, en los pacientes con LES del Hospital del Mar/Parc de Salut Mar.

Métodos: Se revisaron 177 historias clínicas de pacientes con LES que cumplían al menos 4 de 11 criterios ACR-LUPUS de 1982 revisados en 1997. Se identificaron 6 casos de ON. La variable ON fue evaluada mediante resonancia magnética nuclear en pacientes sintomáticos. Se aparejó por sexo y edad los pacientes con y sin ON en proporción 1:2. Se realizó un análisis descriptivo bivariado de variables demográficas, clínicas, factores de riesgo cardiovascular y de tratamiento, entre los casos y controles según la presencia de ON. La asociación entre ON y las diferentes variables mencionadas se evaluó mediante la prueba exacta de Fisher y la prueba de chi cuadrado.

Resultados: La prevalencia de ON fue del 3,4% (IC95%: 0,01-0,07%), menor que la descrita en otras series¹. Se halló relación estadísticamente significativa entre ON e hipertensión arterial (% de ON hipertensos = 62,5 vs. % de ON No-hipertensos = 10; p -valor = 0,043), ON y tratamiento corticoideo (última visita) (% de ON con corticoides = 100 vs. % de ON sin corticoides = 20; p -valor 0,025), ON y uso de bolus de corticosteroides (% de ON uso de bolus = 80 vs. % de ON sin uso de bolus = 15,3; p -valor = 0,022) y hubo una asociación marginal aunque relevante entre ON y SLICC (p -valor 0,057) en los pacientes con LES de nuestra cohorte (tabla).

Conclusiones: Se halló asociación estadísticamente significativa entre ON e HTA (factor de riesgo cardiovascular clásico) así como entre ON y uso de corticosteroides en la última visita y ON y uso de bolus de corticosteroides (factor ya conocido como agente etiológico de ON). No se halló relación entre la presencia de ON con la actividad de la enfermedad (SLEDAI), pero si hubo una tendencia significativa con el daño acumulado irreversible (SLICC). Para poder confirmar los resultados obtenidos, es necesario la elaboración de estudios, con una muestra más grande y un mayor período de seguimiento.

Características demográficas y clínicas y su asociación entre ON y las diferentes variables de LES

Variabes	Casos (6)	Controles (12)	p-valor
Género			
Femenino	5 (33,3%)	10 (66,6%)	1,00
Masculino	1 (33,3%)	2 (66,6%)	
Edad*	32,50 (18,38)	33,33 (11,83)	0,511
Etnia			
Caucásico	5 (35,7%)	9 (64,2%)	1,000
Hispanoamericano	1 (33,3%)	2 (66,6%)	
Afroamericano	0 (0%)	0 (0%)	
Asiático	0 (0%)	1 (100%)	
IMC *	25,72 (2,38)	22,89 (3,79)	0,134
Hábito tabáquico			
Sí	0 (0%)	3 (100%)	0,312
Exfumadores	2 (66,6%)	1 (33,3%)	
Dislipemia	2 (40%)	3 (60%)	1,000
HTA	5 (62,5%)	3 (37,5%)	0,043
Diabetes mellitus	2 (100%)	0 (0%)	0,098
Fotosensibilidad	4 (33,3%)	8 (66,6%)	1,000
Úlceras orales	3 (60%)	2 (40%)	0,268
Artritis	6 (37,5%)	10 (62,5%)	0,529
Pleuritis	0 (0%)	1 (100%)	1,000
Pericarditis	0 (0%)	2 (100%)	0,529
Leucopenia	3 (30%)	7 (70%)	1,000
Nefritis	2 (40%)	3 (60%)	1,000
ANA	5 (29,41%)	12 (70,59%)	0,333
Anti-dsDNA	3 (25%)	9 (75%)	0,344
Anti-Sm	0 (100%)	4 (100%)	0,245
Anti-SSA (Ro)	2 (28,57%)	5 (71,43%)	1,000
Anti-RNP	0 (0%)	4 (100%)	0,245
Hipocomplementemia	3 (25%)	9 (75%)	0,344
SLICC:			
0	2 (16,67%)	10 (83,3%)	0,057
1	3 (60%)	2 (40%)	
2	0 (0%)	0 (0%)	
3	1 (100%)	0(0%)	
SLEDAI*	2,33 (2,34)	2,50 (2,28)	0,883
SAF asociado	1 (50%)	1 (50%)	1,000
Corticosteroides (pasado sí/no)	6 (35,2%)	11 (64,7%)	1,000
Corticosteroides (última visita sí/no)	3 (100%)	0 (0%)	0,025
Bolus corticosteroides (sí/no)	4 (80%)	1 (20%)	0,022

*Media (DE).

Bibliografía

1. Hussein S, Suitner M, Béland-Bonenfant S, et al. J Rheumatol. 2018;45: 1462-76.

RC012. COMPARACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA POLIMIALGIA REUMÁTICA: ESTUDIO DE 100 PACIENTES PROCEDENTES DE UN ÚNICO CENTRO

D. Prieto Peña, M. Calderón-Goercke, B. Atienza-Mateo, J.L. Martín-Varillas, L. Sánchez-Bilbao, I. González-Mazón, M.A. González-Gay y R. Blanco

Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Introducción: El diagnóstico de polimialgia reumática (PMR) es fundamentalmente clínico basándose en la presencia del cuadro clínico típico con afectación de cintura escapular y pelviana acompañado de la elevación de reactantes de fase aguda. Clásicamente se han utilizado los criterios de Bird (Bird HA, et al. Ann Rheum Dis. 1979;38:434-9) y los criterios de Chuang (Chuang T, et al. Ann Intern Med. 1982;97:672-80) para establecer el diagnóstico de PMR. En 2012 se propusieron los nuevos criterios EULAR/ACR 2012 (Dasgupta B, et al. Ann Rheum Dis. 2012;71:484-92) para la clasificación de PMR, que son los que actualmente se utilizan en la práctica clínica.

Objetivos: a) Comparar la utilización de los criterios de Bird, los criterios de Chuang y los criterios EULAR/ACR 2012 para el diagnóstico de PMR en una cohorte de pacientes procedente de un único centro. b) Analizar las características de los pacientes excluidos por estos criterios.

Métodos: Se estudiaron 100 pacientes con PMR de reciente comienzo procedentes de un único centro que fueron consecutivamente diag-

nosticados en un periodo de 7 años por un mismo equipo con experiencia en el diagnóstico y manejo de PMR. El diagnóstico de PMR fue confirmado tras un periodo de seguimiento de al menos 24 meses tras excluir otras entidades. En todos los pacientes se solicitó la determinación de factor reumatoide (FR) y anticuerpos antipéptidos citrulinados (ACPA). En cada paciente se aplicaron tres sets de criterios: criterios EULAR/ACR 2012, criterios de Chuang y criterios de Bird.

Resultados: Se estudiaron 100 pacientes (61 mujeres/39 hombres) con una edad media de $67,1 \pm 10,2$ años. El 96% de los pacientes cumplieron los criterios de Bird, el 94% cumplieron los criterios de Chuang y el 84% cumplieron los criterios EULAR/ACR 2012 (tablas). Se analizaron las características de los pacientes que no cumplieron criterios EULAR/ACR 2012 obteniendo 16 pacientes: de los cuales 6 pacientes fueron excluidos por tener una edad inferior a 50 años (rango de edad 43-48 años) y el resto (10 pacientes) fueron excluidos por no presentar afectación a nivel de cintura escapular, sin embargo, sí presentaron afectación predominante a nivel cintura pelviana con elevación de reactantes de fase aguda.

Tabla 1. Criterios 2012 EULAR/ACR

Edad ≥ 50 años (requerido)	94/100	94%
Omalgia bilateral (requerido)	89/100	89%
Elevación de PCR y/o VSG (requerido)	96/100	96%
Rigidez > 45 min (2 puntos)	54/100	54%
Afectación cintura pelviana (1 punto)	90/100	90%
Ausencia FR or ACPA (2 puntos)	100/100	100%
Ausencia de artritis a otro nivel (1 punto)	95/100	95%
Requerido para clasificación: puntuación ≥ 4	84/100	84%

Tabla 2. Criterios de Chuang et al. (1982)

Edad ≥ 50 años (requerido)	94/100	94%
VSG ≥ 40 mm/1. ^a hora	96/100	96%
Dolor bilateral ≥ 1 mes afectando ≥ 2 de las siguientes áreas		
Cintura cervical	47/100	47%
Cintura escapular	89/100	89%
Cintura pelviana	90/100	90%
Exclusión de otros diagnósticos que pueden simular PMR	100/100	100%
Todos los criterios son necesarios	94/100	94%

Tabla 3. Criterios de Bird et al. (1979)

Edad > 65 años	59/100	59%
VSG > 40 mm/1. ^a hora	96/100	96%
Omalgia bilateral	89/100	89%
Duración de los síntomas < 2 semanas	77/100	77%
Rigidez > 1 hora	54/100	54%
Depresión y/o pérdida de peso	16/100	16%
Hipersensibilidad de aspectos proximales de ambos brazos	89/100	89%
Probable: 3 o más criterios	96/100	96%

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes la aplicación de los criterios EULAR/ACR 2012 clasificó a la mayoría de los pacientes con PMR. Sin embargo, con estos criterios quedaron excluidos aquellos pacientes con afectación predominante a nivel de cintura pelviana sin afectación escapular y aquellos pacientes menores de 50 años a pesar de presentar el resto de los criterios clínicos y analíticos. Un porcentaje de estos pacientes sí que cumplieron criterios de Bird y de Chuang.

RC013. ¿DIAGNOSTICAMOS TODOS LOS SÍNDROME ANTISINTETASA?

M. Salles Lizaraburu¹, S. Mínguez¹, S.M. Gelman¹, R. Tuneu¹, M. López de Recalde¹, B. Rodríguez-Diez¹, J. Trapé², J. González³, D. Perich⁴, A. Muñoz⁴, S. Ros⁴ y Ö. Bernadich⁴

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Análisis Clínicos; ³Servicio de Medicina Interna; ⁴Servicio de Neumología. Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.

Introducción: El síndrome antisintetasa (SAS) es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por la presencia de anticuerpos contra la tRNA sintetasa y manifestaciones clínicas que pueden incluir la enfermedad pulmonar intersticial (EPI), la miositis, la artritis, el

fenómeno de Raynaud (FR), fiebre y manos de mecánico. Hasta que aparecieron los criterios diagnósticos de Connors en 2010, estos pacientes con anticuerpos antisintetasa eran clasificados como miopatía inflamatoria idiopática o si no presentaban miositis, quedaban sin diagnosticar.

Objetivos: Identificar los pacientes con anticuerpos antisintetasa (aAS) de nuestro hospital desde junio del 2015, momento en que se inauguró el laboratorio de inmunología, y comprobar si cumplen criterios de SAS.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo llevado a cabo en un hospital comarcal de Barcelona con una población de referencia de 260.000 habitantes. Se identificaron a todos los pacientes con algún aAS (Jo1, PL7, PL12, EJ) positivo, determinados mediante el Dot Blot Polymyositis/Scleroderma IgD D-Teck. Aplicamos los criterios diagnósticos de Connors y se recogieron los datos demográficos, clínicos, tipos de anticuerpos y exploraciones complementarias realizadas.

Resultados: Identificamos 18 pacientes con aAS positivo, 9 anti Jo1 (53%), 4 anti PL7, 3 anti PL12 y 1 anti EJ. De ellos 13 tenían valores de ANA > 1/80, 3 valores de 1/80 y 1 negativo. Otros anticuerpos identificados en estos pacientes fueron anti-Ro52 en 4, anti-DNA en 4 y anti-Scl70 en 1. Todos, excepto uno, cumplían criterios de SAS. De los que eran anti-DNA positivos ninguno cumplía criterios de lupus eritematoso sistémico. La mayoría eran mujeres (N: 15, 88%) con una edad media al diagnóstico de 62 años (27-83 años), 16 caucásicos y 1 asiático. Las manifestaciones clínicas reportadas fueron: 5 miopatía inflamatoria (29%), 11 EPI (6 BONO y 5 NINE) (65%), 6 artritis (2 poliartritis, 2 oligoartritis, 1 palindrómico, 1 síndrome de cintura escapular) (35%), 3 fenómeno de Raynaud (17,5%), 2 manos de mecánico (11%) y 6 fiebre (35%). Tan solo un paciente presentaba la tríada clásica (miositis, artritis, EPI, Jo1), 2 tenían miositis con EPI (Jo1), 1 miositis con artritis (PL12), 1 EPI con artritis (PL7), 7 EPI (Jo1, PL7, PL12), 3 artritis (Jo1), 1 FR (Jo1) y 1 fiebre (EJ). Diez tenían una capilaroscopia realizada, 7 de ellos presentaban alguna alteración: 1 patrón de esclerosis sistémica activa y 6 inespecíficas (6 ramificaciones simples/complejas y 3 con hemorragias).

Conclusiones: A diferencia de las cohortes descritas previamente tanto por el grupo AENAS (American and European Network of Antisynthetasa Syndrome) como en el EuroMyositis, la nuestra tiene menor número de manifestaciones clínicas. Destaca que solo un 30% de los pacientes presentaron miositis y un 70% tenía una manifestación clínica única (no miositis) asociada a aAS. Esto probablemente es debido a que la selección de los pacientes se ha realizado a través del resultado del estudio inmunológico. De hecho comportó el diagnóstico de novo de SAS en 8 de ellos. Independientemente de la positividad de los ANA, ante la sospecha clínica de SAS es importante solicitar el *blot* específico de anticuerpos, ya que en nuestra serie un 23% tenían ANA ≤ 1/80. Y por último el papel de la capilaroscopia, que en caso de dudas diagnósticas, puede ser una herramienta fundamental que apoye el diagnóstico de SAS.

RC014. ENFERMEDAD DE STILL Y EMBARAZO

A.M. Brandy García¹, I. Casafont-Solé¹, S. Holgado Pérez¹, M. Mora², J. Narvaez², M. Martínez-Morillo¹, Á. Prior Español¹, M. Aparicio Espinar¹, L. Gifre¹, A. Riveros-Frutos¹, C. Sangüesa Gómez¹, J. Camins-Fàbregas¹, A. Nack¹, L. Mateo Soria¹, J.M. Nolla² y A. Olivé¹

¹Servicio de Reumatología Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

²Servicio de Reumatología. Hospital universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La enfermedad de Still del adulto (ESA) es una enfermedad inflamatoria de etiología desconocida. Es una afección infrecuente y actualmente no hay consenso sobre su incidencia y prevalencia en España. Afecta ambos géneros entre los 16 y 35 años.

La forma de presentación típica consiste en una tríada de síntomas que incluye la fiebre en agujas, exantema evanescente y artritis o artralgiás. En estas pacientes, la gestación puede resultar complicada, tanto por la propia actividad de la enfermedad como por los fármacos empleados. Hasta la fecha la experiencia de ESA y gestación es escasa.

Métodos y objetivos: Estudio transversal retrospectivo de las pacientes con ESA en las que se planificó la gestación y en seguimiento actual en nuestra consulta. El objetivo fue describir la evolución y complicaciones durante la gestación. Se recogieron las variables clínicas de la madre y el feto, exposición a fármacos durante el embarazo y la lactancia, y las complicaciones.

Resultados: Se revisaron 37 historias clínicas de mujeres con ESA (criterios de Yamaguchi) con una media de edad al diagnóstico de 37 años. El 13,5% (5 pacientes) presentaron gestación durante el seguimiento. De estas, 4 son caucásicas y 1 magrebí; 4 de las 5 pacientes presentaron una forma crónica de la enfermedad. El tratamiento empleado para el manejo del ESA fue: anakinra (2 pacientes), etarcept (1 paciente), metotrexato (3 pacientes) y AAS (2 pacientes). La media de edad de la gestación es de 26 años (rango 24-37). Se registraron un total de 9 gestaciones, con una media de 2 embarazos por paciente. El IMC medio materno pre-embarazo fue de 25,33. Se describieron 2 abortos, ambos en las primeras 6 semanas de la gestación, sin relación con la enfermedad: uno de causa desconocida y otro por infección por parvovirus B19. En cuanto a la exposición de fármacos durante la gestación, 3 de las pacientes mantuvieron el tratamiento, 1 con anakinra a dosis de 100 mg día y 2 pacientes con AAS 500 mg día. Solo un parto fue por cesárea (parto gemelar). Uno de los embarazos está en curso; y los otros 4 han sido eutócicos. No se han registrado complicaciones en el parto ni en puerperio, pudiendo realizar lactancia en todos los casos. No se observaron complicaciones neonatales y el peso medio del neonato fue de 2.802,5 mg (2.050-3.600).

Conclusiones: Se presenta la experiencia de ESA y gestación en 5 pacientes, con una media de 2 embarazos por mujer. En 5 pacientes se suspende el tratamiento de forma previa a la gestación sin presentar complicaciones; y en 3 se mantiene el anakinra o la AAS sin objetivar complicaciones durante la gestación ni la lactancia, ni en la madre ni en el feto. Todo ello pone de relevancia que la gestación, el parto y el puerperio en la ESA no presenta mayores complicaciones si se planifica bien.

RC015. USO DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

J.L. Tandaipán¹, A. Guillén², C.P. Simeón², P.E. Carreira³, F.J. Narváez⁴, J.M. Pego⁵, R. García-Vicuña⁶, A. Pros⁷, C. de la Puente⁸, V. Ortiz-Santamaría⁹, B. Atienza¹⁰, J. Lluch⁴, M. Rubio-Rivas¹¹, R. Blanco¹⁰ e I. Castellví¹² en nombre de los investigadores de ESCLEROSER del grupo EASSER

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Mútua de Terrassa.

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat.

⁵Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

⁷Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona.

⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

⁹Servicio de Reumatología. Hospital General de Granollers.

¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

¹¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat.

¹²Departamento de Reumatología y Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Describir la eficacia de las inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) en diferentes afecciones orgánicas de la esclerosis sistémica (ES).

Tablas RC015

Tabla 1. Pacientes esclerosis sistémica tratados con inmunoglobulinas intravenosa

	IGIV, n = 41 (%)	Difusa, n = 25 (%)	Limitada, n = 16 (%)	ATA positivo, n = 10 (%)	ATA negativo, n = 31 (%)
Sociodemográficos					
Mujeres	34 (83)	21 (84)	13 (81)	8 (80)	26 (84)
Edad	58 ± 18,21				
Raza caucásica	36 (88)	22 (88)	14 (88)	7 (70)	29 (94)
Comorbilidades					
Tabaco	18 (44)	12 (48)	6 (38)	4 (40)	14 (45)
Hipertensión arterial	12 (29)	5 (20)	7 (44)	2 (20)	10 (32)
Dislipemia	5 (12)	1 (4)	4 (25)	0	5 (16)
Diabetes	2 (5)	1 (4)	1 (6)	0	2 (6)
Eventos cardiovasculares	5 (12)	3 (12)	2 (13)	2 (20)	3 (10)
Enfermedad					
Edad al diagnóstico	48 ± 8,06				
Edad debut fenómeno de Raynaud (FR)	46 ± 8,97				
Edad primera manifestación no FR	47 ± 7,87				
Años de evolución	10 ± 8,06				
Superposición	24 (59)	11 (44)	13 (81)	5 (50)	19 (61)
Subtipo miopatías	20 (49)	8 (32)	12 (75)	2 (20)	18 (58)
Subtipo síndrome Sjögren	4 (10)	3 (12)	1 (6)	3 (30)	1 (3)
Manifestaciones clínicas					
Articular	30 (73)	22 (88)	8 (50)	10 (100)	20 (65)
Muscular	30 (73)	16 (64)	14 (88)	6 (60)	24 (77)
Cardiaca	14 (34)	8 (32)	6 (38)	6 (60)	8 (26)
Enfermedad reflujo gastroesofágico	32 (78)	20 (95)	12 (75)	7 (70)	25 (81)
Crisis Renal	2 (5)	2 (8)	0	0	2 (6)
Sistema nervioso periférico	10 (25)	6 (24)	4 (25)	4 (40)	6 (19)
Telangiectasias	23 (56)	16 (64)	7 (44)	7 (70)	16 (52)
Calcificaciones	12 (29)	7 (28)	5 (31)	3 (30)	9 (29)
Pitting Scars	18 (44)	13 (52)	5 (31)	7 (70)	11 (35)
Úlceras digitales	18 (44)	13 (52)	5 (31)	7 (70)	11 (35)
Neumopatía intersticial	26 (63)	16 (64)	10 (63)	10 (100)	16 (52)
Subtipo NINE	23 (56)	14 (56)	9 (56)	10 (100)	13 (42)
Subtipo NIU	1 (2,4)	1 (4)	0	0	1 (3)
Subtipo NOC	1 (2,4)	0	1 (6)	0	1 (3)
Hipertensión pulmonar	5 (12)	2 (8)	3 (19)	2 (20)	3 (10)
Capilaroscopia					
Precoz	7 (17)	4 (8)	3 (19)	3 (30)	4 (13)
Activo	21 (51)	12 (48)	9 (56)	4 (40)	17 (55)
Tardío	8 (20)	6 (24)	2 (13)	3 (30)	5 (16)
Inespecífico	5 (12)	3 (12)	2 (13)	0	5 (16)
Fármacos					
Calcioantagonistas	11 (26)	7 (28)	4 (25)	1 (10)	10 (32)
Inhibidores bomba protones	36 (88)	22 (88)	14 (88)	10 (100)	26 (84)
Prostaglandinas intravenosas	10 (25)	7 (28)	3 (19)	2 (20)	8 (26)
Antagonistas receptores endotelina	15 (37)	12 (48)	3 (19)	6 (60)	9 (29)
IPDE 5	5 (12)	3 (12)	2 (13)	5 (50)	0
Glucocorticoides	33 (80)	19 (76)	14 (88)	8 (80)	25 (81)
Dosis media mg/día	12 ± 9,03				
Metotrexate	16 (39)	10 (40)	6 (38)	3 (30)	13 (42)
Ciclofosfamida	9 (22)	8 (32)	1 (6)	4 (40)	5 (16)
Azatriopina	18 (44)	9 (36)	9 (56)	4 (40)	14 (45)
Micofenolato	22 (54)	19 (76)	3 (19)	9 (90)	13 (42)
Inhibidores calcineurina	10 (25)	3 (12)	7 (44)	1 (10)	9 (29)
Rituximab	13 (32)	9 (36)	4 (25)	4 (40)	9 (29)
Anti-TNF	1 (2,4)	0	1 (6)	0	1 (3)
Tocilizumab	1 (2,4)	0	1 (6)	1 (10)	0
Abatacept	1 (2,4)	1 (4)	0	0	1 (3)
Cáncer					
Mama	2				
Pulmonar	1				
Hematológico	1				
Otro	1				
Exitus					
Complicaciones ES	5				
Neumopatía intersticial	2				
Hipertensión pulmonar	2				
Cardiaca	1				
Tratamiento IGIV					
N.º de tandas	10 ± 11,35				
Indicación					
Cutánea	10 (24)	9 (36)	1 (6)	3 (30)	7 (23)
Muscular	22 (51)	11 (44)	11 (69)	4 (40)	18 (58)
Digestivo	7 (17)	5 (20)	2 (13)	1 (10)	6 (19)
Pulmonar	1 (2)	0	1 (6)	0	1 (3)
Calcinosis	2 (5)	1 (4)	1 (6)	1 (10)	1 (3)
Articular	2 (5)	2 (8)	0	1 (10)	1 (3)

Tabla 2. Patrones de respuesta de las IGIV

	Con afectación muscular	Sin afectación muscular	Con síndrome superposición	Sin síndrome de superposición	ATA positivo	ATA negativo	PM/Scl positivo	PM/Scl negativo
mRss inicial	16 ± 12,94	27 ± 10,73	13 ± 11,40	27 ± 11,27	29 ± 9,48	17 ± 12,94	15 ± 10,50	21 ± 13,47
mRss final	12 ± 12,41	25 ± 9,35	7 ± 7,07	24 ± 11,08	32 ± 7,63	13 ± 11,36	13 ± 15,14	16 ± 21,78
FVC inicial	68 ± 25,0	83 ± 22,36	64 ± 24,89	84 ± 20,09	56 ± 23,14	78 ± 23,28	60 ± 13,28	75 ± 26,80
FVC final	73 ± 26,76	78 ± 24,53	72 ± 25,70	80 ± 26,59	58 ± 20,36	83 ± 24,55	67 ± 18,04	77 ± 27,43
DLCO inicial	56 ± 16,42	70 ± 13,51	56 ± 17,45	67 ± 13,58	55 ± 16,51	61 ± 16,80	49 ± 13,82	63 ± 16,25
DLCO final	68 ± 25,38	69 ± 12,91	71 ± 24,43	64 ± 17,88	45 ± 12,49	76 ± 19,91	69 ± 18,91	69 ± 23,21

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, multicéntrico en el que se incluyó a todos los enfermos con ES tratados con IGIV para el manejo de diferentes complicaciones. De todos los enfermos se recogieron variables epidemiológicas, comorbilidades, subtipo clínico y serológico de ES, presencia de otras enfermedades autoinmunes, afecciones de la ES, datos capilaroscópicos, espirométricos, ecocardiográficos y tratamientos recibidos. También se recogió la mortalidad y si la causa fueron complicaciones de la ES. Respecto al tratamiento de IGIV se recogieron la indicación, el número de ciclos, y la eficacia clínica al finalizar el último ciclo de IGIV a criterio del investigador. Para la comparación de variables cualitativas se utilizó la prueba de chi-cuadrado o F de Fisher. Para la comparación entre variables cuantitativas se utilizó la prueba de t. Se estableció como nivel de significancia estadística valores de $p < 0,05$.

Resultados: Se recogieron 41 pacientes (83% mujeres), con una edad media de $58 \pm 18,21$ años. La edad del debut de Raynaud, primera manifestación no Raynaud y diagnóstico de la enfermedad fue $46 \pm 8,97$ años, $47 \pm 7,87$ años y $48 \pm 8,06$ años respectivamente. La forma difusa fue la más frecuente de la muestra (61%) y 24/41 presentaban síndrome de superposición (49% miositis). Respecto a las manifestaciones las más frecuentes fueron las digestivas, inflamatorias y la neumopatía intersticial (78%, 73%, 63% respectivamente). El resto de las características de la muestra se resume en la tabla 1. De los enfermos tratados con IGIV 25% murieron, de los cuales un 50% fueron por complicaciones de la SS. Un 12% presentaron cáncer. La indicación más frecuente IGIV fue miositis (51%) seguida cutánea (17%) y digestiva (12%). La media de ciclos fue de $10 \pm 11,35$. 37% pacientes habían realizado tratamiento previamente con terapia biológica siendo el RTX la terapia más empleada. Un 80% de paciente tenía historia de uso con corticoterapia. En los pacientes que la indicación fue la afección gastrointestinal o la neumopatía intersticial no se observaron diferencias significativas antes y después de la terapia con IGIV respecto los pacientes que no presentaban estas complicaciones. Al evaluar el grado de compromiso cutáneo (mRSS) los pacientes presentaron una mejoría significativa de $-2,89 \pm 5,23$ ($p < 0,03$) al final de la evaluación, siendo los grupos de enfermos con miositis o afección del SNP los que mostraron mayor respuesta. No se observaron diferencias en los valores de %FVC o %DLCO respecto el inicio o final de tratamiento. Sin embargo aquellos pacientes con Superposición que tenían significativamente peor FVC que las ES sin superposición antes de IGIV, no presentaron estas diferencias al finalizar el seguimiento. También se observó esta tendencia en los pacientes con antiPM/Scl. Sin embargo los pacientes con antiScl70 parecían tener menor respuesta a terapia con IGIV. Los patrones de respuesta de las IGIV respecto las diferentes afecciones y características de la muestra se resumen en la tabla 2.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que las IGIV pueden ser útiles para el manejo de algunas afecciones en perfiles concretos de enfermos con ES. Son necesarios estudios prospectivos y ensayos clínicos aleatorizados para establecer la eficacia y seguridad de las IGIV para tratar las diferentes afecciones de la ES.

RC016. REVISIÓN DEL TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M.D. Arcila Durán, C. Aguilera Cros, L. Méndez Díaz, I. Madroñal García, M. Gómez Vargas, A. Ruiz Román, E. Rubio Romero y J. Povedano Gómez

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

Introducción: La enfermedad de Still del adulto (ESA) es un trastorno inflamatorio sistémico, poco frecuente, de etiología desconocida, y aproximadamente el 60-70% de los pacientes pueden desarrollar una forma polifásica crónica de la enfermedad o una poliartritis crónica. Debido a la rareza de la enfermedad, el trata-

miento de la ESA no se basa en un estudio controlado, sino en experiencias basadas en casos.

Objetivos: Describir los diferentes tratamientos utilizados en una cohorte de pacientes con enfermedad de Still del adulto (ESA).

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes atendidos en nuestro Hospital (2008-2018), con diagnóstico de ESA según los criterios de clasificación de Yamaguchi. Los datos fueron obtenidos a través de la revisión de historias clínicas.

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes (15 mujeres), edad media 41 ± 13 años. Dos mujeres, con inicio a los 8 y 3 años de edad, diagnóstico inicial de Artritis idiopática juvenil sistémica (AIJS) y posteriormente de ESA. El tratamiento inicial se basó en fármacos antiinflamatorios no esteroideos (96%) y glucocorticoides (0,5-1 mg/kg/día) (96%) para control de los síntomas, necesitando añadir metotrexato oral o subcutáneo a dosis de 15 mg semanales en 13 pacientes (54%). Solo 2 pacientes utilizaron ácido acetilsalicílico como tratamiento inicial, sin mejoría. 5 pacientes utilizaron además terapia biológica a dosis estándar, necesitando varios fármacos para conseguir la remisión clínica (actualmente todos en remisión). Paciente 1: infliximab, rituximab, tocilizumab y baricitinib. Paciente 2: etanercept, rituximab. Paciente 3: etanercept, adalimumab, infliximab. Paciente 4: etanercept, infliximab, tofacitinib. Paciente 5: infliximab, tocilizumab, baricitinib, sarilumab (excelente respuesta a anti-IL6, tocilizumab se retiró por reacción local en sitio de inyección, pero también tuvo buena respuesta). Dos pacientes en remisión clínica con inhibidores de Jak quinazas (baricitinib y tofacitinib, respectivamente), uno con anti-TNF (infliximab) y otro con anti-CD20 (rituximab).

Tratamiento realizado	Tratamiento actual
Fármaco n (%)	Fármaco n (%)
AINEs 23 (96%)	AINEs 2 (8%)
Glucocorticoides 23 (96%)	Glucocorticoides 3 (12%)
FAMEs 15 (62%)	FAMEs
Metotrexate 13(86%)	Metotrexate 2(8%)
Leflunomida 5(33%)	Hidroxicloroquina 1(4%)
Hidroxicloroquina 8 (53%)	
Sulfasalacina 2(13%)	
T. biológica 5 (21%)	T. biológica 3 (12%)
Etanercept 3(60%)	Sarilumab 1(33%)
Adalimumab 1(20%)	Tofacitinib 2(66%)
Infliximab 4 (80%)	
Tocilizumab 2(40%)	
Sarilumab 1(20%)	
Rituximab 2(40%)	
Baricitinib 2(40%)	
Tofacitinib 1(20%)	
Inmunosupresores 4(17%)	FAMEs + T. biológica 0
Azatioprina 2(50%)	
Mofetil micofenolato 1(25%)	
Ciclofosfamida 1(25%)	
	Sin tratamiento 11 (46%)

Conclusiones: Nuestros resultados, en general, coinciden con lo publicado en la literatura. Para el tratamiento de la ESA se han usado altas dosis de AAS (4 g/día) o AINES, sin embargo, las dosis necesarias, con los efectos adversos correspondientes, la respuesta limitada y las frecuentes recaídas tras la supresión, hacen difícil su mantenimiento. Actualmente, los glucocorticoides sistémicos son de primera elección (0,5 a 1 mg/kg/día). Un alto porcentaje de nuestros pacientes respondieron a esta terapia, pero en un 54%, fue necesario agregar metotrexato u otros FAME por respuesta parcial con esteroides. En la fisiopatología de ESA hay un incremento de citoquinas inflamatorias, como el factor de necrosis tumoral, IL-1 e IL-6, siendo un avance en esta enfermedad la utilización de terapias que inhiben estas moléculas (anti-TNF, anakinra o canakinumab como anti-IL1 o tocilizumab o sarilumab como anti IL-6). Los inhibidores de IL-1 pueden ser más eficientes para las manifestaciones sistémicas, mientras que los inhibidores de IL-6 lo son para la afectación articular y sistémica. Para la afectación articular deben reservarse

los inhibidores de TNF. En nuestra cohorte, no hay ningún paciente con anti-IL1, un paciente en remisión clínica con anti-TNF y otra con anti IL-6. Son necesarios estudios prospectivos con mayor número de pacientes, para definir mejor el tratamiento de la ESA.

RC017. UTILIDAD DE LA REBIOPSIA RENAL EN PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA

M.J. García Villanueva¹, S. Garrote Corral¹, A. García Fernández¹, P. Morán Álvarez¹, A. Briones Figueroa¹, L. Villalobos Sánchez¹, L. Blanco Walters¹, A. Alía Jiménez¹, M. Díaz Domínguez², M. Rivera Gorrín², M. Fernández Lucas², N. Rodríguez Mendiola², W.A. Sifuentes Giraldo¹ y A. Sáiz³

¹Servicio de Reumatología; ² Servicio de Nefrología; ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Analizar la repercusión de la rebiopsia renal sobre la actitud terapéutica, en pacientes con diagnóstico histológico previo de nefritis lúpica (NL) que experimentan un empeoramiento en los parámetros clínicos de afectación renal.

Métodos: Estudio retrospectivo de enfermos con diagnóstico histológico de NL sometidos al menos a una rebiopsia renal. Estudiamos las variables demográficas, clínicas, histopatológicas de la primera biopsia renal y sucesivas, tratamiento recibido y las modificaciones terapéuticas en relación al resultado de las rebiopsias.

Resultados: Analizamos 35 pacientes diagnosticados de nefritis lúpica entre 1978 y 2017. 9 de ellos habían sido rebiopsiados al menos en una ocasión y sumaban un total de 11 rebiopsias (7 pacientes con una rebiopsia y 2 pacientes con dos rebiopsias). Todos los pacientes eran mujeres y de raza caucásica, salvo una hispana, con una edad media en el momento de la rebiopsia de 31 ± 12 años (14-55). La creatinina sérica media en el momento de la primera rebiopsia fue 0,8 ± 0,17 mg/dl (0,5-1,06) y en la segunda 1,18 ± 0,05 mg/dl (1,15-1,23). La indicación fundamental para la rebiopsia fue el aumento de la proteinuria, hasta rango no nefrótico en un 64% de las pacientes y dentro de rango nefrótico en un 36%. En comparación con la biopsia previa, 3 de las rebiopsias (27%) mostraron evolución de una forma no proliferativa a proliferativa (de II a III, de II a IV y de V a V+IV). 4 de las rebiopsias (36%) partían de una clase proliferativa y cambiaron de clase pero dentro de dichas formas (3 de IV a III y 1 de III a IV). Las 4 rebiopsias restantes (27%) no mostraron cambio en el tipo histológico. Respecto a la biopsia basal, observamos una disminución en el índice de actividad de las rebiopsias (5,4 ± 2,2 vs. 3,4 ± 2,5, p = 0,017) y un aumento en el índice de cronicidad (0,8 ± 0,7 vs. 2,9 ± 3,2, p = 0,027). En todos los casos se llevaron a cabo modificaciones terapéuticas. En 9 casos (82%) se aumentó la inmunosupresión y en dos de ellos (18%) se disminuyó.

Conclusiones: La repetición de la biopsia renal en casos de nefritis lúpica con datos clínicos de empeoramiento renal es relevante. El cambio de clase histológica y la evolución de los índices de actividad y cronicidad apoyan la decisión de aumentar la inmunosupresión y son fundamentales para disminuirla.

RC018. FRACTURA POR FRAGILIDAD EN EL VARÓN; EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD FRACTURE LIAISON SERVICE

A. Naranjo Hernández, S. Ojeda, A. Saavedra, C. Sepúlveda, F. Rubiño, A. Molina, O. Suárez, C. Domínguez, J.A. Lorenzo, N. Martín y C. Rodríguez-Lozano

Servicio de Reumatología; Servicio de Radiología; Servicio de Análisis Clínicos; Servicio de Traumatología y Rehabilitación. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La prevención secundaria de fractura osteoporótica es más eficiente con el modelo *Fracture Liaison Service* (FLS).

Objetivos: Describir las características de los pacientes varones atendidos en una unidad FLS.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. El programa consta de: 1) reclutamiento a partir de los registros de urgencias, fractura de cadera ingresada en traumatología o interconsulta a reumatología; 3) visita basal: cuestionario incluyendo variables demográficas, variables del FRAX y tratamientos previos; 4) DXA; 5) educación del paciente; 6) informe de resultados al paciente y al médico de AP, con recomendaciones específicas de manejo; los pacientes complejos son derivados a reumatología; y 7) seguimiento mediante encuesta telefónica más comprobación de prescripción en los registros electrónicos. Se describen las características de los pacientes varones y se comparan con las mujeres.

Resultados: Se han incluido 2.135 pacientes, de los cuales 382 son varones (18%). La procedencia de los pacientes fue en 300 casos (78%) del listado de urgencias, en 55 casos (14%) ingreso por fractura de fémur y en 25 casos (6%) de consultas externas. En la tabla se exponen las características de los pacientes. El promedio de edad fue similar en varones y en mujeres. La fractura de cadera fue más frecuente en varones (34% vs. 25%; OR 1,63, IC95% 1,50-1,75) al contrario que la fractura de antebrazo (18% vs. 33%; OR 0,46, IC95% 0,32-0,60). Tenían DXA previa (6% vs. 25%; OR 0,22, IC95% 0,00-0,43) y tratamiento previo con bisfosfonato menos frecuente los varones (4% vs. 19%; OR 0,17, IC95% 0,0-0,44). De las variables incluidas en el FRAX, en varones fue menos frecuente la fractura previa (13% vs. 24%; OR 0,48, IC95% 0,32-0,64), la fractura de cadera de los padres (9% vs. 13%; OR 0,66, IC95% 0,47-0,85) y el empleo de corticoides (6% vs. 10%; OR 0,61, IC95% 0,39-0,84). Sin embargo, en varones fue más frecuente el tabaquismo activo (21% vs. 14%; OR 1,67, IC95% 1,53-1,81) y el consumo de 3 o más unidades diarias de alcohol (18% vs. 5%; OR 3,96, IC95% 3,78-4,13). El porcentaje de osteoporosis por DXA fue menor en varones en comparación con las mujeres (30% vs. 46%; OR 0,49, IC95% 0,30-0,68) al igual que el porcentaje de pacientes con más de una caída en el último año (29% vs. 45%; OR 0,51, IC95% 0,30-0,71). Además, tras la visita a los varones se indicó un bisfosfonato con menor frecuencia que a las mujeres (68% vs. 77%; OR 0,64, IC95% 0,51-0,76) y se remitieron con menor frecuencia al médico de primaria (64% vs. 76%; OR 0,55, IC95% 0,41-0,70). Finalmente, la persistencia a 12 meses fue menor en los varones que en las mujeres (53% vs. 68%; OR 0,53, IC95% 0,30-0,76).

Edad media (DE)	73,4 (10)
IMC promedio	27,4
Localización de la fractura, N (%)	
Antebrazo	71 (18)
Fémur	132 (34)
Húmero	77 (20)
Vértebra	52 (13)
Otras	49 (13)
Variables incluidas en el FRAX, N (%)	
Fractura previa	51 (13)
Fractura de cadera padres	36 (9)
Tabaco	81 (21)
Corticoides	24 (6)
Artritis reumatoide	4 (1)
OP secundaria	17 (4)
Alcohol	68 (18)
DXA (%)	
Normal	30
Osteopenia	43
Osteoporosis	26
FRAX, media (DE)	
Fractura mayor	8,4 (5)
Fractura de cadera	4,3 (4)
Tratamiento, (%)	
Indicación de bisfosfonato	68
Remisión al médico de primaria	64
Persistencia a los 12 meses	53

Conclusiones: En comparación con las mujeres, los varones atendidos en una FLS presentan con mayor frecuencia fractura de cadera y

con menor frecuencia fractura de antebrazo. Los varones presentan también una menor frecuencia de antecedente personal y familiar de fractura y una mayor frecuencia de hábitos tóxicos. El porcentaje de pacientes candidatos a tratamiento y la persistencia al mismo es más baja que en las mujeres. Estos datos deben tenerse en cuenta en la identificación y tratamiento de la fractura por fragilidad en el varón.

RC019. PREVALENCIA DE HIPERURICEMIA Y GOTA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PAGET ÓSEA

M.A. Terán Tinedo, C. Pijoan Moratalla, J.R. Quiñones Torres, J. Bachiller-Corral y M. Vázquez Díaz

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

Objetivos: Analizar la frecuencia de hiperuricemia y gota en pacientes con diagnóstico de enfermedad de Paget ósea (EP) y establecer la correlación existente entre los niveles de ácido úrico, la actividad de la enfermedad de Paget y su tratamiento.

Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EP entre los años 2013 y 2018 que tuvieran una gammagrafía basal con captación sugestiva de actividad y que tuvieran un seguimiento posterior en consultas con analíticas anuales. Se recogió información demográfica, manifestaciones clínicas de la EP, extensión y número de focos, el valor de fosfatasa alcalina (FA) y del ácido úrico (AU) al diagnóstico y tras el tratamiento recibido. De igual forma, se recogió la presencia de factores de riesgo hiperuricemiantes (FRH), la historia de gota y finalmente las cifras de FA y AU durante brotes de gota en caso de haberlos. Se creó una base de datos y se realizó un análisis descriptivo y de correlación de las variables.

Resultados: Se incluyeron un total de 95 pacientes con una edad media de 70,59 (± 9,98) años (rango 45-89), siendo el 56% mujeres. Los valores medios de FA y AU al diagnóstico fueron respectivamente de 178,05 ± 82,81 mg/dl y 5,84 ± 1,74 mg/dl. El 58,9% de los pacientes presentaban afectación monostótica (56/95) y solo el 53,12% presentaban síntomas asociados (51/95), en el resto fue un hallazgo incidental. El 70,83% no presentaban FRH. 56 pacientes (58,9%) recibieron tratamiento para la EP (39 con zoledronato, 6 con risedronato y 11 con otros bisfosfonatos). El índice de correlación de Pearson entre FA y AU en el momento basal y durante el seguimiento fue de 0,71 (p < 0,001) que indica una relación positiva moderada alta. El 50,52% de los pacientes (48/95) tenían hiperuricemia con valores de AU por encima de 6 mg/dl al momento de diagnóstico EP, con una media de 7,10 ± 1,74 mg/dl, y en estos pacientes, tras haber recibido tratamiento con bisfosfonatos se evidenció una media de descenso de 0,78 ± 1,3 mg/dl sobre el valor basal al año

de su administración. Este descenso se evidenció en el 93,5% de los casos de pacientes tratados para EP. 11 pacientes (11,57%) presentaron clínica de gota durante el seguimiento, con elevación de las cifras de FA por encima de 126 mg/dl en el momento del ataque en el 63,63% de los casos.

Conclusiones: En nuestra cohorte, se evidenció una correlación positiva moderada alta, estadísticamente significativa, entre los niveles de FA y de AU en la enfermedad de Paget activa. El tratamiento del Paget produjo una reducción de las cifras de AU desde su valor basal. Asimismo se apreció un número elevado de ataques de gota en estos pacientes con una elevación de los niveles de FA en las crisis.

RC020. ESTUDIO DE LOS COMPARTIMENTOS CORTICAL Y TRABECULAR MEDIANTE 3D-SHAPER EN PACIENTES TRASPLANTADOS PULMONARES

M. Barceló Bru¹, A. Erra¹ y C. Espinet²

¹Servei de Reumatologia; ²Servei de Medicina Nuclear. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: La osteoporosis en los pacientes trasplantados pulmonares (TxP) es una complicación frecuente. El tratamiento con glucocorticoides (GC) es un factor de riesgo (FR) destacado que altera tanto la masa como la arquitectura óseas. Estudiar la DMO volumétrica mediante el software 3D-SHAPER ayudaría al estudio de dicha arquitectura.

Objetivos: Estudiar el cambio de la densidad superficial cortical, de la densidad volumétrica trabecular y de la densidad volumétrica integral medidas por 3D-SHAPER antes y después del TxP así como los cambios de densidad mineral ósea (DMO) medidos por densitometría (DXA).

Métodos: Se incluyen pacientes TxP valorados en Reumatología. Se recogen las características demográficas, el diagnóstico de la enfermedad pulmonar y los FR de baja masa ósea previos al TxP. Los pacientes se agruparon en 3 grupos según el tipo de enfermedad siendo éstos: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Enfermedades pulmonares intersticiales (EPID) y OTRAS patologías. Se evaluó la masa ósea mediante DXA (GE-LUNAR) tanto antes como a los 6 meses del TxP y se aplicó el software 3D-SHAPER (v2.7, Galgo Medical) en todas las DXAs.

Resultados: Se incluyen 49 pacientes TxP (46,9% mujeres), con una media de edad de 56,9 ± 8,7 años. En el grupo EPID se observó una mayor proporción de pacientes con una baja ingesta de calcio (p = 0,027) y con dosis elevadas de GC (p = 0,001). El grupo EPOC fue el que presentó una mayor proporción de fumadores (p = 0,027). La prevalencia de osteoporosis previa al TxP fue del 24,5%, superior

Tabla RC020
Valores de DMO y 3D-SHAPER

Pretrasplante	Total (n = 49)	EPOC (n = 11)	EPID (n = 30)	Otras (n = 8)
DMO pretrasplante (media)	g/cm ² (T-score)	g/cm ² (T-score)	g/cm ² (T-score)	(g/cm ² (T-score)
Columna lumbar	1,074 (-1,02)	0,927** (2,18**)	1,131 (-0,55)	1,051 (-1,18)
Cuello femoral	0,868 (-1,28)	0,798 (-1,89*)	0,899 (-1,04)	0,846 (-1,35)
Fémur total	0,907 (-1,15)	0,812* (-2,07**)	0,950 (-0,79)	0,878 (-1,27)
3D-SHAPER (media)				
DMOs cortical; g/cm ² (T-score)§	155,6 (-1,19)	143,9 (-1,90*)	163,3 (-0,97)	142,7 (-1,26)
DMOv Trabecular; g/cm ² (T-score)§	146,1 (-1,69)	115,4** (-2,65)	155,3 (-1,64)	153,6† (-1,06†)
DMOv Integral; g/cm ³	296	258,4*	309,4	297,5
6 m postrasplante	Total (n = 42)	EPOC (n = 10)	EPID (n = 25)	Otras (n = 7)
% cambio DMO (media ± DE)				
Columna lumbar	- 0,77 ± 10,6	10,8 ± 11,8**	- 3,98 ± 7,0	- 5,83 ± 7,7††
Cuello femoral	- 4,31 ± 7,1††	- 0,54 ± 6,2*	- 5,56 ± 6,7	- 5,21 ± 8,5
Fémur total	- 3,39 ± 5,9††	0,94 ± 3,5*	- 4,40 ± 6,1	- 6,58 ± 5,6††
% cambio 3D-SHAPER (media ± DE)				
DMOs cortical	- 2,11 ± 6,0†	- 0,11 ± 4,7	- 3,24 ± 6,7	- 0,93 ± 4,6
DMOv trabecular	- 5,39 ± 11,3††	7,56 ± 8,7**	- 8,56 ± 9,0	- 12,56 ± 6,9††
DMOv Integral	- 3,77 ± 6,4††	1,38 ± 4,3**	- 5,29 ± 6,5	- 5,68 ± 5,2††

†p < 0,05; ††p < 0,01 cambio respecto a basal, *p < 0,05, **p < 0,01 en EPOC vs. EPID; †p < 0,05, ††p < 0,01 en EPOC vs. Otras; §Solo medido en mujeres.

en los EPOC ($p = 0,007$). Los valores de DMO y del 3D-SHAPER así como el porcentaje de variación postrasplante se muestran en la tabla. De los 47 pacientes, 19 (38,8%) iniciaron tratamiento osteoactivo antes del TxP, con mayor porcentaje de pacientes tratados en el grupo EPOC ($P = 0,007$). De 42 pacientes disponemos de la DXA a los 6 meses postrasplante, con una prevalencia de osteoporosis del 23,8%. 27/42 pacientes seguían tratamiento osteoactivo postrasplante, siendo la media de tiempo de tratamiento hasta la realización de la DXA de $19,2 \pm 26,1$ meses, sin diferencias entre grupos.

Conclusiones: La prevalencia de una baja masa ósea es elevada tanto antes como después del trasplante. La prevalencia de algunos FR de osteoporosis fue diferente entre los grupos de enfermedad pulmonar. El grupo EPOC presentó una peor masa ósea antes del TxP. Posteriormente experimentaron una mejoría significativa de DMO y de las medidas volumétricas respecto a los otros dos grupos, que presentaron pérdidas de dichos parámetros. Los EPOC fueron el grupo más tratado para osteoporosis y con una menor proporción de pacientes con GC a dosis altas. La DMOV trabecular fue la medida más alterada de 3D-SHAPER, con mayor disminución en pacientes con GC a dosis elevadas y menor en aquellos con tratamiento osteoactivo.

RC021. VALORACIÓN DEL TRABECULAR BONE SCORE EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. CORRELACIÓN CON PARÁMETROS DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y LA MASA ÓSEA

I. Casafont-Solé, J. Camins-Fàbregas, M. Martínez-Morillo, Y. García, Á. Prior-Español, A. Riveros-Frutos, M. Aparicio, S. Holgado, L. Mateo, A. Olivé y L. Gifre

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

Introducción: El Trabecular Bone Score (TBS) aporta información a la densitometría ósea (DMO) sobre microarquitectura ósea. Valores bajos de TBS se han asociado con mayor riesgo de fracturas.

Objetivos: Analizar la estructura trabecular mediante TBS en pacientes diagnosticados de lupus eritematoso sistémico (LES) y su correlación con la actividad de la enfermedad y el tratamiento inmunosupresor.

Métodos: Se incluyeron pacientes diagnosticados de LES según los criterios SLICC 2012. Se recogieron: datos clínicos, analíticos (anti-DNA, hipocomplementemia), actividad de la enfermedad (SLEDAI, SLICC) y los tratamientos inmunosupresores recibidos. Se recogieron la presencia de fracturas y el tratamiento antiosteoporótico. Se analizó el metabolismo óseo, la DMO y el TBS.

Resultados: Se incluyeron 134 pacientes (122 mujeres [48 posmenopáusicas]) con una edad media de 46 ± 12 años y una duración de la enfermedad de 12 ± 7 años. El 62% tenía hipocomplementemia y 64% tenía elevación del anti-DNA, con un SLICC de $0,32 \pm 0,71$ y un SLEDAI de 2 ± 2 . El 75% recibía tratamiento con antipalúdicos y 38% con glucocorticoides. La media de vitamina D era de $20 \pm 11,5$ ng/ml (60% presentaba vitamina D < 20 ng/ml). El 19% presentaba osteoporosis y el 3% había presentado fracturas esqueléticas. El 9% recibía tratamiento antiosteoporótico. Los valores medios de TBS fueron de $1,397 \pm 0,123$. El 8% presentaba valores de TBS $< 1,200$ y el 70% TBS $> 1,350$. Se observó una correlación positiva entre los valores de TBS y la DMO en columna lumbar, cuello femoral y fémur total ($r = 0,479$, $p < 0,001$; $r = 0,460$, $p < 0,001$; $r = 0,411$, $p < 0,001$); y una correlación negativa con la edad y los años de evolución del LES ($r = -0,397$, $p < 0,001$; $r = -0,237$, $p = 0,006$). Los pacientes con osteoporosis presentaban menores valores de TBS ($1,300 \pm 0,132$ vs. $1,419 \pm 0,113$, $p < 0,001$). No se encontraron diferencias significativas en los valores de TBS en función de la presencia de hipocomplementemia, elevación anti-DNA, corticoterapia, insuficiencia de vitamina D ni con la presencia de fracturas. Los pacientes con TBS $< 1,200$

tenían mayor edad (> 50 años), más osteoporosis densitométrica pero sin diferencias con la presencia de fracturas.

Conclusiones: Tan solo 8% de los pacientes con LES presentaban valores de TBS $< 1,200$. Los valores de TBS se correlacionan con la DMO y la edad, pero no observamos diferencias en función de la actividad de la enfermedad, tratamientos inmunosupresores ni con la presencia de fracturas.

RC022. INCIDENCIA DE FRACTURAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS DURANTE EL PERIODO DE DESCANSO

L. Bautista Aguilar¹, A. Delgado Zamorano³, A. Salmoral Chamizo¹, I. Gómez Gracia¹, M.L. Ladehesa Pineda¹, L. Pérez¹, I. Gómez García¹, M.C. Castro Villegas^{1,2,3}, A. Escudero Contreras^{1,2,3} y E. Collantes-Estévez^{1,2,3}

¹Unidad de Reumatología Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

²Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba.

³Universidad de Córdoba.

Objetivos: Valorar la incidencia de fracturas y factores de riesgo asociados en pacientes durante el período de descanso terapéutico con bifosfonatos.

Métodos: Estudio analítico, observacional, longitudinal y retrospectivo de una cohorte de pacientes con osteoporosis postmenopáusica o del varón de más de 50 años tratados con bifosfonatos orales (al menos 5 años) o intravenosos (al menos 3 años) y que llevasen como mínimo un año en descanso terapéutico en el período de 1/01/2012 al 31/12/17. Se excluyeron a aquellos en tratamiento con corticoides y con enfermedades con efecto sobre el metabolismo óseo. Se hizo un análisis descriptivo de las variables para relacionar la incidencia de fracturas con diversos factores de riesgo, así como un análisis de regresión de Cox uni y multivariante.

Resultados: Se estudiaron 128 pacientes con osteoporosis, 19 (14,7%) se fracturaron durante el seguimiento. En comparación con el grupo sin fractura, el grupo de fractura presentaba mayor porcentaje de pacientes fumadores ($p = 0,004$), con tratamiento osteopenizante ($p = 0,005$) y tenía un t-score del cuello femoral al inicio de las vacaciones terapéuticas inferior $-2,07$ (0,68) vs. $-1,58$ (0,63), $p = 0,008$. Además había mayor porcentaje de pacientes con fractura con riesgo moderado antes del inicio de las vacaciones terapéuticas ($p = 0,007$). Las curvas de supervivencia de fractura fueron inferiores en pacientes mayores de 75 años ($p = 0,04$). A igualdad de tratamiento, por cada año de edad, en el inicio de vacaciones terapéuticas se aumenta un 6% el riesgo de fractura ($p = 0,04$), mientras que, a igualdad de edad, este riesgo se incrementó 4,33 veces en pacientes que fueron tratados con risedronato frente aquellos con alendronato ($p = 0,05$). Se realizó un análisis multivariante y se relacionó la presencia de fracturas vertebrales con tabaco HR 4,28 (1,02-17,96), $p = 0,047$.

Conclusiones: En base a nuestros resultados, sería útil realizar un seguimiento estrecho a aquellos pacientes en descanso terapéutico que fuesen fumadores, mayores de 75 años, con tratamiento osteopenizante, que presenten un t-score cuello femoral bajo y/o tratados previamente con risedronato.

RC023. CAMBIOS EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON TRASPLANTE RENAL Y SU INFLUENCIA EN LA INCIDENCIA DE FRACTURAS

G.S. Napky Raudales¹, P. Rodríguez-Merlos¹, Y. Hernández², L. León², M. López², A. Balsa¹, C. Jiménez² y P. Aguado¹

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

Introducción: El manejo de las alteraciones del metabolismo mineral óseo en pacientes con enfermedad renal crónica y del trasplante

renal se ha visto modificado en los últimos años con la aparición de las guías de tratamiento (KDIGO). Es importante saber si esto ha podido influir en la incidencia de fractura de los pacientes con trasplante renal.

Objetivos: Comparar la incidencia de fractura clínica y los posibles factores que pueden influir en su aparición en dos cohortes de pacientes con trasplante renal realizado con una diferencia de 5 años (2005/2006 y 2010/2011).

Métodos: En un estudio longitudinal retrospectivo comparamos 2 grupos de pacientes trasplantados con una diferencia de 5 años: grupo 1 (G1) de 64 pacientes trasplantados entre 2005-2006 y grupo 2 (G2) de 83 pacientes trasplantados entre 2010-2011. Se realizó un seguimiento mínimo a 5 años y se compararon factores de riesgo clínico de fractura, fármacos utilizados tanto en el manejo del trasplante renal como de las alteraciones del metabolismo mineral óseo, datos bioquímicos y densitométricos óseos en el primer año tras el trasplante. El análisis estadístico consistió en una comparación de las variables mediante técnica de chi-cuadrado y prueba exacta de Fisher; y las cuantitativas mediante t de Student para muestras independientes.

Análisis comparativo entre periodos de trasplante

	Total	2005-2006 (G1)	2010-2011(G2)	p
Sexo (mujer)	60(40,8%)	26 (40,6%)	34 (41%)	0,5
Edad (años)	50,3 ± 14,4	46,5 ± 14,5	53,18 ± 13,7	0,05
IMC	25,4 ± 4,1	24,6 ± 3,9	26 ± 4,2	0,03
Diabetes mellitus Pre-Tx	15 (10,2%)	7 (10,9%)	8 (8,6)	0,5
Tabaquismo				0,12
Sí	20 (13,6%)	12 (18,8%)	8 (9,6%)	
Exfumador	25 (17%)	13 (20,3%)	12 (14,5%)	
Consumo alcohol				0,2
Sí	5 (3,4%)	2 (3,1%)	3 (3,6%)	
Exbebedor	4 (2,7%)	0 (0%)	4 (4,8%)	
Fractura pretrasplante	11 (7,5%)	5 (7,8%)	6 (7,2%)	0,5
Uso tacrólimus al año	128 (87,1%)	53 (82,8%)	75 (90,4%)	0,03
Uso ciclosporina al año	11 (7,5%)	9 (14,1%)	2 (2,4%)	0,01
Uso MMF al año	121 (82,3%)	53 (82,8%)	68 (81,9%)	0,2
Uso IM-Tor al año	18 (12,2%)	9 (14,1%)	9 (10,8%)	0,4
Uso calcitriol al año	49 (33,3%)	21 (32,8%)	28 (37,7%)	0,02
Uso cinacalcet al año	15 (10,2%)	2 (3,1%)	13 (15,7%)	0,2
Uso calcifediol al año	46 (31,3%)	3 (4,7%)	43 (51,8%)	0
FRAX global sin DMO pretrasplante	2,63 ± 2,67	2,42 ± 2,2	2,78 ± 2,9	0,4
FRAX global con DMO pretrasplante	5,53 ± 4,7	4,25 ± 2,9	5,74 ± 4,9	0,5
Dosis media prednisona al año (mg/d)	5,9 ± 3,1	6,9 ± 4,6	5,26 ± 1,54	0,02
Dosis media prednisona a los 5 años (mg/d)	3,8 ± 2,4	4,3 ± 2,7	3,34 ± 2	0,03
Calcio sérico al año (mg/dl)	9,7 ± 2,2	9,5 ± 0,5	9,8 ± 2,9	0,4
Fósforo sérico al año (mg/dl)	3,2 ± 0,9	3 ± 0,7	3,3 ± 1,1	0,08
PTHi sérica al año (pg/dl)	104,2 ± 79,4	99,8 ± 90,5	107,4 ± 70,4	0,5
Calcidiol sérico al año (ng/dl)	26,3 ± 23,2	17,4 ± 8,6	27,5 ± 24,3	0,1
Fosfatasa alcalina al año (UI/l)	92,7 ± 42,2	90,3 ± 39,7	94,5 ± 44,1	0,5
Realización DEXA pretrasplante	28 (19%)	8 (10,9%)	21 (25,3%)	0,02
Realización DEXA posttrasplante	88 (59,9%)	33 (51,6%)	55 (66,3%)	0,02
T-Score L pretrasplante	-1,34 ± 1,4	-1,9 ± 1,21	-1,1 ± 1,4	0,2
BMD L pretrasplante	0,923 ± 0,165	0,883 ± 0,137	0,938 ± 0,175	0,4
T-Score CF pretrasplante	-1,92 ± -1,16	-2,28 ± 1,16	-1,83 ± 1,17	0,4
BMD CF pretrasplante	0,703 ± 0,114	0,638 ± 0,089	0,720 ± 1,16	0,1
Tiempo en diálisis (meses)	31,4 ± 22,2	24,1 ± 15,8	37,2 ± 24,8	0,01
Exitus	10 (6,8%)	7 (10%)	3 (3,6%)	0,45
Fractura posttrasplante	21 (14,3%)	10 (15,6%)	11 (13,6%)	0,4
Periodo en que aparece fractura				
< 1a	1 (5,3%)	0 (0%)	1 (10%)	
1-3a	5 (26,3%)	2 (22,2%)	3 (30%)	
3-5a	2 (10,5%)	0 (0%)	2 (20%)	
> 5a	11 (57,9%)	7 (77,8%)	4 (40%)	
Total (n)	147	64	83	

Resultados: Las diferencias entre las principales variables estudiadas se muestran en la tabla. En la comparativa de características basales hay diferencia significativa en edad (46,5 ± 14,5 y 53,18 ± 13,7, p = 0,05), IMC (24,6 ± 3,9 y 26 ± 4,2, p = 0,05) y tiempo medio en diálisis en meses (24,1 ± 15,8 y 37,2 ± 24,8, p = 0,01). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de fractura clínica durante el seguimiento (15,6% vs. 13,6%, respectivamente). Se observan diferencias significativa en uso de calcidiol entre G1 y G2 (4,7% y 51,8%, respectivamente), dosis media de corticoide al año del trasplante (6,9 ± 4,6 y 5,26 ± 1,54, p = 0,02), uso de tacrólimus (82,8% y 90,4%, p = 0,03), uso de calcitriol (32,8% y 37,7%, p = 0,02), uso de calcidiol (4,7% y 51,8%, p = 0,001). Además existen diferencias en la realización de DEXA entre el grupo 1 y 2 tanto pretrasplante (10,9% y 25,3%, p = 0,02) como posttrasplante (51,6% y 66,3%).

Conclusiones. La práctica clínica parece haber cambiado hacia un mayor uso de la DEXA como método de evaluación ósea pre y posttrasplante, y hacia un empleo más frecuente de la terapia con de vitamina D nativa. Además parece reducirse la dosis media de corticoide y el uso de ciclosporina como terapia inmunosupresora. En nuestras cohortes estos cambios no se han visto reflejados en la incidencia de fractura de cadera.

RC024. CONSULTA NO PRESENCIAL EN REUMATOLOGÍA DIRIGIDA POR ENFERMERÍA (ESALUD). ESTUDIO DESCRIPTIVO NACIONAL ESPAÑOL

S. García Díaz¹, A.I. Rodríguez Vargas², A. Carbonell Jordà³, A. Molina Tercero⁴, C. Mouriño Rodríguez⁵, L. Cano García⁶, D. Beteta Fernández⁷, I. Padró Blanch⁸, J. León Navarro⁹, J.M. Martín Martín¹⁰, L. Valencia Muntalà¹¹, M. Garro Lara¹², M.D. Gil del Gallego¹³, M.D. Hernández Sánchez¹⁴, M.J. León Cabezas¹⁵, M. Rusiñol Badals¹⁶, N. Martínez Alberola¹⁷, R.M. Serrano Lora¹⁸, R. Villacusa Arrabal¹⁹ y S.P. Fernández-Sánchez²⁰

¹Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi-Hospital General de Hospitalet. Consorci Sanitari Integral (CSI). Barcelona. ²Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ³Hospital Universitario San Juan de Alicante. ⁴Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ⁵Hospital do Meixoeiro. Vigo. ⁶Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁷Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁸Hospital del Mar. Barcelona. ⁹Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. ¹⁰Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. ¹¹Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ¹²Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería. ¹³Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. ¹⁴Complejo Hospitalario de Jaén. ¹⁵Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. ¹⁶Hospital Universitari Mútua Terrassa. ¹⁷Hospital General Universitario de Elda. ¹⁸Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹⁹Hospital del Mar. Barcelona. ²⁰Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: La eSalud es el término con el que se define al conjunto de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) que, a modo de herramientas, se emplean en el entorno sanitario en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, así como en la gestión de la salud, ahorrando costes al sistema sanitario y mejorando la eficacia de éste¹⁻⁴. Estas consultas eSalud no presenciales en pacientes reumáticos, vehiculizadas a través de enfermería especializada, pueden permitir resolver de forma eficiente una gran parte de los problemas que estos pacientes pueden presentar⁵⁻⁸, aunque desconocemos cómo dichas consultas se están llevando a cabo en el panorama nacional español.

Objetivos: Describir las consultas eSalud no presenciales en Reumatología, mayoritariamente dirigidas por enfermería en el territorio nacional español.

Métodos: Estudio descriptivo de una cohorte de profesionales sanitarios Diplomados-Graduados en Enfermería y que trabajaban activamente en reumatología en el momento de la encuesta (noviembre 2018), y dirigían mayoritariamente esta consulta no presencial (ya sea vía telefónica o a través de mensajes de texto vía Whats App y/o mail). La recogida de datos se hizo a través de un cuestionario Google-form desarrollado para dicho propósito por los miembros del Grupo de Trabajo Enfermería (GTE-SER). Este instrumento estaba dividido en dos bloques temáticos: variables sociodemográficas y de actividad, con 31 preguntas, con amplia variabilidad de respuesta (teniendo 2 de ellas campos abiertos). Análisis estadístico: se utilizó la propia base de datos Google-form a través de estadística descriptiva.

Resultados: Se analizaron 47 encuestas (de 50), 94% de los enfermeros/as eran mujeres, con una edad de rango medio entre 51-60 años, de 15 Comunidades Autónomas de toda España; 52% con estudios superiores a nivel de postgrado (17%) o máster (35%), con el 47% de los profesionales trabajando en reumatología > 10 años y 77% habían recibido formación específica en reumatología. El 37% refirió llevar entre 1-5 años manejando consultas eSalud no presenciales en Reumatología y el promedio de consultas mensuales fue 50-100. La descripción del resto de variables específicas de las consultas eSalud no presenciales en Reumatología están descritas en la tabla.

Variables consulta no presencial (CNP) eSalud en Reumatología

Variabes	Profesionales de enfermería %
La consulta no presencial (CNP) SI está dirigida por enfermería	89%
El tipo de CNP es tanto programada como a demanda (ambas)	68%
El tipo de acceso a la consulta es telefónico	72%
El manejo de respuesta a la CNP es inmediato	68%
El espacio dónde se maneja la CNP es en despacho tranquilo	41%
Las CNP SI se registran	76%
Las CNP se registran en la historia clínica del paciente	91%
Las CNP SI se contabilizan informáticamente como actividad clínica en la agenda de enfermería	79%
No existen estándares o protocolos sobre el uso de la CNP en reumatología en tu centro	81%
No ha habido ninguna auditoría sobre el uso de la CNP en reumatología en tu centro	98%

Conclusiones: Este es el primer estudio que describe las consultas eSalud no presenciales en Reumatología en España, ya establecida en muchos servicios de reumatología a nivel europeo. Hay una gran variabilidad en la forma de manejar este tipo de consulta no presencial, incluyendo el número de consultas, tipo de consulta (a demanda y/o programada), registro y análisis de los datos de dicha consulta así como estándares de calidad de la misma. Este estudio refleja la falta de formación reglada y de protocolos estandarizados en dirigir este tipo de consulta a nivel nacional, por lo que se debería explorar esto en un futuro no muy lejano, con el fin de generar estándares de calidad de esta consulta eSalud no presencial en Reumatología.

Bibliografía

1. Sanyal C, Stolee P, Juzwishin D, et al. PLoS One. 2018;13:e0198112.
2. Hughes RA, Carr ME, Huggett A, et al. Ann Rheum Dis. 2002;61:341-5.
3. Royal College of Nursing. Telephone advice lines for people with long term conditions. 2006.
4. Ferreira R, Marques A, Mendes A, Silva JA. Acta Reumatológica Portuguesa. 2015;40:163-168.
5. Grupo de Enfermería de la Sociedad Valenciana de Reumatología (GESVR), 2013. Propuesta de contenidos de una consulta de enfermería en reumatología. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).
6. Najera Herranz C, Ivorra Cortés J, Chalmeta Verdejo I, et al. 2013. Rev. Sociedad Val. Reuma. 2014;3:14-38.
7. Thwaites C, Ryan S, Hassell A. Rheumatology (Oxford). 2008;47:522-5.
8. Garcia Diaz S, Samper E, Roig Vilaseca D, et al. FRI0634-HPR. Annals of the Rheumatic Diseases. 2015;74:1330-1331.

RC025. EVOLUCIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA REUMATOLÓGICA

I. Balaguer Trull, R. Martín de la Leona Miñana, A. Rueda Cid, C. Campos Fernández, M.D. Pastor Cubillo, C. Molina Almela, J.J. Lerma Garrido y J. Calvo Catalá

Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: La presencia de enfermería es fundamental en Reumatología para proporcionar un apoyo educativo y emocional más completo y lograr un cuidado más efectivo de nuestros pacientes. Aunque la figura de enfermería lleva presente en nuestro servicio más de 15 años, es en el año 2015 cuando se crea la Consulta de Enfermería Reumatológica (CER) con agenda y códigos propios que permiten registrar y contabilizar todo el trabajo realizado por enfermería.

Objetivos: Valorar la evolución que ha seguido la CER desde su creación en el Servicio de Reumatología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Métodos: Las CER se definen como modelos organizativos asistenciales centrados en el paciente reumatológico en el ámbito de las competencias de enfermería. En nuestro servicio, la CER se atiende de lunes a viernes en horario de mañana por dos profesionales de enfermería, y está dotada de despacho y línea telefónica propios y de todos los medios necesarios para poder llevar a cabo las múltiples funciones. Todo el trabajo se gestiona a través de 3 códigos donde se registran las diferentes actividades y, que se definen como técnicas de enfermería, consulta telefónica y consulta presencial. En un principio solo se generaron 2 códigos en los que se diferenciaban las actividades de enfermería y la consulta telefónica, pero durante el año 2016 se incorporó la consulta presencial, en la que se realizan las diferentes actividades de educación y valoración del paciente en las diferentes patologías reumáticas.

Resultados: Desde la creación de la CER se ha observado una evolución ascendente en las diferentes áreas en las que se divide, siendo los datos registrados los que se muestran en la tabla. En esta tabla se refleja el aumento de la actividad de la CER, con un incremento aproximado del 105% desde el año 2015, doblando el número de actividades de enfermería que se realizan anualmente.

	Técnicas de enfermería	Consulta telefónica	Consulta presencial	Total
2015	1.244	369	—	1.613
2016	865	727	602	2.194
2017	705	1.379	1.119	3.203
2018	568	1.415	1.329	3.312

Conclusiones: La CER ha evolucionado notablemente desde su creación poniendo de manifiesto la importancia de la presencia de enfermería en el Servicio de Reumatología y la necesidad de establecer unos registros que puedan demostrarlo. La incorporación de enfermería desde el inicio del proceso reumático permite un mayor seguimiento del paciente, una valoración más completa y un mejor control del tratamiento y la enfermedad, al tiempo que se consigue disminuir la presión asistencial del especialista, traduciéndose de manera indirecta en un importante ahorro sanitario.

RC026. RUTA Y TIEMPO DE RETRASO DIAGNÓSTICO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ARTRITIS PSORIÁSICA: ENCUESTA DE ÁMBITO NACIONAL

C.A. Guillén Astete¹, I. Gaité González¹, C. Urrego Laurín², P. Zurita Prada^{2,3}, S. Kanaffo Castelblanco^{2,3} y R. Queipó Matas⁴

¹Estudiante de 6.º año; ²Profesor Asociado; ⁴Departamento de Farmacia y Biotecnología. Universidad Europea de Madrid. ³Sección de Reumatología. HLA Hospital Moncloa. Madrid.

Introducción: Uno de los más importantes problemas del diagnóstico de las espondiloartritis es el tiempo que toman en ser diagnós-

ticadas desde que los síntomas aparecen. En la artritis psoriásica (APso), la referencia de pacientes de las consultas de dermatología parece reducir estos retrasos, sin embargo, no siempre los pacientes pasan por esta especialidad o pueden pasar por otros facultativos que no sospechan la enfermedad con la misma frecuencia. El propósito de este estudio es determinar cuál es la ruta diagnóstica que siguen nuestros pacientes con APso hasta ser derivados a nuestras consultas y qué tiempo existe entre la aparición de los síntomas dolorosos y el diagnóstico de la enfermedad.

Métodos: Con la ayuda de la red de afiliados de Asociación de Pacientes con Psoriasis, Artritis Psoriásica y Familiares (Acción Psoriasis) distribuimos una encuesta electrónica a nivel nacional dirigida únicamente a pacientes mayores de edad con diagnóstico actual de APso. En la encuesta se indagó por aspectos relacionados con la presentación clínica de la enfermedad, proceso diagnóstico en términos de tiempo y ruta diagnóstica (especialistas a los que consultó y quién le derivó a la consulta donde finalmente se hizo el diagnóstico). Los resultados se expresaron en términos de frecuencia porcentual y medidas de tendencia central y dispersión según correspondió.

Resultados: A lo largo de un periodo de 3 semanas se obtuvieron 503 encuestas válidas, de los cuales 268 fueron de varones (51,7%), 237 mujeres (45,8%) y en 13 casos no se obtuvo respuesta. La media de edad fue 48,9 DE 11,51 años. La edad al momento del diagnóstico fue 39,5 DE 13,6 años. El tiempo medio de retraso entre la aparición de los síntomas dolorosos y el diagnóstico fue 4,01 DE 4,25 años con una moda de 1,0 año. Del total de encuestados, 470 (93,4%) tenían psoriasis, 26 (5,2%) no la tenían y en 7 casos (1,4%) no hubo respuesta. En los pacientes con psoriasis, 431 la presentaron antes que la APso (91,7%). El número medio de especialistas visitados antes de la derivación que produjo el diagnóstico fue 2,0 DE 1,0. 175 encuestados habían consultado a dos especialidades distintas, 102 a tres y 33 a cuatro. La tabla 1 resume las visitas a distintas especialidades realizadas y la tabla 2 muestra la proporción de derivaciones que finalmente condujeron al diagnóstico según cada especialidad referente.

Tabla 1. Resumen de la frecuentación de los encuestados a las distintas especialidades antes de establecerse el diagnóstico de APso siendo DOLOR el motivo de consulta

Especialidad consultada al menos una vez	Nro. bruto de encuestados	% Relativo de todos los encuestados
Médico de familia	402	79,9%
Traumatólogo	170	33,8%
Médico de Urgencias	152	30,2%
Rehabilitador	26	5,2%
Otro (M.Interna, elección propia)	49	9,7%
Dermatología*	220	43,7%

*En el caso de Dermatología, la consulta no necesariamente fue por dolor.

Tabla 2. Relación de especialidades desde la que finalmente se hizo la derivación que motivó el diagnóstico de APso

Origen de la derivación a Reumatología	N.º bruto de derivaciones	Proporción respecto del total de derivaciones
Dermatología	202	39,0%
Médico de familia	152	29,3%
Traumatología	82	15,8%
Rehabilitación	40	5,7%
Urgencias	18	3,5%
Otro especialista	7	1,4%
Medicina Interna	4	0,8%
Decisión propia	13	2,5%

Conclusiones: En nuestra población, si bien circunscrita a una asociación de pacientes con artritis psoriásica y por lo tanto, no representativa necesariamente de toda la población española de pacientes con APso, se confirma un retraso diagnóstico significativo de 4 años aunque inferior al conocido para el global de las espondiloartritis en nuestro medio. Se observa una peregrinación de los

pacientes por distintos especialistas y la incorporación de las urgencias hospitalarias como un punto de paso frecuente aunque escasamente derivador de pacientes que finalmente tienen la enfermedad. Finalmente se ratifica que son los dermatólogos quienes más nos refieren a estos pacientes constituyéndose en los principales aliados del diagnóstico precoz.

RC027. ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN ARTRITIS PSORIÁSICA: EXPERIENCIA DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA

J.A. Lorenzo Martín, E. Pardo, C. Arbesú, A. Brandy, L. Charca, M. Pino, M. Alperi, S. Alonso, L. Arboleya, J. Ballina y M.R. Queiro Silva

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una artritis crónica asociada a psoriasis que constituye el componente articular de lo que hoy se denomina enfermedad psoriásica. Estos pacientes suelen tener una elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y de eventos cardiovasculares, lo cual hace recomendable la estimación rutinaria del riesgo cardiovascular (RCV) en estos pacientes. Actualmente este riesgo se estima mediante tablas clásicas como el SCORE, no obstante, los valores de estas tablas pueden infraestimar el RCV real. Por otra parte, en la toma de decisiones y al evaluar la respuesta terapéutica, es recomendable el uso de índices compuestos de actividad. La heterogeneidad de la APs hace difícil estimar su verdadera actividad y el estado de remisión, por ello es importante valorar cuáles de los índices compuestos resulta más adecuado para estos fines en la práctica cotidiana.

Objetivos: Se pretende analizar si la ecografía de carótida es útil para estimar el riesgo cardiovascular en los pacientes con APs, y si es capaz de corregir el riesgo estimado por tablas clásicas. Por otro lado, queremos comprobar si existe relación entre los criterios MDA y el índice DAPSA, así como esclarecer si este segundo es apropiado para la toma de decisiones en práctica clínica.

Métodos: SE realizó un estudio transversal con 136 pacientes consecutivos atendidos en una consulta monográfica de APs (criterios CASPAR) de un centro universitario. Se recogieron datos sociodemográficos y antropométricos, FRCV clásicos, patrón de enfermedad, tratamiento actual, actividad de la enfermedad medido por DAPSA, HAQ y MDA, el RCV medido por tabla SCORE y ecografía de carótida durante la visita del estudio. Se definió como riesgo CV alto por ecografía un IMT > 800 µm y/o la presencia de placa (consenso de Manhein).

Tabla 1

	N (%)
Sexo	
Varón	71 (52,2)
Mujer	65 (48,8)
HTA	39 (28,7)
DM	17 (12,5)
DL	33 (24,3)
Hiperuricemia	8 (5,9)
Tabaco	33 (24,3)
Patrón articular	
Oligo	55 (40,4)
Poli	38 (27,9)
Axial	11 (8,1)
Mixto	30 (22,1)
IFD	34 (25,2)
Entesitis	37 (27,4)
Dactilitis	59 (43,3)
Uveítis	2 (1,59)
Tratamiento	
MTX	36 (26,5)
Anti-TNF	53 (39)
Ustekli	17 (12,5)
Secu	4 (2,9)
Otros	26 (19,1)

Tabla 2

	OR (IC95%)	Valor p
Edad	1,08 (1,03-1,13)	0,00
HAQ	1,94 (0,68-5,56)	0,22
DM	1,65 (0,42-6,40)	0,47
HTA	0,75 (0,24-2,31)	0,62
DL	2,61 (0,91-7,48)	0,07
Tabaco	4,26 (1,44-12,65)	0,01
CV	4,33 (0,67-28,11)	0,12
Entesitis	3,76 (1,36-10,40)	0,01
Erosiones	5,23 (1,33-20,53)	0,02

Tabla 3

	Riesgo cardiovascular alto (ecografía)		Valor p
	No n (%)	Sí n (%)	
Riesgo SCORE			< 0,0005
Bajo	51 (87,9)	7 (12,1)	
Moderado	35 (71,4)	14 (28,6)	
Alto	11 (39,3)	17 (60,7)	

Resultados: Las características de la población incluida se resumen en la tabla 1. Se realizó un análisis multivariado para determinar los factores asociados a RCV alto (tabla 2). Esto revela que, los pacientes con entesitis y/o con daño estructural son los que mayor tendencia tienen a un RCV alto. Al comparar el RCV medido por tablas SCORE y por ecografía, hemos obtenido los siguientes resultados (tabla 3). Un 12% de pacientes en riesgo score bajo y un 28,6% de los de riesgo moderado pasan a riesgo alto pasan el examen ecográfico. Además, en nuestra cohorte, un 17,76% de los pacientes con riesgo moderado o bajo son reclasificados a riesgo alto por la presencia de placas de ateroma. Al compara DAPSA y criterios MDA, encontramos una correlación moderada entre la respuesta MDA y el DAPSA baja actividad ($\kappa = 0,52$; $p < 0,0001$) y entre MDA y DAPSA remisión ($\kappa = 0,47$; $p < 0,0001$).

Conclusiones: La relación observada entre entesitis y erosiones óseas con un riesgo alto sugiere que el verdadero RCV de los pacientes con APs está ligado también a la propia actividad de la enfermedad. Esto explicaría el hecho de que las tablas clásicas infraestimen el riesgo real. Por otra parte, nuestros datos defienden que la ecografía de carótida no solo es una herramienta útil para estimar este riesgo, además es capaz de reclasificar a aquellos individuos que son infraestimados por las tablas clásicas. Por otro lado, teniendo en cuenta la correlación que existe entre los criterios MDA y el DAPSA, nuestro estudio sugiere que este último es un índice adecuado para la práctica clínica diaria en cuanto que captura bien un estado de baja actividad de la enfermedad.

RCO28. COMPARACIÓN DE LA COMORBILIDAD EN LAS ESPONDILOARTRITIS. INFLUENCIA EN LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

L. Gómez-Lechón Quirós¹, G. Manzano Canabal¹, M.E. Acosta de la Vega¹, O. Compán Fernández¹, C. Hidalgo Calleja¹, O. Martínez López¹, J. Pino Montes¹, A. Turrión Nieves¹, M. Garrido Martín² y C.A. Montilla Morales¹

¹Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ²Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Introducción: La artritis psoriásica (Aps) es una enfermedad heterogénea que se incluye dentro del grupo de las espondiloartritis. Además de tener unas características clínicas propias, presenta una comorbilidad relativamente específica en relación al resto de las espondiloartritis. Las comorbilidades más frecuentes son los trastornos emocionales (ansiedad y depresión) y la obesidad. Su presencia implica un deterioro en la calidad de vida, un aumento de la

mortalidad y constituye un factor a tener en cuenta en la selección del tratamiento. Sin embargo, es menos conocida la influencia de estas comorbilidades en la actividad de la enfermedad.

Objetivos: Comparar en pacientes con espondilitis y Aps la presencia de trastornos psicoafectivos y factores clínicos y analíticos asociados con la obesidad. Relacionar en pacientes con Aps estos factores con la actividad de la enfermedad.

Métodos: Estudio longitudinal observacional prospectivo que incluyó 100 pacientes sucesivos de las consultas externas de un hospital terciario con espondilitis anquilosante y 160 pacientes con Aps. Se eligieron para el estudio los pacientes que tuvieran al menos cuatro valoraciones de la actividad en un año, medida mediante la mínima actividad de la enfermedad (MAE). Se comparó aquellos pacientes con una MAE en las cuatro visitas frente al resto de los pacientes. Se evaluó la tendencia a la ansiedad y depresión mediante el cuestionario Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Respecto a la comorbilidad cardiovascular, se midió el cociente cintura/cadera y las variables analíticas: apolipoproteína A, apolipoproteína B, lipoproteína a, péptido C, insulina, resistencia a la insulina (HOMA) y la leptina. También se midió la PCR, la VSG y la IL-6. Se recogió basalmente la edad, el tiempo de evolución de la enfermedad y el tratamiento utilizado. Debido a la variación circadiana de estas determinaciones, todas se recogieron en el mismo horario. Se excluyeron aquellos pacientes con diabetes mellitus, dislipemia en tratamiento o enfermedad tiroidea por la influencia en los parámetros asociados en la comorbilidad cardiovascular.

Resultados: Las diferencias entre los pacientes con espondilitis anquilosante y aps se muestran en la tabla 1. Al comparar los pacientes con aps que alcanzaron una MAE frente al resto, se encontraron las siguientes diferencias significativas (tabla 2). Entre las variables que integran el concepto de MAE, únicamente el número de articulaciones tumefactas ($r: 0,22$; $p < 0,009$) y el HAQ ($r: 0,20$; $p < 0,01$) se correlacionaron con la concentración de leptina. No hubo correlación entre los niveles de leptina y los de PCR, VSG o IL-6.

Tabla 1

	Espondilitis	APs	p	Análisis multivariante
Género (M/F)	66/34	93/67	0,03	NS
Edad	52,09 (11,89)	55,27 (12,04)	0,01	NS
Leptina (ng/ml)	11,50 (9,1)	18,72 (14,7)	0,002	$p < 0,04$ (OR: 1,03) IC: 1,001-1,007
HOMA	1,55 (0,76)	3,12 (2,61)	0,01	NS
APoA (mg/dl)	152,78 (23,7)	159,83 (26,44)	0,03	NS

Tabla 2

	MAE (90)	No MAE (70)	p	Análisis multivariante
Leptina (ng/ml)	15,3 (12,47)	22,95 (18,62)	0,01	$p < 0,04$ (OR: 1,02) IC: 1,001-1,043
Ansiedad	5,8 (3,96)	8,02 (4,09)	0,02	NS
Depresión	3,54 (3,25)	6,22 (4,64)	0,017	NS

Conclusiones: En nuestro estudio, demostramos que en los pacientes con Aps existe una mayor concentración de varios marcadores de riesgo vascular (resistencia a la insulina, apoproteína A y leptina) en comparación con pacientes diagnosticados con espondilitis. En la aps, la leptina influyó en mayor medida que los factores emocionales como la ansiedad y la depresión para alcanzar una MAE prolongada. La leptina se correlacionó con el número de articulaciones tumefactas aunque no con los reactantes de fase aguda (VSG y PCR) ni de IL-6. Estos resultados pudieran estar en relación con la idea de que la leptina promovería una inflamación de bajo grado que no influiría en los niveles de VSG, PCR o IL-6.

RC029. SECUKINUMAB MEJORA DE FORMA SOSTENIDA LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA ACTIVA: DATOS A LARGO PLAZO (4 AÑOS) DE UN ESTUDIO EN FASE III

I. McInnes¹, A.J. Kivitz², P. Nash³, P. Rahman⁴, J. Rech⁵, B. Kirkham⁶, S.V. Navarra⁷, K. Ding⁸, E. Ilsley⁹ y L. Pricop¹⁰

¹University of Glasgow. Glasgow (Reino Unido). ²Altoona Center for Clinical Research. Duncansville. PA (EEUU). ³University of Queensland. Brisbane (Australia). ⁴Memorial University. St John's. NF (Canadá). ⁵University of Erlangen-Nuremberg. Erlangen (Alemania). ⁶Guy's & St Thomas' NHS Foundation Trust. London (Reino Unido). ⁷University of Santo Tomas Hospital. Manila (Filipinas). ⁸Novartis Pharmaceuticals Corporation. East Hanover, NJ (EEUU). ⁹Novartis Pharma AG. Basel (Suiza). ¹⁰Novartis Pharmaceuticals Corporation. East Hanover, NJ (EEUU).

Introducción: Secukinumab (SEC) es un anticuerpo monoclonal recombinante, totalmente humano, que neutraliza selectivamente a la IL-17A. En el estudio FUTURE 2, SEC mejoró de forma sostenida los signos y síntomas de la artritis psoriásica activa (APs) durante 2 años¹. Presentamos los resultados de eficacia y seguridad a largo plazo (4 años), incluido el escalamiento de dosis, en pacientes del estudio FUTURE 2. **Métodos:** Se aleatorizaron 397 pacientes con APs activa a recibir SEC (300, 150, o 75 mg) o placebo una vez a la semana durante 4 semanas (sem) empezando en la sem 8¹. Del total de pacientes aleatorizados, cerca del 33% presentaban respuesta inadecuada (RI) a terapia anti-TNF previa. La dosis de SEC se escaló de 150 a 300 mg y de 75 a 150/300 mg a criterio del investigador ante la aparición de signos de enfermedad activa, empezando en la sem 128 y manteniéndose posteriormente. En la semana 208 se valoraron el ACR20/50/70, PASI 75/90, HAQ-DI, SF-36 PCS y la resolución de la dactilitis y la entesitis, tanto en la población global como en función del uso previo de anti-TNF (naïve/RI) o del uso concomitante de metotrexato (MTX). Las respuestas ACR en pacientes con escalado de dosis incluyeron aquellos tratados inicialmente con placebo. Los resultados se basan en datos observados. Los análisis de seguridad se realizaron en pacientes con ≥ 1 dosis de SEC.

Resultados de eficacia en la semana 208

n/M salvo especificado	SEC 300 mg (N = 100)	SEC 150 mg (N = 100)*	SEC 75 mg (N = 99)*
ACR20	52/73 (71,2)	54/72 (75,0)	43/62 (69,4)
ACR50	34/73 (46,6)	37/72 (51,4)	23/62 (37,1)
ACR70	26/73 (35,6)	18/72 (25,0)	8/62 (12,9)
^a PASI 75	25/31 (80,6)	35/43 (81,4)	24/36 (66,7)
^a PASI 90	18/31 (58,1)	35/43 (81,4)	15/36 (41,7)
HAQ-DI, cambio medio (DE)	n = 72; -0,59 (0,63)	n = 72; -0,51 (0,54)	n = 62; -0,33 (0,61)
SF-36 PCS, cambio medio (DE)	n = 73; 6,9 (8,73)	n = 72; 7,5 (7,35)	n = 62; 5,3 (8,89)
^b Resolución entesitis	29/41 (70,7)	33/46 (71,7)	29/45 (64,4)
^c Resolución dactilitis	29/34 (85,3)	22/25 (88,0)	24/26 (92,3)

Tasas de respuesta ACR antes y después del escalado de dosis		
Respuesta ACR,%	De 150 a 300 mg (M = 90) ^d	
	Antes ^e -Después	
	De 75 a 150 mg (M = 45) ^d	
	Antes ^e -Después	
ACR < 20 (no respondedor)	46,7-33,3	42,2-33,3
20 \leq ACR < 50	30,0-18,9	33,3-33,3
50 \leq ACR < 70	13,3-30,0	17,8-26,7
ACR \geq 70	10,0-17,8	6,7-6,7

*Los brazos SEC 150 y 75 mg incluyen respectivamente 46 y 56 pacientes que fueron escalados en la semana 128. ^aRespuestas PASI valoradas en pacientes con $\geq 3\%$ de la superficie corporal afectada por psoriasis en el momento basal (N = 42, N = 58 y N = 50 en los grupos 300, 150 y 75 mg respectivamente). ^bValorado en pacientes con este síntoma en el momento basal (N = 56, N = 64 y N = 68 en los grupos 300, 150 y 75 mg respectivamente). ^cValorado en pacientes con este síntoma en el momento basal (n = 46, n = 32 y n = 33 en los grupos 300, 150 y 75 mg respectivamente). ^dSe incluyen todos los pacientes (incluidos los provenientes de placebo) sin datos perdidos en todos los puntos de corte. ^eSe define como "antes del escalado de dosis" la última valoración realizada en o antes de que el paciente comenzara la dosis más alta. HAQ-DI: Health Assessment Questionnaire-Disability Index; PASI: Psoriasis Area and Severity Index; M: número de pacientes evaluables; N: número total de pacientes; n: número de respondedores; SF-36 PCS: Short Form 36 Physical Component Summary.

Resultados: En total, 69/100 (69%), 70/100 (70%) y 62/99 (63%) pacientes aleatorizados originalmente a SEC 300, 150, y 75 mg, respectivamente, completaron las 208 sem de tratamiento. La dosis se escaló a 300 mg en 46/100 (46%) pacientes del grupo 150 mg, y a 150/300 mg en 56/99 (57%) pacientes del grupo 75 mg. Las respuestas clínicas fueron sostenidas hasta la sem 208 con 300 mg y mantenidas o mejoradas tras el escalado a 300/150 mg en los grupos 150 y 75 mg (tabla). Las tasas de respuesta ACR20 en la sem 208 en los grupos 300, 150, y 75 mg fueron: 75,5%, 76,5% y 71% en pacientes anti-TNF-naïve, 60%, 71% y 64% respectivamente en pacientes anti-TNF-RI, 67,6%, 77,1% y 78,8% en pacientes con MTX concomitante y 74,4%, 73% y 58,6% en pacientes sin MTX concomitante. Tras el escalado de dosis, aumentó la proporción de pacientes con un nivel de respuesta ACR moderado/alto (tabla). La incidencia, el tipo y la gravedad de los efectos adversos durante el estudio, con una exposición a SEC de 238,6 pacientes-año, fue consistente con la reportada previamente¹. En 3 pacientes se informó de la aparición de anticuerpos anti-SEC emergentes al tratamiento que no fueron neutralizantes ni se asociaron a una pérdida de eficacia. En el grupo 150 mg se reportó una muerte por sepsis.

Conclusiones: SEC 300 y 150 mg mejoran de forma sostenida los signos y síntomas de la APs activa durante 4 años. La eficacia se mantuvo/mejóro tras el escalado de dosis. SEC fue bien tolerado y no se informaron nuevos o inesperados efectos adversos.

Bibliografía

1. McInnes IB, Mease PJ, Ritchlin CT, et al. Rheumatology (Oxford). 2017;56:1993-2003.

RC030. SECUKINUMAB 150 MG PROPORCIONA UNA MEJORA SOSTENIDA EN LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE ACTIVA, UN PERFIL DE SEGURIDAD CONSISTENTE Y UNA ALTA TASA DE RETENCIÓN: RESULTADOS A 4 AÑOS DE UN ENSAYO FASE III

R. Blanco Alonso¹, H. Marzo-Ortega², J. Sieper³, A.J. Kivitz⁴, M. Cohen⁵, E.M. Delicha⁶, S. Rohrer⁶ y H. Richards⁶

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²NIHR LBRC. LHTT and LIRMM. University of Leeds. Leeds (Reino Unido). ³University Clinic Benjamin Franklin. Berlín (Alemania). ⁴Altoona Center for Clinical Research. Duncansville, PA (Estados Unidos). ⁵McGill University. Montreal, QC (Canadá). ⁶Novartis Pharma AG. Basel (Suiza).

Introducción y objetivos: Secukinumab (SEC), un anticuerpo monoclonal IgG1 totalmente humano que neutraliza la IL-17A, ha demostrado una mejora significativa y sostenida hasta 3 años en los signos y síntomas de la espondilitis anquilosante (EA) en el estudio MEASURE2 (NCT01649375)¹. Se presentan los resultados de eficacia y seguridad a largo plazo (4 años) de SEC 150 mg subcutáneo (sc) del estudio MEASURE 2.

Métodos: Los pacientes (n = 219) fueron aleatorizados a SEC sc 150 o 75 mg o placebo (PBO) en momento basal, semanas (sem) 1, 2 y 3 y cada 4 semanas desde la sem 4. A la sem 16 los pacientes con PBO fueron realeatorizados a SEC sc 150/75 mg. Se presentan los resultados de los pts inicialmente aleatorizados a SEC 150 mg y los que fueron realeatorizados a SEC 150 mg en la sem 16 (n = 106). Se evaluaron las respuestas ASAS20 y ASAS40, BASDAI, SF-36 PCS y remisión parcial de ASAS. Los análisis según el uso previo de anti-TNF (anti-TNF naïve) frente a pacientes con una respuesta inadecuada/intolerancia a anti-TNF (anti-TNF-IR) fueron especificados previamente. Todos los pacientes que recibieron al menos 1 dosis de SEC se incluyeron en el análisis de seguridad.

Resultados: La tasa de retención para SEC 150 mg de la sem 16 a la sem 208 fue del 85% (85/100). Se observaron mejoras sostenidas hasta los 4 años con SEC 150 mg en todas las variables (tabla). Estas mejoras se mantuvieron independientemente del uso previo de anti-TNF. Se observaron respuestas superiores en pts anti-TNF naïve. A lo largo del estudio, la media de exposición \pm DE a SEC fue 1.189,3 \pm 452,9. Las

tasas de incidencia ajustada por exposición por 100 pt-año a cualquier dosis de SEC para los acontecimientos adversos seleccionados fueron: infecciones/infecciones graves (1,5), infecciones por *Candida* (1,2), enfermedad de Crohn (0,6), efectos adversos cardiovasculares mayores (0,6), uveítis (0,6) y tumores malignos/inespecíficos (0,4).

Mejoras clínicas con 150 mg en las semanas 52 y 208

Resultados clínicos	Secukinumab 150 mg ^a			
	Semana	Total	Naïve anti-TNF	Anti-TNF-IR
ASAS20,%	52	74,2 (93)	80,0 (60)	63,6 (33)
respondedores (n)	208	73,3 (86)	74,6 (59)	70,4 (27)
ASAS40,%	52	57,0 (93)	63,3 (60)	45,5 (33)
respondedores (n)	208	60,5 (86)	62,7 (59)	55,6 (27)
BASDAI, cambio medio ± DE (n)	52	-3,2 ± 2,3 (93)	-3,3 ± 2,3 (60)	-3,0 ± 2,1 (33)
SF-36 PCS, cambio medio ± DE (n)	52	7,6 ± 7,7 (94)	8,0 ± 7,5 (61)	6,9 ± 8,1 (33)
Remisión parcial	208	8,3 ± 8,3 (85)	9,4 ± 8,5 (58)	6,2 ± 7,8 (27)
ASAS,%	52	24,7 (93)	28,3 (60)	18,2 (33)
respondedores (n)	208	27,9 (86)	32,2 (59)	18,5 (27)

^aIncluye a los pacientes con placebo realeatorizados. Datos observados. ASAS: Assessment in SpondyloArthritis International Society; BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; RI: Respuesta inadecuada; DE: desviación estándar; SF-36 PCS: Short Form (36) Health Survey Physical Component Summary; TNF: factor de necrosis tumoral.

Conclusiones: Secukinumab 150 mg consiguió una mejora sostenida para los signos, síntomas y función física en pacientes con EA durante 4 años de tratamiento con una tasa de retención del 85%. El uso a largo plazo de Secukinumab fue bien tolerado con un perfil de seguridad consistente con lo reportado previamente¹⁻³.

Bibliografía

1. Marzo-Ortega, Sieper J, Kivitz A, et al. RMD Open. 2017;3:e000592.
2. Marzo-Ortega, Sieper J, Kivitz A, et al. Ann Rheum Dis. 2016;75:812-3.
3. Baraliakos X, Kivitz AJ, Deodhar AA, et al. Clin Exp Rheumatol. 2018;36:50-55.

RC031. EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON APREMILAST EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

P. Lavilla Villar, M. Sanabria Hernández, M. Martín López, B. Joven Ibáñez y J.L. Pablos Álvarez

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: Apremilast es un inhibidor de la fosfodiesterasa-4, que se administra vía oral, y que representa una nueva opción terapéutica para pacientes con psoriasis y artritis psoriásica (APs). Son bien conocidos los datos de eficacia y seguridad de los ensayos clínicos, pero todavía son escasos los datos en práctica clínica. En el presente trabajo se analiza la experiencia en práctica clínica en el uso de apremilast en APs en un hospital terciario.

Objetivos: Describir la experiencia del uso de apremilast en condiciones de práctica clínica real en APs. Analizar su eficacia y seguridad.

Métodos: Estudio observacional longitudinal retrospectivo de los pacientes con Aps tratados con apremilast en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario 12 de octubre. Se recogieron los datos demográficos, datos clínicos (índice de masa corporal, factores de riesgo cardiovascular, enfermedad coronaria, cáncer, infección VHB, VHC, HIV), datos relacionados con la Aps (tipo de afectación, manifestaciones extrarticulares, daño radiológico), valoración de la enfermedad (recuentos articulares, PCR, índices de actividad DAPSA, ASDAS-PCR, BASDAI), y los datos relacionados con el tratamiento (tratamientos previos, datos de respuesta a los 6 meses, suspensión y motivo de suspensión, y efectos secundarios). Se realizó analítica descriptiva con medias y desviación estándar.

Resultados: Se incluyeron un total de 41 pacientes (33 mujeres, 80%) con una edad media de 54,3 ± 10 años, y una duración de la Aps de 8 ± 7 años. El 95% tenía afectación periférica, un 10% axial, 80% psoriasis, 65% dactilitis, 36% entesitis. El índice de masa corporal promedio

era de 28,41; 11 (26%) pacientes mantenían hábito tabáquico activo, 7 (17%) eran hipertensos, 3 (7%) diabéticos, y 20 pacientes (48%) tenían hipercolesterolemia. Se incluyeron 2 pacientes con VHB y 2 con antecedentes de cáncer (mama y melanoma). La indicación fue por persistencia de actividad articular en los 41 pacientes: 39 pacientes (95,1%) habían recibido tratamiento previo con FAMEc, siendo éste mayoritariamente metotrexate 93 (95%); 15 pacientes (36%) habían recibido terapia biológica previa, 8 incluso dos o más biológicos, suspendidos por ineficacia excepto en 2 casos que tuvieron reacción adversa (tabla 1). En la visita basal el recuento de articulaciones dolorosas e inflamadas era de 11 ± 8 y 5 ± 4 respectivamente, y a los 6 meses disminuyen a 7 ± 8 y 3 ± 4. El valor promedio de PCR fue de 0,64 mg/dl al inicio, disminuyendo hasta 0,48 mg/dl en la evaluación a los 6 meses. También se observó una reducción en los valores de DAPSA desde 22 al inicio a 11 a los 6 meses, estando 19 pacientes (46%) en remisión o baja actividad (DAPSA < 14). También se objetivó disminución del BASDAI y ASDAS (tabla 2). En 20 pacientes (48,7%) se interrumpió el tratamiento debido a falta de eficacia (n = 13) y/o efectos secundarios (n = 7), siendo los gastrointestinales los más frecuentes (n = 5), fundamentalmente diarrea, y en un paciente depresión. El tiempo medio (meses) hasta la discontinuación fue de 6,8.

Tabla 1

FAMEc previos, n (%)	
MTX	39 (95,1)
SSZ	16 (39)
LEF	16 (39)
Combinación	24 (58,5)
FAMEb previos, n (%)	15 (36,6)
Infliximab	5 (12,2)
Adalimumab	6 (14,6)
Etanercept	8 (19,5)
Certolizumab	1 (2,4)
Golimumab	5 (12,2)
Secukinumab	4 (9,8)
Ustekinumab	4 (9,8)

Tabla 2

	Basal (n = 41)	6 meses (n = 33)
NAD	10,87 (1-36)	7,06 (n = 33)
NAT	4,57 (0-15)	2,72 (n = 33)
PCR (mg/dl)	0,637	0,483
BASDAI	4,28	3,34
DAPSA	22,24	11
ASDAS-PCR	3,27	2,13

Conclusiones: En condiciones de práctica clínica, encontramos pacientes con una mayor exposición a biológicos y más comorbilidades que no se incluyen en los ensayos clínicos con apremilast (VHB, cáncer). Aunque en 48% tiene que suspenderse por falta de eficacia o efectos secundarios, se consigue la remisión o baja actividad en el 46% de los casos. Los efectos secundarios son similares a los observados en ensayos clínicos.

RC032. DINAMIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA DOCENTE MEDIANTE TICS: 6 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA

F.J. de Toro Santos, C. Ventín-Rodríguez, M. Caeiro-Aguado, A. Seijas-López, R. Aguirre-del Pino, B. Aspe de la Iglesia, A. Atanes Sandoval, M.C. Bejerano Herrería, F. Blanco García, M. Freire González, J. Graña Gil, C. López Fernández, A. Lois Iglesias, N. Oreiro Villar, J.A. Pinto Tasende, M.T. Silva-Díaz y L. Silva-Fernández

Hospital Universitario A Coruña. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña. Universidade da Coruña.

Introducción: Los médicos debemos rentabilizar las nuevas tecnologías para facilitar el aprendizaje autónomo de nuestros alumnos, de los profesionales sanitarios y de los pacientes.

Objetivos: Realizar un canal de docencia y formación de reumatología con material dirigido a alumnos de ciencias de la salud, médicos y pacientes con los siguientes objetivos: facilitar en el conocimiento de las enfermedades reumáticas; mejorar las competencias de los profesionales de ciencias de la salud en el aprendizaje de la exploración en reumatología y conocimientos básicos de las enfermedades musculoesqueléticas; desarrollar un canal de información fiable.

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

Resultados: El canal fue creado el 14 de enero de 2013. Hay 39 vídeos alojados. Hemos tenido 686.202 visitas con un total de 31.667 horas de visualización y con una retención media de la audiencia de 2,48 minutos en cada visita. La fuente fundamental de búsqueda es la web youtube (56%). El material fue visto fundamentalmente desde España (28,4%) y México (23,7%). Tenemos 4,301 suscriptores. Si analizamos la ubicación de los 5 principales lugares de visualización, vemos que el material es visto principalmente por estudiantes y profesionales sanitarios entre 18 y 34 años (81,9%). Los vídeos más visitados son: la exploración del hombro (9,6%) y rodilla (8,1%), y por los pacientes el vídeo sobre aprendizaje de la técnica correcta de autoinyección de la terapia subcutánea, como refuerzo a las instrucciones señaladas en las consultas médicas y de enfermería.

Conclusiones: En nuestra opinión, esta experiencia es útil para facilitar el autoaprendizaje de los médicos, alumnos y reforzar la información a los pacientes, además de mejorar la visibilidad de nuestro hospital. Es importante mejorar las competencias digitales de los médicos para renovar actividades docentes y formativas.

RC033. VISITAS VIRTUALES. ¿EL FUTURO SE ACERCA? TELEREUMATOLOGÍA. PROYECTO PILOTO: PROGRAMA REVIR, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. BARCELONA, ESPAÑA

F.A. Ojeda Morillo¹, M. Ciria Recacens¹, C. Pérez García¹, E. Sitjas², E. Martínez³, M. Pimienta⁴, D. Martínez Laguna⁵ y J. Monfort Faure¹

¹Servicio de Reumatología. Parc de Salut Mar; ²Dirección de Consultas Externas. Hospital del Mar. Barcelona. ³CAP Villa Olímpica. Barcelona. ⁴CAP Ramón Turró. Barcelona. ⁵CAP Sant Martí. Barcelona.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es conocer la posibilidad resolutoria de la virtualización, medida en el número de visitas solucionadas telemáticamente, así como su repercusión en la capacidad de resolución del médico de atención primaria y la disminución de la lista de espera de primeras visitas presenciales.

Métodos: Estudio experimental prospectivo, iniciado el 01 de diciembre de 2017 y finalizado el 31 de mayo de 2018. Se seleccionaron según población y lista de espera 4 centros de atención primaria: Sant Martí Nord, Sant Martí Sud, Ramón Turró y Villa Olímpica. El programa REVIR propone la creación de un circuito de valoración de las derivaciones a Reumatología desde los médicos de atención primaria (MAP).

Resultados: Se recibieron 726 solicitudes de primera visita durante el programa REVIR. La patología categorizada más frecuente fue la patología mecánica representando cerca del 70% de las primeras visitas solicitadas. La patología metabólica ósea ocupó el segundo lugar con un 16%, y la patología inflamatoria ocupó el tercer lugar (LES, AR; EA, SPA, APSO, PMR). El dolor osteomuscular crónico ocupó el cuarto lugar (incluyendo la fibromialgia) y en último lugar la patología de partes blandas. El número de solicitudes de primera visita se multiplicó por dos en todos los CAP participantes del pro-

yecto. Pese a este aumento, se mantuvo estable la resolución telemática de las visitas creadas, con un valor superior al 40%.

Resolución de las primeras visitas virtuales a 6 meses de proyecto REVIR

CAP	Total	Primeras CAP	Primeras Hospital	Resolución virtual
Ramón Turró	193 (26,4%)	94 (49%)	22 (11,3%)	77 (40%)
Villa Olímpica	96 (13,2%)	36 (37,5%)	13 (13,5%)	47 (49%)
Sant Martí (1 y 2)	437 (60,2)	216 (49,5%)	53 (12,1%)	168 (38,4%)
Total	726 (100%)	346 (47,6%)	88 (12,1%)	292 (40,2%)

Conclusiones: La implementación de un sistema de valoración de las primeras visitas en reumatología solicitadas desde Atención Primaria es efectiva en disminuir la lista de espera para realizar visitas presenciales, así como para detectar de forma precoz patología grave que precisa de control hospitalario. Se ha conseguido, por tanto, que el paciente sea atendido en el nivel de atención que le corresponde. Garantizar el uso adecuado de los recursos hospitalarios y disminuir la lista de espera para una primera visita presencial en reumatología en atención primaria es uno de los objetivos cumplidos más importantes, dado que está directamente relacionado con el mantenimiento de la accesibilidad y equidad del sistema público de salud de nuestro país.

RC034. ESTUDIO DE LA VARIACIÓN EN LA DURACIÓN DE LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL DE ETIOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN LOS PACIENTES INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

A.J. Lois Iglesias, C. Ventín-Rodríguez, M. Caeiro-Aguado, . Seijas-López, R. Aguirre-del-Pino y F.J. de Toro-Santos

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

Introducción: Las patologías musculoesqueléticas en España son la causa del 23% de los procesos de incapacidad laboral temporal (ILT) y son la primera causa de incapacidad laboral permanente (ILP). Un estudio de intervención temprana por reumatólogos redujo la duración de los procesos de ILT y la evolución a ILP. Utilizando la coalición europea "Fit for Work" dirigida por AbbVie, el programa se implementó a nivel nacional.

Objetivos: Analizar la variación en la duración de la ILT en los pacientes derivados a una consulta de intervención temprana en función del tiempo transcurrido hasta la derivación desde atención primaria y desde el servicio de Salud Laboral de nuestro hospital.

Métodos: Estudio observacional transversal de una cohorte hospitalaria de pacientes remitidos durante 34 meses consecutivos al programa de Intervención Temprana de Reumatología debido a ILT por patologías musculoesqueléticas. Los pacientes cuyas ILT tenían origen traumático o quirúrgico, o con información incompleta se excluyeron del análisis. Creamos 4 grupos de pacientes en función del tiempo transcurrido desde el inicio de la ILT hasta la derivación a nuestra consulta: 0 a 15 días, 15 a 30 días, 30-60 días o > 90 de días. Comparamos los pacientes remitidos desde atención primaria con los remitidos desde salud laboral.

Resultados: Para el análisis incluimos a 394 pacientes, 63,3% mujeres, con edad media (± DE) de 48,5 (± 9,8) años. Analizamos las 3 patologías más frecuentes lumbalgia (33,5%), omalgia (19,8%) y cervicalgia (8,4%). El 85,8% procedía de atención primaria, el 10,2% de salud laboral y 4,1% desde otros servicios. La mediana del tiempo entre derivación y 1.ª consulta fue de 6 días. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la duración total de la IT entre los pacientes derivados a consulta en los primeros 0 a 30 días frente a los enviados posteriormente en las 3 patologías (disminuyendo la duración de la ILT entre 50 y 100 días en lumbalgia, entre 44 y 54 días en omalgia y entre 13 y 20 días en cervicalgia).

En lumbalgia encontramos diferencias estadísticamente significativas en la duración de la IT tras la 1.^a consulta, obteniéndose una disminución media de la duración de la ILT de entre 42 y 52 días. En omalgia y cervicalgia se observa una importante disminución sin alcanzar significación estadística, en probable relación con el tamaño muestral. En cuanto a los pacientes remitidos desde salud laboral, la mediana de tiempo entre ILT y derivación fue de 2,5 días. La patología valorada con más frecuencia fue la lumbalgia (60% de los casos), encontrando diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la duración total de la ILT, con una disminución media en la duración de la ILT de 59 días frente a la población general.

Conclusiones: La intervención temprana por parte de reumatólogos en pacientes con ILT por trastornos musculoesqueléticos reduce la duración de los procesos, ahorrando costes al sistema de salud.

RC035. OSTEOMIELITIS VERTEBRAL EN EL PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

J.J. Fragío Gil¹, R. González Mazario¹, M. Tasiás Pitarch², E. Calabuig Muñoz², J. Ivorra Cortés¹, F.M. Ortiz Sanjuán¹, E. Grau García¹, I. Chalmeta Verdejo¹, L. González Puig¹, I. Martínez Cordellat¹, R. Negueroles Albuixech¹, C. Alcañiz Escandell¹, J.E. Oller Rodríguez¹, E. Vicens Bernabeu¹, C. Nájera Herranz¹, I. Cánovas Olmos¹, M- Salavert Lletí² y J.A. Román Ivorra¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ³Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia.

Introducción: La osteomielitis vertebral (OV) se detecta cada vez más en población inmunodeprimida (ID) debido a un mayor conocimiento de las enfermedades crónicas, el empleo de inmunomoduladores o al aumento de la realización de trasplantes.

Objetivos: Analizar si la detección de OV en un paciente ID, supone un peor pronóstico.

Métodos: Estudio observacional unicéntrico retrospectivo en pacientes ID diagnosticados de OV en base a manifestaciones clínicas compatibles con un diagnóstico microbiológico definitivo o radiológico durante el periodo de enero de 2010 hasta enero de 2019. Se consideró como ID a aquellos pacientes bajo terapia inmunomoduladora, con neoplasia activa, receptores de trasplante de órgano sólido y a los VIH+.

Resultados: De 122 casos de OV detectados en nuestro centro, 18 eran ID (21,96%). Las características demográficas y clínicas basales se exponen en la tabla 1 comparativamente respecto a la población no ID. En la tabla 2, se presentan las diferentes causas de la ID. El tiempo con dolor tuvo una mediana de 30 días (15,5, 55). Analíticamente, la PCR tuvo una mediana de 65,2 mg/L (19,32, 153,9) y la VSG una media de 80,57 mm/H (31,75). La RM fue la prueba de imagen más empleada (83,33%), seguida de la TC (16,67%). La región más frecuentemente afectada fue la lumbosacra (44,44%), seguida de la dorsal (33,33%) y la cervical (22,22%). La presencia de absceso (epidural o paravertebral) se apreció en 16 pacientes (88,89%), similar al grupo no ID, 90,38%. El grupo ID presentó peores datos en cuanto a destrucción vertebral (66,67% frente a 49,04% p = 0,3) y compresión medular (61,11% frente a 26,92%, P = 0,05). 15 pacientes (83,33%) fueron subsidiarios de punción guiada por TC, con una exposición pre-biopsia a antibioterapia en 11 casos y con una mediana de días de exposición de 4,5 (3, 8,75). La demora del diagnóstico a la punción fue de una mediana de 6 días (3,5, 9) tras el diagnóstico de OV, con una positividad en los cultivos del 53,33%. A nivel microbiológico, en 10 pacientes se hallaron Gram+ (55,56), 2 casos de Gram- (1,11) y 1 caso de tuberculosis (5,56). En 5 casos (27,78%), el microorganismo final fue desconocido. Cuatro pacientes (22,22%) requirieron cirugía posterior, similar al otro grupo. 2 pacientes (11,11%) fallecieron a causa de la infección o sus complicaciones al año del diagnóstico (frente a un 11,54% en el grupo no ID).

Tabla 1

	Sí		No	
	ID N = 18	DE 11,07	ID N = 104	DE 15,11
Sexo masculino	12	66,67%	70	67,31%
Edad	56,17 (media)	DE 11,07	64,24 (media)	DE 15,11
HTA	12	66,67%	60	57,69%
DM	4	22,22%	23	22,12%
ERC III-V	5	27,78%	15	14,42%
Cirrosis hepática	6	33,33%	13	12,5%
Patología previa de raquis	10	55,56%	62	59,62%

Tabla 2

Causa de la ID	N (%)
Amiloidosis sistémica	1 (5,56)
Artritis reumatoide	4 (22,22)
Enfermedad de Crohn	1 (5,56)
Esplenectomía	2 (11,11)
Espondiloartritis	1 (5,56)
Neoplasia activa	3 (16,67)
Trasplante de órgano sólido	2 (11,11)
VIH	3 (16,67)
Trasplante de OS + VIH	1 (5,56)

Conclusiones: A nivel de imagen los datos son globalmente peores en los pacientes ID y además destaca una mayor proporción de enfermedad a nivel cervical. A pesar de ello, parece que la intervención temprana en términos de inicio precoz de antibioterapia y la realización de punción diagnóstica previenen un mal desenlace, mostrando estos pacientes una mortalidad similar a los no ID. En definitiva, el dolor axial de nueva aparición pacientes ID debe ser investigado de forma precoz a fin de evitar complicaciones.

RC036. INTERCAMBIABILIDAD EN TERAPIAS BIOLÓGICAS: EFICACIA Y SEGURIDAD DE ETANERCEPT BIOSIMILAR (SB4) EN 117 PACIENTES

S. Fernández Aguado, S. González, E. García, C. Ordás, B. Rodríguez y J. Babío

Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.

Introducción: La aparición de biosimilares (BS) ha cambiado el marco actual de tratamiento con terapias biológicas permitiendo mejorar la eficiencia de la atención sanitaria y mejorar el acceso a éstas. Los BS autorizados no difieren respecto al biológico original en calidad, eficacia y seguridad, y disponemos ya de los primeros datos en práctica clínica real, aunque se necesita mayor evidencia científica acerca del intercambio entre BS y su fármaco de referencia. Este estudio investiga la eficacia y seguridad del intercambio de Enbrel por SB4.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en el Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón). Se incluyen todos los pacientes del S. de Reumatología con artropatías inflamatorias (artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APS), espondiloartritis axial (SpA), artritis idiopática juvenil (AIJ)) que se encontraban a tratamiento con ETN hasta marzo de 2018, y a los que se les realiza un intercambio por SB4. Se analizan los resultados a 9 meses desde el intercambio. Las causas de suspensión de SB4 se clasificaron en pérdida de eficacia (LOE), acontecimientos adversos (AE) y otros.

Resultados: Se identificaron un total de 117 pacientes; el 100% de los cuales pasó a recibir SB4 manteniendo la dosis y pauta previa de ETN. 49 pacientes (41,8%) recibían una dosis optimizada de ETN. En la mayor parte de pacientes ETN era el primer biológico. 47 pacientes (40%) recibían un FAME en combinación con ETN, principalmente metotrexato. 31 pacientes (26,5%) suspendieron SB4 durante el período analizado, principalmente debido a LOE (67%) o AE (25,8%); la mediana de la duración de SB4 en estos pacientes fue de 3,5 meses (1,9-5,9). La mayor parte de AE que motivaron la suspensión del tratamiento fueron cutáneos (reacciones en el

punto de inyección, rash cutáneo); otros AE fueron que motivaron la suspensión fueron diarrea e insuficiencia cardíaca con evolución de clase funcional NYHA. Se identificaron 2 fallecimientos, ambos pacientes con APS (una muerte súbita y una hemorragia subaracnoidea secundaria a rotura de aneurisma cerebral). A un paciente con SpA estable cuando se realizó el cambio, se le suspendió SB4 por aparición de uveítis anterior aguda recidivante. 2 pacientes con APS presentaron empeoramiento cutáneo de su Psoriasis tras el cambio a SB4. 2 pacientes con dosis optimizada de ETN precisaron volver a dosis de ficha técnica tras el cambio a SB4 por pérdida de eficacia. La situación clínica de la enfermedad era estable en 23 de los 31 (74%) pacientes que suspendieron SB4 (sin brotes de la enfermedad ni cambios en el tratamiento en los 6 meses anteriores al cambio).

Tabla 1. Características basales de los pacientes

	AR (n = 47)	APS (n = 29)	SpA (n = 30)	AIJ (n = 8)
Edad (años)	62 (53-71)	51 (46-60)	49 (42-60)	42 (30-51)
Mujeres, n (%)	33 (70,2%)	11 (37,9%)	4 (13,3%)	2 (25%)
Monoterapia, n (%)	17 (36%)	16 (55%)	30 (100%)	6 (75%)
Dosis optimizada de ETN, n (%)	18 (38,6%)	13 (44,8%)	12 (40%)	5 (62,5%)
Duración ETN (años, mediana IQR)	4 (1,8-6)	4,2 (2-6)	5,9 (2-10,6)	6 (4,1-8,2)
Otros biológicos previos a ETN, n (%)	6 (12,7%)	7 (24,1%)	6 (20%)	1 (12,5%)

Tabla 2. Resultados a 9 meses

	AR (n = 47)	APS (n = 29)	SpA (n = 30)	AIJ (n = 8)
Suspensión de SB4, n (%)	15 (31,9%)	8(27,5%)	6 (20%)	1 (12,5%)
Duración de SB4 (meses, mediana IQR)	3,8 (1,9-5,1)	4,3 (2-6,1)	2,3 (1,4-5,6)	5,9

Conclusiones: En este estudio el intercambio de ETN por SB4 resultó eficaz y seguro en el 73% de los casos. La mayor parte de pacientes que suspendieron SB4 lo hicieron por pérdida de eficacia y en los primeros 4 meses de tratamiento, acorde a datos obtenidos en otros estudios en práctica clínica real. Sin embargo, la mayor parte de estos fallos se produjeron en pacientes clínicamente estables. Son necesarios más datos para estudiar la eficacia y perfil de seguridad del intercambio entre biológicos originales y biosimilares.

Bibliografía

1. Kay J, Schoels MM, Dörner T, et al. Ann Rheum Dis. 2018;77:165-74.
2. Glinborg B, Sørensen IJ, Loft AG, et al. Ann Rheum Dis. 2017;76:1426-31.
3. Abad MA, Andreu JL, Caracuel MA, et al. Reumatol Clin. 2015;11:269-78.

RC037. ASOCIACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO Y HALLAZGOS CLÍNICO-ANALÍTICOS EN PACIENTES CON SOSPECHA DE SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

L. Barrio Nogal¹, C. Bohórquez¹, A. Abbasi¹, L. Ruiz¹, A. Pérez Gómez¹, A. Castelló², A. Movasat¹, A. Sánchez Atrio¹, F. Albarrán¹, E. Cuende¹, P. Pretel¹, V. Emperiale¹ y M. Álvarez de Mon¹

¹Servicio de ESI-Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. ²CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Objetivos: Estudiar la asociación entre la ecografía y sus respectivos grados patológicos con los datos analíticos, serológicos e índices de actividad obtenidos en pacientes con sospecha de síndrome de Sjögren primario (SSp).

Métodos: Se reclutaron de forma consecutiva 72 pacientes con sospecha clínica y/o analítica de SSp procedentes de las consultas externas de ESI-Reumatología del Hospital Príncipe de Asturias entre 2015 y 2018. Se recogieron datos demográficos, serológicos e índices de actividad validados para el SSp, el ESSPRI y ESSDAI. A todos ellos se les realizó una ecografía de glándula salival mayor

y sus resultados se clasificaron en tres grados según el sistema de Cornec et al: normal (grado 0 y 1), leve (grado 2) y moderado-grave (grados 3 y 4). El diagnóstico final de SS se realizó utilizando los criterios clasificatorios de 2002 y de ACR/EULAR (2016). Se analizaron los datos mediante el programa estadístico STATA/MP (versión 14.1). La asociación entre la ecografía y las variables cualitativas se describió con el número de casos y el porcentaje por grados de ecografía y la significación de las asociaciones encontradas se testó con la prueba chi cuadrado. En el caso de las variables cuantitativas, la asociación se describió con mediana e intervalo intercuartílico (IIQ) por grados de ecografía y la significación de la asociación se comprobó con el test no paramétrico de Kruskal-Wallis.

Resultados: De los pacientes con ecografía patológica: El 51% tenía antiRo52, el 51% antiRo60 y el 36% antiLa positivos; el 62% hipergammaglobulinemia, 40% factor reumatoide (FR) positivo, 6% y 13% hipocomplementemia C3 y C4 respectivamente; se obtuvieron valores medios de 36 para VSG, 1,6 PCR, 12 FR, 6 ESSPRI y 2 ESSDAI. Se encontró únicamente diferencias estadísticamente significativas (p < 0,05) en los pacientes con ecografía normal con respecto a los pacientes con ecografía patológica grado leve y moderado-grave en las variables antiRo52 e hipergammaglobulinemia. Los datos sugieren que podría haber diferencias para las variables antiRo60, antiLa y ESSPRI sin encontrarse significación estadística (p > 0,150 en todas las asociaciones exploradas). No se han objetivado diferencias para las variables FR, hipocomplementemia C3 y C4, VSG, PCR y ESSDAI (tabla).

Asociación entre grados patológicos de ecografía y variables analizadas

Ecografía	Normal	Grado 2 (leve)	Grado 3 (moderado-grave)	p
AntiRo 52 (%)	21	38	71	0,004
AntiRo 60 (%)	32	44	62	0,150
AntiLa (%)	21	28	48	0,163
Hipergammaglobulinemia (%)	16	53	76	0,001
Factor reumatoide (%)	47	31	52	0,460
Hipocomplementemia C3 (%)	11	6	5	0,757
Hipocomplementemia C4 (%)	11	10	19	0,555
VSG (mediana)	31	34	38	0,094
PCR (mediana)	2	1	3	0,059
Factor reumatoide (mediana)	10	9	17	0,229
ESSPRI (mediana)	5	5,6	6,3	0,349
ESSDAI (mediana)	2	1	2	0,078

Conclusiones: En esta serie de pacientes se encontró asociación estadísticamente significativa entre la positividad de anticuerpos antiRo, hipergammaglobulinemia y la ecografía, así como en su subdivisión por grados patológicos. No se ha encontrado asociación estadísticamente significativa entre la ecografía y positividad de antiRo60, antiLa y ESSPRI, probablemente debido al pequeño tamaño muestral. No hubo diferencias para el resto de las variables analizadas: factor reumatoide, complemento, reactantes de fase aguda y ESSDAI.

RC038. JOINT US, HERRAMIENTA WEB PARA IMPLEMENTAR Y MEJORAR EL ESTUDIO ECOGRÁFICO EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

J.J. de Agustín de Oro¹, F. García², L. Mateo³, D. Reina⁴, P. Estrada⁴, E. Moreno⁵, A.P. Cacheda⁶, C. Albadalejo⁷, A. Erra⁸, V. Ruiz-Esqueda⁹, C. Pérez¹⁰, C.M. Vasquez¹¹, R. Valls¹², J. Rovira¹³, R. Castellanos⁹, Ó. Camacho⁹, M. Ricse¹⁴, M. García¹⁵, H. Borrell⁸, M. López¹, S. Castell¹⁰, F. Ojeda¹⁰ y A. García¹⁶,

¹Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ²Tamoe. ³Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁴Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ⁵Hospital de Vilafranca. ⁶Hospital Son Llätzer. Palma de Mallorca. ⁷CAP Numancia. Barcelona. ⁸Hospital San Rafael. Barcelona. ⁹Hospital Clínic. Barcelona. ¹⁰Hospital del Mar. Barcelona. ¹¹Hospital Miguel Servet. Zaragoza. ¹²Hospital de Palamós. ¹³Hospital de Mollet. ¹⁴Hospital de Viladecans. ¹⁵Hospital Parc Taulí. Sabadell. ¹⁶Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Tabla RC038

	NAD	NAT	DAS28	SDAI	CDAI	Índice 7	Índice12	IGLOESr	ECODAS	Concordancia	Discordancia dolorosas	Discordancia tumefactas	Discordancia ambas
Expertos	3,16	3,75	4,09	35,34	34,08	6,33	10,16	6,33	4,3	89,88	0,208	0,153	0,095
No Expertos	4,42	2,85	4,09	36,06	35,42	4,57	7,42	2,28	3,68	89,79	0,33	0	0,30

Objetivos: Crear una herramienta que permita realizar una evaluación ecográfica global de los pacientes con artritis reumatoide, mejorar el aprendizaje en el uso de los índices ecográficos y con respecto a la exploración clínica.

Métodos: Se diseñó una plataforma web, JOINT US, en la que se incluyeron todas las variables clínicas y ecográficas necesarias para el cálculo automatizado de los índices clínicos y ecográficos. Se incluyeron variables clínicas de los índices DAS28, SDAI y CDAI. Para la evaluación ecográfica se escogieron las regiones anatómicas incluidos en los índices ecográficos descritos por Naredo et al, por Backhaus et al, por D'Agostino et al y el equivalente ecográfico del DAS28. La plataforma JointUs permite visualizar todos los datos incluidos de cada paciente, así como la concordancia/discordancia en la evaluación clínico-ecográfica en cada una de las regiones anatómicas incluidas. Para testar la plataforma se reclutó a un grupo de reumatólogos de diferentes centros hospitalarios con diferentes grados de experiencia en la ecografía musculoesquelética. Cada uno de ellos realizó una evaluación completa de un paciente que subió a la plataforma. Posteriormente se realizaron dos reuniones presenciales, de 4 horas de duración con 12 y 7 asistentes en cada una de ellas, en las que se profundizó en el conocimiento de los índices ecográficos y se analizaron los resultados obtenidos. Se realizó un análisis de la concordancia clínico-ecográfica (sobre 28 articulaciones) para cada una de las evaluaciones realizadas. Para el análisis dividimos a los ecografistas en dos grupos: expertos (E) y no expertos (NE). En la reunión presencial además se analizaron las imágenes disponibles de cada exploración para detectar errores en la adquisición y evaluación ecográfica.

Resultados: Participaron 12 reumatólogos con amplia experiencia ecográfica y 7 residentes de Reumatología con nivel básico. Se incluyeron 19 evaluaciones de pacientes en el análisis. La concordancia entre la exploración clínica y la exploración ecográfica fue en cada grupo del 89%, sin apreciar diferencias significativas entre los dos grupos. La discordancia media entre NAD y la evaluación ecográfica fue en el grupo E de 21% y en el grupo NE de 33,57% (p 0,05). Los resultados principales se muestran en la tabla. El uso de la plataforma permitió analizar defectos en la evaluación ecográfica y reconducirlos en la reunión presencial. El autoaprendizaje se consideró útil por la mayoría de los asistentes.

Conclusiones: Las diferencias entre la evaluación clínica y ecográfica parece relacionada con el nivel de experiencia. La plataforma web JOINT US es útil para mejorar el autoaprendizaje en la evaluación clínico-ecográfica de los pacientes con artritis reumatoide.

RC039. LA SINOVITIS PROLIFERATIVA GLOBULAR, UN PATRÓN ECOGRÁFICO CARACTERÍSTICO DE LA AR SEROPOSITIVA

A.B. Azuaga Piñango, B. Frade-Sosa, R. Gumucio-Sanguino, K. Cajiao-Sánchez, S. Mandelikova, V. Ruiz-Esquide, R. Castellanos-Moreira, R. Sanmartí, J.D. Cañete y J. Ramírez

Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona.

Objetivos: Analizar diferencias en el patrón ecográfico entre pacientes con Artritis Reumatoide (AR) seropositivos y seronegativos. Valorar si el patrón de sinovitis globular proliferativa es característico de la AR seropositiva.

Métodos: Análisis retrospectivo. Se recogieron datos clínicos, epidemiológicos y ecográficos de pacientes con AR que cumplieran criterios ACR/EULAR 2010 y que se hubiesen realizado una ecografía de

carpos y manos (bilateral) por indicación de su reumatólogo habitual durante los últimos 5 años. Se valoró la presencia y el grado de hipertrofia sinovial (HS) y señal Power Doppler (PD) en carpos y 1-5 metacarpofalángica (MCF) bilateral. El *score* HS (suma de los grados de HS de cada articulación), PD (suma de los grados de PD de cada articulación) y el *score* total (suma del *score* de HS y PD) fue calculado para cada paciente. En cada sujeto, además se analizó la presencia de sinovitis globular proliferativa, definida como importante hipertrofia sinovial con crecimiento exofítico y reborde superior convexo.

Resultados: Se incluyeron un total de 145 pacientes con AR. El 80% eran mujeres. La edad media fue de 59,06 (14,8) años y el tiempo de evolución de 114,6 (112,8) meses. El 68,3% eran factor reumatoide (FR) positivo y el 74,5% ACPA positivo. En global, 115 de los 145 (79,3%) eran seropositivos para FR y/o ACPA. El 53,1% de los pacientes tenían erosiones en la radiografía, el 73,1% llevaban algún FAME, el 29,7% estaban con terapia biológica y el 57,2% tomaban dosis bajas de corticoides (equivalente a ≤ 5 mg prednisona). El DAS28 medio fue de 2,81 (1,14), el número de articulaciones tumefactas fue de 3 (3,4) y la PCR de 0,99 mg/dl (1,6). No hubo diferencias significativas entre los pacientes con AR seropositiva y seronegativa en cuanto a actividad de la enfermedad (número de articulaciones inflamadas [NAI], número de articulaciones dolorosas [NAD], PCR, DAS28), (corticoides, FAME, biológico), tiempo de evolución ni en cuanto a carga inflamatoria ecográfica (*score* de HS, PD y total). El 62% de los pacientes seropositivos (FR y/o ACPA +) tenían sinovitis ecográfica con morfología "globular", por solo un 13,7% en el caso de los pacientes con AR seronegativa (p = 0,0001). En global, 75 de los 145 pacientes (51,7%) tenían sinovitis "globular" observada por ecografía. 71 de estos 75 pacientes eran seropositivos (94,6%). Solo 4 pacientes con AR seronegativa tenían este patrón ecográfico (p < 0001). Los pacientes con sinovitis globular eran, además, más erosivos (72% vs. 33%, p < 0,0001) tenían un recuento mayor de articulaciones inflamadas (3,3 vs. 2,5, p = 0,013) y puntuaron más en los *scores* de HS y PD (p = 0,0001).

Conclusiones: En pacientes con AR, la presencia de sinovitis globular se asoció de manera significativa a la presencia de FR y/o ACPA positivos. Este patrón ecográfico globular identificó a un subgrupo de pacientes de peor pronóstico, con mayor carga inflamatoria tanto a nivel clínico como ecográfico y mayor presencia de erosiones.

RC040. RESPUESTA CLÍNICA Y ECOGRÁFICA DEL BARICITINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, TRAS 6 MESES DE TRATAMIENTO

R. Martínez Pérez, M.D. Fernández Alba y E. Rubio Romero

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: El baricitinib es un inhibidor selectivo y reversible de JAK1 y JAK2 que logra, mediante la inhibición de estas proteínas, reducir la inflamación característica de la artritis reumatoide. Ha demostrado su eficacia clínica para frenar la progresión de la enfermedad, al tiempo que reduce algunos de los efectos secundarios más comunes de los FAME sintéticos. Es el primer fármaco para la artritis reumatoide que ha demostrado superioridad estadísticamente significativa frente a un anti-TNF como adalimumab. Nuestro objetivo es; evaluar la respuesta clínica de nuestros pacientes tras 6 meses de tratamiento. Así como valorar la concordancia de la respuesta clínica-ecográfica de estos pacientes.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, unicéntrico. La población a estudiar son pacientes diagnosticados de artritis reumatoide según criterios EULAR, que han iniciado tratamiento con baricitinib hace 6 meses. Se le realiza evaluación clínica previa al inicio del fármaco mediante DAS28 y evaluación clínica (DAS28 post) y ecográfica tras 6 meses de tratamiento. Para valorar respuesta ecográfica se les realiza ecografía a las 28 articulaciones recogidas en el DAS28. Se valora; presencia de sinovitis mediante escala de grises, hipertrofia sinovial y Doppler. Consideramos remisión ecográfica, la ausencia de articulaciones con signos ecográficos de actividad así como la puntuación de DAS28 ecográfico.

Resultados: Se recogieron un total de 12 pacientes (8 mujeres y 4 hombres), con una edad media de 55 ± 10,45 años. Una edad media al diagnóstico de 44 ± 15,74 años y con una media de años de evolución de la enfermedad de 11 ± 8,38 años. El 41,7% de los pacientes se encontraban en monoterapia con baricitinib, un 50% habían recibido terapia biológica previa (el 41,7% de ellos etanercept). La escala visual analógica previa al tratamiento fue de 76,81 ± 24,72 mm frente a 36 ± 31,03 mm (p < 0,05). El DAS28 pasó de 4,46 ± 0,79 a 2,69 ± 0,99 (p < 0,05) tras los 6 meses de tratamiento. El DAS28 ecográfico obtuvo una media de 2,97 ± 1,12. De los 12 pacientes se obtuvo una remisión/baja actividad ecográfica en 10 de ellos, y una remisión/baja actividad clínica en 9 de los mismos. No se registraron efectos adversos e interés, salvo nauseas en uno de ellos.

Conclusiones: Baricitinib es un fármaco eficaz y seguro, que consigue la remisión/baja actividad tanto clínica como ecográfica en un 80% de los pacientes, en las primeras 24 semanas. Además consigue una excelente correlación clínica-ecográfica.

RC041. SÍNDROME DE LA APÓFISIS ODONTOIDES CORONADA

M. Mora Limiñana¹, J. Narváez¹, P. Juárez¹, J. Hernández-Gañán², J.C. Sardinias², J.A. Narváez² y J.M. Nolla¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat.

Introducción: En 1985, Bouvet et al describieron el síndrome de la apófisis odontoides coronada (SAOC), o *crowned dens syndrome*,

como un dolor cervical causado por el depósito de microcristales de pirofosfato cálcico o de hidroxapatita en la columna cervical, que forman unas lesiones radioopacas alrededor de la apófisis odontoides, con una distribución “en corona o halo”.

Objetivos: Analizar las características clínico-epidemiológicas y la evolución de una serie de pacientes con SAOC.

Métodos: Estudio retrospectivo (1970-2018) de todos los pacientes con SAOC diagnosticados en un hospital universitario de tercer nivel. El diagnóstico se confirmó en todos los casos mediante una tomografía computarizada (TC) con el estudio centrado en C1-C2.

Resultados: Se identificaron 8 pacientes (7 varones) con una edad media de 67 ± 4 años. Las principales características clínicas y demográficas, el tratamiento empleado, y la evolución de uno de estos pacientes se muestran en la tabla. En todos los casos el SAOC se presentó con un dolor cervical de características inflamatorias, irradiado a la zona occipital y temporal, generalmente de inicio agudo o subagudo, aunque algunos pacientes presentaban una historia de cervicalgia de varios meses de evolución. El dolor se acompañaba de rigidez articular, especialmente matutina, y marcada limitación de la movilidad de la columna cervical, sobre todo de la flexión. Algunos de estos enfermos tenían una importante repercusión sobre el estado general y fiebre, detectándose un aumento de los reactantes de fase aguda en el 87,5% (7/8) de los casos. Inicialmente, los diagnósticos de sospecha en urgencias en estos pacientes fueron polimialgia reumática/artritis de células gigantes, espondilodiscitis infecciosa o meningitis. La Rx de columna cervical sugirió el diagnóstico en el 59% (4/8) de los casos. En la TC, los depósitos calcificados se sitían alrededor de la apófisis odontoides, por encima y a ambos lados, y en ocasiones en el ligamento transversal o cruciforme del atlas. El estudio radiológico de articulaciones periféricas permitió confirmar indirectamente la sospecha de artropatía microcristalina, objetivándose imágenes sugestivas de condrocalcinosis o de enfermedad por depósito de cristales de hidroxapatita, en el 86% de los casos. El antecedente de artritis periférica, solo se recogió en un paciente. El tratamiento con antiinflamatorios consiguió el alivio o resolución de la clínica en pocas semanas en la mayoría de los pacientes, si bien en ocasiones fue necesario prolongarlo varios meses. La colchicina fue útil para prevenir las recidivas en todos los casos. En 2 pacientes, la

Tabla RC041

Paciente	Sexo/Edad	Presentación clínica	Análítica	Rx columna cervical diagnóstica	Artritis/periartritis periférica previa	Rx articulaciones periféricas condrocalcinosis/hidroxapatita	Tratamiento	Tiempo de seguimiento (meses)	Evolución	Recidiva
1	H/63	Cervicalgia invalidante y afectación del estado general de 6 semanas de evolución	↑ VSG y PCR Anemia N-N	No	No	No/No	AINES Colchicina	12	Dolor crónico residual leve	No
2	H/69	Cervicalgia inflamatoria irradiada a zona occipital y hombros de 9 meses de evolución, sin manif sistémicas	↑ VSG y PCR Anemia N-N	Sí	No	Hidroxapatita	AINES Colchicina	18	Curación sin secuelas	No
3	H/61	Cervicalgia invalidante y fiebre de 48 hs de evolución	↑ VSG y PCR Leucocitosis sin neutrofilia	No	No	Condrocalcinosis	AINES Colchicina	16	Curación sin secuelas	No
4	M/68	Cervicalgia invalidante y afectación del estado general de 2 semanas de evolución	↑ VSG y PCR Trombocitosis	Sí	No	Condrocalcinosis	Prednisona + AINES Colchicina	15	Curación sin secuelas	No
5	H/66	Cervicalgia invalidante, fiebre y artritis muñeca izquierda	↑ PCR	Sí	Sí	Condrocalcinosis	AINES Colchicina	12	Curación sin secuelas	No
6	H/74	Cervicalgia inflamatoria irradiada a zona occipital y hombros de 8 meses de evolución, sin manif sistémicas	↑ VSG y PCR	Sí	No	Condrocalcinosis	AINES Prednisona Colchicina Arthrodesis C1-C2	56	Dolor crónico residual	No
7	H/68	Cervicalgia inflamatoria irradiada a zona occipital y hombros de 9 meses de evolución, sin manif sistémicas	Normal	No	No	Condrocalcinosis	AINES Prednisona Colchicina Arthrodesis C1-C2	96	Dolor crónico residual	No
8	H/61	Cervicalgia inflamatoria invalidante y fiebre	↑ VSG y PCR	No	No	No/No	AINES Colchicina	16	Curación sin secuelas	No

artritis atloaxoidea acabó por causar una fractura patológica de la odontoides provocada por las erosiones, necesitando artrodesis.

Conclusiones: El SAOC es una entidad que, aunque infrecuente, debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la cervicalgia, ya sea aguda o crónica, especialmente en los individuos mayores de 50 años. Un diagnóstico preciso puede evitar exploraciones, tratamientos o estancias hospitalarias innecesarias.

RC042. REASSESSING THE SAFETY PROFILE OF LESINURAD IN COMBINATION WITH XANTHINE OXIDASE INHIBITOR THERAPY

F. Pérez Ruiz, T.L. Jansen, A.K. Tausche, P. Richette, F. Lioté and A.K. So

Rheumatology Division. Cruces University Hospital. Biocruces Bizkaia Health Research Institute and Medicine Department. Medicine and Nursery School. University of the Basque Country. Vizcaya. Department of Rheumatology. VieCuri MC. Venlo (The Netherlands). Department of Rheumatology. University Clinic "Carl Gustav Carus" at the Technical University. Dresden (Germany). Rheumatology Department & Inserm URM 1132. Centre Viggo Petersen. Hôpital Lariboisière (AP-HP) and Université Paris Diderot. USPC. Paris (France). University of Lausanne (Switzerland). Nephrology Division. University Hospital Limerick. Graduate Entry Medical School. Health Research institute. University of Limerick (Ireland).

Introduction: The rate of renal adverse events has been shown to be higher in patients treated with Lesinurad plus a xanthine-oxidase inhibitor (XOI) than in patients treated only with a XOI. We reassessed the risks for adverse events from a different perspective, including hypothesis to explain results.

Methods: We used data from phase 3 trials publicly available from the full prescribing information document and estimated relative risks and number needed to treat for serum creatinine increase (sCr), renal failure, and renal lithiasis. It was performed for both global risks and for estimated glomerular filtration rate (eGFR) strata.

Results: Overall, relative risks were > 1.0 for the 400 mg/day doses and higher for serum creatinine increase with the 200 mg/day dose, but < 1.0 both for lithiasis and renal failure with the 200 mg/day dose, although only statistically significant for sCr1 with the highest dose of Lesinurad. When results by eGFR were considered, the rates of adverse events increased with declining renal function, but the relative risk decreased in parallel, as the rate of adverse events increased much more in the placebo arm than in the active arm.

Indeed relative risks were only significant for the highest dose of Lesinurad in patients with normal eGFR.

Conclusions: The rate of serum creatinine increase adverse events is higher in patients exposed to Lesinurad. This rate increases in patients with lower eGFR, but as it does in for both active and placebo arms the relative risk is not different from that observed in the placebo arms in the labelled 200 mg/day dose. This may be explained by pathophysiological changes that develop in chronic kidney disease.

RC043. ¿CUÁL ES LA REALIDAD DE LA CONSULTA DE TRANSICIÓN INFANTIL?

J.L. Martín Varillas¹, D. Clemente Garulo², J.C. López-Robledillo², B. Serrano Benavente³, I. Monteagudo³ y J.C. Nieto-González³

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

²Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: El cambio de ámbito hospitalario infantil a adultos y de especialista afecta negativamente al seguimiento y control de la enfermedad de pacientes con artritis idiopática juvenil (AIJ) y puede afectar también a otras enfermedades. Las consultas de transición cubren la necesidad de estos pacientes para facilitar el seguimiento por un reumatólogo especializado. En nuestro estudio describimos la situación real que se presenta en una consulta de transición establecida.

Métodos: Se recogieron los datos de todos los pacientes atendidos en la consulta de transición desde su inicio en septiembre de 2015 hasta diciembre de 2018. Se incluyeron aquellos pacientes con un inicio de la enfermedad de 16 años o menor y que fueron atendidos en la consulta de transición por primera vez antes de los 25 años. Se recogieron las variables demográficas, clínicas y los tratamientos previos y posteriores a la atención en la consulta de transición.

Resultados: Se atendieron 119 pacientes en la consulta de transición, quedando 110 pacientes tras aplicar los criterios de exclusión según la edad. De estos últimos, 78 eran mujeres (70,9%) con una mediana de edad en la primera consulta de transición de 18,5 [17,9-19,8] años, sin cambios significativos entre la primera etapa de la consulta (septiembre 2015-septiembre 2017) y segunda etapa (octubre 2017-diciembre 2018); medianas 18,7 [17,8-20,2] vs. 18,2 [17,9-18,6] respectivamente. En la tabla se muestran los diagnósticos de todos los pacientes y las subcategorías de AIJ. Las collagenosis

Tabla RC042

	XOI+PBO (N = 510)	XOI+LES200 (N = 509)			
CrCl ≥ 90 ml/min	Events (%) (N = 180)	Events (%) (N = 200)	RR (IC95%)	NNT	p
sCr increased	1 (0.6)	6 (3.0)	5.34 (0.65-43.98)	- 41	0.199
Renal failure	0	3 (1.5)	6.30 (0.32-121.21)	-29	0.222
CrCl ≥ 60- < 90 ml/min	Events (%) (N = 229)	Events (%) (N = 208)	RR (IC95%)	NNT	p
sCr increased	4 (1.7)	8 (3.8)	2.20 (0.67-7.21)	-48	0.192
Renal failure	4 (1.7)	1 (0.5)	0.28 (0.03-2.44)	+79	0.247
CrCl ≥ 30- < 60 ml/min	Events (%) (N = 101)	Events (%) (N = 101)	RR (IC95%)	NNT	p
sCr increased	6 (5.9)	7 (6.9)	1.17 (0.40-3.35)	- 101	0.775
Renal failure	5 (5.0)	2 (2.0)	0.40 (0.08-2.01)	+ 49	0.267
	XOI+PBO (N = 510)	XOI+LES400 (N = 508)			
CrCl ≥ 90 ml/min	Events (%) (N = 180)	Events (%) (N = 203)	RR (IC95%)	NNT	p
sCr increased	1 (0.6)	12 (5.9)	10.64 (1.40-81.03)	- 19	0.022
Renal failure	0	7 (3.4)	13.31 (0.76-231.40)	- 29	0.0756
CrCl ≥ 60- < 90 ml/min	Events (%) (N = 229)	Events (%) (N = 213)	RR (IC95%)	NNT	p
sCr increased	4 (1.7)	21 (9.9)	5.64 (1.97-16.18)	- 12	0.001
Renal failure	4 (1.7)	7 (3.3)	1.88 (0.59-6.34)	- 65	0.308
CrCl ≥ 30- < 60 ml/min	Events (%) (N = 101)	Events (%) (N = 92)	RR (IC95%)	NNT	p
sCr increased	6 (5.9)	10 (10.9)	1.83 (0.69-4.84)	- 20	0.223
Renal failure	5 (5.0)	7 (4.2)	0.87 (0.24-3.17)	- 166	0.843

incluyen pacientes con lupus sistémico, esclerodermia, enfermedad mixta y dermatomiositis. De los 75 pacientes con AIJ, 54 fueron mujeres (72%) con mediana de edad al inicio de la enfermedad de 6,8 [2,3-12,7] años. 16 pacientes (21,3%) presentaron antecedente de uveítis anterior crónica. El 29,3% (n = 22) presentó actividad inflamatoria (articular u ocular) en el momento de pasar a consulta de transición pero solo 1 paciente mantuvo actividad inflamatoria durante los 3 años del seguimiento. El tratamiento sistémico con inmunomoduladores fue utilizado en 64 pacientes (85,3%), siendo en su mayoría metotrexato (n = 61) o leflunomida (n = 7). Además, 43 pacientes (57,3%) necesitaron terapia biológica en el pasado, y 8 de ellos (10,7%) más de un fármaco biológico. Los más frecuentes fueron etanercept (n = 29) y adalimumab (n = 19). También se utilizaron tocilizumab (n = 4), abatacept (n = 1) e infliximab (n = 1). En el momento de llegar a consulta de transición, 24 pacientes (32%) estaban sin tratamiento, 42 pacientes (56%) recibían FAME sintético y 34 pacientes (45,3%) tratados con biológico en monoterapia o junto a FAME (n = 19 etanercept, n = 12 adalimumab y n = 3 tocilizumab).

Diagnóstico	N = 110	
	Número	%
Artritis idiopática juvenil (AIJ)	75	68,2
AIJ oligoarticular persistente	27	36
AIJ oligoarticular extendida	11	14,6
AIJ poliarticular FR positivo	18	24
AIJ poliarticular FR negativo	1	1,3
AIJ asociada a entesitis	9	12
AIJ sistémica	4	5,3
AIJ psoriásica	5	6,6
Colagenosis	11	10
Otros	24	21,8

Conclusiones: La consulta de transición atiende en su mayoría pacientes con AIJ y enfermedades del tejido conectivo. La mayoría de los pacientes se encuentran inactivos durante la trasferencia a la unidad de adultos, pero la existencia de pacientes que mantienen actividad y/o necesita tratamiento con FAME sintéticos y/o biológicos refuerza la necesidad de un control estrecho en este periodo.

RC044. EVALUACIÓN DEL USO PEDIÁTRICO DE BIFOSFONATOS EN OSTEOPOROSIS SECUNDARIA

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

Unidad Reumatología Pediátrica. UGC Pediatría. Hospital Materno Infantil. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: La osteoporosis secundaria (OS) es una enfermedad cada vez más prevalente en Pediatría, debido al aumento de supervivencia de los niños con enfermedades crónicas y al uso frecuente de tratamientos osteotóxicos. Los bifosfonatos constituyen una alternativa terapéutica cada vez más extendida, sin embargo, los estudios sobre la eficacia y seguridad en niños afectados de esta patología son escasos.

Objetivos: Analizar la efectividad y seguridad del tratamiento con bifosfonatos en OS.

Métodos: Estudio retrospectivo de niños menores de 16 años afectados de OS, tratados con BF, en seguimiento por una unidad de Reumatología Pediátrica entre 2015 y 2018. En el análisis descriptivo recogimos datos antropométricos, clínicos y de tratamiento. Se valoró la densidad mineral ósea mediante el Z-score medido por absorciometría de rayos X de doble energía y corregido para la talla (Z-st). Valoramos la efectividad del tratamiento tanto en función del cambio del Z-st tras un año de tratamiento como del descenso del número de fracturas/año. Posteriormente se realizó un análisis bivariante para identificar factores relacionados con la efectividad y seguridad de los bifosfonatos. Consideramos p < 0,1 como nivel de significación, dado el pequeño tamaño muestral.

Características demográficas y antropométricas de los pacientes, (n = 12)	
Sexo (varón), n (%)	9 (75)
Edad (años), media (± DE)	9,8 (± 1,87)
DE talla, media (± DE)	-1,49 (± 0,92)
Desviación peso, media (± DE)	0,09 (± 1,72)
Desviación IMC, media (± DE)	1,03 (± 2,36)

Características clínicas de los pacientes, (n = 12)	
Etiología de osteoporosis secundaria, n (%)	
Neurológica	6 (50)
Hematológica	5 (41,7)
Otras	1 (8,3)
Bipedestación, n (%)	9 (75,0)
Deambulacion, n (%)	7 (58,3)
Fracturas pretratamiento, media (± DE)	1,41 (± 1,16)
Presencia de fracturas vertebrales (Sí), n (%)	7 (58,3)
Z score* pretratamiento, media (± DE)	-2,40 (± 1,31)
Edad primera fractura (años), media (± DE)	8,2 (± 3,4)
Tratamientos recibidos, (n = 12)	
Corticosteroides sistémicos, n (%)	4 (33,3)
Antiepilépticos, n (%)	3 (25,0)
Suplementos vitamina D ₃ , n (%)	8 (66,7)
Fisioterapia, n (%)	6 (50)

Características del tratamiento con bifosfonatos (n = 15)	
Vía de administración (iv), n (%)	8 (53,3)
Tipo de bifosfonato, n (%)	
Pamidronato	1 (6,7)
Alendronato	6 (40)
Zoledronato	7 (46,7)
Risendronato	1 (6,7)
Duración del tratamiento (meses), mediana (RI)	19 (11-63)
Suspensión del tratamiento, n (%)	8 (53,3)
Motivo de suspensión del tratamiento, n (%)	
Z-st > -2 y ausencia de fracturas en un año	5 (62,5)
Efectos secundarios	1 (12,5)
Exitus* ¹	2 (25,5)
Efectos adversos, n (%)	
Síndrome pseudogripal	2 (13,3)
Hipocalcemia asintomática	1 (6,7)
Intolerancia gastrointestinal	1 (6,7)

Características demográficas y antropométricas de los pacientes, (n = 12)	
Sexo (varón), n (%)	9 (75)
Edad (años), media (± DE)	9,8 (± 1,87)
DE talla, media (± DE)	-1,49 (± 0,92)
Desviación peso, media (± DE)	0,09 (± 1,72)
Desviación IMC, media (± DE)	1,03 (± 2,36)

Características clínicas de los pacientes, (n = 12)	
Etiología de osteoporosis secundaria, n (%)	
Neurológica	6 (50)
Hematológica	5 (41,7)
Otras	1 (8,3)
Bipedestación, n (%)	9 (75,0)
Deambulacion, n (%)	7 (58,3)
Fracturas pretratamiento, media (± DE)	1,41 (± 1,16)
Presencia de fracturas vertebrales (Sí), n (%)	7 (58,3)
Z score* pretratamiento, media (± DE)	-2,40 (± 1,31)
Edad primera fractura (años), media (± DE)	8,2 (± 3,4)
Tratamientos recibidos, (n = 12)	
Corticosteroides sistémicos, n (%)	4 (33,3)
Antiepilépticos, n (%)	3 (25,0)
Suplementos vitamina D ₃ , n (%)	8 (66,7)
Fisioterapia, n (%)	6 (50)

Características del tratamiento con bifosfonatos (n = 15)	
Vía de administración (iv), n (%)	8 (53,3)
Tipo de bifosfonato, n (%)	
Pamidronato	1 (6,7)
Alendronato	6 (40)
Zoledronato	7 (46,7)
Risendronato	1 (6,7)
Duración del tratamiento (meses), mediana (RI)	19 (11-63)
Suspensión del tratamiento, n (%)	8 (53,3)
Motivo de suspensión del tratamiento, n (%)	
Z-st > -2 y ausencia de fracturas en un año	5 (62,5)
Efectos secundarios	1 (12,5)
Exitus* ¹	2 (25,5)
Efectos adversos, n (%)	
Síndrome pseudogripal	2 (13,3)
Hipocalcemia asintomática	1 (6,7)
Intolerancia gastrointestinal	1 (6,7)

Resultados: Reclutamos 12 pacientes, recibiendo 3 de ellos dos BF diferentes. Sus características se recogen en la tabla. Observamos incremento significativo en Z-st al año ($-2,22 \pm 1,46$) vs. $(-1,06 \pm 1,27)$; $p = 0,04$) y disminución del número de fracturas/año (1 (0,5-2) vs. 0 (0-0); $p < 0,01$). La magnitud del cambio en Z-st se relacionó directamente con el número de fracturas/año pretratamiento ($r: 0,57$; $p = 0,07$) y de forma inversa con Z-score pretratamiento ($r: -0,53$; $p = 0,09$) y con la edad al inicio del bifosfonato ($r: -0,53$; $p: 0,09$). El descenso del número de fracturas/año mostró relación significativa con el percentil de IMC ($r: 0,48$; $p = 0,08$), con la edad al inicio del tratamiento ($r: -0,537$; $p = 0,05$) y con las fracturas/año pretratamiento ($r: 0,941$; $p < 0,001$). Aparecieron efectos secundarios en 3 pacientes (20%): tres relacionados con el uso de zolendronato (dos síndromes pseudogripales tras primera infusión y una hipocalcemia asintomática) y una intolerancia gastrointestinal con alendronato, que precisó suspender tratamiento. No se halló relación entre los eventos adversos y las variables estudiadas. Dos pacientes fallecieron durante el tratamiento por complicaciones de su enfermedad de base.

Conclusiones: Los bifosfonatos constituyen una alternativa efectiva en OS. La respuesta al tratamiento parece ser mejor en pacientes con buen estado nutricional, menor edad y formas más graves de enfermedad. Además, resultan seguros, siendo los efectos adversos leves, aunque relativamente frecuentes.

RC045. EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS CRÓNICAS CON SU ATENCIÓN SANITARIA UTILIZANDO EL CUESTIONARIO IEXPAC. FACTORES ASOCIADOS Y ÁREAS DE MEJORA

F.J. de Toro Santos¹, M.L. García Vivar², L. Pantoja³, C. Lerín Lozano⁴, S. García-Díaz⁵, Y. Mestre⁶, S. Fernández⁶ y L. Cea-Calvo⁶

¹Hospital Universitario de A Coruña. ²Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ³Hospital El Bierzo. Ponferrada. ⁴Hospital de Manacor. ⁵Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ⁶Medical Affairs. Merck Sharp & Dohme. Madrid.

Introducción y objetivos: La experiencia de los pacientes con la asistencia sanitaria se asocia a resultados de salud importantes. En este trabajo se describe la experiencia de los pacientes con enfermedades reumáticas (ER) con el cuidado de salud que reciben en España a través de IEXPAC y la influencia de factores demográficos y relacionados con la atención sanitaria.

Métodos: La escala IEXPAC "Instrumento de Evaluación de la experiencia del Paciente Crónico" tiene 12 ítems que varían de "siempre" a "nunca" con una puntuación de 0 (peor experiencia) a 10 (mejor) y permite identificar aspectos del cuidado de la salud que precisan mejora. De la escala derivan 3 factores con sub-puntuaciones: Factor 1 (Interacciones productivas sobre la relación paciente-profesionales sanitarios), Factor 2 (Nuevo modelo relacional sobre uso de nuevas tecnologías y contacto con otros pacientes) y Factor 3 (Capacidad de autocuidado de los pacientes). Se entregó la encuesta a pacientes con ER en 25 hospitales españoles. Se realizaron comparaciones bivariadas y análisis multivariante para explorar asociación entre puntuaciones de experiencia y características demográficas y sanitarias.

Resultados: 625 pacientes recibieron la encuesta, 359 (57,4%) contestaron (media 55 años, 67% mujeres). Los porcentajes que respondieron "siempre" o "casi siempre" a los enunciados de IEXPAC se muestran en la tabla 1. La puntuación media de IEXPAC fue 5,5 (DE 2,0), las sub-puntuaciones fueron: interacciones productivas 7,5 (2,5); nuevo modelo relacional 1,7 (2,1); autocuidado 6,5 (2,5). La puntuación general fue mayor (mejor experiencia) en hombres ($p = 0,022$), en los que necesitaban seguimiento en otra Comunidad Autónoma ($p = 0,004$), en los atendidos por menor número de médicos ($p = 0,025$), en los atendidos por el mismo médico (ej, por el mismo reumatólogo, $p < 0,001$), en los tratados con menos medicamentos ($p = 0,039$) o con

subcutáneos o intravenosos (SC/IV) ($p = 0,083$). Los modelos de regresión lineal múltiple (tabla 2) mostraron que ser seguido por el mismo médico, atendido por menor número de especialistas y ser tratado con fármacos SC/IV se asoció a mejores puntuaciones globales de la experiencia. Las asociaciones fueron similares para interacciones productivas y autocuidado del paciente.

Tabla 1. Enunciados del cuestionario IEXPAC. Porcentaje de pacientes que respondieron "casi siempre" o "siempre" a cada ítem

Ítem IEXPAC	Porcentaje de pacientes que respondieron "casi siempre" o "siempre"
1. Respetan mi estilo de vida Los profesionales que me atienden me escuchan, me preguntan sobre mis necesidades, costumbres y preferencias para adaptar mi plan de cuidados y tratamiento	76,5
2. Están coordinados para ofrecerme una buena atención Los servicios sanitarios y sociales se coordinan para mejorar mi bienestar y calidad de vida en mi entorno (familiar, barrio, pueblo, ciudad)	60,6
3. Me ayudan a informarme por Internet Los profesionales que me atienden me informan sobre páginas web y foros de Internet de los que me puedo fiar para conocer mejor mi enfermedad, su tratamiento y las consecuencias que pueden tener en mi vida	12,8
4. Ahora sé cuidarme mejor Siento que ha mejorado mi confianza en mi capacidad para cuidar de mí mismo/misma, manejar mis problemas de salud y mantener mi autonomía	74,3
5. Me preguntan y me ayudan a seguir mi plan de tratamiento Reviso con los profesionales que me atienden el cumplimiento de mi plan de cuidados y tratamiento.	73,5
6. Fijamos objetivos para llevar una vida sana y controlar mejor mi enfermedad He podido acordar con los profesionales que me atienden objetivos concretos sobre alimentación, ejercicio físico y tomar adecuadamente la medicación para controlar mejor mi enfermedad	63,4
7. Uso Internet y el móvil para consultar mi historia clínica Puedo consultar mi historia clínica, resultados de mis pruebas, citas programadas y acceder a otros servicios a través de internet o de la app para móviles de mi Servicio de Salud	7,3
8. Se aseguran de que tomo la medicación correctamente Los profesionales que me atienden revisan conmigo todos los medicamentos que tomo, cómo los tomo y cómo me sientan	72,4
9. Se preocupan por mi bienestar Los profesionales que me atienden se preocupan por mi calidad de vida y les veo comprometidos con mi bienestar	79,1
10. Me informan de recursos sanitarios y sociales que me pueden ayudar Los profesionales que me atienden me informan sobre los recursos sanitarios y sociales de que dispongo (en mi barrio, ciudad o pueblo) y que puedo utilizar para mejorar mis problemas de salud y para cuidarme mejor	33,8
11. Me animan a hablar con otros pacientes Los profesionales que me atienden me animan a participar en grupos de pacientes para compartir información y experiencias sobre cómo cuidarnos y mejorar nuestra salud	10,3
12. Se preocupan por mí al llegar a casa tras estar en el hospital En el caso de haber ingresado en el hospital, después de recibir el alta, me han llamado o visitado en casa para ver cómo me encontraba y qué cuidados necesitaba	25,7

Conclusiones: En pacientes con ER, IEXPAC identificó áreas de mejora en el cuidado de la salud, en especial aquellas relacionadas con acceso a información fiable y servicios, interacción con otros pacientes y continuidad de la atención sanitaria tras el alta. Una mayor puntuación IEXPAC (mejor experiencia) se asoció a ser visto

Tabla RC045

Tabla 2. Análisis multivariado. Variables asociadas a las puntuaciones de la experiencia IEXPAC. Coeficiente beta

Parámetro	Puntuación general de la experiencia		Interacciones productivas (Factor 1)		Nuevo modelo relacional (Factor 2)		Autocuidado del paciente (Factor 3)	
	Coef. beta	p	Coef. beta	p	Coef. beta	p	Coef. beta	p
Sexo (mujer vs. hombre)	-0,43 (0,28)	0,132	-0,65 (0,36)	0,073	-0,13 (0,30)	0,663	-0,46 (0,35)	0,189
Edad (por año de incremento)	0,00 (0,01)	0,715	0,01 (0,01)	0,682	-0,00 (0,01)	0,886	0,01 (0,01)	0,659
Nivel educativo alcanzado (universitario o superior)	-0,02 (0,19)	0,933	-0,28 (0,24)	0,251	0,32 (0,20)	0,112	-0,03 (0,23)	0,886
Seguimiento en una región diferente de la de origen (vs. la misma región)	0,62 (0,54)	0,252	0,09 (0,68)	0,896	1,11 (0,57)	0,053	0,78 (0,67)	0,243
Índice Barthel > 80	0,28 (0,37)	0,45	0,26 (0,47)	0,578	0,48 (0,39)	0,226	0,27 (0,46)	0,554
Número de especialistas visitados en el último año (por unidad de incremento)	-0,11 (0,06)	0,080	-0,14 (0,08)	0,082	-0,05 (0,07)	0,447	-0,12 (0,08)	0,122
Seguimiento por el mismo médico (vs. diferente)	0,84 (0,26)	0,001	1,17 (0,33)	<0,001	0,08 (0,27)	0,773	1,15 (0,32)	< 0,001
Seguimiento por parte de una enfermera (vs. no seguimiento por parte de una enfermera)	0,10 (0,29)	0,738	-0,08 (0,37)	0,822	0,43 (0,31)	0,167	-0,04 (0,36)	0,914
Tener ayuda de otros para el cuidado (vs. cuidarse uno solo)	0,30 (0,30)	0,308	0,09 (0,38)	0,809	0,42 (0,32)	0,189	0,49 (0,36)	0,178
Número de medicamentos diferentes (por unidad de incremento)	-0,03 (0,06)	0,580	-0,05 (0,07)	0,454	0,01 (0,06)	0,927	0,00 (0,07)	0,958
Ser tratado con medicamentos SC/IV (vs. no tratamiento SC/IV)	0,64 (0,27)	0,021	0,87 (0,35)	0,013	0,32 (0,29)	0,275	0,69 (0,33)	0,040

DE: coeficiente beta (desviación estándar). Los coeficientes positivos indican puntuaciones más altas en la experiencia IEXPAC (mejor experiencia). SC: subcutáneo; IV: intravenoso.

por un menor número de especialistas o ser seguido por el mismo médico y al tratamiento con medicamentos SC/IV, tal vez en relación con la atención más personalizada que reciben estos pacientes.

Agradecimientos: FINANCIADO por Merck Sharp & Dohme de España y avalado por 4 asociaciones de pacientes: ACCU; CONARTRITIS; SEISIDA; FEDE. Agradecemos a los pacientes participantes por proporcionar esta valiosa información al completar la encuesta.

RC046. INFLUENCIA DEL DAÑO RADIOGRÁFICO ESPINAL EN LOS VALORES DE DMO Y TBS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL

D. Palma Sánchez¹, M.J. Moreno¹, A. Haro¹, E. Peñas¹, M. Mayor¹, M. Moreno², L. Linares² y R. Reyes-García³

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

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

³Servicio de Endocrinología. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Introducción: La osteoporosis (OP) es la comorbilidad más frecuente en pacientes con espondiloartritis (EspA) tanto en fases precoces como avanzadas de la enfermedad, con una prevalencia global de OP, detectada mediante absorciometría con rayos X de doble energía (DXA), del 11,7 al 34,4%. Se han descrito diversos factores predisponentes de baja densidad mineral ósea (DMO), entre ellos el daño radiográfico. Sin embargo, la presencia de sindesmofitos puede dar valores falsamente elevados de DMO a nivel lumbar. El TBS es una medida indirecta de la calidad ósea, cuyos resultados no parecen estar enmascarados por los sindesmofitos. Por este motivo, el objetivo del estudio fue analizar la influencia del daño radiográfico a nivel espinal medido por mSASSS en los valores de DMO a nivel lumbar y cuello femoral y TBS en pacientes con Espondiloartritis axial (EspAax).

Métodos: Estudio transversal en el que se incluyeron pacientes con EspAax según los criterios ASAS. Se evaluó los valores de DMO a nivel lumbar y cuello femoral, TBS y el índice mSASSS cervical, lumbar y total. Se recogieron variables clínico-demográficas, relativas a la enfermedad y analíticas. Las variables cuantitativas se expresaron como media ± desviación típica (DT), mediana y las variables cualitativas como porcentajes. Para determinar la posible relación entre variables cuantitativas se calculó el coeficiente de correlación de Pearson (r). Para determinar la asociación entre variables cuantitativas y cualitativas se realizó el test no paramétrico U-Mann-Whitney.

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes con EspAx con una edad media de 49,48 ± 12,47 años y una duración de la enfermedad de 11,77 ± 10 años. El resto de las variables clínico-demográficas se muestran en la tabla. El valor medio de DMO lumbar y cuello femoral fue de 1,03 ± 0,18 y 0,80 ± 0,15 g/cm² respectivamente, y el

del TBS de 1,38 ± 0,13. El índice mSASSS total fue de 18,49 ± 19,84, mediana 10 (mSASSS cervical 8,39 ± 9,01, mediana 4,50 y mSASSS lumbar 10,68 ± 12,21, mediana 5). Encontramos una correlación significativa entre DMO lumbar y mSASSS lumbar (r = +0,261, p = 0,024) y total (r = +0,243, p = 0,041). No encontramos asociación significativa entre DMO en cuello femoral ni TBS y mSASSS. Se hizo un subanálisis incluyendo solo a pacientes con espondilitis anquilosante encontrando, de igual modo, solo correlación significativa entre DMO lumbar y mSASSS lumbar (r = +0,286, p = 0,033) y total (r = +0,283, p = 0,040).

Características socio demográficas y clínicas.

EspAax (N = 82)	
Sexo, n (%)	
Mujer	21 (25,6)
IMC, media (DT)	27,13 (4,42)
Fractura osteoporótica, n (%)	1 (1,2)
Menopausia, n (%)	16 (76,2)
Hábito tabáquico, n (%)	26 (47,3)
Hábito alcohólico, n (%)	3 (3,65)
Tratamiento corticoesteroideo, n (%)	0 (0)
BASDAI	4,06 (2,26)
ASDAS-PCR	2,58 (1,07)
Calcio (mg/dl), media (DT)	9,67 (0,33)
Fosforo (mg/dl), media (DT)	3,39 (0,42)
VSG (mm/h), media (DT)	9,02 (12,07)
PCR (mg/dl), media (DT)	1,08 (3,59)
25-OH vitamina D (ng/ml), media (DT)	23,58 (9,77)
PTH (pg/ml), media (DT)	37,64 (21,22)

RC047. TOFACITINIB EN EL TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDE: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO CON EXPERIENCIA EN VIDA REAL

L. Gómez-Lechón Quirós¹, C. Hidalgo Calleja¹, C. Íñiguez Zubiaga², R. López González³, A. Turrión Nieves¹, I. Cabezas Rodríguez⁴, O. Martínez González¹, M. Garijo Bufort⁵, P. Valdazo de Diego³, P. Moreno Fresneda⁵, C. Moriano Morales², G. Manzano Canabal¹, M.E. Acosta de la Vega¹, O. Compán Fernández¹, C. Montilla Morales¹ y J. Pino Montes¹

¹Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ²Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León. ³Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial de Zamora. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: Tofacitinib es una nueva pequeña molécula oral que inhibe selectivamente las Janus Kinasas 1 y 3, y en menor grado

la 2, interfiriendo en la vía de señalización JAK-STAT. Las JAKs sirven como mediadores en la actividad de transducción de señales iniciada por los receptores celulares para distintas citoquinas que juegan un papel importante en la activación y proliferación linfocitaria. Aunque ya fuera aprobado en otros países como EEUU en 2012, no ha sido hasta marzo de 2017 cuando ha sido aprobado por la agencia europea del medicamento (EMA) para el tratamiento de la AR moderada-grave refractaria a otros FAME en monoterapia o en combinación con metotrexato.

Objetivos: Proporcionar datos de uso del tofacitinib en pacientes con AR en situaciones de vida real.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, retrospectivo y descriptivo, de 40 pacientes con AR (ACR/EULAR 2010) tratados con tofacitinib desde enero hasta diciembre de 2018 con un seguimiento mínimo de 3 meses de tratamiento, con seguimiento a 6 meses en 19 de ellos. Se recogieron variables demográficas y clínicas de la enfermedad. La actividad de la enfermedad fue medida en forma de DAS28-VSG y además también se incluyeron comorbilidades, otros tratamientos concomitantes y se reportaron datos sobre efectos adversos e infecciones durante el tratamiento (tabla).

Resultados: Se recogen de forma más detallada en la tabla las características basales de los pacientes. Respecto a la actividad de la enfermedad, el DAS28 al inicio del tratamiento fue de $4,88 \pm 0,94$, con VSG $27,33 \pm 17,67$, PCR $2,05 \pm 2,03$ mg/dl, NAD $6,4 \pm 4,45$, NAT $5,9 \pm 3,74$. Tras 3 meses de tratamiento, observamos una mejoría clínicamente significativa (1,74) con un DAS28 3M $3,14 \pm 1,03$, con VSG $18,10 \pm 16,78$, PCR $1,16 \pm 1,12$, NAD $2,1 \pm 2,19$, NAT $1,88 \pm 2,1$. De los 19 pacientes que se dispone seguimiento a 6 meses, el DAS28 mostró una reducción poco significativa con $3,08 \pm 1,08$, VSG $16,78 \pm 17,67$, PCR $1,19 \pm 1,08$, NAD $2,5 \pm 3,67$, NAT $2,06 \pm 2,89$. En términos de control de actividad, 11 (27,5%) de los pacientes se encontraban en remisión a los 3 meses de tratamiento, 9 (22,5%) mostraban actividad baja y 20 (50%) todavía presentaban actividad moderada-grave. De los 19 pacientes con seguimiento a 6 meses, 9 (47,4%) se encontraban en remisión, 8 (42,1%) en baja actividad y los 2 restantes en actividad moderada. Durante la exposición al fármaco se han registrado escasos efectos adversos, ninguno de ellos obligó a suspender el tratamiento: 2 infección respiratorias, 1 odontogena y 1 por herpes zóster (monometamérica, sin afectación visceral en paciente no vacunado) y 1 paciente mostró una erupción cutánea y otro cefalea. No se registraron casos de infecciones graves, infecciones oportunistas, citopenias o elevación de CPK. Tres pacientes discontinuaron el tratamiento debido a ineficacia.

Características basales	
Características demográficas	
Edad	57,7 (13,13)
Sexo	
Varón	11/40 (27,5%)
Mujer	29/40 (72,5%)
Fumador	13/40 (32,5%)
Características de la enfermedad	
Tiempo de evolución	16,7 (9,54)
ACPA +	30/40 (75%)
FR +	35/40 (87,5%)
Erosiva	25/40 (62,5%)
DAS28i	4,88 (0,94)
NADi	6,4 (4,45)
NATi	5,9 (3,74)
VSGi	27,33 (17,67)
PCRi	2,05 (2,03)
Comorbilidad	
HTA	12/40 (30%)
DL	13/40 (32,5%)
DM	6/40 (15%)
Hipotiroidismo	4/40 (10%)
Osteoporosis	8/40 (20%)
Tratamiento	
Metotrexato	35/40 (87,5%)
anti-TNF	36/40 (90%)
Monoterapia	8/40 (20%)
FAMEb previos 1	12/40 (30%)
FAMEb previos 2-3	18/40 (45%)
FAMEb previos > 3	10/40 (25%)

Conclusiones: Los pacientes de nuestra cohorte en tratamiento con tofacitinib presentan una eficacia clínica significativa. Los resultados se producen pese a incluir pacientes con factores de peor pronóstico que los incluidos en los ensayos clínicos, con mayor tiempo de evolución de la enfermedad y habiendo recibido la mayoría de ellos 2 o más FAME biológicos previamente. El uso de tofacitinib

en nuestra cohorte muestra una eficacia y seguridad comparables con los estudios realizados con mayor tiempo de seguimiento en pacientes con AR tras fallo FAME sintético o biológico.

RC048. ESTUDIO DE CORRELACIÓN Y CONCORDANCIA ENTRE ÍNDICES DE ACTIVIDAD EN LA ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO TARDÍO

M. Martínez-Morillo¹, A. Sanvisens², Á. Prior Español¹, A. Brandy-García¹, S. Holgado Pérez¹, M. Aparicio Espinar¹, L. Gifré¹, A. Riveros-Frutos¹, C. Sangüesa Gómez¹, J. Camins-Fàbregas¹, I. Casafont-Solé¹, A. Nack¹, A. Olivé¹ y L. Mateo Soria¹

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

Introducción: La artritis reumatoide (AR) de inicio tardío (por encima de los 60 años) tiene diversas peculiaridades. Un dato no aclarado es qué índice de actividad debemos usar en esta franja de edad. El uso de la VSG en el DAS28 está ampliamente extendido, pero es bien conocido que la VSG puede aumentar con la edad, sobreestimando actividad. DAS28-PCR o SDAI, que usan PCR, o CDAI que no usa datos analíticos, podrían ser alternativas más adecuadas. **Objetivos:** Describir la evolución temporal de los índices de actividad en AR de inicio tardío y analizar la correlación y concordancia entre ellos. **Métodos:** Estudio observacional longitudinal en pacientes con AR de inicio tardío de nuevo diagnóstico (criterios ACR/EULAR 2010). Se realizaron visitas de estudio basalmente (pretratamiento), al mes y los 3, 6 y 12 meses. Se calculó DAS28 VSG, DAS28 PCR, SDAI y CDAI en cada una de las visitas, y remisión ACR/EULAR a los 12 meses. Todas las visitas y exploraciones fueron realizadas por el mismo reumatólogo. La correlación se analizó mediante el índice de correlación de Spearman o Pearson (p valor $\leq 0,001$). La concordancia se evaluó con el índice kappa. El estudio estadístico se realizó con Stata 15,1.

Tabla 1

	N = 45
Datos epidemiológicos	
Mujeres n (%)	21 (46,7)
Edad (media \pm σ)	74,8 \pm 7,5
Síntomas n (%)	
Pérdida de peso superior al 5%	16 (35,6)
Astenia	31 (68,9)
Rigidez matutina > 1 hora	43 (95,6)
Cintura escapular	34 (75,6)
Cintura pélvica	20 (44,4)
Articulaciones periféricas	45 (100)
Edema	21 (46,7)
Pequeñas articulaciones de las manos	42 (93,3)
Datos analíticos y radiológicos n (%)	
FR positivo	15 (33,3)
ACPA positivo	13 (28,9)
FR y ACPA positivo	10 (22,2)
Erosiones óseas en radiografía	4 (8,8)
Tratamientos recibidos n (%)	
Glucocorticoides	43 (95,5)
FAME	40 (91,1)

Resultados: Se reclutaron 45 pacientes con AR de inicio tardío. En las tablas se resumen las características clínico-analíticas de los pacientes, y la evolución de los diversos índices. Todos los índices tenían una muy buena correlación lineal tanto basal como en el seguimiento (índices de correlación: 0,83-0,98). Entre DAS28-VSG y DAS28-PCR se observó una concordancia moderada desde la visita basal ($k = 0,43-0,52$; $p < 0,001$), que resultó baja a los 12 meses ($k = 0,32$; $p < 0,001$). Analizando DAS28-VSG y SDAI se observó una concordancia del 100% en la visita basal ($k = 1$; $p < 0,001$), pero empeoró durante el seguimiento siendo moderada ($k = 0,40-0,56$; $p < 0,001$). Comparando DAS28-VSG y CDAI se observó una concordancia muy buena en la visita basal ($k = 0,88$; $p < 0,001$), que empeoró a buena/moderada

Tabla RC48

Tabla 2

	Basal (N = 45)	1 mes (N = 45)	3 meses (N = 44)	6 meses (N = 44)	12 meses (N = 44)	% remisión 12 meses (N = 44)
DAS28-VSG (media ± σ)	6,3 ± 1,0	2,9 ± 1,7	3,0 ± 1,4	2,8 ± 1,3	3,1 ± 1,3	40,9
DAS28-PCR (media ± σ)	5,7 ± 1,0	2,5 ± 1,4	2,4 ± 1,3	2,2 ± 1,1	2,5 ± 1,0	70,4
SDAI (media ± σ)	41,0 ± 13,8	9,3 ± 11,1	7,9 ± 10,7	6,9 ± 8,7	7,5 ± 8,0	31,8
CDAI (media ± σ)	36,9 ± 11,6	8,7 ± 10,4	7,4 ± 10,5	6,4 ± 8,5	6,8 ± 7,9	31,8
ACR/EULAR remisión						18,2

durante el seguimiento ($k = 0,40-0,63$; $p < 0,001$). Entre DAS28-PCR y SDAI se observó una concordancia moderada hasta los 6 meses ($k = 0,43-0,57$; $p < 0,001$), que empeoró a baja a los 12 meses ($k = 0,32$; $p < 0,001$). Entre DAS28-PCR y CDAI su concordancia fue baja-moderada ($k = 0,26-0,48$; $p < 0,001$), siendo el peor dato el de la última visita. Entre SDAI y CDAI la concordancia fue muy buena durante todo el seguimiento ($k = 0,86-0,93$; $p < 0,001$). El índice ACR/EULAR tuvo una concordancia muy baja con DAS28-PCR ($k = 0,17$; $p < 0,001$), moderada DAS28-VSG ($k = 0,49$; $p < 0,001$), y sin embargo, con SDAI y CDAI, los resultados son buenos ($k = 0,64$; $p < 0,001$).

Conclusiones: Destacan los elevados índices de actividad al inicio de la enfermedad y su rápida mejoría tras el primer mes de tratamiento. La correlación entre los diversos índices fue buena. Sin embargo, la concordancia entre todos los índices disminuye a medida que pasa el tiempo, coincidiendo con un mayor porcentaje de pacientes en remisión o baja actividad. Esta concordancia baja-moderada se demuestra incluso entre DAS28-PCR y DAS28-VSG, y cuando estos se comparan con CDAI y SDAI. Los únicos que mantienen una buena concordancia entre ellos son CDAI y SDAI, incluso cuando el número de pacientes en remisión o baja actividad aumenta. ACR/EULAR solo mantiene una concordancia aceptable con los índices más exigentes SDAI y CDAI, sin embargo, con DAS28, especialmente si se realiza con PCR, la concordancia es muy baja.

RC049. METANÁLISIS EN RED PARA EVALUAR LA EFICACIA DE BARICITINIB Y OTROS TRATAMIENTOS PARA LA ARTRITIS REUMATOIDE EN PACIENTES CON RESPUESTA INADECUADA A METOTREXATO

J. Inciarte Mundo¹, J.S. Smolen², P. Emery³, J. Dudler⁴, C. Zerbini⁵, W. Fakhouri⁶, C. Nicolay⁷, I. de la Torre⁸ y G. Burmester⁹

¹Eli Lilly España. Madrid. ²Medical University of Vienna. Vienna (Austria). ³Leeds Institute of Rheumatic and Musculoskeletal Medicine. University of Leeds. Leeds (Reino Unido). ⁴HFR Fribourg Hospital cantonal. Fribourg (Suiza). ⁵Centro Paulista de Investiga Sao Paulo Clinica. Sao Paulo (Brasil). ⁶Eli Lilly and Company. Windlesham. Surrey (Reino Unido). ⁷Eli Lilly and Company. Lilly Deutschland GmbH. Bad Homburg (Alemania). ⁸Eli Lilly and Company. Indianapolis, IN (EEUU). ⁹Department of Rheumatology and Clinical Immunology. Charité-University Medicine Berlin. Berlin (Alemania).

Objetivos: Evaluación de la eficacia comparada de baricitinib (BARI) 4 mg (MTX de fondo) (inhibidor de JAK 1/2, oral) y otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos dirigidos/biológicos en pacientes con artritis reumatoide (AR) de moderada a grave y respuesta inadecuada a metotrexato (RI-MTX).

Métodos: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura (RSL) de los ensayos controlados aleatorizados (ECAs-Fase III) con intervenciones de interés (de 1999 a 2017) en Medline, Medline In-Process, Embase, Biosciences Information Service, The Cochrane Library y registros de ensayos clínicos. Se realizaron metanálisis en red (MARs) de los ECAs que recogían la respuesta según el American College of Rheumatology (ACR), usando comparaciones de tratamientos mixtos bayesianas. Se presentan los resultados principales a las 24 semanas (± 4) (modelos de efectos fijos simultáneos).

Resultados: 24 ensayos cumplieron los criterios de inclusión de la RSL. Usando los resultados del ensayo RA-BEAM de BARI, los aná-

lisis de los ACR20 mostraron que BARI 4 mg (MTX de fondo) era más eficaz que adalimumab (ADA) 40 mg (C2S) (Odds Ratio 1,33; intervalo de credibilidad del 95% 1,01-1,75), abatacept (ABA) 10 mg (IV/C4S) (OR 1,47; IC95% 1,02-2,13), infliximab (IFX) 3 mg (IV/C8S) (OR 1,61; IC95% 1,12-2,27). Aunque no se observaron diferencias entre los ACR50, para el ACR70, BARI 4 mg (MTX de fondo) resultó ser más eficaz que ADA 40 mg (OR 1,39; IC95% 1,02-1,89), ABA 10 mg (OR 1,85; IC95% 1,09-3,23) y rituximab (RTX) 1000 mg (OR 2,38; IC95% 1,10-5,00) y 2000 mg (OR 2,44; IC95% 1,04-5,56). BARI 4 mg (MTX de fondo) presentó mejores resultados frente a etanercept en monoterapia (50 mg/semana o 25 mg/dos veces a la semana) (OR 2,27; IC95% 1,04-5,26) para ACR20 y frente a RTX 1.000 mg en monoterapia para ACR20/ACR70 (OR 1,82; IC95% 1,02-3,13)/(OR 2,70; ICr 95% 1,04-7,14) respectivamente. Los análisis de sensibilidad, que incluyeron 10 ensayos adicionales con hasta un 20% de pacientes tratados previamente con biológicos, permitieron la comparación frente a tofacitinib (TOFA), demostrando que BARI 4 mg (MTX de fondo) es más eficaz que TOFA 5 mg (2 veces al día) en monoterapia respecto al ACR20 (OR 1,92; IC95% 1,32-2,86).

Conclusiones: Los análisis comparativos corroboran que BARI es una opción terapéutica eficaz para pacientes con AR de moderada a grave y respuesta inadecuada a MTX.

Reutilizado con el permiso de la Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados (ISPOR). Este resumen fue aceptado y presentado previamente en ISPOR Europe 2018, en Barcelona, España. Todos los derechos reservados.

RC050. COEXISTENCIA DE ARTRITIS REUMATOIDE Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (ANÁLISIS DE 73 CASOS)

B.J. Flores Robles¹, V. Pinillos-Aransay¹, E. Labrador-Sánchez¹, J.M. Lázaro-Guevara², A. Elena-Ibáñez, E. Ramalle-Gómara³, L. Merino-Meléndez¹ y J.A. López-Martínez¹

¹Servicio de Reumatología Hospital San Pedro. Logroño. ²Departamento de Genética Humana. Universidad de Utah Salt Lake City (EEUU).

³Centro de Investigación Biomédica de La Rioja. Logroño.

Introducción: La coexistencia de artritis reumatoide (AR) y espondilitis anquilosante (EspA) en el mismo paciente es un fenómeno extremadamente raro. Tanto la espondilitis anquilosante como la artritis reumatoide son entidades comunes en el ámbito de las enfermedades reumáticas con un alto impacto en la calidad de vida del paciente y en la morbimortalidad. No se sabe exactamente la posibilidad de la coexistencia de ambas enfermedades en la misma persona sin embargo, con los datos publicados hasta el día de hoy se estima que oscila en torno a 1 en 500.000 hasta 1 en 2.000.000.

Métodos: Se describen las características epidemiológicas, clínicas y de estudios (radiográficos/laboratorio) de 73 pacientes con diagnóstico concomitante de AR y EspA. Se incluye 71 pacientes detectados en la literatura (32 artículos) y 2 casos propios (CI firmado). Las plataformas utilizadas para la búsqueda utilizando los términos AR y EspA (coexistencia/concomitancia/concurrencia) fueron Pubmed, Medline, Embase, Scopus, librerías virtuales hospitalarias, revistas no indexadas y una búsqueda manual secundaria. Se tomaron en cuenta todos los artículos, independientemente del idioma en que estuvieran escritos, realizando las traducciones pertinentes.

Tablas RC050

Tabla 1. Características clínicas y epidemiológicas

	n = 73 (porcentaje)	Observaciones
Sexo masculino	55 (75,3%)	
Media de edad de los casos (años)	53,5	DT (15,0)
Media de edad de inicio (años)	33,7	DT (14)
Primer enfermedad diagnosticada		6 casos no especificados
Artritis reumatoide	32/67 (47,8%)	
Espondilitis anquilosante	35/67 (52,2%)	
Media de duración de la enfermedad (años)	19,0	DT (13,3)
Primer síntoma		4 casos no especificado, 1 caso mialgias
Dolor lumbar	34/68 (50,0%)	
Artritis	32/68 (46,6%)	
Uveítis	2/68 (2,98%)	
Nódulos reumatoides	37/65 (56,9%)	8 casos no especificados
Dolor lumbar inflamatorio	59/69 (85,5%)	4 casos no especificados
Uveítis	11/73 (15,1%)	
Afectación extrartricular (exceptuando uveítis)	16/73 (21,2%)	1 caso de enfermedad de Hashimoto, 1 caso de queratoconjuntivitis seca
Síndrome de Felty	4/72 (5,55%)	
Artritis reactiva (Reiter)	3/72 (4,16%)	
Síndrome de Sjögren	2/72 (2,77%)	
Vasculitis	2/72 (2,77%)	
Nefropatía membranosa	2/72 (2,77%)	
Dermatomiositis	1/72 (1,39%)	
Enfermedad pulmonar intersticial	1/72 (1,39%)	

Tabla 2. Características radiológicas, de laboratorio y tratamiento

	n = 72 (porcentaje)	Observaciones
Sindesmofitos (radiografía/RM/TAC)	39/51 (76,5%)	22 casos no especificados
Erosiones radiográficas (manos y/o pies)	62/70 (88,6%)	3 casos no especificados
Sacroileítis radiológica	72/73 (98,6%)	
FR positivo	65/72 (90,3%)	1 caso no especificado
Anti-CCP positivos	9/11 (81,8%)	
HLA B 27 positivo	54/60 (89,8%)	
Tratamiento		33 casos no especificados
AINEs	19/39 (48,7%)	
Corticoides	34/40 (85,0%)	
Sales de oro	12/39 (30,6%)	Ultimo caso tratado en 1995
Hidroxicloroquina	6/39 (15,3%)	Primer caso tratado en 1972
Sulfasalazina	6/39 (15,3%)	Primer caso en 1993
Metotrexato	8/40 (20,0%)	
Leflunomida	1/39 (2,6%)	
Anti TNF-alfa	2/39 (5,2%)	
Otros (D-penicilamina, rituximab, azatioprina)	5/39 (12,8%)	

Tabla 3. Revisión de la literatura de los casos publicados de la coexistencia de artritis reumatoide y espondilitis anquilosante

Fuente	No	Sexo	Edad (años)	1er sint	Edad I (años)	1ra enf	Duración (años)	Nódulos	FR	CCP	HLA B27	VSG	PCR	Dol I	Sacil rx	Sindesm	Eros	Uvei	Afect ext
Wilkinson 1958	1	M	55	Artritis	22	AR	33	+	+	NA	NA	NS	NA	+	+	NS	+	+	0
Martel 1961	2	M	47	Artritis	18	AR	29	0	+	NA	NA	NS	NA	+	+	0	+	0	0
	3	F	32	Artritis	30	AR	2	+	+	NA	NA	NS	NA	+	+	+	+	0	0
	4	F	27	Artritis	15	AR	12	+	+	NA	NA	NS	NA	0	+	+	+	0	0
	5	F	42	Artritis	24	AR	18	+	+	NA	NA	NS	NA	0	+	NS	+	0	+
	6	M	52	Artritis	21	AR	31	+	+	NA	NA	NS	NA	0	+	+	+	0	+
	7	M	37	Artritis	29	AR	8	0	0	NA	NA	NS	NA	+	+	NS	+	+	+
	8	M	54	Artritis	43	AR	9	+	+	NA	NA	NS	NA	+	0	NS	+	0	0
London 1964	9	M	26	Artritis	14	AR	12	+	NS	NA	NA	NS	NA	+	+	NS	NS	0	0
Rosenthal 1968	10	M	73	Uveítis	22	Esp	51	+	+	NA	NA	NS	NA	+	+	+	NS	+	+
Husskisson 1970	11	M	80	Dolor I	25	Esp	55	+	+	NA	NA	NS	NS	+	+	+	+	+	0
Valkenburgh 1972	12	F	45	Artritis	36	AR	9	+	+	NA	NA	30	NA	+	+	NS	+	+	+
Luthrah 1976	13	M	59	Dolor I	34	Esp	25	+	+	NA	+	94	NA	+	+	+	+	0	0
	14	M	65	Dolor I	48	Esp	17	+	+	NA	+	75	NA	+	+	+	+	0	0
Rotés Querol 1976	15	M	40	Dolor I	18	Esp	22	0	0	NA	+	110	NA	+	+	0	0	0	0
	16	F	46	Dolor I	27	Esp	19	0	+	NA	+	86	NA	+	+	0	+	0	0
	17	M	51	Dolor I	25	Esp	26	+	0	NA	+	NS	NA	+	+	+	0	0	0
	18	M	50	Dolor I	42	Esp	8	0	0	NA	+	NS	NA	+	+	+	0	0	0
	19	M	53	Dolor I	41	Esp	12	+	+	NA	+	81	NA	+	+	+	+	0	0
	20	M	17	Dolor I	15	Esp	2	0	+	NA	+	NS	NA	0	+	0	+	0	0
	21	M	28	Dolor I	15	Esp	13	0	0	NA	+	NS	NA	+	+	0	0	0	0
Fallet 1976	22	M	64	Dolor I	30	Esp	34	+	+	NA	+	72	NA	+	+	+	+	0	0
	23	M	68	Artritis	29	AR	39	0	+	NA	+	107	NA	NS	+	NS	+	+	0
	24	F	68	Artritis	65	AR	3	+	+	NA	+	55	NA	0	+	NS	0	0	0
	25	M	54	Artritis	40	AR	14	+	+	NA	+	57	NA	+	+	NS	+	0	0
	26	M	67	Artritis	57	AR	10	0	+	NA	0	93	NA	+	+	+	+	0	0
	27	F	75	Artritis	63	AR	12	0	+	NA	+	50	NA	+	+	+	+	0	0
	28	F	58	Uveítis	42	AR	16	0	+	NA	+	71	NA	0	+	NS	+	+	0
	29	M	68	Dolor SI	29	Esp	39	0	+	NA	+	14	NA	+	+	NS	+	0	0
	30	M	44	Mialgia	36	Esp	8	+	+	NA	+	62	NA	+	+	NS	+	0	0
Good 1977	31	M	NS	Dolor I	29	Esp	NS	0	+	NA	+	NS	NA	+	+	+	+	0	0
	32	M	NS	Dolor I	20	Esp	NS	0	+	NA	+	NS	NA	+	+	+	+	0	0
	33	M	NS	Dolor I	34	Esp	NS	0	+	NA	+	NS	NA	+	+	0	+	0	0
Clayman 1978	34	M	48	Dolor I	21	Esp	27	+	+	NA	+	114	NA	+	+	+	0	0	0
Espinoza 1979	35	M	53	Dolor I	47	Esp	6	+	+	NA	+	NS	NA	+	+	NS	+	0	0
Majoor 1979	36	M	64	Dolor I	28	Esp	36	+	+	NA	+	NS	NA	+	+	+	+	0	0
	37	M	61	Dolor I	NS	Esp	NS	0	+	NA	+	NS	NA	+	+	+	+	0	0
Lemmer 1981	38	M	51	Dolor I	26	Esp	25	+	+	NA	+	NS	NA	+	+	+	+	0	+
Alexander 1981	39	M	55	Artritis	32	AR	23	+	+	NA	+	NS	NA	+	+	NS	+	0	+
	40	M	61	Artritis	54	AR	7	+	+	NA	+	NS	NA	0	+	+	+	0	+
	41	M	NS	NS	NS	NS	NS	+	+	NA	0	NS	NA	NS	+	NS	0	0	0
	42	M	NS	NS	NS	NS	NS	+	+	NA	0	NS	NA	NS	+	NS	+	0	0
	43	M	NS	NS	NS	NS	NS	+	+	NA	+	NS	NA	NS	+	NS	+	0	0

(Continúa)

Tabla 3 (cont.)

Fuente	No	Sexo	Edad (años)	1er sint	Edad I (años)	1ra enf	Duración (años)	Nódulos	FR	CCP	HLA B27	VSG	PCR	Dol I	Sacil rx	Sindesm	Eros	Uvei	Afect ext
Lavery 1982	44	M	60	Dolor l	18	Esp	42	+	+	NA	+	115	NA	+	+	NS	+	+	+
Alarcón S 1985	45	M	70	Dolor l	NS	NS	NS	+	+	NA	+	38	NA	+	+	+	+	0	0
Serrano-C 1985	46	M	35	NS	22	AR	13	NS	+	NA	+	NS	NA	+	+	NS	NS	0	+
Fallet 1987	47	M	52	Artritis	25	AR	27	0	+	NA	+	NS	NA	+	+	+	+	+	+
	48	M	60	Dolor l	48	Esp	12	+	+	NA	+	NS	NA	+	+	+	+	0	0
	49	M	61	Artritis	40	NS	11	0	+	NA	+	NS	NA	0	+	0	+	0	0
	50	M	56	Dolor l	22	Esp	34	0	+	NA	+	NS	NA	+	+	+	+	+	+
	51	M	66	Artritis	61	AR	5	+	+	NA	+	NS	NA	+	+	0	+	0	0
	52	M	71	Dolor l	21	Esp	50	+	+	NA	+	NS	NA	+	+	+	+	0	0
	53	M	49	Artritis	35	AR	14	0	+	NA	+	NS	NA	+	+	0	+	0	0
	54	F	83	Artritis	69	AR	14	0	+	NA	+	NS	NA	+	+	+	+	0	0
Helgott 1988	55	M	77	Dolor l	39	Esp	38	+	+	NA	+	96	NA	+	+	+	+	0	0
Sattar 1988	56	M	35	Dolor l	25	Esp	10	0	+	NA	0	53	NA	+	+	+	+	+	+
Martínez-C 1992	57	M	38	Artritis	28	AR	10	NS	+	NA	+	27	NA	+	+	+	+	0	0
Ferreiro-S 1993	58	M	44	Dolor l	43	Esp	13	+	+	NA	+	105	NA	+	+	NS	+	0	+
Toussiro 1995	59	M	48	Artritis	22	AR	26	+	+	NA	0	108	NA	0	+	0	+	0	0
	60	M	77	Artritis	35	AR	42	0	+	NA	0	45	NA	+	+	+	+	0	0
	61	F	27	Artritis	19	AR	8	0	+	NA	+	NS	NA	+	+	0	+	0	0
Genc 2003	62	F	62	Artritis	52	AR	10	NS	0	NA	+	77	95	+	+	+	+	0	+
Guo 2011	63	F	30	Dolor l	23	Esp	7	0	+	+	+	28	8	+	+	NS	+	0	0
Baksay 2011	64	F	57	Dolor l	25	Esp	32	NS	+	+	+	77	75	+	+	+	+	0	0
Feijo Azevedo 2011	65	F	65	Dolor l	64	Esp	1	0	+	+	+	111	90	+	+	+	+	0	0
Aghdashi 2014	66	F	70	Artritis	58	AR	12	NS	+	+	+	85	NS	0	+	+	+	0	0
Dundar 2014	67	M	63	Dolor l	51	AR	12	NS	+	+	NS	66	80	Si	+	NS	+	0	0
Barczynska 2016	68	F	55	Artritis	35	AR	20	+	+	+	+	NS	NS	+	+	+	+	0	0
	69	M	56	Dolor l	34	Esp	22	NS	+	0	+	NS	NS	+	+	+	+	0	0
	70	M	65	NS	NS	NS	NS	NS	+	0	+	NS	NS	+	+	+	+	0	0
Baccouche 2016	71	F	21	Dolor l	20	Esp	1	0	+	+	+	28	8	+	+	+	+	0	0
Flores-Robles 2018	72	M	55	Dolor l	41	Esp	14	+	+	+	+	71	63	+	+	+	0	0	0
	73	F	41	Artritis	35	NS	6	0	+	+	+	11	1	+	+	-	0	0	0
Total	73	M 56	m: 53	Dol l: 34	m: 33,7	Esp 35	m: 19	Si 37/65	Si 65/72	Pos 9/11	Pos 54/60	m 70	m 52	Si 59/69	Si 72/73	Si 39/51	Si 61/70	Si 11/73	Si 16/73

Resultados: Del total de casos registrados, 55 pacientes fueron hombres (75,3%), con una media de edad de 54 años, y una media de edad de inicio de la enfermedad a los 33,7 años (DT 14,0). La espondilitis anquilosante fue la primera de las dos enfermedades diagnosticadas en el 52,2% de los casos (35/67). La duración media de la enfermedad (AR o EspA) hasta el momento del diagnóstico de ambas fue de 19 años. El primer síntoma de aparición fue el dolor lumbar en el 50% de los casos (34/68), seguido de artritis en el 46% de los casos (32/68), 56% de los pacientes (36/64) presentaban nódulos reumatoides y el 85% de los pacientes había presentado dolor lumbar en algún momento de su valoración. En el 15% de los pacientes (11/73) se documentó la presencia de uveítis (en algunos artículos antiguos se acotaba el término de iritis) (tabla 1). En cuanto a los hallazgos en los estudios de imagen realizados, hasta el 78% de los pacientes presentaban sindesmofitos en la columna (ya sea en radiografía simple El 88% (62/70) presentó erosiones en radiografía de manos y/o pies, la sacroileítis radiológica se presentó en casi en la totalidad de los pacientes 72/73. El FR fue positivo en el 90%, en 9 de los 11 pacientes en los que se realizó anti-CCP fueron positivos, y, adicionalmente casi el 90% de los casos fueron HLA B-27 positivo (tablas 2 y 3).

Conclusiones: La coexistencia de AR y EspA es altamente infrecuente. Con los datos obtenidos parece existir una agresividad mayor en la evolución, ya que, en su mayoría presentan un patrón radiológico erosivo, positividad para FR, afectación del esqueleto axial y presencia de nódulos reumatoides en una frecuencia mayor a la que ocurre en pacientes con diagnóstico aislado de cualquiera de las dos entidades. En aquellos pacientes jóvenes con diagnóstico de AR, que presenten manifestaciones extrarticulares (como lo es la uveítis), con alta carga de afectación entesítica y datos de actividad clínica en esqueleto axial deberíamos de sospechar la coexistencia de espondilitis anquilosante, y ampliar el estudio (fundamentalmente HLA B-27 y radiografías de columna dorsolumbar, articulaciones sacroilíacas y en los casos que proceda RM) para su correcto diagnóstico y tratamiento oportuno.

RC051. MANIFESTACIONES EXTRARTICULARES EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

A. Nack, A. Brandy-García, Á. Prior Español, S. Holgado Pérez, M. Aparicio Espinar, L. Gifré, A. Riveros-Frutos, C. Sangüesa Gómez, J. Camins-Fàbregas, I. Casafont-Solé, A. Olivé, M. Martínez-Morillo y L. Mateo Soria

Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: Las manifestaciones extrarticulares (MEA) en la artritis reumatoide (AR) son más prevalentes en pacientes con enfermedad seropositiva, nodular y de mayor tiempo de evolución. Se estima que entorno al 40% de los pacientes con AR acaban desarrollando MEA, aunque con la actual estrategia “treat to target” ha disminuido su incidencia.

Objetivos y métodos: Estudio descriptivo transversal retrospectivo de pacientes con diagnóstico de AR entre los años 2000 y 2018 y que se hallan en tratamiento biológico activo en la actualidad. Se recogen factores de riesgo cardiovascular, características basales de la AR y MEA durante su evolución. Se realiza análisis estadístico con el SPSS 24.

Resultados: Muestra de 108 pacientes, 81,5% mujeres, con media de edad de inicio de la AR de 50 años ± 15 (rango 17-82). El FR fue positivo en el 84,3% y los ACPA en el 81,3%. El 35,2% presentaban erosiones en manos o pies al diagnóstico. El tratamiento de inicio de elección fue el metotrexato (82,4%) y el 44,4% recibieron otros FAME: leflunomida (32,3%), hidroxiclороquina (16,2%) y otros (9,1%). El DAS28VSG al diagnóstico fue de 4,15 ± 1,18 (1,89-6,02) y al inicio del primer fármaco biológico fue de 5,02 ± 1,16. El primer biológico de elección fue el etarnecept (40,7%), seguido del adalimumab (17,6%), abatacept (15,7%), rituximab (7,4%), tocilizumab (7,4%) e infliximab (4,6%). El 57,4% suspendieron el primer biológico: por fallo secundario (58,1%) o por efectos adversos (20,6%). El 65,7% (71 pacientes) desarrollaron alguna MEA durante el transcurso de la enfermedad

y el 14,8% aparecieron en el primer año, siendo las más frecuentes el Sjögren secundario (37,5%), los nódulos reumatoides (18,7%), la EPID (18,7%) y la osteoporosis (18,7%). El 33,3% presentaban 2 o más MEA. Al inicio del tratamiento biológico el 56,3% (54 pacientes) no presentaban MEA; de estos el 29,6% (21 pacientes) acabaron desarrollando una MEA en una media de 1 año \pm 3. La primera en aparecer tras el inicio del tratamiento biológico es la afectación pulmonar seguida de la anemia (ambas en menos de 1 año de media). Las MEA más frecuentes fueron: la osteoporosis (28,7%, media de aparición: 5 años desde el diagnóstico); el síndrome de Sjögren secundario (27,8%, con una media de 6 años); la anemia de tipo normocítica normocrómica (21,3%, con una media de 8 años); la afectación pulmonar (17,6%, con una media de 4 años) que se presentó como EPID (63,3%), NINE (25%), NIU (8,3%), nódulos pulmonares (8,3%). No se registraron casos de hipertensión pulmonar. Otras MEA observadas fueron: afectación cutánea en forma de nódulos reumatoides (15,7%, media 5 años); afectación oftalmológica (6,5%, media 18 años) (PUK 2,8%, uveítis 1,9%, escleritis 0,9%, episcleritis 0,9%); amiloidosis (3,7%, media 16 años) y vasculitis (2,4%, media 14 años).

Conclusiones: El 76,6% presentan alguna MEA, porcentaje más alto que el presentado en la bibliografía. Una tercera parte presentan 2 o más MEA. El 14,8% desarrollan la primera MEA durante el primer año de evolución de la AR y el 30% en los primeros 5 años. Las más frecuentes son la osteoporosis y el síndrome de Sjögren, coincidiendo con lo presentado en la literatura. La afectación pulmonar es la que más rápido aparece durante la evolución de la AR con una media de 4 años.

RC052. RELACIÓN ENTRE LA OPTIMIZACIÓN DE DOSIS DE LA TERAPIA BIOLÓGICA Y LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

C. Fuego Varela, N. Mena-Vázquez, S. Manrique-Arija, M. Rojas-Giménez, R. Caparrós-Ruiz y A. Fernández-Nebro

UGC de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Hospital Regional Universitario de Málaga. Universidad de Málaga.

Objetivos: Evaluar la relación entre el tiempo de la enfermedad hasta el inicio del fármaco biológico y el mantenimiento de la optimización de dosis en pacientes con AR.

Métodos: Diseño: estudio observacional retrospectivo. Pacientes: pacientes con AR en reducción de dosis de terapia biológica subcutánea entre 2013-2018 Criterios de inclusión: AR (ACR) que han iniciado tratamiento con fármacos biológicos subcutáneos. Criterios de exclusión: ninguno. Protocolo: los pacientes con FAMEb subcutáneos usualmente son seguidos prospectivamente en una consulta de terapia biológica subcutánea cada 6 meses siguiendo un cuestionario preestablecido. El día de reducción de dosis se marcará como la visita basal (v0). Variables de interés: Reducción mantenida: pacientes que mantuvieron la reducción de dosis desde el inicio de la optimización hasta la fecha índice (fecha de recogida de datos). Fracaso de la reducción: pacientes que tras iniciar reducción de dosis volvieron a dosis previa o habitual. Otras variables: demográficas, tiempo de evolución de la enfermedad hasta inicio del FAMEb, clínico-analíticas: número de articulaciones dolorosas (NAD), número de articulaciones inflamadas (NAI), PCR, VSG, índices de actividad de la enfermedad: DAS28 y función física (HAQ). Tratamiento: uso de concomitante de FAEMEsc y tratamiento previo con FAMEb. Causas de la reducción de dosis (Remisión o BAE, efectos adverso, otras), tiempo en reducción. Análisis estadístico: Análisis descriptivo, análisis bivalente mediante χ^2 y t-Student, análisis multivariante (VD: recaída optimización).

Resultados: Las principales características de los 51 pacientes con AR en optimización de terapia biológica subcutánea durante el

periodo de 2013 a 2018 e muestran en la tabla. La mayoría de los pacientes (80,4%) que redujeron dosis fue por mejoría de la actividad de la enfermedad. Solo el 19,6% de los pacientes redujo dosis debido a efectos adversos. Tras una media de seguimiento de 23 meses de reducción: 33 pacientes (64,7%) mantienen la reducción de dosis con una media de DAS28 de remisión (2,1 [0,8]), y una mediana (p25-p75) de baja actividad de la enfermedad SDAI (4,5 [2,1-9,0]) y CDAI (4,0 [2,0-9,0]). Solo 18 (35,3%) han tenido recaída a lo largo del seguimiento. La mediana (p75-p25) de tiempo de la enfermedad hasta el inicio del fármaco biológico fue de 59,1 meses (22,3-121,96). Los pacientes que mantienen la reducción presentaban menor tiempo de evolución de la enfermedad hasta el inicio de la terapia biológica que los que presentaron recaída (media DE, 66,5 [57,2] vs. 116,9 [86,6]). En el análisis multivariante se observó que la variable independiente que se asociaba a la recaída en los pacientes con AR fue el tiempo hasta el inicio del FAMEb ($p = 0,037$), retraso diagnóstico ($p = 0,023$) y la positividad de los ACPA ($p = 0,05$). $R^2 = 0,393$.

Variables	Pacientes
Edad (años), media (DE)	59,7 (11,96)
Sexo (mujer), n (%)	40 (78,4)
Tiempo evolución (meses), media (DE)	171 (92)
Factor reumatoide positivo, n (%)	41 (80,4)
ACPA positivo, n (%)	40 (78,4)
Erosiones, n (%)	37 (72,5)
FAMEs, n (%)	31 (60,8)

Conclusiones: La optimización de FAMEb en AR es posible en la mayoría de los pacientes (80,4%) con un buen control de la actividad de la enfermedad a los 6 meses. La recaída de la optimización se asoció a un inicio más tardío del FAMEb y por tanto a una enfermedad más evolucionada, así como a ACPA+ y el retraso en el diagnóstico. Son necesarios más estudios prospectivos para confirmar estos hallazgos.

RC053. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DE QUINASAS JANUS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UN HOSPITAL TERCIARIO

O. Rusinovich, J. Campos Esteban, C. Merino Argumánez, N. de la Torre Rubio, M. Espinosa Malpartida, C. Barbadillo Mateos, H. Godoy Tundidor, L.F. Villa Alcázar, J. Sanz Sanz, M. Fernández Castro, C.M. Isasi Zaragoza, M. Jiménez Palop y J.L. Andreu Sánchez

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Introducción: Los inhibidores de JAK son una nueva opción terapéutica para el tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide (AR) moderada a grave con respuesta inadecuada o intolerancias a uno o más fármacos modificadores de la enfermedad (FAME). Su mecanismo de acción consiste en es la inhibición parcial de la actividad enzimática de las JAK, disminuyendo como consecuencia la fosforilación de las proteínas STAT y su posterior dimerización y paso a núcleo, ocasionando así una disminución de la expresión génica de diversas citocinas. El baricitinib modula, fundamentalmente, la vía de señalización de JAK1 y JAK2 mientras que el tofacitinib modula la vía de señalización de JAK1 y JAK3. Ambos fármacos han demostrado eficacia para frenar la progresión de la enfermedad. Los inhibidores de JAK se pueden utilizar en monoterapia o en combinación con metotrexato.

Objetivos: Descripción de las características clínicas y evolutivas de una serie de pacientes tratados con inhibidores de JAK en un hospital terciario, en condiciones de práctica clínica habitual.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico en el que fueron incluidos todos los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide tratados con inhibidores de JAK, desde diciembre de 2017 hasta la

actualidad. Se recogieron características clínicas y demográficas de la muestra y se evaluaron los parámetros de actividad clínica y analítica mediante PCR, VSG, valoración global del médico (VGM) y del paciente (VGP), DAS28 en el momento basal, y a los 3, 6 y 9 meses de tratamiento. Se utilizó estadística descriptiva para la presentación de los datos. El comité ético del centro aprobó el estudio.

Resultados: Se incluyeron 18 pacientes: 17 mujeres (94,4%) y 1 varón (5,6%), con edad mediana de 61 (40-74) años. Tiempo medio de duración de enfermedad: $12,86 \pm 11,12$ años. Pacientes FR+/ACPA+: 13 (72%), FR+/ACPA-: 1 (5,6%), FR-/ACPA-: 3 (16,7%), FR-/ACPA+: 1 (5,6%). Total pacientes en tratamiento con tofacitinib: 14 (77,8%), baricitinib: 4 (22,2%). Terapias previas: solo FAME sintéticos: 3 (16,7%), un anti-TNF: 3 (16,7%), abatacept: 2 (11,1%); 2 FAME biológicos: 4 (22,2%); ≥ 3 FAME biológicos: 7 (38,9%). EL jakinib fue usado en monoterapia en 12 pacientes (66,7%) y en combinación con metotrexato en 6 (33,3%). A los 3 meses de seguimiento (13 pacientes), se encontraban en remisión 10 (76,9%), en baja actividad 2 (15,4%) y en moderada actividad: 1 (7,7%). A los 6 meses de tratamiento (3 pacientes), se encontraban en remisión todos los pacientes. 3 (100%). A los 9 meses de seguimiento (un paciente), el mismo se encontraba en remisión. No se han observado efectos secundarios ni ha habido suspensiones de los fármacos durante el periodo de seguimiento.

Conclusiones: En este estudio en condiciones de práctica clínica habitual, los inhibidores de JAK son un tratamiento efectivo en pacientes con una respuesta inadecuada previa a varios FAME, tanto en monoterapia como en combinación con metotrexato. El perfil de seguridad es favorable.

RC054. MEJORA DEL DOLOR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON BARICITINIB: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO

R.J. Gil Vélez, A. Ruiz Román, C. Aguilera Cros, L. Méndez Díaz, M. Arcila Durán, I. Madroñal García, E. Rubio Romero y J. Povedano Gómez

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

Introducción: La evaluación de la mejora del dolor durante el tratamiento para la artritis reumatoide (AR) puede ser útil para la decisión clínica entre los proveedores y sus pacientes (pts). Baricitinib (BARI) una vez al día, un inhibidor oral y selectivo de Janus Kinase (JAK) 1/JAK2, redujo los niveles de actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide (AR) con una respuesta inadecuada (IR) al metotrexato (MTX).

Objetivos: Para evaluar la probabilidad de lograr diferentes niveles de control del dolor con BARI 2 mg o 4 mg en pacientes con AR con respuesta inadecuada a los DMARD tradicionales o DMARD biológicos.

Métodos: Registro de observación prospectiva de pacientes con AR que inician el tratamiento con BARI, en un hospital de tercer nivel en España (octubre de 2017-junio de 2018). BARI 2 mg se inicia en pacientes con respuesta inadecuada a los DMARD tradicionales y BARI 4 mg en pacientes con respuesta inadecuada a los DMARD biológicos. Los pts en los que se evaluó el dolor se evaluaron con una escala analógica visual (VAS) de 0-100 mm en cada visita del estudio. La probabilidad de lograr $\geq 25\%$, $\geq 50\%$ y $\geq 70\%$ de dolor VAS mejora hasta la semana 12 y analiza si hay diferencias significativas entre el grupo de pacientes con BARI 2 mg y BARI 4 mg (prueba de Mann-Whitney). El estudio estadístico se realizó con el paquete informático SPSS15.

Resultados: Incluimos 38 pacientes (28 mujeres), edad media 52 ± 12 años. Dolor en la mejora de la EVA para todos los pacientes, dolor inicial y semanas 12. La frecuencia es el porcentaje de mejora con respecto a la línea base. En el grupo de 2 mg de BARI, el 58% de los pacientes (p75) experimentaron una disminución mayor que la mejoría en la EVA del dolor que en la línea de base y en el grupo de

4 mg de BARI, el 55% de los pacientes (p75) experimentaron una disminución mayor en la EVA del dolor que en la línea de base. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos de tratamiento (BARI 2 mg y BARI 4 mg) (p. 0,847).

Conclusiones: Nuestros resultados, en general, concuerdan con lo que se publica en la literatura (la AR tratada con BARI informó mayores mejoras en el control del dolor en comparación con adalimumab o placebo, un análisis post hoc del estudio de fase 3 RA-BEAM). Los pacientes tratados con BARI informaron reducciones significativamente mayores y más rápidas en la gravedad del dolor medida por el VAS del dolor, las mejoras se mantuvieron durante 12 semanas, sin encontrar diferencias en los pacientes que recibieron BARI 2 mg o BARI 4 mg.

RC055. ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS REFRACTARIAS A MÚLTIPLES DIANAS

R. Caparrós Ruiz¹, C.M. Romero-Barco², N. Mena-Vázquez¹, A. Belmonte¹, J.J. Alcaraz Sánchez³ y A. Fernández-Nebro⁴

¹UGC de Reumatología. Instituto de Investigación biomédica de Málaga. Hospital Regional Universitario de Málaga. Universidad de Málaga.

²UGC de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga. Hospital Clínico Virgen de la Victoria de Málaga. Universidad de Málaga. ³UGC de Farmacia. Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁴UGC de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga. Hospital Regional Universitario de Málaga. Departamento de Medicina y Dermatología. Universidad de Málaga.

Objetivos: Describir las características clínico-analíticas y de respuesta al último tratamiento en varias enfermedades inflamatorias mediadas inmunológicamente (EIMI) multirrefractarias.

Métodos: Diseño: estudio observacional, transversal de una serie de pacientes con EIMI refractaria a múltiples tratamientos. Pacientes: se incluyeron pacientes con artritis reumatoide (ACR/EULAR 2010), espondiloartritis axial (ASAS), artritis psoriásica (CASPAR), artritis idiopática juvenil (ILAR) y SAPHO del HRUM y HCUVV. Protocolo: se reclutaron consecutivamente a todos los pacientes con multiresistencia que acudieron a consultas generales, consulta de terapia biológica específica (UTB) o en el Hospital de día para FAMEb intravenoso en el HRUM, así como de una consulta de reumatología del HCUVV. La línea de base se estableció en la fecha de inicio del último fármaco biológico (FAMEB) o fármacos sintéticos dirigidos (FAMEsd) pautado. Variable principal: refractariedad, definida por falta de respuesta a al menos 2 dianas terapéuticas diferentes de FAMEb o FAMEsd. Variables secundarias de efectividad: índices de actividad de la enfermedad, medida por DAS28, SDAI, CDAI o BASDAI, según proceda y función física (HAQ, BASFI), basal y 6 meses, respectivamente. Variables de fracaso a tratamiento: ineficacia primaria o secundaria; efecto adverso u otras causas. Otras variables: demográficas, clínico-analíticas: número de articulaciones dolorosas (NAD), número de articulaciones inflamadas (NAI), PCR, VSG, evaluación general del paciente (EVA), terapias biológicas usadas previamente y morbilidad asociada. Análisis estadístico: Descriptivo. Análisis bivariante con χ^2 y t-Student. Prueba pareada o Wilcoxon entre fecha basal y 6 meses.

Resultados: Se incluyó a un total de 43 pacientes: 29 artritis reumatoide (AR), 3 espondiloartritis axiales (SpA), 5 artritis psoriásica (APs) periféricas, 5 artritis idiopática juveniles (AIJ) y 1 SAPHO (2,3%). Las características basales de todos los pacientes se muestran en la tabla. El 75% de los pacientes con AR tenía Factor reumatoide positivo, y el 70,4% anti péptido C citrulinado positivo, así como el 66,7% de los pacientes con SpA tenían HLA B27 positivo. La causa más frecuente de fracaso a Anti-TNF e inhibidores de la IL-6 fue el fallo secundario seguido de efectos adversos, con rituximab las reacciones infusionales y con secukinumab y ustekinumab, la ineficacia. Los pacientes mostraron una mejoría significativa con el nuevo tratamiento en la

actividad y la función física a los 6 meses con respecto al basal: DAS 28 (5,6 vs. 3,6; $p < 0,001$), SDAI (32,8 vs. 17,7; $p < 0,001$), CDAI (31,5 vs. 16,4; $p < 0,001$), BASDAI (8,4 vs. 6,5; $p < 0,005$), HAQ (1,8 vs. 1,5; $p < 0,001$). Entre las comorbilidades de los pacientes refractarios destacaba que casi la mitad presentaba hipertensión arterial (41,9%), obesidad (42,4%) y dislipemia (42,9%) y un 23,3% presentaba diabetes mellitus asociada. Además presentaban síndrome depresivo en un 35,7% y fibromialgia asociada en un 9,5%.

Características basales de pacientes refractarios a FAMEb y FAMESd

Variables	AR n = 29	SpA n = 3	APs n = 5	AlJ n = 5	SAPHO n = 1
Edad (años), media (DE)	47,8 (8,7)	53 (6,6)	49,4 (15,1)	26,1 (8,6)	24,9
Sexo (mujer), n (%)	23 (79,3)	2 (66,67)	2 (40)	4 (80)	1 (100)
Tiempo de evolución (meses), mediana (P25-P75)	188,5 (120,9-272,6)	102,94 (40,2-259,2)	133,8 (56,9-289,1)	247,1 (167,6-294,3)	148,8
IMC, media (DE)	30,5 (5,6)	23,9 (0,1)	36,3 (8,5)	26,1 (7,3)	27,6
Erosiones, n (%)	19 (65,5)	0	2 (40)	2 (40)	0
Uveítis, n (%)	—	1 (33,3)	0	0	—
FAMEb/FAMESd previos, media (DE)	4,2 (1,45)	4,3 (1,15)	4,6 (1,52)	3,4 (0,5)	5
FAMEb/FAMESd actual					
Etanercept, n (%)	3 (10,3)	0	1 (20)	1 (20)	0
Adalimumab, n (%)	3 (10,3)	1 (33,3)	0	2 (40)	1 (100)
Golimumab, n (%)	3 (10,3)	0	0	0	0
Certolizumab, n (%)	1 (3,4)	0	0	0	0
Tocilizumab, n (%)	5 (17,2)	0	0	2 (40)	0
Rituximab, n (%)	3 (10,3)	0	0	0	0
Abatacept, n (%)	2 (6,9)	1 (33,3)	0	0	0
Secukinumab, n (%)	0	0	2 (40)	0	0
Ustekinumab, n (%)	0	0	1 (20)	0	0
Inhibidores JAK, n (%)	6 (20,6)	1 (33,3)	1 (20)	0	0

Conclusiones: Los pacientes con EIMI refractaria a 2 o más diágnos terapéuticos presentan una adecuada respuesta a posteriores líneas de tratamiento. La causa más frecuente de fracaso a FAMEb o FAMESd previos en estos pacientes fue la ineficacia secundaria seguida de los efectos adversos. Estos pacientes tienen un porcentaje destacable de comorbilidades asociadas.

RC056. THE RELATIONSHIP BETWEEN LIPID PROFILE CHANGES AND INFLAMMATION ACROSS THE PHASE 3 SARILUMAB RHEUMATOID ARTHRITIS (RA) DEVELOPMENT PROGRAM

M.Á. González-Gay Mantecón¹, C. Charles-Schoeman², G. St. John³, H. Leher³, T. Kimura³, H. van Hoogstraten⁴, M. Nurmohamed⁵ and E.C. Keystone⁶

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Ronald Reagan UCLA Medical Center. Los Angeles, CA (USA). ³Regeneron Pharmaceuticals. Inc. Tarrytown, NY (USA). ⁴Sanofi Genzyme. Bridgewater, NJ (USA). ⁵VU University Medical Center. Amsterdam (The Netherlands). ⁶University of Toronto and Mount Sinai Hospital. Toronto, ON (Canada).

Methods: Fasting total (TC), high- (HDL-C), and low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C), triglycerides, lipoprotein(a) (Lp(a)), and apolipoproteins (Apo) A and B were evaluated in placebo-controlled studies of sarilumab (150 mg and 200 mg q2w) +csDMARDs (MOBILITY, NCT01061736; TARGET, NCT01709578), and a monotherapy study of sarilumab 200 mg q2w vs. adalimumab 40 mg q2w (MONARCH; NCT02332590). Spearman and Pearson correlations compared relationships between lipid levels and inflammatory markers (C-reactive protein [CRP]; serum amyloid A [SAA, MOBILITY only]).

Results: Sarilumab's safety profile has been previously reported; there was no increased risk of major adverse cardiac events with sarilumab. In 52-wk MOBILITY and 24-wk TARGET, both sarilumab doses led to early, sustained increases in TC, HDL-C, LDL-C, and triglyceride levels vs. placebo. In 24-wk MONARCH, sarilumab led to greater increase from baseline than adalimumab in TC (16.3 vs. 1.4

mg/dl), HDL-C (1.4 vs. -0.2), LDL-C (10.5 vs. 0.5), and triglycerides (26.6 vs. 5.7), and greater decrease in Lp(a) (-41% vs. -2.8%). Changes from baseline with sarilumab vs. comparator in TC:HDL-C ratio were 0.41 vs. 0.01 (MOBILITY), 0.32 vs. -0.06 (TARGET), and 0.22 vs. 0.02 (MONARCH). Sarilumab reduced CRP and SAA vs. placebo and adalimumab. Negative Spearman correlations (nominal $p < 0.001$) between decreases from baseline in CRP and increases in lipid levels were seen with adalimumab (data not shown) and sarilumab 200 mg (MOBILITY TC -0.26, LDL-C -0.21, triglycerides -0.21; TARGET TC -0.33, HDL-C -0.26, LDL-C -0.25).

Conclusions: Sarilumab produced rapid increases in lipid parameters vs. placebo or adalimumab that stabilized after 4 weeks. Lipid elevation was associated with a reduction in inflammatory markers and was consistent with IL-6 blockade.

Acknowledgments: study funding and editorial support (Joseph Hodgson, Adelphi) were provided by Sanofi and Regeneron. Data presented previously: ACR 2018 and BSR 2019 meetings.

RC057. IMPACTO DE LOS INHIBIDORES JAK EN EL PERFIL DE TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

C. Pérez García¹, N. Carballo Martínez², J. Martínez Casanova², X. Fernández Sala² y O. Ferrández Quirante²

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Farmacología Clínica. Parc de Salut Mar. Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: En la era de las terapias dirigidas, los inhibidores selectivos de las tirosinas-cinasas (inhibidores-JAK) han demostrado ser una alternativa oral eficaz en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) y, por lo tanto, están indicados con el mismo nivel de evidencia y grado de recomendación que el resto de terapias biológicas por las guías actuales.

Objetivos: Evaluar el impacto de la introducción de inhibidores-JAK en el perfil de prescripción de terapias biológicas en pacientes con AR.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional llevado a cabo en la Unidad de Atención farmacéutica a pacientes externos de un hospital universitario de tercer nivel durante octubre 2016 a septiembre 2018. Datos recogidos: demográficos, DAS28, fármacos administrados, tipo de prescripción (*naïve*, *switch*, reinicio), medicación concomitante. En el grupo *switch*: número de biológicos previos; duración tratamiento previo y razones de *switch* (ineficacia, efectos adversos, pérdida de seguimiento) y en el grupo de reinicio: tiempo sin tratamiento. Se establecieron dos periodos para comparar el tipo de prescripción: anterior a la introducción de los inhibidores-JAK (pre-inhibidores-JAK) (octubre 2016-septiembre 2017) y posterior (post-inhibidores-JAK) (octubre 2017-septiembre 2018). Biológicos: agentes antifactor de necrosis tumoral (anti-TNF), tocilizumab, abatacept, rituximab. Inhibidores-JAK: baricitinib, tofacitinib. Estadística: mediana (IQR) para variables cuantitativas (excepto media (DE) para edad y DAS28) y frecuencias para las cualitativas.

Tipo de prescripción antes y después de la introducción de los inhibidores-JAK

	Naïve	Switch	Reinicios	Total
Pre-inhibidores-JAK (solo biológicos)	24 (100%)	10 (100%)	10 (100%)	44 (100%)
Post-inhibidores-JAK	n = 37	n = 25	n = 3	n = 65
Biológicos	29 (78,4%)	16 (64%)	2 (66,7%)	47 (72,4%)
Inhibidores-JAK	8 (21,6%)	9 (36%)	1 (33,3%)	18 (27,7%)

Resultados: 109 pacientes incluidos: 54,2 (12,1) años; 87 (79,8%) mujeres; DAS28 4,5 (1,5). Fármacos administrados: 91 (83,5%) biológicos (48 (44,0%) anti-TNF; 13 (11,9%) tocilizumab; 18 (16,5%) abatacept; 12 (11,0%) rituximab); 18 (16,5%) inhibidores-JAK. Tipo de prescripción: 61 (56,0%) *naïve*; 35 (32,1%) *switch*; 13 (11,9%) reini-

cios. Medicación concomitante: 59 (54,1%) FAME (37 (62,7%) metotrexato); 46 (42,2%) corticoides. Grupo Switch: número de biológicos previos 1 (1-2); duración tratamiento previo 3,9 (1,2-10,9) años; razón del cambio: 28 (80,0%) ineficacia, 6 (17,1%) efectos adversos, 1 (2,9%) falta de seguimiento. Grupo Reinicios: tiempo sin tratamiento 1,8 (0,9-2,3) años.

Conclusiones: El uso de terapias biológicas se redujo en un 30% como resultado de la introducción de los inhibidores-JAK. Esta tendencia fue más acusada en el grupo *switch*, donde el 80% de los cambios fue debido a pérdida de eficacia, lo que puede llevar al reumatólogo a la búsqueda de dianas diferentes. La preferencia de los pacientes por la vía de administración oral también podría ser un factor que influya en el mayor porcentaje de inhibidores-JAK en el grupo *switch*. Se necesitan estudios adicionales que incluyan un mayor número de pacientes y tiempo para confirmar el papel de los inhibidores-JAK en la práctica clínica.

RC058. ANÁLISIS EXPLORATORIO DE ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO ATENDIDAS DURANTE 1 AÑO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

C. Hidalgo Calleja, L. Gómez-Lechón Quirós, G. Canabal Manzano, M.E. de Acosta Vega, O. Compán Fernández, C.A. Montilla Morales, O. Martínez González, A. Turrión Nieves y J. del Pino Montes

Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Introducción: Los pacientes con artritis inflamatoria y especialmente los afectados de artritis reumatoide (AR) son atendidos por primera vez en consulta especializada de Reumatología con una demora de varios meses e incluso años retrasándose su diagnóstico y tratamiento, a pesar de las estrategias promovidas por las sociedades científicas, en concreto la SER con el programa SERAP, así como la existencia de los criterios de referencia de AR temprana de Emery.

Objetivos: Describir las características clínicas, los diagnósticos y la evolución de los casos nuevos de artritis de reciente comienzo evaluados durante un año en un Hospital de tercer nivel y estimar el tiempo de demora hasta acudir a la consulta del reumatólogo.

Métodos: Estudio retrospectivo de los casos nuevos de artritis de menos de 2 años de evolución atendidos en nuestra unidad durante el periodo de enero a diciembre de 2016. Se recogen las siguientes variables demográficas y clínicas: edad, sexo, fecha de primera consulta, duración de los síntomas, patrón, curso, tipo, lateralidad, manifestaciones extrarticulares y comorbilidad. Variables analíticas habituales incluida autoinmunidad y HLA B27 así como las características del líquido sinovial. Variables de imagen: radiografía, ecografía y RMN. Variables de tratamiento: AINES, FAME, GC, infiltraciones locales, colchicina. Se utilizó el programa SPSS v.20 para el análisis estadístico descriptivo y de frecuencias.

Resultados: Se reclutaron 64 pacientes nuevos con artritis de menos de 2 años de evolución. Las características demográficas y clínicas de la población figuran en la tabla 1 y las pruebas realizadas y tratamientos administrados en la tabla 2. Se diagnosticaron 30 nuevos casos de artritis reumatoide de reciente comienzo (ARRC) lo que supone el 48% de los pacientes con artritis, microcristalinas, 4 (6,2%) espondiloartritis (1 artritis psoriásica, 1 espondiloartritis periférica, 2 espondilitis anquilosante), 1 poliartritis vírica, 1 síndrome de poliartritis edematosa del anciano, y 20 (32%) artritis indiferenciadas/inclasificables. En cinco (7,8%) pacientes el debut fue agudo inferior a 2 semanas siendo 1 de ellos monoarticular y autolimitado, 2 persistente y 2 intermitente con diagnósticos definitivos de ARRC en un caso, 2 microcristalina (gota y PPCa), 2 indiferenciadas (una de ellas poliarticular agudo autolimitado probablemente vírico). El tiempo medio de evolución de los síntomas hasta acudir a consulta del especialista osciló entre 24 h a 24 meses con una duración media de los síntomas de 5,5 meses antes de ser evaluados por un

reumatólogo siendo la mayoría de las artritis atendidas por primera vez persistente cumpliendo criterio de clasificación de ARRC en un 48% de los casos, con un tiempo de evolución de los síntomas de más de 6 meses en la más del 50% de los casos (17/30).

Tabla 1. Características clínicas

Sexo	
Varón	18 (29%)
Mujer	46 (71%)
Edad media	56 años (r 18-86 años)
Duración síntomas	
< 10 días	6 (9,6%)
> 6 meses	18 (29%)
Patrón	
Aditivo	41 (66%)
Migratorio	6 (9,6%)
Curso	
Autolimitado	8 (13%)
Persistente	42(68%)
Recurrente (intermitente)	12 (19%)
Tipo	
Monoarticular	4 (6%)
Oligoarticular	20(32%)
Poliarticular	38 (61%)
Lateralidad	
Asimétrico	27 (43%)
Simétrico	35 (57%)
Comorbilidad	32 (52%)
Manifestaciones extrarticulares	7 (11%) (2 onicopatía/1dactilitis/1 derrame pleural/1 sarcoidosis cutánea/1 fenómeno de Raynaud/1 sequedad de mucosas)

Tabla 2. Pruebas complementarias y tratamientos realizados

FR+	33 (53%)
ACPA+	25 (40%)
ANA	1+/19 solicitados
HLA B27	1+/48 solicitados
L.sinovial	13(20%): 12 inflamatorio; 1 mecánico
Rx erosiones	2/64 realizadas
ECO	25 (40%) (21 patológicas)
RMN	6 (9,6%)
Tratamiento	
AINES	17(27%)
Glucocorticoides	34 (52%)
Colchicina	6 (9%)
FAME	28 (45%)

Conclusiones: La afectación poliarticular persistente es la forma más frecuente en nuestra cohorte siendo artritis reumatoide el diagnóstico más frecuente de las artritis precoces y todavía un porcentaje elevada queda como indiferenciada en el primer año de seguimiento. La ecografía tiene una alta rentabilidad para discriminar sinovitis siendo la petición de RMN escasa en este grupo de pacientes. Es necesario seguir promoviendo estrategias para que la demora hasta la primera consulta se reduzca.

RC059. ¿QUÉ OPINAN LOS REUMATÓLOGOS ESPAÑOLES SOBRE LA EFICACIA DE LOS FÁRMACOS UTILIZADOS EN EL MANEJO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE CON FACTORES DE MAL PRONÓSTICO? PROYECTO PROGRESAR-2

L. Carmona Ortells¹, J. Narváez García², J. Calvo Alén³, A. Escudero-Contreras⁴, S. Muñoz Fernández⁵, J.M. Rodríguez de Heredia⁶, S.M. Romero Yuste⁷, P. Vela Casasempere⁸, J.L. Baquero⁹, S. Luján Valdés¹⁰ y J.J. Sancho Jiménez¹⁰

¹Instituto de Salud Musculoquelética-InMusc. Madrid. ²Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ³Hospital Universitario Araba. Vitoria. ⁴Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ⁵Hospital Universitario Infanta Sofía. Universidad Europea. Madrid. ⁶Hospital Universitario de Getafe. ⁷Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ⁸Hospital General Universitario de Alicante. ⁹Scientia Salus. Madrid. ¹⁰Departamento Médico. Bristol-Myers Squibb. Madrid.

Introducción: En la actualidad, los pacientes con artritis reumatoide (AR) disponen de un amplio abanico de tratamientos con los que conseguir altas tasas de control de la enfermedad y evitar la progresión. Sin embargo, algunos pacientes, sobre todo los que presentan factores de peor pronóstico, precisan cambiar de tratamiento hasta lograr la respuesta deseada. Cuanto mejor conozcamos la probabilidad de respuesta con los fármacos disponibles en función de las características de los pacientes, mejor preparados estaremos para seleccionar el tratamiento que se ajuste a cada paciente.

Objetivos: Valorar el grado de acuerdo de los reumatólogos españoles en cuanto a la eficacia de las terapias biológicas y moléculas sintéticas dirigidas específicas en pacientes con AR y factores pronósticos concretos.

Métodos: Se desarrolló un cuestionario Delphi que incluía como ítems la eficacia percibida por cada reumatólogo para cada grupo de fármacos (anti TNF, coestimulantes de las células T, depleción de células B, anti IL6 e inhibidores de JAK) en relación con los factores de mal pronóstico seleccionados y que pudieran estar presentes al inicio de la enfermedad. Los factores incluían: la afectación pulmonar intersticial, un HAQ elevado, el factor reumatoide (FR) positivo, la presencia de anticuerpos antipeptidos cíclicos citrulinados (ACPA), los reactantes de fase aguda elevados y las erosiones óseas observadas por radiografía simple o por ecografía. La encuesta se circuló en dos rondas, mostrando en la segunda los resultados de la primera. El grado de confianza en la eficacia de las terapias frente a cada factor se recogió sobre una escala Likert de 1 a 9 (agrupable en tres niveles 1-3 "baja confianza", 4-6 "intermedia" y 7-9 "alta"). Se calculó la media (m) y desviación estándar (DE) y se estableció que existía acuerdo si la $DE \leq 1$ y el 80% de las puntuaciones se encontraban en uno de los tres niveles (de forma correspondiente sería acuerdo en "la no eficacia", "la neutralidad" y "la eficacia").

Resultados: Contestaron la encuesta 41 reumatólogos repartidos por todo el territorio nacional, para intentar asegurar la representatividad geográfica. La tabla muestra el resumen de los resultados de la segunda ronda en términos de m y DE. A modo de resumen, las distintas líneas de tratamiento alcanzaron acuerdo para todos los factores pronósticos, salvo en el caso de afectación pulmonar, para la que solo se alcanzó acuerdo en la coestimulación de células T, y para el HAQ y los reactantes de fase aguda elevados, donde el uso de tratamientos depresores de células B no consiguió un acuerdo mayor del 80%.

Resultado segunda ronda Delphi

Factor pronóstico	Acuerdo en la terapia m (DE)				
	Anti TNF	Coestimulación células T	Depleción células B	Anti IL6	Jakinibs
Afectación pulmonar intersticial	2,5 (1,5)	8,6 (0,7)	7,0 (1,4)	6,2 (1,4)	5,1 (1,6)
HAQ elevado	8,1 (0,7)	7,4 (1,0)	7,0 (1,0)	8,1 (0,7)	7,9 (0,9)
FR +	7,7 (0,8)	8,1 (0,6)	8,3 (0,5)	7,8 (0,8)	7,6 (0,8)
ACPA +	7,8 (0,8)	8,6 (0,5)	8,2 (0,7)	7,5 (0,8)	7,4 (0,7)
Reactantes de fase aguda elevados	7,9 (0,7)	7,2 (0,7)	7,0 (0,9)	8,7 (0,5)	7,9 (0,9)
Erosiones óseas por Rx	8,1 (0,8)	7,9 (0,6)	7,3 (0,8)	8,2 (0,5)	7,8 (0,8)
Erosiones óseas por ecografía	8,2 (0,9)	7,9 (0,7)	7,3 (1,0)	7,9 (0,8)	7,8 (0,8)

Conclusiones: En general los reumatólogos españoles opinan que, existe acuerdo en que la mayoría de los fármacos se comportan igual en los distintos perfiles de mal pronóstico, exceptuando el caso de la afectación pulmonar intersticial, HAQ, ACPA+ y reactantes de fase aguda, donde podrían existir diferencias en la percepción de eficacia. Habría que contrastar esta percepción de eficacia con la evidencia científica.

RC060. METOTREXATO ORAL VERSUS SUBCUTÁNEO EN ARTRITIS REUMATOIDE DE RECIENTE DIAGNÓSTICO ¿CONSEGUIMOS LO MISMO?

A.M. Anzola Alfaro, L.R. Caballero Motta, L.A. Torrens Cid, C.Y. Soletto, L. Trives Folguera, K.F. López, A. Silva Ribeiro, A. López-Cerón Cofiño, J. Martínez-Barrio, J.G. Ovalles Bonilla, B. Serrano Benavente, I. Janta, C.M. González Fernández, J.C. Nieto González e I. Monteagudo Sáez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos: Comparar la respuesta clínica al uso de metotrexato (MTX) oral (VO) versus subcutáneo (SC) en pacientes con Artritis Reumatoide (AR) de reciente diagnóstico sin tratamiento previos con FAMEs. Se evaluó la respuesta a los 3, 6, 9 y 12 meses desde el inicio de MTX. Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal, descriptivo y retrospectivo mediante análisis de una cohorte de pacientes con AR de reciente diagnóstico en quienes se inicia tratamiento con MTX entre el 01-08-2015 y el 01-09-2018. La decisión clínica de prescribir MTX VO o SC fue tomada por el reumatólogo responsable del caso. Se recogieron datos demográficos, clínicos, de laboratorio, dosis de MTX, dosis de corticoides, vías de administración y cambios de tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 52 pacientes con AR de los cuales 39 (75%) eran mujeres, con edad promedio de 57,56 años. Se obtiene una media de 26 semanas entre inicio de síntomas y el inicio del tratamiento con MTX. En la tabla 1 se objetiva que ambos grupos presentan características basales equiparables. Existe una diferencia significativa en la dosis media inicial de MTX, mayor en el grupo de MTX SC. La dosis máxima alcanzada de MTX fue 20 mg en ambos grupos. Entre los pacientes que inician MTX VO, 8 (32%) requirieron cambio a vía SC, siendo 87,5% debido a ineficacia en el tratamiento. 11 (40%) de los pacientes que iniciaron MTX VO mantuvieron la misma vía durante todo el estudio. De los pacientes que presentan cambio de la VO a la SC, 7 (87,5%) mantuvieron la vía SC hasta el final del estudio. Entre los pacientes que inician MTX SC, 1 (3,7%) paciente cambió a VO por decisión del paciente, manteniéndose la buena respuesta tras el cambio. 22 (52%) de los pacientes que iniciaron MTX SC mantuvieron esta vía durante todo el estudio. Sin embargo, 4 (14,81%) pacientes de MTX SC requirieron tratamiento biológico. En ninguno de estos pacientes fue necesario suspender el MTX SC y éste se mantuvo como terapia concomitante. Por otro lado, los 3 (12%) pacientes con MTX VO que utilizaron biológicos en el primer año habían suspendido MTX meses antes. En la tabla 2 se evidencia que ambos grupos presentan buena respuesta tras el inicio de MTX, con similar disminución de marcadores de actividad y dosis media de corticoides. Se mantiene la diferencia estadística en la dosis de MTX, la cual persiste más elevada en el grupo SC que en el de VO. Al final del estudio 21 (41%) de los pacientes estaban en tratamiento con MTX SC (25 (49%) si se incluyen a los pacientes que mantenían la vía SC y han iniciado además FAMEb). En cambio, solo 11 (20%) estaban en tratamiento con MTX VO. En total 16 (30,8%) pacientes suspendieron el tratamiento con MTX, siendo igual el número en ambos grupos (8 (15,38%) respectivamente). En 14 (85%) de los casos se debió a efectos adversos equiparables entre los grupos.

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que pacientes que inician el tratamiento con la VO precisan en mayor medida cambio de vía de administración durante el primer año de seguimiento. Igualmente, los que inician por vía SC parecen necesitar menos cambios de vía de administración. El MTX SC suele iniciarse y mantenerse a dosis medias más elevadas que el MTX VO. También podemos observar que la respuesta inflamatoria al MTX ha sido favorable independientemente de la vía y en ambos casos ha permitido reducción de dosis de corticoides.

Tabla 1

	Total	Oral	Subcutáneo	Significación (p)
Pacientes n (%)	52	25 (48,1)	27 (51,9)	
Edad media (DE)	57,56 (± 15,2)	57 (± 13,3)	58 (± 16,7)	0,73
Género mujer (%)	39 (75)	22 (88)	17 (62,9)	0,03
Dosis media inicial MTX (DE)	12,6 (± 2,5)	11,1 (± 2)	13,98 (± 2,2)	< 0,0001
Dosis media inicial prednisona (DE)	6,21 (± 6,2)	5,92 (± 4,3)	6,48 (± 7,5)	0,74
Tiempo entre síntomas e inicio MTX (DE) (semanas)	26,8 (± 38,5)	25,04 (± 37,1)	27 (± 39,8)	0,86
FR positivo (%)	36 (69,2)	15 (60)	21 (77,8)	0,16
ACCP positivo (%)	34 (65,4)	14 (56)	20 (74)	0,17
Media NAD Inicial (DE)	9,5 (± 6,9)	8,56 (± 5,9)	10,41 (± 7,5)	0,34
Media NAI Inicial (DE)	5,38 (± 6,6)	5,04 (± 4,6)	7,34 (± 7,8)	0,2
Media PCR Inicial (DE)	1,67 (± 2,2)	1,51 (± 2,4)	1,76 (± 1,8)	0,69
Media VSG Inicial (DE)	27,3 (± 19,6)	30,44 (± 20)	24,22 (± 18,4)	0,25

Tabla 2

	VO (n: 25)	SC (n: 27)	p
Dosis media final de MTX	13,44	17	< 0,001
Dosis media final prednisona	2,08	3,17	0,29
Media NAD final	2,94	4	0,57
Media NAI FINAL	1,16	2,5	0,27
Media VSG final	24,9	17,2	0,2
Media PCR final	1,37	0,63	0,18

RC061. HÁBITOS DIETÉTICOS EN SEIS ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

A. Julià¹, S.H. Martínez¹, J. Tornero², J.D. Cañete³, A. Fernández-Nebro⁴, F. Blanco⁶, J. Rodríguez⁵, F.J. López-Longo¹³, B. Fernández-Gutiérrez⁴, J. Gratacós⁷, J.J. Pérez Venegas²⁶, C. Pérez⁴¹, R. Queirós⁸, Á. Olivé²⁸, M. Alperi-López⁸, C. Montilla⁹, J.L. Andreu²⁹, J.C. Torre-Alonso¹⁰, M.Á. Aguirre-Zamorano³⁰, H. Corominas¹⁴, P. Vela²⁴, V. Martínez-Taboada²¹, S. Manrique-Arija⁴, J.M. Nolla⁵, I. González¹⁷, S. Muñoz-Fernández¹², J.L. Marengo de la Fuente³¹, C. González¹³, A. Zea³², M. López-Lasanta¹, D. Roig¹⁴, J.M. Pego-Reigosa³³, M. López Corbeto¹, P. Zarco¹⁵, M. Freire¹³, A. Erra¹⁶, E. Díez²⁵, S. Castañeda¹⁷, E. Rodríguez-Almaraz²⁶, A. García¹⁸, P. Carreira³⁶, G. Salvador¹⁹, R. Blanco²¹, C. Díaz-Torné²⁰, R. Blanco²¹, A. Willisch Domínguez²², J.A. Mosquera²³, S. Sánchez-Fernández²⁵, J. Ramírez³ y S. Marsal¹

¹Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ²Hospital Universitario de Guadalajara. ³Hospital Clínic de Barcelona. ⁴Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁵Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ⁶Hospital Universitario A Coruña. ⁷Hospital Parc Taulí. Sabadell. ⁸Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ⁹Hospital Virgen de la Vega. Salamanca. ¹⁰Hospital Monte Naranco. Oviedo. ¹¹Hospital de Jerez de la Frontera. ¹²Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. ¹³Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ¹⁴Hospital Moisès Broggi. Barcelona. ¹⁵Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. ¹⁶Hospital Sant Rafael. Barcelona. ¹⁷Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. ¹⁸Centro de Salud Virgen de los Reyes. Sevilla. ¹⁹Hospital Mútua de Terrassa. ²⁰Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²²Complejo Hospitalario de Ourense. ²³Complejo Hospitalario Hospital Provincial de Pontevedra. ²⁴Hospital General Universitario de Alicante. ²⁵Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. ²⁶Hospital del SAS de Jerez de la Frontera. ²⁸Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ²⁹Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ³⁰Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ³¹Hospital de Valme. Sevilla. ³²Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ³³Hospital do Meixoeiro. Vigo. ³⁴Hospital Complejo Asistencial Universitario de León. ³⁵Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ³⁶Hospital Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción: Las enfermedades autoinmunes (EA) son enfermedades complejas que implican factores de riesgo genéticos y ambientales. En la última década se han identificado múltiples factores de riesgo genético para las EA, sin embargo, los ambientales aún se desconocen en su mayoría. Entre estos últimos, los hábitos dietéticos son de especial interés.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es caracterizar los hábitos dietéticos de seis de las EA más prevalentes incluyendo la artritis reumatoide (AR), la artritis psoriásica (AP) y el lupus eritematoso sistémico (LES).

Métodos: Un total de 11.621 individuos (1.949 AR, 2.186 psoriasis, 1.437 AP, 699 LES, 1.415 colitis ulcerosa, 1.952 enfermedad de Crohn y 1.983 controles sanos) de la población española fueron incluidos en este estudio. Los pacientes y controles fueron reclutados a través de la red biomédica IMID-Consortium de 2007 a 2012, formada por investigadores de > 30 departamentos de reumatología de hospitales universitarios repartidos por toda la geografía española. Los datos dietéticos fueron registrados a través de un cuestionario epidemiológico, junto con otras variables biométricas, sociodemográficas y de estilos de vida. Para cada individuo, la frecuencia de consumo semanal de 13 categorías de comida y bebida fueron registradas, así como del hábito tabáquico. Los análisis de asociación se realizaron mediante modelos de regresión logística multivariable, ajustando por las principales variables de confusión (ej. edad, sexo, región geográfica, IMC).

Resultados: Los pacientes con EA intestinales mostraron la diferencia más significativa en la dieta en comparación con los controles. En las EA reumatológicas se objetivaron categorías de alimentos significativamente diferentes en relación a los controles: los pacientes con LES se caracterizan por un mayor consumo de dulces, los pacientes con AR por un mayor consumo de fruta y pan/cereales y un menor consumo de carne. La AP fue la EA con la menor diferencia dietética comparada con los controles sanos. En el análisis de la dieta con la actividad de la enfermedad, se hallaron asociaciones significativas de diferentes categorías de alimentos en las EA intestinales y en la psoriasis. En las EA reumatológicas, sin embargo, solo se objetivó una asociación nominal entre el consumo de huevos y el aumento en el score DAS28. La prevalencia del hábito tabáquico en el momento de diagnóstico de las seis EA fue significativamente mayor en comparación con los controles. Este hábito tóxico superior se mantuvo superior a los controles para todas las enfermedades excepto la CU, donde su prevalencia se halló significativamente menor a los controles. El consumo de té/café y de bebidas alcohólicas fue significativamente menor en las 6 EA en comparación con los controles.

Conclusiones: Utilizando una cohorte de gran tamaño de la población española hemos caracterizado los patrones dietéticos de seis de las EA más prevalentes, incluyendo tres enfermedades reumatológicas LES, AR y AP. Nuestros resultados confirman el gran impacto de las EA intestinales en la dieta, pero también muestran asociaciones previamente no descritas para las EA reumatológicas. Los resultados de este estudio son un paso importante en la comprensión de factores ambientales relevantes en la etiología de la autoinmunidad.

RC062. EFECTIVIDAD CLÍNICA Y USO DE CORTICOTERAPIA EN OPTIMIZACIÓN VS. NO OPTIMIZACIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON ADALIMUMAB

L. Fernández-Fuente-Bursón¹, J. Cordero-Ramos², P. Muñoz-Reinoso¹, G. Águila-Biondi¹, G. Jurado-Quijano¹, I. García-Hernández¹, J.J. Pérez-Venegas¹ y M.D. Ruiz-Montesinos¹

¹Unidad de Gestión Clínica de Reumatología; ²Unidad de Gestión Clínica de Farmacia. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La optimización de fármacos biológicos como adalimumab (ADA) permite mantener la remisión o baja actividad de la artritis reumatoide (AR) con una disminución del riesgo de efectos

secundarios y del coste paciente/año. Sin embargo, es interesante conocer si estas pautas realmente controlan la enfermedad o si para lograrlo se precisa de un mayor uso de corticoides (GC).

Objetivos: Analizar el uso de concomitante de GC y la efectividad clínica del tratamiento con ADA en optimización (OPT) vs. no optimización (NOPT) en pacientes con AR establecida.

Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal de una cohorte de pacientes con AR en tratamiento con ADA. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes con AR en tratamiento con ADA activo desde enero de 2016 hasta agosto de 2018. Se estableció el punto de corte para el análisis a los 18 meses de seguimiento. Se analizaron variables sociodemográficas, factores de mal pronóstico de AR, índices de actividad, pauta de ADA recibida, FAMEs asociados y dosis de GC. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS-11. El estudio se realizó conforme a las normas del Comité Ético de nuestro hospital.

Resultados: Se analizaron un total de 32 pacientes. Del total de pacientes analizados, el 43,7% (n = 14) se trataban con ADA en dosis NOPT y el 56,2% (n = 18) en dosis OPT. El 84,4% (n = 27) son mujeres con una edad media de 62,5 ± 14,28 años. Un 72% (n = 23) y 62,5% (n = 20) de los pacientes son factor reumatoide (FR) y anticuerpos anti-péptido citrulinado (ACCP) positivos. La obesidad y el tabaquismo estaban presentes en el 9,4% (n = 3) y el 6,3% (n = 2). El 50% (n = 16) de los pacientes tomaban metotrexato (MTX) como FAME asociado, mientras que el 37,5% (n = 12) de los pacientes estaban con ADA en monoterapia. Las características descritas eran similares en ambos grupos. Por otro lado, un 34,4% (n = 11) del total de pacientes tomaban GC. En el grupo NOPT alcanzaba un 57% (n = 8) con una dosis media de 3,64 mg prednisona (límites 0-10) diarios, a diferencia del 16,7% (n = 3) del grupo OPT con una dosis media de 2 mg (límites 0-5). En el momento del corte, un 50% (n = 7) de los pacientes NOPT presentaban remisión o baja actividad medida por DAS28-PCR, frente al 66,6% (n = 12) en los OPT. La media de DAS28-PCR de los NOPT fue de 2,86 ± 1,5 y de 2,28 ± 1,4 en el grupo OPT. No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos.

Conclusiones: Los resultados del análisis de nuestra cohorte muestran que los pacientes con AR en tratamiento OPT con ADA presentan un adecuado control de la enfermedad y un consumo bajo de GC, con DAS28-PCR y dosis media de prednisona menores que en pacientes NOPT. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos.

RC063. EVOLUCIÓN AL AÑO DE ÍNDICES DE ACTIVIDAD CON TERAPIA BIOLÓGICA O SINTÉTICA DIRIGIDA: RESULTADOS DE BIOBADASER

V.E. Emperiale¹, C. Sánchez-Piedra², C. Bohórquez¹, M. Colazo³, J.C. Fernández-López⁴, N. Busquets⁵, I. Ros⁶, J.M. Blanco-Madrigal⁷, M.J. Moreno-Ramos⁸, J. Campos Esteban⁹, C. Rodríguez-Escalera¹⁰, F. Sánchez-Alonso² y J.J. Gómez-Reino¹¹

¹Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. ²Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología. Madrid. ³Hospital de Burgos. ⁴Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ⁵Hospital General de Granollers. ⁶Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ⁷Hospital Universitario de Basurto. Vizcaya. ⁸Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. ⁹Hospital Universitario Puerta de Hierro. ¹⁰Hospital de Jaén. ¹¹Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela.

Objetivos: Analizar la respuesta por índices de actividad al año de tratamiento en 4 de las principales patologías incluidas en BIOBADASER III: artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs), espondilitis anquilosante (EA) y lupus eritematoso sistémico (LES).

Métodos: Estudio observacional de cohorte prospectivo multicéntrico. Todos los datos fueron obtenidos de BIOBADASER III, registro español de pacientes con enfermedades reumáticas tratados con terapia biológica (FAMEb) o fármacos sintéticos dirigidos (FAMESd).

Los pacientes registrados fueron evaluados al menos anualmente y cada vez que presentaban un acontecimiento adverso o se modificaba el tratamiento de interés. Como objetivo secundario del registro, se incluyó la evaluación de efectividad mediante la recogida de índices de actividad para las principales enfermedades. En este estudio, se consideró DAS28 en AR y APs, ASDAS-PCR y BASDAI en EA, SLEDAI en LES. Se realizó una comparación de medias de los índices, interpretando categorías de actividad y criterios de respuesta según lo establecido para cada índice. El análisis se dividió en 2 subgrupos para cada patología, basado en su estatus previo a la entrada al registro: *naïve* a FAMEb/sd, recibiendo su 1.º terapia (G1) versus uso previo de FAMEb/sd, recibiendo 2.º línea o posteriores (G2).

Resultados: En AR, la actividad al inicio es moderada, siendo al año baja en ambos grupos, con buena respuesta en G1 (Δ 1,8) y moderada en G2 (Δ 1) según criterios EULAR de respuesta. En APs, la actividad al inicio es moderada, siendo al año baja en ambos grupos. La respuesta EULAR es buena para G1 (Δ 1,7) y G2 (Δ 1,3). En EA, la actividad al inicio es alta, siendo al año baja para ambos índices y grupos y alcanzando mejoría clínicamente importante (G1 Δ 1,5 y G2 Δ 1,4 ASDAS-PCR, Δ 2,3 y Δ 1,7 BASDAI), pero sin alcanzar mejoría mayor ASDAS o BASDAI50. En LES, la actividad al inicio es moderada, siendo al año leve en los 2 grupos, sin alcanzar mejoría significativa de más de 3 puntos (G1 Δ 3, G2 Δ 1,4), por lo que se mantiene enfermedad persistentemente activa.

Índice	1.º FAMEb/sd (G1)			2.º FAMEb/sd o posteriores (G2)		
	Inicio (DE)	1 año (DE)	Δ	Inicio (DE)	1 año (DE)	Δ
DAS28 (AR)	4,9 (1,3)	3,1 (1,3)	1,8	4,2 (1,5)	3,2 (1,3)	1
DAS28 (APs)	4,3 (1,3)	2,6 (1,2)	1,7	4,2 (1,5)	2,9 (1,2)	1,3
BASDAI	5,5 (2,0)	3,2 (1,0)	2,3	5,6 (2,3)	3,9 (2,3)	1,7
ASDAS-PCR	3,2 (1,4)	1,7 (1,0)	1,5	3,4 (1,5)	2,0 (0,9)	1,4
SLEDAI	7,7 (3,3)	3,7 (2,1)	3	5,5 (2,9)	4,1 (1,7)	1,4

Conclusiones: La actividad de los pacientes de BIOBADASER III al inicio de FAMEb/sd es moderada, salvo en EA que es alta. Se observa una mejoría en índices de actividad tras 1 año de tratamiento en todas las patologías, tanto en pacientes *naïve* como experimentados. En general, la respuesta determinada por cambio (Δ) en el índice respectivo, es buena o clínicamente importante, salvo en AR tratados con 2.º FAMEb/sd o posteriores y LES. La respuesta es, de manera global, mejor en el grupo que recibe 1.º FAMEb/sd para las 4 patologías.

RC064. SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES JAK EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

N. Cid Boza, M.L. Velloso Feijoo, N. Plaza Aulestia y J.L. Marengo de la Fuente

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: La eficacia y seguridad de los nuevos inhibidores JAK está respaldada por estudios en fase I, II y III con un amplio número de pacientes incluidos en el seguimiento, si bien es de vital importancia el comportamiento de las nuevas moléculas en la práctica clínica habitual, y en este sentido aún disponemos de pocos datos clínicos.

Objetivos: Describir los efectos adversos observados, así como los ingresos hospitalarios y descripción de los mismos durante el tratamiento con inhibidores JAK en una serie de pacientes con AR.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en pacientes con AR tratados con inhibidores JAK en seguimiento por la UGC de Reumatología del H.U. Virgen de Valme. Se incluyeron variables demográficas, relacionadas con la enfermedad y el tratamiento y de seguridad.

Resultados: Se trata de una muestra de 31 pacientes con artritis reumatoide con una edad media de 57,58 ± 11,31 años y tiempo medio de

evolución de la enfermedad de $9,42 \pm 6,62$ años, 61,3% FR positivo y un 61,3% ACPA positivos. El sexo femenino representa un 74,2% de la muestra. La media del DAS28 basal fue de $4,90 \pm 0,95$. En lo referente al análisis del tratamiento iniciado 12 pacientes (38,7%) reciben baricitinib y 19 (61,3%) tofacitinib. El 93,5% estaban en tratamiento con esteroides a dosis bajas y un 80,64% en tratamiento combinado con al menos 1 FAME asociado (75% grupo baricitinib, 84,2% grupo tofacitinib). El subanálisis del tratamiento concomitante revela que hasta un 31,5% de los pacientes en tratamiento con tofacitinib iniciaron el tratamiento junto a ≥ 2 FAMES. El 61,3% de los pacientes había recibido previamente al menos un fármaco biológico, entre los cuales destacan por su frecuencia los anti-TNFs; un 31,5% con un biológico, 9,7% con 2 biológicos previos y 16,5% habían usado 3. Se registraron un total de 14 efectos adversos en 10 de los 31 pacientes que se describen a continuación: grupo baricitinib un total de 6 eventos (50%); 1 hepatitis tóxica, 1 infección vías respiratorias, 2 casos de infección vías urinarias, 1 caso de aftas, y 1 herpes labial. Grupo tofacitinib un total de 8 eventos (42,1%): 2 casos de herpes zoster, 1 caso cefalea y mareos, 2 abscesos perianales y 1 absceso submandibular. Se registraron 3 ingresos hospitalarios con independencia de su relación con el tratamiento analizado; grupo baricitinib: 1 paciente con infección vías respiratorias altas e ICC descompensada, 1 paciente con hepatitis tóxica, grupo tofacitinib: 1 paciente con fractura de húmero postraumática.

Conclusiones: El principal efecto secundario observado fue la infección, en general leve-moderada que solo motivó el ingreso hospitalario en una paciente en tratamiento con baricitinib por descompensación de su patología de base. Destaca el desarrollo de absceso perianal no complicado en 2 pacientes en tratamiento con tofacitinib, uno de ellos con fístula perianal conocida, y una recidiva de absceso submentoniano en un paciente con antecedente de abscesos de repetición en dicha localización. Solo se objetivó elevación de transaminasas en un paciente en tratamiento con baricitinib mostrando en general un perfil de seguridad hepática óptimo. No se han registrados eventos cardiovasculares primarios de interés, neoplasias ni otros eventos gastrointestinales. Todo lo descrito, considerando la elevada tasa de tratamiento concomitante con esteroides a dosis bajas (93,5%) y hasta un 80,64% de pacientes en tratamiento con al menos 1 FAME concomitante.

RC065. SUPERVIVENCIA DE UN SEGUNDO FÁRMACO BIOLÓGICO TRAS LA RETIRADA DE UN PRIMER FÁRMACO ANTI-TNF EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL MADRILEÑO TERCIARIO

A.S. Briones Figueroa, J. Arroyo Palomo, P. Morán-Álvarez, J. Bachiller-Corral y M. Vázquez Díaz

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

Introducción: En los pacientes con artritis reumatoide (AR) tras la retirada de un primer fármaco biológico anti-TNF, clásicamente se ha optado por el inicio de otro fármaco anti-TNF (cycling). Sin embargo, con el incremento en las opciones de terapia biológica, el cambio por un fármaco con distinto mecanismo de acción (*switching*) se muestra como una estrategia alternativa, precisando nuevos estudios para aclarar el papel de ambas estrategias terapéuticas. **Objetivos:** Evaluar la supervivencia del tratamiento con un segundo fármaco biológico, anti-TNF o con mecanismo de acción diferente, en pacientes con AR que no han respondido a un primer anti-TNF; y, determinar factores asociados a la supervivencia de esta segunda línea de tratamiento.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, longitudinal y observacional en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR tratados con terapia biológica entre 2008 y 2017, que suspendieron un fármaco anti-TNF de primera línea y comenzaron una terapia biológica de segunda línea. Se recogieron datos demográficos, clí-

nicos y de evolución mediante la revisión de historias clínicas. Se realizó el análisis de supervivencia del tratamiento usando curvas de supervivencia de Kaplan-Meier y log-rank, y el análisis de regresión de Cox para identificar factores asociados.

Resultados: Durante el tiempo de estudio se identificaron un total de 69 pacientes, con una media de edad al inicio del tratamiento de $52,68 \pm 12,79$ años, siendo varones 14 (20,3%) de ellos. La descripción de las variables demográficas y clínicas de la población estudiada se detalla en la tabla. La principal causa de retirada del primer fármaco anti-TNF fue el fallo secundario (47,8%) seguido por los efectos adversos (34,8%) y el fallo primario (13%). En 34 pacientes (49,3%), tras la retirada del primer anti-TNF, se inició un segundo fármaco anti-TNF (cycling), mientras que en los 35 restantes (50,7%) se inició un fármaco con diferente mecanismo de acción (*switching*). Las principales causas de retirada del tratamiento de segunda línea durante el seguimiento fueron el fallo primario y secundario (10,1% en ambos casos). En el análisis de supervivencia de los 42 pacientes que habían suspendido el primer anti-TNF por fallo primario o secundario, tras realizar la estratificación según la causa de retirada de la segunda terapia biológica, aquellos en que se optó por "cycling" presentaron una media de supervivencia del tratamiento de 8,8 meses (IC95% = 4,8-12,8); mientras que en lo que se realizó *switching* tuvieron una media de 23 meses (IC95% = 5,4-40,5), siendo las diferencias entre ambos grupos estadísticamente significativas ($p = 0,049$). La edad se mostró como factor protector (HR = 0,86; IC95% = 0,76-98) y el factor reumatoide positivo como un factor de riesgo para la retirada del segundo biológico (HR = 4,76; IC95% = 1,39-16,30). No se encontraron diferencias en la tasa de retirada por efectos adversos entre los pacientes que realizaron *switching* y "cycling" (11,42% vs. 5,88%, $p = 0,41$).

Variable	n = 69 (media \pm DE o %)	Switching (n = 35)	Cycling (n = 34)	p
Edad (años)	52,68 \pm 12,79	54,37 \pm 12,48	50,91 \pm 13,07	0,354
Sexo				
Varones	14 (20,3%)	8 (22,9%)	6 (17,6%)	0,591
Mujeres	55 (79,7%)	27 (77,1%)	28 (82,4%)	
IMC (kg/m ²)	25,42 \pm 4,62	24,99 \pm 4,03	25,98 \pm 5,40	0,362
Duración del 1 ^{er} tratamiento (meses)	23,85 \pm 22,70	23,1 \pm 20,5	24,7 \pm 25,1	0,856
Fumadores	18 (26,1%)	9 (25,7%)	9 (25,5%)	0,943
Factor reumatoide positivo	56 (81,2%)	31 (88,6%)	25 (73,5%)	0,227
Anti-CCP positivo	61 (88,4%)	32 (91,4%)	29 (85,3%)	0,189
Erosiones	38 (55,1%)	20 (57,1%)	18 (52,9%)	0,198
Pinzamiento articular	44 (63,8%)	22 (62,9%)	22 (64,7%)	0,569
Nódulos	10 (14,5%)	5 (14,3%)	5 (14,7%)	0,823
Afectación ocular	7 (10,1%)	4 (11,4%)	3 (8,8%)	0,938
Síndrome de Sjögren	9 (13%)	6 (17,1%)	3 (8,8%)	0,305

Conclusiones: En nuestra población, el *switching* presentó un mayor tiempo de supervivencia del fármaco y se mostró como una estrategia terapéutica superior tras el fallo de un primer biológico anti-TNF. El estado inmunitario del paciente (factor reumatoide positivo) se asoció a un mayor riesgo de retirada de la terapia biológica de segunda línea.

RC066. LUMBALGIA REFRACTARIA E INFILTRACIÓN LUMBAR ESTEROIDEA GUIADA POR TAC. ESTUDIO DE 582 PROCEDIMIENTOS DE UN MISMO CENTRO

I. Calvo Zorrilla¹, O. Iburguengoitia Barrena¹, D. Montero Seisdedos¹, L. Vega Álvarez¹, M.L. García Vivar¹, E. Ruiz Lucea¹, I. Torre Salaberrí¹, O. Fernández Berrizbeitia¹, J.M. Blanco Madrigal¹, A.R. Intxaurre Pellejero¹, C. Pérez Velásquez¹, E. Cuende Quintana¹, F. Díez Renovales², C. Morandeira Arrizabalaga², I. Gorostiza Hormaetxe³, N. Rivera García¹, M.J. Allande López-Linares¹, H. Ugarte Zuazo¹ y E. Galíndez Agirreagoikoa¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Radiodiagnóstico. ³Unidad de Investigación. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Tabla RC066

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

	Mejoría total, n (%)	Mejoría parcial, n (%)	Igual, n (%)	Empeoramiento, n (%)	Total, n (%)
Indicación					
Hernia discal	12 (4,8%)	167 (66,5%)	66 (26,3%)	6 (2,4%)	251 (43,1%)
Estenosis de canal	5 (2,3%)	131 (61,8%)	75 (35,4%)	1 (0,5%)	212 (36,4%)
Fibrosis postIQ	1 (1,2%)	56 (65,1%)	29 (33,7%)	0 (0%)	86 (14,8%)
Espondiloartrosis	1 (6,2%)	11 (68,8%)	4 (25%)	0 (0%)	16 (2,8%)
Otras (listesis, quiste sinovial, síndrome facetario)	1 (5,9%)	11 (64,7%)	5 (29,4%)	0 (0%)	17 (2,9%)
Vía de infiltración					
Receso lateral	14 (4,4%)	207 (64,7%)	94 (29,4%)	5 (1,5%)	320 (55%)
Epidural	3 (1,9%)	94 (59,5%)	60 (38%)	1 (0,6%)	158 (27,1%)
Foraminal	3 (2,9%)	75 (72,1%)	25 (24%)	1 (1%)	104 (17,9%)
Esteroides					
Dexametasona	8 (2,1%)	234 (60,6%)	140 (36,3%)	4 (1%)	386 (63,3%)
Triamcinolona	12 (6,1%)	142 (72,5%)	39 (19,9%)	3 (1,5%)	196 (33,7%)
Total, n = 582	20 (3,4%)	376 (64,6%)	179 (30,8%)	7 (1,2%)	582 (100%)

Introducción: La lumbalgia mecánica refractaria a tratamiento analgésico y rehabilitador es una causa importante de discapacidad. Acelerar el proceso de recuperación y evitar la intervención quirúrgica (IQ) es el objetivo primordial de las infiltraciones lumbares con esteroides (GC). No obstante su uso no está exento de controversia.

Objetivos: Revisar las indicaciones, eficacia y complicaciones de la infiltración lumbar guiada por TAC.

Métodos: Estudio retrospectivo (enero 2012- abril 2018) de las infiltraciones lumbares de GC guiadas por TAC realizadas en un único centro. Se recogen las variables epidemiológicas, indicaciones, vía de infiltración, GC empleado (dexametasona durante todo el periodo y triamcinolona hasta febrero 2015), eficacia a los 1 y 3 meses y complicaciones. Además se realiza un estudio comparativo de la eficacia según la patología lumbar subyacente, tipo de GC y vía de infiltración. Para el análisis estadístico se emplea la t de Student, χ^2 /test de Fisher y el programa IBM SPSS v23.

Resultados: Se realizaron 582 procedimientos en 445 pacientes (1 infiltración en 445 pacientes, 2 en 106, 3 en 23, 4 en 7 y 5 en 1). La edad media \pm DE fue de 58,6 \pm 14,8 años con una proporción hombre/mujer de 224/221. Traumatología fue el servicio con más demanda (88,8%) seguido de reumatología (4,8%). Las indicaciones fueron hernia discal (43,1%), estenosis de canal (36,4%), fibrosis postIQ (14,8%), espondiloartrosis (2,7%) y otras [listesis, quiste sinovial, síndrome facetario] (2,8%). La vía de acceso epidural se realizó en el 27,1% de los procedimientos, la foraminal en el 17,9% y el receso lateral en el 55%. Los GC empleados fueron dexametasona (66,3%) y triamcinolona (33,7%). En el 86% de los pacientes el tratamiento analgésico oral había sido ineficaz. Se observó mejoría del dolor en el 68% de los pacientes el primer mes (tabla) independientemente de la indicación, vía de infiltración y GC empleado y en el 63,2% a los 3 meses. En 124 pacientes (21,3%) se indicó IQ por persistencia del dolor, generalmente en el primer año tras la infiltración (66,9%). La eficacia clínica no mostró diferencias estadísticamente significativas en la indicación del procedimiento; en cambio, la mejoría del dolor fue significativamente mayor por vía foraminal y receso lateral que por vía epidural a los 3 meses ($p = 0,002$). Respecto al GC empleado, la mejoría fue significativamente mayor con triamcinolona en comparación a la dexametasona en el primer y tercer mes ($p \leq 0,001$). En relación a la seguridad, hubo 16 casos (2,7%) de complicaciones locales (5 punciones del saco tecal, 4 extravasaciones del contraste y 7 dolor transitorio en miembros inferiores) y 5 (0,9%) complicaciones sistémicas (3 reacciones alérgicas y 2 presíncopes vasovagales), sin relevancia clínica ni asociación con la indicación, GC y vía empleada.

Conclusiones: En nuestra serie la hernia discal, estenosis de canal y fibrosis postIQ fueron las indicaciones más habituales. Se observó mejoría en el 68% y en el 63,2% de los pacientes en el primer y tercer mes respectivamente. Únicamente el 21% precisó IQ. La triamcinolona (aunque actualmente se desaconseja su uso por ser un corticoide particulado) y la vía de infiltración foraminal y por receso

lateral demostraron ser más eficaces para el control del dolor. En nuestro estudio la infiltración lumbar de GC guiada por TAC en pacientes con lumbalgia refractaria resultó ser un procedimiento accesible, mínimamente invasivo, seguro y eficaz a largo plazo.

RC067. FACTORES INDIVIDUALES Y SOCIALES PUEDEN INFLUIR EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

J. Vergés¹, M. Vitaloni¹, M. Bibas¹, R.M. Sciortino Contreras², M. Quintero³, J. Monfort³, F. de Abajo⁴, E. Oswald¹, M. Matucci⁵, P. du Souich⁶, I. Moller⁷, G. Eakin⁸ y A. Botto-van Bemden⁸

¹Osteoarthritis Foundation International (OAFI). Barcelona.

²Universidad de las Andes. Mérida (Venezuela). ³Hospital del Mar.

Barcelona. ⁴Universidad de Alcalá. Madrid. ⁵Universidad de Florencia (Italia). ⁶Universidad de Montreal (Canadá). ⁷Instituto Poal. Barcelona.

⁸Arthritis Foundation. Atlanta (EEUU).

Objetivos: La artrosis de rodilla (AdR) es la forma más común de enfermedad crónica de las articulaciones y tiene más responsabilidad que cualquier otra enfermedad por discapacidad. Se asocia con notables restricciones funcionales debido al dolor. Las limitaciones en la actividad causada por AdR afectan seriamente las relaciones sociales, el bienestar emocional, reduciendo la calidad de vida (CdV) de los pacientes. La identificación de terapias y factores que afectan y mejoran la CdV en pacientes con AdR pueden mitigar la carga clínica, económica y social de esta enfermedad. Por lo tanto, la evaluación de la CdV en AdR es cada vez más común tanto en la investigación como en la práctica clínica. Todavía falta una recopilación general de los factores de interés como características demográficas, características de estilo de vida y comorbilidad. El objetivo de este trabajo fue recapitular la información existente sobre la calidad de vida en pacientes con AdR como una herramienta internacional para crear conciencia sobre su importancia y una guía para acciones futuras para la gestión del paciente.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática que analiza la amplitud de la literatura sobre la CdV en pacientes con AdR (hasta 2017). Se identificaron los artículos en los motores de búsqueda utilizando palabras clave relevantes como AdR, CdV y bienestar y sus formas breves. Todos los artículos fueron revisados por 3 investigadores independientes. Los criterios de inclusión fueron CdV en comparación con uno o más factores demográficos (edad, género), de estilo de vida (independencia funcional) o de comorbilidad (diabetes, obesidad) o un grupo de control. La calidad de los estudios incluidos se evaluó mediante una herramienta de evaluación de la calidad.

Resultados: Se seleccionaron 610 artículos, 62 artículos cumplieron con los criterios de inclusión. La mayoría de los estudios se llevaron a cabo en Europa, seguidos por América y Asia. La media de los participantes en los estudios fue de 561 pacientes, con edad media

de 63 años, la mayoría mujeres. Todos los estudios describieron una peor CdV en los pacientes con AdR en comparación con grupos control teniendo las mujeres una peor percepción de la CdV que los hombres. Los pacientes con mayor índice de masa corporal tenían un mayor riesgo de empeorar los síntomas. Un menor nivel de actividad física y un mayor gasto de energía se correlacionaron con una peor CdV. El nivel educativo y una mayor atención plena mejoran la CdV, mientras pobreza, stress psicológico, depresión y tener familias disfuncionales la reducen. La participación en programas de autogestión de AdR impartidos por profesionales de la salud mejoró la CdV. Finalmente, las intervenciones quirúrgicas de AdR generalmente dieron resultados positivos, aunque fueron influenciados por factores individuales como edad, peso y depresión.

Conclusiones: Los hallazgos de esta revisión sugieren que la AdR tiene un impacto sustancial en la CdV. En particular, factores individuales específicos como género, peso corporal, ejercicio, salud mental y educación pueden influir en la CdV de los pacientes con AdR. Estos factores deben considerarse para una mejor gestión de cada paciente con AdR debido a su influencia en los resultados del tratamiento. Los datos de la CdV son una herramienta valiosa para proporcionar a los profesionales de la salud una mejor comprensión de la enfermedad para la implementación del del estándar más adecuado en atención sanitaria.

RC068. ESTUDIO ICONOGRÁFICO DEL DOLOR MECÁNICO DE CADERA AGUDO EN PACIENTES JÓVENES: CORRELATO CLÍNICO-ULTRASONOGRÁFICO Y PROPUESTA DE ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO

C.A. Guillén Astete y L. Villalobos Sánchez

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: En población joven, el dolor inguinal mecánico de origen agudo suele vincularse a procesos periarticulares fundamentalmente relacionados con los músculos aductores, psoas y los tendones con entesis petrocantareana. En los abordajes rutinarios de estos pacientes, cuando consultan, se incluye el estudio radiológico simple y se suele tratar con AINEs, asumiendo la tendinopatía como proceso diagnóstico. El propósito del presente estudio es determinar las características ecográficas de la articulación coxofemoral de los pacientes que consultan por dolor inguinal agudo, correlacionarlo con su presentación clínica y proponer una estrategia razonada para su manejo.

Métodos: Se revisaron los registros clínicos de pacientes < 50 años que consultaron por dolor articular coxofemoral de origen no traumático directo de menos de una semana de evolución. Se excluyeron aquellos pacientes expuestos a AINEs en las últimas 24 horas y a aquellos cuyos registros se encuentren incompletos. Las ecografías se realizaron con un ecógrafo portátil Logiq e, equipado con una sonda lineal de hasta 12 MHz.

Resultados: Entre 2014 y 2017 consultaron por dolor mecánico de ingle, de origen no traumático, 211 pacientes menores de 50 años. Excluyendo a los pacientes que consultaron fuera del horario de acceso al estudio ecográfico inmediato, que habían tomado AINEs recientemente y cuyos registros clínicos estaban incompletos, revisamos 116 registros clínicos y de imagen. La edad media de los pacientes cuyos registros fueron incluidos fue 37,8 DE 8,5. El tiempo medio, en días, entre la consulta y el inicio de los síntomas según constancia de la historia fue 4 DE 2. 59 sujetos fueron de sexo masculino (50,9%). En las exploraciones físicas descritas en los informes, 29 pacientes (25%) presentaban maniobras pasivas dolorosas, 38 (32,8%) presentaban maniobras activas dolorosas y 22 (19%) no podían mantener la bipedestación debido a imposibilidad para la carga por dolor coxofemoral. En cuanto a los hallazgos ecográficos, 5 pacientes presentaron inequívoca distensión capsular a nivel del

labrum anterosuperior (4,3%) y 32 (27,6%) presentaron distensión del receso anterior. Un paciente con distensión capsular fue diagnosticado finalmente de ONA y otro de APso. La tabla resume la prevalencia de hallazgos clínicos en función de la existencia o no de distensión del labrum anterosuperior o del receso anterior en la ecografía realizada. La presencia de dolor a la carga coxofemoral se asoció con la existencia de distensión del labrum anterosuperior y del receso anterior ($p < 0,01$, en ambas asociaciones). La existencia de limitación funcional en las maniobras pasivas se asoció a la presencia de distensión en el labrum anterosuperior y del receso anterior ($p < 0,01$, en ambas asociaciones). La limitación funcional a maniobras contra resistencia no demostró asociación con los dos hallazgos ecográficos. No hubo asociación entre el tiempo de evolución o el sexo de los pacientes con los hallazgos ecográficos o los resultados de la exploración física.

Presencia de hallazgos clínicos y asociación con resultados de la exploración ecográfica

	Ausencia de distensión del labrum anterosuperior	Presencia de distensión del labrum anterosuperior	Ausencia de distensión del receso anterior	Presencia de distensión del receso anterior
Carga soportada	94 (100%)	—	89 (94,7%)	5 (5,3%)
Carga no soportada	17 (77,3%)	5 (22,7%)	5 (22,7%)	17 (77,3%)
Maniobras pasivas positivas	87 (100%)	—	82 (94,3%)	5 (5,7%)
Maniobras pasivas negativas	24 (82,8%)	5 (17,2%)	18 (62,1%)	11 (37,9%)
Maniobras activas positivas	60 (96,8%)	2 (3,2%)	56 (90,3%)	6 (9,7%)
Maniobras activas negativas	51 (94,4%)	3 (5,6%)	44 (81,5%)	10 (18,5%)

Conclusiones: La sinovitis de cadera está presente en un 1/4 de los pacientes con coxalgia mecánica aguda jóvenes. Su fuerte asociación con la disfunción articular pasiva sugieren la incorporación de estos hallazgos en la toma de decisiones terapéuticas, incluyendo -en estos casos- el reposo en descarga. La incorporación de la ecografía, en nuestra opinión ocupa un rol de despeje diagnóstico cuando la exploración semiológica es dudosa.

RC069. SÍNDROME DE CONGESTIÓN PÉLVICA, UNA CAUSA INFRECUENTE DE LUMBALGIA

L. Berbel Arcobé, J. Tandaiapan, M. Castillo-Vilella, G. Salvador, N. Giménez, E. Riera, M. Pujol, M. Mihaylov, M. Rusiñol, L. Moga, J. Royo y S. Martínez

Hospital Universitari Mútua de Terrassa.

Introducción: El síndrome de congestión pélvica (SCP) es una entidad infradiagnosticada, más frecuente en mujeres en edad fértil y múltiparas. La fisiopatogenia consiste en una suma de fenómenos de estasis venosos e inversión del flujo venoso pélvico, ocasionando varices y congestión. La vena ovárica izquierda suele ser la más afectada. Típicamente se presenta como un dolor sordo abdominopélvico (AP) crónico, que empeora con la menstruación y la bipedestación, asociándose a dispareunia y varices tanto en extremidades inferiores (EEII) como genitales. Sin embargo, es importante tener en cuenta presentaciones atípicas que simulan patología osteoarticular (OA). Se diagnostica mediante ecografía, RMN o angio-TAC, y el tratamiento definitivo es la embolización de la vena afectada, con un elevado porcentaje de éxito.

Objetivos: Analizar las pacientes diagnosticadas de SCP en un hospital universitario durante el período 2014-2018, con especial

atención en aquellas formas de presentación atípica que simulan patología OA.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron todas las pacientes intervenidas de SCP en nuestro hospital, desde enero 2014 hasta mayo 2018. Se recogieron variables sociodemográficas, formas de presentación, características del dolor, síntomas asociados, manejo y evolución.

Resultados: Se incluyeron 60 mujeres, con edad media al diagnóstico de 43 años. El 87% eran múltiparas, con una media de 2 embarazos. En el 95% de los casos el tiempo de evolución hasta el diagnóstico superó los 6 meses. Las pacientes fueron clasificadas, según la presencia y localización del dolor, en 4 grupos: 1. Mujeres con dolor AP, 23% (n = 14), 2. Mujeres con dolor OA, 5% (n = 3), 3. Mujeres con dolor mixto AP y OA, 59% (n = 35), y 4. Mujeres sin ninguno de los anteriores 13% (n = 8). De las pacientes de los grupos 2 y 3 (dolor OA solo o con dolor AP asociado) (n = 38), el 90% presentaba lumbalgia, el 53% coxalgia y el 40% ciatalgia. Solo en el 5% de los casos el reumatólogo hizo una visita de valoración. En cuanto a las características del dolor de las pacientes de los grupos 1, 2 y 3 (n = 52), en 37 (72%) éste era diurno, en 25 (48%) se relacionaba con la menstruación, en 32 (62%) empeoraba en bipedestación y en 18 (35%) empeoraba en reposo. Entre las manifestaciones asociadas, destacan varices en EII en el 74% de mujeres (n = 38), varices genitales en 58% (n = 30), dispareunia en 42% (n = 22), dismenorrea en 40% (n = 21), hemorroides en 37% (n = 19) y disuria en 18% (n = 9). Todas las pacientes fueron intervenidas mediante embolización de la vena afectada, con EVA medio inicial de 7,38 sobre 10 y final de 2,63. El tiempo medio de recuperación fue de 36 días. La evolución fue buena o muy buena en el 84% de pacientes con dolor mixto AP y OA y en el 57% de las que solo tenían dolor AP. Menos del 2% presentó recidiva sin necesidad de reintervención.

Conclusiones: El SCP es una patología infrecuente, típicamente asociada a dolor AP de larga evolución. En más de la mitad de los casos se presenta con síntomas OA, fundamentalmente lumbalgia. Es importante para el reumatólogo identificar a estas pacientes, ya que el tratamiento suele ser efectivo y el retraso diagnóstico empeora su calidad de vida.

RC070. EFECTO DE UNA ÚNICA INYECCIÓN DE UN GEL DE ÁCIDO HIALURÓNICO DE ALTA DENSIDAD EN PACIENTES CON ARTROSIS PRIMARIA SINTOMÁTICA DE RODILLA: RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO NO-DOLOR

J. Monfort¹, J. Combalia², C. Emsellem², Y. Gaslain² y D. Khorsandi^{2,3}

¹Servicio de Reumatología. Parc de Salut Mar. Barcelona. ²Procare Health Iberia. Castelldefels. ³Universidad de Barcelona.

Introducción: El ácido hialurónico (AH) es un proteoglicano frecuentemente utilizado en el tratamiento de la artrosis. Aunque algunas de sus propiedades como el peso molecular son bien conocidas, el efecto de su densidad y concentración no ha sido todavía suficientemente estudiado. Se presentan los resultados de un estudio clínico con una solución viscoelástica de alta densidad, que contiene una elevada concentración de AH (2,5%: 120 mg AH en 4,8 ml). **Objetivos:** El objetivo principal del estudio (Estudio NO-DOLOR) es evaluar la evolución del dolor en pacientes con artrosis de rodilla 3 meses después de una única inyección de Pronolis® AH HD Monoshot 2,5% mediante la subescala de dolor del cuestionario WOMAC (The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index).

Métodos: Se trata de un estudio en desarrollo, prospectivo, observacional, multicéntrico en el que 300 pacientes, procedentes de 70 centros de atención especializada, que cumplan criterios radiológicos y clínicos de artrosis de rodilla (American College of Rheumatology) serán reclutados y posteriormente evaluados durante 6 meses

tras una dosis única de Pronolis® AH: HD Monoshot 2,5%. Las evaluaciones sobre eficacia y seguridad tendrán lugar antes de la administración intrarticular, uno, tres y seis meses después mediante el cuestionario WOMAC y el registro de acontecimientos adversos. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ético del Hospital del Mar de Barcelona (CEIC-Parc de Salut Mar).

Resultados: Se presentan los resultados de un análisis intermedio a los 3 meses. 102 pacientes han sido reclutados hasta la fecha y se dispone de datos a los 3 meses de 43. Se observó una reducción estadísticamente significativa (p < 0,0001) en la subescala de dolor del WOMAC en la visita de 3 meses con respecto a la visita basal: 4,23 (± 2,93) vs. 10,39 (± 3,95) puntos, con una reducción relativa del 56,2%. 42 pacientes (97,7%) mostraron un decremento de dolor, siendo en el 83,8% de ellos una reducción igual o superior al 30%. En 1 paciente se observó incremento de dolor. La puntuación de dolor en movimiento también se redujo significativamente a los 3 meses en comparación con el valor inicial: 0,88 vs. 1,78 (46,63% de mejora; p < 0,001). El grado de rigidez articular y la capacidad funcional mejoraron también significativamente en comparación con el valor basal: 3,92 vs. 1,98 al mes (50,96% de mejora; p < 0,0001) y 16,75 vs. 32,81 a los 3 meses (43,28% de mejora; p < 0,0001), respectivamente. No se reportaron efectos adversos graves durante el periodo de 3 meses.

Conclusiones: Tras 3 meses de una única inyección intrarticular de Pronolis® AH HD Monoshot 2,5%, los pacientes con artrosis sintomática de rodilla reportaron una mejora significativa del dolor. Los resultados fueron similares para el dolor en movimiento, la rigidez articular y la capacidad funcional. Se trata, sin embargo, de un análisis intermedio y con una muestra reducida, por lo que estos resultados preliminares deben confirmarse en la muestra final.

RC071. ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA Y ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA: IMPLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

V. Ortiz-Santamaría¹, N. Reguart Oto², P. Sendra de Dios³, N. Busquets¹, M. Pascual¹, A. Ponce¹, X. Surís¹, Y. Galea⁴, A. Mola⁴, M. Torrella⁴, J. Tárrega⁴ y E. Barbeta⁴

¹Unidad de Reumatología; ²Servicio de Medicina Interna; ³Medicina Familiar y Comunitaria; ⁴Servicio de Neumología. Hospital General de Granollers.

Introducción: Es bien conocida la relación entre la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) y la enfermedad reumatológica. Recientemente se ha descrito una nueva entidad clínica que relaciona la EPID con hallazgos autoinmunes: IPAF (*Interstitial Pneumonia with Autoimmune Features*), que permite identificar y englobar enfermedades no catalogadas con afectación pulmonar y reumatológica. Nuestro objetivo es establecer qué pacientes con EPID presentan concomitantemente una enfermedad reumatológica, y cuáles de ellos cumplen los criterios de una IPAF. Así mismo se pretende estudiar cual es el papel de la capilaroscopia periungueal en estos pacientes.

Métodos: Se trata de un estudio observacional descriptivo prospectivo realizado durante 24 meses (2016-2018), en un hospital universitario comarcal. Se incluyeron 30 pacientes derivados de la Unidad de Neumología, diagnosticados de EPID de etiología no filiada, en los que se realizó una historia clínica dirigida a enfermedad autoinmune, evaluación reumatológica, determinación de marcadores reumatológicos y capilaroscopia periungueal, con el fin de establecer si presentaban una enfermedad reumatológica concomitante.

Resultados: Se evaluaron 30 pacientes con EPID, con una media de edad de 70,5 años (53-88). De los 30 sujetos, 12 (40%) tenían neumonía intersticial usual (NIU), 11 (36,67%) neumonía organizativa (NO) y 7 (23,33%) neumonía intersticial no específica (NINE). Del

Tabla RC071

EPID	Capilaroscopia	Raynaud	Acropaquia	Hallazgos relevantes	Diagnóstico reumatológico
NIU	Alterada (angiogénesis)	Sí	Sí	Aldolasa, cANCA	Polimialgia reumática
NIU	Alterada (angiogénesis)	Sí	No	ANA 1/640 nucleolar	Esclerosis sistémica
NIU	Alterada (angiogénesis)	Sí	No	CK, aldolasa, anti-Ro	Síndrome Sjögren primario
NIU	Alterada (esclero activa)	Sí	No	ANA 1/320 moteado	Esclerosis sistémica
NIU	Normal	No	Sí		
NIU	Normal	No	Sí	ANA, anti-DNA, pANCA, anti-MPO	Nefropatía mesangial IgA
NIU	Normal	Sí	No	anti-PPC	IPAF
NIU	Normal	Sí	Sí	FR, anti-PPC	Artritis reumatoide
NIU	Normal	No	Sí		
NIU	Normal	No	Sí		
NIU	Normal	Sí	Sí	ANA, aldolasa, FR, anti-PPC	Artritis reumatoide
NIU	Normal	Sí	No	Anti-Ro, Anti-La	Síndrome Sjögren Primario
NO	Alterada (angiogénesis)	Sí	No		IPAF
NO	Alterada (dilatados)	Sí	No	Anti-Ro	IPAF
NO	Alterada (angiogénesis)	No	No	Artritis, ANA 1/1280 hom	IPAF
NO	Normal	No	No	ANA 1/320 hom	IPAF
NO	Normal	No	No		
NO	Normal	No	No		
NO	Normal	No	No		
NO	Normal	No	No		
NO	Normal	No	No		
NO	Normal	No	No		
NO	Normal	No	No		
NO	Normal	No	No		
NO	Normal	No	No		
NINE	Alterada (angiogénesis)	No	Sí		
NINE	Alterada (dermatomiositis)	No	No	Aldolasa, anti-Ro, anti-MDA5	Dermatomiositis
NINE	Alterada (hemorragias)	No	No		
NINE	Alterada (dermatomiositis)	No	No	Artritis, CK, aldolasa, anti-Jo1	Síndrome antisintetasa
NINE	Normal	No	No		
NINE	Normal	No	No	FR, anti-PPC	Artritis reumatoide
NINE	Normal	No	No	LCSA, anti-Ro, anti-La	Síndrome Sjögren primario

total de pacientes estudiados, 11 (36,67%) presentaban capilaroscopia alterada, de los cuales 6 (54,5%) presentaban enfermedad reumatológica. Siguiendo los criterios diagnósticos de IPAF, en nuestra muestra obtenemos 5 casos, siendo cuatro NO y una NIU, tres de ellos con capilaroscopia alterada.

Conclusiones: En nuestra serie, un tercio de los pacientes se diagnosticó de enfermedad reumatológica asociada a neumopatía intersticial. De los pacientes evaluados, 36,67% presentaban capilaroscopia alterada, un 54,5% presentando enfermedad reumatológica concomitante. Siguiendo los criterios de clasificación de IPAF, en nuestra muestra obtenemos 5 casos: cuatro NO y una NIU, 3 de ellos con capilaroscopia alterada. Es necesario el conocimiento de esta asociación y el abordaje multidisciplinar para el adecuado diagnóstico y seguimiento de estos pacientes.

RC072. INCIDENCIA DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE (ITL) EN ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS INFLAMATORIAS Y DAÑO HEPÁTICO INDUCIDO POR DROGAR DEBIDO AL TRATAMIENTO DE LA ITL. ESTUDIO PROSPECTIVO DE 51 PACENTES DE UN CENTRO HOSPITALARIO

L.C. Domínguez Casas, V. Portilla, A. Corrales, V. Calvo-Río, N. Vegas-Revenga, M. González-Gay y R Blanco

Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: Uno de los riesgos de la terapia biológica es la reactivación de tuberculosis, esto se evita tratando la infección tuberculosa latente (ITL) Tanto la isoniazida (INH) como la rifampicina, la pirazinamida y el etambutol, pueden producir daño hepático inducido por drogas (DHID), incluso fallo hepático. Las alteraciones de función hepática por INH son ampliamente conocidas en la población general, pero no en enfermedades inflamatorias reumatológicas.

Objetivos: El objetivo del estudio es establecer la incidencia de tuberculosis latente nuestra región y la incidencia y los factores de riesgo para padecer DHID por INH en pacientes con enfermedades reumatológicas inflamatorias.

Métodos: 251 pacientes diagnosticados de enfermedad reumatológica inflamatoria en los que se realizó screening de ITL previo al inicio de terapia biológica fueron incluidos entre enero y diciembre de 2016 en nuestro hospital. Todos ellos estaban clasificados de acuerdo a los criterios establecidos para cada una de las diferentes patologías. El diagnóstico de ITL se realizó en base a positividad para el test de la tuberculina (TST) y/o Quantiferon TB Glod in tuve (QTF-GIT). Si TST negativo se realizó boosterTST. La infección aguda por tuberculosis se descartó mediante examen físico y Rx tórax. La ITL se trató con el mismo régimen en todos INH 300 mg + piridoxina 50 mg durante 9 meses. Se realizó un análisis con ALT a las 4-6 semanas tras el inicio del tratamiento en todos y a las 10-12 semanas si el primer análisis estaba alterado. En nuestro estudio DHID se definió como ALT > 2 veces el límite superior normal o ≤ 2 veces ese rango con síntomas como ictericia, fiebre o dolor abdominal. Las características basales fueron edad, sexo, enfermedad subyacente, tratamiento concomitante, h^a consumo de alcohol y presencia de comorbilidades.

Resultados: Se estudiaron 251 pacientes (168/83) con edad media de 5,44 ± 15. En todos los pacientes se realizó estudio de ITL previo a tratamiento biológico. Las enfermedades subyacentes fueron artritis reumatoide (AR) (n = 104), artritis psoriásica (APs) (41), espondiloartritis (EspA) (45), vasculitis (10), uveítis (5), Lupus Eritematoso Sistémico (LES) (10), esclerosis sistémica (ES) (6), eritema nodoso (EN) (4), hidradenitis supurativa (5) y otros. Se diagnosticó ITL en 80 de los 251 pacientes (31,7%) con TST positivo (n = 41), booster-TST (13), QTF (11) y TST + QTF (15). Se inicio profilaxis en 43 de los 80 pacientes que finalmente recibieron terapia biológica. Todos los pacientes recibieron al inicio INH 300 mg + piridoxina 50 mg. Tras 4-6 semanas del inicio los análisis mostraron elevación de ALT en 13 pacientes, 12 ≤ 2 veces el límite superior normal y 1 > 2 veces dicho rango. En el primer grupo la dosis de INH se redujo en 1 paciente. En el paciente con alteración severa de ALT, la INH se cambió por rifampicina. Un segundo análisis se realizó a esos 13 pacientes tras 10-12 semanas. 8 pacientes mostraron nivel de ALT ≤ 2 veces el límite superior normal y 1 > 2 veces dicho rango. En el primer grupo no hubo cambios. El paciente con severa alteración recibió rifampicina en lugar de INH. Se realizó una comparación entre los pacientes que presentaron alteraciones de la ALT y los

pacientes con niveles normales, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas.

	Normal (n = 29)	DHID (n = 14)	p
Edad (años)	54,37 ± 9,95	56,8 ± 10,47	0,78
Sexo	18/11	11/3	0,28
Enfermedad subyacente:			
AR, n (%)	13 (45)	7 (50)	0,75
APs, n (%)	4 (14)	2 (14)	0,96
EspA, n (%)	7 (24)	2 (14)	0,45
Vasculitis, n (%)	1 (3)	0 (0)	0,48
ES, n (%)	0 (0)	1 (7)	0,14
Uveítis, n (%)	1 (3)	0 (0)	0,48
Eritema nodoso, n (%)	0 (0)	1 (7)	0,14
LES, n (%)	1 (3)	0 (0)	0,48
Hidradenitis supurativa, n (%)	1 (3)	0 (0)	0,48
Polimialgia reumática, n (%)	1 (3)	0 (0)	0,48
Poliartritis seronegativa, n (%)	0 (0)	1 (7)	0,14
Tratamiento concomitante:			
Corticoides, n (%)	11 (39)	5 (36)	0,82
Metotrexato, n (%)	6 (21)	6 (43)	0,15
Leflunomida, n (%)	(7)	0 (0)	0,3
Hidroxicloroquina, n (%)	5 (18)	3 (21)	0,78
Salazopirina, n (%)	5(18)	0 (0)	0,09
Comorbilidad hepática:			
VHB, n (%)	3 (1)	2 (15)	0,77
VHC, n (%)	1 (4)	0 (0)	0,46
Polimedicación, n (%)	11 (61,11)	7 (38,89)	0,1

Conclusiones: En este estudio se observa que la ITL es relativamente frecuente y que un protocolo de control con función hepática realizado 1 mes tras el inicio de tratamiento podría ser útil.

RC073. BELIMUMAB EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL

F.J. Narváez García¹, M. Mora¹, P. Juárez¹, X. González-Giménez¹, C. Marco¹, K. López Aldabe², X. Juanola¹, X. Fulladosa³, F. Mitjavila² y J.M. Nolla¹

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

Objetivos: Analizar cuáles han sido las principales indicaciones del tratamiento adyuvante de rescate con BLM en los pacientes con LES en nuestro centro, así como evaluar su eficacia y seguridad en práctica clínica asistencial.

Métodos: De un total de 425 pacientes con LES atendidos en un hospital de tercer nivel que no asiste a población pediátrica, se seleccionaron para su estudio retrospectivo aquellos tratados con BLM en algún momento de su evolución clínica.

Resultados: Se identificaron 18 pacientes (15 mujeres) con una edad media (± desviación estándar) de 38,2 ± 13 años (rango 21-73) y un tiempo de evolución (mediana) desde el diagnóstico del LES hasta el comienzo del tratamiento con BLM de 84,6 meses (IQR 25-75%: 20-237 meses). Las principales manifestaciones clínicas por las que se indicó el tratamiento con BLM (varios pacientes presentaron más de una) fueron la artritis (78%) y la afectación cutánea (39%), seguidas de la nefritis lúpica (28%), serositis (17%), complicaciones hematológicas (17%) (incluyendo anemia hemolítica y plaquetopenia autoinmune), afectación neurológica (6%) y respiratoria (6%). En todos los casos se mantuvo el tratamiento de base con HCQ (80%), glucocorticoides (100%) e inmunosupresores (100% de los pacientes, incluyendo micofenolato, azatioprina, o metotrexato). Se obtuvo respuesta en el 61% (11/18) de los pacientes, siendo completa en el 44% de los casos y parcial en el 17%. En el 39% restante (7/18), el BLM se suspendió por ineficacia a los 6-9 meses de tratamiento. Como dato de interés, seis de

estos 18 pacientes habían recibido previamente tratamiento con rituximab sin respuesta clínica. De los seis, 3 (50%) respondieron a BLM. El tiempo de seguimiento (mediana) hasta la fecha de los 11 pacientes que continúan en tratamiento es de 20,2 meses (IQR 25-75%: 15,6-39,2 meses), habiéndose optimizado la dosis de BLM (a 8 o 6 mg/kg cada 4 semanas) en 5 (45%) de ellos, sin evidencia de empeoramiento clínico. Al final del período de seguimiento, la puntuación del SLEDAI-2K en estos pacientes disminuyó una media de 8 puntos (pre-RTX: 13,2 ± 6,7/post-RTX 5 ± 4; p < 0,001), consiguiéndose un ahorro considerable de glucocorticoides (16,3 ± 16,9 versus 5 ± 8,9; p = 0,024). También se observó una tendencia a la mejoría de los parámetros inmunológicos (reducción de los niveles de anticuerpos anti-ADNn y aumento de la concentración de los factores del complemento), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. No se registró ninguna reacción infusional (se administró premedicación con un antihistamínico y paracetamol en todos los casos) y únicamente el 18,5% de los pacientes tuvieron alguna infección (respiratoria o urinaria), ninguna de ellas grave.

No se encontraron diferencias significativas entre las características de los pacientes respondedores (respuesta completa + parcial) y los no respondedores, excepto en la dosis inicial de prednisona, que fue mayor en el primer grupo. Tampoco se observaron diferencias en la respuesta en función del tratamiento inmunosupresor concomitante.

Conclusiones: BLM ha demostrado en práctica clínica ser una alternativa terapéutica útil y segura en pacientes con alto grado de actividad de la enfermedad a pesar del tratamiento estándar, especialmente en aquellos con manifestaciones articulares y/o cutáneas. En los pacientes respondedores consigue una mejoría significativa y mantenida de la actividad calculada por SLEDAI, con un ahorro sustancial de glucocorticoides.

RC074. NECROSIS DE LENGUA EN LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES. REVISIÓN DE LA LITERATURA

R. Quesada Ortells, M. Alcalde Villar, A.B. Rodríguez Cambrón, C. Macía Villa, E. Álvarez Andrés, P. Collado Ramos, F. Cabero del Pozo y A. Cruz Valenciano

Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

Introducción: La necrosis de lengua es una afectación atípica de la arteritis de células gigantes (ACG) que es considerada en la literatura como un síntoma de mal pronóstico. Ante la presentación en nuestro medio de dos casos en un periodo corto de tiempo, y su buena evolución decidimos realizar revisión de la literatura.

Objetivos: Revisión de la literatura sobre la necrosis de lengua en la arteritis de células gigantes.

Métodos: búsqueda bibliográfica de casos clínicos de necrosis de lengua relacionados con ACG, en la base de datos PubMed, incluyendo artículos en inglés o en español, publicados desde el año 2000 hasta la actualidad.

Resultados: Se obtuvieron 110 de referencias, que tras la selección por título, abstract y artículo completo resultó en 61 artículos. Finalmente, los artículos que reportaban casos clínicos de necrosis de lengua por ACG fueron 25, reportando un total de 28 casos. Revisamos y presentamos estos 28 casos recogiendo sexo, edad, país de procedencia, VSG, biopsia de la arteria temporal, tratamiento y evolución tras el tratamiento. Analizamos estos datos.

Conclusiones: A diferencia de lo descrito en la literatura, la evolución de la mayoría de los casos fue favorable. La NL en la ACG está ya ampliamente descrito en la literatura, por lo que ante síntomas isquémicos atípicos o no claros, que además se acompañen de otros síntomas sistémicos inflamatorios, debemos tener en cuenta la posibilidad de estar ante una ACG.

RC075. ENFERMEDAD REUMÁTICA SISTÉMICA INDIFERENCIADA (UCTD)/CONECTIVOPATÍA INDIFERENCIADA

E. Uriarte Itzazelaia, J.A. Valero Jaimes, A. de Diego Sola, O. Maiz Alonso, C.A. Egües Dubuc, L. López Domínguez, J. Cancio Fanlo y J. Belzunegui Otano

Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.

Introducción: Hasta el 25% de los pacientes con enfermedades reumáticas con síntomas sistémicos no pueden ser diagnosticados definitivamente, por no satisfacer los criterios de diagnóstico (realmente de clasificación) para cualquiera de los trastornos reumáticos actualmente reconocidos. Además, la mayoría de estos pacientes permanecerá sin un diagnóstico específico durante 5 años o más de seguimiento. El tratamiento de estos pacientes se dirige casi sin excepción a las manifestaciones clínicas particulares y no se basa en un diagnóstico definitivo.

Objetivos: Describir las características clínicas, evolutivas, analíticas y tratamientos en pacientes con diagnóstico de ERSI en el Servicio de Reumatología del H.U.D.

Métodos: Se realizó una búsqueda retrospectiva de todos los pacientes con UCTD seguida actualmente en el HUD. Se revisaron las historias clínicas informatizadas. Las variables recogidas fueron: año del diagnóstico, primer síntoma o síntoma por el cual fueron derivados a nuestras consultas, tiempo de seguimiento, síntomas nuevos en la evolución, datos analíticos, tratamientos recibidos.

Resultados: Se encontraron 48 pacientes; 5 hombres y 36 mujeres con un tiempo de seguimiento entre 1año y 28 años [37 pacientes (77%) con ≥ 5 años de seguimiento y 11 pacientes (22%) ≥ 10 años]. De los 48 pacientes 47 tienen ANA positivos. El único ANA- es una paciente remitida por artralgias, FR+ título elevado, que presenta en su evolución xeroftalmia y xerostomía, no artritis, leucopenia y neutropenia. De los 16 pacientes con artritis solo dos tienen como único síntoma la artritis, pero la mayoría tiene otro síntoma añadido como s. seco o Raynaud (2 pacientes) y el resto más de dos síntomas. De los 10 pacientes con Raynaud, 4 de ellos permanecen sin otros síntomas, 5 de ellos tienen otro síntoma y 1 de ellos más de dos síntomas. De los pacientes con erupción uno de ellos desarrollara artritis y Raynaud y otro Raynaud y EPID. En cuanto al tratamiento de estos pacientes: 19/48 pacientes han recibido glucocorticoides, 16/48 pacientes han recibido inmunosupresores. Los pacientes con artritis han recibido FAMES sintéticos como MTX, LFN y en los casos en que aparecía EPID se trató con AZA, MMF o CFM, y 4 pacientes han recibido tratamiento con FAME biológico, RITX, bien por padecer EPID concomitante o hepatitis. Los pacientes con pleuropéricarditis han recibido tratamiento con AZA y/o ciclosporina. Los pacientes con Raynaud han recibido tratamiento con antagonistas calcio. Los pacientes con EPID han recibido glucocorticoides, AZA, MMF y CFM.

Conclusiones: Algunas de las enfermedades sistémicas indiferenciadas siguen sin cumplir criterios diagnósticos específicos a pesar

de los años, incluso más de 10 años. Su tratamiento se dirige a las manifestaciones clínicas particulares, tomando como patrón el tratamiento de las conectivopatías específicas.

RC076. DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA Y ANTICUERPOS CONTRA EL CITOPLASMA DE LOS NEUTRÓFILOS (ANCA)

S. Jeria Navarro¹, H. Park¹, A. García¹, D. Lobo¹, A. Laiz¹, B. Magallares^{1,2}, P. Moya^{1,2}, M. Millán¹, C. Díaz¹, S. Fernández¹, H. Corominas¹ e I. Castellví¹

¹Unidad de Reumatología. Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital del 2 de Maig. Consorci Sanitari Integral. Barcelona.

Introducción: La presencia de los anticuerpos contra el citoplasma de los neutrófilos (ANCA) en esclerosis sistémica (ES) es un hallazgo poco frecuente. Siendo escasas las series publicadas en la literatura. Se desconoce su papel en la evolución de la enfermedad.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas y clínicas de pacientes ANCA positivos de una cohorte de pacientes con ES.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional descriptivo sobre una cohorte de 312 pacientes de una consulta monográfica de ES en un hospital universitario terciario. Se analizaron aquellos pacientes que eran positivos para ANCA recogiendo las siguientes variables: género, raza, edad, edad al diagnóstico ES, edad al inicio de síntomas, tipo y perfil inmunológico de ES, manifestaciones clínicas de la ES, asociación con otras enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS), hallazgos capilarescópicos, y tratamiento. En cuanto a la tipificación de los ANCA se obtuvo el patrón, especificidad y titulación así como el tiempo de evolución de ES hasta aparición de ANCA.

Resultados: Cuatro de los 312 pacientes con ES presentaron titulaciones positivas de ANCA (prevalencia de 1,28%). Siendo todas mujeres. Dos tenían patrón perinuclear. El motivo de solicitud de ANCA fue insuficiencia renal con proteinuria en la mitad de los casos. Una paciente desarrolló vasculitis renal mieloperoxidasa positivo (MPO) y biopsia con necrosis glomerular segmentaria con proliferación extracapilar, otra presentó proteinuria con hematuria glomerular sin insuficiencia renal, biopsia con glomérulos en oblea. Respecto a las manifestaciones clínicas, todos los pacientes ANCA positivos presentaban algún grado de afección pulmonar (3 neumopatía intersticial y 1 hipertensión arterial pulmonar (HAP) confirmada por cateterismo de cavidades derechas). Tres pacientes tenían EAS asociada. Las características de la muestra se detallan en la tabla.

Conclusiones: En nuestra cohorte la presencia de ANCA positivos se asoció con vasculitis renal en un caso. Todos los pacientes con ANCA tenían afección vascular o intersticial pulmonar, así como otras EAS asociadas. Son necesarios estudios para caracterizar las asociaciones clínicas de la presencia de ANCA en ES.

Tabla RC075

Síntoma o signo predominante	Artritis/artralgia	Raynaud	Patología pulmonar intersticial	Serosistis	Alteraciones hematológicas	Hepatitis autoinmune	Erupción	Ictus
	21 pac	10 pac	5 pac	2 pac	3 pac	2 pac	4 pac	1 pac
Alteración analíticas	ANA+ 20/21 FR+ 7/21 AntiCCP+ 2/21	ANA+ 6/6	ANA+ 5/5 FR+ 3/5	ANA+ 2/2	ANA+3/3 Neutropenia3/3 Plaquetopenia1/3	ANA+ 2/2	ANA+ 4/4	ANA+ 1/1
Otros síntomas acompañantes	S. seco 8 Raynaud 7 Pleuropari 4 EPID 4 Hepat auto 3	Artritis 3 S. seco 2 EPID 1	Artritis 4 Raynaud 1 Erupción 1	Artritis 4 Uveítis 1 Rash 1	Raynaud 1 S. seco 1	Raynaud 2 Artritis 1	Raynaud 2 s. seco 1 EPID 1 Artritis 1	Artritis + epiescleritis
> 2 síntomas sugestivos conectivo	6 pac	1 pac					2 pac	

Tabla RC076

Pacientes	1	2	3	4
Sexo	F	F	F	F
Edad	76	81	81	75
Debut Raynaud/Diagnóstico ES (años)	No/67	72/74	40/41	72/73
Etnia	Caucásica	Latinoamericana	Caucásica	Caucásica
Tipo ES	Difusa	Limitada	Difusa	Limitada
Patrón especificidad y título ANCA (< 5,0 U/ml)	No descrito	Perinuclear MPO 102,69	Citoplasmático	Perinuclear PR3 8
Positividad ANCA desde diagnóstico ES	1 año	3 años	27 años	1 año
Anticuerpos	ANA nucleolar 1/1.280 Anti KU RNA POL 1	ANA moteado 1/640 ACA	ANA nucleolar 1/320 AntiSRP Antifibrilarina	ANA moteado 1/1.280 Anti KU Anti RO52
Enfermedades autoinmunes asociadas	Enfermedad Graves	Sjögren Cirrosis biliar Primaria Vasculitis renal Proteinuria 0,52 g/L	Antisintetasa	Miopatía inflamatoria idiopática
Afectación renal	No	No	Glomerulonefritis membranosa Microhematuria + Proteinuria 0,14 g/L	Proteinuria 0,24 g/L
Creatinina (mg/ml) pre/post ANCA	0,72/0,66	0,86/2,13	0,88/0,7	0,96/0,76
FGE pre/post (ml/min) ANCA	> 60/> 60	65/37	> 60/> 60	69/66
Gastrointestinal	No	Reflujo gastroesofágico	Reflujo gastroesofágico	Sepsis Gastrointestinal
Pulmonar	Hipertensión pulmonar	No hipertensión pulmonar	No hipertensión pulmonar	Hipertensión pulmonar (pendiente confirmación por KT)
	PAPs: 39,2 TAPSE: 2,0 cm KT PCP: 8	NIL FVC: 112% DLCO: 94%	NIU FVC: 81% DLCO: 106%	PAPs: 58 TAPSE: 1,4 cm Vel máx. flujo IT (cm/s): 333 No afectación pulmonar intersticial FVC: 58%
Cutánea	Esclerodactilia mRSS 11/51 Telangiectasias	Esclerodactilia Telangiectasias Vasculitis leucocitoclástica	Esclerodactilia mRSS 2/51 Acroosteolisis Úlceras digitales Telangiectasias	Úlceras digitales Telangiectasias
Artritis	No	No	Sí	Sí
Elevación reactantes fase aguda	No	No	VSG y PCR	VSG
Capilaroscopia	Activa	Inespecífica (algunos capilares tortuosos, presencia de dilatados y algunas ramificaciones)	Tardía	Tardía (moderadas áreas avasculares, desestructuración generalizada)
Tratamiento pre-ANCA	Micofenolato	Micofenolato Ciclofosfamida	No	Sulfasalazina Hidroxicloroquina
Tratamiento Post-ANCA	Macitentan	Micofenolato Ciclofosfamida	Prednisona Azatioprina	Prednisona

PR3: anticuerpos proteinasa 3; ANA: anticuerpos antinucleares; PAPs: presión de arteria pulmonar sistólica/mmHg; TAPSE: excursión sistólica del anillo tricúspide; KT: cateterismo cardiaco; PCP: presión arterial de enclavamiento pulmonar; GTP: gradiente transpulmonar GTD: gradiente transpulmonar diastólico; NINE: neumonía intersticial no específica; NIL: neumonía intersticial no específica; NIU: neumonía intersticial usual; FVC: capacidad vital forzada; DLCO: capacidad de difusión pulmonar de dióxido de carbono; mRSS: escala cutánea de Rodnan modificada.

RC077. PREVALENCIA DE ARTROSIS EROSIVA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

C.M. Pijoán Moratalla, J. Arroyo Palomo y C. de la Puente Bujidos

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La artrosis erosiva (AE) es una variante poco frecuente pero agresiva de la artrosis de manos. Su prevalencia en Europa se encuentra en torno al 3,3% en varones y 9,9% en mujeres, afectando al 15,5% de los pacientes con artrosis de manos^{1,2}. La AE provoca una importante pérdida de función en las manos, con signos inflamatorios más marcados y afectando casi exclusivamente a las articulaciones IFP e IFD, evitando las TMC y MCF. En la esclerosis sistémica (SSc) es frecuente este tipo de afectación de manos, con dolor y deformidad articular que, añadida a la esclerodactilia, a la presencia de úlceras digitales y a la potencial afectación articular inflamatoria produce una importante limitación funcional. Hasta la fecha no se ha establecido si la presencia de la enfermedad determina un mayor riesgo de desarrollo de artrosis erosiva.

Objetivos: Comparar la prevalencia de AE en pacientes con diagnóstico de esclerosis sistémica con la presente en las grandes cohortes

de población sana (estudio Framingham¹). De forma secundaria analizar los factores tanto clínicos como analíticos que puedan encontrarse en relación con la presencia de AE en estos pacientes.

Métodos: Se ha realizado un estudio observacional descriptivo de todos los pacientes con diagnóstico de esclerosis sistémica en seguimiento en nuestro centro. Se creó una base de datos incluyendo datos de la historia clínica y revisando las pruebas de imagen disponibles para valorar la presencia de hallazgos compatibles con AE en articulaciones interfalángicas de manos. Las lesiones de acroosteolisis no se consideraron como AE. Posteriormente se realizó un análisis descriptivo de los resultados.

Resultados: En nuestra cohorte de pacientes con SSc la prevalencia de AE, aunque baja, es mayor que la estimada en población general según las grandes cohortes de población europea, con un 8,16% (12/147) de los pacientes afectados. El 100% de los pacientes con AE fueron mujeres, presentando una edad de diagnóstico de SSc mayor respecto a los pacientes sin AE (66,72 vs. 50,72 años). La AE fue más prevalente en pacientes con afectación cutánea limitada (75% vs. 62%) y presentaban con mayor frecuencia telangiectasias en las localizaciones típicas. Igualmente, las pacientes con AE presentaban con mayor frecuencia AMAs+ (25% vs. 8,88%) y calcinosis (33% vs.

17,77%). La frecuencia de ANAs+, fenómeno de Raynaud y de enfermedad pulmonar intersticial fueron similares en ambos grupos. Ningún paciente con antiRo ni antiLa presentó AE.

Conclusiones: Aunque es una variante poco frecuente de artrosis, en nuestra cohorte se objetiva una prevalencia de AE mayor en pacientes con SSc que en población general sin esta patología. En nuestro grupo, los factores de riesgo más asociados fueron el sexo femenino, la edad avanzada al diagnóstico de SSc, la presencia de AMAs+ y de calcinosis, independientemente de la localización de ésta. La frecuencia de afectación pulmonar y fenómeno de Raynaud fue similar en ambos grupos.

Bibliografía

1. Haugen IK, Englund M, Aliabadi P, et al. Ann Rheum Dis. 2011;70:1581-6.
2. Kwok WY, Kloppenburg M, Rosendaal FR, et al. Ann Rheum Dis. 2011;70:1238-40.

RC078. ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Aguilera Cros, M. Arcila Durán, A. Ruíz Román, L. Méndez Díaz, I. Madroñal García, R. Gil Vélez, M. Lisbona Muñoz, N. Garrido Puñal y J. Povedano Gómez

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

Introducción: La enfermedad de Still del adulto (ESA) representa una enfermedad autoinflamatoria sistémica y sus criterios diagnósticos son clínicos sin pruebas genéticas. Se caracteriza por la tríada: fiebre elevada intermitente, artralgias o artritis y erupción cutánea evanescente, máxima durante los picos febriles. Dadas las manifestaciones compartidas entre ESA, artritis idiopática juvenil sistémica (AIJS) y síndromes autoinflamatorios, el análisis molecular puede ayudar a diferenciar estas enfermedades.

Objetivos: Describir las características clínicas, analíticas y tratamiento de una cohorte de pacientes con ESA, revisar si cumplen los criterios diagnósticos de Yamaguchi (CY) y si se ha realizado análisis molecular de autoinflamatorios.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes atendidos en nuestro Hospital (2008-2018), con diagnóstico de ESA. Los datos fueron obtenidos a través de la revisión de historias clínicas. La demora en el diagnóstico de ESA se definió como la diferencia en años entre la sospecha diagnóstica inicial y el diagnóstico de ESA. Criterios de Yamaguchi: Mayores: fiebre > 39 °C intermitente (> 1 semana); artralgias (> 2 semanas); erupción cutánea típica; leucocitosis > 10.000. Menores: odinofagia; linfadenopatía y/o esplenomegalia; disfunción hepática; ausencia de factor reumatoide y anticuerpos antinucleares. Reuniendo 5 o más criterios, que incluyan al menos 2 mayores (sensibilidad del 96% y especificidad del 92%). En todos los pacientes se han excluido: infecciones, neoplasias y otras enfermedades reumáticas que puedan remedar a la ESA.

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes (15 mujeres), edad media 41 ± 11,7 años (media ± DE). Dos mujeres, con inicio a los 8 y 3 años de edad, diagnóstico inicial de AIJS y posteriormente de ESA. El 92% de los pacientes diagnosticados de ESA cumplen los CY (5 o más incluyendo al menos 2 mayores) y 2 de los pacientes solo cumplían 4 criterios (3 mayores y 1 menor). El 75% de los pacientes tenían un diagnóstico previo diferente (14 poliartritis febriles y 4 fiebre de origen desconocido), con un tiempo medio transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico de ESA de 5 años en 13 de los pacientes. En 6 de los pacientes se les realizan pruebas genéticas para síndromes de fiebre periódica, confirmándose el diagnóstico de fiebre mediterránea familiar y TRAPS en 2 pacientes. La manifestación clínica más frecuente: artralgias 96%, seguida de fiebre > 39 °C 93%, exantema maculopapular evanescente 88%, mialgias

67%, odinofagia 63%, artritis 54%, adenopatías 38%, dolor abdominal 38%, hepatomegalia 21%, esplenomegalia y síndrome de activación macrofágica en el 12% respectivamente y pericarditis 1%. El inicio del cuadro fue poliartritis febril en 14 pacientes. El patrón de la artritis fue poliarticular en 10 pacientes y oligoarticular en 3. Las articulaciones más afectadas y resultados de laboratorio en tabla. Presentan una evolución de forma policíclica 21 pacientes y monocíclica 3 pacientes. El tratamiento inicial se basó en AINES (96%) y glucocorticoides (96%) para control de los síntomas, necesitando añadir metotrexato en 13 pacientes. Cinco utilizan además terapia biológica y 4 inmunosupresores.

Manifestaciones articulares y resultados de laboratorio

Articulación	n (%)
Carpo	9 (37)
Metacarpofalángicas	9 (37)
Rodillas	9 (37)
Interfalángicas proximales	7 (29)
Tobillos	6 (25)
Caderas	4 (17)
Tarsos	3 (12)
Resultados de laboratorio	n (%)
Leucocitos > 10.000/l	20 (83)
VSG > 40 mm/h	20 (83)
PCR elevada (> 5 mg/dl)	19 (79)
Hemoglobina < 10 g/dl	13 (54)
Ferritina elevada (ng/ml)	
No realizada	5 (20)
< 500	11 (41)
500-1.000	1 (4)
> 1.000	7 (29)
Enzimas hepáticas alteradas	14 (58)
Factor reumatoide positivo	4 (16)
Anticuerpos anticitrulina positivos	2 (8)
Anticuerpos antinucleares positivos	4 (16)

Conclusiones: Nuestros resultados se asemejan a lo publicado en la literatura. La ESA debe incluirse en el diagnóstico diferencial de fiebre de origen desconocido. Existe un solapamiento en la forma de presentación de ESA y SAI monogénicos, y en ciertos casos los test genéticos pueden ayudarnos a distinguirlos.

RC079. ESCLEROSIS SISTÉMICA. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE UNA SERIE DE CASOS

M.J. Moreno Martínez¹, D. Palma¹, A. Haro¹, E. Peñas¹, M.R. Oliva², M. Mayor¹ y M.C. Esteban³

¹Reumatología; ²Medicina Interna. Hospital Rafael Méndez. Lorca.

³Reumatología. Hospital Comarcal del Noroeste. Caracava de la Cruz.

Introducción: La esclerosis sistémica es una enfermedad inflamatoria grave que causa fibrosis en la piel y afectación de múltiples órganos pudiendo causar la muerte del paciente. Debido a ello, los criterios de clasificación se han ido modificando con el objetivo del diagnóstico más precoz posible.

Objetivos: Realizar una descripción clínica y demográfica, así como del manejo terapéutico, de una serie de pacientes con esclerosis sistémica.

Métodos: Se analizan variables clínicas, analíticas, demográficas y de manejo terapéutico de una serie de pacientes con esclerosis sistémica según los criterios de clasificación actuales, en dos hospitales de la Región de Murcia.

Resultados: Se trata de una serie de 25 pacientes con esclerodermia sistémica. El 100% eran mujeres, con una edad media de 59,1 años y una evolución de la enfermedad de 6,33 años. Presentaron formas limitadas el 48% (12/25), difusas el 36% (9/25) y esclerodermias precoces el 16% (4/25). En cuanto a las alteraciones clínicas de las pacientes: el 100% de los pacientes presentaban fenómeno de Raynaud. Solo el 64% de las pacientes (16/25) tenían una capilaroscopia

patológica, siendo el patrón más frecuente el tipo 3 (11/16). 8/25 pacientes tenían también úlceras digitales. El 64% (16/25) tenían afectación articular en forma de artralgiar/artritis no erosiva. El 44% (11/25) de las pacientes tenían una afectación pulmonar parenquimatosa asociada a su enfermedad. El 28% (7/25) de las pacientes tenían una afectación digestiva relacionada con su enfermedad. El 8% (2/25) tenían afectación renal en forma de crisis renal esclerodérmica. Una paciente presentaba una sintomatología grave de xerostomía. Una paciente también manifestó calcinosis. Se realizaron determinaciones analíticas de inmunología en todos los pacientes: el 92% (23/25) tenían anticuerpos antinucleares positivos. En el 80% (20/25) estaban presentes los anticuerpos anticentrómero y en el 12% (3/25) los anticuerpos anti-SCL70. Se detectaron otros anticuerpos en algunas pacientes como anti-RO en 2/25, y anti-Tif1gamma en 3/25. Una de las pacientes que presentó este último anticuerpo positivo falleció, tras un año del diagnóstico, por una neoplasia. En cuanto al tratamiento, el 56% (14/25) de nuestras pacientes precisaron tratamiento inmunomodulador además del tratamiento propio del fenómeno de Raynaud, úlceras digitales y la tensión arterial. En cuanto a los inmunomoduladores: hidroxicloroquina se utilizó en 4/14. Metotrexate se utilizó en 3/14. Azatioprina se utilizó en 2/14. Micofenolato mofetilo se utilizó en 2/14. Rituximab se utilizó en 2/14. Una paciente precisó tratamiento con ciclofosfamida.

Conclusiones: En nuestros pacientes la prevalencia de afectación pulmonar es algo mayor que en otras series (44% vs. 26,6%)¹. El fenómeno de Raynaud y las manifestaciones musculoesqueléticas son habitualmente de las más frecuentes en esta enfermedad, como podemos ver en nuestros resultados. Detectamos un porcentaje considerable (12%) de marcadores relacionados con el riesgo aumentado de neoplasias. Más de la mitad de nuestros pacientes precisaron de inmunomoduladores para su control.

Bibliografía

1. Reyes Llerena GA, Guibert Toledano ZM, López Cabreja G, et al. Revista Cubana de Reumatología. 2014;XVI:346-55.

RC080. EL PAPEL DE LA CAPILAROSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE ESCLEROSIS SISTÉMICA EN PACIENTES CON AUTOANTICUERPOS ESPECÍFICOS DE LA ENFERMEDAD

A. Movasat Hajkhan, H. Moruno, A.I. Turrión, C. Bohórquez, A. Pérez, F. Albarrán, E. Cuende, A.I. Sánchez, L. Ruiz, P. Pretel, L. Barrio, V. Emperiale, A. Abassi y M. Álvarez de Mon

Servicio de Enfermedades Autoinmunes-Reumatología. Hospital Príncipe de Asturias. Madrid.

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune caracterizada por fibrosis de la piel y órganos internos y vasculopatía. Hasta hace unos años, los criterios ACR 1980 no permitían el diagnóstico precoz de la ES y éste generalmente se hacía en fases tardías, cuando ya se había establecido daño irreversible. En los nuevos criterios de clasificación ACR/EULAR, la realización de capilaroscopia (CP) adquiere una gran importancia siendo sus hallazgos cruciales para el diagnóstico de la "preesclerodermia", pudiendo existir cambios capilares en pacientes todavía sin afectación dérmica.

Objetivos: Analizar los hallazgos capilaroscópicos en pacientes con autoanticuerpos específicos de la enfermedad y evaluar su utilidad para el diagnóstico precoz de la ES.

Métodos: De un total de 255 CP realizadas en nuestra consulta, se seleccionaron aquellos pacientes con anticentrómero o antitopoisomerasa positivo. En todos los casos la CP fue realizada en 8 dedos, siempre por el mismo observador. Se consideró patrón esclerodermiforme la evidencia de dilataciones capilares, hemorragias y pérdida local o global de capilares. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS 19.0.

Resultados: En el estudio se incluyeron 69 pacientes: 5 varones (7,2%) y 64 mujeres (92,8%), 14 (20,3%) fumadores, 47 (68,2%) no fumadores y 8 (11,5%) exfumadores. Las características de los pacientes incluidos en el estudio fueron las siguientes: 20 pacientes (29%) estaban diagnosticados previamente de ES (19 limitadas y 1 difusa, de los cuales 4 pacientes tenía concomitantemente cirrosis biliar primaria (CBP)), 1 paciente con CBP con anticentrómero positivo sin presencia de Raynaud, 1 paciente con síndrome de Sjögren y CPB con anticentrómero positivo sin presencia de Raynaud, 26 pacientes (37,6%) con sospecha de ES precoz y 21 pacientes (30,4%) con autoanticuerpos específicos de la enfermedad en ausencia de Raynaud. La CP fue normal en 32 pacientes (46,4%) y patológica en 37 pacientes (53,6%): se objetivaron dilataciones limitadas en 27%, dilataciones generalizadas en 26%, megacapilares en 38%, pérdida limitada de capilares en 28%, pérdida difusa en 9%, hemorragias en escasa cuantía en 30% y abundantes en 10%. Todos los pacientes diagnosticados previamente de ES tenían una CP patológica excepto uno. Sin embargo, no se apreciaron alteraciones en la CP en pacientes que presentaban únicamente autoanticuerpos específicos en ausencia de fenómeno de Raynaud. Mientras que de los 26 pacientes que fueron remitidos ante sospecha de posible ES precoz y todos con autoanticuerpos y fenómeno de Raynaud, en 18 (69%) de ellos se observó patrón esclerodermiforme con consecuente diagnóstico de ES precoz o preesclerodermia.

Conclusiones: La CP es una herramienta útil y de bajo coste para el diagnóstico de la ES. El patrón esclerodermiforme es muy específico de esta enfermedad. Mediante la CP podemos hacer un diagnóstico precoz de la enfermedad en pacientes que únicamente tienen autoanticuerpos y fenómeno de Raynaud, aún sin presencia de otras manifestaciones graves de la enfermedad. Así mismo, hemos observado que la ausencia de fenómeno de Raynaud se relaciona con un resultado normal en la CP.

RC081. EFECTOS ADVERSOS REUMATOLÓGICOS INMUNOMEDIADOS ASOCIADOS A LA INMUNOTERAPIA ONCOLÓGICA. EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA

D. Lobo Prat¹, S. Rodríguez-García², A.M. Millán¹, R. Gumucio², I. Castellví¹, R. Castellanos-Moreira², A. García-Guillén¹, V. Ruiz-Esquide², S. Jeria¹, S. de la Cruz², C. Díaz-Torné¹, H. Park¹, A. Laiz¹, B. Magallares¹, P. Moya¹, S. Fernández¹, A. Gómez-Puerta Jose² y H. Corominas¹

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: La terapia con inhibidores de puntos de control inmunológico (IPCI) o "checkpoint inhibitors" ha supuesto un gran avance en el tratamiento de múltiples neoplasias en estadios avanzados. Sin embargo, debido a su mecanismo de acción, los efectos adversos incluyen diversas manifestaciones reumatológicas. En este estudio presentamos la experiencia en la caracterización, diagnóstico y manejo de los efectos adversos relacionados con la inmunoterapia (EARI) reumatológicas en dos hospitales universitarios de nivel terciario.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional que incluyó a todos los pacientes adultos en tratamiento con IPCI derivados a Reumatología entre 2015 y 2018 por aparición de síntomas musculoesqueléticos. Se recogieron los datos demográficos, tipo de neoplasia e inmunoterapia administrada, antecedentes reumatológicos, manifestaciones reumatológicas incluyendo datos analíticos y ecográficos, tratamiento recibido y necesidad de suspensión de la inmunoterapia.

Resultados: Se reclutaron 18 pacientes (50% mujeres) con una edad media de 60,1 años (rango 32-83). 8 pacientes presentaban melanoma, 5 cáncer de pulmón, 2 urotelial; y un caso de cáncer de mama,

cabeza y cuello y escamoso de piel. Los IPCI más utilizados fueron pembrolizumab (8 casos) seguido de nivolumab (7) en monoterapia (3) o en combinación con Ipilimumab (4). 6 pacientes tenían historia previa de enfermedad reumatológica (1 espondiloartropatía, 1 AR seropositiva, 1 LES, 1 gota, 1 condrocalcinosis y 1 fibromialgia). El EARI más frecuente fue la artritis, que se observó más frecuente en varones (71,4%). Los demás EARI fueron vasculitis leucocitoclástica (1), vasculitis de pequeño vaso ANCA negativa (1), PMR (1), tenosinovitis (1) y espondiloartritis (2). 5 pacientes fueron clasificados como manifestaciones musculoesqueléticas no inflamatorias. Los anticuerpos ACPA, FR y el HLA B27 fueron negativos en todos los pacientes excepto el paciente con antecedente de AR. Los ANA fueron positivos en 4 pacientes sin presentar especificidades. 5/6 pacientes con ecografía articular evidenciaron signos inflamatorios. Respecto al tratamiento del EARI, la mayoría de los pacientes recibieron glucocorticoides (61,1%) y/o AINE (33,3%). 2 pacientes tuvieron que suspender la inmunoterapia debido a los EARI reumatológicos.

Conclusiones: En concordancia con estudios previos, nuestros resultados sugieren que los EARI reumatológicos pueden reactivar enfermedades reumatológicas previamente conocidas o debutar como un nuevo síndrome reumatológico. Cabe resaltar que la inmunoterapia tuvo que suspenderse solo en 2 de los 18 pacientes estudiados. La mayor parte de los pacientes presentaron artritis con buena respuesta a glucocorticoides y/o AINE sin necesidad de añadir FAME. Es necesario abordar la implantación de circuitos multidisciplinares para el tratamiento de los EARI reumatológicos, así como la realización de estudios prospectivos sobre la presencia de estas complicaciones evaluando objetivamente la efectividad de su tratamiento.

RC082. AFECTACIÓN PULMONAR EN SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Crespo Golmar¹, C. Moriano Morales¹, C. Iñiguez Ubiaga¹, I. González Fernández¹, X. Larco Rojas¹, A. López Robles¹, M. Martín Martínez¹, C. Álvarez Castro¹, E. Díez Álvarez¹, M.E. Vallejo-Pascual² y T. Pérez Sandoval¹

¹Unidad de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.

²Facultad de CC.EE y Empresariales. Universidad de León.

Introducción: La afectación pulmonar en el síndrome de Sjögren primario (SSP) es una entidad poco definida hasta el momento, estimándose su prevalencia en torno al 9-24%¹ según la literatura publicada.

Objetivos: Analizar la prevalencia de afectación pulmonar en nuestros pacientes con SSP, describir los patrones más frecuentes y estudiar la correlación entre actividad de la enfermedad y presencia de afectación pulmonar.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con SSP seguidos en nuestra Consulta Monográfica de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Se seleccionaron aquellos pacientes que cumplen criterios de clasificación ACR 2016 y a los que se les había realizado alguna prueba de imagen: tomografía computarizada (TAC) y/o tomografía computarizada de alta resolución (TACAR). La afectación pulmonar se definió por clínica (tos y/o disnea de esfuerzo) y presencia de alteraciones sugestivas en TACAR/TAC y/o en pruebas de función respiratoria. Los datos recogidos se han analizado mediante SPSS v22.0.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes, con edad media al diagnóstico de 57,3 ± 13,5 años, el 90,5% mujeres. El tiempo medio de seguimiento de la enfermedad hasta la realización de la prueba de imagen fue de 5,9 ± 7,38 años (mediana 3 años). Ningún paciente era fumador activo, siendo exfumadores el 14,3% de la muestra. Los valores medios de PCR y VSG fueron 4,33 mg/dl y 29,9 mm/hora respectivamente. De los 21 pacientes incluidos, el 42,8% tenía síntomas (77,8% tos y 55% disnea esfuerzo), mientras que en el 71,4% se detectó afectación pulmonar en TAC/TACAR, con los siguientes patrones: bronquiectasias (38%), nodulillos (38%), reticular (33%), vidrio deslustrado (33%),

quistes (19%), panalización (9,5%). El 14,3% de los estudios fueron compatibles con neumopatía intersticial linfóide (NIL). Las pruebas respiratorias funcionales se realizaron en 15 pacientes (71,4%), siendo normales de forma global en el 20%. La espirometría se afectó en el 53,3% de los casos (obstrucción leve en el 33,3%), mientras que la DLCO disminuyó en el 60% de los casos (55,5% descenso leve, 22,2% moderado y 22,2% grave) con un valor medio de 59,75 ± 14,36%. El 57,1% de los pacientes estudiados estaban asintomáticos, sin embargo tenían alteraciones en el TAC/TACAR el 58,3% de ellos. Se observó una tendencia al descenso de la DLCO en aquellos pacientes con niveles más elevados de VSG sin alcanzarse significación estadística (p = 0,078).

Conclusiones: 1) En el 71,42% de los pacientes con SSP analizados, se objetivó afectación pulmonar a través de pruebas de imagen y en el 46,7% mediante pruebas respiratorias funcionales. Sin embargo, solo el 42,9% había presentado manifestaciones clínicas. Más de la mitad de los pacientes asintomáticos presentaban alteraciones en las pruebas de imagen. Ello nos debe hacer buscar activamente la afectación pulmonar, ya que marca el pronóstico de la enfermedad. 2) La quinta parte de los pacientes presentaban alteraciones quísticas pulmonares y se objetivó patrón NIL en el 14,3% de los casos. 3) Se observó una asociación cercana al límite de la significación estadística entre la elevación de VSG y el descenso de la DLCO, pero son necesarios estudios con mayor tamaño muestral para extraer conclusiones definitivas.

Bibliografía

1. Stojan G, Baer AN, Danoff SK. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2013;13:354-60.

RC083. VASCULITIS ASOCIADAS A ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE UNA SERIE DE PACIENTES

M. Mayor González¹, M.J. Moreno Martínez¹, E. Peñas Martínez¹, A. Haro Martínez¹, D. Palma Sánchez¹, M.R. Oliva Ruiz², A.J. Martínez Ruiz³, E. Lucas Guillén³ y M.C. Esteban Garrido⁴

¹Unidad de Reumatología ³Servicio de Nefrología; ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca. ²Unidad de Reumatología. Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz.

Introducción: Las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) son un grupo de enfermedades que tienen en común constituir vasculitis necrotizantes sistémicas que afectan predominantemente a pequeños vasos, siendo por lo general muy graves pero de evolución clínica muy variable.

Objetivos: Describir las características generales y manifestaciones clínicas así como el manejo terapéutico de una serie de pacientes con vasculitis de pequeños vasos asociadas a ANCA en un hospital de la región de Murcia.

Métodos: Se revisó de manera retrospectiva las historias clínicas de pacientes que cumplieran criterios de vasculitis de pequeños vasos en un periodo de tiempo de 15 años. Posteriormente se analizó las variables clínicas, analíticas, demográficas y de manejo terapéutico.

Resultados: Se incluyeron 35 pacientes, 9 con granulomatosis con poliangeítis (previamente Wegener) (GPA), 11 con poliangeítis microscópica (PAM) y 15 con granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (o Churg-Strauss) (GEPA). La edad media de los pacientes fue de 65 años (55 GPA, 79 PAM, 61 GEPA) siendo el 40% menor de 55 años en el momento del diagnóstico. Predominó el sexo femenino en un 60% (21 pacientes; 5 GPA, 5 PAM, 11 GEPA). El 66% (23 pacientes) se diagnosticaron durante ingreso hospitalario (44% GPA (4 pacientes), 82% PAM (9 pacientes) y 66% GEPA (10 pacientes). Se realizó biopsia diagnóstica en 49% de los pacientes (17 pacientes) siendo la renal la más común. El 74% fueron ANCA + (26 pacientes) (78% GPA, 100% PAM; 53% GEPA) mayormente anti-PR3 + en pacientes con GPA y anti-MPO + en PAM y GEPA. Los sistemas más frecuentemente afectados fueron pulmonar/respiratorio (22 pacientes, 7 GPA, 2 PAM, 13 GEPA) seguido

de renal (14 pacientes, 4 GPA y 10 PAM) y SNP (9 pacientes, 1 PAM y 8 GEPA). Solo 3 pacientes todos ellos diagnosticados de GPA presentaron afectación ORL. Destacar entre otras variables clínicas que una paciente con PAM fue diagnosticada 3 años después de síndrome mielodisplásico. La mortalidad fue del 8,6% (3 pacientes diagnosticados de PAM). El 74% de los pacientes (26/35) fueron tratados con tratamiento inmunomodulador a parte de corticoides. De éstos el 38% (10/26 pacientes) recibió más de uno. Entre los más empleados destaca la azatioprina (16 pacientes) seguido de metotrexate (10 pacientes), ciclofosfamida (9 pacientes) y por último rituximab (6 pacientes). Una paciente con GEPA fue tratada con micofenolato mofetilo. 8 pacientes precisaron de hemodiálisis (1 con GPA y 7 con PAM).

Conclusiones: La vasculitis de pequeño vaso más prevalente en nuestra serie fue la granulomatosis eosinofílica con poliangeítis o Churg-Strauss lo que contrasta con lo que ocurre en la literatura. El compromiso otorrinolaringológico fue aislado en nuestros pacientes, siendo ésta una de las manifestaciones clínicas más frecuentes según otras series. Los resultados de la positividad de los ANCA si mostraron concordancia con lo publicado, sobre todo analizando los subtipos, ya que en los pacientes con GPA predominaron los c ANCA-PR3 + y en los pacientes con PAM y GEPA los p ANCA-MPO +. La respuesta a los tratamientos fue mejor en los pacientes diagnosticados de GPA y GEPA que en los pacientes con PAM.

RC084. LESIONES ENDOCÁRDICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS. REVISIÓN DE CASOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME

S.A. Rodríguez Montero, C. Ramos Giraldez y C. Trapero Pérez

Unidad de Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: La endocarditis infecciosa hace referencia a la infección de una válvula cardiaca nativa o protésica y suele ocurrir en pacientes con anomalías estructurales valvulares que predisponen a flujos turbulentos. Manifestaciones como artralgias, artritis o raquialgia aparecen hasta en el 40% de los pacientes, lo que actúa como factor de confusión cuando esta infección tiene lugar en pacientes con enfermedades reumáticas. Por otro lado, en estos últimos pacientes se han descrito endocarditis no infecciosas, lo que añade aún más complejidad al diagnóstico.

Métodos: Presentamos una serie de casos de lesiones endocárdicas documentadas en pacientes de la unidad de reumatología de nuestro hospital durante los últimos 3 años. Se recoge la siguiente información procedente de las historias clínicas e informes de alta: edad, sexo, tipo de enfermedad reumática, duración de la enfermedad, tratamiento inmunosupresor basal, características de la endocarditis y presencia de factores de riesgo cardiovascular. El presente estudio ha sido aprobado por un CEIC local.

Resultados: En la tabla se recogen las principales variables demográficas y clínicas.

Tabla 1 RC084

	Edad	Sexo	Enfermedad basal	Tratamiento de base	Debut enfermedad endocárdica	Hemocultivos	Lesión endocárdica	Complicaciones	Evolución
Caso 1	27	Varón	Dermatomiositis	Metotrexato + corticoides	Síndrome febril + úlceras digitales	Staph. Aureus	Endocarditis Infecciosa	Perforación velo mitral, precisa cirugía cardíaca	Resolución con reparación valvular. Dermatomiositis en remisión
Caso 2	64	Varón	Cervicodorsalgia	Analgésicos	Sd febril	Strept. Gallolyticus	Endocarditis Infecciosa	—	—
Caso 3	53	Mujer	Esclerosis Sistémica	Tocilizumab + corticoides	Sd febril	—	Endocarditis Trombótica no infecciosa	Isquemia arterial aguda embólica MID	Resolución con embolectomía esclerótica sistémica estabilizada
Caso 4	13	Mujer	Anemia hemolítica autoinmune	Corticoides + Esplenectomía	Ictus isquémico	—	Mixoma auricular	—	Evolución a LES ANA y AntiDNA +
Caso 5	48	Mujer	Trombopenia autoinmune	Corticoides	Isquemia MMII embolia ilíaca bilateral	—	Mixoma auricular	—	LES vs. Sd inmunológico secundario a mixoma

Conclusiones: El espectro de afectación endocárdica en pacientes con enfermedades reumáticas es variable. En esta revisión de casos encontramos lesiones de diferente origen: infeccioso, trombotico y tumoral. La aparición de fiebre de origen desconocido en pacientes con enfermedades reumáticas exige descartar una endocarditis, precisando ecocardiografía transesofágica en caso de que el estudio transtorácico, de menor sensibilidad, resulte negativo. Resulta llamativo el caso de la paciente 3, una esclerosis sistémica con calcinosis en miembros, cuya verruga endocárdica, al desprenderse, pudo estudiarse histológicamente, revelando en su composición fundamentalmente calcio, plaquetas y fibrina. No hemos encontrado antecedentes bibliográficos de endocarditis cálcica. En definitiva, los pacientes con enfermedades reumáticas pueden desarrollar endocarditis infecciosas, pero también vegetaciones valvulares tromboticas, así como mixomas cuyas consecuencias pueden suponer, ya desde su debut clínico, situaciones de riesgo vital para el enfermo. La presencia de fiebre, ictus o eventos embólicos en estos pacientes debe ponernos sobre la pista de una afectación endocárdica subyacente.

Bibliografía

1. Minozzi S, Fornaciari G, Musco S, et al. Am J Med. 2007;120:e1-2.
2. Lambova S. World J Cardiol. 2014;6:993-1005.
3. Iglesias-Gamarrá A, Méndez P, Rondón F, et al. Rev Esp Enferm Metab Óseas. 2002;11:50-8.

RC085. PERFIL DE ANTICUERPOS MIOSITIS: RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA

A.M. García Dorta¹, Y. Barrios del Pino², S. Peña Montelongo¹, M. Hernández Día¹, A. Monroy Calero¹, A. Franco Maside², B. Rodríguez Lozano¹ y S. Bustabad Reyes¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología. Laboratorio Central. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo de enfermedades sistémicas autoinmunes con afectación musculoesquelética, siendo también frecuente la de otros órganos. La autoinmunidad tiene un papel importante en su patogenia, identificándose autoanticuerpos (Ac) en más del 50% de los pacientes. Se caracterizan por la presencia de una serie de Ac específicos (AEM), siendo el más frecuente el Anti-Jo1 con una especificidad del 100%; y autoanticuerpos asociados (AAM), presentes también en otros síndromes. La solicitud de Ac del perfil de miositis se ha empezado a realizar en los últimos años gracias a la disponibilidad de un test multiplexado fácilmente aplicable en el laboratorio asistencial.

Objetivos: Analizar las características clínicas y el resultado de Ac del perfil de miositis de una muestra de pacientes (ingresados y consultas ambulatorias) de un Hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las solicitudes de perfil de miositis, de enero a junio de 2018. Se evalúan las características clínicas de los pacientes y su resultado. Se consideró petición

justificada aquella solicitada por EPID y/o si tenían 2 o más características clínicas y/o analíticas asociadas a MII. Técnica de ELISA en soporte sólido EUROLINE MII con 16 Antígenos (Mi2-alfa, Mi2-beta, TIF1gamma, MDA5, NXP2, SAE1, Ku, Pm-Scl100, Pm-Scl75, Jo-1, SRP, PL7, PL12, EJ, OJ, RO-52). Estudio estadístico SPSS 17.0.

Resultados: Se estudiaron 165 peticiones, 47% solicitadas por el S. Reumatología, 30% por S. Neumología y 9% por S. Medicina interna. La justificación de la solicitud fue: EPID (n = 49), clínica osteomuscular (n = 30), conectivopatías (n = 29), miositis (n = 17), elevación de CK-NAC (n = 11), fibromialgia (n = 7) y otros (n = 22). 41% hombres y 59% mujeres, media de edad de 58 (± 15 años). En la analítica hubo un aumento de CKNAC, GOT, GPT y LDH en el 21%, 12%, 19% y 24% respectivamente. Se refirió debilidad muscular en el 18%, Raynaud en el 10%, artritis en el 15%, eritema en heliotropo en el 4%, pápulas de Gottron en el 1% y manos de mecánico en el 1%. Un 52% de las peticiones tuvieron justificación, siendo el 57% de ellas como estudio de EPID. De los 165 perfiles, fueron positivos 32 (20%). De los 49 pacientes con EPID, 10 tuvieron algún Ac positivo (tabla 1), 90% hombres. De los 17 pacientes de miositis, 8 tuvieron algún Ac positivo (tabla 2), 63% mujeres. El 75% de estos (6/8) fueron positivos para AEM, el 67% fueron Anti-Jo1 (4/6). 1 paciente con miositis en el contexto tumoral (anti-OJ). 2 de las 3 biopsias musculares fueron compatibles. 2 de 7 EMG fueron compatibles. Los 14 restantes tuvieron algún Ac. positivo (tabla 3): 7 pacientes en estudio por conectivopatía, 4 pat. osteomuscular, 1 síndrome autoinflamatorio, 1 elevación de CK-NAC y 1 probable EII.

Conclusiones: EL uso de un protocolo para pacientes con EPID sin clínica de miositis, nos permitió clasificar a un grupo de pacientes con enfermedades autoinmunes. Destacando la distribución por sexo, 9 varones y 1 mujer. De los pacientes con sospecha de miositis se consiguió el diagnóstico en el 47%. La utilidad del perfil de miositis nos permitió detectar anticuerpos no presentes en otros test inmunológicos. En este caso la distribución por sexo, 3 varones y 5 mujeres. La realización de este tipo de perfil de Ac en pacientes sin EPID y que no presenten 2 o más características clínicas y/o analíticas asociadas a MII, no nos aportó ningún beneficio añadido.

Tabla 1. Pacientes con EPID y Acs positivos

	Sexo	Edad	Sospecha diagnóstica	Anticuerpos	Perfil EPID
EPID					
Paciente n.º 1	Hombre	73	Conectivopatía indiferenciada	PMSCL-100	NINE
Paciente n.º 2	Mujer	87	IPAF	PL-7	NIU
Paciente n.º 3	Hombre	84	Escleropolimiositis	PMSCL-100	NINE
Paciente n.º 4	Hombre	76	Lupus eritematoso sistémico	SRP-B PMSCL-100	NIU
Paciente n.º 5	Hombre	70	AR/SS	PL-12	NINE
Paciente n.º 6	Hombre	65	Miositis inflamatoria amioipática	SRP-B	NIU
Paciente n.º 7	Hombre	74	EITC/ escleropolimiositis	PMSCL-100	NIU
Paciente n.º 8	Hombre	83	Conectivopatía indiferenciada	PMSCL-100	NIU
Paciente n.º 9	Hombre	74	Sin conectivopatía	PMSCL-75	NIU
Paciente n.º 10	Hombre	83	IPAF	MI2a	NIU

Tabla 2. Pacientes con miositis y Acs positivos

	Sexo	Edad	Sospecha diagnóstica	Anticuerpos
Miositis				
Paciente n.º 1	Hombre	63	Polimiositis	KUB
Paciente n.º 2	Mujer	55	DM-Sd. antisintetasa	PL-12
Paciente n.º 3	Hombre	71	Polimiositis necrotizante	SRP-B
Paciente n.º 4	Hombre	74	Miositis del temporal	PL-7 JO-1
Paciente n.º 5	Mujer	40	Miositis asociada a tumor	OJ
Paciente n.º 6	Mujer	52	Síndrome antisintetasa	JO-1
Paciente n.º 7	Mujer	71	Escleropolimiositis	JO-1
Paciente n.º 8	Mujer	56	Polimiositis	JO-1

Tabla 3. Resto de pacientes con Acs positivos

	Sexo	Edad	Sospecha diagnóstica	Anticuerpos
Conectivopatías				
Paciente n.º 1	Mujer	52	Conectivopatía	PL-7
Paciente n.º 2	Mujer	52	Conectivopatía	KUB
Paciente n.º 3	Hombre	50	Conectivopatía	PMSCL-75
Paciente n.º 4	Mujer	27	Conectivopatía	SRP-B
Paciente n.º 5	Mujer	62	Conectivopatía	PMSCL-100
Paciente n.º 6	Hombre	72	Conectivopatía	JO-1
Paciente n.º 7	Mujer	72	Conectivopatía	PMSCL-100 PMSCL-75
Otros				
Paciente n.º 8	Mujer	43	Posible EII	PL-7
Paciente n.º 9	Mujer	42	Elevación CK-NAC	EJ
Paciente n.º 10	Hombre	62	SAHS. NAC	KUB
Paciente n.º 11	Hombre	60	Síndrome autoinflamatorio	PMSCL-100
Paciente n.º 12	Mujer	21	Fibromialgia	SRP-B
Paciente n.º 13	Mujer	67	Patología osteomuscular	PMSCL-100
Paciente n.º 14	Hombre	72	Polimialgia reumática	PL-7 PL-12

RC086. MANIFESTACIONES AUTOINMUNES EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

A. Monroy Calero¹, I. Aznar Ondoño², P. León González², S. Peña Montelongo¹, A. García Dorta¹, M. Hernández Díaz¹, S. Bustabad Reyes¹, J. Bethencourt Baute¹ y B. Rodríguez Lozano¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna.

Introducción: La diabetes mellitus tipo 1 (DM1), es una enfermedad autoinmune órgano-específica que cursa con auto Acs. pancreáticos y destrucción de las células β pancreáticas. Se ha descrito un riesgo aumentado de desarrollar otras manifestaciones serológicas y enfermedades autoinmunes, sobre todo del tiroides (20% con Acs. antitiroideos) y celiaquía (5%), aunque también se ha descrito su asociación a enfermedad de Addison, síndrome poliglandular autoinmune, psoriasis y otras comorbilidades autoinmunes sistémicas como la artritis reumatoide, AIJ y síndrome de Sjögren. Se han sugerido factores de riesgo genéticos, vías patogénicas compartidas con efectos pleiotrópicos y citocinas, como interferón tipo I, entre otras. **Objetivos:** 1. Conocer la prevalencia de comorbilidades autoinmunes en pacientes con DM1. 2. Describir el perfil clínico- inmunológico de estos pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de una cohorte de pacientes diagnosticados de DM1 según ADA (American Diabetes Association) en seguimiento en los Servicios de Endocrinología y Reumatología de un hospital de 3^{er} nivel en el periodo junio 1975-julio 2018. Se recogieron variables clínicas y analítico-inmunológicas. Análisis estadístico con SPSS.25.

Resultados: Se incluyeron 116 pacientes, 55% mujeres, con edad media de diagnóstico de DM1 18,7 (± 12,3 DE) años; edad media de diagnóstico de enfermedad autoinmune 38,8 (± 12,2 DE) años. Tiempo medio de evolución entre debut DM1 y comorbilidad autoinmune 10,1 años (± 10,6 DE), salvo 1 paciente con tiroiditis autoinmune 10 años antes que DM1. Presentaron manifestaciones autoinmunes 19/116 pacientes (16,4%), con los siguientes diagnósticos: hipotiroidismo autoinmune: 10 pacientes (8,6%), síndrome poliglandular autoinmune: 3 pacientes (2,6%), AR en 2 pacientes (1,8%), y 1 paciente con celiaquía, 1 LEC, 1 psoriasis y 1 enfermedad por IgG4 orbitaria, respectivamente (0,9%). Presentaron manifestaciones articulares 3 pacientes (2 poliartritis reumatoide y 1 quiroartropatía); dermatopatías en 4/19 pacientes (2 vitiligo, 1 LEC, 1 psoriasis) (21%), alteraciones hematológicas tipo anemia perniciosa en 1 paciente. No se encontró afectación visceral. Se detectaron

Acs. órgano-específicos: antitiroideos 7/17 antiroperoxidasa (+) y 3/17 antitiroglobulina (+) y 1 con anti gliadina IgA(+); ANA(+) en 4 pacientes (2 patrón granular fino, 1 nucleolar y 1 homogéneo) con especificidades negativas y 1 paciente FR(+). No se detectaron ACCP. **Conclusiones:** 1. El 16% de los pacientes con DM1 presentaron comorbilidad autoinmune a los 10 años del debut de la endocrinopatía. 2. El hipotiroidismo autoinmune fue la manifestación autoinmune más prevalente (8,6%), seguida del síndrome poliglandular autoinmune y la AR, en orden de frecuencia, similar a otras series. 3. Destacamos el hallazgo inusual de enfermedad IgG4 orbitaria como comorbilidad de la DM1. 4. Las dermatopatías (21%) fueron la manifestación clínica más frecuente en pacientes con DM1 y autoinmunidad. Señalamos la ausencia de compromiso visceral.

RC087. MACITENTAN EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS DIGITALES REFRACTARIAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

C. Moriano Morales¹, M. Retuerto Guerrero², I. Castellví Barranco³, T. Pérez Sandoval¹ y E. Díez Álvarez¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de León. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid.

³Unidad de Reumatología y Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune de etiología desconocida y afectación multiorgánica, caracterizada por disfunción de la microcirculación y fenómenos fibrótico-inflamatorios. El fenómeno de Raynaud (fR) se produce por afectación microvascular y su complicación más habitual son las úlceras digitales (UD). Estas son una causa importante de morbilidad en la ES y presentan un elevado porcentaje de recidiva en la mayor parte de los pacientes. Bosentan, un antagonista del receptor de la endotelina dual, ha demostrado en 2 ensayos clínicos prevenir secundariamente la aparición de UD. Sin embargo en ambos ensayos no se objetivó curación de UD-ES (Matucci-Cerinic et al, 2011). Posteriormente, la experiencia en práctica clínica habitual ha probado la posible utilidad de bosentan para la curación de UD (Román Ivorra et al, 2011). Macitentan es un antagonista dual de los receptores de la endotelina autorizado para el tratamiento de la hipertensión pulmonar. Se ha evaluado su eficacia en UD-ES mediante dos ensayos clínicos (DUAL-1 y DUAL-2) (Khanna et al, 2016), sin demostrarse efecto en su prevención ni reducción. Sin embargo, dichos ensayos se han criticado por la metodología y perfil de los pacientes incluidos. Dadas las similitudes del mecanismo de acción entre bosentan y macitentan, es plausible que macitentan pueda tener utilidad para el tratamiento de UD-ES en la práctica clínica habitual. **Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad de macitentan en pacientes con UD-ES.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo multicéntrico en el que se incluyeron pacientes con ES (criterios ACR 1980 y/o 2013) y UD refractarias en tratamiento según práctica clínica habitual.

A estos enfermos se les administró macitentan en régimen de uso compasivo (10 mg/día). Se recogieron variables clínico-demográficas y la respuesta al fármaco. Se definió como éxito terapéutico la resolución completa de las úlceras y mejoría parcial la reducción del número o tamaño de las mismas.

Resultados: Se incluyeron 6 pacientes (5 mujeres y 1 hombre) con una edad media al inicio del tratamiento con macitentan de 70,9 ± 8,8 años y un tiempo mediano de evolución del fR de 11 años (RI: 5,7- 15,5) y de la aparición de la primera úlcera de 6,3 años (RI 0,8-10,1). El 50% de los pacientes presentaba más de 5 UD de localización preferente en manos, y uno había precisado amputación. El 100% de los pacientes había recibido tratamiento previo con calcioantagonistas, el 66,6% prostanoides intravenosos y el 16,7% sildenafil. Cinco de los seis pacientes habían sido tratados con bosentan que se suspendió por alteración de pruebas de función hepática en dos de ellos y por falta de eficacia en tres. Macitentan se instauró en monoterapia en un paciente y el resto en combinación con calcioantagonistas; el 50% asociaba además tratamiento con ácido acetilsalicílico. Tras el inicio de macitentan, se observó mejoría en el 83,3% de los pacientes: total en 3 casos, y parcial en 2. En uno de los casos no se obtuvo respuesta, apareciendo una úlcera digital tras su inicio. El tiempo medio de seguimiento desde el inicio del tratamiento fue de 17,2 ± 11,5 meses, sin presentarse ningún efecto adverso.

Conclusiones: Macitentan parece presentar un perfil de eficacia y seguridad aceptable en el manejo de UD-ES refractarias a terapia convencional en práctica clínica habitual.

RC088. BELIMUMAB EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

C. Moriano Morales¹, M. Garijo Bufort¹, C. Iñiguez Ubiaga¹, L. Gómez-Lechón³, A. Crespo Golmar¹, I. González Fernández¹, X. Larco Rojas¹, A. López Robles¹, M. Martín Martínez¹, C. Álvarez Castro¹, C. Díez Morrondo², C. Hidalgo Calleja³, J.M. Martín Santos⁴, M. Corteguera Coro⁵, C. Torres Martín⁵, J.A. Cabezas Lefler⁶, O. Martínez González³, T. Pérez Sandoval¹ y E. Díez Álvarez¹

¹Complejo Asistencial Universitario de León. ²Hospital el Bierzo de Ponferrada. ³Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

⁴Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ⁵Complejo Asistencial de Ávila. ⁶Complejo Asistencial de Zamora.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica que cursa con un amplio espectro de manifestaciones clínicas. La persistencia de actividad de enfermedad y el uso prolongado de corticosteroides, se encuentran entre los principales predictores de daño orgánico acumulado en pacientes con LES. Por ello, son necesarias nuevas estrategias que permitan inducir remisión prolongada y minimizar los efectos adversos del tratamiento empleado hasta ahora. Belimumab es el primer fármaco desarrollado y aprobado específicamente para LES, demostrando eficacia en pacientes con alto grado de actividad.

Tabla RC087

Características de los pacientes incluidos

Paciente	1	2	3	4	5	6
Tipo	ESL	ESL (paraneoplásica)	ESL	ESL	ESD	ESL
Anticuerpos	ANA, ACA	ANA, AL, anticardiolipina	ANA, ACA	ANA, ACA	ANA, RNA Pol III	ANA, ACA
Tabaco	Fumadora	No	Fumadora	No	No	No
Esclerodactilia	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Telangiectasias	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Afectación gastrointestinal	No	Ectasia vascular antral	Trastorno motor EEI	No	No	No
Afección pulmonar intersticial	No	No	No	No	No	No
HAP	No	No	Sí (grado I)	No	No	Sí (grado I)
Afectación renal	No	No	No	No	Crisis renal	No
Capilaroscopia (patrón Cutolo)	Activo	Activo	Tardío	Tardío	Tardío	Tardío

Objetivos: Evaluar la efectividad y la seguridad en práctica clínica real durante el primer año de tratamiento con belimumab en pacientes con LES.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes tratados con belimumab desde su aprobación en 2011, en el que participan 6 centros hospitalarios de nuestra Comunidad Autónoma. Se recogen variables clínicas y analíticas antes del inicio de belimumab, a los 6 meses y a los 12 meses de la instauración del tratamiento. Entre los datos recogidos destacan la dosis diaria de prednisona recibida en diferentes momentos del análisis, así como el cálculo del índice de actividad de la enfermedad SELENA-SLEDAI, indicando mejoría si se reduce > 3 puntos. Se utilizó el programa SPSS v20 para el análisis estadístico.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes, con edad media 43,7 ± 12,2 años; 72% mujeres y 96% caucásicos. El tiempo medio desde el diagnóstico de LES hasta la infusión de belimumab fue 9,5 ± 7,1 años, iniciándose en los primeros 5 años en el 32% de los casos. 56% presentaba actividad moderada de la enfermedad y 8% actividad muy alta. Todos los pacientes, salvo uno, recibieron previamente inmunosupresor, azatioprina en el 50%; 16% no había respondido a rituximab. El principal motivo de inicio del belimumab fue la ineficacia de tratamientos previos (60%), la necesidad de reducir dosis de esteroides (56%) y el empeoramiento clínico pese a tratamiento estándar (52%); mientras que la indicación clínica más frecuente fue articular (44%), seguida de cutánea (20%) y serológica (20%). En cuanto a marcadores serológicos de actividad, el DNA estaba elevado en el 40% y el 68% mostraba hipocomplementemia, reduciéndose hasta el 24% en ambos casos a los 12 meses. La puntuación media del índice SELENA-SLEDAI descendió de 9,5 a 6 en los primeros 6 meses y a 5,2 a los 12 meses de seguimiento. También se observó una reducción en la dosis media inicial de esteroides de 20 mg/día a 8,9 mg/día y a 6,4 mg/día a los 6 y 12 meses respectivamente, consiguiéndose disminuir la dosis de esteroide en un 68% durante el primer año. Esta reducción fue clínicamente significativa, pero sin alcanzar significación estadística en el estudio (p = 0,06). Se discontinuó belimumab en 2 pacientes a los 6 meses (1 embarazo y 1 empeoramiento con aparición de proteinuria); mientras que el 34,7% lo discontinuó a los 12 meses, en su mayoría por ineficacia (62,5%). Se trató con belimumab a 2 pacientes con afectación renal grave (> 1 g proteinuria/24h), permitiendo reducir los esteroides hasta dosis bajas (< 7,5 mg/día) a los 12 meses.

Conclusiones: Belimumab parece efectivo en la reducción de actividad de la enfermedad medida por índice SELENA-SLEDAI y en la dosis media de esteroides, fundamentalmente tras 12 meses de tratamiento, sin asociar importantes efectos adversos como han mostrado estudios anteriores.

RC089. ESTUDIO PILOTO DE ADHERENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS AUTOINMUNES

J.R. Maneiro Fernández, B. Moreira, E.C. Cervantes, J.A. Mosquera, N. Bea y S. Romero-Yuste

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

Introducción: Analizar la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades reumatológicas autoinmunes.

Métodos: Se realizó un estudio piloto de corte transversal en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES), síndrome de Sjögren (SS) y esclerosis sistémica (ES) del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Fueron incluidos 44 pacientes consecutivos que estaban en condiciones de comprender el cuestionario y que aceptaron participar. Para ello se entregó una encuesta anónima en la que los pacientes cubrían datos demográficos, relacionados con su enfermedad, diagnóstico y tratamiento. La adherencia al tratamiento se evaluó mediante el *Spanish Compliance*

*Questionnaire in Rheumatology (sCQR)*¹. Así mismo se realizó un análisis de regresión lineal con la finalidad de identificar factores relacionados con la adherencia. Se consideraron significativas p < 0,05. Se usó el programa Stata versión 11.1 (Stata/IC 11,1 for Windows; StataCorp LP, College Station, TX) para realizar todos los análisis.

Resultados: Participaron un total de 44 pacientes en el estudio siendo posible utilizar para el análisis el 90,9% de las encuestas realizadas. Participaron un total de 25 (62,5%) LES, 9 (22,5%) SS y 6 (15,0%) de ES. El 82,5% fueron mujeres y la media de edad fue de 48,9 ± 12,8 (tabla) Mediante el sCQR el porcentaje de pacientes cumplidores fue del 82,5%. Ninguna de las variables estudiadas se asoció con la tasa de adherencia: sexo (p = 1,000), edad (0,134), tiempo de evolución (p = 1,000), nivel educativo (p = 0,677), estado civil (0,392), enfermedad (p = 1,000), el número de fármacos al día (p = 0,873), tratamiento con esteroides (p = 0,679) o antipalúdicos (p = 1,000).

Características de la población

	N = 40	N = 40	
Edad (años), media	48,9 ± 12,8	Tiempo de evolución, n (%)	
Sexo (mujeres), n (%)	40 (82,5)	< 1 año	2 (5,0)
Estado civil, n (%)		1-2 años	3 (7,5)
Solteras/os	14 (35,0)	2-5 años	8 (20,0)
Casadas/os	25 (62,0)	> 5 años	27 (67,5)
Viudas/os	1 (2,5)	Número fármaco/día, n (%)	
Nivel de estudios, n (%)		1	9 (22,5)
Ninguno	3 (7,5)	2	5 (12,5)
Primaria	13 (32,5)	3	11 (27,5)
Secundaria	10 (25,0)	4	4 (10,0)
Superiores/universitarios	1 (2,5)	5	2 (5,0)
Situación laboral, n (%)		> 5	9 (22,5)
Estudiante	1 (2,5)	Tratamientos, n (%)	
Desempleo	2 (10,0)	Antipalúdicos	21 (52,5)
Activo	20 (50,0)	Esteroides	14 (35,0)
Baja laboral	1 (2,5)	Metotrexato	5 (12,5)
Jubilación	8 (20,0)	Azatioprina	1 (2,5)
Diagnóstico, n (%)		Rituximab	1 (2,5)
LES	25 (62,5)		
SS	9 (22,5)		
ES	6 (15,0)		

Conclusiones: La tasa de adherencia en nuestra cohorte fue del 82,5% superior a reportadas previamente en otros estudios. [2,3] El sCQR podría ser una herramienta útil y fácil de aplicar para el estudio de adherencia en estos pacientes.

Bibliografía

1. Salgado E, Maneiro Fernández JR, Souto Vilas A, et al. *Rheumatol Int.* 2018;38:933.
2. Feldman CH, Yazdany J, Guan H, et al. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2015;67:1712-21.
3. Alsowaida N, Alrasheed M, Mayet A, et al. *Lupus*. 2018;27:327-32.

RC090. SEGURIDAD INFUSIONAL DE RITUXIMAB EN PACIENTES CON PATOLOGÍA AUTOINMUNE

C. Pavez Perales¹, J.J. Fragio Gil¹, R. González Mazarío¹, J. Ivorra Cortés^{1,2}, E. Grau García¹, C. Alcañiz Escandell¹, I. Chalmeta Verdejo¹, M. de la Rubia Navarro¹, L. González Puig¹, I. Martínez Cordellat¹, R. Negueroles Albuixech¹, J.E. Oller Rodríguez¹, F.M. Ortiz-Sanjuán¹, E. Vicens Bernabeu¹, C. Nájera Herranz¹, I. Cánovas Olmos¹, A. Prieto García² y J.A. Román Ivorra^{1,2}

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

Introducción: El rituximab (RTX) es un anticuerpo monoclonal quimérico murino/humano que se une específicamente al antígeno CD20 de los linfocitos B, induciendo muerte celular a través de la apoptosis. Actualmente se usa como terapia en diversas patologías autoinmunes. Su administración intravenosa se asocia a reacciones infusionales, algunas de ellas graves.

Objetivos: Evaluar la seguridad infusional del tratamiento con rituximab intravenoso en pacientes con patología autoinmune en vida real.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal, en el que se incluyeron pacientes con patología autoinmune tratados en un hospital terciario entre 2007 y 2018, que recibieron al menos 1 infusión de RTX IV. Al inicio de RTX se analizaron datos demográficos y clínicos, incluyendo: Charlson score, comorbilidades, uso previo de inmunosupresores, terapia biológica y/o inhibidores JAK, uso y dosis concomitante de glucocorticoides y/o inmunosupresores y dosis de RTX. Se registró además la presencia, temporalidad y gravedad de reacciones infusionales.

Resultados: Se incluyeron 55 pacientes (76,36% mujeres) con una edad media al inicio del tratamiento de 52,16 años (15,32) y una evolución media de la enfermedad hasta el inicio del tratamiento de 8,92 años (10,46) años. Las patologías por las cuales se indicó RTX aparecen en la tabla. Los pacientes se siguieron en el tiempo hasta que se suspendió la terapia con RTX. 48 pacientes llevaron tratamiento inmunosupresor previo al tratamiento con RTX, 25 llevaron terapia biológica previa y en 3 de ellos se trató previamente con inhibidores de JAK. 48 pacientes recibieron tratamiento con RTX a dosis de 1.000 mg, 1 a dosis de 600, 2 a dosis de 500 mg y 1 a dosis de 300 mg. Respecto a las terapias concomitantes, 49 pacientes se encontraban en tratamiento con glucocorticoides y 37 pacientes con inmunosupresores. Se registraron un total de 158,5 ciclos de RTX, con una media de 3,37 ciclos por paciente. 18 pacientes sufrieron una reacción infusional durante el tratamiento con RTX, 5 fueron graves y 13 leves. El 75,5% ocurrió en relación al primer ciclo de RTX y el 50% en relación a la primera infusión del primer ciclo. En 6 pacientes se suspendió el tratamiento debido a reacción infusional (5 por reacción infusional grave y 1 por decisión del paciente). No se registraron muertes por reacción infusional.

Diagnóstico	N (%)
Artritis reumatoide	20 (36,36%)
Vasculitis	11 (20%)
Otros	11 (20%)
Lupus eritematoso sistémico	8 (14,55%)
Esclerosis sistémica	5 (9,09%)

Conclusiones: La infusión de RTX fue segura en general, presentando principalmente reacciones infusionales leves. La mayoría de las reacciones infusionales se presentan en relación al primer ciclo de RTX. La suspensión del tratamiento debido a reacción infusional es poco frecuente.

RC091. ANGIODISPLASIAS INTESTINALES EN EL PACIENTE CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

C. Merino Argumániz¹, O. Rusinovich¹, M. Espinosa Malpartida², C. Ramos Giráldez³, C. Velasco Tejado¹, C. Barbadillo Mateos¹, J.L. Andreu Sánchez¹ y H. Godoy Tundidor¹

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

²Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes.

³Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: La angiodisplasia gástrica con el típico aspecto de "estómago de sandía" es una de las manifestaciones vasculares más característica de la esclerosis sistémica (ES). A igual que ocurre en estómago, estas angiodisplasias pueden afectar al intestino en ocasiones.

Objetivos: Describir una serie de 5 pacientes diagnosticados de ES con presencia de angiodisplasias intestinales (AI).

Métodos: Estudio observacional unicéntrico retrospectivo en hospital terciario. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, manifestaciones de la enfermedad, perfil serológico, tratamientos

concomitantes y manifestaciones hemorrágicas, así como hallazgos endoscópicos y tratamiento recibido. EL CEIC del centro autorizó el estudio. Se usó estadística descriptiva para la presentación de los datos.

Resultados: Se revisaron las historias clínicas de los 88 pacientes con diagnóstico de ES en seguimiento en el Servicio de Reumatología. Se localizaron 5 casos (5,6%) de AI (4 mujeres y un varón), con media de edad de 73 años (DE 13,71). En un caso, el diagnóstico de ES y AI fue simultáneo. En los 4 casos restantes, el tiempo medio desde el diagnóstico de ES hasta el diagnóstico de las AI fue de 7,75 años (DE 2,6). Con respecto a la presentación clínica, 4 de los casos se presentaron como anemia ferropénica a estudio, con presencia de AI en los estudios endoscópicos. En un caso las AI fueron un hallazgo en contexto del estudio de diarrea. En 4 de los casos, las AI se encontraba en intestino delgado, por lo que el diagnóstico se realizó mediante cápsula endoscópica. En un caso se encontraron en colon, por lo que el diagnóstico fue mediante colonoscopia. Solo uno de los casos de angiodisplasias en intestino delgado requirió tratamiento específico con láser argón mediante enteroscopia. Un caso precisó transfusión de hemoderivados. En el resto de casos fue suficiente tratamiento con ferrotterapia oral o intravenosa. En los 5 casos se trataba de ES forma limitada con presencia de anticentromero. Todos los casos presentaban fenómeno de Raynaud, 3 de ellos con úlceras digitales. Tres de los casos asociaban colangitis biliar primaria, 3 casos hipertensión pulmonar, 3 casos afectación peristáltica, 1 caso afectación pulmonar intersticial y 1 caso miocardiopatía restrictiva. Como comorbilidades se identificaron 1 caso de crioglobulinemia mixta esencial asociada a virus hepatitis C, 2 casos de valvulopatía, 2 casos de fibrilación auricular.

Conclusiones: La localización extragástrica de las angiodisplasias debe ser tenida en cuenta en el paciente con ES y ferropenia de causa digestiva, especialmente en aquellos con forma limitada y anticuerpos anticentromero positivos.

RC092. CARACTERÍSTICAS DE LA ESCLERODERMIA SISTÉMICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Campos Fernández, A. Rueda Cid, M.D. Pastor Cubillo, I. Balaguer Trull, C. Molina Almela, J.J. Lerma Garrido y J. Calvo Catalá

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

Introducción: La esclerodermia (ES) es una enfermedad sistémica que engloba un grupo heterogéneo de manifestaciones clínicas caracterizadas por un estrechamiento y obliteración de la microvascularización, activación aberrante del sistema inmune y fibrosis dependiente de factores de crecimiento que conduce a una esclerosis y engrosamiento cutáneo. La esclerodermia afecta a la piel y a otros órganos internos. Existe información limitada sobre la esclerodermia en nuestro medio.

Objetivos: El propósito de este estudio es describir las características clínicas y analíticas de la enfermedad en una serie de pacientes diagnosticados de esclerosis sistémica (forma limitada y difusa) seguidos en las consultas externas de Reumatología de un hospital terciario.

Métodos: Estudio descriptivo en el que se revisan y se recogen los datos de 35 pacientes con ES seguidos en nuestra consulta desde 1990. Las características clínicas y analíticas de los pacientes se recogieron de las historias clínicas informatizadas y se analizaron con el programa estadístico SPSS 22.0.

Resultados: Se incluyeron 35 pacientes con ES, el 91,4% fueron mujeres (32), siendo la presentación como enfermedad limitada en el 71,9% y difusa en el 28,1%. La edad media de los pacientes incluidos fue de 65,8 años (DE 13,75). El 67,7% de los pacientes no

presentaba otra enfermedad autoinmune (AU) asociada. En el resto de los casos se asociaron otras enfermedades: el 9,7% una hepatitis autoinmune, 6,5% Sjögren, 6,5% enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC), 6,5% espondilitis anquilosante (EA) y el 3,2% síndrome antisintetasa (SA). El síntoma clínico más frecuentemente encontrado fue el fenómeno de Raynaud, presente en el 87,5%; el 31,3% presentó úlceras digitales, el 50% telangiectasias y el 34,4% calcinosis localizada. Los sistemas más afectados fueron el respiratorio y el digestivo; la afectación renal fue rara. Solo 1 paciente en nuestro estudio presentó afectación a nivel cardíaco (3,7%). Los anticuerpos anti-SCL-70 eran positivos en el 69,2% y el anticentrómero en el 20,8%.

Conclusiones: La esclerodermia, es una enfermedad sistémica que presenta una clara prevalencia de afectación en mujeres. El fenómeno de Raynaud es el síntoma inicial en la mayoría de las ocasiones, precediendo incluso en años al resto de los síntomas. Las manifestaciones cutáneas son también muy frecuentes y constituyen una de las primeras manifestaciones. Se caracteriza además por presentar afectación en diferentes sistemas, siendo la afectación digestiva y la pulmonar las más frecuentes (neumonitis intersticial y fibrosis pulmonar). El 95% de los pacientes tienen ANA positivos, siendo el anti-Scl70 específico de la ES. Los resultados de nuestra serie son similares a otras revisiones publicadas.

RC093. INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE EN PACIENTES CON SARCOIDOSIS

I.M. Madroñal García¹, C. Aguilera Cros¹, M. Arcila Durán¹, L. Méndez Díaz¹, M. Gómez Vargas¹, R. Gil Vélez¹, A. Ruiz Román¹, M. Lisbona Muñoz¹, N. Garrido Puñal¹, J.A. Rodríguez Portal², C.V. Almeida González³, E. Rubio Romero¹ y J.B. Povedano Gómez¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Neumología (área de EPID). Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ³Unidad de Estadística y Metodología de Investigación. Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: La inmunodeficiencia (ID) común variable (IDCV) es una ID primaria caracterizada por hipogammaglobulinemia y una deficiente producción de anticuerpos específicos. Casi el 30% de los pacientes con IDCV desarrollan enfermedad autoinmune y granulomatosa, similar a la sarcoidosis (S) clínica e histológicamente, y que afecta fundamentalmente al pulmón. Esto puede conducir a un diagnóstico erróneo de S en un paciente con IDCV, lo que lleva a un tratamiento inadecuado y a aumentar la morbimortalidad de la enfermedad.

Objetivos: Describir las características clínicas y radiológicas una cohorte de pacientes diagnosticados de S de predominio pulmonar, y realizar estudio de niveles de inmunoglobulinas (IG) para ver la frecuencia de IDCV en estos pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes atendidos en nuestro Hospital (2008-2018), con diagnóstico de S. Los datos fueron obtenidos a través de la revisión de historias clínicas. La demora en el diagnóstico de S se definió como la diferencia en meses entre la sospecha diagnóstica inicial y el diagnóstico de S. En

los pacientes con niveles de IG disminuidas, se les ha realizado un estudio de ID ampliado.

Resultados: Se incluyeron 55 pacientes (31 mujeres), con una edad media de 52 ± 12 años. El diagnóstico inicial fue: 85% S, 10% linfoma y 4% tuberculosis. La mediana de meses desde el inicio de la clínica para el diagnóstico de S fue de 5,5 meses. En cuanto a la clínica, un 21% presentaron fiebre al inicio del cuadro, y un 65% localización extratorácica (cutáneo la más frecuente en el 27% y renal la menos en el 5%). A todos los pacientes se realizó radiografía simple y tomografía alta resolución de tórax, siendo el estadio 2 el más frecuente (51%), seguido del 3 (16%), 0 (14%) y 4 (9%). En el 90% de los pacientes se obtuvo confirmación histológica mediante biopsia transbronquial (47%), cutánea (11%) o ganglionar (29%). Las IG fueron normales en el 87% de los pacientes, solo 4 pacientes tuvieron niveles bajos de IG (IG G en 3 pacientes e IG M en 1), realizándose en estos un estudio de ID ampliado, siendo diagnosticados de IDCV 3 pacientes. Resultados de los 4 pacientes y las características diferenciales entre IDCV y S en la tabla.

Conclusiones: Aunque su presentación clínica y apariencia histológica pueden ser idénticas, el manejo de estas dos condiciones es muy diferente. Las dificultades en el diagnóstico diferencial entre S e IDCV, subrayan la importancia tanto de un historial de cribado para las infecciones recurrentes como de la medición de IG séricas ante el diagnóstico de posible S.

RC094. CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE 11 PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO A TRATAMIENTO CON BELIMUMAB DURANTE 6 MESES

Á. Seijas López, R. Aguirre-del Pino, C. Ventín-Rodríguez, M. Caeiro-Aguado, M. Freire-González y F.J. de Toro Santos

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

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad sistémica de base autoinmune con gran repercusión sobre la calidad y esperanza de vida de los enfermos que la sufren. En las últimas décadas, la aparición de los fármacos biológicos ha permitido un mayor control sobre los síntomas y la propia enfermedad. El belimumab, un anticuerpo monoclonal humano de IgG1λ que inhibe el factor estimulador del linfocito B (BLyS), es un tratamiento frente al LES en la práctica diaria de notable relevancia en la práctica clínica.

Objetivos: Describir a una población con LES y evaluar la evolución clínica y de parámetros analíticos, basales y a los seis meses de inicio de tratamiento activo con belimumab.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, de corte longitudinal y prospectivo en 11 pacientes con diagnóstico de LES. Se realizó una descripción de la población (edad, sexo, antecedentes, tratamientos previos, tipo de afectación) y se recogieron datos analíticos, clínicos e índices calculados) previos al inicio al tratamiento con belimumab y su evolución tras 6 meses con el fármaco.

Tabla RC093

Diagnóstico diferencial	IDCV	Sarcoidosis	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Infecciones recurrentes	+++	+/-	Sí	Sí	Sí	Sí
Autoinmunidad	+++	+	Sí	Sí	No	No
Esplenomegalia	+++	+/-	Sí	Sí	Sí	Sí
Hepatomegalia	+++	+/-	Sí	Sí	Sí	Sí
Disminución IgG	+++	+/-	Sí	Sí	Sí	Disminución IgM
Clínica			Pulmonar	Pulmonar	Pulmonar	Pulmonar
Estadio Radiológico			Estadio 2	Estadio 2	Estadio 2	Estadio 2
Granuloma histológico	+++	+++	Sí (biopsia transbronquial)	Sí (biopsia transbronquial)	Sí (biopsia transbronquial)	Sí (biopsia transbronquial)
Aumento CD4/CD8 en LBA	+	+++	Descenso en el cociente	Descenso en el cociente	Descenso en el cociente	No realizado
Remisión espontánea	+	+++	Curso crónico	Curso crónico	Curso crónico	Remisión
Tratamiento			Corticoides	Corticoides	Corticoides	Corticoides

Resultados: La totalidad de los pacientes (100%) fueron mujeres y la media de edad de éstas fue de 40,27 años. El 100% de las participantes mantuvo el tratamiento con belimumab a los seis meses. La afectación más común de LES fue la articular y hematológica (90,9%), seguida de la cutánea (72,7%). De las 11 pacientes, una de ellas (9,1%) experimentó complicaciones (brote de LES) durante el tratamiento con belimumab en el tiempo estudiado, y el 100% había recibido tratamiento previo, siendo el fármaco más comúnmente utilizado, por 9 pacientes (81,8%), la cloroquina. La media de resultados previo al inicio del tratamiento en la escala HAQ fue de 0,72, en la SLEDAI de 7,10, en la FACIT 27,88, en la escala EVA 33,55 y en el cuestionario SSF12 Mental y Físico 42,58 y 31,17 respectivamente. A los seis meses del inicio del tratamiento, la media en la escala HAQ fue de 0,511, en la SLEDAI 3,91, en la FACIT 31,00, en la escala EVA 27,73 y en el cuestionario SSF12 Mental y Físico 33,70 y 27,73 respectivamente, no encontrándose diferencias significativas ($p > 0,05$) al comparar entre sí los resultados iniciales y finales de cada cuestionario. En cuanto a los datos analíticos, tan solo la VSG experimentó una disminución estadísticamente significativa ($p = 0,028$).

Conclusiones: En este estudio, el uso de belimumab se obtiene un descenso significativo de la VSG tras seis meses de tratamiento, sin encontrarse mejorías significativas en el resto de las variables analizadas. Aun así, la principal limitación del estudio ha sido una muestra relativamente pequeña de pacientes, recomendando la realización de más estudios con una n mayor, al observar resultados cerca de la significación estadística.

RC095. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y OTRAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES ASOCIADAS

R. Redondo Rodríguez, M. Rojas-Giménez, M.C. Ordóñez-Cañizares, N. Mena-Vázquez, S. Manrique-Arija y A. Fernández-Nebro

UGC Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Hospital Regional Universitario de Málaga. Universidad de Málaga.

Objetivos: Estudiar la frecuencia de poliautoinmunidad en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Métodos: Diseño: serie de casos retrospectiva. Pacientes: pacientes con LES clasificados según los criterios del Colegio Americano de Reumatología (American College of Rheumatology, ACR) de 1997. Se reclutaron de forma consecutiva todos los pacientes con LES de la consulta monográfica de autoinmune del Hospital Regional Universitario de Málaga, desde marzo de 2017 hasta enero 2019, y se revisaron de forma retrospectivas las historias clínicas. Criterios de exclusión: falta de datos faltantes. Protocolo: los pacientes con LES son seguidos en la consulta monográfica de enfermedades autoinmunes cada 3-6 meses. Variables de interés: poliautoinmunidad: LES junto a otra enfermedad autoinmune limitada o sistémica. Variables secundarias: alopecia areata, artritis reumatoide (AR), celiacía, cirrosis biliar primaria (CBP), colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, diabetes mellitus tipo I, enfermedad de Addison, espondilitis anquilosante, enfermedad de Graves, miopatías inflamatorias, esclerosis sistémica, esclerosis múltiple, psoriasis, tiroiditis de Hashimoto, vitiligo, síndrome de Sjögren, síndrome antifosfolípido (SAF). Antecedentes familiares de primer grado de LES y de otras enfermedades autoinmunes. Análisis estadístico: análisis descriptivo, análisis bivariante mediante chi-cuadrado y análisis multivariante (VD: poliautoinmunidad).

Resultados: La muestra estuvo compuesta por 82 pacientes con LES. La mayoría eran mujeres (93,9%) con una media (DE) de edad de 45,1 (12,3) años. Treinta y siete pacientes (30,4%) presentan poliautoinmunidad. En la tabla se describen las enfermedades autoinmunes más frecuentes asociadas, siendo las más frecuentes el síndrome de Sjögren (24%) y SAF (10%) seguido de la artritis reumatoide y

de la afectación tiroidea. En cuanto a los antecedentes familiares, 5 pacientes (6,1%) tienen antecedentes familiares de primer grado de LES y 11 (9,1%) antecedentes familiares de primer grado de otra enfermedad autoinmune de las que se han analizado. Observamos una asociación significativa entre la presencia de poliautoinmunidad con un menor daño renal ($p = 0,019$) y un menor uso de ciclofosfamida ($p = 0,057$). Los pacientes con poliautoinmunidad tienen casi 3 veces menor riesgo de afectación renal, OR = 0,27; $p = 0,014$; IC (0,2-0,764).

Variables	LES (n = 82)
Poliautoinmunidad, n (%)	37 (30,34)
AR, n (%)	3 (3,7)
CBP, n (%)	1 (1,2)
Esclerosis sistémica, n (%)	1 (1,2)
Psoriasis, n (%)	1 (1,2)
Tiroiditis de Hashimoto, n (%)	2 (2,4)
Vitiligo, n (%)	1 (1,2)
Síndrome de Sjögren, n (%)	20 (24,4)
SAF, n (%)	8 (9,8)

Conclusiones: El 30% de los pacientes con LES presentaban otra enfermedad autoinmune asociada y el 15% antecedentes familiares de enfermedad autoinmune. Las más frecuentes fueron el síndrome de Sjögren y SAF seguido de la artritis reumatoide y de la afectación del tiroides. Los pacientes con poliautoinmunidad tienen casi 3 veces menor riesgo de afectación renal.

RC096. DISCORDANCIA EN LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-TIF-1 γ MEDIANTE KIT COMERCIAL EN COMPARACIÓN CON IMMUNOBLOT PROPIO: VALORACIÓN CLÍNICA

A.M. Millán Arciniegas¹, M.A. Martínez², A. Mariscal², A. Baucells², L. Alserawan², E. Trallero³, C. Díaz-Torné¹, A. Laiz¹, B. Magallares¹, P. Moya¹, H. Park¹, A. García-Guillén¹, S. Jeria¹, D. Lobo¹, A. Gil³, C. Gozávez¹, S. Fernández¹, H. Corominas¹, C. Juárez², A. Selva-O'Callaghan³ e I. Castellví¹

¹Unidad de Reumatología; ²Departamento de Inmunología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³Departamento de Medicina Interna. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: El anticuerpo contra el factor intermediario transcripcional 1 γ (Anti-TIF1 γ o Anti-p155), se considera específico de la dermatomiositis (DM) y es un marcador de su asociación con cáncer. Nuestro centro realiza la determinación de Anti-TIF1 γ mediante técnica de inmunoblot (IB) propio con proteína recombinante humana TIF1 γ de 155 kDa (OriGene). Actualmente existe una técnica comercial de IB para la determinación de TIF1 γ (Euroimmun), sin embargo, los kits comerciales en ocasiones elaboran los antígenos sin usar toda la estructura de la proteína recombinante. Hasta el momento actual no existen estudios que evalúen la concordancia entre el kit comercial y el IB propio.

Objetivos: 1. Comparar los resultados de IB comercial de Anti-TIF1 γ con IB propio. 2. Describir y comparar las características clínicas de los pacientes analizados por las dos técnicas.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional en el que se seleccionaron todos los pacientes > 18 años con determinación de anticuerpos anti-TIF1 γ desde 2014, de dos centros hospitalarios universitarios de nivel terciario. Se recogieron los datos demográficos y el diagnóstico clínico de dichos pacientes agrupados en: miositis asociada a cáncer (CAM), DM sin cáncer, enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) no-DM y otros diagnósticos. Posteriormente se evaluó la concordancia entre los resultados de IB de anti-TIF1 γ realizado por la técnica comercial (IBc) y los realizados por IB propio (IBp).

Resultados: Un total de 48 pacientes fueron evaluados (77,1% mujeres). 13 tenían diagnóstico de CAM, 19 de DM sin cáncer, 7 de otras

EAS no-DM, y 9 otros diagnósticos. De todas las DM (CAM y DM sin cáncer), 12 fueron positivas para ambas técnicas. 5 presentaron resultados discordantes (4 IBp positivo con IBC negativo y 1 IBC positivo con IBp negativo). 15 DM fueron negativas para las dos técnicas, de los que 8/15 tenía otros anticuerpos asociados a miopatía autoinmune (3 NXP-2, 1 Mi2, 1 MDA5, 1 SAE, 1 Jo1 y 1 Ro52). Al analizar a los pacientes con CAM mediante las dos técnicas de IB, 10/13 presentaban IBp positivo vs. 8/13 IBC positivo. Mientras que en las DM no asociadas a cáncer, 6/19 tenían IBp positivo vs. 5/19 IBC positivo. Se evaluó la sensibilidad y especificidad de cada prueba en pacientes CAM y DM sin cáncer, siendo de 61,5% y 73,7% respectivamente para IBC (p = 0,071), frente a 76,9% y 68,4% para IBp (p = 0,029). Al analizar a los casos con EAS no-DM: 1 fue positivo para ambas técnicas, 3 presentaban IBC positivo con IBp negativo, y 3 IBC negativo con IBp positivo. 6/7 pacientes con EAS no-DM presentaban otros anticuerpos. Los 9 pacientes con otros diagnósticos fueron: 1 positivo para ambas técnicas y 8 positivos con IBC y negativos con IBp.

Conclusiones: El IB propio con proteína recombinante de 155 kDa fue superior a IBC para la detección de TIF γ en nuestra serie de pacientes con CAM. Este hecho tiene claras implicaciones terapéuticas en el cribado y detección precoz de neoplasia que tiene que realizarse en este grupo. La presencia de IBC positivo en pacientes no orientados como EAS fue negativa por IBp en la mayoría de los casos. Por los resultados obtenidos hasta el momento, se recomienda la comprobación de IB comercial mediante IB propio debido a sus claras implicaciones clínico-terapéuticas.

RC097. ESPECTRO CLÍNICO DEL SÍNDROME MDA-5: A PROPÓSITO DE 10 CASOS

L. Martínez-Quintanilla Jiménez¹, N. García¹, P. Moreno¹, I. Llorente¹, I. González-Álvaro¹, A. Ortiz¹, A. García Vadillo¹, P. Chicharro², P. Rodríguez-Jiménez², C. Valenzuela³, E.F. Vicente¹, A. Alfranca⁴, R. García de Vicuña¹ y S. Castañeda¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Dermatología; ³Servicio de Neumología; ⁴Servicio de Inmunología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid.

Introducción: El síndrome MDA-5 es una entidad clínica mal conocida que asocia lesiones cutáneas tipo dermatomiositis (DM) y enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), a menudo rápidamente progresiva, en presencia de anticuerpos (Ac) anti-MDA-5 positivos.

Objetivos: Describir las características clínicas y los tratamientos utilizados en los pacientes con síndrome MDA-5 en los servicios de Reumatología, Dermatología y Neumología de un hospital terciario.

Métodos: Se obtuvieron los datos de los pacientes a partir del programa de historia clínica informatizada. Se recogieron todos los

pacientes con anticuerpos anti-MDA5 positivos en al menos una determinación (método: inmunoblot). Se realiza un análisis descriptivo de las principales características clínicas de estos pacientes.

Resultados: Se incluyeron un total de 10 pacientes (90% mujeres; edad media al debut: 47,7 [DE 13,8] años). El 20% eran fumadores activos y el 10% exfumadores. Las principales manifestaciones clínicas observadas fueron la afectación cutánea (60%; siendo en la mayoría de los casos aparición de pápulas de Gottron (83,3%), pero también se evidenció eritema en heliotropo (50%) y el signo del chal (50%), artritis (60%, mayoritariamente poliarticular, no erosiva, con afectación de pequeñas articulaciones), miositis (60%) y afectación pulmonar en forma de EPID (60%). La coexistencia de todas estas manifestaciones solo ocurrió en un 30% de los casos. En cuanto a la manifestación pulmonar, el patrón radiológico más frecuente fue el de Neumonía Intersticial No Específica (NINE: 66,6%) y en dos caso tuvo una evolución rápidamente progresiva ocasionando la muerte de las pacientes. En la tabla se exponen las principales características clínicas. El 100% de los pacientes recibió al menos un FAME sintético (FAMES). La media de FAMES usados por paciente fue de 2,7 (DE 18,8), siendo el más utilizado la hidroxicloroquina (60%) seguidos de metotrexate y azatioprina (ambos 50%). En 3 casos hubo que usar tratamiento con fármaco biológico, en los 3 casos el fármaco elegido fue rituximab, y en todos los casos fue por progresión de la afectación pulmonar.

Conclusiones: El espectro clínico del síndrome asociado a Ac anti-MDA5 es amplio y poco conocido, así como cuáles son los tratamientos más efectivos para frenar la actividad de la enfermedad, especialmente a nivel pulmonar. Creemos necesario seguir reportando casos y recogiendo datos para conocer mejor la evolución y pronóstico de la enfermedad.

RC098. EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA HABITUAL DE PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA

J.A. Valero Jaimes, A. de Diego Sola, C.A. Egües Dubuc, O. Maiz Alonso, L.M. López Domínguez, J. Cancio Fanlo, E. Uriarte Isacelaya y J.M. Belzunegui Otano

Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.

Introducción: Las miopatías inflamatorias (MI) son un grupo heterogéneo de enfermedades adquiridas, que se caracterizan por la presencia de debilidad e inflamación muscular. Dentro de este grupo se incluyen la polimiositis (PM) idiopática, la dermatomiositis (DM) idiopática, la PM/DM asociada a neoplasia y la asociada a enfermedades reumáticas autoinmunes, la PM/DM de la infancia, la miositis por cuerpos de inclusión (MCI) y las miopatías necrosantes inmunomediadas (MNIM).

Tabla RC097

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10
Edad Debut	57	29	41	51	62	41	59	60	55	22
Sexo	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Hombre	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer
Etnia	Asiática	Latino América	Caucásica	Caucásica	Caucásica	Caucásica	Caucásica	Caucásica	Latino América	Latino América
Tabaco	No	No	No	No	Exfumador	Fumadora	No	Fumadora	No	No
Clínica al debut	EPID	Artritis + miositis	Miositis + EPID	Otros	Artritis + miositis + EPID	Artritis + miositis	Artritis + miositis + EPID	EPID	Artritis + miositis + EPID	Artritis
Afectación cutánea	No	No	Pápulas Gottron + Heliotropo + signo del chal	Pápulas Gottron + Heliotropo + signo del chal	Pápulas Gottron	Pápulas Gottron + Heliotropo	No	Signo del chal	Pápulas de Gottron	No
Patrón TACAR	NINE + NO		NIU		NINE		NINE	Otro	NINE	
Alt. DLCO (%)			40		65		72		60,2	
Alt. CVF (%)			90		68		72		94,3	
Desenlace fatal por progresión pulmonar	Sí	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No

CVF: capacidad vital forzada; DLCO: difusión; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa; NINE: neumonía intersticial no específica; NIU: neumonía intersticial usual; NO: Neumonía Organizada; TACAR: tomografía computarizada de alta resolución.

Tabla RC098

Características clínicas

	MI (n = 42)	MI asociada a neoplasia (n = 11)	MI con afectación pulmonar	MI infantil (n = 5)
Edad al diagnóstico (años)	54 (43-61)	58 (54-64)	52 (42-55)	12 (9-13)
Sexo (%)	Mujeres 30 (71,4)	Mujeres 7 (63,6)	Mujeres 5 (62,5)	Mujeres 5 (100)
Tiempo de seguimiento (meses)	94 (54-159)	60 (20-77)	128 (107-140)	199 (63-207)
Tipo de miopatía (%)	DM 8 (19); PM 6 (14); DM amiopática 1 (2); Sd. antisintetasa 8 (19); MI asociada a neoplasia 11 (26); MI juvenil 5 (12); MNIE 1 (2); Sd. Solapamiento 2 (5)	DM 11 (100)	Sd. antisintetasa 5 (63); PM 2 (24); Sd solapamiento ES/PM 1 (13)	DM 3 (60); PM 1 (20); DM amiopática 1 (20)
Biopsia de piel (%)	Positiva 13 (31); Negativa 1 (2); NR 28 (67)	Positiva 4 (36); Negativa 1 (10); NR 6 (54)	Positiva 1 (13); NR 7 (87)	Positiva 1 (20); NR 4 (80)
Biopsia de músculo (%)	Positiva 20 (48); Negativa 4 (10); NR 18 (42)	Positiva 4 (36); Negativa 1 (9); NR 6 (55)	Positiva 3 (38); NR 5 (62)	Positiva 1 (20); NR 4 (80)
EMG (%)	Positiva 29 (70); Negativa 8 (19); NR 5 (11)	Positiva 9 (82); Negativa 1 (4); NR 1 (4)	Positiva 3 (37); Negativa 5 (63)	Positiva 2 (40); Negativa 1 (20); NR 2 (40)
Anticuerpo (%)	TIP1 2(5); Ro52 11 (26); Mi-1/Mi-2 5 (12); SRP 3 (7); PL-7 1 (2); Ku 2 (5); ANA 14 (33); Pm-Scl 1 (2); Jo-1 7 (17); HMG-CoA reductasa 1 (2); NR 2 (5); negativos 1 (2)	TIP1 2 (18); Mi-1/Mi-2 1 (9); Ro52 2 (18); SRP 1 (9); ANA 4 (36)	Ku 1 (13); SRP 1 (12); Jo-1 3 (38); Ro52 1 (12); ANA 2 (25)	Pm-Scl 1 (20); ANA 3 (60); NR 1 (20)
RM (%)	Positiva 12 (29); Negativa 1 (2); NR 29 (69)	Positiva 3 (27); Negativa 1 (9); NR 7 (64)	Positiva 1 (12); NR 7 (88)	Positiva 2 (40); NR 3 (60)
Capilaroscopia (%)	Positiva 4 (10); Negativa 3 (7); NR 35 (83)	NR 11 (100)	Negativa 2 (25); NR 6 (75)	Positiva 3 (60); NR 2 (40)
CPK al diagnóstico	1590 (717-5805)	913 (432-6554)	2297 (642-4820)	741 (59-1591)
PFR	—	—	FVC 75% (64-82); DLCO 61% (57-64)	—
Afectación extra muscular (%)	Artritis 8 (19); Intersticio pulmonar 8 (19); Raynaud 6 (14); Calcinosis 1 (2); RGE 1 (2)	Artritis 1 (9)	Artritis 3 (37); Raynaud 4 (50); RGE 1 (12)	Artritis 1 (20); Calcinosis 1 (20)
Afectación músculos deglutorios (%)	8 (19)	7 (64)	1 (12)	0 (0)
Neoplasia (%)	11 (46)	Mama 4 (36); pulmón 2 (5); próstata 1 (9); ovario 1 (9); gástrico 1 (9); neuroendocrino 1 (9); suelo de boca 1 (9)	0 (0)	0 (0)
Tratamiento inicial (%)	GC 40 (95); MTX 15 (36); IgIV 12 (28); HCQ 4 (9); AZA 3 (7)	GC 11 (100); IgIV 8 (72); MTX 6 (54); AZA 1 (9)	GC 8 (100); IgIV 1 (12); MTX 1 (12); AZA 1 (12)	GC 4 (80); MTX 2 (40); HCQ 1 (20)
Inmunosupresores utilizados (%)	MTX 32 (76); AZA 16 (38); HCQ 13 (31); Tacrolimus 7 (17); MMF 3 (7); CFM 2 (5); CsA 2 (5); Cloroquina 1 (2); IgIV 21 (50); RTX 14 (33)	MTX 8 (73); AZA 2 (18); HCQ 2 (18); CsA 1 (9); IgIV 9 (82); RTX 3 (27)	MTX 6 (75); AZA 5 (62); Tacrolimus 4 (50); HCQ 3 (37); MMF 3 (37); CFM 2 (25); Cloroquina 1 (12); IgIV 4 (50); RTX 6 (75)	MTX 4 (80); HCQ 3 (60); Tacrolimus 1 (20)
Tratamiento actual (%)	MTX 12 (28); RTX 7 (17); Tacrolimus 5 (12); IgIV 4 (9); HCQ 4 (9); MMF 3 (7); AZA 2 (5); Cloroquina 1 (2); GC 7 (16)	MTX 3 (27); AZA 1 (9); RTX 1 (9); GC 1 (9)	MMF 3 (37); RTX 3 (37); Tacrolimus 2 (25); HCQ 1 (12); IgIV 1 (12); Cloroquina 1 (12); GC 4 (50)	MTX 1 (20); Tacrolimus 1 (20); HCQ 1 (20)
Muerte	8 (19)	4 (36)	1 (12)	0 (0)

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas, analíticas, diferentes tratamientos inmunosupresores y biológicos utilizados, mortalidad, asociación con anticuerpos y neoplasias, en pacientes con diagnóstico de MI, que hayan sido valorados en el servicio de reumatología del Hospital Universitario Donostia (H.U.D.).

Métodos: Se realizó una búsqueda retrospectiva de todos los pacientes valorados en el servicio diagnosticados de MI. Se revisaron las historias clínicas informatizadas. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, enfermedad de base y tratamientos inmunosupresores y biológicos utilizados, anticuerpos, pruebas complementarias. Los inmunosupresores buscados fueron el metotrexato (MTX), azatioprina (AZA), hidroxicloquina (HCQ), tacrolimus, micofenolato (MMF), ciclofosfamida (CFM), ciclosporina (CsA), cloroquina; inmunoglobulinas intravenosas (IgIV), rituximab (RTX). Las variables cuantitativas se muestran con la mediana y rango intercuartil, las cualitativas se muestran con el valor absoluto y su porcentaje.

Resultados: Se encontraron 42 pacientes diagnosticados de MI, la edad media de diagnóstico fue de 54 años, con un predominio de mujeres con el 71,4%. En la tabla se observa las características clínicas, pruebas complementarias y tratamientos utilizados de estos pacientes. Las muertes registradas fueron 8 (19%); de las cuales 6 (75%), estaban en relación con su neoplasia, un paciente con MI con afectación pulmonar murió en el contexto de una infección respiratoria a los 91 años, y el otro paciente en el contexto de una obstrucción intestinal con 87 años. Solo 1 paciente (2,3%) paciente no se registró positividad para ningún anticuerpo. Dos (4,7) pacientes presentaron síndrome de solapamiento uno con esclerodermia y otro

con lupus eritematoso sistémico. La mediana de CPK fue más elevada en el momento de diagnóstico en los pacientes del grupo de MI con afectación pulmonar. También se observó una mayor afectación de los músculos deglutorios, 7 (16) en los pacientes con MI asociada a neoplasia, y a los que más se les asocio en el tratamiento inicial IgIV, 9 (21%). La media de tiempo de seguimiento de estos pacientes es de 94 meses. El fármaco inmunosupresor más utilizado fue el MTX 76%; seguido de IgIV 50% y AZA 38%; entre los que mantienen tratamiento actual el más utilizado es MTX 28% seguido de RTX 17%.

Conclusiones: A pesar de que las MI son una enfermedad grave, más del 80% de los pacientes continúan en seguimiento, la MI se presentó de forma más agresiva en los pacientes MI asociada a neoplasia, y se presentó de manera menos agresiva diagnosticados en la edad infantil. En el 40% de los pacientes no se encontró un anticuerpo específico uno de los motivos, es que la mayoría de estos pacientes se diagnosticaron hace más de 7 años donde a un no se contaban con la batería de anticuerpos que conocemos en la actualidad.

RC099. MANIFESTACIONES PULMONARES EN LUPUS EREMATOSO SISTÉMICO: ESTUDIO DESCRIPTIVO

N. Plaza Aulestia, M.J. Pérez Quintana, S.A. Rodríguez Montero, C. Trapero Pérez y J.L. Marengo de la Fuente

UGC Reumatología. Hospital de Valme. Sevilla.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, caracterizada por inflamación y daño de tejidos

mediado por el sistema inmunitario. En el LES las alteraciones respiratorias son comunes apareciendo hasta en un 50% de pacientes a lo largo de su vida. Además, se asocian a mayor mortalidad.

Métodos: Diseño observacional, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo realizado en pacientes con LES en seguimiento por el Servicio de Reumatología del Hospital de Valme, hasta octubre de 2018. Nuestro objetivo es describir la prevalencia y características de afectación pulmonar en pacientes con LES. Se recoge la siguiente información procedente de las historias clínicas; edad, sexo, edad media al diagnóstico, características de la afectación pleuropulmonar y positividad ANA y antiDNA.

Resultados: Fueron estudiados 165 pacientes con diagnóstico de LES, con una edad media de 37,01 ± 14,65 años, predominio del sexo femenino 153 (92,72%), de los cuales 38 pacientes tuvieron afectación pulmonar (23,03%), con un total de 47 episodios relacionados con afectación pulmonar. Edad media al diagnóstico fue de 39,70 ± 15,50 años. En la tabla se recoge información de la afectación pulmonar. Once pacientes (28,94%) presentaron afectación pulmonar a la hora del diagnóstico; pleuritis (10,63%), neumopatía intersticial, neumonía varicelosa, síndrome de pulmón encogido, TEP y BONO (2,12%). 2 de los pacientes (4,24%) murieron a causa de insuficiencia respiratoria grave secundaria a neumonía bilateral. 3 de los 5 pacientes que presentaron un TEP estaban diagnosticados de síndrome antifosfolípido secundario a LES. El 19,35% de pacientes que requirieron ingreso estaban en tratamiento de base con FAME biológicos (83,33% con rituximab y 16,67% con anifrolumab), el resto (80,65%) con FAME sintéticos; 60% en monoterapia, 32% con doble terapia y 8% con triple terapia. 91,10% de los pacientes presentaban positividad para ANA, de los cuales un 37,14% (13 pacientes) también presentaban antiDNA positivo. No se recogía información sobre autoinmunidad en un paciente (2,12%).

Variable	Frecuencia	ANA +	antiDNA +	Ingreso
Pleuritis	19	18	5	17
Neumonitis lúpica	1	1	0	1
Neumopatía intersticial	2	2	0	1
Síndrome pulmón encogido	4	4	1	2
TEP	5	4	1	3
Otros	16	15	9	10

Conclusiones: La afectación pulmonar en el LES es prevalente, aunque una proporción significativa puede permanecer asintomático. El diagnóstico diferencial es amplio y siempre hay que descartar la causa infecciosa, la principal causa de mortalidad en pacientes con LES.

Bibliografía

1. Aguilera-Pickens G, Abud-Mendoza C. *Reumatol Clin*. 2018;14:294-300.
2. Narváez J, Borrell H, Sánchez-Alonso F, et al. *Arthritis Res Ther*. 2018;20:280.

3. Lopez Velazquez M, Highland KB. *Curr Opin Rheumatol*. 2018;30:449-64.

RC100. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE NUEVE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y DIAGNÓSTICO DE LINFOMA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Martín López, A. García, M. Montalvo y M. Galindo

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es un factor de riesgo para el desarrollo de linfoma, según los datos disponibles en la literatura el linfoma no Hodgkin (LNH) es el subtipo que se asocia a un mayor riesgo en estos pacientes (RR 5,4). Sin embargo, todavía son necesarios más estudios para determinar los factores que se asocian al desarrollo de linfoma, duración y gravedad del LES y carga del tratamiento inmunosupresor, entre otros.

Objetivos: Describir las características clínicas y de la enfermedad en pacientes con LES que desarrollan un linfoma durante su seguimiento, así como las características del linfoma y su evolución.

Métodos: Estudio observacional longitudinal retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se revisaron las historias clínicas de 362 pacientes con al menos 4 criterios de clasificación de SLICC de LES y se seleccionaron aquellos con diagnóstico de linfoma. Se recogieron datos demográficos (sexo, fecha de nacimiento, raza), datos clínicos (factores de riesgo cardiovascular, cáncer, infección VHB/VHC), datos relacionados con el LES (fecha de diagnóstico, manifestaciones, terapia), datos relacionados con el linfoma (tipo y localización, fecha de diagnóstico, VEB en tejido y serología VEB, terapia) y desenlace. Se realizó un análisis estadístico descriptivo basado en medidas de tendencia central y frecuencias expresadas en valor absoluto y porcentajes.

Resultados: De los 362 pacientes con LES, 9 pacientes (2,5%) fueron diagnosticados de linfoma. El 100% mujeres, 7 caucásicas y 2 hispanas, con una edad media al diagnóstico de LES de 34 ± 11 años y una duración desde el diagnóstico de LES al linfoma de 17 ± 14 años. Presentaban hipertensión arterial 6 pacientes (67%), diabetes 2 (22%), dislipemia 3 (33%), 6 hábito tabáquico activo y 1 (11%) VHB. Ningún paciente tuvo antecedente de neoplasia. Las manifestaciones del LES más frecuentes fueron articulares (n = 5, 56%) y cutáneas (n = 5). Las graves fueron: 3 pacientes con AHAI (1 con plaquetas < 20.000), 2 con convulsiones (1, además, vasculitis SNC), 1 renal, 1 hipertensión pulmonar y 1 síndrome de activación macrofágica (SAM). Resaltar que una paciente tenía también diagnóstico de síndrome de Sjögren. En el momento del diagnóstico del linfoma, 7 pacientes estaban con esteroides, 4 con inmunosupresores (2 micofenolato, 1 azatioprina y 1 rituximab) y 3 con antipalúdicos (tabla 1). La edad media al diagnóstico de linfoma fue 51 ± 10 años. El 56% (5 pacientes) tuvieron

Tabla RC100

Tabla 1

n	Manifestaciones	Hematológico	Inmunología	Gc en linfoma*	AP en linfoma	IS en linfoma
1	Rash, fotosensibilidad, artritis, pleuro-pericarditis	Leucopenia	ANA, DNA, Ro, C, AL, ACLIgG, B2GPIgG	Sí	No	AZA
2	Artritis	AHAI	ANA, Sm, Ro	No	Sí	No
3	Rash, fotosensibilidad, discoide, úlceras, pericarditis, cefalea	Linfopenia	ANA, RNP	Sí	Previo al linfoma	No
4	Rash, artritis, convulsiones, fiebre, adenopatías	Leucopenia, linfopenia	ANA, DNA, Sm, C, AL	Sí	Sí	MMF (AZA previo)
5	Discoide, foto, fiebre, esplenomegalia, SAM	Leucolinfopenia, trombopenia		Sí	Previo	CF previo
6	Úlceras, esplenomegalia	Plaquetas < 20.000, AHAI	ANA, Ro, C, AL, aCLIgM, B2IgM	Sí	No	RTX
7	Rash, fotosensibilidad	Leucopenia, linfopenia	ANA, Ro, La, C, AL, ACLIgM/G, B2GPIgM/G	Previo	Sí	No
8	Artritis, convulsiones, vasculitis SNC, ACVA, pleuropericarditis	Trombopenia	ACLIgG, B2GPIgG	Sí	Previo	No
9	Artritis, renal (biopsia no disponible), ACVA	AHAI, linfopenia, trombopenia	ANA, DNA, RNP, Ro, C, aCLIgG, B2GPIgG	Sí	Previo	MMF

*Tiempo medio Gc previo a linfoma: 12 ± 14 años.

Tabla RC100

Tabla 2

n	Localización	Tipo histológico	Tratamiento/duración (meses)	VEB suero	Remisión	Exitus causa
1	Gástrico	LBDCG	Cirugía (Cx)	IgG+	No	Linfoma
2	Bazo, médula ósea, ganglios (mediastino, axilar, abdominal)	LBDCG	Mega-CHOP 6 meses, Cirugía, TMO	IgG+	Sí	No
3	Mediastino	LBDCG	R-CHOP 6 m	ND	Sí	No
4	Cerebral	LBDCG	2 ciclos B-RAM, 3 MATRIX: 4m, TMO, Cirugía	IgG+ VEB+ tejido	Sí	No
5	Cerebral	LBDCG	MATRIX 1m, Cd	IgG+	No	Linfoma
6	Médula ósea	LNHB	R-FC, R-B, RCD, RVD, R-CHOP, Romiplostim y revolade 84 m	IgG+	Sí	No
7	Mediastino	LH variante esclerosis nodular tipo I	ABVA+RT 10 m	IgG+	Sí	No
8	Pulmonar, peritoneo	LB del manto	Cirugía	ND	Sí	No
9	Gástrico	Linfoma MALT	R-CHOP 18 m	ND	Sí	Otras

un linfoma B difuso de célula grande (LBDCG), 1 paciente LNHB, 1 linfoma de Hodgkin, 1 linfoma B del manto y 1 linfoma de MALT. El 78% (n = 7) recibieron quimioterapia y, en 2 pacientes, se completó el tratamiento con TMO autólogo. Solo en 1 paciente se objetivó VEB positivo en el tejido de 4 con datos disponibles (tabla 2). 3 pacientes fallecieron, 2 por el linfoma y una por otras causas (parálisis flácida grave, síndrome de Miller Fisher). La supervivencia global después del diagnóstico del linfoma fue de 8 ± 6 años.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes el diagnóstico de linfoma fue en LES con mayor duración de la enfermedad a diferencia de lo reportado en la literatura, y en todos los casos fueron mujeres. El subtipo más frecuente fue el LNHB y todos los pacientes habían cursado con manifestaciones hematológicas. Respecto a la terapia previa empleada para el LES, solo 5 pacientes habían recibido inmunosupresión.

RC101. FRACTURAS ÓSEAS DE LOS ADULTOS. ¿ORIGEN OSTEOPORÓTICO O TRAUMÁTICO?

X. Surís Armangué¹, M. Larrosa Padró², M. Pueyo Sánchez², E. Frigola-Capell³, F. Collado Sáenz¹, A.M. Pérez del Campo⁴ y M. Álvarez Abella⁴

¹Universitat Internacional de Catalunya. Hospital General de Granollers. ²Direcció General de Planificació Sanitària i Recerca en Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona. ³IDIA Jordi Gol i Gurina. Barcelona. ⁴ABS Montornés-Montmeló. SAP Granollers-Mollet. DAP Metropolitana Nord. ICS. Barcelona.

Introducción: Hay pocos estudios observacionales y prospectivos que proporcionen información sobre la incidencia real de las fracturas por fragilidad (FF) diferenciándolas de las fracturas de causa traumática. La epidemiología de las FF, exceptuando la fractura de cadera, es poco conocida debido a la falta de registros administrativos obligatorios distintos a los de alta hospitalaria y por la falta de un código diagnóstico específico de FF. El objetivo de este estudio es el análisis causal de las fracturas óseas mayores que se han presentado en el Hospital General de Granollers, provincia de Barcelona (referencia de 224.000 habitantes) en 2017. Este análisis se realiza en el contexto del proyecto APROP, estudio multicéntrico con aleatorización de clústeres que analiza el impacto de la prevención secundaria de fracturas desde Atención Primaria.

Métodos: Análisis sistemático de todos los casos de pacientes de 50 años o mayores con fracturas correspondientes a localizaciones osteoporóticas (tercio proximal de fémur, distal de antebrazo, proximal de húmero, vertebra y pelvis) detectados en los registros de alta hospitalaria, urgencias y atención ambulatoria hospitalaria durante 2017. Se excluyen los pacientes con códigos de fractura correspondientes a fracturas abiertas y los pacientes con fracturas patológicas asociadas a otras enfermedades óseas. Describimos las fracturas diferenciando el origen traumático o por fragilidad por entrevista, revisión de informes y curso clínico. Se consideran FF todas las producidas por caída desde la misma altura o por un impacto considerado inferior a este.

Resultados: Durante el año 2017 se registraron un total de 564 fracturas mayores en 505 pacientes (28 pacientes presentaban dos fracturas y uno tres fracturas). 466 fracturas sucedieron en mujeres (82,6%, edad media 78,8 años) y 98 en hombres (17,4% edad media 74,8 años). La localización fue: 251 fémur proximal (132 cervicales y 119 trocántereas), 188 antebrazo distal, 68 vertebra, 46 húmero proximal y 11 pelvis. 56 fracturas fueron por traumatismo de alto impacto (28 en hombres y 28 en mujeres) y 508 (90% del total) por fragilidad, 438 en mujeres y 70 en hombres. La edad media de los pacientes con FF (79,7 años) fue significativamente superior a la de los pacientes con fractura por traumatismo de alto impacto (64,5 años, $p = 0,013$). El sexo masculino confirió una mayor probabilidad de que la fractura fuera por alto impacto (OR: 4,976, IC: 2,656-9,324). En hombres de menos de 60 años, son más frecuentes las fracturas por traumatismo de alto impacto que las FF (17 vs. 4). En mujeres predominan las FF en todos los tramos de edad. El 100% de las 95 fracturas sucedidas en personas de 90 o más años fueron consideradas como FF. Dentro de las fracturas por traumatismo de alto impacto, en las mujeres predominaron las producidas por caídas en tramos de escaleras y en los hombres las caídas desde altura (la mitad de ellas fueron de causa laboral).

Número total de fracturas por sexo y rango de edad

Edad			Tipo de fractura		Total
			FF	Trauma	
< 65	Sexo	Mujer	54	12	66
		Varón	11	20	31
	Total		65	32	97
≥ 65	Sexo	Mujer	384	16	400
		Varón	59	8	67
	Total		443	24	467
Total	Sexo	Mujer	438	28	466
		Varón	70	28	98
	Total		508	56	564

FF: fractura por fragilidad.

Conclusiones: El 90% de las fracturas atendidas en un hospital comarcal durante un año y que habitualmente se consideran como fracturas mayores osteoporóticas, son realmente FF. El sexo femenino y la edad avanzada condicionan un mayor riesgo de FF. Estos resultados son concordantes con los previamente descritos y denotan el gran impacto social que representan las FF en nuestro entorno.

RC102. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

C.M. Pijoán Moratalla, M.A. Terán Tinedo, J.R. Quiñones Torres y M. Vázquez Díaz

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

Introducción: La osteogénesis imperfecta (OI) es una enfermedad hereditaria del tejido conectivo, con una incidencia de 1/20.000

nacimientos. También conocida como “huesos de cristal” se produce por mutaciones en los genes que codifican el colágeno tipo I. La mayoría de los pacientes presentan herencia autosómica dominante con afectación de los genes *COL1A1* o *COL1A2*. La severidad de la clínica depende de la mutación por lo que existen múltiples fenotipos que varían desde osteoporosis precoz hasta fragilidad ósea extrema con múltiples fracturas atraumáticas o de bajo impacto desde el nacimiento. Según la clínica, la mutación y los hallazgos radiológicos existen 11 tipos diferentes, siendo los tipos I y III los más habituales. Ningún tratamiento es curativo pero los bifosfonatos se usan para intentar reducir las fracturas por fragilidad, sin que ninguno haya sido aprobado para OI.

Objetivos: Analizar las características clínicas de los pacientes con diagnóstico de OI que se encuentran en seguimiento en nuestro centro y evaluar los diferentes tratamientos utilizados.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo incluyendo los pacientes con diagnóstico de OI seguidos en el Hospital Ramón y Cajal. Se ha creado una base de datos incluyendo todos los pacientes con diagnóstico codificado como OI y se ha realizado un análisis estadístico descriptivo.

Resultados: 25 pacientes con OI actualmente en seguimiento en nuestro centro fueron incluidos. Aunque la mayoría se encontraban en seguimiento conjunto por Reumatología y Traumatología, 4 eran seguidos en Pediatría, 1 en Endocrinología, 1 en Medicina Interna y 1 en Geriátrica. El 72% son mujeres, con una media de edad al diagnóstico de 17 años (rango: 1 mes a 67 años). Todos los pacientes habían presentado fracturas previas al diagnóstico con una media de 6 fracturas por paciente (rango de 3-24). Igualmente, la mayoría de los pacientes requirió intervenciones quirúrgicas tanto para tratamiento de fracturas como por deformidades secundarias, con una media de 4,16 cirugías ortopédicas por paciente. 12/25 pacientes fueron diagnosticados en los primeros diez años de vida, siendo éstos los que acumulaban mayor número de fracturas e intervenciones (96 vs. 54). Solo 3 pacientes en nuestra cohorte tenían antecedentes familiares de OI, siendo todos ellos tipo I. Aunque solo se había realizado estudio genético en 9/25 pacientes, los 3 casos de OI tipo III, que es la más severa debutaron en la primera década de vida. Clínicamente, 14/25 (56%) presentaban estatura baja y 18/25 (72%) escleróticas azuladas, siendo menos frecuentes en los pacientes con debut a partir de los 20 años, de los cuales el 57% (4/7) presentaban escleróticas normales. Finalmente, el 60% de los pacientes (15/25) se encontraban en tratamiento con calcio y el 64% (16/25) con vitamina D. El 60% de los pacientes recibían bifosfonatos (4 risedronato, 7 pamidronato y 4 tanto pamidronato como zoledrónico durante el seguimiento).

Conclusiones: Aunque es una enfermedad rara la OI produce una importante morbimortalidad en los pacientes, requiriendo múltiples intervenciones con importantes secuelas. Dado el elevado coste del análisis genético, éste se reserva para los casos más graves que suelen debutar a edades más tempranas y siendo en su mayoría tipo III. El tratamiento no está establecido y se reserva a los pacientes con tipo III que es el más grave. Los bifosfonatos y los suplementos de calcio y vitamina D se usan frecuentemente, pero a pesar de ello las tasas de fractura son altas.

RC103. SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO EN VARONES; DENSIDAD MINERAL ÓSEA Y NIVELES DE VITAMINA D3 EN SANGRE

M.P. Ahijado Guzmán, M. Cantalejo Moreira¹, R. Veiga Cabello², J. Ruiz Ruiz¹ y A. Zapatero Gaviria¹

¹Hospital Universitario de Fuenlabrada. ²Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid.

Introducción: Se considera que la prevalencia del síndrome de apnea del sueño (SAOS) en la población europea es del 4%. Se ha

descrito una reducción significativa de la densidad mineral ósea en pacientes con SAOS grave (índice apnea-hiponea > 30 por hora). Definiciones: SAOS leve: entre 10 y 20 episodios de apnea nocturna por hora. SAOS moderado: entre 20 y 30 por hora. SAOS severo: más de 30 episodios por hora. Valores normales de vitamina D3: 30-80 ng/ml.

Objetivos: Observar las variaciones de la densidad mineral ósea y los niveles de vitamina D3 en una muestra de pacientes varones, diagnosticados de SAOS por la unidad de neumología del hospital de Fuenlabrada, comparando los datos obtenidos con un grupo control de varones de las mismas características sociodemográficas.

Métodos: Se recogieron varones diagnosticados de SAOS por la unidad de neumología, y se dividieron según la gravedad del índice de apnea-hipopnea. A todos los pacientes se les solicitaron niveles de vitamina D3, incluidos controles, obteniendo la media por grupos, y se realizó densitometría DEXA exclusivamente a los varones con SAOS, calculando la media en columna lumbar L2-L4, y en cuello femoral.

Resultados: Se analizaron 48 pacientes: 18 pacientes con SAOS grave, 12 pacientes con SAOS moderado y 18 pacientes con SAOS leve, y se recogió un grupo control con 22 pacientes varones. La edad media de los pacientes fue de 51 para el grupo SAOS grave; de 48 años para el SAOS moderado; de 55 años para el SAOS leve; y de 46 años para el grupo control. Los valores medios de vitamina D3 en sangre, fue de 12,6 ng/ml grupo SAOS grave; 7,5 ng/ml para el SAOS moderado; 14,8 ng/ml para el SAOS leve; y de 21,6 ng/ml grupo control. Los valores medios de densitometría DEXA: T score columna lumbar (C:L): < -1,8 y cuello femoral (C:F): < -1,2 para el grupo SAOS severo; T score C.L. < -1,2 y T score C.F < -0,7 para el grupo SAOS moderado; y T score C.L. < -1,2, T score C.F < -0,8 para el grupo SAOS leve.

Conclusiones: El estudio, aunque es una muestra pequeña y hay muchas variables que podrían influir no recogidas, y por lo tanto de escasa potencia, indica de forma preliminar que el SAOS tiene un impacto negativo sobre el metabolismo óseo. Así mismo, en todos los grupos, incluido el control, se observan niveles bajos de vitamina D3. Dado la prevalencia del SAOS en la población occidental, que aumenta con la edad, sería razonable incidir en el estudio del metabolismo óseo de estos pacientes.

RC104. LOS VARONES Y PERSONAS DE MAYOR EDAD SON LOS QUE MENOS TRATAMIENTO ANTIOSTEOPORÓTICO RECIBEN TRAS UNA FRACTURA DE CADERA POR FRAGILIDAD

C.P. Vela Casasempere¹, M. Elvira Soler³, A. Palazón Bru³, R. Caño Alameda² y S. Gómez Sabater²

¹Hospital General Universitario de Alicante. ²ISABIAL. Alicante.

³Universidad Miguel Hernández. Alicante.

Introducción: La fractura de cadera osteoporótica representa un grave problema de salud. Más del 20% sufren una nueva fractura en el año siguiente¹. Pese a existir tratamientos eficaces en la prevención de fracturas, la proporción de pacientes tratados tras una fractura por fragilidad es baja, y va en descenso².

Objetivos: Conocer el porcentaje de pacientes tratados tras una fractura de cadera por fragilidad en el Departamento 19-Alicante-Hospital General (HGUA). Conocer las tasas de mortalidad y refractura dos años después de una fractura de cadera por fragilidad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo descriptivo transversal. Se recogen los pacientes dados de alta durante el año 2015 con el diagnóstico de “Fractura de cadera por fragilidad”, obteniendo los datos de la historia clínica electrónica. Variables: sexo; edad; edad y fecha de *exitus*; tratamiento (calcio, vitamina D o fármacos antiosteoporóticos) pre y post alta; fractura por fragilidad pre y post al alta. Estadística: frecuencias absolutas y relativas para variables

cualitativas, medias y desviaciones estándar para cuantitativas. Asociaciones entre las variables mediante χ^2 cuadrado y t de Student.

Resultados: Se obtienen 320 pacientes, se descartan 17 (3 otra localización, 1 duplicado, 6 fractura tras traumatismo de alta energía y 8 por otras patologías diferentes a osteoporosis que justificaban la fractura). Edad media 83,3 años, 223 (73,6%) mujeres. Previo al ingreso, 43 (14%) tomaban calcio y/o vitamina D, 10 (3%) algún fármaco antiosteoporótico y 20 (7%) ambos. 230 pacientes (76%) no recibía tratamiento. Se producen 102 exitus (33,7%) en los 2 años posteriores a la fractura. En el análisis posterior al alta se descartan 30 pacientes (17 fallecen durante el ingreso y 13 en el mes posterior), al no haber sido posible que se les pautara tratamiento. Tras el alta, 49 (18%) reciben calcio y/o vitamina D, 15 (5%) algún fármaco antiosteoporótico y 37 (14%) ambos, quedando 172 pacientes (63%) sin tratamiento. Se producen 12 nuevas fracturas de cadera (4,0%). Hay mayor proporción de exitus en varones (43,8% frente a 30% en mujeres, $p = 0,026$) y en pacientes no tratados antes de la fractura (33,2% vs. 11,6% calcio-Vit D, $p < 0,001$; 30,5% vs. 9,4%, tratamiento antiosteoporótico $p = 0,002$). El análisis multivariante encontró menor probabilidad de tratamiento en varones (RR 0,34, IC95% 0,16-0,72, $p = 0,005$) y a mayor edad (RR 0,95, IC95% 0,92-0,98, $p = 0,004$). Tras corregir con la edad: el riesgo de exitus en el varón es un 83% mayor que en mujeres ($p = 0,035$). La probabilidad de exitus incrementa un 10% por cada año más de vida. El tratamiento con calcio y/o vitamina D posterior al alta se presenta como factor protector frente a la mortalidad por cualquier causa ($p = 0,037$).

Conclusiones: El porcentaje de pacientes que recibe tratamiento farmacológico tras sufrir una fractura de cadera osteoporótica es muy insuficiente. Esto se acentúa en los varones, y a mayor edad, poblaciones que además presentan mayores tasas de mortalidad en los dos años posteriores a la fractura.

Bibliografía

1. León-Vázquez F, Bonis J, Bryant V, et al. Rev Osteoporos Metab Miner. 2015;7:54-62.
2. Van der Velde RY, Wyers CE, Teesselink E, et al. Bone. 2017;94:50-5.

RC105. HIPOVITAMINOSIS D Y FUNCIONALIDAD EN FRACTURA DE CADERA TRAS INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

C. Córdoba Martín¹, M.J. Montesa Cabrera¹, D. Rodríguez Díaz², M. Santos de León¹, L. Coronel Tarancón¹, A. Tejera Concepción², B. González Álvarez¹ y L. Magdalena Armas¹

¹Sección de Reumatología; ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife.

Introducción: La fractura de cadera es una consecuencia importante de la osteoporosis. Existen muchos factores se han asociado con el riesgo de fractura de cadera, entre ellos, los niveles séricos de vitamina D. Diversos estudios afirman que con niveles inferiores de 60 nmol/L el riesgo de fractura se incrementa. Sin embargo, la relación que existe entre el nivel de Vitamina D y el resultado de la intervención quirúrgica no ha sido tan ampliamente estudiada.

Objetivos: Analizar la relación entre los niveles séricos de vitamina D en pacientes con fractura de cadera y el riesgo de fracaso de la intervención quirúrgica al mes. Se considera en este estudio fracaso de la intervención cuando el paciente permanece en silla de ruedas, cama o ha sido un exitus antes de los 30 días post intervención.

Métodos: Se trata de un estudio observacional en el que se revisaron retrospectivamente datos de 175 pacientes con fractura de cadera que precisaron ingreso hospitalario en el HUNSC (Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria), de los que se obtuvieron niveles de vitamina D de 167 y el estado funcional al mes de

la intervención de 162. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, niveles de vitamina D a su ingreso, y estado del paciente al mes de la intervención (camina con bastón, con andador, silla de ruedas, cama o exitus). Se efectuó el test estadístico según la prueba de Fisher para evaluar la asociación de los niveles de vitamina D con el fracaso al mes de la intervención.

Resultados: El estudio incluye 135 mujeres y 40 hombres con una media de edad de 82 años. El fracaso de la intervención al mes se muestra en la tabla. Odds ratio de incrementar una unidad la vitamina D es de 0,956 con un IC = 0,916 0,992; resulta estadísticamente significativo ($p = 0,024$). Por tanto, tras el análisis estadístico en esta población se obtiene que, a mayor nivel de vitamina D del paciente, el riesgo de fracaso de la intervención quirúrgica es menor.

Fracaso de la intervención al mes

	Frecuencia	Porcentaje
No	115	71
Sí	47	29
Missing	13	—

Conclusiones: En la población estudiada se estable que a mayor nivel de vitamina D en el momento de la fractura, menor riesgo de fracaso de la intervención al mes de la misma. Esto podría resultar de utilidad para estimar qué pacientes van a tener mejores resultados funcionales.

RC106. ESTUDIO PROSPECTIVO DEL METABOLISMO ÓSEO EN LESIONADOS MEDULARES A LOS 24 MESES DE SEGUIMIENTO

I. Martínez Cordellat¹, J. Ivorra Cortés^{1,2}, F. Torralba Collados⁴, C. Grao Castellote⁴, C. Alcañiz Escandell¹, I. Chalmeta Verdejo¹, M. de la Rubia Navarro¹, J.J. Frago Gil¹, R. González Mazarío¹, L. González Puig¹, E. Grau García¹, R. Negueroles Albuixech¹, J.E. Oller Rodríguez¹, F.M. Ortiz-Sanjuán¹, C. Pavez Perales¹, E. Vicens Bernabeu¹, C. Nájera Herranz¹, I. Cánovas Olmos¹, A. Cañada Martínez³ y J.A. Román Ivorra^{1,2}

¹Servicio de Reumatología; ⁴Unidad de Lesionados Medulares. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. ³Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia.

Introducción: Se ha observado que la lesión medular (LM) asociada a la inmovilización del paciente conduce a un descenso de la masa ósea, riesgo de osteopenia/osteoporosis e incremento del riesgo de fractura. Se han comunicado elevadas tasas de incidencia de fracturas en diferentes series, llegando a afectar hasta al 34% de los pacientes¹, siendo este hecho más evidente con el paso del tiempo.

Objetivos: Evaluar la evolución del metabolismo óseo en pacientes con LM tras aplicar un algoritmo de tratamiento basado en las recomendaciones de la NOF 2015, así como valorar la incidencia de fracturas posteriores a la LM.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes con lesión medular procedentes de la Unidad de Lesionados Medulares. En todos los casos se ha realizado de forma semestral hasta alcanzar un periodo de seguimiento de 24 meses 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 mixta.

Resultados: Se han estudiado 48 pacientes con lesión medular, el 56,25% hombres, con una edad media en el momento de la lesión de 56,08 ± 13,82 años. Los valores de metabolismo óseo y densitometría se presentan en la tabla. A nivel basal, en 32 pacientes se observó un déficit de vit D. En 12 de ellos se evidenció osteoporosis

Tabla RC106

	Mes 0 (n 48)	Mes 6 (n 32)	Mes 12 (n 36)	Mes 18 (n 37)	Mes 24 (n 32)
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)
Calcio (mg/dl)	9,1 (0,59)	9,53 (0,4)	9,37 (0,54)	9,46 (0,41)	9,55 (0,44)
Fósforo (mg/dl)	3,63 (0,7)	3,42 (0,44)	3,32 (0,52)	3,33 (0,55)	3,25 (0,45)
VIT D (UI)	16,42 (9,95)	42,28 (18,93)	35,88 (13,53)	35,77 (18,08)	37,55 (15,06)
PTH (ng/ml)	38,15 (25,55)	36,09 (17,89)	38,33 (21,2)	40,1 (17,27)	43,35 (25,08)
PINP (ng/ml)	79,25 (80,9)	68,15 (35,77)	53,05 (45,76)	42,82 (24,26)	40,67 (25,17)
bCTX (ng/ml)	0,82 (0,49)	1,23 (4,22)	0,34 (0,35)	0,28 (0,21)	0,51 (1,36)
TSCORE lumbar	-0,49 (1,9)		-0,61 (1,26)		-0,24 (1,34)
TSCORE cuello fémur	-0,95 (1,53)		-1,29 (1,41)		-1,53 (1,16)
TSCORE cadera total	-1,02 (1,58)		-1,38 (1,58)		-1,42 (1,33)
Suplementación calcio	29 (60,42%)	20 (62,5%)	26 (72,22%)	27 (72,97%)	22 (68,75%)
Suplementación vit D	46 (95,83%)	2 (6,25%)	35 (97,22%)	36 (97,3%)	32 (100%)
Tratamiento bifosfonatos	4 (8,33%)	5 (15,62%)	3 (8,33%)	5 (13,51%)	6 (18,75%)
Tratamiento denosumab	7 (14,58%)	7 (21,87%)	7 (19,44%)	7 (18,91%)	7 (21,87%)

sis y en otros 12 osteopenia densitométrica, además de 6 fracturas (2,6 fracturas por 100 años/paciente). Finalizados los 24 meses de seguimiento, únicamente se registró una fractura de tibia en un paciente tras un traumatismo de alto impacto, suponiendo esto una tasa de fractura de 1,2 fracturas por 100 años/paciente. En el estudio multivariante se observa una relación inversa estadísticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre la evolución de los niveles de vitamina D y los de bCTX. Se observa una tendencia a la estabilización de la evolución de la DMO a nivel de cadera en pacientes tratados con antiresortivos.

Conclusiones: En los pacientes con LM los niveles de marcadores de resorción ósea disminuyen con la normalización de los niveles de vitamina D. El tratamiento con antiresortivos en los pacientes con elevado riesgo detuvo la pérdida de masa ósea sobre todo a nivel de cadera. Durante los 2 años de seguimiento y con el algoritmo de tratamiento utilizado, la incidencia de nuevas fracturas fue baja comparada con otras series.

Bibliografía

1. Dionysiotis Y. J Musculoskelet Neuronal Interact. 2011;11:257-65.

RC107. SEGURIDAD DE LA COMBINACIÓN DE DENOSUMAB CON OTROS INMUNOSUPRESORES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS SISTÉMICAS

M.J. Moreno Martínez¹, A.C. Haro Martínez¹, E. Peñas Martínez¹, D. Palma Sánchez¹, M. Mayor González¹, M. Rosario Oliva², M.J. Moreno Ramos³ y L.F. Linares³

¹Reumatología. Hospital Rafael Méndez. Lorca. Murcia. ²Reumatología. Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz. ³Reumatología. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: Denosumab es un anticuerpo monoclonal que inhibe el RANKL y disminuye la resorción ósea reduciendo el riesgo de fracturas vertebrales, no vertebrales y de cadera. RANK y RANKL se expresan en células del sistema inmune, por lo que su inhibición puede tener relevancia en la homeostasis inmune. Watts y colaboradores encontraron un aumento del riesgo de infecciones de piel en pacientes con denosumab, frente a placebo, aunque ningún paciente discontinuó el tratamiento por esto. Los pacientes con enfermedades sistémicas inflamatorias tienen aumentado el riesgo de osteoporosis (OP) secundaria. Los fármacos utilizados para el control de estas enfermedades alteran el sistema inmune aumentando el riesgo de sufrir infecciones. Un trabajo evaluó las infecciones en dos cohortes de pacientes con artritis reumatoide y biológicos, en una cohorte se encontraba denosumab y en otra, ácido zoledrónico, no encontrando diferencias entre ambas.

Objetivos: Valorar la seguridad de denosumab en pacientes inmunocomprometidos con fármacos inmunomoduladores y/o enfermedades inflamatorias sistémicas, según práctica clínica.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye pacientes de la consulta de Reumatología, mayores de 18 años, tras dar su consentimiento para la utilización de sus datos, en tratamiento con denosumab por OP y con otros fármacos inmunomoduladores durante al menos 3 meses. Se analizan datos según historia clínica sobre alteraciones analíticas e infecciones.

Resultados: Incluimos 106 pacientes, 98 mujeres y 8 hombres, con una edad media de 73,93 ($\pm 10,29$) años. Además de OP, tenían otras enfermedades asociadas: 50% artritis reumatoide; 20,75% poli-mialgia reumática; 4,7% lupus eritematoso sistémico; 3,77% artritis microcristalina, 2,83% vasculitis, 1,86% artritis psoriásica, artrosis, esclerosis sistémica, enfermedad de Sjögren, enfermedad inflamatoria intestinal o trasplante; y 0,94% poliartritis indiferenciada, enfermedad mixta del tejido conectivo, Behçet, conectivopatía indiferenciada, espondiloartritis axial, sarcoidosis o miopatía inflamatoria. Un paciente estaba tratado con tofacitinib, 9 con abatacept y 5 con anti-TNF α . 61 pacientes, recibían otros fármacos inmunomoduladores sintéticos: 28,3% metotrexato (MTX), 9,43% hidroxiclo-roquina (HCQ), 7,55% leflunomida (LFM), 5,66% azatioprina, 2,83% MTX + LFM, 4,7% tacrolimus y 0,94% micofenolato o MTX + HCQ. El 75,47% llevaba corticoides, con una dosis media diaria de 4,65 mg de prednisona o equivalente. El tiempo medio de la combinación denosumab e inmunomoduladores fue de 25,98 ($\pm 16,36$) meses. Ningún paciente tuvo alteraciones analíticas relacionadas con el fármaco. Un paciente suspendió denosumab por osteonecrosis mandibular. 7 pacientes (6,6%) con edades comprendidas entre 79 y 84 años presentaron un proceso infeccioso: 2 tratados de forma ambulatoria (infección urinaria y neumonía) y 5 requirieron ingreso hospitalario: 3 neumonías y 2 sepsis urinarias, siendo exitus una de ellas. Ninguno estaba en tratamiento con terapia biológica, tres estaban en tratamiento con prednisona (5 mg), dos en tratamiento con MTX, uno de ellos asociado a prednisona (10 mg), uno con HCQ + prednisona (5 mg) y otro con LFM.

Conclusiones: En nuestra serie, se observa un porcentaje no desdeñable de infecciones que no son las descritas previamente en asociación con denosumab, probablemente debidas a la edad avanzada y pluripatología de los pacientes, no pudiendo establecer una relación de causalidad.

RC108. EVOLUCIÓN DENSITOMÉTRICA AL SUSPENDER DENOSUMAB

I. Urionagüena Onaindia, S.P. Chinchilla Gallo, S. Hernández-Gómez, J.F. García- Llorente y N. Vegas-Revenga

Servicio de Reumatología. Hospital Galdakao-Usansolo. Vizcaya.

Introducción: La retirada de denosumab (DMAB) sin instauración posterior de bifosfonatos parece estar relacionada con un efecto rebote que consiste en una rápida disminución de la densidad mine-

ral ósea (DMO) en densitometría (DEXA). Sin embargo, no existe evidencia suficiente al respecto.

Objetivos: Estudiar en nuestra área el comportamiento de valores densitométricos en pacientes a las que se les retira el DMAB sin iniciar tratamiento posterior y detectar posibles factores asociados a este fenómeno que hemos apreciado en nuestra práctica.

Métodos: Estudio piloto observacional unicéntrico retrospectivo. Pacientes con osteoporosis que acudieron a la consulta ambulatoria de reumatología de nuestro hospital desde mayo 2017 hasta diciembre 2018, a los que previamente se les había retirado DMAB sin haberles instaurado tratamiento posterior inmediato con bifosfonatos ni teriparatida. Se recogen datos demográficos, variables de factores de riesgo para osteoporosis (tabaquismo, edad de menopausia, fracturas previas, corticoterapia crónica), datos relacionados con suplementación de calcio/análogos de vitamina D, tratamiento previo a DMAB y tiempo del tratamiento activo con DMAB, así como datos de DEXA previos (última DEXA antes de la suspensión terapéutica) y posteriores a su retirada (no más de 3 años posterior). Para el análisis estadístico se describen medias y desviación estándar en variables cuantitativas y proporciones. Se ha empleado la t de Student para datos apareados.

Resultados: 39 pacientes (38 mujeres) edad media $70,17 \pm 8,4$, menopausia a los $46 \pm 4,07$ años, 37 (94%) nunca habían consumido tabaco, 25 (64%) sufrieron alguna fractura antes del inicio del tratamiento con DMAB, 17 (43%) recibieron tratamiento previo con bifosfonatos, 5 (13%) teriparatida y 7 (18%) ranelato de estroncio. La media de la duración del tratamiento con DMAB es de $2 \pm 0,86$ años con inicio a los $61 \pm 7,34$ años (tabla 1). Las desviaciones estándar (T score) de los valores densitométricos empeoraron significativamente ($p < 0,001$) en todas las localizaciones: fémur $-0,28$ (IC95% $-0,36$ a $-0,19$), columna L1 $-0,43$ (IC95% $-0,30$ a $-0,56$), columna L2 $-0,44$ (IC95% $-0,25$ a $-0,62$) columna L3 $-0,40$ (IC95% $-0,22$ a $-0,59$) columna L4 $-0,52$ (IC95% $-0,33$ a $-0,72$) columna L1-L4 $-0,48$ (IC95% $-0,33$ a $-0,64$) (tabla 2). Se analizó la relación de dicho empeoramiento con las variables obtenidas, de las cuales únicamente la duración de tratamiento con DMAB demostró ser proporcionalmente inversa ($p 0,036$) (tabla 3). Dado que el número de años de tratamiento (12) estaba varias desviaciones estándar por encima de la media en el caso de una paciente, se han excluido sus datos para dicho análisis.

Tabla 1. Variables

Sexo (mujer/hombre)	38/1
Edad (años)	$70,17 \pm 8,4$
Tabaquismo (sí/no)	2/37
Edad de menopausia (años)	$46 \pm 4,07$
Fractura previa (sí/no)	14/25
Corticoterapia crónica (sí/no)	4/35
Tratamiento previo (sí/no)	18/21
Bifosfonatos	17
Teriparatida	5
Ranelato de estroncio	7
> 1 tratamiento	7
Suplementación calcio (sí/no)	36/3
Suplementación análogos de vitamina D (sí/no)	28/11
Edad de inicio con DMAB (años)	$61,82 \pm 7,34$
Duración del tratamiento con DMAB (años)	$2,39 \pm 0,86$

Tabla 2. Comparación de T-score en DEXA antes (1.ª DEXA) y después (2.ª DEXA) de la retirada de denosumab

	T-score Media \pm DE 1.ª DEXA	T-score Media \pm DE 2.ª DEXA	Diferencia de medias entre 1.ª y 2.ª DEXA
Fémur total	$-1,46 \pm 0,85$	$-1,74 \pm 0,87$	$-0,28^*$
Columna L1	$-2,16 \pm 0,82$	$-2,59 \pm 0,75$	$-0,43^*$
Columna L2	$-2,42 \pm 0,81$	$-2,87 \pm 0,75$	$-0,44^*$
Columna L3	$-2,01 \pm 0,82$	$-2,42 \pm 0,89$	$-0,40^*$
Columna L4	$-2,04 \pm 1,10$	$-2,57 \pm 1,06$	$-0,52^*$
Columna L1-L4	$-2,12 \pm 0,76$	$-2,61 \pm 0,71$	$-0,48^*$

* $p < 0,001$ DE: Desviación estándar.

Tabla 3.

Años con DMAB dividido en tertiles		Diferencia L1 L4 en tertiles			Total	
		-0,60 y más	-0,59 a -0,30	-0,29 y menos		
Años con Dmab dividido en tertiles	0-1,95	Count	7	5	1	13
		% within Diferencia L1 L4 en tertiles	46,7%	50,0%	10,0%	37,1%
	1,96-2,38	Count	3	5	3	11
	% within Diferencia L1 L4 en tertiles	20,0%	50,0%	30,0%	31,4%	
	2,39 a más	Count	5	0	6	11
	% within Diferencia L1 L4 en tertiles	33,3%	0,0%	60,0%	31,4%	
Total		Count	15	10	10	35
	% within Diferencia L1 L4 en tertiles	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

*Diferencia L1 L4 en tertiles Crosstabulation.

Conclusiones: La retirada de DMAB sin tratamiento antireabsortivo posterior produce una disminución rápida de valores de DEXA en nuestras pacientes. Este fenómeno ha sido menor en pacientes que han recibido denosumab durante un periodo más largo.

Bibliografía

- Zanchetta MB, Boailchuk J, Massari F, et al. Osteoporos Int. 2018;29:41-7.
- Lamy O, Stoll D, Aubry-Rozier B, et al. Curr Osteoporos Rep. 2019;17:8-15.
- Chapurlat R. Joint Bone Spine. 2018;85:515-17.

RC109. ¿EXISTE LA RESPUESTA INADECUADA A DENOSUMAB?

C.P. Sangüesa Gómez, S. Holgado Pérez, M. Martínez-Morillo, J. Camins-Fàbregas, I. Casafont-Solé, A. Nack, Á. Prior Español, A. Brandy-García, M. Aparicio Espinar, L. Mateo Soria, A. Riveros-Frutos, A. Olivé y L. Gifré

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: El denosumab (Dmab) es un anticuerpo humano monoclonal dirigido contra el RANK-ligando que ha demostrado un aumento de la densidad mineral ósea (DMO) lumbar del 21,6% y femoral del 9,1% a los 10 años de tratamiento, logrando durante el mismo una disminución en la incidencia de fracturas vertebrales, no vertebrales y de fémur. En la actualidad se desconoce la incidencia y los factores relacionados con una respuesta inadecuada al tratamiento con Dmab.

Objetivos: Describir las características clínicas, analíticas y densitométricas de pacientes que han presentado una respuesta inadecuada (RI) a Dmab en la práctica clínica habitual, definida como presencia de una nueva fractura o un descenso significativo de la DMO ($\geq 5\%$ a nivel de columna lumbar o $\geq 4\%$ a nivel del fémur).

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de osteoporosis visitados en el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol que hubieran presentado una RI a tratamiento con Dmab tras comprobar cumplimiento terapéutico por anamnesis y revisión de la receta electrónica. Se recogieron variables demográficas, factores de riesgo de osteoporosis, antecedentes de fracturas, tratamiento antiosteoporótico previo recibido, parámetros densitométricos y analíticos de metabolismo fosfocálcico previos y posteriores a objetivarse la RI.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes (12 mujeres y 2 hombres) con una edad media de 75 ± 9 años. Las causas de osteoporosis fueron: posmenopáusica ($n = 8$; 57,14%), inducida por glucocorticoides ($n = 3$; 21,43%), enólica ($n = 1$; 7,14%) y multifactorial ($n = 2$; 14,28%). 9 pacientes (64,28%) habían recibido tratamiento previo con bifosfonatos orales o intravenosos durante una media de $5,8 \pm 2,76$ años.

9 pacientes (64,28%) habían presentado fracturas previas vertebrales (mediana 2; rango 1-8), 2 de ellos también habían presentado fractura de fémur. Durante el tratamiento con Dmab, 7 pacientes (50%) presentaron disminución de la DMO (pérdida media: femoral -3,5%, $p = 0,09$; lumbar -5,8%, $p = 0,046$;) y 7 presentaron fracturas incidentales: 5 vertebrales (mediana 1; rango 1-4), 1 de húmero y 1 de fémur. La media de tratamiento con Dmab en los pacientes que presentaron fracturas fue de $3,82 \pm 1,85$ años y en los pacientes con descenso de DMO de $2,39 \pm 1,4$ años. Un paciente con fracturas vertebrales durante Dmab fue diagnosticado de un mieloma múltiple. De los pacientes que presentaron fracturas, 2 iniciaron terapia combinada con teriparatida + Dmab, 1 cambió a teriparatida y 2 mantuvieron el mismo tratamiento. De los pacientes que presentaron descenso de DMO, 6 mantuvieron el mismo tratamiento y 1 cambió a ácido zoledrónico.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes que presentaron una RI a Dmab habían tenido previamente una o más fracturas y habían recibido tratamiento previo con bifosfonatos durante una media aproximada de 5 años. Los pacientes que presentaron fracturas llevaban más tiempo de tratamiento que los que presentaron descenso de DMO. Solo en un paciente se identificó una causa predisponente para el desarrollo de la RI. Las características clínicas, analíticas y densitométricas observadas en nuestra cohorte no presentan particularidades remarcables comparadas con cohortes de pacientes que han presentado buena respuesta a Dmab en nuestra práctica clínica.

RC110. EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD (FLS) MULTIDISCIPLINAR CONECTADA CON ATENCIÓN PRIMARIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. RESULTADOS A 6 MESES

B.E. Hernández Cruz¹, F.J. Olmo Montes², S. Macías Dorado², M.J. Miranda García², M.D. Jiménez Moreno², M.J. Montoya García³, M.Á. Vázquez Gámez³, M. Giner García³, M.Á. Colmenero Camacho² y J.J. Pérez Venegas¹

¹UGC Reumatología; ²UGC Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ³Grupo de investigación PAIDI CTS/211. Departamento de Medicina. Universidad de Sevilla.

Introducción: Se estima que hasta el 80% de los pacientes que curan con una primera fractura por fragilidad ósea (FF) no reciben tratamiento osteoporótico.

Objetivos: Mejorar la atención médica y el tratamiento de los pacientes con una FF. Establecer una consulta multidisciplinar de acto único centrada en Atención Primaria (AP) y con la colaboración de Medicina Interna (MI), Reumatología, Traumatología, Urgencias y Rehabilitación y el grupo de investigación PAIDI CTS/211 del Departamento de Medicina de la Universidad de Sevilla. Diseño: prospectivo, observacional, de práctica clínica habitual.

Métodos: En mayo de 2018 se implementó una Unidad de Prevención de FF conectando atención especializada con AP. Se abrieron 3 consultas semanales (con 11 primeras visitas, 4 revisiones y consulta telemática con AP). Criterios de derivación: pacientes con una FF en los 18 meses previos. Los pacientes son derivados desde AP, MI, MI perioperatoria, Reumatología, Traumatología, Urgencias, Rehabilitación y otros servicios. Dos especialistas en MI, una reumatóloga y una enfermera gestora de casos realizan en un acto único una historia clínica completa, DMO, estimación del riesgo de FF (FRAX) y del riesgo de caídas (Escala J.H. Downton), el riesgo de desnutrición y sarcopenia (MNA sf, dinamometría, SPPB). Se realiza analítica (hemograma con VSG, Perfil general, proteinograma, PTH, TSH, 25 OH vit D, calcio en orina), y Rx de columna dorsal y lumbar. Se inicia un plan educacional con recomendaciones higiénico-dietéticas sobre salud ósea y prevención de caídas y tabla de ejercicios de fortalecimiento muscular. Se discute con el paciente el tratamiento farmacológico prescribiendo en receta XXI el tipo de fármacos, posología y duración y se elabora un informe por escrito con recomendaciones para AP sobre seguimiento. Los datos se registran en tiempo real en una base diseñada expropro (OpenClinica). El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación en Humanos del hospital. Se pidió consentimiento informado a todos los pacientes para el manejo de datos con finalidad estadística y/o investigadora.

Resultados: Se presentan datos de los primeros 170 pacientes de mayo a octubre de 2018, siendo 135 pacientes (89%) mujeres. La edad media (desviación estándar) fue de 73 años, $\pm 11,8$; con 25% de los pacientes entre 83 y 94 años. Los pacientes fueron derivados desde MI perioperatoria (46%), Traumatología 37%, Reumatología (6%), Atención primaria (5%) y otras unidades (6%); las FF fueron de cadera (58%), vértebras (22%), extremo distal de radio (13%), húmero (4%) y en otras localizaciones (7%). Se prescribió alendronico (66%), denosumab (18%), teriparatide (10%), risedronico 4% como primera opción terapéutica; más suplementos de Ca y/o vitamina D en el 98% de los casos. Se valoró la cumplimentación terapéutica mediante llamada telefónica por la enfermera gestora de casos en 42 pacientes al sexto mes tras la visita a la unidad y el 100% de los pacientes contactados confirmaba realizar correctamente el tratamiento.

Conclusiones: La implementación de una consulta de prevención secundaria de fracturas incrementó la tasa de prescripción (100%) y cumplimentación terapéutica confirmada vía telefónica (100%) del tratamiento anti osteoporótico de los pacientes. La consulta multidisciplinaria establece vías de comunicación entre las diferentes partes implicadas que mejora la atención del paciente con OP.

RC111. COMPLICACIONES DE LAS VERTEBROPLASTIAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO ENTRE 2015 Y 2018: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

C. Ventín Rodríguez, M. Caeiro-Aguado, A. Seijas-López, R. Aguirre del Pino, M.T. Silva-Díaz, A. Suárez-Pose, M. Freire-González, J.A. Pinto-Tasende y F.J. de Toro Santos

Servicio de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). SERGAS. Universidade da Coruña (UDC). A Coruña. Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF). Ferrol. A Coruña.

Introducción: La vertebroplastia es una técnica percutánea de refuerzo vertebral cuya principal indicación es el alivio del dolor refractario tras una fractura vertebral de cualquier etiología. El procedimiento consiste en inyectar un cemento (habitualmente polimetilmetacrilato o fosfato de calcio) en el hueso esponjoso del cuerpo vertebral vía transpedicular y es monitorizado por fluoroscopia. Aunque es una técnica mínimamente invasiva se han descrito casos de complicaciones graves en relación con fugas de material de cementación, así como fracturas de vértebras adyacentes a las intervenidas.

Objetivos: Describir las complicaciones derivadas de la realización de las vertebroplastias y las características epidemiológicas de los pacientes en un centro hospitalario universitario.

Métodos: Hemos hecho un análisis retrospectivo de todas las vertebroplastias realizadas en un hospital universitario desde enero de 2015 a diciembre de 2018. Registramos las características demográficas y los factores de riesgo de fractura de los pacientes intervenidos, así como las complicaciones derivadas de la técnica. Para el análisis estadístico de variables cualitativas utilizamos la prueba de chi cuadrado con el programa IBM SPSS Statistics 21.

Resultados: El número de vertebroplastias efectuadas fueron 67 en un total de 59 pacientes. La edad media de los pacientes fue de $70,03 \pm 10,67$ años (rango 38-89 años). El 55,2% fueron mujeres. La mediana de estancia hospitalaria 2 días (rango 2-153). Observamos que la incidencia de complicaciones graves en los pacientes sobre los que se realizó vertebroplastia múltiple (2,9%) no fue superior a la de los pacientes en los que se realizó vertebroplastia simple (9,4%) ($p = 0,261$).

Factores de riesgo

Tabaquismo	21 (35,6%)
Enolismo activo	5 (8,5%)
IMC < 20	6 (10,2%)
Fx fragilidad previa	12 (20,3%)
Osteoporosis conocida	23 (34,3%)
Con tratamiento farmacológico	17 (73,9%)
Sin tratamiento farmacológico	6 (26,1%)
Corticoides	31 (52,5%)
Con tratamiento profiláctico	9 (29,0%)
Sin tratamiento profiláctico	22 (71,0%)
Indicación corticoides	
Enfermedad inflamatoria reumática	4 (12,9%)
Enfermedad inflamatoria intestinal	1 (3,2%)
Enfermedad neumológica	2 (6,5%)
Enfermedad neurológica	1 (3,2%)
Cáncer no hematológico	6 (19,4%)
Cáncer hematológico/TPH	5 (16,1%)
Trasplante órgano sólido	12 (38,7%)

Causa de fractura

Osteoporosis	61 (91%)
Mieloma múltiple	4 (6%)
Plasmocitoma óseo solitario	1 (1,5%)
Complicación vertebroplastia previa	1 (1,5%)

Características de la vertebroplastia

Nivel intervención	
Torácico	16 (23,9%)
Lumbar	31 (46,3%)
Toraco-lumbar	20 (29,9%)
Número vértebras	
Vertebroplastia múltiple	35 (52,2%)
Vertebroplastia única	32 (47,8%)

Complicaciones de la vertebroplastia

Fuga de cemento clínicamente no relevante	30 (44,8%)
Fractura vértebras adyacentes	3 (4,5%)
Progresión del colapso	1 (1,5%)

Conclusiones: La mayoría de las complicaciones fueron de carácter leve. En un pequeño porcentaje de pacientes observamos progresión del colapso de la vértebra intervenida y fractura de la vértebra adyacente. Más de la mitad de los pacientes estudiados habían tomado tratamiento con corticoides de forma crónica por enfermedades no reumáticas, no obstante, la mayoría de ellos nunca habían recibido tratamiento profiláctico para la osteoporosis. Esto refleja la necesidad de promover la importancia de la prevención de la osteoporosis en pacientes de riesgo.

RC112. CORRELACIÓN DE LA INGESTA DIARIA DE CALCIO CON LA PÉRDIDA DE MASA Y RIESGO DE FRACTURA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

W.A. Sifuentes Giraldo¹, M. Llop Vilaltella¹, C.C. Macia Villa¹, M.J. Pérez Elías², S. Bañón², M. Vázquez-Díaz¹ y J.L. Casado²

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

Introducción: A pesar de que existe una alta prevalencia de osteoporosis en pacientes con infección por el virus de inmunodeficien-

cia humana (VIH), son escasos los estudios en los que se evalúa la relación entre la ingesta diaria de calcio y la densidad mineral ósea (DMO) en este grupo de pacientes, así como su correlación con el desarrollo de fracturas e interacción con otros factores de riesgo asociados en esta población.

Objetivos: Determinar la correlación de la ingesta diaria de calcio con otros factores de riesgo asociados al desarrollo de osteoporosis en pacientes con infección por HIV, así como con los valores de densidad mineral ósea y el desarrollo de fracturas en una cohorte de pacientes seguidos en un hospital madrileño terciario.

Métodos: Evaluación transversal de un estudio prospectivo llevado a cabo en una unidad especializada en VIH/SIDA de un hospital madrileño terciario. Se incluyeron pacientes consecutivos asintomáticos con infección por VIH, mayores de 50 años, seguidos de forma regular entre enero de 2014 y diciembre de 2016.

Resultados: Se incluyó un total 128 pacientes (35 mujeres, 27%), con una media de edad de 57 años (rango: 50-83) y de índice de masa corporal de $23,8 \text{ kg/m}^2$ (rango: 15,6-33,5). La media del tiempo de infección por HIV fue de 256 meses (rango: 202-306) y de terapia antirretroviral (TAR) 219,7 meses (rango: 156-247). La ingesta media de calcio fue de $563,8 \text{ g/día}$ (462-2.772). Dentro de los factores de riesgo para baja DMO 44 (34%) referían tabaquismo, 11 (9%) antecedente familiar de fractura, 54 (42%) antecedente de fractura previa, 8 (6%) consumo significativo de alcohol y 25 (21%) disfunción tubular renal. En función de la DMO a nivel de columna lumbar (CL) 50 (39%) eran clasificados como osteopenia y 43 (34%) como osteoporosis, mientras que a nivel de cuello femoral dichas proporciones fueron 83 (65%) y 9 (7%), respectivamente. Se encontró correlación entre la mayor ingesta de calcio con un tiempo mayor de TAR ($\rho = 0,2$; $p = 0,02$), pero no con la edad ni el tiempo de infección por VIH. La ingesta de calcio no mostró correlación con los niveles séricos de calcio sérico ($\rho = 0,05$; $p = 0,72$), fosforo o biomarcadores óseos como la fosfatasa alcalina (FA), osteocalcina o P1NP, pero sí una relación inversa con los niveles de β crosslaps ($\rho = -0,21$; $p = 0,02$). La ingesta de calcio se asoció con un mayor ejercicio, evaluado mediante el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) ($\rho = 0,23$; $p = 0,01$). No hubo correlación entre la ingesta de Calcio y la DMO lumbar o en cadera o con el T-score, pero la ingesta de calcio fue menor en pacientes con osteoporosis con respecto a osteopenia o normal (cadera 500 vs. 580 vs. 573, CL 507 vs. 635 vs. 585, respectivamente; $p = 0,04$ entre osteoporosis y osteopenia). Se encontró una menor ingesta de calcio en pacientes con fracturas vertebrales (486 (236) vs. 583 (317); $p = 0,09$).

Conclusiones: Aunque la pérdida de DMO asociada a la infección por VIH es de naturaleza multifactorial, los resultados del presente estudio muestran una probable asociación entre la baja ingesta diaria de calcio y el aumento de riesgo de osteoporosis y fracturas en esta población, así como su interacción con otros factores como la duración del TAR o la actividad física.

RC113. FUNCIONALIDAD Y SUPERVIVENCIA A CORTO PLAZO DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA TRATADO EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA HOSPITALARIA INTERDISCIPLINAR

D. Rodríguez Díaz, A. Tejera Concepción, C. Córdoba Martín, A. Gómez Hidalgo, M.A. García Bello, B. González Álvarez y P. Laynez Cerdeña

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife.

Introducción y objetivos: Las fracturas de cadera por fragilidad, son un grave problema, tanto para el sistema sanitario como para el paciente. Incrementan la mortalidad y empeoran la funcionalidad y calidad de vida, a la vez que suponen un elevado gasto económico para el sistema. A fin de mejorar esta situación, se han creado las Unidades de Gestión Clínica Hospitalaria interdisciplinares. El obje-

tivo de este estudio es determinar el valor que aporta la unidad a los pacientes con osteoporosis grave y fractura de cadera.

Métodos: Estudio observacional longitudinal con recogida de datos de forma retrospectiva, en situaciones de práctica clínica habitual, en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, desde agosto de 2017 hasta febrero de 2018.

Resultados: Se ha recogido una muestra de 175 pacientes con una edad media de 82,2 años, de los cuales el 77,1% son mujeres. La fractura de cadera más frecuente es la extracapsular (57%), y la técnica quirúrgica más empleada es la colocación de un clavo gamma (60%). El 35% de los pacientes consumen tabaco y el 16% alcohol. El 80% de los pacientes padecen HTA, 65% dislipemia, 46,3% diabetes mellitus. Más de la mitad de los pacientes presentaban osteoporosis previa, y el 11,4% fracturas de cadera previa. El 46,3% son pacientes desnutridos. Tienen basalmente un grado de dependencia funcional moderado (Barthel medio de 80,6), padecen deterioro cognitivo leve (Pfeiffer 3,4) y se encuentra en situación de "riesgo social" (Gijón 9,9). Además, el riesgo de fractura de cadera medio a 10 años calculado mediante el Q Fracture Index es del 29%. Realizando un test de correlación de Pearson se obtiene mejor correlación entre el Barthel y Pfeiffer, con una $R = -0,73$ y $p < 0,05$; y se obtiene una correlación estadísticamente significativa entre el Profunction y las variables que engloba (Barthel, Pfeiffer y Gijón). Con respecto a variables resultado, de los pacientes que vivían en un domicilio, solo el 50,29% regresan tras el alta hospitalaria al mismo. De la mitad restante, lo más habitual es que se derive al paciente a un centro agudo de convalecencia (27%). El 42,8% inicia tratamiento antiosteoporótico tras el alta con bifosfonatos endovenosos, y hasta un 22,3% no se recomienda tratamiento. El 71% es capaz al mes del alta de deambular con andadora, bastón/muleta o sin precisar ayuda. Si consideramos "fracaso" de la intervención estar al mes del alta en silla de ruedas, en cama o realizar exitus, observamos que a mayor edad, mayor Barthel y menor Pfeiffer, más riesgo de pertenecer al grupo "fracaso". Hasta el 81% de nuestros pacientes sufren anemia durante el ingreso, con una hemoglobina media de 9,6 g/dl. El 4% de los pacientes fallecen durante el ingreso.

Conclusiones: La instauración de la unidad interdisciplinar de fractura de cadera permite un mejor manejo médico del paciente anciano pluripatológico con elevada comorbilidad, disminuyendo las complicaciones y acortando su estancia, mejorando su funcionalidad tras el alta hospitalaria, así como una correcta instauración del tratamiento antiosteoporótico.

RC114. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ENFERMERÍA REUMATOLÓGICA

S. Fernández Sánchez¹, B. Magallares¹, I. Castellví¹, H. Park¹, C. Paytubí², A. García-Guillén¹, A. Laiz¹, P. Moya¹, M. Millán¹, C. Díaz-Torné¹, H. Corominas¹, M. Sendra¹ y F. Rodríguez¹

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat.

Objetivos: Analizar la actividad asistencial realizada en la consulta de enfermería reumatológica de un hospital universitario.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo y observacional realizado en la consulta monográfica de enfermería de la Unidad de Reumatología de un Hospital Universitario. Se recogieron los datos de los pacientes atendidos en la consulta de enfermería desde septiembre de 2017 hasta agosto 2018; tanto los remitidos por el facultativo especialista en Reumatología (FER) como los que consultaron espontáneamente de forma presencial o telefónica. La actividad asistencial solicitada se recogió en las siguientes categorías: 1. Educación. 2. Procedimientos. 3. Control y/o seguimiento. 4. Curas. 5. Gestión. 6. Consultas espontáneas pacientes (presenciales y telefónicas).

Resultados: Se atendieron 2133 pacientes. El 73% fueron mujeres y la media de edad fue de 60,5 años (± 15 años). Las patologías más frecuentes atendidas por enfermería fueron artritis reumatoide y espondiloartropatías (tabla 1). Fueron remitidos por el FER 1.436 pacientes (67%) y los motivos más frecuentes de derivación fueron la educación (30%) y el control y/o seguimiento (34,2%) (tabla 2). Al analizar los pacientes a los que se realizó control o seguimiento los motivos más habituales fueron: control del riesgo cardiovascular (10,5%), revisión de vacunas (7,8%), deshabitación tabáquica (3,1%), control analítico (6,8%) y control de pacientes estables (5,8%). La frecuencia de motivos de derivación de los FER según las patologías reumáticas se describe en la tabla 3. Acudieron de forma espontánea 697 pacientes (32,6%); de ellos el 25% fueron consultas telefónicas siendo el motivo más frecuente las dudas, y las presenciales (7,6%) siendo la causa de consulta más frecuente los brotes (tabla 4). Las patologías de los pacientes que realizaron consultas espontáneas; así como los motivos más frecuentes de consulta se detallan en las tablas 5 y 6.

Tabla 1. Patología del paciente remitido a la consulta de enfermería

Patología	n (%)
Artritis reumatoide	863 (40,6)
Espondiloartropatía	504 (23,7)
Vasculitis	153 (7,2)
Osteoporosis	141 (6,6)
Lupus	123 (5,8)
Esclerodermia	105 (4,9)
Artritis gotosa	94 (4,4)
Síndrome de Sjögren	59 (2,8)
Artrosis	20 (0,9)
Fibromialgia	18 (0,8)
Otras patologías	48 (2,2)

Tabla 2. Motivos de derivación del FER a la consulta de enfermería reumatológica

Motivos derivación FER	N (%)
Educación	551 (30)
Procedimiento	299 (16,3)
Control y seguimiento	
Riesgo cardiovascular	194 (10,5)
Revisión de vacunas	143 (7,8)
Deshabitación tabáquica	57 (3,1)
Control analítico	126 (6,8)
Control paciente estable	108 (5,8)
Curas	37 (2)
Gestión	317 (17,3)

Tabla 3. Frecuencia de motivos de derivación de los FER según la patología reumática

Patologías	Educación (%)	Procedimientos (%)	Control y seguimiento (%)	Curas (%)	Gestión (%)
Artritis reumatoide	31,9	10,4	38,9	0,1	18,4
Espondiloartropatías	37,1	8,9	38,4	0	15,3
Lupus	19,4	19,4	16,6	0	44,4
Esclerodermia	10,9	21,9	8,5	42,6	15,8
Síndrome de Sjögren	18,1	36,3	12,1	0	33,3
Vasculitis	14,1	36,7	23,5	0,94	24,5
Artritis microcristalinas	18,6	57,8	19,6	0	3,9
Artrosis	26,6	13,3	33,3	0	26,6
Osteoporosis	35,2	31	15,1	0	18,8
Fibromialgia	25	12,5	0	0	62,5

Tabla 4. Motivos de consulta espontánea: telefónica y presencial

Motivo consulta espontánea	Telefónica, n (%)	Presencial, n (%)
Brote	168 (31,5)	98 (59,7)
Efecto secundario al tratamiento	55 (10,3)	16 (9,7)
Duda	236 (44,3)	42 (25,6)
Renovación tratamiento	27 (5,1)	2 (1,2)
Administrativo	35 (6,6)	4 (2,4)
Otros	12 (2,3)	2 (1,2)

Tabla 5. Frecuencia de motivos más frecuentes de consulta telefónica según patología

Patologías	Brote (%)	Efecto secundario tratamiento (%)	Dudas (%)
Artritis reumatoide	42,2	45,4	43,4
Espondiloartropatías	26,7	10,9	20
Lupus	13,6	7,2	10,4
Esclerodermia	3,7	10,9	3,9
Síndrome de Sjögren	4,3	3,6	5,2
Vasculitis	6,8	7,2	9,1
Artritis microcristalinas	0	5,4	0
Artrosis	0	0	0,4
Osteoporosis	1,2	9	6,5
Fibromialgia	1,2	0	0,8

Tabla 6. Frecuencia de causas más frecuentes de consulta presencial espontánea según patología

Patologías	Brote (%)	Efecto secundario tratamiento (%)	Dudas (%)
Artritis reumatoide	40,4	33,3	30,7
Espondiloartropatías	23,4	20	17,9
Lupus	14,8	6,6	7,6
Esclerodermia	2,1	0	5,12
Síndrome de Sjögren	1	0	5,1
Vasculitis	6,3	20	15,3
Artritis microcristalinas	2,1	13	2,5
Artrosis	3,1	0	0
Osteoporosis	1	6,6	15,3
Fibromialgia	5,1	0	0

Conclusiones: La artritis reumatoide y las espondiloartropatías son las patologías más consultadas. Los motivos de derivación más habituales del FER son la educación y el control/seguimiento, y de las consultas espontáneas de los pacientes los brotes y las dudas. La actividad de la consulta de la enfermera de reumatología dentro de las unidades de reumatología está en desarrollo. Sin duda, la presencia de enfermeros especializados en reumatología aporta ventajas asistenciales a los pacientes y a los equipos.

RC115. LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESTÁ ASOCIADA A UNA EDAD MÁS ALTA DE INICIO DE PSORIASIS Y UN ÍNDICE DE MASA CORPORAL MÁS ELEVADO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PSORIÁSICA

M.R. Queiro Silva, A. Lorenzo, E. Pardo, L. Consuelo, P. Tejón, S. Alonso, M. Alperi, L. Arboleya y J. Ballina

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es una comorbilidad común en pacientes con psoriasis y con artritis psoriásica. Algunos datos epidemiológicos indican que este factor de riesgo cardiovascular (FRCV) puede estar más presente en pacientes con APs respecto a aquellos que solo tienen psoriasis, sin embargo, poco se sabe de los factores asociados a HTA en poblaciones de pacientes con enfermedad psoriásica.

Objetivos: Analizar los factores asociados al desarrollo de HTA en una población con enfermedad psoriásica seguida en un centro universitario.

Métodos: Se incluyeron un total de 600 pacientes con enfermedad psoriásica, edad media 53 ± 12 años, 54% varones y 46% mujeres, atendidos en una unidad monográfica de un centro universitario. Se utilizó la frecuencia de HTA, así como los factores asociados a la misma por modelos uni y multivariados.

Resultados: De los 600 pacientes, 290 tenían APs y 310 psoriasis sin artritis. Un total de 144 pacientes resultaron hipertensos (24%). De los pacientes con APs, 86/290 (29,7%) tuvieron HTA, en comparación con 58/310 (18,7%) con psoriasis, OR 1,70 (1,25-2,50), $p = 0,003$. La edad media de inicio de psoriasis (39 ± 17 vs. 26 ± 16 años) y de artritis (49 ± 17 vs. 41 ± 14 años) fue significativamente más alta en población HTA. El peso medio (83 ± 16 vs. 77 ± 15 kg) y el IMC ($30,2 \pm 4,9$

vs. $27 \pm 4,4$) fueron significativamente más altos en pacientes HTA. En la población HTA había más pacientes con artritis (59,7% vs. 45%, $p < 0,01$) y con obesidad (46,5% vs. 30%, $p < 0,01$). Hubo más fumadores entre los no HTA (36% vs. 22%, $p < 0,01$). La prevalencia del HLA-Cw6 fue superior entre no HTA (43% vs. 30%, $p < 0,05$). No se detectaron diferencias entre los pacientes HTA vs. no HTA en relación a la duración de enfermedad, PASI, HLA-B27 o consumo de medicación sistémica (FAME y/o biológicos). Después de corregir por edad, sexo, duración de enfermedad, artritis, tratamientos y otros FRCV, el análisis multivariado demostró que la HTA estaba asociada con edad más alta de inicio de psoriasis OR 1,04 (1,03-1,06, $p < 0,001$) y un IMC más alto OR 1,13 (1,06-1,22, $p < 0,001$).

Conclusiones: La HTA es más prevalente en pacientes con artritis dentro del espectro de la enfermedad psoriásica, no obstante, este FRCV debe ser especialmente escrutado en pacientes con IMC elevado y en aquellos con psoriasis de inicio tardío.

RC116. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL APREMILAST EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

O. Rusinovich, C. Merino Argumánez, N. de la Torre Rubio, M. Espinosa Malpartida, H. Godoy Tundidor, J. Campos Esteban, C. Barbadillo Mateos, L.F. Villa Alcázar, J. Sanz Sanz, C.M. Isasi Zaragoza, M. Jiménez Palop y J.L. Andreu Sánchez

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Introducción: El apremilast (APR) es un inhibidor de la fosfodiesterasa 4, recientemente autorizado para el tratamiento de artritis psoriásica y psoriasis en placas. Se trata de una molécula pequeña que al inhibir la fosfodiesterasa 4, enzima intracelular encargada de la degradación del AMPc, produce un aumento del mismo disminuyendo la respuesta inflamatoria mediante modulación de la expresión del factor de necrosis tumoral α , IL-23, IL-17 y otras citocinas inflamatorias.

Objetivos: Objetivo primario: descripción de las características clínicas y evolutivas de una serie de pacientes tratados con APR en un hospital terciario, en condiciones de práctica clínica habitual. Objetivo secundario: descripción de efectos adversos durante el tratamiento. Los parámetros de actividad clínica y respuesta al tratamiento se evaluaron mediante PCR, VSG y valoración global del médico (VGM).

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico en el que fueron incluidos todos los pacientes con diagnóstico de artritis psoriásica tratados con APR desde abril de 2016 hasta la actualidad. Se recogieron las características clínicas y demográficas de la muestra, tolerancia y efectos adversos durante el tratamiento con APR. Se utilizó estadística descriptiva para la presentación de los datos. El comité ético del centro aprobó el estudio.

Resultados: Se incluyeron 64 pacientes: 16 varones (25%) y 48 mujeres (75%) con una mediana de edad de 56 (24-73) años. El tiempo medio de duración de enfermedad fue $8,01 \pm 6,95$ años. Patrón de afectación articular% (n): artritis 29,7% (19), mixto 28,1% (18), artritis + dactilitis 12,5% (8), axial + entesitis 7,8% (5), artritis + entesitis 4,7% (3), entesitis pura 17,2% (11). Motivo de indicación de APR% (n): artritis 35,9% (23), entesitis + psoriasis 31,25% (20), artritis + dactilitis ± entesitis 12,5% (8), artritis + entesitis 7,8% (5), entesitis + dactilitis 7,8% (5), psoriasis 4,7% (3). Terapias previas (número de pacientes): 2 antiTNF (10), 3 antiTNF (2), > 3 biológicos (4), secukinumab (16), ustekinumab (4), LFN (19), terapia combinada con MTX (34), solo MTX (7), SSZ (27 pac.). Se utilizó APR en monoterapia (85%), en combinación con MTX (11,67%), o con LFN (3,33%). Los motivos de indicación de APR fueron: intolerancia/contraindicación a FAME, precaución/contraindicación al tratamiento biológico, ineficacia a FAME antes de comenzar el tratamiento biológico, ineficacia biológicos y FAME. Respuesta al tratamiento, según la valoración global del médico (VGM)% (n): respuesta completa 25% (16), respuesta parcial 21,8% (14), suspendido 34,4%(22), seguimiento inferior a 12 semanas 17,2% (11). Motivo de suspensión (n): ineficacia (15), cefalea (4), astenia (1), náuseas (1), insomnio (1).

Los efectos secundarios observados fueron (n): diarrea leve (2), cefalea (4), astenia (1), insomnio (1), náuseas (1).

Conclusiones: El apremilast es un tratamiento efectivo en algunos pacientes con una respuesta inadecuada previa a 1, 2 o 3 FAME. Puede usarse en monoterapia y no precisa controles analíticos periódicos. Ha mostrado un perfil de seguridad favorable en esta serie de pacientes con artritis psoriásica en condiciones de práctica clínica habitual.

RC117. EXPERIENCIA ACUMULADA EN EL USO DE USTEKINUMAB EN ESPONDILOARTRITIS CON ÉNFASIS EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA GENERAL Y DE LAS MANIFESTACIONES ECOGRÁFICAS DE LA DACTILITIS

C.A. Guillén Astete, C. Díaz Miguel, C. de la Puente Bujidos, M.J. García Villanueva, M. Valero Expósito, J. Bachiller Corral, M.Á. Blázquez Cañamero y P. García Casado

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: El propósito de la presente revisión es sintetizar la experiencia adquirida con el uso de ustekinumab, un anticuerpo monoclonal humano completo, del tipo IG1 que bloquea a la IL12/IL23, en pacientes con espondiloartritis (EspA). Ustekinumab es un fármaco que tiene indicación aprobada en el manejo de la Artritis Psoriásica, Psoriasis y en la enfermedad de Crohn. En espondiloartritis distintas de la Apso, ustekinumab ha demostrado insuficiente evidencia para el control de síntomas axiales y aunque no tiene indicación aprobada para espondilitis anquilosante radiográfica o no radiográfica, ha sido utilizado en pacientes con espondiloartritis con afectación mixta axial y periférica simultánea con resultados disímiles. Aunque no es habitualmente el motivo de su indicación, la dactilitis es una de las manifestaciones más complicadas de resolver en pacientes con espondiloartritis y una de las que más limitaciones producen en nuestros pacientes cuando se manifiestan en los dedos. Es por ello por lo que en la presente revisión de nuestra casuística se hace hincapié en este signo clínico.

Métodos: Revisamos la casuística de pacientes en tratamiento con ustekinumab por cualquier indicación distinta de la psoriasis como único motivo: artritis psoriásica, espondiloartritis axial con manifestaciones periféricas o espondiloartritis asociada a enfermedad de Crohn. Dividimos la información obtenida en función de los siguientes estratos de valoración: Diagnóstico al momento de la instauración del tratamiento, histórico de tratamientos previos y evolución posterior. Además de la consulta de históricos y evolutivos, se recolectó información de los registros de dispensación de Farmacia Hospitalaria y del archivo de imágenes ecográficas.

Resultados: Nuestra serie está compuesta por 15 pacientes que iniciaron tratamiento entre enero de 2016 y la actualidad. Siete pacientes fueron varones. La edad promedio al momento del diagnóstico de la enfermedad que motivó el inicio del tratamiento fue 37,8 años (DE 9,4 años). Las características de las manifestaciones de la enfermedad al momento del debut se resumen en la tabla 1. La trayecto-

ria terapéutica se resume en la tabla 2. Los resultados evolutivos se resumen en la tabla 3. El tiempo medio de supervivencia de ustekinumab a fecha de la elaboración de esta comunicación fue 18 meses. Solo se ha registrado un fallo secundario.

Tabla 1. Descripción de las características de los casos al momento del debut

N.º	Edad diagnóstico	Edad actual	Diagnóstico inicial	Descripción de situación diagnóstica al inicio del tratamiento
1	28	35	Crohn + SI bilateral	Axial, SI, periférico, entesitis, piel, uñas
2	23	43	Apso mixta	Axial, SI, periférico, piel
3	45	60	Apso mixta	Axial, periférico, piel
4	20	34	Esp anq axial perif b27	Axial, SI, periférico, entesitis, pso posterior, dactilitis
5	40	45	Apso periférica	Periférico, piel, entesitis, piel, dactilitis
6	49	60	Apso periférica	SI, periférico, entesitis, piel
7	43	47	Apso periférica	Periférico, entesitis, piel, dactilitis
8	45	47	Apso mixta	Axial, periférico, entesitis, piel, dactilitis
9	33	41	Apso mixta	Axial, SI, periférico, entesitis, piel
10	38	39	Apso periférica	Periférico, entesitis, piel, dactilitis
11	55	60	Apso mixta	Axial, periférico, entesitis, dactilitis
12	34	51	Crohn + esp	Axial, SI, periférico
13	37	40	Les cutáneo	Axial, periférico, PSO posterior
14	41	65	Apso mixta	Axial, periférico, piel
15	36	48	Esp ind b27	Axial, periférico, entesitis, piel

Axial: afectación lumbar, dorsal o cervical; SI: afectación sacroilíaca; PSO posterior: desarrollo de psoriasis después del diagnóstico inicial.

Tabla 2. Trayectoria terapéutica de los casos incluidos

N.º	FAMES y ttos previos	Nro. de TB previas	Secuencia de TB previas	Secuencia de motivos de suspensión
1	SZP, MTX, HCQ, LEF	3	IFX, ADM, CTZ	Primario, secundario, otro
2	AINES, CES, FAMES	2	ETN, ADM	Primario, secundario
3	MTX, SZP*	2	GOL, CTZ	Secundario, secundario
4	AZA	3	ETN, IFX, ADM	Otro, otro, primario
5	AINES, MTX	0		
6	MTX, CICLOSP, AINES	1	ETN	Primario
7	AINES, MTX	0		
8	AINES, MTX, SZP	0		
9	AINES, MTX, SZP	2	ADM, ETN	Secundario, secundario
10	AINES, MTX, SZP	0		
11	SZP, MTX, HCQ, LEF	3	GOL, ADM, ETN	Primario, secundario, primario
12	SZP	2	IFX, ADM	Primario, secundario
13	MTX, HCQ, LEF	0		
14	AINES, CE, MTX	2	ETN, IFX	Otro, otro
15	AINES, SZP, MTX	4 + 1**	IFX, ETN, ADM, GOL, ETN	Secundario, otro, primario, primario, otro

*Paciente con contraindicación al uso de AINES por E. Barrett. **El quinto tratamiento fue nuevamente ETN.

Tabla RC117

Tabla 3. Resumen de la evolución de los pacientes tratados. Solamente incluimos aquellos con tratamientos de más de 6 meses de duración y con datos objetivos en los registros a los que se ha tenido acceso

N.º	NAT	NAD	ASDAS PCR	EVA axial basal	EVA periférico basal	EVA general basal	NAT	NAD	EVA axial Evolución	EVA periférico Evolución	EVA general Evolución	Situación basal ecográfica de la dactilitis	Evolución ecográfica de la dactilitis 6-9 meses	Estado ecográfico de la dactilitis en la actualidad
1	2	2			70/100	80/100	0	0				—	—	
2	3	5		60/100	50/100	50/100	0	1	10/100	10/100	10/100	—	—	
4	3	3	3,17	60/100	100/100	70/100	3	3	70/100	70/100	70/100	Entesitis >> sinovitis	Mínima sinovitis	Resuelta
5	5	4	3,66		70/100	60/100	2	2	10/100		20/100	Entesitis	—	Resuelta
7	6	4	4,1		80/100	70/100	1	1	30/100		20/100	Entesitis	Resolución	Resuelta
8	5	7	3,45		80/100	60/100	2	0	20/100		20/100	Entesitis	Resolución	Resuelta
10	5	5	3,78		90/100	75/100	2	1	20/100		30/100	Entesitis	Resolución	Resuelta
11	6	8	3,21	80/100	80/100	90/100	6	2	50/100	50/100	60/100	Entesitis > sinovitis	Mínima sinovitis	Parc. resuelta

Conclusiones: En nuestra serie, la mayor parte de tratamientos con ustekinumab se han iniciado una vez probados fármacos aTNF. Esto puede condicionar un sesgo en detrimento de la potencial efectividad del fármaco. En la misma línea podemos destacar que aquellos pacientes que recibieron el fármaco en primera línea respondieron mejor que quienes lo hicieron en líneas posteriores. Se observa que las manifestaciones axiales incluyendo la sacroileítis tienden a ser resistentes al manejo con ustekinumab. Por el contrario, las manifestaciones periféricas fueron más susceptibles a responder positivamente, especialmente aquellas en las que se incluían entesitis y muy especialmente en aquellos en los que existía dactilitis. Existe la percepción de que los pacientes con dactilitis predominantemente entesopáticas son susceptibles a responder mejor a ustekinumab que a aTNF. La más importante limitación del presente estudio es la falta de un seguimiento homogéneo, hecho habitual en registros generados a partir de la extracción de datos procedentes de históricos electrónicos o en papel.

RC118. USO DE SECUKINUMAB EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL Y ARTRITIS PSORIÁSICA EN PRÁCTICA CLÍNICA

C.J. Rodríguez Lozano, A. Naranjo Hernández, S. Ojeda Bruno, F.F. Hernández, Í. Rúa-Figueroa, C. Erausquin Arruabarrena, J.C. Quevedo Abeledo, R. López Sánchez, L. Cáceres Martín e Y. Pérez Vera

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

Objetivos: Evaluar la eficacia y persistencia de secukinumab (SCK) en pacientes con EspA y APs y comparar los resultados en los tratados o no en 1.^a línea.

Métodos: Estudio transversal retrospectivo en práctica clínica real de un hospital terciario.

Resultados: 47 pacientes: 27 con EspA axial, 1 con EspA periférica y 19 con APs, el 47% en 1.^a línea. La duración del seguimiento fue de 14 (7-20) meses. Espondiloartritis axial: Características basales: 24 pacientes con EA y 3 con EspAax n-Rx, 78% varones, 51 (40-56) años y 22 (9-32) años de evolución. Formas axiales (63%) y mixtas (27%). 79% HLA-B27(+). 13 pacientes (48%) no habían recibido terapias biológicas y 14 (52%) sí, mediana de 3 fármacos. Los pacientes *naïve* tenían menor edad (47 vs. 54 años; $p = 0,03$), menor tiempo de evolución de la enfermedad (12 vs. 32 años; $p = 0,023$), mayor porcentaje de mujeres (31 vs. 14%; $p < 0,05$) y PCR más elevada (7,8 vs. 2,2; $p = 0,031$). Eficacia: se observó una disminución significativa de BASDAI [6,8 (5,6-7,8) vs. 4,5 (2,7-6,1), $p = 0,017$], ASDAS. PCR [3,8 (3,4-4,0) vs. 2,8 (2,0-3,7) $p = 0,001$] y BASFI [6,5 (5,5-8,2) vs. 4,1 (3,2-7,7), $p = 0,018$]. Estas diferencias solo fueron significativas en los pacientes tratados en 1.^a línea. Hubo respuesta BASDAI 50 en el 29,2% de los casos (38% *naïve* vs. 14% no *naïve*). 30% de los pacientes estaban en baja actividad o en remisión al final de la evaluación (38% *naïve* vs. 21% no *naïve*). Artritis psoriásica: Características basales: 19 pacientes, 53% varones, 52 (46-57) años y 8 (4-10) años de evolución. 15 pacientes (79%) con forma periférica (8 oligoarticular y 7 poliarticular) y 4 pacientes (21%) con forma mixta. 18/19 pacientes con tratamiento FAME previo. 8 pacientes (42%) no habían recibido terapias biológicas y 11 (58%) sí, con una mediana de 1 fármaco y sin diferencias significativas entre ambas poblaciones. Eficacia: hubo una disminución significativa de DAS28 [3,69 (2,57-4,91) vs. 2,91 (1,30-4,38) $p = 0,003$], DAPSA [29,20 (18,45-33,55) vs. 18,10 (10,75-24,45) $p = 0,004$] pero no en HAQ [1,500 (1,125-1,719) vs. 1,375 (0,750-1,750) $p = 0,245$]. Tanto los pacientes *naïve* como los de líneas posteriores consiguieron mejorías significativas en el seguimiento, pero hubo un 21% de pérdida de respuesta. 7/19 (37%) pacientes estaban en baja actividad o remisión al final de la evalua-

ción y 11 pacientes (58%) lo alcanzaron a lo largo del seguimiento. Persistencia: 34 pacientes (72%) continuaban con el tratamiento: 78% EspA axial, 68% APs. En EspA axial, se suspendió SCK en 2/13 tratamientos en 1.^a línea (15%) (1 fallo primario, 1 secundario) vs. 4/14 tratamientos en líneas posteriores (29%), todos por fallo primario. En APs, los datos son 3/8 (38%) en 1.^a línea vs. 3/11 (27%) en líneas posteriores.

Conclusiones: Los pacientes con EspA tratados en 1.^a línea eran más jóvenes, más mujeres, con menor duración de la enfermedad y con una PCR más alta que los tratados previamente con anti-TNF. Fueron los pacientes *naïve* los que mejoraron significativamente la actividad de la enfermedad y la función física. Los pacientes con APs, sin diferencias entre los tratados o no en 1.^a línea, mejoraron significativamente la actividad de la enfermedad, pero no la función física. A lo largo del seguimiento hubo mayor porcentaje de respuesta, pero ésta se perdió en un 21% de los casos. Al cabo de 2 años, 7 de cada 10 pacientes continuaban con el tratamiento. La mayor persistencia (85%) se observó en pacientes *naïve* con EspA axial.

RC119. SECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD Y TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y FACTORES RELACIONADOS CON RESPUESTA INSUFICIENTE A TERAPIA CONVENCIONAL: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA DE ÁMBITO NACIONAL A MIEMBROS DE LA ASOCIACIÓN "ACCIÓN PSORIASIS"

C.A. Guillén Astete¹, I. Gaité González^{1,2}, C. Urrego Laurín², S. Kanaffo Castelblanco^{2,3}, P. Zurita Prada^{2,3} y R. Queipo Matas⁴

¹Estudiante de 6.^º año; ²Profesor Asociado; ⁴Departamento de Farmacia y Biotecnología. Universidad Europea de Madrid. ³Sección de Reumatología. HLA Hospital Moncloa. Madrid.

Introducción: El propósito del presente estudio es conocer, a partir de una encuesta de ámbito nacional, llevada a cabo exclusivamente entre pacientes con artritis psoriásica (APso) miembros de la asociación Acción Psoriasis, el régimen y orden de prescripción de terapias convencionales y biológicas y los factores condicionantes asociados al fracaso de estas terapias y de la necesidad de recambio de terapias biológicas.

Métodos: Se elaboró una encuesta piloto en un soporte electrónico de distribución online y cumplimentable desde dispositivos móviles a través de un hipervínculo enviado por correo electrónico. Los investigadores, preparamos la encuesta a través de un estudio piloto con pacientes con Apso. El hipervínculo fue distribuido a través de la Asociación Acción Psoriasis a sus miembros. Se incluyeron encuestas respondidas por pacientes mayores de edad con diagnóstico conocido de la enfermedad de al menos 6 meses de antigüedad. Se consignaron (1) Datos demográficos, (2) Características de la presentación clínica, (3) Tiempo de evolución, (4) Terapia sintética no biológica y (5) Terapia biológica única o en secuencia. Se realizó un análisis de regresión para determinar los factores condicionantes de fracaso de la terapia convencional, necesidad de inicio de terapia biológica y de cambio de terapia biológica.

Resultados: Se analizaron 518 encuestas. El 51,7% fueron realizadas por varones y el 45,8% por mujeres. Trece encuestados ocultaron su género. La media de edad fue 48,9 DE 11,5 años. El tiempo de evolución se pudo calcular en 499 encuestados. Tuvo una media de 9,58 DE 9,6 años. La tabla 1 resume las características de presentación de la APso y la tabla 2, la distribución de las terapias administradas. De todos los encuestados, 192 recibía terapia biológica (37,1%). Ninguna forma de presentación clínica estuvo asociada a un incremento de probabilidad de fracaso a la terapia no biológica, aunque la presencia de enfermedad axial ($p = 0,066$) y de dactilitis ($p = 0,069$) mostraron cierta tendencia. El tiempo de evolución no se asoció a un mayor riesgo de fracaso a terapia no biológica. La media de líneas

de terapias biológicas fue 1,57 DE 0,85 con un rango mayor de 6. La presencia de entesitis y dactilitis se asociaron de forma estadísticamente significativa a un incremento en el número de terapias biológicas administradas ($p = 0,04$ y $p = 0,02$, respectivamente), no así el tiempo de evolución. Los tratamientos biológicos pautados vigentes fueron: adalimumab 52 (26,1%), secukinumab 38 (19,1%), etanercept 37 (18,6%), ustekinumab 31 (15,6%), golimumab 16 (8,0%), infliximab 7 (3,5%) y certolizumab 7 (3,5%). En cuanto a la selección de grupo terapéutico según línea se determinó que el 70% de los pacientes recibieron un aTNF como primera línea, mientras que un 66% recibió un tratamiento aIL17/aIL23 de segunda línea.

Tabla 1. Distribución de la forma de presentación clínica de los pacientes con APso

Forma de afectación	Recuento global no excluyente	Proporción respecto del total de pacientes
Cutánea	418	80,7%
Ungueal	259	50%
Artritis periférica	332	64,1%
Entesitis	221	42,7%
Artropatía axial	179	34,6%
Dactilitis	199	38,4%
Otras	49	9,5%

Tabla 2. Distribución de los tratamientos administrados a los pacientes encuestados. Se incluyen todos los tratamientos vigentes

Tratamiento	Recuento bruto	Proporción respecto del total de encuestados
Metotrexate	194	37,5%
Leflunomida	15	2,9%
Sulfasalazina	25	4,8%
Corticoides	140	27%
Antiinflamatorios NE	217	41,9%
Apremilast	7	1,4%
Terapia biológica	192	37,1%

Conclusiones: Según nuestros resultados, no hay determinantes clínicos o de tiempo de evolución que predigan el fracaso a terapia no biológica, sin embargo, la presencia de dactilitis es la manifestación que, sin alcanzar significado estadístico, es la que más se asocia a dicho fracaso. En nuestro medio, aproximadamente un tercio de los pacientes con APso reciben TB y los aTNF siguen siendo los tratamientos de primera línea, aunque se aprecia que las terapias con dianas específicas en las citocinas IL17/IL23 por separado son la segunda opción más utilizada después del adalimumab y la primera opción ante el fracaso de un primer aTNF.

RC120. USO DE SECUKINUMAB EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN EL MUNDO REAL: CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA POBLACIÓN

V.E. Emperiale¹, J. Campos², C. Merino², J. Bachiller³, M. Valero³, B. Joven⁴, M. Martín⁴ y A. Pérez¹

¹Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. ²Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ³Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁴Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: La inhibición de IL-17 ha mostrado eficacia en ensayos clínicos (EC) en pacientes con espondilitis anquilosante (EA), y se ha incorporado a las más recientes recomendaciones de tratamiento, nacionales e internacionales. Sin embargo, los datos de su uso en la práctica clínica real aún son escasos. El objetivo de este estudio es caracterizar la población con espondiloartritis axial (EspAax) en tratamiento con secukinumab (SCK) en condiciones no experimentales.

Métodos: Estudio observacional longitudinal retrospectivo multicéntrico, realizado en 4 hospitales de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico clínico de EspAax, y que hayan recibido tratamiento con al

menos una dosis de SCK. Se recogió información de la historia clínica, incluyendo datos demográficos, datos clínicos generales y relacionados con la EspAax y sus manifestaciones, y con el tratamiento. Se realizó un análisis estadístico descriptivo basado en medidas de tendencia central.

Resultados: Se incluyeron 143 pacientes, 68 (47,6%) mujeres, edad media de 50,6 años (rango 26-74) y duración media de enfermedad de 12,4 años (1-54). Respecto al diagnóstico, 105 (73,4%) tenían EA y 38 (26,6%) EspAax no radiográfica (EspAaxnr). El HLA-B27 fue positivo en 85 (62%). En cuanto a comorbilidades, 37 (25,8%) tenían HTA, 12 (8,4%) DM, 43 (30,1%) DL y 41 (28,7%) tabaquismo activo. El IMC promedio fue 27,1 (15,8-43,4), con 29 (27,6%) obesos. Destacaban además cardiopatía isquémica (10, 7%), VHB (10, 7,5%), neoplasias (14, 9,8%) y trasplante renal (2, 1,4%). No se detectó infección por VHC o VIH. Dentro de las manifestaciones axiales, 97 (65,7%) presentaban sacroileítis grado II o más. En resonancia magnética, 35 (42,7%) tenían lesiones agudas y crónicas, 13 (15,9%) agudas, 17 (20,7%) crónicas y 17 (20,7%) normales. Se encontraron sindesmofitos en 49 (34,5%) y artropatía de cadera en 15 (11,4%). Además, se registró compromiso periférico concomitante: 77 (53,8%) artritis periférica, 80 (55,9%) entesitis, 9 (6,3%) dactilitis. En 6 (6,8%) se encontraron erosiones en radiografías de manos o pies. Las manifestaciones extrarticulares fueron 3 (2,1%) enfermedad inflamatoria intestinal, 17 uveítis (11,9%) y 12 psoriasis (8,4%). 2 (1,4%) tenían amiloidosis secundaria. El 97,2% había usado AINEs, y 38,5% corticoides. Uso previo de FAMEs se registró en 100 (84,1%), predominando sulfasalazina (84, 58,7%). 38 eran *naïve* a biológico (26,6%); del resto, 36 (34,3%) había utilizado un biológico, 39 (37,1%) dos, y 30 (28,6%) tres o más. Además de todos los anti-TNF, se registraron 13 tratamientos con abatacept, tocilizumab, rituximab o ustekinumab. El BASDAI basal medio fue 6,54 (0,4-12,8) y a los 6 meses de SCK 5,01 (0-10). El BASFI basal fue de 5,8 (0,4-10) y a los 6 meses de 4,8 (0-9,6). Los eventos adversos registrados no diferían de los comunicados en EC.

Conclusiones: La población que recibe SCK en práctica clínica real es distinta a la de los EC; se trata de pacientes complejos, con alta actividad, uso de biológicos previos y comorbilidad, tanto por su riesgo cardiovascular como por presencia de infecciones o antecedentes de cáncer que pudieran limitar el uso de otras terapias biológicas. Hay un porcentaje importante de EspAaxnr que recibe tratamiento fuera de ficha técnica. Es necesario realizar estudios en el mundo real para conocer el perfil de estos pacientes y su respuesta y tolerancia a SCK.

RC121. LOS PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA QUE ALCANZAN MDA 5/7 MEJORAN SIGNIFICATIVAMENTE EN TODOS LOS APARTADOS DEL PSAID

J.A. Pinto Tasende, C. Ventín Rodríguez, M. Caeiro Aguado, M.T. Silva Díaz, A. Seijas López, R. Aguirre del Pino, A.L. Pérez Estévez, J.C. Fernández López, N. Oreiro Villar, F.J. de Toro Santos y F.J. Blanco García

INIBIC-Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de A Coruña.

Introducción: Los pacientes con artritis psoriásica (APs) muestran un impacto en el aspecto físico y psicológico de la enfermedad y se puede medir con el cuestionario PsA Impact of Disease (PsAID). El impacto de la enfermedad debería mejorar si el paciente alcanza una actividad mínima de la enfermedad (Minimal Disease Activity o MDA).

Objetivos: Determinar la tasa de MDA en pacientes con APs en la práctica clínica diaria y evaluar la asociación entre MDA y el cuestionario PsAID.

Métodos: Se realizó un estudio transversal en pacientes consecutivos que cumplieron con los criterios de CASPAR y que fueron tra-

tados de acuerdo con la práctica clínica habitual (recomendaciones EULAR). Los pacientes se consideraron en MDA si cumplían con al menos 5 de los 7 criterios del MDA (MDA 5/7). También se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos, índice HAQ y PsAID. Las variables continuas se muestran como mediana (Q1-Q3) y las categóricas como porcentajes y frecuencias. Todos los análisis se realizaron utilizando el software SPSS. Las diferencias se consideraron estadísticamente significativas si $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 72 pacientes, 40 hombres (55,6%), mediana de edad de 53,5 años (47,0-62,7) y duración de la enfermedad de 5 años (3-10). La obesidad (IMC > 29,99) afectaba al 29,6% y el nivel de PCR era de 0,31 mg/dl (0,10-0,97). Los tratamientos de los pacientes fueron: AINE 22,2%, corticoides 31,9%, FAMEc 55,6% y terapia biológica 20,8%. El DAPSA era 9,0 (2,2-19,4) estando en VLDA (0-4) 37,5%, LDA (5-14) 22,2%, MDA (15-28) 30,6% y HAD (> 28) 9,7%. La mediana de la puntuación total de PsAID era 2,35 (0,42-4,70). Los pacientes que alcanzaron un MDA 5/7 fueron 36 (50%). Todos los apartados del PsAID mejoraron si alcanzaban MDA 5/7 ($p < 0,01$). MDA 5/7 también se relacionó con la edad, la duración de la enfermedad, la PCR y el DAPSA (tabla).

	Sí MDA n = 36	No MDA n = 36	p
Edad, años	60,5 (49,2-70,0)	52,0 (45,2-57,0)	0,027
Sexo, n % hombres	21 (58,3)	15 (41,7)	0,635
Años del diagnóstico	7,0 (4,0-13,0)	4,0 (0,2-8,0)	0,02
Obesidad, n (%)	8 (22,9)	13 (36,1)	0,221
FAMEc, n (%)	24 (66,7)	16 (44,4)	0,058
FAMEb, n (%)	10 (27,8)	5 (13,9%)	0,147
PCR, mg/dl	0,16 (0,08-0,40)	0,49 (0,27-1,75)	0,001
DAPSA	3 (0,3-4,2)	19,3 (15,5-25,8)	< 0,001
PsAID total	0,60 (0,02- 2,16)	4,37 (2,80-6,00)	< 0,001

Conclusiones: El 50% de los pacientes con APs alcanzaron MDA5/7 en la práctica clínica diaria. Los pacientes con MDA tuvieron un impacto significativamente menor de la enfermedad de acuerdo con el PsAID.

RC122. ARTRITIS PSORIÁSICA. EXPERIENCIA CON USTEKINUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA

M.J. Moreno Martínez¹, F. Rodríguez², D. Palma¹, M.J. Moreno³, E. Peñas¹, A. Haro¹, L.F. Linares³, M. Mayor¹ y M.J. Díaz⁴

¹Reumatología. Hospital Rafael Méndez. Lorca. ²Reumatología. Hospital Santa Lucía. Cartagena. ³Reumatología. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁴Reumatología. Hospital Los Arcos. San Javier.

Introducción: Ustekinumab es un anticuerpo monoclonal anti-IL12/23, aprobado para el tratamiento de la psoriasis cutánea y la artritis psoriásica periférica. Las series de pacientes están tomando importancia de cara a valorar la eficacia de los tratamientos en práctica clínica.

Métodos: Se trata de un estudio multicéntrico, observacional y descriptivo, llevado a cabo en la Región de Murcia. Analizamos la eficacia de ustekinumab en una cohorte de pacientes con artritis psoriásica, según criterios CASPAR, indicado por reumatología. Se analizan datos basales, a los 3 y a los 6 meses tras el inicio del tratamiento, y se valoran las diferencias.

Resultados: Estudiamos a 46 pacientes, de los cuales el 51% eran varones. La edad media de los pacientes fue de 49,2 ($\pm 8,5$) años y la duración del tratamiento con ustekinumab fue de 14,7 ($\pm 8,5$) meses. Solo el 16% de los pacientes tenían dactilitis y el 25% entesitis. En cuanto al tipo de artritis psoriásica: el 32,5% tenían afectación axial. El 67,5% tenían afectación periférica: poliarticular 58,5% y oligoarticular 9%. En relación a los tratamientos previos: el 60,5% habían recibido previamente antiTNF alfa (el 40,6% había recibido 2 o más anti-TNFalfa); el 9% había recibido otras terapias biológicas distintas a antiTNF alfa (tocilizumab o abatacept); el 32,6% de nuestros

pacientes recibían ustekinumab en monoterapia, pero cuando asociaban algún inmunosupresor sintético el metotrexato fue el más utilizado (60%). En la tabla se muestra la evolución de las variables clínicas de los pacientes (mostramos la media y desviación típica de los datos). Tras los tres primeros meses de tratamiento hubo una mejoría significativa en el número de articulaciones inflamadas (3,4 vs. 2,1, $p = 0,0001$) y dolorosas (4 vs. 2,3, $p = 0,002$). Algunos de nuestros pacientes tenían enfermedades asociadas como hepatitis B, neuritis óptica, epilepsia o miocardiopatía dilatada. No encontramos complicaciones de estas durante el tiempo de tratamiento. Tres de los 46 pacientes suspendieron el tratamiento, dos por intolerancia (ya habían tenido intolerancia a otros biológicos previos) y uno por ineficacia tras 8 meses de tratamiento.

Evolución clínica tras 6 meses de tratamiento con ustekinumab

Variables	Basal	6 meses	Significación (p)
Articulaciones inflamadas	3,4 ($\pm 1,8$)	0,4 ($\pm 0,6$)	0,0001
Articulaciones dolorosas	4 ($\pm 2,2$)	0,8 ($\pm 1,3$)	0,0001
Proteína C reactiva (mg/dl)	0,75 ($\pm 0,7$)	0,6 ($\pm 0,9$)	0,06
Velocidad de sedimentación (mm/h)	20,2 ($\pm 13,7$)	14,67 ($\pm 8,4$)	0,01

Conclusiones: Ustekinumab es efectivo en artritis psoriásica, según práctica clínica, tanto en pacientes *naïve* como refractarios a otros biológicos, y asociado o no a otros inmunomoduladores. Ustekinumab es seguro en determinadas situaciones especiales como las indicadas con anterioridad.

RC123. ASOCIACIÓN ENTRE EL DÉFICIT DE VITAMINA D Y UN MAYOR ÍNDICE DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

D. Castro Corredor¹, M.A. Ramírez Huaranga¹, M.D. Mínguez Sánchez¹, J. Anino Fernández¹, J.J. Mateos Rodríguez¹, A.I. Rebollo Giménez¹, M. González Peñas¹, J.R. Muñoz Rodríguez² y J.L. Cuadra Díaz¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Introducción: Las espondiloartritis son un grupo de enfermedades inflamatorias crónicas con afectación, principalmente del esqueleto axial, y también de articulaciones periféricas. Los pacientes con espondiloartritis tienen una prevalencia significativa de niveles de vitamina D por debajo de la normalidad y que se correlacionarían con el grado de actividad de la enfermedad.

Objetivos: Determinar la asociación entre el déficit de vitamina D y el grado de actividad de la enfermedad (actividad inflamatoria) en una cohorte de pacientes con espondiloartritis.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se plantea realizar una revisión retrospectiva de la base de datos de pacientes con espondiloartritis que fueron atendidos en las consultas externas del Servicio de Reumatología del Hospital General Universitario de Ciudad Real durante septiembre 2016 a septiembre 2018. Se seleccionarán a los pacientes que cuenten con los datos necesarios para el análisis de las variables a estudio. Se describirán las variables evaluadas usando medidas de frecuencia y medidas de tendencia central/dispersión según corresponda. Para evaluar la asociación entre el déficit de vitamina D y el índice de actividad se calculará el odds ratio (OR). Todos los análisis se realizaron con un nivel de confianza del 95% usando SPSS 21.0.

Resultados: Se presentan los primeros avances de los resultados del estudio. Se han analizado 101 pacientes, de los cuales 58 fueron hombres y 43 mujeres, con una edad media de 46,33 años ($\pm 13,05$ DE). 15 (14,85%) fueron espondiloartritis axiales no radiográficas, 48 (47,52%) espondilitis anquilosante, 24 (23,76%) artropatía psoriásica, 3 (2,97%) espondiloartropatía asociada a enfermedad inflamatoria

intestinal y 11 (10,89%) fueron otros tipos de espondiloartritis. El promedio de la actividad fue un BASDAI de 4,355 ($\pm 2,376$ DE), 64 pacientes se encontraban en actividad (BASDAI > 4) y 31 pacientes (30,69%) con una elevación de los reactantes de fase aguda. Los niveles de vitamina D fueron de 24,52 ($\pm 9,21$ DE). 77 pacientes (76,24%) presentaban cifras de déficit o de insuficiencia de vitamina D. Al realizar el análisis de asociación, el déficit/insuficiencia de vitamina D presenta una OR 12,46 (IC95%: 4,07-38,08, $p \leq 0,0001$) con el grado de actividad medida con BASDAI. En cuanto al análisis comparativo de medias entre el déficit/insuficiencia de vitamina D y el BASDAI es de +2,253 (IC95%: 1,241 a 3,266, $p < 0,0001$).

Conclusiones: En nuestro estudio, los pacientes con espondiloartritis que tienen un déficit de vitamina D se correlacionan con presentar actividad de la enfermedad (BASDAI ≥ 4). Por tanto, la inflamación junto con el recambio óseo aumentado y los bajos niveles de vitamina D podrían estar relacionados en la fisiopatología de la osteoporosis relacionada con la espondiloartritis, pudiendo afectar negativamente en el estado funcional y en la calidad de vida del paciente.

RC124. EFICACIA DE SECUKINUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN PRÁCTICA CLÍNICA. PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO A 12 MESES

R. Negueroles Albuixech¹, E. Grau García¹, J. Ivorra Cortés^{1,2}, F.M. Ortiz Sanjuán¹, I. Chalmeta Verdejo¹, J.J. Frago Gil¹, R. González Mazarío¹, L. González Puig¹, I. Martínez Cordellat¹, J.E. Oller Rodríguez¹, C. Alcañiz Escandell¹, E. Vicens Bernabeu¹, M. de la Rubia Navarro¹, C. Pávez Perales¹, L. Mascarell Escribá², I. Cánovas Olmos¹, C. Nájera Herranz¹ y J.A. Román Ivorra^{1,2}

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

Introducción: Secukinumab es un anticuerpo monoclonal humano que bloquea la IL17A produciendo una mejoría significativa de los principales dominios en las espondiloartropatías.

Objetivos: Valorar la eficacia y seguridad terapéutica de secukinumab en pacientes con APso y EA en condiciones de práctica clínica y evaluar la persistencia del tratamiento a los 12 meses.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo longitudinal en el que se incluye a pacientes diagnosticados de APso y EA a los que se les ha prescrito tratamiento con secukinumab. A los pacientes se les administró secukinumab a dosis inicial de 150/300 mg en la semana 0, 1, 2, 3, 4 y posteriormente dosis de 150/300 mg cada 4 semanas. Se recogieron datos demográficos, así como los tratamientos biológicos previos recibidos. La respuesta al tratamiento se analizó mediante el índice de actividad Das28 o BASDAI al inicio del tratamiento con secukinumab y a los 12 meses de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 36 pacientes (69,44% hombres y 30,56% mujeres) con una edad media al diagnóstico de 36 \pm 13 años y una edad media de 48 \pm 11 años al inicio del tratamiento. Doce pacientes están diagnosticados de APso y 24 de EA, con un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 124,86 \pm 128,4 meses. Secukinumab se prescribió como primera línea de tratamiento en 15 pacientes, en 12 pacientes tras fallo a un biológico y en 9 pacientes tras fallo a 2 o más biológicos previos. La dosis administrada fue de 150 mg/4 semanas en 23 pacientes. La dosis de 300 mg/4 semanas se administró en 12 pacientes (6 pacientes desde el inicio del tratamiento y en 6 pacientes tras llevar 3 meses de tratamiento con 150 mg/4 semanas). A 1 paciente se le administró 150 mg/3 semanas. En 19 pacientes se administró secukinumab en monoterapia y en 17 combinado con FAMES; 11 con metotrexato, 2 con leflunomida y 4 con salazopirina. De los 36 pacientes incluidos, 30 continúan con secukinumab con una media de 12,81 \pm 8,67 meses de tratamiento. En 6 casos se ha interrumpido el tratamiento: 3 fallo primario tras 4 meses de tratamiento (2 EA y 1 APso), 1 paciente por fallo secundario (EA) y una suspensión

por reacción cutánea tras 1 mes de tratamiento (EA). Un paciente ha perdido el seguimiento. En los 6 casos de suspensión del tratamiento, la dosis administrada era de 300 mg/4 semanas. La diferencia media entre BASDAI basal y a los 12 meses es de 0,73 \pm 2,22 puntos (BASDAI medio inicial 6,66 \pm 2,24 y BASDAI medio final 5,98 \pm 3,02). La diferencia entre el DAS 28 inicial y a los 12 meses es de 1,33 \pm 0,772 puntos (DAS 28 inicial 4,72 y DAS 28 final 3,42).

Conclusiones: Los pacientes con EA y A. Pso tratados con secukinumab han presentado una mejoría significativa en los índices de actividad, especialmente notable en aquellos diagnosticados de APso. Objetivamos un 16,7% de abandonos en nuestra serie de pacientes (1 por reacción cutánea local, 3 por fallo primario, 1 por fallo secundario y 1 por pérdida de seguimiento). No se ha documentado ningún caso de candidiasis. La persistencia del tratamiento es de 83,33% a los 12 meses. Estos datos son concordantes con las series publicadas en los ensayos MEASURE 1 en pacientes con EA y FUTURE 1 en población con A. Pso.

RC125. DIFFERENCES AND SIMILARITIES ACCORDING TO GENDER IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS INITIATING BIOLOGICAL THERAPY

D. Benavent Núñez, Ch. Plasencia, V. Navarro-Compán, L. Nuño, I. Monjo, C. Tornero, P. Bogas, J. Molina and A. Balsa

Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introduction: The evolution of the disease is heterogeneous among patients with psoriatic arthritis (PsA). Specifically, the influence of gender on the disease outcomes (such as the need of a more intensive treatment) has been pointed, but data regarding this are scarce.

Objectives: To analyse the disease profile in male and female patients with PsA starting biological treatment.

Methods: Data from an observational prospective cohort including all patients with PsA initiating biological therapy from 2002-2018 in a university hospital was conducted. Demographic information, laboratory tests, disease presentation (axial presentation, including oligoarticular affection, and polyarticular presentation), disease activity indexes (ASDAS and DAPSA for axial and peripheral-only presentations, respectively) and concomitant treatment were collected before starting biological drug. Patients were stratified by gender to compare the characteristics of the populations. Chi-squared for categorical and t-Student tests for continuous variables were used to analyse the differences between groups.

Results: Out of 109 included patients, 55 (51%) were males and 54 (49%) females. Baseline gender-stratified characteristics are shown in Table 1. Including the whole population of the study, mean age at diagnosis was 57 \pm 14.6 years, mean PsA duration was 17.7 \pm 9.2 years, and mean Body Mass Index (BMI) was 27.2 \pm 4.9. Axial or oligoarticular presentation was shown in 57 patients (52%), whereas 52 patients (48%) had polyarticular manifestations. Mean baseline ASDAS was 3.2 \pm 1.0 and mean baseline DAPSA was 25.4 \pm 13.6. Biological therapies initiated included etanercept in 42% of the cases, infliximab in 25%, adalimumab in 19%, golimumab in 7% and secukinumab in 6%. No significant differences were observed between genders for most of the characteristics including: age at starting biologic, disease duration, BMI, smoking habit, positive HLA B27 and rheumatoid factor, baseline activity, baseline ESR, baseline CRP, baseline sulfasalazine (SSZ), baseline prednisone (PRD), baseline patient global assessment and biological drug use. However, there were substantial differences between gender in some other characteristics. While males had more frequently a predominant axial disease ($p = 0.01$), females presented more frequently a polyarticular disease ($p = 0.02$) and received methotrexate more frequently ($p = 0.02$). These differences in methotrexate use might be explained by the predominance of peripheral presentation in female patients.

Gender-stratified characteristics at the visit starting the biological therapy. Results are shown as mean (standard deviation) or absolute number (percentage)

	Male n = 55 (51%)	Female n = 54 (49%)	p-value
Age (years)	55.8 (12.2)	58.3 (16.7)	0.2
Disease duration (years)	17.3 (7.3)	18.1 (10.9)	0.6
BMI	27.7 (3.8)	26.7 (5.9)	0.3
Smokers & ex smokers	19 (34.5%)	19 (35.2%)	1.0
HLA B27	8/28 (28.6%)	3/20 (15.0%)	0.3
RF	2/47 (4.3%)	4/48 (8.3%)	0.4
Axial and/or Oligoarticular manifestations	37 (67.3%)	20 (37.2%)	0.01
Poliarticular manifestations	18 (32.0%)	34 (63.1%)	0.02
bASDAS	3.1 (1.0)	3.3 (1.0)	0.5
bDAPSA	21.3 (11.8)	29.4 (15.5)	0.08
bESR	19.8 (19.2)	31.6 (19.7)	0.2
bCRP mg/L	11.9 (16.16)	9.6 (10.7)	0.1
Baseline PGA	45.1 (20.8)	50.4 (20.8)	0.4
Baseline MTX	27 (49.1%)	38 (70.4%)	0.02
Baseline SSZ	10 (18.2%)	8 (14.8%)	0.6
Baseline PRD	14 (25.5%)	20 (37.1%)	0.2
Infliximab	15 (27.3%)	12 (22.2%)	0.9
Adalimumab	6 (10.9%)	15 (27.8%)	0.2
Etanercept	24 (43.6%)	22 (40.7%)	0.8
Golimumab	6 (10.9%)	2 (3.7%)	0.4
Secukinumab	4 (7.3%)	3 (5.6%)	0.9

Conclusions: In clinical practice, biological therapy (TNFi and IL-17i) is prescribed in a similar frequency in male and female patients with PsA. Nevertheless, the predominant articular manifestation behind the prescription of the biological therapy is different among genders: while men have predominant axial disease, women have predominant peripheral manifestations. These differences in clinical presentation in both genders may contribute to differences in therapeutic management, such as increased use of methotrexate in women with PsA who initiate biological therapy.

RC126. EXPERIENCIA Y SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE TRATADOS CON SECUKINUMAB: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA POR INTERNET EN EE.UU

M. Magrey¹, M. Bozyczko², D. Wolin³, M. Mordin³, L. Mcleod³, E. Davenport³ e Y. Park⁴

¹Case Western Reserve University, Cleveland, OH (EEUU). ²National Psoriasis Foundation, Portland, OR (EEUU). ³RTI Health Solutions, Research Triangle Park, NC (EEUU). ⁴Novartis Pharmaceuticals Corporation, East Hanover, NJ (EE. UU).

Introducción y objetivos: Secukinumab es el único inhibidor de la IL-17A aprobado para el tratamiento de la espondilitis anquilosante (EA). Existen pocos datos en la práctica clínica real sobre la experiencia con el tratamiento y la satisfacción con Secukinumab en pacientes con EA. Presentamos los datos de práctica clínica real sobre la experiencia de tratamiento y la satisfacción con secukinumab en pacientes con EA en EE.UU.

Métodos: Se recogieron datos demográficos, los síntomas de EA, los datos de la historia clínica y la satisfacción del tratamiento a través de una encuesta transversal por internet. El punto de corte se hizo desde el 10 de julio hasta el 3 de agosto de 2017. A través de los paneles de pacientes de *Survey Sampling International* se invitó a participar a una muestra aleatoria de pacientes. Los pacientes elegibles eran ≥ 18 años con EA diagnosticada que habían iniciado el tratamiento con secukinumab ≥ 3 meses antes de la participación en el estudio y recibieron de manera continuada secukinumab una vez iniciado el estudio. Se evaluó la experiencia y satisfacción de los pacientes con EA con respecto a la efectividad y la mejoría de los síntomas con secukinumab, tanto de forma general como en comparación con su tratamiento anterior. Se presentan los resultados obtenidos.

Resultados: De un total de 2.755 pacientes seleccionados, 200 pacientes con EA fueron incluidos para el análisis. La media de edad (DE) de los participantes fue de 34,4 (10,6) años; el 60% eran hombres y el 66% eran de raza blanca. La misma proporción de pacientes (86,5%) tenían experiencia previa con el uso de biológicos y no biológicos y el 98,5% de los pacientes habían recibido tratamiento previo para la EA. La razón principal de abandono de los tratamientos previos fue la falta de eficacia (25,4%). La mayoría de los pacientes (74,0%) presentaron mejoras en la totalidad de los síntomas de la EA en comparación con sus tratamientos previos a secukinumab (“un poco mejor”, 34,5%; “moderadamente mejor”, 21%; “mucho mejor”, 18,5%). En general, la mayoría de los pacientes estaban satisfechos con el tratamiento con secukinumab (tabla 1) y manifestaron una mejor experiencia con secukinumab en comparación con los tratamientos previos (tabla 2).

Tabla 1. Satisfacción general de los pacientes con EA con el tratamiento con secukinumab

	Muy satisfecho	Satisfecho	Algo satisfecho	No satisfecho
Mejora general de los síntomas	55,5*	34,5	9,0	1,0
Comienzo de la mejora de los síntomas	41,5	37,0	18,5	3,0
Frecuencia de administración	38,5	38,5	19,0	4,0
Método de administración	36,0	34,0	21,5	8,5
Facilidad de uso	41,0	34,0	18,5	6,5
Efectos secundarios (si los hubiera)	34,5	39,0	19,5	7,0
Servicios de apoyo al paciente	40,5	38,5	18,0	3,0

*Porcentaje.

Tabla 2. Satisfacción de los pacientes con EA con el tratamiento con secukinumab comparado con tratamientos previos

	Secukinumab mejor	Similares	Tratamiento previo mejor
Mejora general de los síntomas	77,2*	22,3	0,5
Comienzo de la mejora de los síntomas	55,4	40,9	3,6
Frecuencia de administración	49,7	40,9	9,3
Método de administración	49,2	43,5	7,3
Facilidad de uso	57,0	36,3	6,7
Efectos secundarios (si los hubiera)	52,3	38,3	9,3
Servicios de apoyo al paciente	62,2	31,1	6,7
Facilidad del cambio a secukinumab	58,0	36,8	5,2

*Porcentaje.

Conclusiones: Más del 90% de los pacientes con EA tratados con secukinumab, manifestaron su satisfacción general con respecto a su experiencia con el tratamiento, incluso en comparación con tratamientos previos. Estos datos proporcionan una percepción temprana de los pacientes con EA sobre su experiencia con el tratamiento con secukinumab y la satisfacción en EE. UU.

RC127. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE CERTOLIZUMAB PEGOL EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN FUNCIÓN DEL GÉNERO?

C.M. González Fernández¹, M. Fernández-Prada², R. García-Portales³, A. Conesa⁴, V. Aldasoro⁵, A. Olive⁶, J. Campos-Esteban⁷, S. Paredes⁸ y A. Urruticoechea⁹, en representación del grupo RENACER-SpA

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ²Hospital Universitario de Guadalajara. ³Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. ⁴Hospital Clínico Universitario de Valencia. ⁵Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. ⁶Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona. ⁷Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. ⁸Hospital Universitario Sant Joan de Reus. ⁹Hospital Can Misses, Ibiza.

Introducción: Estudios previos sugieren que factores psicológicos, hormonales y bioquímicos relacionados con el género podrían tener un papel relevante en la respuesta a antiTNFs en pacientes con artritis

tis psoriásica (APs)¹. Certolizumab pegol (CZP) es el único antiTNF pegilado y sin fracción Fc que ha demostrado ser eficaz y seguro tras 4 años de tratamiento^{2,3}. Hay pocos trabajos que analicen las diferencias de la efectividad y seguridad de los inhibidores del TNF α (y ninguno en particular con CZP) en función del género en un entorno de práctica clínica con APs.

Objetivos: Analizar la efectividad y seguridad de CZP en la práctica clínica habitual en pacientes diagnosticados de APs, estudiando las diferencias en función del género del paciente

Métodos: Cohorte nacional y multicéntrica de pacientes con APs tratados con CZP según práctica clínica habitual. Estudio observacional aprobado por CEIm local. Periodo máximo de observación de 12 meses. Variables de efectividad: NAD, NAT, VGP (valoración general del paciente) y DAS28 (PCR). Variables de seguridad: efectos adversos relacionados, las retiradas por efectos adversos, retención del fármaco. Se utiliza el procedimiento LOCF (*Last Observation Carried Forward*) para la imputación de datos missing en el caso de discontinuaciones. El valor de significación estadística se establece en $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 347 pacientes con APs. En la mayoría de las características demográficas, clínicas y de actividad basales no se observaron diferencias estadísticamente significativas, a excepción de terapia biológica previa, y VSG (tabla 1). Al año de tratamiento se observaron disminuciones estadísticamente significativas tanto en mujeres (M) como en varones (V), en los siguientes índices: DAS28 (PCR); NAD; NAT; VGP; % pacientes con entesitis, dactilitis y afectación ungueal. Sin observarse diferencias estadísticamente significativas entre géneros (tabla 2). Las variables que influyen en la respuesta a los 12 meses son: tiempo de evolución de la enfermedad, PCR basal y NAD basal. La supervivencia de CZP es de 80,1%, y no se observaron diferencias estadísticamente significativas en esta supervivencia entre M (77,0%) y V (84,1%) De los 347 pacientes incluidos en el análisis de seguridad, el 9,5% presentaron algún efecto adverso relacionado con el fármaco, y 19,9% abandonaron tratamiento: 12,4% debido a falta de efectividad, 4,0% a intolerancia y un 3,5% debido a otras razones.

Tabla 1. Características demográficas, de la enfermedad y actividad en la visita basal

Variables demográficas	Mujeres	Varones
Género, n (%)	196 (56,5) N = 347	151 (43,5) N = 347
Edad, mediana (mín-máx), años	48,5 (22,3;81,1)	50,5 (22,0;78,0)
No fumador, n (%)	N = 188	N = 137
IMC (kg/m ²), media (Q1-Q3)	137 (79,2) N = 173 26,0 (22,5-28,6) N = 88	79 (56,8) N = 139 27,1 (24,2-28,7) N = 65
Características de la enfermedad		
Tiempo evolución de la enfermedad, media (Q1-Q3)	6,5 (1,8-8,7) N = 188	6,9 (1,2-10,0) N = 137
HLAB27 positivo	28 (20,3) N = 138	13 (13,0) N = 100
Clasificación de la APs*	N = 105	N = 87
Monoarticular, n (%)	1 (1,0)	0 (0)
Oligoarticular, n (%)	20 (19,0)	26 (29,9)
Poliarticular, n (%)	59 (56,2)	39 (44,8)
Axial, n (%)	5 (4,8)	5 (5,7)
Mixta, n (%)	20 (19,0)	17 (19,5)
Presencia erosiones, n (%)	71 (36,2) N = 196	57 (37,7) N = 151
Biológicos previos	N = 155	N = 124
0	37 (23,9)	48 (38,7)
1	67 (43,2)	42 (33,9)
≥ 2	51 (32,9)	34 (27,4)
Actividad de la enfermedad basal		
NAD (28 articulaciones), media (Q1-Q3)	7,3 (4,0-10,0) N = 167	6,5 (3,0- 8,0) N = 125
NAT (28 articulaciones), media (Q1-Q3)	5,2 (2,0-8,0) N = 156	4,8 (2,0-6,0) N = 116
VGP (VAS), media (Q1-Q3)	7,0 (6,0-8,0) N = 195	6,8 (6,0-8,0) N = 150
VGM (VAS), media (Q1-Q3)	6,2 (5,0-8,0) N = 193	6,1 (5,0-7,0) N = 150
PCR (mg/L), media (Q1-Q3)	10,1 (1,0-14,0) N = 195	9,4 (0,9-11,4) N = 151
VSG (mm/h), media (Q1-Q3)	24,8 (8,8-37,3) N = 90	16,6 (5,0-21,3) N = 58

*No se puede realizar ningún test de significación estadística porque el 30% de las celdas tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

Tabla 2. Efectividad de CZP al año de tratamiento

	Basal		3 meses		12 meses	
	M	V	M	V	M	V
DAS28 (PCR); media (DE)	4,7 (0,9)	4,5 (0,8)	3,9 (0,9)	3,9 (1,0)	3,7 (1,0)	3,4 (1,0)
NAD; media (DE)	7,3 (5,1)	6,5 (4,4)	5,2 (4,3)	5,1 (4,3)	4,4 (4,3)	4,0 (4,3)
NAT; media (DE)	5,2 (3,8)	4,8 (3,5)	3,8 (3,1)	3,9 (3,3)	3,6 (3,1)	3,7 (3,4)
VGP; media (DE)	7,0 (1,8)	6,8 (1,7)	5,2 (2,2)	5,0 (2,4)	4,5 (2,6)	4,0 (2,7)
Presencia entesitis, n (%)*	38 (21,3)	35 (25)	30 (16,9)	26 (18,6)	12 (9,8)	8 (9,8)
Presencia dactilitis, n (%)*	48 (26,4)	48 (34,8)	27 (14,8)	31 (22,5)	7 (5,6)	10 (12,5)
Presencia de afectación ungueal, n (%)*	21 (24,7)	28 (38,4)	17 (20,0)	25 (34,2)	5 (9,8)	10 (25,0)

$p < 0,001$; test de Friedman * $p < 0,001$; test Q de Cochran.

Conclusiones: A diferencia con lo anteriormente descrito, en el presente trabajo no se observan diferencias estadísticamente significativas en la efectividad y seguridad de CZP entre mujeres y varones.

Bibliografía

1. Carvalho PD, Duarte C, Vieira-Sousa E, et al. Acta Reumatol Port. 2017;42:55-65.
2. Mease PJ, Fleischmann R, Deodhar AA, et al. Ann Rheum Dis. 2014;73:48-55.
3. Van der Heijde D, Deodhar A, FitzGerald O, et al. RMD Open. 2018;4:e000582.

RC128. MOVILIDAD ESPINAL Y DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN ESPONDILOARTROPATÍAS

L. Bautista Aguilar¹, A. Salmoral Chamizo¹, I. Gómez Gracia¹, J.L. Garrido Castro^{2,3}, M.L. Ladehesa Pineda¹, L. Pérez¹, I. Gómez García¹, M.C. Castro Villegas^{1,2,3}, A. Escudero Contreras^{1,2,3} y E. Collantes-Estévez^{1,2,3}

¹Unidad de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

²Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba.

³Universidad de Córdoba.

Introducción: La comorbilidad más frecuente asociada a las espondiloartropatías es la osteoporosis. En pacientes con espondiloartropatía axial la disminución de la movilidad espinal (medidas tradicionales) se ha asociado con baja densidad mineral ósea (DMO) aunque los datos son variables (DIM, flexión lateral, BASMI). El objetivo de nuestro estudio es comprender las relaciones entre la movilidad espinal, la DMO y las fracturas por fragilidad.

Métodos: Estudio casos y controles de pacientes seleccionados consecutivamente en la Unidad de Gestión Clínica de Reumatología del Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba) con espondiloartropatía axial (criterios ASAS). Paralelamente se elegirá también consecutivamente una cohorte de pacientes de misma edad y sexo. Se han incluido a pacientes con espondiloartropatía axial según los criterios ASAS, mayores de 18 años y que presten su consentimiento informado por escrito. Se excluyeron mujeres perimenopáusicas o menopáusicas, enfermedades y/o tratamientos osteopenizantes, fármacos biológicos, fármacos inmunosupresores (al menos un año antes), y tratamiento con fármacos que interfirieran en el metabolismo óseo entre ellos; bifosfonatos, ranelato, de estroncio, moduladores selectivos del receptor estrogénico, calcitonina, terapia hormonal, denosumab y teriparatida, entre otros.

Resultados: De los 85 pacientes incluidos, 11 eran controles, 67 espondiloartropatías axial y 7 espondiloartropatías periféricas. Realizamos un análisis de varianza para comparar las medidas de metrología de los distintos grupos, encontrando que los pacien-

tes con espondiloartropatía axial presentan peor índice BASMI que los controles sanos y los pacientes con espondiloartropatía periférica ($p = 0,002$). Del total de la muestra 11 pacientes presentaban osteoporosis, con peor DIM ($p = 0,001$), distancia trago pared ($p = 0,001$), flexión lateral ($p = 0,045$) y con peor índice compuesto BASMI ($p = 0,012$) que los pacientes que no presentaban osteoporosis. La regresión logística multivariante mostró que la osteopenia de columna lumbar se asoció de forma independiente con mayores valores en el índice BASMI (OR 0,682, $p = 0,013$). La osteopenia de cuello femoral con índice BASFI (OR 1,575, $p = 0,007$) y con niveles bajos de vitamina D (OR 0,895, $p = 0,028$).

Conclusiones: Comprender las relaciones entre la movilidad espinal, la DMO y las fracturas por fragilidad nos ayuda comprender mejor el curso de la enfermedad en espondiloartropatía axial. Existe un índice metrológico validado (UCOASMI) que permite una medida tridimensional de la movilidad espinal humana con niveles más altos de objetividad y precisión que las medidas tradicionales. Estudios posteriores compararán parámetros de movilidad (UCOASMI) y DMO de los pacientes con EspAx respecto a grupo control.

RC129. SUPERVIVENCIA DEL TRATAMIENTO CON SECUKINUMAB EN VIDA REAL EN ARTRITIS PSORIÁSICA

M. Valero Expósito¹, B. Joven², M. Martín², J. Campos³, C. Merino³, V. Emperiale⁴, A. Pérez⁴ y J. Bachiller¹

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid. ³Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ⁴Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid.

Introducción: Secukinumab es un nuevo fármaco biológico, inhibidor de la IL17, indicado para el tratamiento de la artritis psoriásica (APs) y comercializado en 2015. Ha mostrado buenos resultados en ensayos clínicos, pero disponemos de muy pocos datos en vida real.

Objetivos: Analizar los datos de supervivencia de secukinumab en práctica clínica real para el tratamiento de la APs.

Métodos: Estudio observacional longitudinal retrospectivo multicéntrico, realizado en 4 hospitales de tercer nivel de Madrid. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de APs que hubieran recibido al menos una dosis de secukinumab durante el periodo comprendido entre enero de 2016 y octubre de 2018, realizándose seguimiento hasta 31 de diciembre de 2018. Se recogieron datos de la historia clínica referentes al tipo de afectación articular, manifestaciones, comorbilidades, tratamientos previos incluidos FAMES y terapias biológicas (TB), duración y causa de retirada de los fármacos. Se realizó un estudio bivariado teniendo en cuenta la retirada o no del fármaco. Para el estudio de supervivencia se realizó análisis de Kaplan-Meier con la prueba de log-rank para analizar por variables de interés.

Resultados: Se incluyeron 177 pacientes que habían iniciado tratamiento con secukinumab. De ellos 123 pacientes recibieron tratamiento a dosis de 150 mg y 54 a dosis de 300 mg. El tiempo medio de seguimiento fue de 13,1 ($\pm 8,2$) meses, con un rango de 1-34 meses. Durante el seguimiento 79 pacientes (44,6%) suspendieron el tratamiento, la mayoría de ellos por ineficacia del fármaco (37%), siendo en 40 pacientes (22%) por fallo primario y en 26 (15%) por fallo secundario. En 9 pacientes (5%) fue suspendido por eventos adversos y otras causas fueron una cirugía programada en un paciente y alergia al látex en otro. En 2 pacientes la causa no se recogió. En el análisis bivariado, el grupo que mantiene el tratamiento con secukinumab tiene una mayor proporción de pacientes *naïve* a TB (40% vs. 23%, $p = 0,07$). Entre los pacientes expuestos previamente a TB, no hubo diferencia en el número de terapias biológicas previas al tratamiento con secukinumab, habiendo recibido

más de dos terapias biológicas previas el 22% vs. 30% ($p = 0,133$). No se encontraron diferencias entre ambos grupos en las demás características demográficas, así como en las comorbilidades estudiadas. Al realizar el análisis de Kaplan Meier, solo hubo un censurado por pérdida de seguimiento. La mediana del tiempo de supervivencia de secukinumab fue de 21,2 meses (IC95%: 14,3-22,2 meses, con una media 19,9 meses). De todas las variables analizadas con la prueba de log-rank, solo el no haber recibido TB previo se asociaba a una mayor supervivencia. El resto de las variables (sexo, edad, dosis de fármaco, tiempo de duración de la enfermedad, manifestaciones clínicas, tabaquismo, y resto de comorbilidades) no mostró diferencias.

Conclusiones: El tiempo medio de seguimiento fue reducido (13 meses) debido a la reciente comercialización del fármaco. La mayoría de los pacientes que retiraron el secukinumab lo hicieron por falta o pérdida de eficacia. La mediana de supervivencia del tratamiento con el fármaco fue de 21,2 meses. La supervivencia fue significativamente mayor en los pacientes *naïve* a TB. No se encontraron diferencias en la supervivencia en el resto de las variables estudiadas.

RC130. EFICACIA Y SEGURIDAD DE USTEKINUMAB EN ARTRITIS PSORIÁSICA. EXPERIENCIA CLÍNICA DE 152 CASOS EN CATALUÑA Y BALEARES

A.B. Azuaga Piñango¹, B. Frade-Sosa¹, A. Laiz Alonso², P. Estrada³, L. Polino⁴, E. Beltrán⁴, Á. Prior-Español⁵, C. Moragues Pastor⁶, A. Sellas⁷, A. Urruticoechea-Arana⁸, M. Moreno⁹, J. García-Miguel¹⁰, J.L. Tandaipan¹¹, M. Pujol¹¹, V. Torrente-Segarra¹², I. Ros Vilamajo¹³, S. Ordóñez¹⁴, A. Cuervo¹, J.D. Cañete¹ y J. Ramírez¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Hospital Moisès Broggi. Barcelona. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Platò. Barcelona. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Can Misses. Ibiza. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Mútua Terrassa. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital Comarcal de l'Alt Penedès. Vilafranca del Penedès. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ¹⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Arnau de Villanova. Lleida.

Objetivos: Analizar la eficacia, seguridad y supervivencia de ustekinumab (UST) en pacientes con artritis psoriásica (APs) en práctica clínica.

Métodos: Estudio retrospectivo y multicéntrico. Se recogieron datos epidemiológicos y clínicos a través de la historia clínica electrónica de todos los pacientes con APs que iniciaron tratamiento con UST por indicación reumatológica en 14 centros hospitalarios de Cataluña y Baleares desde su aprobación en APs (2014) hasta la actualidad.

Resultados: Se incluyeron 152 pacientes, 55,9% eran mujeres, la edad media fue de 54,79 (12,5) años y la duración media de la APs fue de 209m. 132 pacientes (87%) tenían afectación periférica (46, (30,3%) oligo y 86 (56,6%) poliarticular). 40p (26,8%) tenían entesitis, 54p (36,2%) dactilitis y 48p (35,6%) erosiones. 94 p (61,8%) habían recibido previamente al menos un tratamiento biológico y el 38,8% de ellos ≥ 2 . 54,6% de los pacientes tomaban algún FAMES convencional y 39,5% glucocorticoides asociados. Al inicio del tratamiento, el DAS 28 medio fue de 3,97 (1,45), PCR 2 mg/dl, NAT de

4,0 (5,4) y PASI de 6,5 (8,4). 54p (35,8%) tenían HTA, 18p (11,9%) DM, y 67p (44,1%) eran obesos. 116p (76,3%) fueron tratados con dosis de 45 mg y 36 (23,8%) con 90 mg. 19 de los 116 (12,6%) que iniciaron con 45 mg cambiaron a 90 mg por ineficacia. No hubo diferencias significativas en las características clínicas y epidemiológicas entre los pacientes que empezaron a dosis de 45 y 90 mg salvo en los obesos (58,4% en 90 mg vs. 40% en 45 mg, $p = 0,04$). En global, hubo disminución significativa del DAS28, NAT, NAD y PASI, siendo la curva de mejoría al mes más pronunciada en los desenlaces cutáneos (PASI y BSA) que en los articulares, donde las curvas alcanzaron forma de meseta a partir de los 6 meses. No hubo diferencias significativas entre los desenlaces de eficacia articular y/o cutánea entre las dosis de 45 y 90 mg. Los pacientes *naïve* a terapia biológica presentaron mejoría cutánea más rápida (PASI mes 1, $p = 0,02$) que los pacientes con fallo a biológico previo. Así mismo, la mejoría en los desenlaces articulares fue más rápida en los pacientes *naïve* vs. refractarios a terapia biológica (DAS28 y NAT mes 4, $p = 0,01$ y $0,01$, respectivamente). En ambos casos las diferencias significativas se perdieron al año de tratamiento. Tras una media de 19m de seguimiento, 94 de los 152p (61,8%) seguían con UST, 54,4% de los que empezaron a 45 mg y 72,2% de los que estaban a 90 mg ($p = 0,04$). 42p (28,2%) habían interrumpido el tratamiento por ineficacia articular, 8 (5,4%) por ineficacia cutánea y 4 (2,7%) por efecto adverso. No hubo diferencias significativas en la supervivencia en función del número de biológicos previos, aunque numéricamente la supervivencia fue mejor en aquellos con menos líneas de tratamiento previo ($p = 0,23$ *naïve* y $p = 0,07$ fallo a 1 biológico). De los 19 pacientes que pasaron de 45 a 90 mg (por ineficacia articular), 13 (68,4%) continuaban con el tratamiento tras un tiempo medio de seguimiento de 18,4m (23,2).

Conclusiones: UST es un fármaco eficaz y seguro en práctica clínica. Un 61,2% de los pacientes seguían con el tratamiento tras una media de 19m de seguimiento. Los desenlaces articulares y cutáneos alcanzaron diferencias significativas ya en el primer mes de tratamiento. La eficacia parece ser más rápida en aquellos pacientes con menos líneas de terapias biológicas previas. Un tercio del total de pacientes que empezaron el tratamiento lo interrumpieron por ineficacia articular.

RC131. EFICACIA Y SEGURIDAD DE SECUKINUMAB EN ESPONDILOARTRITIS. EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

P. Muñoz Reinoso¹, M.D. Ruíz-Montesinos¹, L. Fernández-Fuente-Bursón¹, G. Águila-Biondi¹, J.J. Pérez-Venegas¹ y R. Hernández-Sánchez²

¹Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ²Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: La entesis tiene un papel prioritario en la fisiopatología de las espondiloartritis, junto a otros factores como la genética, la microbiota, el stress mecánico y la respuesta inmune. Ha habido una creciente evidencia de que la interleucina (IL)-17, desempeña un papel central en la fisiopatología de esta enfermedad, así como en el fenómeno inflamatorio presente en las dactilitis (polientesis), en las entesis vertebrales y en las articulaciones sacroilíacas; su bloqueo disminuye la inflamación, el edema óseo, la formación de hueso nuevo y la erosión. Su eficacia mantenida ha sido demostrada en diferentes ensayos clínicos y las tasas de discontinuación son bajas, con un perfil de seguridad favorable.

Objetivos: Valorar la eficacia y seguridad de secukinumab en una muestra de pacientes con espondiloartritis en tratamiento con dicho fármaco, ya sea como primer biológico o tras el cambio desde un biológico previo.

Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo de todos los pacientes que reciben tratamiento con secukinumab de inicio o cambio, desde septiembre de 2017 a diciembre de 2018. Se recogen variables socio-demográficas, de diagnóstico, tratamientos previos y actual, tiempo de evolución y actividad de la enfermedad, obtenidos de la historia clínica del paciente. De igual forma, las pruebas de imagen, resonancia magnética y/o ecografía ya sea de articulaciones sacroilíacas o periféricas, que su médico indicara al paciente al inicio, durante o al final del tratamiento.

Resultados: Se reclutaron un total de 24 pacientes (tabla), 50% hombres, con una mediana de edad de 45 años. Un 79% (19) de los pacientes tenían diagnóstico de artritis psoriásica (de ellos el 33% presentaba dactilitis). Del total de pacientes, el 66,7% (16) recibieron secukinumab como primer FAME biológico. El 30,8% de los pacientes tenían alta actividad basal de la enfermedad, medido por DAPSA. Todos los pacientes con espondilitis anquilosante, cinco, se realizaron resonancia magnética de articulaciones sacroilíacas basal y el 80% (4) presentaban actividad. El 57,8% (11) de los 19 pacientes diagnosticados de artritis psoriásica mostraban actividad en la imagen, al inicio del tratamiento. A los 6 meses, cuatro pacientes con artritis psoriásica suspendieron el tratamiento con secukinumab. Dos de ellos abandonaron por falta de eficacia, objetivándose actividad en las pruebas de imagen, uno era una enfermedad de larga evolución y otro una artritis psoriásica con dactilitis de muy mal control a pesar de haber recibido diferentes tratamientos previos; los otros dos casos, suspendieron tratamiento por intolerancia, como la muestra es pequeña no se encontró diferencias significativas. En el análisis univariado, la retirada de la medicación no estuvo relacionada con el inicio de secukinumab tras un FAME biológico previo, con el tipo de espondiloartritis o con la presencia o no de dactilitis. Ningún paciente presentó evento adverso grave. Después de 6 meses de tratamiento, el 83% de los pacientes mantiene el tratamiento con secukinumab con buen control de la enfermedad, evaluado por DAPSA.

N.º total de pacientes	24	
Sexo	Hombres	50%
	Mujeres	50%
Mediana de edad	45 a (35-50,75)	
Enfermedad	APS	79%
	APS + dactilitis	33,3%
	EA	21%
N.º FAME previos	0	8,3%
	1	58,3%
	2	20,8%
	3	4,2%
	4	8,3%
N.º Biológicos previos	0	66,7%
	1	8,3%
	2	4,2%
	3	12,5%
	4	8,3%
Secukinumab y FAME	Monoterapia	41,7%
	Fame	58,3%
	Metotrexato	78,6%
	Salazopirina	7,1%
	Mtx + Szp	14,3%
Secukinumab y Corticoides	No	70,8%
	Si	29,2%
Dosis de corticoides	6 mg (5-10)	
DAPSA basal	Remisión	0%
	Baja actividad	7,7%
	Moderada	61,5%
	Alta	30,8%
DAPSA 6M	Remisión	20%
	Baja	40%
	Moderada	30%
	Alta	10%
Suspensión secukinumab	16,7%	

Conclusiones: Los resultados de nuestro trabajo demuestran que secukinumab es un fármaco seguro y eficaz en la práctica clínica

habitual en el tratamiento de pacientes con espondilitis anquilosante y artritis psoriásica. Se necesita realizar seguimiento a largo plazo para evaluar experiencia del mismo.

RC132. EVOLUCIÓN DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

L. Montolio Chiva¹, A. Martínez-Ferrer¹, M. Aguilar Zamora¹, A.V. Orenes Vera¹, I. Vázquez Gómez¹, C. Vergara Dangond¹, A. Sendra García^{1,2}, E. Valls Pascual¹, D. Ybáñez García¹, V. Núñez Monje^{1,2}, I. Torner Hernández¹ y J.J. Alegre Sancho¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. ²Fundación para el fomento de la investigación sanitaria y biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO). Valencia.

Introducción: Algunos estudios indican que los pacientes con artritis psoriásica (APs) presentan una pérdida de masa ósea aumentada debido a la inflamación crónica, pero los datos en población española son escasos.

Objetivos: Estudiar la evolución de la densidad mineral ósea (DMO) en pacientes con APs e investigar los factores relacionados.

Métodos: Se incluyeron pacientes con APs y afectación articular periférica. Fueron atendidos en el Hospital Universitario Doctor Peset y se realizó un seguimiento a 3 años. A todos ellos se les realizó una densitometría ósea y se recogieron los antecedentes de fractura por radiología convencional en el momento basal y a los 3 años. Asimismo, se les analizó el metabolismo fosfocálcico. Se recogieron parámetros demográficos y clínicos [incluyendo duración de la enfermedad, DAS28, índice de masa corporal (IMC), tabaquismo]. Se definió déficit de vitamina D (25OHD) como valores de 25OHD inferiores a 20 ng/ml y, se consideró una baja masa ósea una escala T o Z < -1 DE y osteoporosis una escala T < -2,5 DE o Z < -2 DE. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 22.0.

Resultados: Se incluyeron 91 pacientes (67,2% mujeres), con una edad media de 56,4 (DE 1,2) años. La duración media de la enfermedad fue de 104,9 (DE 11,8) meses. El IMC medio fue de 27,6 (DE 0,5) y un 36,3% de los pacientes eran fumadores. La media de los valores de 25OHD fue de 27,7 (DE 1,3) ng/ml y el 33,3% de pacientes presentaba déficit de 25OHD. A nivel densitométrico, más de la mitad de los pacientes (53,8%) presentaban una baja masa ósea y el 14,3% presentaba una osteoporosis. Doce pacientes tenían antecedentes de fracturas [6 de antebrazo distal, 5 fracturas vertebrales (FV) y 1 de fémur]. Trece pacientes recibían tratamiento antirresortivo (9 con bifosfonatos, 3 con denosumab y 1 con SERM), y un 39,6% de los pacientes recibían suplementos de 25OHD. No observamos ninguna correlación significativa entre los valores de 25OHD y los parámetros de actividad de la APs. Sin embargo, observamos niveles más bajos de 25OHD en pacientes obesos. A los 3 años, la DMO se mantuvo estable en la mayoría de los pacientes (68,1%) que recibía tratamiento antirresortivo, y empeoró en 2 pacientes a pesar del tratamiento con bifosfonatos. Se registraron nuevas fracturas en 7 pacientes (4 FV, 1 fractura fémur y dos pacientes presentaron más de una fractura). La presencia de nuevas fracturas no se relacionó con la edad, con el déficit de 25OHD ni con el tratamiento osteoporótico previo. Se observó una mayor progresión de la DMO en pacientes expuestos al tabaco.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes con APs presentan una baja DMO (53,8%) y un porcentaje no despreciable niveles de 25OHD deficientes (33,3%). Al igual que en la población general, en nuestra serie parece que los factores de riesgo clásicos como el tabaco se relacionan con la progresión de la DMO. Es importante realizar una valoración de la DMO en estos pacientes e intervenir de forma precoz.

RC133. EXPERIENCIA EN EL USO DEL FÁRMACO ETANERCEPT TANTO BIOSIMILAR COMO BIOLÓGICO DE REFERENCIA EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS INFLAMATORIAS. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD

J.J. Mateos Rodríguez¹, D. Castro Corredor¹, M. Ramírez Huaranga², A. Sánchez Cadenas³, A. Rebollo Giménez¹, M. González Peñas¹, J. Anino Fernández¹, M. Paulino Huertas¹, V. Salas Manzanedo¹, E. Revuelta Evrard¹, A. Ariza Fernández¹, A. Sánchez Trenado¹ y J.L. Cuadra Díaz¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad del tratamiento del dolor crónico; ³Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Introducción: Un fármaco biosimilar es un medicamento biológico que contiene una versión del principio activo de un medicamento biológico original ya autorizado (medicamento de referencia) con una similitud con el mismo en cuanto a calidad, actividad biológica, seguridad y eficacia basadas en un ejercicio de comparabilidad integral.

Objetivos: Describir la efectividad clínica existente en pacientes con enfermedades reumatológicas inflamatorias del Servicio de Reumatología del Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR) en tratamiento con el fármaco biosimilar de etanercept (Benepali[®]) y su biológico de referencia (Enbrel[®]) a los 6 meses de tratamiento. Determinar los efectos adversos e interrupciones a los 6 meses de tratamiento.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, observacional y transversal de dos series de casos de pacientes en tratamiento con el fármaco biosimilar y el biológico de referencia, respectivamente. Los criterios de inclusión han sido que fueran pacientes con artritis reumatoide, espondiloartropatías periféricas o axiales y que estuvieran en tratamiento con el fármaco biosimilar o con el biológico de referencia. Las variables que se estudiaron fueron la velocidad de sedimentación glomerular (VSG), proteína C reactiva (PCR), y la actividad inflamatoria medida con los índices DAS28-VSG y BASDAI (según corresponda a artritis reumatoide y espondiloartropatía periféricas o espondiloartropatía axial) y si han existido efectos adversos o interrupciones de tratamiento. Se utilizaron medidas de frecuencia y medidas de tendencia central/dispersión con un nivel de confianza del 95%.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes en la serie con el fármaco biosimilar y 19 pacientes en la del biológico de referencia. La edad media fue de 49 y 50 años respectivamente. A los 6 meses, en la serie de pacientes tratados con el biosimilar, hubo una reducción estadísticamente significativa en todas las variables medidas (VSG, PCR, DAS 28, BASDAI). En la serie de casos con el biológico de referencia también hubo una reducción en todas las variables, siendo significativa en las variables relacionadas con índice de actividad. Como hallazgo incidental, al comparar medias de ambas series a los 6 meses hubo diferencias significativas en cuanto a DAS 28 y VSG, si bien, los pacientes con el biológico de referencia partían de parámetros e índices más elevados en un inicio. En la serie de biosimilares hubo una interrupción del tratamiento, 3 reacciones adversas, y 3 pacientes con pérdida de eficacia. En la serie de referencia hubo una interrupción del tratamiento, 3 pacientes con pérdida de eficacia y 1 reacción adversa.

Conclusiones: Los fármacos biosimilares constituyen una revolución. Cada vez son más los pacientes en tratamiento con las mismas, puesto que su menor costo, ayuda a la sostenibilidad del sistema sanitario. Debido a la poca experiencia en la práctica clínica diaria y, así se constata en la literatura publicada, tanto médicos como pacientes son cautos a la hora de su uso. Las limitaciones de nuestro estudio es que se trata de un estudio descriptivo, con pocos pacientes, y, por ellos, una muestra muy heterogénea. Como conclusión, parece en ambas series ha habido una reducción significativa en los

parámetros de actividad, sin importantes diferencias entre ambas en cuanto a seguridad. Hacen falta nuevos estudios, aleatorizados, con mayor número de pacientes, para aumentar nuestro conocimiento acerca los nuevos biosimilares.

RC134. EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA HABITUAL A MÁS DE DOS AÑOS CON SECUKINUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA

J.A. Valero Jaimes, C.A. Egües Dubuc, A. de Diego Sola, O. Maiz Alonso, L.M. López Domínguez, J. Cancio Fanlo, E. Uriarte Isacelaya y J.M. Belzunegui Otano

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.

Introducción: El secukinumab (SEC) es un anticuerpo de tipo IgG1/k monoclonal humano, que se une selectivamente a la interleuquina 17A (IL-17A). Las indicaciones actuales en ficha técnica son para tratar la psoriasis en placas de moderada a grave, la artritis psoriásica (APs) y la espondilitis anquilosante (EA), que no han respondido adecuadamente al tratamiento convencional. El SEC se utiliza en el Hospital Universitario Donostia (H.U.D.) desde el año 2016, por lo que queremos mostrar nuestra experiencia a más de dos años en la práctica habitual con este fármaco.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas, analíticas, tratamientos previos (FAMEcs y FAMEb), eventos adversos, y eficacia en pacientes con diagnóstico de APs y EA en tratamiento con SEC desde que se utiliza en el Servicio de Reumatología del H.U.D.

Métodos: Se realizó una búsqueda retrospectiva de todos los pacientes en tratamiento con SEC desde mayo del 2016 hasta octubre del 2017. Se revisaron las historias clínicas informatizadas. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, enfermedad de base y tratamientos inmunosupresores previos. Respecto al SEC se recogió la dosis, el tiempo desde que iniciaron el tratamiento, efectos adversos relacionados, motivo de suspensión y otros datos relevantes. Los fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales (FAMEsc) buscados fueron el metotrexato (MTX), leflunomida (LEF), salazopirina (SSZ) y todo tratamiento biológico (FAMEb) previo al uso del SEC. Las variables cuantitativas se muestran con la mediana y rango intercuartil, las cualitativas se muestran con el valor absoluto y su porcentaje.

Resultados: Se encontraron 35 pacientes tratados con SEC de los cuales, 19 pacientes con EA y 16 pacientes con APs. En la tabla se observa las características clínicas y sociodemográficas de estos pacientes. Un paciente (2,8%) ha utilizado SEC como primera línea, al participar en un ensayo clínico. De los pacientes con EA 3 (15,7%),

no continúan con el tratamiento, de los cuales 15 (79%), habían recibido previamente ≥ 2 FAMEb, y de los pacientes con APs, 8 (50%) no continúan con el tratamiento, de los cuales 15 (79%), habían recibido previamente ≥ 2 FAMEb. Ocurrieron 8 (22,8%) eventos adversos [reacción cutánea en el sitio de la inyección 3 (8,5%); diarreas 2 (5,7%); candidiasis esofágica 1 (2,8%); herpes facial 1 (2,8%); psoriasis CAE 1 (2,8%)]. La media de duración hasta el momento de tratamiento es de 22 meses.

Conclusiones: El SEC es un buen fármaco y una buena opción para el tratamiento de estas patologías, observamos una continuidad del tratamiento en más del 68% de los pacientes a pesar de que más del 85% habían recibido previamente ≥ 2 FAMEb; la continuidad fue mayor entre los pacientes con EA tal vez porque en su mayoría el tipo de afectación era axial, mientras que en APs el tipo de presentación era periférica. Solo se observaron eventos adversos en el 22,8% que en su mayoría no fueron graves.

RC135. FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ARTRITIS PSORIÁSICA: RESULTADOS CLÍNICOS

C.E. Pérez Velásquez¹, I. Calvo Zorrilla¹, O. Ibaranguoitia Barrena¹, D. Montero Seisdedos¹, L. Vega Álvarez¹, E. Galíndez Agirregoikoa¹, S. Pérez Barrio², E. Ruiz Lucea¹, A.R. Intxaurbe Pellejero¹, I. Torre Salaberri¹, O. Fernández Berrizbeitia¹, J.M. Blanco Madrigal¹, E. Cuende Quintana¹, I. Gorostiza Hormaetxe³, N. Rivera García¹, M. J. Allande¹, H. Ugarte Zuazo¹ y M.L. García Vivar¹

¹Departamento de Reumatología; ²Departamento de Dermatología. ³Unidad de Investigación. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Introducción: Las consultas multidisciplinares de artritis psoriásica (APso) resultan atractivas para mejorar el diagnóstico precoz y optimizar el manejo de pacientes complejos con APso. Existen datos publicados acerca de diferentes modelos y datos de actividad y satisfacción del paciente en las mismas. Para evaluar su eficacia, necesitamos conocer además, los resultados clínicos de los pacientes con APso que se visitan en ellas.

Objetivos: Evaluar el control de la actividad de la enfermedad de nuestros pacientes con artritis psoriásica desde el punto de vista cutáneo y articular.

Métodos: Se revisan 199 historias clínicas y se incluyen 132 pacientes con APso periférica, mixta o axial, tratados con FAME o terapia biológica (TB), en seguimiento durante al menos 6 meses en nuestra unidad. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos y de actividad cutánea y articular, evaluando DAPSA, PASI, BSA, PGA y porcentaje de pacientes que alcanzan MAE (mínima actividad de la enfermedad). Los datos se analizan utilizando SPSSv23.

Resultados: 132 pacientes, 65,2% varones, con una media de edad (DE) de 54,98 (13,99) años, y tiempo de evolución de 110,37 meses

Tabla 1 RC134
Características clínicas

	EDAD (años)	Sexo (%)	Tiempo (meses)	Tipo de afectación	Uveítis	HLA-B27	Manifestaciones extrarticulares	Sacroileítis Rx	FAMEsc previo	FAMEb previo	Dosis	SEC (meses)	Motivo de Suspensión	Eventos adversos	Tratamiento actual
EA (n = 19)	48 (40-54)	Mujeres 11 (58)	60 (44-103)	Axial 10 (53); Mixta 9 (47)	2 (10)	11 (58)	Dactilitis 2 (10); Entesitis 2 (10)	11 (58)	MTX 7 (37); LFN 1 (5); SSZ 5 (26)	1 FAMEb 19 (100); 2 FAMEb 2 (26) ≥ 3 FAMEb 6 (31)	150 mg, 10 (53); 300 mg, 9 (47)	23 (18-27)	Fallo 1.º, 1 (5); Evento adverso 2 (10)	Candidiasis esofágica 1 (5); Reacción cutánea 1 (5); Psoriasis CAE 1 (5)	SEC 16 (84); IFX 1 (5); ADA 1 (%); AINE1 (5)
APs (n = 16)	53 (48-59)	Hombres 10 (62)	101 (70-147)	Axial 1 (6); 0 (0) Periférica 9 (56); Mixta 6 (38)	0 (0)	2 (12)	Dactilitis 5 (31); Entesitis 3 (19)	4 (25)	MTX 15 (94); LFN 11 (69); SSZ 8 (50)	1 FAMEb 15 (94); 2 FAMEb (19); 300 mg, 13 (81) ≥ 3 FAMEb 5 (31)	150 mg, 3 (20)	20 (10-23)	Fallo 1.º, 1 (6); Fallo 2.º, 3 (19); Evento adverso, 3 (19); Neo urológica, 1 (6)	Reacción cutánea 1 (12); Diarreas (12); Herpes facial 1 (6)	SEC 8 (50); Apremilast 2 (12); IFX 2 (12); ETN 2 (12); CTZ 1 (6); Baricitinib 1 (6)

(DS 89,77). Diagnóstico: 65,9% APso periférica, 30,3% mixta y 3,8% afectación axial pura. 68,2% presentaban una comorbilidad y 27,3% 2 o más. 56,8% tenía antecedentes familiares de psoriasis y 19,7% de APso. El 81,8% forma predominante en placas y 8,3% en pliegues. 36,4% presentaron entesitis previa, 39,4% dactilitis previa. 68,2% habían recibido un FAME, 37,1% dos o más. 22% habían recibido terapia biológica previa y 10,6% al menos dos fármacos biológicos. Tratamiento actual: 57 (43,1%) reciben TB y 75 reciben FAME, solo 2,3% dos FAMES. TB: 30,3% anti-TNF, 6,1% ustekinumab, 3,8% secukinumab y 3,8% apremilast. Tiempo en meses del tratamiento actual: media 59,79 (DS 58,87). Actividad cutánea y articular: mediana DAPSA 3,53 (0,06-54,50), PASI 2 (0-13) y BSA 2 (0-18). PGA de muy leve a leve 83,6%, PASI leve 79% y BSA leve 52%. Alcanzan DAPSA de baja actividad 90,1% y de remisión (< 4) un 59,2%, criterios de MAE 62,4%.

Conclusiones: Consideramos que los resultados clínicos de los pacientes visitados en nuestra consulta multidisciplinar son en general buenos o muy buenos, incluso en el subgrupo de pacientes más complejos. Sería necesario realizar un estudio adicional de costes para valorar así su eficiencia.

RC136. ¿SE RELACIONA EL PERFIL CLÍNICO Y TERAPÉUTICO CON RESPUESTA SATISFACTORIA A APREMILAST (APR) EN ARTRITIS PSORIÁSICA (APS)? ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL

I. de la Morena Barrio¹, M. Espinosa², H. Godoy², À. Martínez³, C. Santos⁴, A. Martínez⁵, M. Fernández⁶, N. Fernández-Llanio⁶, D. Palma⁷, M.J. Moreno⁷, A. Haro⁷, A. Conesa⁸ y J. Calvo⁹

¹Hospital Clínico de Valencia. ²Hospital Puerta de Hierro. Madrid. ³Hospital Doctor Peset. Valencia. ⁴Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. ⁵Hospital de la Ribera. Alcira. ⁶Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ⁷Hospital Rafael Méndez. Lorca. ⁸Hospital General de Castellón. ⁹Hospital General de Valencia.

Objetivos: Identificar factores que se relacionan con respuesta a APR en APs.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional y analítico multicéntrico. Se incluyen todos los pacientes con APs tratados con APR en los centros participantes desde enero de 2016 hasta junio de 2018. La respuesta satisfactoria (sí/no) fue definida por el médico encargado del paciente. Se estudió la asociación con duración de enfermedad, tratamientos previos, patrón de afectación cutáneo y articular definido como: exclusivamente articular, no articular y mixto (por la combinación de varios dominios), mediante regresión logística multivariable. Se describe asimismo, el tiempo de tratamiento, tolerancia, efectos adversos y motivo de elección de tratamiento con APR.

Resultados: Se incluyeron 89 pacientes 46 (51,7%) varones y 43 (48,3%) mujeres con una edad media de 53,99 ± 12,3 años, y un tiempo de evolución de APs de 7,28 ± 6,25 años. El patrón de APs fue: articular 29 (32,6%), no articular 12 (13,5%) y mixto 48 (53,9%). El motivo de elección del tratamiento fue: intolerancia o toxicidad a FAMEc en 13 pacientes, preferencia antes de terapia biológica (TB) en 28, contraindicación o precaución a TB en 22, ineficacia a FAMEc o TB en 18, uno por intolerancia a FAMEc y TB y otro por perfil clínico. Tras un periodo medio de duración de tratamiento con APR de 8,13 (rango 0-23) meses se encontraron un total de 33 retiradas (17 por ineficacia y 16 por intolerancia), en ellos se mantuvo el tratamiento una media de 4,3(0-12) meses, los 56 pacientes que continúan llevan 10,4 (2-23) meses de tratamiento, 22 de ellos entre 1 y 2 años de evolución. Se consideró eficacia del tratamiento en 61 (68,5%) pacientes. Ninguno de los factores estudiado mostró una asociación significativa con respuesta satisfactoria.

Conclusiones: En esta serie de casos de APs no hemos detectado factores que permitan predecir respuesta satisfactoria a APR.

RC137. SECUKINUMAB EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON APS EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL

F.J. Maceiras Pan¹, J.A. Mosquera Martínez², C. García Porrúa², L. Fernández Domínguez⁴, B. Correa Rey⁵, M. Pombo Suárez⁶ y J.A. Pinto Tasende⁷

¹Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ²Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ³Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ⁴Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ⁵Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. ⁶Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. ⁷Complejo Hospitalario Universitario A Coruña-INIBIC. A Coruña.

Introducción: La APs puede ser destructiva e incapacitante. Los pacientes pueden requerir tratamiento con agentes anti-TNF u otras terapias biológicas, que siguen en fase de “nueva medicación”. Secukinumab, un anticuerpo monoclonal que bloquea la IL-17, es una alternativa terapéutica. Los datos aportados en práctica clínica real con secukinumab hasta el momento son limitados.

Objetivo: Valorar eficacia, seguridad y supervivencia de secukinumab en pacientes con APs en condiciones de práctica clínica real.

Métodos: Estudio longitudinal retrospectivo multicéntrico. Se han incluido pacientes con APs (cumplen criterios CASPAR) tratados con secukinumab (Sec) en condiciones de vida real en consultas de reumatología entre el 1 de junio de 2016 y 1 de diciembre de 2018. Se han recogido datos demográficos y clínicos en el momento del inicio del iIL-17, tratamientos biológicos previos, así como datos de dosis, respuesta y supervivencia del tratamiento con Sec. Las variables continuas se muestran como mediana (Q1-Q3) y las categóricas como porcentajes y frecuencias. Todos los análisis se realizaron utilizando el software SPSS. Las diferencias se consideraron estadísticamente significativas si $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 70 pacientes con APs que recibieron tratamiento con secukinumab: 35 hombres (50%). En el momento de la indicación del Sec, la edad media fue 54 años (42,7-59,0) y la duración de la enfermedad de 8,5 años (4-14). Las formas clínicas presentadas eran: oligoart: 12 (17,1%), poliart: 26 (37,1%), axial: 6 (8,6%), mixta: 26 (37,1%). El 50% de los pacientes tenían entesitis y el 30,4% dactilitis. El DAPSA era de 18 (10-25) y el ASDAS-PCR: 3,2 (1,1-3,9) La afectación del dominio cutáneo se distribuyó: sin psoriasis: 8 (11,4%), leve BSA < 5%: 41 (58,6%), mod 5-10%: 13 (18,6%), grave > 10%: 8 (11,4%). tratamientos biológicos previos recibidos: *naïve*: 16 (22,9%). Sí: 56 (77,1%) meses en tratamiento biológico previo: 18 (5,7-64,0). Motivo prescripción biológico: actividad 69 (98,6%); Ef. adv 1 (1,4%). Únicamente 15 (21,4%) pacientes habían recibido en algún momento de su enfermedad tratamiento biológico no iTNF. El n.º de tratamientos biológicos previos ensayados fueron: *naïve*: 16 (22,9%) 1: 22 (31,4%) 2: 22(31,4%) 3: 6 (8,6%) > 3: 4 (5,7%). Motivo prescripción secukinumab: actividad 69 (98,6%); Ef. adv 1 (1,4%). Dosis secukinumab indicada: 150 mg: 18 (25,7%) 300 mg: 52 (74,3%). Con FAME asociado: No: 42 (60%) MTX: 19 (27,1%) LEF: 7 (10,0%) SSZ: 2 (2,9%) La media de tratamiento con secukinumab fue de 8,5 meses (5-16,2). Respuesta a secukinumab: continúan: 53 (75,7%) Fallo 1.º: 11 (15,7%). Fallo 2.º: 3 (4,3%) EAdv: 2 (2,9%) Optimización: 1 (1,4%). Lograron remisión/baja actividad: 38 (54,3%). Según dosis: con 150 mg 14 de 18 (77,8%) no asociaban FAME y con 300 mg 28/52 (53,8%), $p = 0,097$. Los datos de Baja actividad/remisión eran mejores en 150 mg (*naïve*)-14/18 en 150 mg (77,8%) vs. 24/52 en 300 mg, $p = 0,028$, partiendo de DAPSA similares: 16 (9,5-23) vs. 18 (10-27,2), $p = 0,532$.

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que en condiciones de práctica clínica real secukinumab se utiliza con mayor frecuencia en casos con fallo previo a otros tratamientos biológicos logrando buenas tasas de respuesta y supervivencia de fármaco. La dosis de 150 mg puede ser una alternativa de tratamiento eficiente en

pacientes con APs naïve a biológico. La suspensión por efectos adversos es escasa.

RC138. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CASOS DE LEISHMANIASIS EN EL BROTE DE FUENLABRADA ASOCIADOS AL USO DE TERAPIA BIOLÓGICA

M.P. Ahijado Guzmán¹, R. Veiga Cabello², M. Cantalejo Moreira¹, J. Ruiz Ruiz¹ y A. Zapatero Gaviria¹

¹Hospital Universitario de Fuenlabrada. ²Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid.

Introducción: Los parásitos protozoarios del género *Leishmania* pueden causar infecciones oportunistas en pacientes que reciben terapia con biológicos, por lo que algunos autores recomiendan pruebas serológicas de leishmaniasis antes de iniciar este tratamiento en áreas endémicas. Se analizó un brote de leishmaniasis cutánea y visceral (CL, VL) que tuvo lugar en Fuenlabrada entre 2010 y 2012, en la que algunos de esos pacientes estaban en tratamiento con anti-TNF.

Métodos: Tras analizar la leishmaniasis relacionada con tratamientos biológicos en publicaciones y obtener datos sobre casos de leishmaniasis en pacientes con antiTNFs referidos al Departamento de Enfermedades Infecciosas del HUF, se realiza un análisis descriptivo. Así, todos los casos descritos en publicaciones, incluyendo nuestros casos, figuran en la tabla 1. Durante el brote de leishmaniasis se detectaron 127 casos de VL y 194 de CL. Seis pacientes estaban recibiendo anti-TNFs: 2 presentaron VL y recibían etanercept (33,3%) y 4 recibían otros anti-TNFs presentaron CL (66,6%) (tabla 2). Estos resultados no coinciden con el total de datos (tabla 1): CL 55,2%, VL 44,8%, 17 ADA (44,7%), 16 IFM (42,1%), 4 ETN (10,5%), 1 CTZ (2,7%). No hay más casos descritos con otras terapias biológicas en la actualidad.

Tabla 1

Patología	Leishmaniosis cutánea	Leishmaniosis visceral
Artritis reumatoide	4 ADA, 2 IFM, 1 CTZ	4 ADA, 4 IFM, 2 ETN
Artritis psoriásica	4 ADA, 1 IFM	1 ADA, 2 ETN
Espondilitis anquilosante	3 IFM, 3 ADA	2 IFM
Artritis indiferenciada		1 IFM
Arteritis de células gigantes		1 IFM
Psoriasis	1 ADA, 2 IFM	

Tabla 2

Hospital	Sexo	Edad	Patología	AntiTNF	LV,LC	Otros tratamientos	Detalles clínicos
HUIL	M	47	AR	CTZ	LC	MTX, ácido fólico	Prior antiTNF: IFM (pérdida de eficacia)
HUF	M	54	APS	ETN	LV	MTX suspendido, SSZ	
HUF	F	61	APS	ADA	LC	Prior: EFA, ETN; MTX, SSZ (prior discontinuado)	Prior antiTNF: EFA, ETN (efecto adverso)
HUF	F	64	AR	ADA	LC	MTX (discontinuado)	Enfermedad granulomatosa no necrotizante
HUF	M	32	PSO	IFM	LC	MTX, CSA, Acitetrin	
HUF	F	55	AR	ETN	LV	MTX, PRED	ETN y MTX discontinuado 1 mes antes: Síndrome mielodisplásico

AR: artritis reumatoide; EA: espondilitis anquilosante; APS: artritis psoriásica; PSO: psoriasis; ADA: adalimumab; ETN etanercept; EFA: efilizumab; IFM: infliximab; CTZ: certolizumab pegol; MTX: metotrexato; PRED: prednisona; SSZ: sulfasalazina; CSA: ciclosporina A.

Conclusiones: Se trata de una serie pequeña, pero la más grande descrita hasta la fecha. Nuestros resultados preliminares sugieren que el uso de anti-TNFs o receptor del TNF α tiene la misma probabilidad de desencadenar la enfermedad; etanercept parece estar asociado con un riesgo menor, aunque más graves de casos de VL. Sin embargo, añadidos todos los casos (tabla 1), ADA e IFM son el 86,8% de la leishmaniasis, tal vez debido a que estas terapias son combinadas y de uso más frecuente. Por otro lado, no hay casos de leishmaniasis relacionados con el tratamiento de EII descritos en publicaciones, sugiriendo la posible implicación de terapias concomitantes de anti-TNF y MTX. Además, se detectan 3 casos adicionales de VL y CL 1 con MTX sin anti-TNFs.

RC139. ROTURA DE TENDÓN DE AQUILES ASOCIADA CON EL USO DE FLUOROQUINOLONAS EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS: EXPERIENCIA DE UN CENTRO MADRILEÑO TERCIARIO

A.S. Briones Figueroa, W.A. Sifuentes-Giraldo, J.L. Morell-Hita y M. Vázquez Díaz

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

Introducción: Las fluoroquinolonas (FQ) constituyen un grupo de antibióticos de amplio espectro cuyo uso se ha extendido dada su eficacia y perfil de tolerancia y seguridad adecuados. Sin embargo, estudios de farmacovigilancia han demostrado la asociación de estos fármacos con eventos adversos relacionados con alteraciones del colágeno de la matriz extracelular, como la tendinopatía/rotura tendinosa, desprendimiento de retina y aneurismas aórticos. El tendón de Aquiles es la localización más frecuente de tendinopatía asociada con FQ, estando afectado en el 95% de los casos. Aunque el riesgo de rotura del tendón de Aquiles (RTA) asociada con FQ es infrecuente en jóvenes sanos, se triplica en pacientes mayores de 60 años o con otros factores de riesgo.

Objetivos: Describir el perfil epidemiológico y clínico de los pacientes con diagnóstico de RTA tras recibir tratamiento con FQ atendidos en un hospital madrileño terciario.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo en el que se incluyó a pacientes mayores de 60 años con RTA atendidos en nuestro centro entre 2000 y 2017, identificando a los que habían sido tratados previamente con FQ. Los datos demográficos, clínicos, terapéuticos y de evolución se obtuvieron a partir de la revisión de sus historias clínicas.

Resultados: Se identificó un total de 44 pacientes con RTA, de los cuales 8 (14,6%) habían sido tratados con FQ. En este último grupo la media de edad al diagnóstico de RTA fue 77,37 \pm 9,54 años, siendo 6 de ellos (75%) varones. El tratamiento crónico con glucocorticoides (GC) estaba presente en 4 casos (50%) y uno había sido sometido a trasplante renal por nefroangioesclerosis. Siete pacientes (87,5%) fueron tratados con Levofloxacin y solo uno con ciprofloxacino, todos ellos por vía oral. La indicación del tratamiento con FQ en la mitad de los casos fue bronquitis aguda y en la otra mitad exacerbaciones de patología respiratoria de base (enfermedad pulmonar obstructiva crónica/enfermedad pulmonar intersticial difusa). La media de duración del tratamiento con FQ fue 6,16 \pm 2,4 días, mientras que el tiempo medio desde el inicio del tratamiento hasta el diagnóstico de RTA fue 19,25 \pm 14,83 días. En 7 pacientes (87,5%) la rotura fue espontánea, mientras que un paciente presentó rotura asociada con traumatismo de baja intensidad. El 87,5% de las RTA fueron totales y en todos los casos fue necesario tratamiento quirúrgico, sin presentar recurrencias. La comparación de las características de los pacientes con RTA que había o no recibido tratamiento con FQ se muestra en la tabla, habiéndose encontrado diferencias significativas a favor de un mayor porcentaje de pacientes con tabaquismo, tratamiento concomitante con GC y roturas espontáneas en el grupo que había recibido FQ.

Variable	Con tratamiento previo con FQ	Sin tratamiento previo con FQ	p-valor
Edad media (años ± desviación estándar)	77,37 ± 9,54	70,13 ± 8,3	0,48
Sexo			
Varones	6 (75%)	25 (69,4%)	0,75
Mujeres	2 (25%)	11 (30,6%)	
Tabaquismo	5 (62,5%)	1 (2,8%)	0,00
Tratamiento con GC	4 (50%)	2 (5,6%)	0,01
Tratamiento con estatinas	0 (0%)	5 (13,9%)	0,26
Tipo de rotura			
Espontánea	7 (87,5%)	8 (25,8%)	0,01
Traumática	1 (12,5%)	23 (74,2%)	

Conclusiones: El tendón de Aquiles es la localización más frecuente de tendinopatía asociada con FQ. Se ha identificado como factores de riesgo para desarrollar RTA durante el tratamiento con FQ: edad mayor de 60 años, sexo masculino, tratamiento crónico con GC y trasplante de órganos, estando estos presentes en nuestra casuística. A pesar de ser un evento adverso relativamente frecuente, se encuentra infradiagnosticado y no se suele plantear su riesgo al indicar el tratamiento con FQ. Es importante realizar una valoración riesgo/beneficio, sobre todo en pacientes con factores de riesgo asociados, debido a que la mayoría de RTA son completas y requieren tratamiento quirúrgico, pudiendo ser causa de discapacidad.

RC140. UTILIZACIÓN DE UNA APLICACIÓN TÁCTIL DESTINADA A MEDIR PROS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS CON EL OBJETIVO DE MEDICIÓN SISTEMÁTICA DE OUTCOMES

F.J. de Toro¹, C. Ventín-Rodríguez¹, M. Caeiro-Aguado¹, A. Seijas-López¹, R. Aguirre-del Pino¹, B. Aspe de la Iglesia¹, A. Atanes Sandoval¹, M.C. Bejerano Herrería¹, F. Blanco García¹, M. Freire González¹, J. Graña Gil¹, C. López Fernández¹, A. Lois Iglesias¹, N. Oreiro Villar¹, J.A. Pinto Tasende¹, M.T. Silva-Díaz¹, L. Silva-Fernández¹, J. Barros Castro² y G. Vázquez González²

¹Servicio de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). Sergas. Universidade da Coruña. ²Avances en Telemedicina e Informática Sanitaria (ATIS). Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña.

Introducción: Es importante medir los resultados clínicos en la práctica diaria porque está demostrado que: a mayor actividad de enfermedad predice mayor discapacidad y mortalidad, la actividad de la artritis puede medirse con instrumentos validados y medidas estandarizadas, la remisión o la baja actividad (LDA) pueden alcanzarse en un alto porcentaje de pacientes y, además, el tratamiento dirigido a objetivos (T2T) necesita la medición sistemática de outcomes. ReumaT es un sistema digital que permite la realización de cuestionarios validados, autoadministrados por los pacientes con enfermedades reumáticas sobre capacidad funcional y calidad de vida, en la sala de espera a través de dispositivos de tipo tablet y sin la intervención del personal sanitario, e integrables en la historia clínica electrónica (HCE).

Objetivos: Optimizar la gestión de consultas. Evaluar de forma objetiva de la evolución del paciente. Digitalizar los cuestionarios autoadministrados y facilitar el cálculo automático. Integrar los datos en la historia clínica electrónica del paciente con criterios de seguridad. Involucrar al paciente en el manejo de su propia enfermedad (PROs). Justificación de nuestro producto de valor. Optimizar recursos: humanos, técnicos. Justificar gasto sanitario ante el pagador. Coste utilidad. Es la base de la estrategia T2T.

Métodos: Hemos evaluado el ahorro de tiempo y eficiencia en la gestión de consultas que supone mudar de cuestionarios utilizados por pacientes en papel a una aplicación táctil a lo largo de una semana. En la sala de espera, una auxiliar de enfermería facilita

cuestionarios autoadministrados según la enfermedad que padezcan (EVA, BASDAI, BASFI, ASQoL, HAQ, WOMAC, Lequesne de rodilla y cadera, SF-36, AUSCAN, BSAS y CHAQ) antes de su cita médica. A un grupo de pacientes de una consulta se les distribuye en formato papel y a otros pacientes de dos consultas les proporciona una tablet. Posteriormente los que los han hecho en papel se revisan y apuntan los datos en la HCE, mientras los que utilizan la tablet, la aplicación móvil realiza la integración de los datos directamente en la HCE. Cronometramos el tiempo que se tarda en pasar los datos de los cuestionarios de papel a la HCE.

Resultados: Durante los meses de uso de la aplicación se ha mejorado notablemente la eficiencia en el proceso de digitalización de los cuestionarios autoadministrados de pacientes en la HCE. Las consultas que utilizaron el papel introdujeron un total de 67% de cuestionarios y en un tiempo estimado semanal de 1 hora, mientras que los que utilizaron la aplicación el resultado fue del 255% (los pacientes podían hacer más de un cuestionario).

Conclusiones: El paso lógico de abandonar cuestionarios en papel y utilizar en su lugar dispositivos móviles con pantalla táctil supone una oportunidad para mejorar la eficiencia en el proceso de consulta, y permite analizar los datos generados a todos los pacientes. Un ahorro de tiempo en operaciones rutinarias en el día a día puede tener un impacto mucho más grande de lo esperado. Como líneas futuras podemos destacar la utilización de la aplicación móvil desde el domicilio del paciente.

RC141. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EXPRESIÓN GENÉTICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON FIEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR

L. Méndez Díaz¹, I. Madroñal García¹, C. Aguilera Cros¹, M. Arcila Durán¹, M. Gómez Vargas¹, N.P. Garrido Puñal¹, A. Ruiz Román¹, M. Montes Cano² y R. Gil Vélez¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La fiebre mediterránea familiar (FMF) es el síndrome de fiebre periódica monogénica más frecuente y se caracteriza por episodios recurrentes de fiebre, serositis, artritis, manifestaciones dérmicas y complicaciones renales a largo plazo (la amiloidosis es la complicación más importante). La mutación genética de la enfermedad se encuentra en el gen MEFV ubicado en el brazo corto del cromosoma 16 y se hereda de manera autosómica recesiva. Afecta a las poblaciones de la cuenca mediterránea y se diagnostica según la evaluación clínica.

Objetivos: Describir las características clínicas de una cohorte de pacientes con FMF y estudiar las diferentes mutaciones genéticas localizadas en el gen MEFV.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes atendidos en nuestro hospital (2008-2018), con diagnóstico de FMF y mutación en gen MEFV. Los datos fueron obtenidos a través de la revisión de historias clínicas.

Resultados: Se incluyeron 52 pacientes (29 hombres), edad media 41 años. Se han identificado las siguientes mutaciones en los alelos del gen MEFV: No patogénicas en 34 pacientes (65%) (pr 202Q 73%, pe148Q 17%, pe 319K 6% y ps 339F 3%). Patogénicas en 18 pacientes (34%) (pr 202Q 22%, pe 148Q 27%, pr 653H 5%, pm 694V 16%, pi 159T 5%). En el 17% de los pacientes se documentaron antecedentes familiares. Las manifestaciones clínicas se presentan en la tabla. Elevación de reactantes de fase aguda en 41 pacientes (79%) (proteína C reactiva 75%, velocidad de sedimentación globular 65%). Se realizó ecocardiografía en 14 pacientes, con diagnóstico de derrame pericárdico en 6 de ellos. Dos pacientes desarrollan amiloidosis renal, uno de ellos (homocigoto para la mutación pe 148Q) falleció por esta complicación. El 54% de los pacientes utilizan colchi-

cina como tratamiento inicial, logrando el 50% buena respuesta con control de los síntomas. El 19% realizan tratamiento con glucocorticoides (0,5-1 mg/kg/día), necesitando añadir metotrexato en 1 paciente e hidroxicloroquina en otro. Cuatro utilizan además terapia biológica (1 tocilizumab, 2 anakinra, 1 canakinumab) y 2 talidomida para control de manifestaciones cutáneas.

Clínica según mutación patogénica/no patogénica

Clínica	Mutación no patogénica 34 (65) n (%)	Mutación patogénica 18 (34) n (%)
Fiebre recurrente	25 (73)	13 (72)
Aftas bucales	7 (20)	5 (27)
Úlceras genitales	1 (3)	1 (5)
Faringitis	2 (6)	4 (22)
Mialgias	19 (56)	16 (88)
Edema periorbitario	1 (3)	0
Dolor abdominal	16 (47)	14 (77)
Pleuritis	12 (35)	5 (27)
Pericarditis	16 (47)	2 (11)
Artritis	8 (23)	7 (39)
Metacarpofalángicas	7 (20)	3 (16)
Interfalángicas proximales	3 (9)	2 (11)
Caderas	1 (3)	1 (5)
Rodillas	1 (3)	0
Tobillos	6 (17)	2 (11)
Metatarsofalángicas	1 (3)	1 (5)
Artralgias	23 (67)	13 (72)
Ocular	5 (15)	5 (27)
Neurológico	6 (17)	4 (22)
Adenopatías	10 (29)	4 (22)
Hepatoesplenomegalia	1 (3)	2 (11)
Amiloidosis	1 (3)	1 (5)
Cutáneo		
Exantema	17 (50)	7 (39)
Urticaria	1 (3)	0
Vasculitis cutánea	0	1 (5)

Conclusiones: El estudio genético confirma el diagnóstico de FMF, permitiendo diferenciarlo de otros SAI. Además, tiene valor pronóstico según la mutación detectada y si esta afecta a uno o a ambos alelos. En nuestra serie, la clínica más prevalente en pacientes con mutaciones patogénicas fue fiebre, dolor abdominal y artromialgias.

RC142. CARACTERÍSTICAS DE LA AFECTACIÓN DEL TENDÓN TIBIAL POSTERIOR EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

M. Blanco Hontiyuelo¹, R. Morales Lozano², M.L. González Fernández², J. Font Urgelles¹, B. Fernández Gutiérrez¹, L. Abásolo Alcázar¹ y M.P. Macarrón Pérez¹

¹Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Clínica Universitaria de Podología. Facultad de E.F. Podología. Universidad Complutense Madrid.

Introducción: El tendón tibial posterior (TTP) es el tendón del pie más frecuentemente afectado en la artritis reumatoide (AR). Su disfunción se asocia a una discapacidad significativa para la marcha, debido a que produce una deformidad progresiva del pie en plano valgo, provocando inestabilidad de la articulación subtalar por pronación excesiva y de la articulación mediotarsiana.

Objetivos: Describir en pacientes con AR y dolor en el pie, la afectación del TTP mediante ecografía y valorar los factores sociodemográficos y clínicos asociados a esta patología.

Métodos: Estudio observacional transversal de pacientes con AR con dolor y sospecha de afectación tendinosa del pie. Se incluyeron todos aquellos diagnosticados mediante ecografía, durante 1 año. Variable principal: afectación del TTP [(tenosinovitis, alteración estructural (tendinopatía y roturas tendinosas)] frente al resto. Covariables basales: sociodemográficas, clínicas, funcionales, ecográficas y de tratamiento. Análisis estadístico: se realiza un análisis descriptivo. Los factores asociados a patología de TTP se analizaron mediante análisis de regresión logística bivariados y multivariados.

Los resultados se expresan en OR con su intervalo de confianza del 95% [IC95].

Resultados: De 51 pies con diagnóstico clínico-ecográfico de afectación tendinosa, 40 (78,43%) presentaron lesión del TTP. De éstos, en el 20% hubo afectación concomitante de tendones peroneos y en el 12,5% del tendón flexor hallucis longus. El 82,50% eran mujeres, edad media: 53 ± 15,08 años. El 70% laboralmente activos, y de ellos el 20% estaban de baja laboral por dolor en el pie. El EVA de dolor era de 7,35 ± 1,8. El 77,5% tenían sobrepeso u obesidad, y el 65% eran fumadores. El 50% tenían comorbilidades: osteoporosis en 35%, HTA en 27,5% y depresión en 15%. La duración media de la AR: 11,82 ± 8,35 años. El 55,26% eran FR + y 52,63% ACPA +. El DAS28 basal: 4,33 ± 2,13. HAQ 0,95 ± 0,88. Tomaban corticoides 29 pacientes (72,5%), 31 pacientes (77,5%) FAMEs (21 sin biológico y 10 en combinación con biológico). De los 15 pacientes con Biológico (37,5%), 5 lo usaban en monoterapia. La media del dolor (EVA): 7,35 ± 1,83, y el Foot Index Basal: 54,34 ± 21. El diagnóstico ecográfico: tenosinovitis en el 100%, sin Doppler en el 10% y con Doppler en el 90%, con daño estructural en el 82% y con tenosinovitis + Doppler + daño estructural 75%. Presentaron artritis concomitante de las metatarsofalángicas (MTFs) en el 72,5%. Valoración estructural del pie: pie plano 47,5%, pronados 35%, supinados 10% y normal 7,5%. Análisis multivariado ajustado por edad: hubo mayor probabilidad de afectación del TTP en los pacientes con menor duración de la enfermedad (OR: 0,86 [0,7-1,001]), menor HAQ (OR: 0,05 [0,07-0,4]), y con mayor actividad de la enfermedad (OR: 2,4 [1,16-5,1]). Aquellos con posición de calcáneo en valgo tuvieron mayor riesgo de presentar afectación de TTP (OR: 16,9 [1,4-194,9]).

Conclusiones: El TTP es el tendón del pie afectado con mayor frecuencia seguido de los tendones peroneos. La lesión ecográfica más frecuente es la tenosinovitis con daño estructural. Predomina en mujeres de mediana edad, laboralmente activas, con sobrepeso-obesidad y con patología estructural del pie (huella plana y pronada con valgo de calcáneo). Produce dolor y discapacidad importante. Se asocia a sinovitis de las articulaciones MTFs, a pacientes con menor duración y con mayor actividad de la enfermedad.

RC143. CRIBADO DE VPH, ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR: EVALUACIÓN DEL GRADO DE VIGILANCIA EN ARTRITIS CRÓNICAS

E. Tovar Sugrañes¹, B. Vidal-Alejandre², R. López-Poza², M. Andrés^{1,2} y M.P. Martínez-Vidal¹

¹Hospital General Universitario de Alicante. ²Universidad Miguel Hernández. Alicante.

Introducción: Los pacientes con enfermedades autoinmunes presentan un estado de inmunosupresión asociado al ambiente proinflamatorio y a los tratamientos que reciben. La inmunosupresión es un factor de riesgo conocido para desarrollar tipos de cáncer asociados a virus, incluida la neoplasia de cérvix uterino^{1,2}. Uno de los principales factores de riesgo y pronósticos de esta neoplasia consiste en no acudir al programa de detección precoz del virus del papiloma humano (VPH) para cáncer de cérvix³, que, en mujeres inmunosuprimidas se recomienda de forma anual entre los 21 y los 65 años⁴.

Objetivos: Evaluar el grado de cumplimiento del cribado de VPH y cáncer de cérvix de pacientes con artritis crónicas en la sección de reumatología del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal. Se incluyeron historias clínicas de mujeres adultas, con diagnóstico clínico de artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica (APs), en seguimiento activo en consulta de reumatología. Se revisaron las historias clínicas electrónicas, así como los informes de citologías y PCR HPV para determinar si las pacientes se habían sometido a cribado, de qué tipo, en cuántas ocasiones y el resultado de este. Se realizó un

análisis descriptivo de los datos, con estimación del IC95% para la variable principal.

Resultados: Se evaluaron 233 historias clínicas (144 de AR, 89 de APs) de pacientes con una mediana de edad de 55 años (p25-75 18-60). Se halló información relacionada con la asistencia al programa de cribado en 137 pacientes (58,8%, IC95% 52,4-64,9%). Por enfermedades, la prevalencia de realización de cribado en AR fue de 60,4% y en APs de 56,2%. El porcentaje de mujeres que realizó el cribado dos o más veces fue 45,1% en AR y 37,1% en APs. De aquellas que se realizaron el cribado, se detectó VPH en 8 pacientes (5,8%), con presencia de displasia en 6 (4,4%). No hubo ningún caso de cáncer invasivo.

Conclusiones: Pese a su relevancia, en la historia clínica de nuestras pacientes se recogió información del cribado de VPH en poco más de la mitad de los casos. Se desconocen las pruebas que pudieran haberse realizado en la medicina privada, dado que las historias no reflejaron tampoco este dato. Las enfermedades autoinmunes y los medicamentos utilizados para tratarlas están asociados con un mayor riesgo de infección genital por VPH, por lo que se debe insistir a las pacientes en la participación en el programa de cribado para conseguir una intervención terapéutica temprana.

Bibliografía

- Vajdic CM, McDonald SP, McCredie MR, et al. JAMA. 2006;296:2823-31.
- Krynitz B, Edgren G, Lindelöf B, et al. Int J Cancer. 2013;132:1429-38.
- Azerkan F, Sparén P, Sandin S, et al. Int J Cancer. 2012;130:937-47.
- Torné A, Pino M, Cusidó N, et al. Rev Esp Patol. 2014;47:1-43.

RC144. ESTUDIO PILOTO SOBRE EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA RESPECTO DEL MANEJO Y SEGUIMIENTO DE SU ENFERMEDAD: ¿PERCIBEN ELLOS EL ESTADO DE SU ENFERMEDAD DE LA MISMA FORMA QUE SUS MÉDICOS?

C.A. Guillén Astete¹, I. Gaité González¹, P. Zurita Prada^{1,2}, C. Urrego Laurin¹, S. Kanaffo Castelblanco^{1,2} y R. Queipo Matas³

¹Universidad Europea de Madrid. ²Sección de Reumatología. HLA Hospital Madrid. ³Departamento de Farmacia y Biotecnología. Universidad Europea de Madrid.

Introducción: En un foro formado con motivo del Día Mundial de la Psoriasis del año 2017, varios panelistas comentaron la diferencia que existe entre la valoración establecida por los índices compuestos que utilizamos los Reumatólogos para cuantificar la actividad de la enfermedad y el impacto de ciertas manifestaciones que, aunque no pesan mucho dentro de esos índices afectan el desenvolvimiento de los pacientes. Existe la posibilidad de que la relevancia que damos los reumatólogos a las distintas manifestaciones de la Apso no se correlacione con la que perciben los pacientes. También es posible que, una vez alcanzados los criterios de baja actividad, las manifestaciones remanentes en los pacientes sean lo suficientemente importantes como para tomar decisiones terapéuticas al igual que en pacientes en plena actividad. Nuestro propósito es conocer qué opinión tienen los pacientes con Apso respecto de los alcances que tiene el tratamiento de su enfermedad y, en gran medida, ¿cuál es su nivel de satisfacción al respecto?

Métodos: A partir de la opinión (focus group) de pacientes con Apso, elaboramos una encuesta estructurada: Aspectos demográficos, manifestaciones de la enfermedad y datos relacionados con el tipo de seguimiento que reciben en la actualidad (último año). En base a la opinión del foro consultado, para una proporción estimada de 10% muy mal control de la manifestación, un nivel de confianza del 95% y una precisión del 3% para una población finita de 300 personas, el N estimado fue 169. La encuesta se elaboró en una plataforma online para sus distribución vía electrónica gracias a la colaboración de la organización Acción Psoriasis. Los resultados expuestos a

continuación corresponden a los datos disponibles en la actualidad, aunque existe la perspectiva de incrementar significativamente el volumen de encuestas final.

Resultados: Se analizaron 188 encuestas. Ciento quince encuestados fueron varones (61,1%) y 64 mujeres (34%). Nueva personas no ingresaron su género. La media de edad fue 49 años con DE 4,1 años y rango de 26 a 61 años. El tiempo medio transcurrido entre la edad al inicio de los síntomas y el establecimiento del diagnóstico fue de 5,3 años (DE 2,2). En cuanto a la concordancia entre la opinión del médico y la visión del paciente, 98 informaron que de acuerdo con su respectivo médico su enfermedad estaba controlada/en mínimo grado de actividad/remisión. De ellos, 60 (61,2%) indicaron que no estaban de acuerdo con esta apreciación. De todos los encuestados, 133 (70,7%) indicaron que el manejo de su enfermedad podría mejorar. La tabla 1 resume las manifestaciones de la enfermedad que se relacionan con la insatisfacción del paciente y la tabla 2 enumera las demandas de mejora en orden descendente.

Tabla 1. Relación de frecuencia de manifestaciones de la Apso que refieren los pacientes como problemas no resueltos y motivos de insatisfacción

Problema, manifestación	Número absoluto de registros encontrados en las encuestas	% relativa sobre el total de encuestados insatisfechos (N = 133)
Dactilitis	66	49,6%
Entesitis	60	45,1%
Psoriasis cutánea/ungueal	50	37,5%
Astenia	49	36,8%
Artritis periférica distal	40	30%
Artritis periférica proximal	19	14,2%
Axial	13	9,7%

Tabla 2. Relación de puntos críticos de mejora en el tratamiento y seguimiento de los pacientes

Aspecto	Número absoluto de menciones	Proporción respecto de la población de encuestados insatisfechos
Menor espaciado de las citas	102	76,6%
Mayor disponibilidad de tiempo en la consulta	100	75,1%
Accesos ágiles para resolver dudas puntuales	63	47,3%
Más pruebas de imagen/laboratorio	45	33,8%
Mejores tratamientos/Más efectivos	33	24,8%
Otros	12	9,0%

Conclusiones: Como ya se había demostrado en estudios previos, la concordancia entre la apreciación del estado de la enfermedad (en base a índices utilizados por el facultativo) no se corresponde necesariamente con la opinión que tiene el paciente de su propio estado. Probablemente, atender con más interés las manifestaciones extrarticulares que más se mencionan como demandas insatisfechas sería útil para mejorar la percepción de bienestar de los pacientes con APso. De igual manera, conviene tomar nota de los puntos de mejora señalados.

RC145. CAPACITACIÓN DE LA ASISTENCIA DE LA PATOLOGÍA REUMATOLÓGICA DE LOS FACULTATIVOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MONCLOA

D. Gardeazábal Mateos¹, C.L. Urrego Laurín¹, P.A. Zurita Prada¹, C.A. Guillén Astete¹, S. Kanaffo Caltelblanco¹, R. Queipo Matas², G. Rodríguez de Lema Tapetado³, J. Short Apellaniz³, I. Miguélez Blanco⁴ y C. Henríquez Camacho⁵

¹Área de Reumatología. Hospital Universitario Moncloa; ²Departamento de Farmacia y Biotecnología. Universidad Europea de Madrid.

³Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ⁴Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁵Hospital Fundación Alcorcón. Madrid.

Introducción: Guillén et al¹ ha evidenciado previamente que existe una baja concienciación para el correcto abordaje diagnóstico y tera-

péutico de las patologías reumatológicas en los Servicios de Urgencias. Sin embargo, para un Servicio de Reumatología es un objetivo estratégico la correcta derivación del enfermo reumático por parte de los facultativos de Urgencias de su área de influencia. Si para conseguir este objetivo hubiese que idear un plan de formación, es conveniente saber previamente el nivel de conocimiento del que se parte.

Objetivos: Obtener información acerca del conocimiento en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades reumatológicas por los facultativos que atienden las Urgencias hospitalarias del Hospital Universitario Moncloa. Como objetivo secundario comparar nuestros resultados con la cohorte mayor previa de Guillén et al.

Métodos: Realización de una encuesta anónima a los facultativos que atienden urgencias hospitalarias del H.U. Moncloa por medio de un enlace electrónico a un formulario creado en la plataforma Google Forms.

Resultados: De un potencial total de 35 destinatarios, la encuesta fue respondida por 24 (tasa de respuesta 68,6%). El 62% son especialistas de Medicina de Familia, el 50% con más de 10 años de experiencia, el 41% entre 5 y 10 años y 9% con menos de 5 años. El 87% de los encuestados declaró que el manejo de la patología traumática formaba parte de su trabajo habitual. El 75% se sienten capacitados para realizar artrocentesis de rodilla, el 41,6% infiltración de hombro, el 12,5% bursocentesis de hombro, el 8,3% infiltración de tobillo, el 16,7% infiltración del túnel del carpo, el 33% drenaje de bursa olecraneana; el 8% drenaje de quiste poplíteo y el 33% drenaje de bursa rotuliana. En los últimos 3 meses, el 38,5% de los encuestados declaró nunca haber examinado el líquido articular con fines diagnósticos. Solo el 20% indicó el reposo absoluto en las fracturas vertebrales osteoporóticas y otras medidas como corsés y la movilización precoz fueron señaladas en el 62% y 75% respectivamente. El 76% se sintió competente en el diagnóstico de un brote de gota, AR, espondiloartritis, polimialgia reumática, arteritis de células gigantes, aplastamiento vertebral y condrocalcinosis. Menos del 50% se sintió capaz de diagnosticar LES, polimiositis, dermatomiositis, EMTC o una vasculitis. El 91,7% tiene como rutina realizar pruebas de imagen como una radiografía simple ante un dolor traumático. Respecto a la cohorte de Guillén et al, nuestros facultativos tienen más años de experiencia, manifiestan mayor dificultad en la realización de los procedimientos, pero se sienten en condiciones de diagnosticar con más frecuencia nuestras patologías. El abordaje respecto a las fracturas osteoporóticas es similar en ambos grupos.

Conclusiones: En base a estos resultados, es posible la planificación de un plan de formación específico dirigido a los facultativos de Urgencias de H U Moncloa. Se incidirá en aquellos campos de conocimiento donde se ha evidenciado un mayor déficit en la formación para el manejo y la derivación correcta de nuestros enfermos.

Bibliografía

1. Guillén CA, Miguens-Blanco I, Rodríguez G, et al. *Reumatol Clin*. 2018;14 Supl C:28-286.

RC146. SWITCHING EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE BIOSIMILARES. EXPERIENCIA CON ETANERCEPT

J. Ruiz Sará¹, P.V. Castillo Dayer¹, C. García Belando¹, E. Fernández Guill¹, P. Mesa del Castillo Bermejo¹, A. Bermúdez Torrente¹, A. Válcárcel Susarte¹, L. Linares Ferrando¹, J.J. Martínez Ferrín¹, F.A. Martínez Angosto¹, M. Castaño Sánchez¹, M.J. Moreno Ramos¹, N. Lozano Rivas¹, A. Paños Iniesta¹, A. Rodríguez de Vera², A. Espuny Miró² y C. Marras Fernández Cid¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Farmacia hospitalaria. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Objetivos: Describir la experiencia del *switching* desde etanercept original (EO) a etanercept biosimilar (EB) y evaluar el impacto económico de esta estrategia.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes evaluados en la Consulta Específica de Biosimilares del servicio de Reumatología en tratamiento con EO propuestos para *switching* a EB. Se recopilaron variables demográficas, asistenciales, clínicas y farmacoterapéuticas de todos los pacientes. El desenlace evaluado fue la realización del *switching* y se registraron los motivos en los casos de no realizarse el mismo. Para analizar el impacto económico se calculó el ahorro estimado en la utilización de EB vs. EO, [calculándose los costes según precios netos de nuestro centro (PVL - descuento) + IVA]

Resultados: Se revisó el registro de los 133 pacientes en tratamiento con EO del servicio de Reumatología de nuestro centro y posteriormente el de los primeros 56 pacientes evaluados, en un período de 3 meses en la consulta específica de biosimilares. De ellos 73% eran mujeres, media de edad de 53 años (rango 17-75 años). Respecto al diagnóstico de base, 45% artritis reumatoide, 46% artropatía psoriásica y 10% espondilitis anquilosante. En cumplimiento del protocolo establecido, los pacientes elegibles para realizar *switch* de EO a EB debían tener estable la enfermedad de base (definida como baja actividad según una escala previamente elegida por patología), tener aceptación del cambio por parte de médico y paciente y firma del consentimiento informado. Se descartó el cambio en pacientes con enfermedad activa o con criterios de remisión completa. Finalmente se realizó el *switch* a EB en 31/56 pacientes (55%); de los 25 pacientes en los que no se realizó el cambio, 3 pacientes (12%) tenían actividad de enfermedad moderada o alta, en 8 pacientes (32%) no aceptaron el cambio el paciente o el médico evaluador y 14 pacientes (56%) se encontraban en remisión de enfermedad. Los pacientes elegidos se encontraban en pauta posológica de 50 mg/semanales, de modo que los costes anuales por pacientes son de 9.143,16 € con EO y de 6.095,44 € con EB. Los cambios realizados suponen un ahorro anual por paciente de 3.047,72 € y de 94.479,32 € totales.

Conclusiones: La experiencia, con la puesta en marcha de una consulta específica de biosimilares en nuestro centro, ha sido positiva. En los primeros 3 meses de funcionamiento de esta, se ha realizado un número de cambios a EB que permite un ahorro significativo anual. Se ha percibido aceptación del proyecto por parte de los miembros clínicos del servicio y de los pacientes, así como colaboración por parte del servicio de farmacia hospitalaria.

RC147. MANIFESTACIONES RADIOLÓGICAS DE LA PLATISPONDILIA

M.P. Ahijado Guzmán, R. Veiga Cabello², M. Cantalejo Moreira¹, J. Ruiz Ruiz¹ y A. Zapatero Gaviria¹

¹Hospital Universitario de Fuenlabrada. ²Hospital Universitario Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid.

Introducción: Están descritos defectos en el gen del colágeno tipo II, que predisponen a diversas combinaciones fenotípicas en familias con displasia esquelética, y/o enfermedad por depósito de microcristales y/o artrosis precoz y/o osteocondromatosis sinovial. Se define vertebra plana, a la existencia de vértebras con aplanamiento de su cuerpo vertebral, de superficie irregular o con nódulos de Schmorl (vértebra plana), de forma aislada o como máximo de dos cuerpos vertebrales, para así diferenciarlo de la enfermedad de Scheuermann.

Objetivos: Poner de manifiesto la posibilidad de "vértebra plana dorsal" en relación con patologías asociadas alteraciones del colágeno tipo II.

Métodos: Se seleccionaron para el estudio los pacientes que acudieron a consulta desde el año 1994, en los que se sospechaba enfermedad del colágeno tipo II o displasia vertebral. En estos pacientes, se realizó una historia clínica y se revisaron las Radiografías disponibles del paciente, incluida columna lateral dorsal, en busca de vértebra plana, triple observador (dos reumatólogos y un radiólogo),

según los criterios definidos. En todos los pacientes seleccionados se realizó screening de osteoporosis DEXA, siendo criterio de exclusión la osteoporosis densitométrica y el traumatismo torácico.

Resultados: Se estudiaron 84 pacientes (43 varones y 41 mujeres), con una edad media de 47,1 años, peso medio de 84,6 kg en el varón y 74,4 kg en la mujer, talla media 168,8 cm en el varón y 159 cm en la mujer. Se obtuvo desde un punto de vista clínico radiológico: artrosis atípica: 64,3%, osteocondromatosis sinovial: 15,5%, condrocalcinosis: 7,1%, ápex cifótico dorsal bajo: 38,1%, entesopatías calcificantes: 4,8%, exóstosis: 4,8%, otras calcificaciones: 20,2%, escoliosis: 33,3%, antecedente familiares de vertebra plana: 3,6%, rasgos displásicos periféricos: 27,4%, antecedentes personales de artritis microcristalinas: 4,8%. Ninguno presentaba T score sugestivo de osteoporosis por DEXA.

Conclusiones: Se observa la asociación de vértebra plana dorsal, según los criterios definidos, como una forma de displasia vertebral en el seno de alteraciones del colágeno tipo II. Todos los pacientes o sus padres eran naturales de pueblos pequeños, que hacía sospechar endogamia.

RC148. ECOGRAFÍA Y TENOSINOVIS EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL. REVISIÓN SISTEMÁTICA

M.P. Collado Ramos¹, A. Rodríguez² y M. Steiner³

¹Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. ²Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ³Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid.

Introducción: La tenosinovitis es un hallazgo común en pacientes con artritis idiopática juvenil (AIJ). Distinguir una tenosinovitis de la artritis subyacente puede llegar a ser un reto para el médico basándose únicamente en el examen clínico (EC). La ecográfica musculoesquelética (Eco-ME) con función Doppler, además de permitir esta distinción con claridad, facilita la ubicación exacta del esteroide durante las infiltraciones en la consulta.

Objetivos: Analizar la evidencia disponible sobre el uso de la Eco-ME como herramienta de diagnóstico y tratamiento en la tenosinovitis por AIJ a través de una revisión sistemática de la literatura (RSL), según criterios OMERACT¹.

Métodos: Se realizó una RSL de artículos originales en PubMed, Embase y la Biblioteca Cochrane (junio-2018). Términos de búsqueda: "artritis, juvenil" AND "tenosinovitis OR tendinopatía" AND "ultrasonografía" AND "diagnóstico OR manejo de terapia". Criterios de selección: originales publicados en inglés incluyendo información sobre AIJ, tenosinovitis y tendinopatía en población pediátrica. Se extrajeron los datos los manuscritos seleccionados y, particularmente, aquellos enfocados en la definición de tenosinovitis utilizada, el sistema de graduación aplicado y las propiedades métricas de la Eco-ME investigadas. También, se evaluó el protocolo de examen y parámetros ecográficos utilizados, el diseño del estudio y la calidad del estudio. Para analizar la calidad del estudio, se aplicó la misma metodología que la utilizada para RSL de la sinovitis en AIJ².

Resultados: Se analizaron 11 artículos de las 64 referencias obtenidas. A excepción de 2 estudios longitudinales, todos fueron observacionales y transversales. El grupo del tendón tibial posterior y los tendones peroneos fueron los más evaluados. La mayoría de los autores aplicaron la definición de OMERACT de tenosinovitis propuesta para la artritis reumatoide³, pero solo cinco especificaron los parámetros Doppler utilizados en la valoración ecográfica. En la mayoría de los estudios la tenosinovitis se graduó como presente o ausente (sistema de binario) tanto para modo-B como para Doppler. La validez de construcción se informó en casi el 60% de los artículos, incluyendo el EC como el comparador principal. Sin embargo, algunos de esos artículos mostraron que la evaluación clínica subestima la afectación del tendón. Los estudios incluyendo fiabilidad y sensibilidad al cambio de la Eco-ME en tenosinovitis por AIJ son escasos.

Conclusiones: La Eco-ME parece ser una modalidad de imagen prometedora para evaluar la tenosinovitis en la AIJ. Esta RSL enfatiza la falta de definiciones y sistemas de graduación ecográficos en la infancia. A pesar de que la EC ha sido comúnmente utilizada como el comparador más adecuado en niños, futuros estudios deberían incluir otras técnicas de imagen. Más aún, para validar la Eco-ME como un posible "outcome" en estudios de investigación, se necesitan estudios longitudinales que exploren la fiabilidad del explorador y la sensibilidad de la Eco al cambio.

Bibliografía

1. Joshua F, Lasserre M, Bruyn GA, et al. *J Rheumatol.* 2007;34:839-47.
2. Collado P, Jousse-Joulin S, Alcalde M, et al. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2012;64:1011-9.
3. Wakefield RJ, Balint PV, Szkudlarek M, et al. *J Rheumatol.* 2005;32:2485-7.

RC149. EFECTO DEL TRATAMIENTO CON DOSIS MEDIAS DE GLUCOCORTICOIDES DURANTE LARGO PLAZO EN LA EVALUACIÓN DE LA CAPTACIÓN VASCULAR Y MUSCULOESQUELÉTICA CON ¹⁸F-FDG PET/TAC EN PACIENTES CON POLIMIALGIA REUMÁTICA

D. Prieto Peña¹, I. Martínez-Rodríguez², M. Calderón-Goercke¹, J. Loricera¹, J. Banzo², B. Atienza-Mateo¹, J.L. Martín-Varillas¹, L. Sánchez-Bilbao¹, I. González-Mazón¹, V. Calvo-Río¹, M. González-Gay¹ y R. Blanco¹

¹Reumatología; ²Medicina Nuclear. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Introducción: El uso ¹⁸F-FDG PET/TAC se ha propuesto como una herramienta prometedora en la evaluación de la afectación musculoesquelética en pacientes con polimialgia reumática (PMR) y en la detección de vasculitis de grandes vasos (VGV) subyacente. Los glucocorticoides pueden disminuir la captación de ¹⁸F-FDG por lo habitualmente se recomienda realizar esta prueba antes del inicio de tratamiento con corticoides. Sin embargo, es precisamente en los pacientes que no responden a tratamiento con corticoides donde más utilidad tiene la ¹⁸F-FDG PET/TAC para evaluar la extensión de la afectación musculoesquelética y descartar una VGV subyacente.

Objetivos: Evaluar la influencia del tratamiento con corticoides a dosis medias durante largo plazo para determinar si el uso de ¹⁸F-FDG PET/TAC es útil para evaluar la afectación musculoesquelética y vascular en pacientes en tratamiento con corticoides en los que existe una sospecha de VGV subyacente.

Métodos: Estudio retrospectivo de 75 pacientes con diagnóstico de PMR en base a los criterios ACR/EULAR 2012. En todos los pacientes se realizó un estudio con ¹⁸F-FDG PET/TAC por sospecha de VGV subyacente, bien por la presencia de síntomas atípicos y/o por la refractariedad al tratamiento corticoideo. Se consideraron dos grupos: a) pacientes con PMR que nunca habían recibido corticoides. b) pacientes con PMR refractaria a tratamiento con corticoides. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS. Para el análisis comparativo se utilizó la prueba t de Student y χ^2 según correspondiese.

Resultados: Se evaluaron 75 pacientes, 27 hombres y 48 mujeres (edad media: 68,2 ± 10,7 años). Se realizó una ¹⁸F-FDG PET/TAC en 14 pacientes con PMR que nunca había recibido corticoides (18,7%) y en 61 pacientes con PMR refractaria a corticoides (81,3%). Los pacientes en tratamiento con corticoides habían recibido una dosis media de Prednisona de 10,0 [5,0-15,0] mg/día durante 9,0 [2,0-22,0] meses. Se evaluó tanto la captación musculoesquelética como la vascular. El estudio comparativo no mostró diferencias significativas entre ambos grupos (tabla). La captación vascular en grandes vasos se detectó más frecuentemente en los pacientes con PMR que nunca habían recibido corticoides. No hubo diferencias significativas en cuanto a la captación de ¹⁸F-FDG a nivel musculoesquelético.

Tabla RC149

	Pacientes con PMR (n = 75)	Pacientes que nunca habían recibido corticoides (n = 14)	Pacientes refractarios a corticoides (n = 61)	p*
Sexo (mujeres), n (%)	48 (64,0)	7 (50,0)	41 (67,2)	0,23
Edad (años), media ± DE	68,2 ± 10,7	65,5 ± 11,4	69,9 ± 10,5	0,29
VSG (mm/h), mediana [RIC]	41,0 [24,0-68,0]	43,5 [23,3-68,5]	41,0 [24,0-66,5]	0,92
PCR (mg/dl), mediana [RIC]	1,3[0,7-3,6]	1,6 [0,6-7,8]	1,3 [0,8-3,5]	0,77
Captación ¹⁸ F-FDG				
Hombros	45 (60,0)	9 (64,3)	36 (59,0)	0,72
Esternoclaviculares	33 (44,0)	7 (50,0)	26 (42,6)	0,62
Caderas	32 (42,7)	8 (57,1)	24 (39,3)	0,23
Bursas interespinosas cervicales	9 (12,0)	2 (14,3)	7 (11,5)	0,77
Bursas interespinosas lumbares	29 (38,7)	4 (28,6)	25 (41,0)	0,40
Sínfisis del pubis	4 (5,3)	2 (14,3)	2 (3,3)	0,16
Bursas subtrancantéricas	20 (26,7)	3 (21,4)	17 (27,9)	0,62
Tuberosidades isquiáticas	19 (25,3)	2 (14,3)	17 (27,9)	0,30
Rodillas	33 (44,0)	7 (50,0)	26 (42,6)	0,62
Vascular (VGV)	51 (68,0)	13 (92,9)	38 (62,3)	0,027

*Comparación entre pacientes con PMR que nunca habían recibido corticoides y pacientes con PMR refractaria a corticoides.

Conclusiones: La detección de captación de ¹⁸F-FDG a nivel vascular mediante PET/TAC en pacientes con PMR con sospecha clínica de VGV subyacente es más sensible en aquellos pacientes que no han recibido corticoides. Sin embargo, de acuerdo con nuestros resultados, esta herramienta continúa siendo útil para detectar VGV en pacientes con PMR que han recibido dosis medias de corticoides durante un largo plazo.

RC150. UTILIDAD DE LA INFILTRACIÓN CON ESTEROIDES EN LA DACTILITIS. ¿ES MEJOR LA INFILTRACIÓN GUIADA POR ECOGRAFÍA VS. CONVENCIONAL?

R. Martínez Pérez, A.I. Ruiz Román, E. Rubio Romero y J. Quijada

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos: La dactilitis, también llamada “dedo en salchicha”, se considera uno de los signos diferenciales propios y característicos de las espondiloartritis (EspA). La ausencia de un completo conocimiento de su fisiopatología la convierten en una manifestación clínica de difícil tratamiento. El uso de las técnicas de imagen, como la resonancia o la ecografía, han demostrado que existe más inflamación a nivel de los tendones que sinovitis como tal, con edema de partes blandas, y que el órgano diana en estos casos es la entesis. El tratamiento estandarizado es el uso de AINEs, esteroides e infiltración local. Diferentes tratamientos biológicos han mostrado buenos resultados (secukinumab, antiTNFs). Nuestro objetivo es; valorar cómo la infiltración local con esteroides modifica tanto la expresión clínica, como los cambios ecográficos propios de la dactilitis. Y valorar si existe diferencia entre la infiltración ecoguiada vs. convencional.

Métodos: Ensayo clínico, aleatorizado, con evaluación radiológica ciega y unicéntrica. Se incluyeron pacientes con dactilitis clínica que presentaban signos ecográficos que confirmaran el diagnóstico. Todos ellos tributarios de infiltración local con esteroides. Se realizó aleatorización simple de los pacientes, según orden de asignación en el estudio. Pacientes pares se les realizó infiltración convencional y pacientes impares infiltración ecoguiada. Se evaluó la respuesta al tratamiento mediante criterios ecográficos (tenosinovitis, sinovitis y Doppler) y clínicos a los 2 y 6 meses de la infiltración. La valoración de la remisión clínica de dactilitis se realizó bajo la variable dicotómica sí o no. La valoración de remisión clínica de dactilitis se valoró cuando la puntuación de tenosinovitis del flexor y el Doppler obtuvieron la puntuación de 0.

Resultados: SE recogieron un total de 28 pacientes, con un total de 50 dedos, la edad media fue de 47,57 ± 10,99, con una media de dedos por paciente de 1,78 ± 0,56. El 42,9% estaban diagnosticados de artritis psoriásica, el resto aún por filiar. Todos los pacientes presentaban dactilitis clínica y ecográfica, el 100% tenosinovitis eco-

gráfica con señal PWD positiva, 54% (27) grado 1 y 46% (23) grado 2. De los 28 pacientes, 16 presentaban artritis de MCF y de ellos 12 de MCF e IFP. Se les realizó infiltración convencional a 28 pacientes vs. 22 que fueron ecoguiadas. A los 2 meses de la infiltración, se consiguió la remisión clínica y ecográfica en el 68% (34) que se mantuvo tras los 6 meses de seguimiento. De los 34 dedos que consiguieron la remisión; a 21 se le realizó infiltración ecoguiada y a 13 convencional (p 0,002). Tan solo se resolvió la artritis asociada en 2 de los pacientes.

Conclusiones: Podemos concluir que la infiltración con esteroides guiada por ecografía es una buena opción de tratamiento en pacientes que presentan dactilitis. No debe de realizarse infiltración convencional dada la poca eficacia.

RC151. ARTRITIS POR CRISTALES DE PIROFOSFATO INTRAHOSPITALARIA: SERIE PROSPECTIVA BASADA EN IDENTIFICACIÓN DE CRISTALES

L.E. Ranieri Chacopino¹, F. Sivera² y M. Andrés^{1,3}

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante-ISABIAL. Alicante. ²Sección de Reumatología. Hospital Universitario de Elda. ³Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Elche.

Introducción: Pese a hacer más de cincuenta años de su descripción inicial, todavía persisten cuestiones sin resolver acerca de la enfermedad por cristales de pirofosfato cálcico (PFC), tales como definir su espectro clínico o sus estrategias específicas de manejo. Las artritis por PFC agudas son muy frecuentes durante las hospitalizaciones y aun así pocos estudios se han centrado en ellas y se desconoce si se comportan de manera similar a los casos ambulatorios. **Objetivos:** Describir prospectivamente una serie de casos de artritis agudas por PFC probadas por cristales en pacientes hospitalizados por otro motivo.

Métodos: Se trata de un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, no controlado realizado en dos centros nacionales desde noviembre 2013 hasta diciembre 2018. Se ha realizado una muestra de conveniencia consecutiva prospectiva de pacientes que desarrollaron una artritis aguda por PFC probada por visualización de cristales durante un ingreso hospitalario. Se han recogido variables demográficas, comorbilidades, datos relacionados con el episodio actual (articulaciones afectadas, patrón de afectación...) y se ha solicitado estudio radiológico simple (pelvis, rodillas, manos, articulación afecta si es distinta) y de laboratorio para descartar causa secundaria. Se presenta un análisis descriptivo.

Resultados: Se incluyeron 90 episodios de artritis en 87 pacientes con una media de edad de 81,8 años (DE 7,7), siendo un 50,6% hombres. Aproximadamente un 26% de los pacientes había tenido

un episodio previo de artritis por PFC, preferentemente (68,4%) en contexto extrahospitalario. Solo tres pacientes recibían tratamiento de prevención de ataques (2 colchicina y 2 glucocorticoides a dosis bajas). En cuanto al episodio de artritis durante el ingreso, fue predominantemente monoarticular (81,0%) siendo las articulaciones más afectadas rodillas (46,0%), carpos (13,8%) y tobillos (6,9%). Los motivos del ingreso fueron muy diversos, siendo la media de días desde el ingreso hasta el ataque de 7,7 (DE 9,1). Respecto al estudio radiológico, un 23,8% no mostró condrocalcinosis (CC) en las articulaciones evaluadas [n = 80]. El 57,1% tenía CC en la articulación afecta [n = 77] y, respecto a localizaciones habituales, el 74,3% en rodillas [n = 74], el 51,5% en ligamento triangular del carpo [n = 66], el 25,4% en metacarpofalángicas [n = 67], el 20% en sínfisis púbica [n = 70] y el 17,6% en articulaciones coxofemorales [n = 68]. Se evidenció datos de artrosis secundaria en 10 pacientes (12,5%). En cuanto a metabopatía asociada, se detectó hipercalcemia por hiperparatiroidismo primario en un paciente e hipomagnesemia en el momento del ataque en cinco. En seis pacientes con patrón poliarticular el estudio de autoinmunidad (FR, ACPA) fue negativo.

Conclusiones: De esta serie prospectiva y probada por cristales de artritis por PFC intrahospitalaria, se puede deducir: se acompaña de un bajo número de episodios extrahospitalarios previos, lo que sugiere una entidad clínica particular; un 25% de pacientes no tiene CC radiológica lo que hace esencial el diagnóstico mediante estudio de líquido sinovial; y se detectan escasos casos de metabopatía asociada lo que hace innecesario descartar causas secundarias.

RC152. ESTUDIO DE BIOMARCADORES EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN PRÁCTICA CLÍNICA

B. Magallares López¹, L. Martínez-Martínez², A. García-Guillén¹, Y. Álvaro Gargallo², H. Park¹, A.M. Millán¹, P. Moya¹, I. Castellví¹, C. Díaz-Torné¹, A. Laiz¹, J. Casademont³, S. Boronat⁴, C. Juárez² y H. Corominas¹

¹Reumatología; ²Inmunología; ³Medicina Interna; ⁴Pediatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: Hoy en día seguimos precisando de biomarcadores fiables y sensibles que contribuyan a la evaluación de la actividad inflamatoria en la artritis idiopática juvenil (AIJ).

Objetivos: Valorar la utilidad de biomarcadores séricos (calprotectina sérica) y de imagen (recuento articular por ecografía) en pacientes con AIJ en la práctica clínica.

Métodos: Se recogieron prospectivamente los datos demográficos y clínicos de los pacientes con AIJ en seguimiento en la Consulta de Reumatología Pediátrica de nuestro hospital, en los que se determinaron niveles séricos de calprotectina (mediante la técnica de ELISA) y se realizó recuento articular por ecografía. Se recogieron también datos de actividad inflamatoria: PCR, VSG, valoración clínica de los pacientes y/o sus tutores legales mediante escala EVA y se calculó el JADAS 27 con el recuento articular por exploración y con el recuento articular por ecografía (JADAS 27 eco).

Resultados: Presentamos 14 pacientes, 9 (64%) del género femenino con edades entre los 8 y los 25 años (media de 13). La edad media al debut fue de 7,8 (\pm 4,55) años. 7 fueron AIJ oligoarticulares (AIJo), 3 AIJ de tipo relacionadas con entesitis (ARE), 3 AIJ poliarticulares (AIJp) y 1 AIJ sistémica. Las medias de VSG, PCR y calprotectina sérica (calpro) fueron: 14,5 mmHg (\pm 15,5), 3,22 mg/dl (\pm 4,7) y 2,9 μ g/ml (\pm 1,7). Sus rangos de normalidad son: < 20 mmHg, < 5 mg/dl y < 2,2 μ g/ml respectivamente. Al correlacionar estos 3 marcadores entre sí obtuvimos una correlación VSG-PCR de 0,74, VSG-calpro de 0,66 y PCR-calpro de 0,75, todas ellas estadísticamente significativas. Sin embargo, al correlacionar estos marcadores no por sus valores numéricos, sino codificados como elevados o normales según sus rangos de normalidad, obtuvimos que estos indi-

ces disminuían, siendo de: correlación VSG-PCR de 0,41, VSG-calpro de 0,25 y PCR-calpro de 0,39. El número medio de articulaciones inflamadas a la exploración en nuestra muestra fue de 0,46, frente a 1,54 por ecografía, con una correlación entre ambas técnicas de 0,82 ($p < 0,00$). Por grupos, la media del n.º articulaciones inflamadas fue: 0,42 en exploración en AIJo frente a 0,71 por ecografía, 0 en exploración en ARE frente a 0,33 por ecografía, 1 en exploración en AIJp frente a 4,66 por ecografía. El promedio del índice JADAS27 en nuestra muestra fue de 2,38 (\pm 5,6). Si el recuento articular se realiza por ecografía a cambio de por exploración, este índice sube a 3,38 (\pm 6,1). El índice de correlación entre el JADAS27 medido por exploración convencional y el JADAS27 por ecografía fue de 0,96. Se evaluó la correlación entre los marcadores serológicos y los recuentos articulares, tanto por exploración como por ecografía, así como con el índice JADAS27 en su variante clásica y en la de recuento articular por ecografía. Los resultados de los índices de correlación por sus valores numéricos como codificados (elevados vs. normales) se muestran en la tabla.

	VSG	PCR	Calpro	VSG (cod)	PCR (cod)	Calpro (cod)
Recuento articular exploración	0,52	0,79**	0,65*	0,60*	0,88**	0,34
Recuento articular ecografía	0,14	0,53	0,41	0,07	0,73*	0,35
JADAS 27 clásico	0,83**	0,95**	0,77**	0,67*	0,87**	0,22
JADAS 27 ecografía	0,73**	0,92**	0,76**	0,58*	0,87**	0,37

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Conclusiones: El recuento articular por ecografía es más sensible que el recuento articular por exploración clásica. La VSG a pesar de ser el biomarcador empleado clásicamente y que además forma parte del cálculo del índice JADAS27 se muestra como el menos sensible para detectar actividad inflamatoria en AIJ. Se necesitan estudios con mayor número de pacientes para evaluar otros biomarcadores como la calprotectina.

RC153. SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA: SERIE DE 16 CASOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

J. Loarce Martos, F. López Gutiérrez, J. Renato Quiñones, A.L. Boteanu, M.Á. Blázquez Cañamero y M. Vázquez-Díaz

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: El síndrome de activación macrofágica (SAM), considerado dentro del síndrome hemofagocítico linfocitario adquirido (HLH), es una complicación grave de varias enfermedades reumatológicas, siendo de especial importancia en artritis idiopática juvenil sistémica (AIJs), enfermedad de Still del adulto y en lupus eritematoso sistémico (LES). Se caracteriza por una activación excesiva del sistema inmune, debido a diversas alteraciones, entre las que destacan una hiperactivación por parte de macrófagos y un fracaso en la actividad reguladora de linfocitos NK. El SAM es una entidad grave, que puede progresar a fracaso multiorgánico, con mortalidad elevada si no se reconoce a tiempo. Se han propuesto diversos criterios para su diagnóstico, incluyendo los criterios para HLH secundario 2004 y los provisionales para SAM secundario a AIJs propuestos por Ravelli en 2016.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo sobre una serie de casos de pacientes con SAM.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de 16 casos de SAM secundarios a enfermedades autoinmunes sistémicas diagnosticados en nuestro hospital entre abril de 2009 y septiembre de 2018.

Resultados: La patología basal fue AIJs en 8 pacientes (2 de ellos con 2 episodios) y LES en 6 pacientes. La media de edad al diagnóstico fue de 17,44 años para AIJs y 37,5 años para LES. El tiempo medio

Tablas RC153

Tabla 1. Características clínicas

	Hipotensión	Fiebre	Rash	Adenopatías	Esplenomegalia	Hepatomegalia	Hemorragia
AIJs	1 (10%)	7 (70%)	7 (70%)	3 (30%)	4 (40%)	1 (10%)	0
LES	0	4 (66,7%)	1 (16,7%)	3 (50%)	5 (83,3%)	4 (66,7%)	3 (50%)

Tabla 2. Características analíticas

	Hb	Nt	Pla	Crea	Brb	GOT	GPT	Fe	Tg	Fb	INR
AIJs	10,1	2,736	116930	0,85	2,77	141,8	133,2	5736	297,7	237,9	1,24
LES	7,4	1,403	59983	1,53	9,77	274,3	257,9	9508,7	433	192,3	2,06

Hb: hemoglobina (g/dl), Nt: neutrófilos ($10^3/mm^2$), Pla: plaquetas ($10^3/mm^2$), Cr: creatinina (mg/dl), Brb: bilirrubina (mg/dl), GOT (UI/L), GPT (UI/L), Fe: ferritina (ng/ml), Tg: triglicéridos (mg/dl), Fb: fibrinógeno (mg/dl), INR (International Normalized Ratio).

desde el diagnóstico de la enfermedad de base hasta el episodio de SAM fue 11,31 años, siendo la forma de inicio de la enfermedad basal en 3 casos. Un 43,8% de los casos estaba en tratamiento previo con corticoides, y un 50% con FAME/biológico (LES: 3 pacientes con hidroxicloroquina y 1 con micofenolato + hidroxicloroquina; AIJs: 2 pacientes con anakinra, 1 con tocilizumab y 1 con etanercept). Las características clínicas y analíticas se presentan en las tablas 1 y 2. Dentro del grupo de LES, durante el episodio de SAM solo 2 pacientes (33,3%) tenían títulos elevados de anti-DNA, 4/6 (83,3%) consumo de C3 y 4/6 (66,6%) consumo de C4. Como manifestaciones graves presentaron afectación neurológica 4/6 pacientes con LES (66,6%) y 1/10 pacientes con AIJs (10%), además, 3/6 pacientes con LES (50%) presentaron hemorragia externa. Se confirmó una infección previa como desencadenante en 3/6 pacientes con LES (50%) y en 4/10 pacientes con AIJ (40%). Se pautó prednisona a dosis altas

en todos los pacientes, ciclosporina en 4/6 pacientes con LES y 9/10 con AIJs así como anakinra en 4/10 pacientes con AIJs. 4/6 pacientes con LES cumplieron criterios de HLH secundario y 9/10 pacientes con AIJs cumplieron criterios de SAM secundario a AIJs (90%). Se realizó biopsia de médula ósea en 6 pacientes con LES y 9 con AIJs, demostrándose hemofagocitosis en 5 pacientes con LES (83,3% y 5 pacientes con AIJ (50%). La mortalidad fue de 2/6 pacientes (33,3%) con LES y de 0 pacientes con AIJs.

Conclusiones: En nuestra serie el rash y la fiebre fueron más frecuentes entre los pacientes con AIJs, el resto de las manifestaciones fueron más comunes en los pacientes con LES. A excepción de la ferritina y la GPT, las variables analíticas estuvieron más alteradas en el grupo LES. La mortalidad fue de 33% en el grupo de LES, frente a un 0% en el grupo AIJs, en probable relación al diagnóstico y tratamiento más precoces.