Anales de Reumatología

vol. 2 / nº 8

XXIV Congreso SORCOM

10-11 Diciembre 2020

Actividad pendiente de acreditación por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid, Sistema Nacional de Salud

sorcom

Sumario

Comité Editorial pág. 03

Editorial pág. 04

Comunicaciones Orales 2020 pág. 06

Pósters 2020 pág. 11

Premio Armando Laffon pág. 29

Índice de Autores pág. 30

La propiedad intelectual de esta obra corresponde a sus autores y debe ser respetada.

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento (ya sea gráfico, electrónico, óptico, químico, mecánico, magnético, fotocopia, etc.) y el almacenamiento o transmisión de sus contenidos en soportes magnéticos, sonoros, visuales, o de cualquier otro tipo sin permiso expreso de los autores.

© **Edita:** Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM)
© **Para el conjunto de la obra:** Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid
© **Para cada texto:** Sus respectivos autores
© **Fotografía:** Real Sitio de Aranjuez

ISBN: 978-84-616-1942-9
ISSN: 1887-2816
Maquetación e impresión: mpm **martinco**
C/ Narváez, 67 - 28009 Madrid
91 504 16 48

Anales de Reumatología

vol. 2 / nº 8

Comité Editorial

Junta Directiva de la SORCOM:

• **Presidente:** Dr. F. Javier Bachiller Corral

• **Vicepresidenta:** Dra. Olga Sánchez Pernaute

• **Secretaria General:** Dra. Lucía Ruiz Gutiérrez

• **Tesorero:** Dr. Eugenio de Miguel Mendieta

Vocales:

• Dra. Gema Bonilla Hernán
• Dra. Alina Lucica Boteanu
• Dra. Hilda Godoy Tundidor
• Dr. Alejandro Gómez Gómez
• Dra. Laura González Hombrado
• Dr. Juan Carlos Nieto González
• Dra. Cristina Macía Villa
• Dr. Jorge Juan González Martín
• Dra. Leticia Lojo Oliveira
• Dra. Sheila Melchor Díaz
• Dr. Oscar Illera Martín
• Dra. Zulema Rosales Rosado

Secretaría Técnica:

• Dª. Antonia López Osuna

Editorial

Nadar en aguas revueltas

Estimado socio:

Actualmente estamos viviendo una situación médica y social completamente excepcional, una situación que ha convulsionado todo el orden establecido y que nos está poniendo a prueba como sociedad, como sistema sanitario y como personas. La llegada de la pandemia en marzo de 2020 ha cambiado la manera de hacer muchas cosas, incluida la forma de ejercer la Medicina y la Reumatología.

Durante los primeros meses de pandemia, los reumatólogos como muchos otros compañeros, hemos participado en la atención sanitaria de pacientes COVID. Nuestra formación en medicina interna y neumología, así como nuestra experiencia en tratar pacientes complejos, inmunodeprimidos y con manifestaciones sistémicas nos ha llevado a la primera línea de la asistencia frente al COVID-19. Además nuestro conocimiento del sistema inmunitario y sus alteraciones y nuestra experiencia en el uso de FAMEs y tratamientos biológicos, han supuesto una reconocida aportación de nuestra especialidad en esta crisis. Muchos reumatólogos de nuestra Comunidad han ayudado a plantear hipótesis terapéuticas y han participado en ensayos clínicos y registros de tratamientos para aportar luz y evidencia científica en esta enfermedad.

La atención hospitalaria de pacientes COVID ha conllevado un elevado riesgo de infección para todo el personal sanitario. Muchos profesionales hemos estado infectados y enfermos, con mayor o menor gravedad. De igual forma hemos sufrido la enfermedad en nuestros familiares y amigos. Y lo hemos afrontado con responsabilidad y compromiso con nuestros pacientes y nuestras instituciones. Enhorabuena a todos los compañeros, que habéis sabido dar lo mejor de vosotros mismos en estos momentos difíciles.

La cronificación del problema sin que se pueda vislumbrar un final cercano dificulta la reorganización de nuestra actividad social y médica y exige que mantengamos ese espíritu de adaptación, esfuerzo y dedicación para mejorar la atención sanitaria y reumatológica a nuestros pacientes.

Son muchos los problemas y dificultades que está generando la asistencia sanitaria en esta pandemia, pero quiero poner en valor ciertos aspectos positivos desarrollados en nuestro ámbito de atención. La conexión mediante teléfono o correo electrónico con nuestros pacientes, ha abierto un modelo de atención futuro que puede reducir en parte las visitas presenciales. La digitalización y accesibilidad al contenido formativo o el desarrollo de aplicaciones digitales que permiten la conectividad médico-paciente también han sufrido grandes avances. Aspectos prácticos como la dispensación a domicilio de los fármacos biológicos se ha iniciado de forma rápida y eficaz en muchos hospitales de la Comunidad. Otro ejemplo de respuesta rápida ha sido la creación de registros de pacientes con enfermedades reumáticas afectados por COVID, que han surgido en el seno de las sociedades científicas a nivel europeo, nacional y autonómico. Todos estos cambios que hasta ahora venían teniendo un lento desarrollo, se han agilizado y planteado como líneas estratégicas a corto plazo.

La Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid no ha sido ajena a toda esta situación de crisis y muchas de nuestras actividades habituales se han visto afectadas. Se ha realizado un esfuerzo para adoptar el formato virtual en los encuentros y potenciar el desarrollo tecnológico y

digital de las herramientas de la Sociedad. Lamentablemente, y a pesar de ello, eventos como la II Carrera solidaria por las enfermedades reumáticas, o los talleres de metrología y entesitis, entre otros, se han suspendido este año.

En estos momentos de cambio e incertidumbre, es fundamental recordar y tener presente los principios y objetivos de la SORCOM y hemos intentado remar con fuerza hacia ellos. En este sentido, en la línea estratégica de la formación y docencia, la conversión de todas las actividades SORCOM, fundamentalmente nuestro congreso anual, en un formato digital ha sido una necesidad y ha supuesto un gran reto para todos los miembros de la Junta y el personal técnico. Por otro lado la primera reunión interhospitalaria en formato virtual se realizó en junio con una elevada asistencia, mayor que en las reuniones presenciales. Dentro de la línea estratégica de investigación se ha conseguido crear una cuarta beca (Beca SORCOM Sanofi) que reforzará en el futuro el apoyo a los proyectos creados en el seno de nuestra Comunidad. Otro aspecto novedoso, y a mi entender fundamental para la investigación, ha sido la instalación de una herramienta digital -RedCap- para la creación de registros y ensayos multicéntricos, que se pone a disposición de todos los socios de SORCOM. También dentro de la línea del desarrollo tecnológico, la página web se ha modernizado y se ha migrado a una plataforma que permite su visualización también en dispositivos móviles. Por último se mantiene el compromiso social de la SORCOM mediante la campaña de donación al Banco de alimentos de Madrid (este año de forma digital) que se realizará durante estas Navidades.

Espero que el formato virtual de nuestro congreso y del resto de actividades nos permita seguir manteniendo el contacto directo y el encuentro cercano y colaborativo de todos los reumatólogos madrileños.

Quiero acabar agradeciendo a todos los miembros de la Junta Directiva y al personal técnico de SORCOM (Toñi y Goretti) el esfuerzo y el trabajo realizado durante este último año para adaptarse a la nueva situación.

Un abrazo,

Javier Bachiller
Presidente de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid

Comunicaciones orales

Comunicación 01

EFICACIA Y SEGURIDAD DE ANAKINRA EN PACIENTES INGRESADOS POR INFECCIÓN POR SARS-COV-2 GRAVE EN UN HOSPITAL TERCIARIO

O. Rusinovich, A. Mora Vargas, E. Múñez Rubio, L. Delgado Tellez de Cepeda, N. de la Torre Rubio, M. Pavía Pascual, J. Sanz Sanz, M. Espinosa Malpartida, C. Merino Argumánez, C. Barbadillo Mateos, H.Godoy Tundidor, M. Fernández Castro, L.F. Villa Alcázar, C.M. Isasi Zaragoza, J.L. Andreu Sánchez, J. Campos Esteban

Hospital Universitario Puerta de Hierro. C/Joaquín Rodrigo, 2-28222 Majadahonda, Madrid

INTRODUCCIÓN: El virus SARS-CoV-2 es un nuevo coronavirus, causa de la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19). Los coronavirus inducen la disregulación del sistema inmune resultando en síndrome de tormenta de citoquinas con activación del macrófago mediado fundamentalmente a través de las IL-1 y 6. El anakinra es un antagonista recombinante del receptor humano para la IL-1 que neutraliza la actividad biológica de la IL-1α e IL-1β. Su alta biodisponibilidad tras la inyección subcutánea, rapidez de acción, relativamente corta vida media y seguridad en contexto infeccioso lo convierten en un fármaco prometedor.

OBJETIVOS: Descripción de las características clínicas y evolutivas de una serie de 54 pacientes ingresados por covid-19 tratados con anakinra en un hospital terciario, en condiciones de práctica clínica habitual.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo unicéntrico en el que fueron incluidos todos los pacientes ingresados por covid-19 tratados con anakinra desde abril de 2020 hasta la actualidad. Se recogieron características clínicas y demográficas de la muestra y se evaluaron parámetros de evolución clínica y analítica mediante escala de gravedad respiratoria Brescia-COVID, SaFi, reactantes de fase aguda, LDH, linfocitos en el momento basal, a los 72h y 7 días de tratamiento.

RESULTADOS: Se incluyeron 54 pacientes: 37 varones (68,5%) y 17 mujeres (31,5%), con mediana de edad de 69,5 (36-94) años. Antecedente de enfermedad pulmonar en 14 pacientes (25,9%), enfermedad cardiovascular en 39 pacientes (72,2%), Diabetes Mellitus en 11 pacientes (20,4%), enfermedad renal en 6 pacientes (11,1%), enfermedad reumatológica en 6 pacientes (11,1%), inmunosupresión en 13 pacientes (24,1%). Promedio de días desde el inicio de los síntomas hasta comienzo del tratamiento 19,15 (± 8,64) días. Promedio de número de dosis recibidas 4,85 (± 3,96). Otros tratamientos recibidos: esteroides dosis bajas: 70,3%; dosis altas (1mg/kg): 87%, bolos 24% de los pacientes; Tocilizumab: 57,4%; Infliximab 24,1%; Lopinavir/Ritonavir 48%; Hidroxicloroquina 94,4%; Azitromicina 79,6%. La mortalidad en el grupo general fue de 22% y su causa fue covid-19 en 75%, complicación infecciosa 8,3%; complicación no infecciosa 16,7%. No observaron efectos adversos.

	Basal*	72 horas		7 días
Brescia-COVID media +/- DE	1,65 (+/-0,95) Valor 0: 11,1% 1: 31,5% 2: 42,6% 3: 53,7% 4: 3,7%	1,63 (+/-1,13) Valor 0: 16,7% 1: 27,8% 2: 38,9% 3: 7,4% 4: 9,3%		1,73 (+/-1,19) Valor 0: 7,9 % 1: 52,6% 2: 18,4% 3: 7,9% 4: 13,2%
SaFi media +/- DE	222,60 (+/-115,197) Valor >300: 25,9% 201-299: 14,8% <201: 59,3%	240,51 (+/-117,57) Valor >300: 24,5 % 201-299: 26,4% <201: 49%		250,95 (+/-102,63) Valor >300: 34,2 % 201-299: 34,2% <201: 31,6%
Linfocitos, 10^3/microL Media +/- DE	1,07(+/-1,5)	5,16(+/-3,05)		1,15(+/-2,49)
Ferritina, ng/ml media +/-DE	1098,4 (+/-944,8)	1080,23 (+/-873,9)		1069,19 (+/-989,42)
PCR, mg/L media +/-DE	38,78 (+/- 37,58	21,46 (+/- 20,17)		7 (+/- 6)
LDH, U/L media +/-DE	387,64 (+/- 163,1)	394,98 (+/-209,32)		374,26 (+/-157,63)
Mejoría respiratoria*		20,37%		51,85%
Mejoría analítica**		51,85%		77,78 %
	* normalización de SaFi o aumento de 100 mmHg **mejoría de ≥ 2 parámetros analíticos			

CONCLUSIONES: El tratamiento con anakinra de pacientes ingresados por COVID-19 grave parece ofrecer mejoría parcial clínica y analítica a las 72 h y 7 días de administración. El tratamiento fue bien tolerado y no se observaron efectos adversos. Son necesarios estudios aleatorizados controlados para valorar la utilidad del fármaco en esta situación clínica.

Comunicación 02

EL IMPACTO DE LA INFECCIÓN POR COVID-19 EN UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA MADRILEÑA MEDIDO A TRAVÉS DE "PATIENT-REPORTED OUTCOMES" (PRO)

Jaime Arroyo Palomo, Patricia Morán Álvarez, África Andreu Suárez, Lourdes Villalobos Sánchez, Alina Boteanu

Hospital Universitario Ramón y Cajal (M-607, km. 9, 100, 28034 Madrid)

OBJETIVOS: Describir el impacto de COVID19 en una cohorte de pacientes pediátricos con enfermedades reumatológicas en seguimiento por un hospital madrileño de tercer nivel, con especial atención a sus posibles efectos clínicos, la habilidad funcional y la calidad de vida, a través de PROs.

MÉTODOS: Un estudio transversal descriptivo, a través de una encuesta y revisión de la historia clínica electrónica. Se recogieron resultados del Juvenil Arthritis Multidimensional Assessment Report (JAMAR), respuestas sobre la actividad de la enfermedad de base, la calidad de vida y aspectos sobre la infección por SARS-COV-2. Se incluyeron preguntas sobre la atención médica y el contacto con el servicio de Reumatología durante el confinamiento.

RESULTADOS: De los 146 pacientes que recibieron la encuesta en junio de 2020, 94 (64.4%) contestaron. La edad media fue de 14 años. Los diagnósticos incluidos fueron: artritis idiopática juvenil (AIJ) no sistémica (45, 47.9%), lupus eritematoso sistémico (LES) de inicio infantil (10, 10.6%), enfermedades autoinflamatorias (10, 10.6%), AIJ sistémica (8, 8.5%), enfermedad de Behçet (4, 4.3%), vasculitis (4, 4.3%), dermatomiositis juvenil (2, 2.5%) y esclerodermia juvenil (1, 1%).
En cuanto al tratamiento recibido, 43 (45.7%) pacientes recibían terapia biológica. 15 (16%) Adalimumab, 9 (9.6%) Tocilizumab, 7 (7.4%) Etanercept y 3 (3.2%) Belimumab, entre otros. 34 (36.26%) pacientes se encontraban en tratamiento con metotrexato y 10 (10.5%), con hidroxicloroquina.

Doce (12.8%) encuestados respondieron haber padecido la infección por SARS-COV-2. De los cuales, 3 se encontraban en tratamiento biológico. Se realizaron 5 pruebas PCR, de las cuales 2 fueron positivas. Ambos pacientes presentaron neumonía. El primero recibía tratamiento con Canakinumab como tratamiento de AIJ sistémica y requirió ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica. El segundo, con diagnóstico de LES infantil, no requirió hospitalización. Se suspendieron 3 terapias biológicas por orden de facultativo, ninguna por decisión del paciente ni sus familiares.

La cefalea fue el síntoma más reportado (26, 27.7%), seguido por la tos (19, 20.2%) y la fiebre (14, 14.8%). Dos pacientes (2.1%) presentaron alteraciones en los sentidos del olfato y el gusto. Tan solo 49 (52.1%) encuestados negaron todos los síntomas compatibles con COVID-19. 16 pacientes (17%) reportaron al menos un contacto con una persona con COVID-19 confirmado y 14 (14.9%) tuvieron al menos un familiar cercano enfermo.

La media del test de función física fue de 0.79, en el grupo que presentó infección por SARS-COV-2 fue ligeramente superior respecto al sano (1.08 y 0.76 respectivamente). En cuanto al cuestionario de calidad de vida, el score medio fue de 3.15, con una puntuación discretamente peor en el grupo con COVID-19 (4.17) en comparación con el sano (3.04). La media de la escala visual analógica de dolor y de actividad de la enfermedad de base fueron 0.97 y 1.33, respectivamente. 8 pacientes (8.5%) reportaron empeoramiento tanto físico como psicológico durante el confinamiento, 15 (16%) únicamente físico y 8 (8.5%) solamente psicológico.

CONCLUSIÓN: Los PROs son una herramienta a tener en cuenta cuando las visitas presenciales están limitadas. Hasta un 50% de los encuestados reportaron algún síntoma compatible con la enfermedad, pero únicamente 2 tuvieron un diagnóstico confirmado con PCR, es posible que la infección por SARS-COV-2 esté infradiagnosticada en nuestra cohorte.

Comunicación 03

DESEO GESTACIONAL Y CERTOLIZUMAB PEGOL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD REUMÁTICA INFLAMATORIA CRÓNICA. RESULTADOS PRELIMINARES DE LA COHORTE GESTAMAD

L. González Hombrado[1], M.C. Ortega de la O[2], P. Castro Pérez[3], M. Salido Olivares[4], P. Navarro Alonso[5], A. Castilla Plaza[6], C. Arconada López[2], A. García Martos[1], A. Díaz Oca[5], A. Aragón Díez[3], E.M. Andres Esteban[7]

1.Hospital Universitario del Tajo, 2.Hospital Universitario Infanta Elena. 3.Hospital Universitario de Getafe. 4.Hospital Infanta Cristina. 5.Hospital Universitario de Fuenlabrada. 6.Hospital Universitario La Paz. 7.Universidad Rey Juan Carlos

INTRODUCCIÓN: El uso de terapias biológicas durante el embarazo ha estado contraindicado desde el inicio de uso de estos fármacos. En los últimos años varios estudios han demostrado la mínima-nula transferencia placentaria y a la leche materna de certolizumab pegol (CZP), lo que ha permitido su aprobación de uso en el embarazo y lactancia. Sin embargo, no existen estudios que evalúen la utilización del CZP durante este periodo en vida real ni las características de este subgrupo de pacientes. OBJETIVO: Describir el perfil de mujeres en edad fértil con enfermedad reumática inflamatoria crónica (ERIC): Artritis Reumatoide (AR), Artritis Psoriásica (APs) y Espondiloartropatía (EspA), que inician CZP por deseo gestacional utilizando el registro GESTAMAD (estudio multicéntrico de mujeres con enfermedad reumática inflamatoria crónica en edad fértil a las que se inicia CTZ por deseo GESTAcional de la comunidad de MADrid).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio multicéntrico prospectivo que pretende conocer las características de las mujeres en edad fértil con ERIC y deseo gestacional a las que se inicia CZP por este motivo. Se recogieron las comorbilidades de las pacientes definidas como HTA, diabetes y enfermedad cardiovascular. La actividad de la enfermedad se midió a través del DAS28 utilizando la PCR en la AR y la APs y del BASDAI en la EspA. En el presente estudio se presentan los datos preliminares de la cohorte inicial y se realizará un seguimiento prospectivo durante 24m para evaluar la eficacia y seguridad del fármaco durante la preconcepción, embarazo y lactancia.

RESULTADOS: Se han reclutado un total de 45 pacientes en 6 centros de la Comunidad de Madrid desde junio a diciembre de 2019. Las pacientes tenían una edad media 35.9, (36.6 en AR, 35.2 en APs y 35.1 en EspA). El 51.1% presentaban AR, el 20.0% APs y el 28.8% EspA. La duración media de la enfermedad para la AR, la APs y la EspA fueron de 9.55, 7.35 y 6.94 años, respectivamente. El 48.89 % de mujeres fueron nulíparas. La tasa de abortos de las pacientes con espondiloartropatias registrados en la historia clínica fue superior al 25%. El 33.33% de las pacientes habían sido tratadas con biológico previo, siendo el deseo gestacional/embarazo el motivo por el que se realizó el cambio. Un 75.56 % de las pacientes habían tratadas con FAME sintéticos previamente. Con respecto a la actividad de la enfermedad, la media del DAS 28 al inicio del tratamiento fue de 4.5 en la AR y de 3.8, en la APs y el BASDAI de 7.0 en la EspA. En la AR se encontraron las cifras más altas de PCR y VSG previo al inicio con CZP, pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa (p=0,644 y 0,605, respectivamente). El 22.2% de las pacientes presentaba comorbilidades previas.

CONCLUSIONES: La edad media de las pacientes con deseo gestacional en ERIC es elevada. Las mujeres diagnosticadas de APs y EspA tienen una tasa de abortos previos alta, superior al 25%. La duración de la enfermedad es igualmente prolongada en el momento de manifestar deseo gestacional. El uso de tratamientos como CZP, compatibles con embarazo y lactancia permitirían mantener un mejor control de la enfermedad articular inflamatoria en este periodo de la vida animando así a las pacientes a no postponer su deseo gestacional.

Comunicación 04

EL IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 Y EL CONFINAMIENTO EN LOS PACIENTES REUMATOLÓGICOS EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO

Jaime Arroyo Palomo, Andrea Briones Figueroa, Patricia Morán Álvarez, Fernando López Gutiérrez, Jesús Loarce Martos, Antía García Fernández, M Andreina Terán Tinedo, Iván del Bosque Granero, Verónica García García, Laura Calvo Sanz, Ana Corral Bote, África Andreu Suárez, Marina Tortosa Cabañas, Lourdes Villalobos Sánchez, Boris Anthony Blanco Cáceres, Cristina Pijoan Moratalla, Alina Boteanu, Carlos Guillén Astete, Javier Bachiller Corral.

Hospital Universitario Ramón y Cajal (M-607, km. 9, 100, 28034 Madrid)

OBJETIVOS: Describir aspectos sobre la infección por SARS-COV-2 en una cohorte de pacientes en tratamiento biológico, así como las características sociodemográficas durante el confinamiento.

MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal descriptivo. Se encuestó sobre el diagnóstico de COVID-19, sintomatología, necesidad de atención médica y aspectos demográficos durante el confinamiento. Todos los pacientes con tratamiento biológico y en seguimiento por nuestro servicio recibieron la encuesta vía e-mail en junio de 2020. Además, se revisó la historia clínica electrónica para recoger datos demográficos y clínicos.

RESULTADOS: Seiscientos doce pacientes recibieron la encuesta, de los cuales 440 (71.9%) contestaron. La media de edad era de 54.46 años (± 11.18). El 63.6% eran mujeres (280), y 16.7% fumadores activos (73). Entre los diagnósticos incluidos se encuentran: artritis reumatoide (167, 37.95%), espondilitis anquilosante (86, 19.55%), artritis psoriásica (30, 6.82%), artritis idiopática juvenil (4, 0.91%) y Lupus Eritematoso Sistémico (4, 0.91%). Diagnósticos como síndrome de Sjögren, distintas vasculitis y otras conectivopatías se clasificaron de manera conjunta en otros (34, 7.73%). El tratamiento biológico que recibían era: anti-TNF (302, 68.64%), Tocilizumab (40, 9.09%), Rituximab (34, 7.73%), Ustekinumab o Secukinumab (30, 6.82%), Abatacept (14, 3.18%), inhibidores JAK (9, 2.05%), Apremilast (5, 1.14%), Belimumab (4, 0.91%) y un anti-IL 1 (2, 0.45%).

Entre los encuestados, un total de 104 (23.8%) reportaron sintomatología compatible con COVID-19. Once de ellos (2.52%) fueron diagnosticados mediante criterio clínico o test diagnóstico y 22 (5.03%) presentaron síntomas muy específicos (diagnóstico probable). 71 (16.25%) presentaron síntomas inespecíficos. Los síntomas más habituales fueron artralgias (85, 19.3%) y tos (70, 15.91%). 41 pacientes (9.32%) presentaron fiebre. Únicamente 248 (56.36%) no reportaron ningún síntoma compatible. Se registraron 4 (0.92%) ingresos hospitalarios.

En cuanto a los convivientes, la media fue de 2.8 (± 1.3). 377 (88.68%) convivieron con sus familias o parejas, 49 (11.14%) lo hicieron solos y 14 (3.18%) con otras personas. 141 pacientes (32.05%) realizaron salidas de manera puntual, 33 (7.5%) salidas frecuentes y el resto (260, 60.5%) se mantuvieron confinados. Existe una diferencia significativa en cuanto a presentar la enfermedad entre los grupos que realizaron el confinamiento y el que no (p=0.03); en cambio, no se encontró diferencia en la mediana de convivientes.

En la actitud y continuidad del tratamiento biológico, 19 (4.36%) lo suspendieron, 18 (4.13%) suspendieron todo el tratamiento y 12 (2.75%) lo redujeron sin llegar a abandonarlo. 289 pacientes (66.13%) reportaron estabilidad en su enfermedad reumatológica, 19 (4.35%) mejoraron y 129 (29.52%) empeoraron. Se realizó consulta telefónica programada a 213 pacientes (48.85%), y 96 (22.02%) pacientes recibieron atención telefónica urgente a demanda. 26 (5.96%) buscaron consulta sin respuesta. No se encontraron diferencias en la infección entre los distintos grupos de fármacos.

CONCLUSIONES: La tasa de confirmación de COVID-19 en nuestra cohorte fue baja respecto a la prevalencia estimada en la comunidad de Madrid, se asoció al incumplimiento del confinamiento. A pesar de mantener la terapia biológica en el 80% de los casos y el contacto telefónico con nuestro servicio, un tercio de los encuestados reportaron empeoramiento de su enfermedad de base.

Comunicación 05

3-DAY COURSE OF LOW-DOSE SUBCUTANEOUS ANAKINRA IN PATIENTS WITH REFRACTORY MODERATE-SEVERE COVID-19: A PROOF-OF-CONCEPT STUDY

Enrique Calvo Aranda[1], Irene Cañamares Orbis[2], Marta Novella Navarro[3], Álvaro Martínez Alcalá[4], María del Carmen Ortega de la O[5], Ismael Escobar Rodríguez[2], Fernando Manuel Sanchez-Aranda[1].

1 Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Infanta Leonor. Avenida Gran Vía del Este, 80, 28031. Madrid. 2 Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. 3 Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid. 4 Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. 5 Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Infanta Elena, Madrid.

OBJECTIVE: To determine whether a 3-day course of low-dose subcutaneous anakinra provides a benefit in refractory moderate-severe COVID-19.

METHODS: Prospective study conducted in 2 hospitals in Spain, from April 1 to May 8, 2020 including 9 hospitalized patients refractory to standard-of-care treatment with laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection, a clinical course of at least 5 days, radiological pneumonia, and moderate-severe COVID-19 according to clinical/analytical criteria. Patients received a daily subcutaneous dose of anakinra 100 mg for 3 consecutive days. The primary outcome was radiological improvement 72 hours after the first administration, together with appropriate clinical and analytical changes according to a combined set of response criteria. Secondary outcomes included incidence of serious adverse events, mortality, need for invasive ventilation at days 3 and 14, and days of hospitalization.

RESULTS: All patients (age 48-88) had bilateral pneumonia and received hydroxychloroquine; 7 received azithromycin, 5 ceftriaxone, 3 cyclosporine, 2 lopinavir/ritonavir, 1 interferon, and 6 corticosteroids. Anakinra was introduced between 1 and 17 days (median 8 days) after admission. Six patients reached the primary outcome at day 3. No serious adverse events were observed. On days 3 and 14, no patients had died and none required invasive ventilation. One patient died after 21 days of hospitalization; the remaining 8 were discharged (length of stay 6-45 days).

CONCLUSIONS: In this study of patients with refractory moderate-severe COVID-19, a 3-day course of low-dose subcutaneous anakinra was effective and safe, resulting in radiological, clinical, and analytical improvement in most cases. These observations require further evaluation in clinical trials.

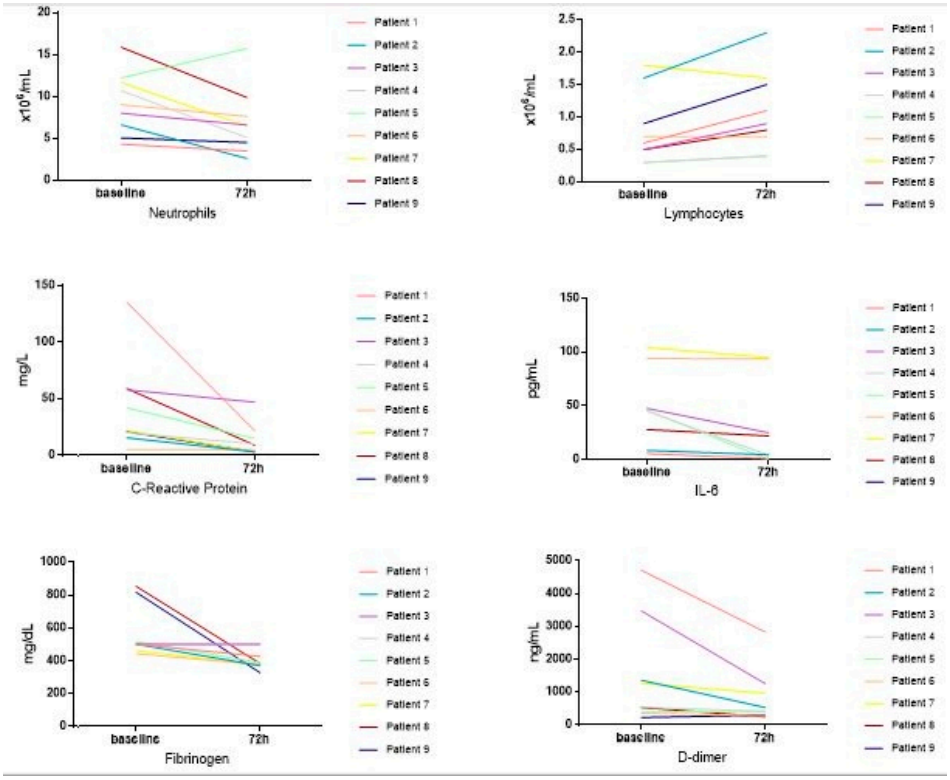


Imagen: Changes in laboratory parameters over time in patients with refractory moderate-severe COVID-19 who received a 3-day course of low-dose subcutaneous anakinra.

Pósters

Póster 01

EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA TERAPIA BIOLÓGICA COMBINADA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

C. Valero-Martínez, S. Castañeda, J.P. Baldivieso-Achá, I. Llorente, I. González-Álvaro, R. García de Vicuña.

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa, IIS-IP, C/Diego de León, 62, 28006-Madrid.

OBJETIVOS: 1. Determinar la efectividad y seguridad de la asociación de varios fármacos biológicos con diferente mecanismo de acción en pacientes con espondiloartritis (EspA).
2. Describir el perfil clínico de los pacientes con EspA que reciben terapia biológica combinada.

MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal de pacientes con EspA refractaria a varias líneas de tratamiento biológico convencional que han recibido al menos dos fármacos biológicos con diferente diana terapéutica, utilizados de manera simultánea. Para ello, se revisó la base de datos de nuestro hospital que incluía a todos los pacientes con diagnóstico de EspA según criterios ASAS para espondiloartritis axial en tratamiento biológico activo. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos, tratamientos recibidos, índices de actividad de la enfermedad (ASDAS PCR) y efectos secundarios derivados del tratamiento. Se consideró como criterio de remisión y de baja actividad haber presentado un ASDAS PCR inferior a 1,3 y 2,1 respectivamente.

RESULTADOS: Se han identificado 4 pacientes con terapia biológica combinada diagnosticados de EspA: dos corresponden a artritis idiopática juvenil tipo ARE y en otro la EspA coexiste con un lupus eritematoso sistémico. El promedio de biológicos previos era de 51,41, la mayoría anti-TNF. En tres pacientes se asoció un anti-TNF con un agente anti-IL17 y en otro se asoció rituximab junto con un anti-IL17 además de denosumab. En la tabla 1 se representan las características principales de los pacientes y el tratamiento administrado. La mediana de seguimiento de la terapia combinada fue de 13,5 meses (RIQ: 9-88,5), con un rango de 8-113 meses. Todos los pacientes alcanzaron en algún momento actividad leve o remisión clínica de la enfermedad durante el seguimiento. En un paciente se ha conseguido desescalada de dosis iniciales, con recidivas leves transitorias. No se han registrado efectos adversos relevantes en relación a la terapia combinada, destacando la ausencia de infecciones. Ningún paciente ha abandonado el tratamiento hasta el momento actual.

CONCLUSIONES: En pacientes con EspA multi-dominio y refractaria a varias líneas de tratamiento biológico, la terapia biológica combinada puede ser una alternativa terapéutica efectiva. En nuestra serie, no hemos detectado efectos adversos relevantes de la terapia combinada, y aunque el tiempo de seguimiento es todavía limitado, es superior a la mayoría de casos reportados.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Diagnóstico	AIJ tipo ARE	Artritis psoriásica	AIJ tipo ARE	EspA asociado a LES
Sexo	Varón	Mujer	Varón	Mujer
Edad al diagnóstico (años)	5	21	14	55
Duración de la enfermedad (años)	20	38	30	4
Raza	Caucásica	Caucásica	Caucásica	Hispana
Tabaquismo	No	Si	Si	No
Comorbilidades	No	Cirrosis hepática, EPOC	No	HTA, dislipemia, obesidad, hipotiroidismo
Características fenotípicas				
Dominios	Axial Periférico Entesis	Axial Periférico Entesis	Axial Periférico Entesis	Axial Periférico Entesis
Afectación extraarticular	Uveítis	Psoriasis Insuficiencia aórtica	Uveítis	No
HLA-B27	-	+	+	+
Tratamiento				
Terapia biológica combinada (dosis de inicio)	Golimumab 100mg/4 sem + Secukinumab 150mg/sem	Etanercept 50mg/sem + Secukinumab 150mg/2 sem	Etanercept 50mg/sem + Secukinumab 150mg/4 sem	Secukinumab 150mg/4 sem + Rituximab 1 infusión a las 14 semanas de SEC + Denosumab
Terapia biológica previa	ETN, ADA, CTZ, GOL*, IFX, SEC*, TCZ	IFX, ETN*, GOL, SEC*	ETN*, GOL, ADA, CTZ, SEC*	ADA, SEC*, ANK, TCZ
Duración de la terapia combinada (meses)	113	8	12	15
Actividad actual	Remisión clínica	Remisión clínica	Remisión clínica	Actividad leve
Recidivas	2 (uveítis)	0	0	0
Efectos adversos	No	No	No	No

Abreviaturas: ADA: Adalimumab; AIJ: artritis idiopática juvenil; ANK: Anakinra; ARE: artritis asociada con entesitis; CTZ: Certolizumab; EPOC; enfermedad pulmonar obstructiva crónica; EspA: Espondiloartritis; ETN: Etanercept; GOL: Golimumab; IFX: Infliximab; LES: lupus eritematoso sistémico; SEC: Secukinumab; sem: semana; TCZ: Tocilizumab;
*Tratamiento previo administrado en monoterapia.

Póster 02

AFECTACIÓN DE ARTERIAS SUBCLAVIAS EN PACIENTES CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: QUÉ APORTA EL HALO SCORE MODIFICADO

Liz Rocío Caballero Motta[1], Juan Molina Collada[1], Julia Martínez-Barrio[1], Belén Serrano-Benavente[1], Isabel Castrejón[1], Juan Carlos Nieto-González[1], Laura Trives Folguera[1], José María Álvaro-Gracia[1]

Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Recientes recomendaciones EULAR recomiendan la ecografía (Eco) de arterias temporales (AT) y axilares (AA) como primera prueba de imagen en pacientes con sospecha de arteritis de células gigantes (ACG) con afectación predominantemente craneal. Recientemente se han publicado dos índices ecográficos, Halo Score y halo count, que permiten cuantificar el grado de inflamación por Eco, y se asocian con parámetros analíticos de inflamación sistémica y riesgo de complicaciones visuales. El objetivo del estudio es evaluar si añadir la valoración de arterias subclavias a los índices Halo Score y halo count mejora la validez diagnóstica de ACG y su asociación con parámetros de inflamación sistémica.

MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de pacientes remitidos a una consulta de diagnóstico rápido de ACG durante 1 año. Se realizó Eco de AT, carótidas, subclavias y AA a todos los pacientes. El grado de inflamación vascular se determinó mediante halo count (índice que incluye el número de halos observados en los tres segmentos de AT (rama común, parietal y frontal) y las AA), Halo Score (índice compuesto que incluye el número de halos y el grosor de cada halo de los 3 segmentos de AT y AA) y Halo Score modificado (índice compuesto que añade la evaluación de arterias subclavias al previo Halo Score) (Figura 1). El estándar de oro para el diagnóstico de ACG fue la confirmación clínica tras 6 meses de seguimiento.

RESULTADOS: Un total de 64 pacientes fueron incluidos para análisis (65% mujeres, edad media 75.3 años). De ellos 17 (26.5%) fueron diagnosticados de ACG según criterio clínico a los 6 meses. En la tabla 1 se muestran las características demográficas, clínicas y hallazgos ecográficos de los pacientes con y sin diagnóstico de ACG. Se observó afectación de arterias subclavias exclusivamente en pacientes con ACG (29.4% versus 0%, $p < 0.001$). Los pacientes con ACG presentaron una frecuencia significativamente mayor de cefalea (70.6% vs 40.4%, $p=0.033$), claudicación mandibular (52.9% vs 6.4%, $p<0.001$) y mayor elevación de proteína C reactiva (9.1mg/dL vs 3mg/dL, $p= 0.001$) y velocidad de sedimentación globular (VSG) (68.3mm/1ºhora vs 46.8mm/1ºhora, $p= 0.044$), en comparación con pacientes sin ACG. Los 3 índices mostraron validez para el diagnóstico de ACG (ROC ABC 0.906, 0.930 y 0.928, respectivamente) (Tabla 2) y mostraron buena correlación con parámetros analíticos de inflamación) (rho 0.35-0.51, $p <0.01$) (Tabla 3). Sin embargo, solo el Halo Score modificado mostró correlación con VSG (rho 0.712, $p <0.05$), niveles de hemoglobina (rho 0.703, $p <0.05$) y plaquetas (rho 0.734, $p <0.05$) en pacientes con afectación de grandes vasos (Figura 2).

CONCLUSIONES: La inclusión de la evaluación de arterias subclavias en el índice Halo Score modificado no mejora la validez diagnóstica en ACG, respecto a los índice halo count y Halo Score. Sin embargo, muestra mayor correlación con marcadores de inflamación sistémica en ACG con afectación extracraneal, lo cual puede tener valor de cara a monitorización terapéutica de la enfermedad en este subgrupo de pacientes.

Tabla 1. Hallazgos clínicos, de laboratorio y ecográficos de los pacientes incluidos en la consulta de diagnóstico rápido de ACG. ACG: arteritis de células gigantes; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular; DS: desviación estándar.

	Total n=64	Pacientes con ACG n=17	Pacientes sin ACG n=47	p
Edad, media (DS)	75.3 (10.7)	76.5 (9.6)	74.8 (11.1)	0.5
Mujeres, n (%)	42 (65.6%)	10 (58.8%)	32 (68.1%)	0.491
Glucocorticoides al inicio, n (%)	30 (47.6%)	7 (41.2%)	23 (50%)	0.534
Biospia de arteria temporal positiva, n=13, Nº de pacientes	5 (38.5%)	5 (50%)	0 (0%)	0.231
Tamaño de la biopsia de arteria temporal (mm), n=13, Nº de pacientes, media (DS)	5.8 (2.9)	6.2 (3.2)	4.7 (1.5)	0.450
^{18}F-FDG-PET/CT positivo, n=14, Nº de pacientes	7 (50%)	5 (62.5%)	2 (33.3%)	0.592
Cumplen criterios 1990 para ACG, Nº de pacientes	16 (25%)	8 (47.1%)	8 (17%)	0.022
Cefalea, Nº de pacientes	31 (48.4%)	12 (70.6%)	19 (40.4%)	0.033
Dolor del cuero cabelludo, Nº de pacientes	4 (6.3%)	2 (11.8%)	2 (4.3%)	0.285
Claudicación mandibular, Nº de pacientes	12 (18.8%)	9 (52.9%)	3 (6.4%)	<0.001
Síntomas visuales, Nº de pacientes	12 (18.8%)	6 (35.3%)	6 (12.8%)	0.051
Fiebre, Nº de pacientes	8 (12.5%)	2 (11.8%)	6 (12.8%)	1
Polimialgia, Nº de pacientes	29 (45.3%)	10 (58.8%)	19 (40.4%)	0.192
Isquemia ocular, Nº de pacientes	4 (6.3%)	2 (11.8%)	2 (4.3%)	0.285
Palpación anormal de AT, Nº de pacientes	5 (7.8%)	3 (17.6%)	2 (4.3%)	0.112
PCR (mg/dL), media (DS)	4.7(6.5)	9.1 (8.5)	3 (4.7)	0.001
VSG (mm/h), media (DS)	52.8 (34.6)	68.3 (33.3)	46.8 (33.3)	0.044
Hemoglobina (g/dL), media (DS)	12.5 (1.7)	11.8 (1.6)	12.7 (1.7)	0.059
Plaquetas 10^9/L, media (DS)	276.1 (105.8)	323.4 (116.3)	258.7 (97.3)	0.52
Hallazgos ecográficos positivos, Nº de pacientes	17 (26.6%)	15 (88.2%)	2 (4.3%)	<0.001
Hallazgos ecográficos positivos en arterias temporales, Nº de pacientes	13 (20.3%)	12 (70.6%)	1 (2.1%)	<0.001
Hallazgos ecográficos positivos en arterias axilares, Nº de pacientes	9 (14.1%)	8 (47.1%)	1 (2.1%)	<0.001
Hallazgos ecográficos positivos en arterias subclavias, Nº de pacientes	5 (7.8%)	5 (29.4%)	0 (0%)	<0.001
Hallazgos ecográficos positivos en arterias temporalis y axilares, Nº de pacientes	5 (7.9%)	5 (29.4%)	0 (0%)	0.003
Signo del Halo positivo, Nº de pacientes	17 (26.6%)	15 (88.2%)	2 (4.3%)	<0.001
Signo de la compresión positivo, Nº de pacientes	10 (15.6%)	9 (52.9%)	1 (2.1%)	<0.001
Halo count, media (DS)	0.7 (1.5)	2.6 (1.9)	0.04 (0.2)	<0.001
Halo Score, media (DS)	4.6 (8.7)	15.9 (9.7)	0.5 (2.6)	<0.001
Halo Score modificado, media (DS)	2.5 (4.8)	8.5 (5.8)	0.3 (1.2)	<0.001

Tabla 2. Validez diagnóstica del halo count, Halo Score y Halo Score modificado para diagnóstico clínico de ACG después de 6 meses de seguimiento. Se utilizó el índice de Youden para determinar los puntos de corte óptimos. ABC, área bajo la curva; RV+, razón de verosimilitud positiva; RV−, razón de verosimilitud negativa; Sens, sensibilidad; Spec, especificidad.

	ABC	Corte óptimo	Sens	Spec	RV+	RV-
Halo count	0.906	≥ 1	82%	96%	20.5	0.19
Halo Score	0.930	≥ 2	88%	96%	22	0.13
Halo Score modificado	0.928	≥ 1	88%	96%	22	0.13

Tabla 3. Correlaciones entre halo count, Halo Score y Halo Score modificado con marcadores de inflamación sistémica (PCR, VSG, hemoglobina y plaquetas). rho: coeficiente de correlación de rango de Spearman; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular.

		VSG		PCR		Hemoglobina		Plaquetas	
		rho	p	rho	p	rho	p	rho	p
Halo count	rho	0.39	0.003	0.5	<0.001	-0.08	0.536	0.34	0.008
Halo Score	rho	0.35	0.01	0.49	<0.001	-0.08	0.524	0.28	0.031
Halo Score modificado	rho	0.36	0.008	0.51	<0.001	-0.08	0.538	0.247	0.053

Figura 1. Scores propuestos para cuantificar la extensión de la inflamación vascular por ecografía en la arteritis de células gigantes. A. Halo count (3): número de los tres segmentos AT y AA con un signo de halo que varía de 0 a 8. B. Halo Score (3): índice compuesto que incorpora el grosor de cada halo, que varía de 0 a 48. Las puntuaciones de las AA se multiplican por 3 para dar el mismo peso a las AT y AA. C: Halo Score Modificado (4): suma de la evaluación de las arterias subclavias al índice anterior. La puntuación final se basará en la suma de las dos puntuaciones más altas de los tres territorios vasculares, de 0 a 32.

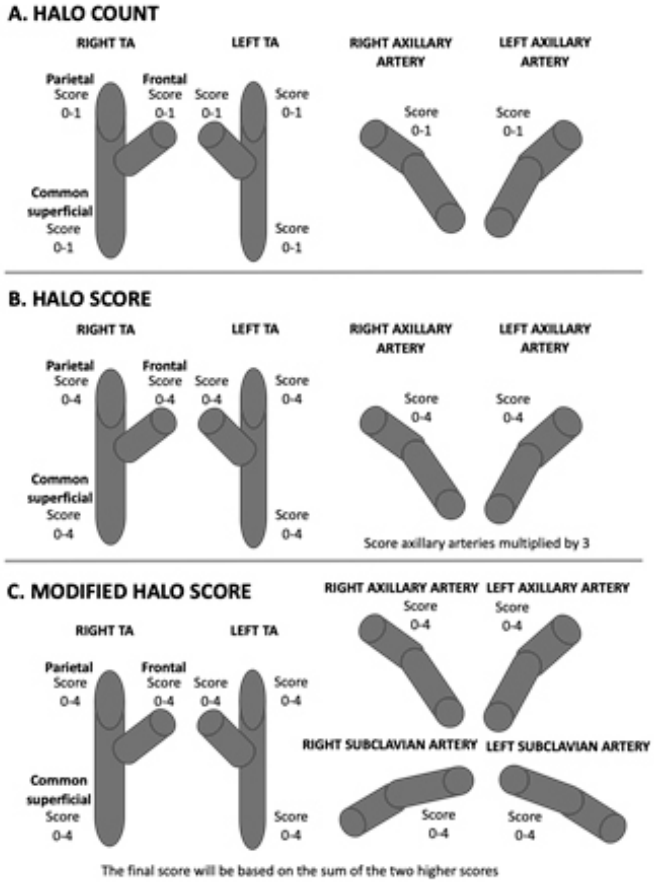
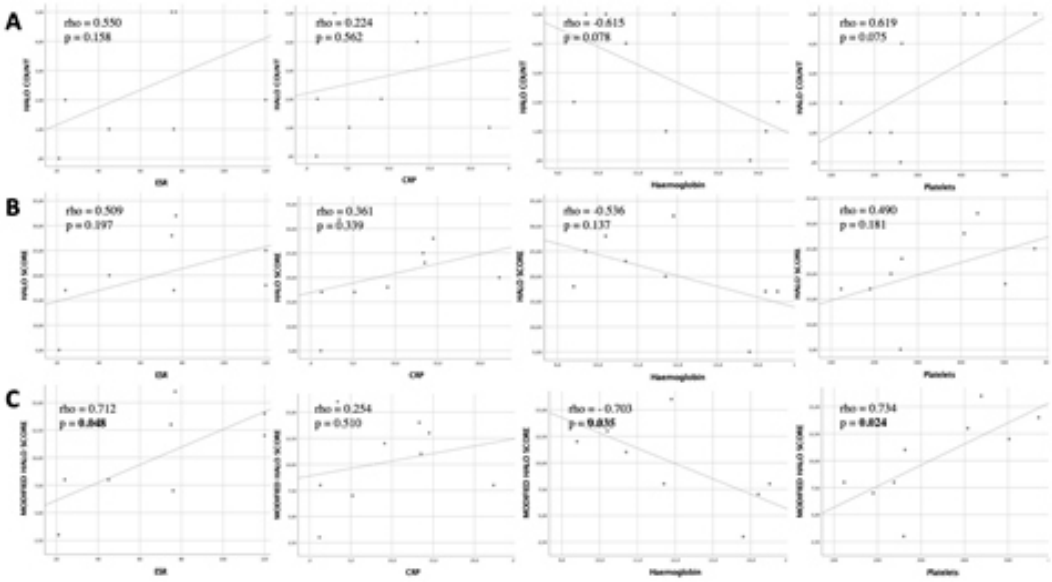


Figura 2. Correlaciones entre halo count (A), Halo Score (B) y Halo Score modificado (C) con marcadores de inflamación sistémica (PCR, VSG, hemoglobina y plaquetas) en pacientes con afectación de grandes vasos. PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular.



Póster 03

EVALUACION DE EFICACIA Y SUPERVIVENCIA DE SECUKINUMAB EN PRÁCTICA CLINICA REAL. ESTUDIO MULTICENTRICO

Maria del Carmen Ortega de la O[1], Pilar NavarroAlonso2 Ana Castilla Plaza3, Álvaro García Martos4, Celia Arconada Lopez1, Laura González Hombrado4, Alberto Diaz Oca2, Alejandro Prada-Ojeda, Luis Sala Icardo5, Laura Barrio Nogal5, Eva Maria Andres6

1-HU Infanta Elena, 2-HU Fuenlabrada, 3-HU La Paz 4-HU del Tajo, 5-HU de Torrejon 6-Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

OBJETIVOS: Las espondiloartritis (EspA), son un grupo heterogéneo de enfermedades semejantes. Existen factores predictores conocidos tanto de buena como de mala respuesta al tratamiento (sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, actividad clínica, PCR, capacidad funcional, respuesta temprana al tratamiento, HLA- B27, tabaco, obesidad, edad al inicio del tratamiento) extrapolados la mayoría de estudios con fármacos anti-TNF. Secukinumab (SCK) es un fármaco inhibidor de la interacción entre la Interleuquina-17 A y su receptor que ha demostrado en ensayos clínicos eficacia y seguridad en el tratamiento de EA y APs. Sin embargo, se disponen de pocos datos en práctica clínica real que muestren su eficacia global y analicen los posibles factores predictores de respuesta al fármaco.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional longitudinal retrospectivo multicéntrico de 5 hospitales de Madrid. Se incluyeron todos los pacientes que cumplían criterios modificados de Nueva York y/o ASAS y/o CASPAR y estaban en tratamiento activo o habían recibido al menos una dosis de SCK. Se describen las principales características utilizando la media y desviación típica en caso de variables cuantitativas y mediante la distribución de frecuencias en caso de variables cualitativas. La eficacia se valoró según BASDAI en EA y DAS28-PCR en APs. Para valorar la tasa de retención del fármaco se tomaron las fechas de inicio del tratamiento hasta la fecha de corte o la fecha de interrupción definitiva del mismo. Se analizaron índice de masa corporal (IMC), HTA, dislipemia, diabetes, HLA-B27, FR, anti-CCP, afectación cutánea, afectación ungueal, tabaco y patología cardiovascular. Se comparó la eficacia de SCK en los diferentes diagnósticos y la relación de comorbilidades utilizando el test chicuadrado.

RESULTADOS: Se recogieron datos de 71 pacientes, 30 varones y 41 mujeres, con una edad media de 50.26±11 años. De las APs habia 11,43% axiales, 51,43% mixtas, y 37,14% periféricas, y de las EA 16,66 % eran no radiológicas. El 30.56 % de los pacientes (n22) eran naive a Terapia Biológica. En el 18.05% de los pacientes (13/71) se suspendió el tratamiento antes de la fecha de corte, la razón principal fue fallo secundario (46.15%) y solo en el 15.38% fue fallo primario. La media del IMC fue 28.31±5.66.

No se hallaron diferencias significativas en los pacientes naïve comparándolos con el resto de los pacientes, ni globalmente (P=0.198) ni por tipos de EspA. Solo se objetivaron diferencias en la variación de DAS28 por género (p=0) La tasa de supervivencia de Secukinumab fue del 81,95% hasta 24 meses en esta cohorte. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la retención del fármaco según diagnóstico (p= 0.976). HLA-B27 + y mayor afectación cutánea tenían mayor tasa de abandono aunque no significativa mientras que la elevación de PCR si se relaciona de manera significativa con los abandonos (P=0,046).

CONCLUSIONES: En nuestra cohorte la eficacia de SCK es la misma independientemente de la línea de tratamiento. La respuesta al tratamiento fue independiente del IMC a diferencia de otros fármacos biológicos. Aunque no es la herramienta más adecuada para medir la actividad de la APs la única diferencia encontrada en nuestra cohorte fue la variación de DAS 28 PCR en mujeres. Aunque la tasa de abandonos es baja, es mayor cuanto mayor sea la PCR. En este estudio la mejoría más significativa se obtuvo en APs mixta y periférica

Póster 04

RESPUESTA INMUNE A LA VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES TRATADAS CON TERAPIAS BIOLOGICAS.

Patricia Richi[1,2], José Yuste[3], María Teresa Navío[4], Laura González-Hombrados[5], Marina Salido[6], Jesús Llorente[7], Israel Thuissard[8], Ana Jiménez-Diaz[1], María Dolores Martín[9], Laura Cebrián[4], Leticia Lojo[4], Marta García-Castro[5], Patricia Castro[6], Martina Steiner[1,2], Tatiana Cobo[1,2], Óscar Illera[1,2], Santiago Muñoz-Fernández[1,2]

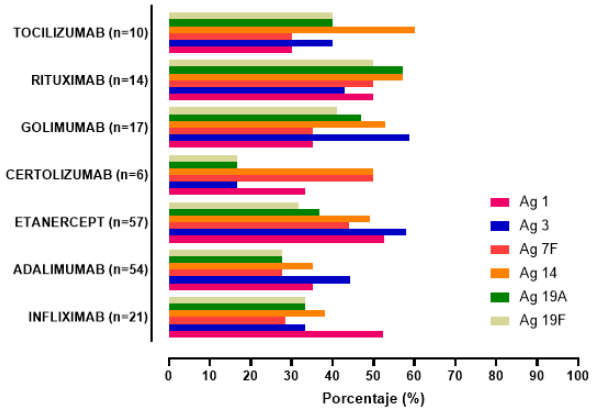
1.Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Paseo de Europa 34, San Sebastián de los Reyes, 28702 Madrid. 2.Facultad de Medicina. Universidad Europea. Calle Tajo s/n. Villaviciosa de Odón, 28670 Madrid. 3.Laboratorio de Neumococos. Instituto de Salud Carlos III. Carretera de Majadahonda - Pozuelo, Km. 2.200, Majadahonda, 28220 Madrid. 4.Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Avenida de la Gran Vía del Este, 80. 28031 Madrid. 5.Servicio de Reumatología. Hospital Universitario El Tajo. Av. Amazonas Central, s/n, Aranjuez, 28300 Madrid. 6.Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Cristina. Av. 9 de Junio, 2, Parla, 28981 Madrid. 7.Laboratorios BR Salud. Hospital Universitario Infanta Sofía. Paseo de Europa 74, 28702 San Sebastián de los Reyes, Madrid. 8.Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Infanta Sofía. Paseo de Europa 34, San Sebastián de los Reyes, 28702 Madrid. 9. Escuela de Doctorado e Investigación. Universidad Europea. Calle Tajo s/n. Villaviciosa de Odón, 28670 Madrid.

OBJETIVOS: Evaluar la respuesta inmune a las vacunas antineumocócicas polisacarida 23 valente (PPSV23) y conjugada 13 valente (PCV13) en pacientes con enfermedades autoinmunes inflamatorias (EAIIS) en tratamiento con terapias biológicas.

MÉTODOS: Se reclutaron pacientes con artropatías inflamatorias crónicas de origen autoinmune, enfermedades del tejido conectivo, psoriasis o enfermedad inflamatoria intestinal, en tratamiento con ant-TNF, rituximab, tocilizumab, abatacept o anakinra, con o sin tratamiento concomitante con corticoides y/o FAME sintéticos. Aquellos pacientes que nunca habían sido vacunados contra el neumococo previamente recibieron la PCV13 y al menos 8 semanas después de esta, la PPSV23. Los que ya habían sido vacunados con la PCV13 antes de entrar en el estudio, recibieron la PPSV23 y los que ya habían recibido esta última, fueron vacunados con la PVC13, dejando pasar al menos un año entre ambas. Se tomaron muestras de suero basales y finales en cada paciente y se estudió el porcentaje de enfermos que presentó actividad opsofagocítica (AO) >50% al final del estudio, frente a seis serotipos (St) diferentes, incluidos en ambas vacunas (1, 3, 7F, 14, 19A y 19F).

RESULTADOS: Se analizaron 182 pacientes, 60% mujeres con una edad media de 50 ± 13 años. El diagnóstico más frecuente fue el de espondiloartritis (36%), seguido por el de AR (35%), artritis psoriásica (15%), psoriasis (4%), enfermedad inflamatoria intestinal (4%), artropatía indiferenciada y enfermedad del tejido conectivo (3%). El 82% estaban en tratamiento con un anti-TNF, el 15% con corticoides y 42% con FAME. Sólo el 5 % de los pacientes había recibido las dos vacunas antes de entrar en el estudio. Al final del mismo, un tercio de los pacientes exhibió AO>50% contra al menos 3 serotipos. El St contra el que se obtuvo la mejor respuesta fue St 3 (44% de los pacientes consiguieron AO) y la peor, el 19F (33%). La respuesta frente al St 3 fue más frecuente entre los pacientes con etanercept que en el resto (58% vs 42%, p=0.05). Los pacientes alcanzaron una mediana de 2 [3] St con AO final>50%. Etanercept mostró una tendencia a un mayor número de St con AO final (3[2.5], p= 0.066), mientras que adalimumab se asoció con un número menor que el resto de biológicos. Rituximab no se asoció a una peor respuesta cuando se comparó con el resto de biológicos. De hecho, al menos la mitad de los pacientes en tratamiento con rituximab, presentaron AO final >50% frente a cada uno de los St estudiados, exceptuando el St 3. En la figura 1 se muestra el porcentaje de pacientes con AO>50% final frente a cada uno de los St, en función del agente biológico. Ni los corticoides ni los FAME sintéticos, interfirieron con la respuesta inmune final.

CONCLUSIONES: Un escaso porcentaje de pacientes con EAIIS habían sido vacunados siguiendo las recomendaciones establecidas por las guías internacionales. La administración seriada de las vacunas antineumocócicas conjugada y polisacarida pueden proporcionar actividad opsofagocítica adecuada en un porcentaje no despreciable de pacientes con EAIIs en tratamiento con biológicos, que incluye a los pacientes tratados con rituximab.



Póster 05

ALGORITMO BIOQUIMICO PARA IDENTIFICAR INDIVIDUOS CON VARIANTES EN *ALPL* ENTRE SUJETOS CON FOSFATASA ALCALINA BAJA PERSISTENTE

C. Tornero1,5, V. Navarro-Compán 1, J. A. Tenorio 2,3, S. García-Carazo1, A. Buño4, I. Monjo1, C. Plasencia-Rodriguez1, J. M. Iturzaeta4, P. Lapunzina2,3, K. E. Heath2,3,5, A. Balsa1 and P. Aguado1,5

1. Departmento de Reumatología, Hospital La Paz-IdiPAZ. 2. Instituto de Genética Médico y Molecular (INGEMM), Hospital La Paz-IdiPAZ, Universidad Autónoma de Madrid. 3. CIBERER, ISCIII, Madrid, España. 4. Departamento de Bioquímica clínica, Hospital La Paz. 5. Unidad Multidisciplinar de Displasias Esqueléticas (UMDE)del Hospital La Paz. Paseo de la Castellana 261. CP 28046. Madrid. España.

OBJETIVOS: Estudios previos muestran un retraso diagnóstico significativo en la Hipofosfatasia congénita (HPP) y la accesibilidad a los estudios genéticos para su diagnóstico no siempre es posible. Nuestro trabajo previo transversal (Tornero et al. Orphanet Journal of Rare Diseases (2020) 15:51) reveló que los niveles de fosfatasa alcalina (FA) <25 UI/L parecen útiles para identificar a sujetos con variantes en *ALPL* entre sujetos con FA baja persistente. El objetivo de este estudio consiste en confirmar estos resultados previos en un estudio longitudinal con los datos anuales disponibles y, en segundo lugar, determinar el valor de incluir los sustratos de la fosfatasa alcalina no específica de tejido (piridoxal fosfato sérico -PLP- y fosfoetanolamina urinaria-FEA) en un perfil bioquímico específico que permita identificar a los sujetos con variantes en *ALPL* entre individuos con FA baja persistente.

MÉTODOS: Se han empleado los parámetros bioquímicos de pacientes incluidos en un estudio longitudinal realizado en un hospital terciario. Los sujetos fueron distribuidos en dos grupos según su status genético (TG+ o TG-). Los sustratos fueron determinados en la visita basal y anual y los niveles de FA también a los seis meses. Para confirmar el umbral de FA, se calcularon medidas de utilidad diagnóstica en las tres visitas. Se utilizó una curva ROC para determinar los puntos de corte de PLP y FEA. Mediante un análisis de regresión logística binaria se evaluaron dichos parámetros en varios modelos (R^2 Nagelkerke) y se calcularon las medidas de utilidad diagnóstica.

RESULTADOS: Mediante los datos de FA de las tres visitas, se determinó la especificidad (E), que osciló entre 84-91%; el valor predictivo positivo (VPP), entre 76-87% y likelihood ratio (LR+) entre 3-6.1%. La curva ROC mostró que los niveles de PLP con la mejor combinación de S y E 180 nmol/L (S: 72%, E:86%) y para FEA, de 35 (S:58%, E89%) umol/g creat. El modelo de regresión logística mostró una OR (95%IC) para FA <25 IU/L, PLP>180 and PEA>35 of 6.52 (1.07-39.6), 8.06 (2.2-29.9) y 4.4 (1.03-18.9). Comparando el modelo que incluyó únicamente a la FA, la R^2 de Nagelkerke mejoró desde 0.161 a 0.526 cuando se añadieron los sustratos (E y VPP:100% y S:22%), especialmente con la inclusión de PLP (Tabla 1).

CONCLUSIONES: Este estudio confirma que los niveles de FA <25 IU/L podrían ser útiles en identificar individuos con variantes en el gen *ALPL*. Asimismo, la combinación de este umbral con los puntos de corte de los sustratos propuestos, especialmente tras la inclusión del PLP, han mostrado una alta especificidad para detectar la enfermedad y podrían ayudar de forma significativa en el proceso diagnóstico de la HPP.

Tabla 1. Regresión logística para la detección de mutaciones en ALPL incluyendo puntos de corte para fosfatasa alcalina (FA), piridoxal fosfato (PLP) sérico y fosfoetanolamina urinaria (FEA).

	Variables bioquímicas incluídas	R^2 Nagelkerke	B	Odds Ratio (95% IC)	p-valor	Medidas de utilidad diagnóstica
Modelo1:	FA<25	0.161	ALP:1.935 C: -0.325	6.923 (1.81-26.39)	0.005	S: 36.6 E: 92% PPV: 83% NPV: 58%
Modelo 2:	FA<25 + PLP>180	0.461	ALP: 1.483 PLP 2.593 C: -1.283	4.407 (0.94-20.5) 13.364 (4.01-44.5)	0.059 0.000 0.001	S: 29% E: 97% PPV: 92% NPV: 56%
Modelo 3:	FA<25 + PLP>180 + FEA>35	0.526	ALP: 1.875 PLP: 2.087 PEA: 1.486 C: -1.619	6.521 (1.07-39.6) 8.06 (2.18-29.9) 4.4 (1.03-18.9)	0.042 0.002 0.045 0.000	S: 22% E: 100% PPV: 100% NPV: 55%

Póster 06

COLCHICINA Y COVID-19: ADMISIÓN HOSPITALARIA Y FALLECIMIENTO TRAS INGRESO

A. Madrid, JI. Colomer, A. Mucientes, I. Pérez, I. Hernández, L. León, L. Abásolo, B. Fernández-Gutiérrez, JA. Jover, E. Menasalvas Ruíz, L. Rodríguez Rodríguez

UGC de Reumatología, Hospital Clínico San Carlos e IdiSSC; Servicio de Reumatología, Hospital Clínico San Carlos e IdISSC, 28040, Madrid
Centro de Tecnología Biomédica; Escuela Técnica Superior de Ingenieros Informáticos; Universidad Politécnica de Madrid, 28660, Madrid

OBJETIVOS: Los virus ARN como el SARS-CoV-2 activan la respuesta inmune innata promoviendo, en los casos más severos, una respuesta inflamatoria que puede complicar la progresión de la enfermedad. Mientras la comunidad científica está volcada en el desarrollo de una vacuna, se han hecho ensayos clínicos con fármacos previamente aprobados por las agencias regulatorias como la Hidroxicloroquina o el Tocilizumab. Más de una veintena de estos se centran en el uso de la colchicina. Este fármaco que inhibe múltiples mecanismos pro-inflamatorios, presenta un gran recorrido en el uso clínico. Junto con sus propiedades anti-inflamatorias, se plantea como un fármaco con potencial contra el COVID-19. El objetivo de este estudio es describir los efectos que tiene la colchicina sobre una población de pacientes expuesta a COVID-19 y comparar las tasas de ingreso hospitalario y fallecimiento tras ingreso hospitalario en pacientes que recibieron colchicina frente a aquellos que no la recibieron.

MÉTODOS: Se incluyen pacientes que acudieron a consulta externa de reumatología del Hospital Clínico San Carlos al menos una vez, entre el 1 de septiembre de 2019 y el 29 de febrero de 2020. El periodo de estudio fue del 1 de marzo de 2020 hasta el 20 de abril, con un mes de seguimiento. Aquellos pacientes que en su última visita durante el periodo de inclusión recibieron colchicina se asignaron al grupo de tratamiento mientras que el resto al control. Los cambios de medicación durante el periodo de estudio se tuvieron en cuenta. Se analizaron dos objetivos principales: ingreso hospitalario y fallecimiento tras ingreso hospitalario. Para ello se hizo un balanceo entre ambos grupos con una Ponderación de Probabilidad Inversa (IPW), haciendo uso de Propensity Score (PS). Acto seguido se realizaron modelos de regresión logística y de regresión de Cox. Se comprobó la propiedad de riesgos proporcionales y el nivel de balanceo de las co-variables. Además se calcularon curvas de Kaplan-Meier para ambos objetivos. Los resultados se validaron con otros métodos de ponderación basados en el PS.

RESULTADOS: El número de pacientes que acudió a la consulta de reumatología durante el periodo de inclusión fue de 9.376. Hubo 133 eventos de ingresos hospitalarios y 34 fallecimientos tras el ingreso debido a COVID-19. El tiempo hasta evento para los ingresos (tiempo desde el inicio del estudio hasta el ingreso) fue de 29 (20-38) días. El tiempo hasta evento para los fallecimientos tras el ingreso hospitalario (tiempo desde el ingreso hasta el fallecimiento) fue de 6 (2-9.75) días. 17 pacientes empezaron / terminaron el tratamiento con colchicina durante el periodo de estudio. No encontramos una asociación estadísticamente significativa entre la toma de colchicina y un efecto protector / de riesgo ni para la regresión logística (p-valor 0.067 para la admisión y 0.244 para el fallecimiento) ni para la regresión de Cox (p-valor 0.067 y 0-210)

CONCLUSIONES: Nuestros resultados sugieren que la colchicina no juega un papel protector o de riesgo, en una población de pacientes reumáticos expuestos a COVID-19, en el ingreso hospitalario o en el fallecimiento tras el ingreso hospitalario. Estos resultados deben de ser validados en un tamaño muestral mayor y con los resultados de los ensayos clínicos que se espera que se publiquen próximamente. Por ello recomendamos que no se retire la prescripción de este fármaco a pacientes que lo necesiten y no estén en infectados por COVID-19.

Póster 07

REMISIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: UN ANÁLISIS DE CLUSTERS PARA IDENTIFICAR Y CARACTERIZAR SUBPOBLACIONES DE PACIENTES

A. Madrid, DF. Núñez, J. Font, I. Hernández, L. León, JI. Colomer, I. González-Álvaro, B. Fernández-Gutiérrez, JA. Jover, L. Abásolo, L. Rodríguez Rodríguez

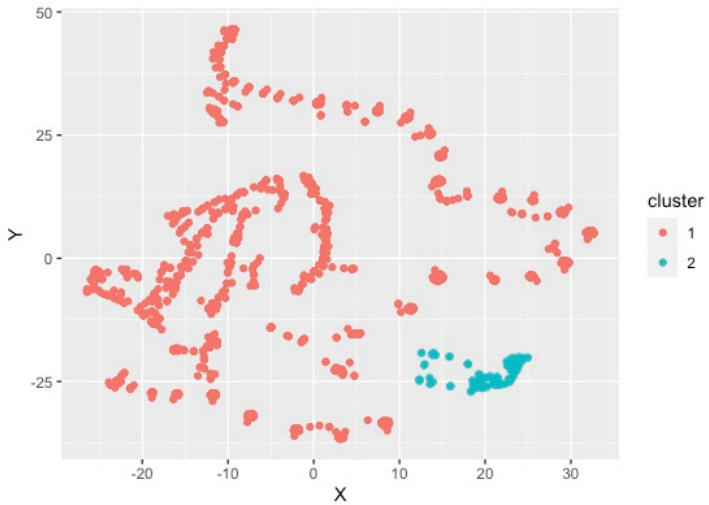
UGC de Reumatología, Hospital Clínico San Carlos e IdiSSC; Servicio de Reumatología, Hospital Clínico San Carlos e IdISSC, 28040, Madrid
Hospital Universitario la Princesa Madrid (Spain)

OBJETIVOS: El Índice de la Actividad de la Enfermedad (DAS) es una medida continua de la actividad de la Artritis Reumatoide (AR), usada en la práctica clínica habitual, para seguir la progresión de la enfermedad y para documentar la respuesta a los tratamientos. Según EULAR y ACR, el objetivo clínico deseado es lograr el estado de remisión de la enfermedad (o en caso de que no sea posible, una baja actividad de la enfermedad). Sin embargo, la población de pacientes en estado de remisión puede ser heterogénea. Caracterizar el nivel de heterogeneidad de los pacientes con AR en estado de remisión, mediante la identificación de clústeres basado en los componentes del DAS28; y describir las características clínicas y demográficas inter e intra clase.

MÉTODOS: Se incluyeron contactos de pacientes del Hospital Clínico San Carlos, almacenados en una historia clínica electrónica departamental desde el 1 de enero de 2000 hasta el 30 diciembre de 2018, diagnosticados de AR según los criterios ACR 1986/ 2010. Sólo observaciones con un DAS28-Velocidad de Sedimentación Globular (VSG) con un valor < 2.6 fueron incluidas. Se usaron la VSG, la Valoración Global del Paciente (VSP) y el recuento de articulaciones tumefactas y dolorosas para el cálculo de los clústeres. Se estudiaron diferentes niveles de agregación para las articulaciones, así como el tipo de las variables de entrada. Dichos niveles de agregación fueron: articulaciones de manera individual, agrupadas por tipo de afectación (dolorosa o tumefacta), por región anatómica o por lateralidad. Además, se tuvieron en cuenta distintos tipos de variable: dicotómico (articulación presente o ausente), continuo (recuento de articulaciones) o categórico (tipo de articulaciones). Para calcular una matriz de distancias, que tuviera en cuenta el tipo de las variables se empleó la distancia de Gower. El número de clústeres se determinó mediante un análisis de Siluetas, Silhouette analyses. Por último, se usó el algoritmo Partitioning Around Medoids (PAM) para la creación de los clústeres. Las diferencias clínicas y demográficas entre clústeres se estudiaron mediante t-student y chi2.

RESULTADOS: Se estudiaron 812 pacientes con 1.431 contactos. El nivel de agregación con un mejor resultado en el Silhouette analyses (0.708), fue aquel basado en regiones anatómicas. En este nivel de agregación se tuvieron en cuenta cinco variables dicotómicas (presencia de dolor o inflamación en el hombro derecho y/o izquierdo, codo, muñeca, rodilla y mano (incluyendo tanto las articulaciones metacarpofalángicas como las proximales interfalángicas)) y dos variables continuas (VSG y VSP). Se encontraron dos clústeres: A) con 1.305 observaciones y 742 pacientes y B) con 126 observaciones y 115 pacientes. El clúster B) tenía un valor mayor de DAS28-VSG estadísticamente significativo (mayor número de articulaciones dolorosas e inflamadas y mayor VSP, pero menor VSG, mayor tiempo de seguimiento (6,5 vs. 4,7 años), mayor VAS-dolor (10 vs. 2), y mayor valor de HAQ (0.25 vs. 0.12). Además, la proporción de pacientes tratados con corticoides orales (63% vs. 50%) y terapia biológica (29% vs. 12%) fue mayor.

CONCLUSIONES: Hemos identificado dos poblaciones distintas, Figura 1, de pacientes con AR en remisión, DAS28-VSG. Cada subgrupo puede estar asociado con diferentes resultados durante su seguimiento, como la progresión radiológica o el riesgo de recaída.



Póster 08

EFICACIA DE LA RADIOSINOVIORTESIS ECOGUIADA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE MADRID.

Liz Rocío Caballero Motta[1], Ana M. Anzola Alfaro[1], Yulieth K. Henao[2], Javier López-Longo[1], Iustina Janta[1], Juan Molina Collada[1], Juan Carlos Nieto-González[1], José María Álvaro-Gracia[1].

1. Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

2. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

INTRODUCCIÓN: La radiosinoviortesis (RS) es un método mínimamente invasivo útil para tratar la inflamación articular persistente desde hace más de 40 años. Consiste en la infiltración intraarticular de isótopos radioactivos que inducen necrosis y fibrosis de la membrana sinovial hipertrófica. La indicación más común de la RS es la artritis reumatoide (AR), no obstante los pacientes con espondiloartropatías, artritis no clasificada, sinovitis vellonodular y otras artropatías menos frecuentes también pueden beneficiarse de este método, incluso después del reemplazo articular.
La RS es por lo general eficaz, sin embargo, los efectos terapéuticos son considerablemente menores en pacientes con osteoartritis y degeneración articular avanzada concomitante. La terapia se tolera bien con una tasa baja de efectos secundarios al tratarse de una intervención menor, además es de bajo costo y con la posibilidad de tratamiento secuencial de múltiples articulaciones en intervalos cortos, ofreciendo ventajas frente a la sinovectomía quirúrgica.

MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó de forma consecutiva los pacientes tratados con RS todas guíadas por ecografía entre 2014 y 2019. Se recogieron datos demográficos (edad, sexo), tipo de artropatía crónica, tiempo de evolución de la enfermedad, presencia de anticuerpos antipéptido citrulinado y factor reumatoide cuando pertinente, articulación sobre la que se realizó la RS, presencia de quiste de Baker cuando pertinente, isótopo utilizado (Ytrio-90, Renio-186), tratamiento recibido (corticoides, inmunosupresores), procedimientos intraarticulares realizados en los 12 meses previos a la RS (cirugía, infiltración de corticoides o realización de RS), complicaciones tras la RS, necesidad de nuevo procedimiento intraarticular tras 12 meses de la RS (cirugía, infiltración de corticoides o realización de RS) y cambio en el tratamiento basal. La respuesta al tratamiento como efectiva o no efectiva se basó en el criterio clínico del médico tratante tras 6 meses del procedimiento y el objetivo del estudio fue describir las diferencias entre los pacientes con buena respuesta a la RS y los pacientes sin respuesta a la RS.

RESULTADOS: Se evaluaron un total de 67 articulaciones en 53 pacientes, todos recibieron tratamiento con RS ecoguiada sin complicaciones tras el procedimiento. De ellos 65.7% fueron mujeres con edad mediana 53.3 años. De total de articulaciones tratadas 68.5% fueron efectivas. Los principales datos demográficos se pueden ver en la Tabla 1. Los pacientes con tratamiento efectivo presentaban una enfermedad significativamente más larga que los que no fueron efectivos. El radioisótopo más utilizado fue Ytrio-90 en 47 articulaciones (71.65%), siendo la mayoría rodillas (95.8%). El Renio-136 se utilizó en 19 articulaciones (28.35%), siendo 12 de ellas la radiocarpiana (63.2%). Los diagnósticos específicos de cada articulación se pueden ver en la Tabla 2. Se realizó una sumatoria de las artritis con una enfermedad inflamatoria conocida (AR, PsA, EA/SpA, AIJ) representando estas 31 articulaciones (67,4%). En la Tabla 3 se describe la necesidad de infiltraciones adicionales a la RS, siendo necesarias infiltraciones previas en 56 articulaciones (83.6%) e infiltraciones posteriores en 13 (19.4%) por lo que disminuyó de manera significativa ($p<0.0001$) la necesidad de uso de corticoides intraarticulares en los pacientes.

CONCLUSIONES: La RS es efectiva en disminuir la necesidad de uso de nuevas infiltraciones con corticoides en pacientes con artritis y parece tener mejor efecto en las enfermedades de más larga evolución. Igualmente parece ser más efectiva en enfermedades de base inflamatoria conocida, aunque parece ser muy efectiva en las monoartritis inespecíficas de peor eficacia en la sinovitis villonodular.

Tabla 1. Características basales de los pacientes.

	Efectivo	No Efectivo	Total	p
Mujeres (%).	31 (67.4)	13 (61.9)	44 (65.7)	0.99
Edad, mediana (RIQ).	54.8 (19,8)	46.9 (19.9)	53.3 (24.3)	0.17
Años de evolución, mediana (RIQ).	13.5 (15.4)	6.5 (11.1)	12.1 (14.8)	0.007
Articulaciones, N.	46	21	67	
Rodilla (%).	33 (71.7)	13 (61.9)	46 (68.6)	0.96
Con quiste de Baker (%).	12 (36.3)	6 (46.1)	18 (26.8)	0.99
Radiocarpiana (%).	6 (13)	8 (38.1)	14 (20.9)	0.24
Codo (%).	7 (15.2)	0 (0)	7 (10)	0.00031

Tabla 2. Diagnósticos específicos de las articulaciones infiltradas.

	Efectivo	No Efectivo	Total	p
Monoartritis inespecífica (%).	15 (32.6)	0 (0)	15 (22.4)	0.1
Artritis Reumatoide (AR) (%).	31 (67.4)	8 (38)	39 (58.2)	0.3
Artritis Psoriásica (APs) (%).	0 (0)	2 (9.5)	2 (3.0)	0.3
Espondiloartropatías (SpA) (%).	0 (0)	2 (9.5)	2 (3.0)	0.3
Artritis Idiopática juvenil (AIJ) (%).	0 (0)	1 (4.7)	1 (1.5)	0.7
Sinovitis villonodular (%).	0 (0)	6 (28.5)	6 (8.9)	<0.001
Artrosis/CPPD (%).	0 (0)	2 (9.5)	2 (3.0)	0.3
Artritis Inflamatorias (AR, APs, SpA, AIJ) (%).	31 (67.4)	13 (62)	44 (65.6)	0.99

Tabla 3. Necesidad de infiltraciones adicionales a la Radiosinoviortesis.

	Efectivo	No Efectivo	Total	p
Infiltraciones previas (0-12m). N (%).	40 (86.9)	20 (95.2)	60 (89.5)	0.90
Con corticoides.	37 (80.4)	19 (90.5)	56 (83.6)	0.9
Con radioisótopo en la misma articulación.	0 (0)	1 (4.7)	1 (1.5)	0.73
Con radioisótopo en otra articulación.	3 (6.52)	0 (0)	3(4.5)	0.81
Infiltraciones posteriores (0-12m). N (%).	9 (19.5)	11 (52.3)	20 (29.8)	0.1
Con corticoides.	3 (6.52)	10 (47.6)	13 (19.4)	0.003
Con radioisótopos en la misma articulación.	1 (2.2)	1 (4.8)	2 (2.9)	0.98
Con radioisótopo en otra articulación.	5 (10.9)	0 (0)	5 (7.5)	0.65

Póster 09

UTILIDAD DEL RITUXIMAB EN LA PATOLOGÍA PULMONAR INTERSTICIAL DE LA ARTRITIS REUMATOIDE: REVISIÓN SISTEMÁTICA

J. de la Macorra[1], S. Castañeda[2], J.P. Baldivieso-Achá[2], F. Gutiérrez-Rodríguez[2], A. García-Vadillo[2], E. Vicente[2].

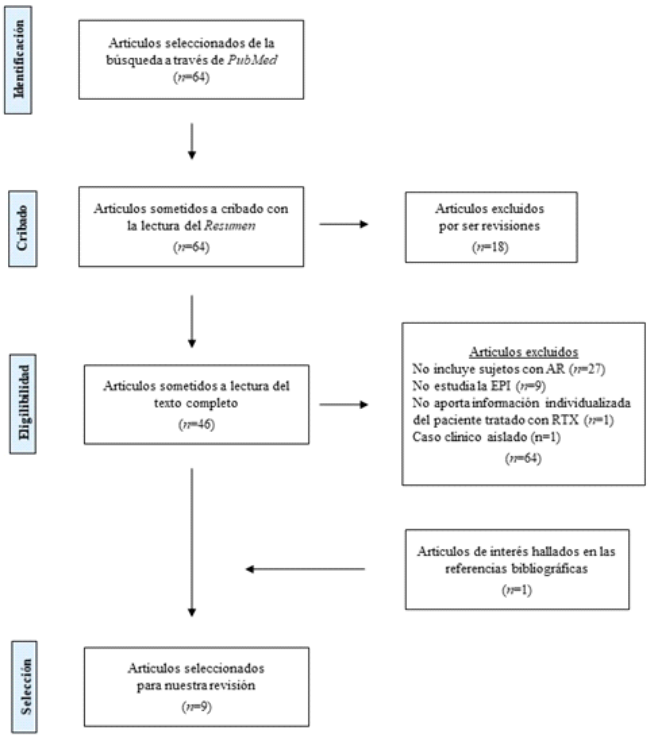
Alumno pregrado de Medicina[1]. Universidad Autónoma de Madrid. Servicio de Reumatología[2]. Hospital Universitario de La Princesa, IIS-IP, C/Diego de León, 62, 28006-Madrid.

OBJETIVOS: Analizar la evidencia científica disponible sobre la eficacia y seguridad del tratamiento con rituximab (RTX) de la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) asociada a artritis reumatoide (AR).

MÉTODOS: Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed hasta abril de 2020 siguiendo las recomendaciones PRISMA. Los estudios se seleccionaron según los siguientes criterios de inclusión: (1) investigaciones originales, incluyendo series de casos, estudios caso/control, de cohortes y ensayos clínicos; (2) población con AR y EPI asociada, bien de forma monográfica o junto a otras enfermedades del tejido conectivo (ETC), siempre que se aportasen datos individualizados de los pacientes con AR; (3) haber recibido tratamiento con RTX; (4) presentar resultados objetivos y cuantificables sobre la evolución de la EPI tras el tratamiento mediante CVF, DLCO y/o TACAR.

RESULTADOS: De los 64 trabajos identificados, se seleccionaron 9 artículos (Figura 1). Los estudios mostraban una gran heterogeneidad en el diseño, tanto en los criterios de selección de la muestra como en los objetivos del análisis. La mayoría eran estudios observacionales, retrospectivos (n=6) o prospectivos (n=2), con tan sólo un estudio experimental prospectivo abierto. Predominaban los centrados en la AR, pero en 3 de ellos se incluían también pacientes con otras ETC. La edad media de los pacientes en los distintos estudios osciló entre 52 y 70 años, predominando las mujeres. El 40-79% tenía historial de hábito tabáquico y eran mayoritariamente positivos para factor reumatoide (83-100%) y anti-CCP (82-100%). Los patrones radiológicos más frecuentes fueron NINE, NIU e indefinido. Las medidas de desenlace eran diversas: cambios en las pruebas de función respiratoria (PFR) y TACAR, incidencia de disfunción pulmonar, tasas de mortalidad, efecto sobre la deprivación de glucocorticoides, retraso en la inclusión en la lista de trasplante pulmonar y/o efectos adversos graves. El inicio del RTX estuvo motivado por la patología pulmonar y/o articular, en pacientes con fallo a otros FAME sintéticos o biológicos. Se recogieron un total de 393 ciclos de tratamiento en 114 pacientes, con una media de 3,45 ciclos por paciente. La pauta de RTX fue de 2 infusiones de 1g separadas 2 semanas en todos los pacientes, salvo 1 que recibió la pauta tipo linfoma. Con respecto a la eficacia del tratamiento con RTX, predominaron la mejoría y especialmente la estabilización de la TACAR y las PFR, con una mejoría numéricamente superior para la DLCO que para la CFV. También se apreció una tendencia favorable en la evolución de los pacientes tratados con RTX frente a los controles, aunque no alcanzó la significación estadística, y un menor riesgo de deterioro de la función pulmonar en los pacientes tratados con RTX versus a los que habían recibido otros FAME. La tasa de mortalidad encontrada a los 5 años fue menor a la previamente descrita para la enfermedad y de la mitad para los pacientes tratados con RTX frente a los tratados con anti-TNF. Los efectos adversos descritos en los estudios no mostraron alertas de seguridad adicionales a las ya descritas para RTX.

Figura 1: Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos.



Abreviaturas: AR: artritis reumatoide; EPI: enfermedad pulmonar intersticial; RTX: rituximab.

CONCLUSIONES: RTX parece postularse como una terapia prometedora para pacientes con EPI asociada a AR al mostrar un efecto estabilizador sobre su función pulmonar, con un perfil de seguridad aceptable. No obstante, se necesitan investigaciones adicionales de mayor calidad metodológica para confirmar estos favorables resultados preliminares.

Póster I0

EFICACIA Y SEGURIDAD DE ABATACEPT EN LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DE LA ARTRITIS REUMATOIDE: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

E. Vicente[1], F. Gutiérrez-Rodríguez[1], J.P. Baldivieso-Achá[1], C. Valero[1], I. Llorente[1], A. Humbría[1], E. Patiño[1], R. García-Vicuña[1], S. Castañeda[1].

[1]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa, IIS-IP, C/Diego de León, 62, 28006-Madrid.

OBJETIVOS: Analizar la evidencia científica publicada hasta la fecha sobre la eficacia y seguridad del tratamiento con abatacept (ABA) de la artritis reumatoide (AR) con enfermedad pulmonar intersticial (EPI) asociada.

MÉTODOS: La metodología de la revisión sigue las recomendaciones PRISMA. Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed y EMBASE desde la aprobación de ABA por la FDA (23/12/2005) hasta julio de 2020 (31/7/2020), agregando el idioma inglés y la investigación relacionada con humanos como límites adicionales. Dado el número limitado de artículos sobre este tema, los criterios de inclusión fueron: a) artículos que describieran cualquier dato sobre la eficacia y/o seguridad de la terapia con ABA utilizada en pacientes con AR y EPI; b) estudios originales, incluidas series de casos, estudios transversales, de cohortes y ensayos clínicos, ya fueran ensayos controlados aleatorios o no aleatorizados. Se excluyeron comunicaciones a congresos y publicaciones de casos clínicos aislados, así como revisiones, aunque se evaluaron para detectar referencias bibliográficas relevantes.

RESULTADOS: Se seleccionaron 9 estudios. ABA fue la única terapia evaluada en 4 de ellos, mientras que los 5 restantes incluyeron también datos sobre otros FAME biológicos como anti-TNF, rituximab (RTX) o tocilizumab (TCZ), y sintéticos convencionales (FAMEsc). La serie de casos y 6 de los estudios de cohorte observacionales analizaron datos hospitalarios, mientras que 2 estudios evaluaron información de bases de datos de seguros públicos y comerciales de Estados Unidos. La edad media de los pacientes osciló entre 53 y 73 años, predominando las mujeres (56-88%) y la positividad para factor reumatoide (80-100%) y anti-CCP (77-90%). Los patrones radiológicos más frecuentes fueron NINE (40-66%) y NIU (21-50%). Los datos sobre la eficacia de ABA a nivel pulmonar en pacientes con AR-EPI descritos en los estudios incluidos fueron globalmente buenos después de un período de seguimiento acumulado de 185,4 meses (rango: 12 a 47,8 meses). La mejoría o estabilización de la imagen ocurrió en el 76,6-92,7% de los pacientes. La DLCO mostró una mejor respuesta que la CVF, con una evolución a mejoría o estabilización de la DLCO y la FVC en el 88,9-90,6% y en el 86,1-87,7% de los pacientes, respectivamente, con independencia del patrón de afectación pulmonar. La tasa de empeoramiento fue baja y no se identificaron eventos adversos inesperados.

Las comparaciones con otros FAME, aunque escasas y no firmemente concluyentes, mostraron resultados interesantes. ABA confirió tasas de empeoramiento de EPI significativamente más bajas que los anti-TNF. También se asoció con una reducción del 90% en el riesgo relativo de deterioro de EPI a los 24 meses de seguimiento en comparación con anti-TNF y FAMEsc, mostrando un mejor perfil que RTX y TCZ. En cuanto al uso de ABA en monoterapia o combinado con FAMEsc en la EPI con AR, y aunque los datos aún son débiles para sacar conclusiones firmes debido a las discrepancias, las evidencias preliminares parecen estar a favor de su uso en combinación con FAMEsc. La eficacia articular fue escasamente evaluada. Tres estudios analizaron la actividad de la AR mediante DAS28 o SDAI, encontrando una mejoría numérica o significativa de los índices y una reducción de la dosis de prednisona.

CONCLUSIONES: La evidencia acumulada hasta la fecha sobre el papel de la terapia ABA para la AR con EPI la postula como una alternativa terapéutica eficaz y segura.

Póster II

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LAS CONSULTAS DE REUMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL TERCIARIO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

N. de la Torre-Rubio, O. Rusinovich, M. Pavía-Pascual, C. Merino Argumánez, J. Campos Esteban, H. Godoy Tundidor, M. Fernández Castro, M. Espinosa Malpartida, MC. Barbadillo Mateos, LF de Villa Alcázar, J. Sanz Sanz, CM. Isasi Zaragoza, JL. Andreu Sánchez.

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Calle Manuel de Falla, 1, 28222 Majadahonda, Madrid, España).

OBJETIVOS: Conocer el funcionamiento, la calidad asistencial y la aplicación de las medidas de protección estándar en las consultas de Reumatología durante la pandemia COVID-19.

MÉTODOS: Estudio descriptivo realizado mediante una encuesta anónima, acorde al documento de recomendaciones elaborado por la SER para la atención de pacientes durante la pandemia COVID-19, a una muestra consecutiva de pacientes atendidos presencialmente en las consultas de Reumatología del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda en horario de mañana desde el día 7 hasta el 11 de septiembre de 2020. La primera parte de la encuesta constaba de siete preguntas sobre el cumplimiento de las recomendaciones de protección en la atención presencial actual, mientras que en la segunda se realizaron ocho preguntas en relación con la atención por teleconsulta, farmacia y hospital de día médico durante los meses de marzo a junio de 2020.

RESULTADOS: Se recogieron 121 encuestas. La media de edad fue de 57,7 años; 50% mujeres y 30% varones (el 20% restante no contestó).

Primera parte. El 62% recibió un documento de instrucciones sobre las medidas de prevención antes de acudir a la consulta; el resto de casos pudo ser que ya estaban citados antes del inicio de la pandemia o que no llegase el correo por problemas logísticos. Solo al 31,4% se le pasó un cuestionario de síntomas de coronavirus en la entrada del hospital. El 97,5% consideró que se habían seguido las medidas de protección estándar (distanciamiento social, higiene de manos y uso de mascarilla) y el 96,7% que las sillas de la sala de espera estaban correctamente señalizadas para mantener una separación mínima de 1-2 metros. El 53% esperó menos de 15 minutos en la sala de espera. Solo al 16,5% se le ofreció que esa consulta presencial pudiera ser telemática. El 100% de los pacientes consideró que el profesional sanitario cumplió las medidas de protección adecuadas (uso de mascarilla durante toda la consulta e higiene de manos antes y después de la exploración). Solo 27 pacientes rellenaron el apartado de comentarios: el 70% consideró que la atención era correcta y estaban satisfechos con el servicio, el 18,5% que había que mejorar el tiempo de espera en la consulta presencial y el 7,4% hizo referencia a mejorar el contacto con el servicio.

Segunda parte. De los 121 pacientes solo 40 (33%) necesitaron ser atendidos durante los meses iniciales de la pandemia, de marzo a junio de 2020. El 57,5% fueron atendidos telemáticamente; la media de valoración de la teleconsulta fue de 9,42 sobre 10 (contestaron más del 50%). Al 92,5% les resultó fácil ponerse en contacto con el servicio a través del teléfono o correo electrónico. En los pacientes que no se infectaron por coronavirus se mantuvo su tratamiento en el 85% de los casos (el 15% restante no contestó) como recomienda el documento de la SER. El 55% requirió acudir al Hospital de día médico; todos ellos consideraron que se habían respetado las medidas de protección estándar y la separación entre sillones de infusión de al menos 2 metros. El 22,5% pudo llevarse medicación desde Farmacia hospitalaria para un periodo de tiempo más largo (solo contestó el 45%) y solo al 17,5% se le ofreció la entrega en domicilio (solo contestó el 35%).

CONCLUSIONES: En general, parece que se han cumplido las recomendaciones generadas por la SER para la atención de pacientes durante la pandemia, aunque el principal punto a mejorar es el tiempo de espera en la consulta presencial.

Póster I2

ESTUDIO DE CALIDAD PERCIBIDA EN PACIENTES CON GOTA ATENDIDOS EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

Fernando Manuel Sánchez Aranda, Enrique Calvo Aranda, Laura Cebrián Méndez, María de los Ángeles Matías de la Mano, Leticia Lojo Oliveira, Teresa Navío Marco

Sº de Reumatología, Hospital Universitario Infanta Leonor. Av. Gran Vía del Este, 80, 28031 Madrid

OBJETIVOS: Determinar los factores que afectan a la calidad percibida y satisfacción de los enfermos con gota atendidos e identificar áreas de mejora.

MÉTODOS: En 2018 implantamos en nuestra consulta el siguiente protocolo de visitas:

- 1ª (reumatólogo y enfermero; presencial): anamnesis, exploración, constantes, medidas antropométricas, introducción de tratamiento, enfoque de comorbilidades, educación sanitaria.
- 2ª (enfermero; telefónica, tras revisar analítica con reumatólogo): al mes; interrogatorio sobre adherencia, efectos secundarios, ataques, tensión arterial, hábitos de vida; ajuste terapéutico.
- 3ª (reumatólogo y enfermero; presencial): a los 3-6 meses; interrogatorio dirigido, exploración, ajuste terapéutico, refuerzo en educación sanitaria.
- 4ª (reumatólogo y enfermero; presencial): a los 12 meses; interrogatorio dirigido, exploración, ajuste terapéutico, refuerzo en educación sanitaria. Después, citas semestrales/anuales en Reumatología o Atención Primaria, según complejidad del paciente y control de la gota.

Aplicamos estrategia *treat-to-target* (objetivo ácido úrico sérico <5-6 mg/dl), facilitando contacto/acceso del paciente al servicio en caso de ataque, efectos secundarios o dudas. Realizamos un estudio observacional transversal mediante una encuesta con datos demográficos y preguntas sobre aspectos asistenciales. Invitamos a responder anónima y voluntariamente a pacientes con seguimiento de ≥6 meses en consulta.

RESULTADOS: 44 encuestas recogidas entre agosto 2019 y enero 2020. 95% varones, 55% con edad de 46-60 años; 41% >60 años. El 68% considera razonable el tiempo de derivación a nuestra consulta; excesivamente largo un 14%. Todos los encuestados se muestran satisfechos con la consulta presencial combinada con enfermero y 93% consideran buena la consulta telefónica con Enfermería. El 57% de pacientes no conoce el nombre del enfermero, frente al 27% que desconoce el del reumatólogo. El 91% considera suficiente el tiempo dedicado a explicaciones y dudas. Un 46% considera buena la disponibilidad de enfermero/reumatólogo y un 37% excelente. La satisfacción global fue buena en el 48% y excelente en el 43%. Se recogieron diferentes sugerencias/quejas.

CONCLUSIONES: encontramos alta satisfacción del paciente con gota seguido en consulta, valorando este muy positivamente la atención presencial y telefónica de Enfermería, así como la disponibilidad del personal, su capacidad y dedicación para resolver dudas y ofrecer explicaciones. Hemos de mejorar nuestra disponibilidad, recordar a los enfermos nuestros nombres y optimizar la derivación a nuestra consulta. Conocer y sistematizar la opinión de los pacientes resulta fundamental. Genera confianza, mejora comunicación y expectativas, adherencia y la atención ofrecida. Todo ello permite proporcionarles una mejor experiencia en su relación con el hospital.

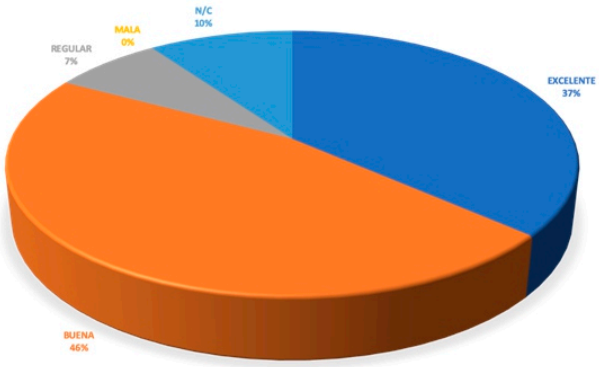


Imagen. Calidad percibida en pacientes con gota atendidos en una consulta de Reumatología: satisfacción global.

Póster I3

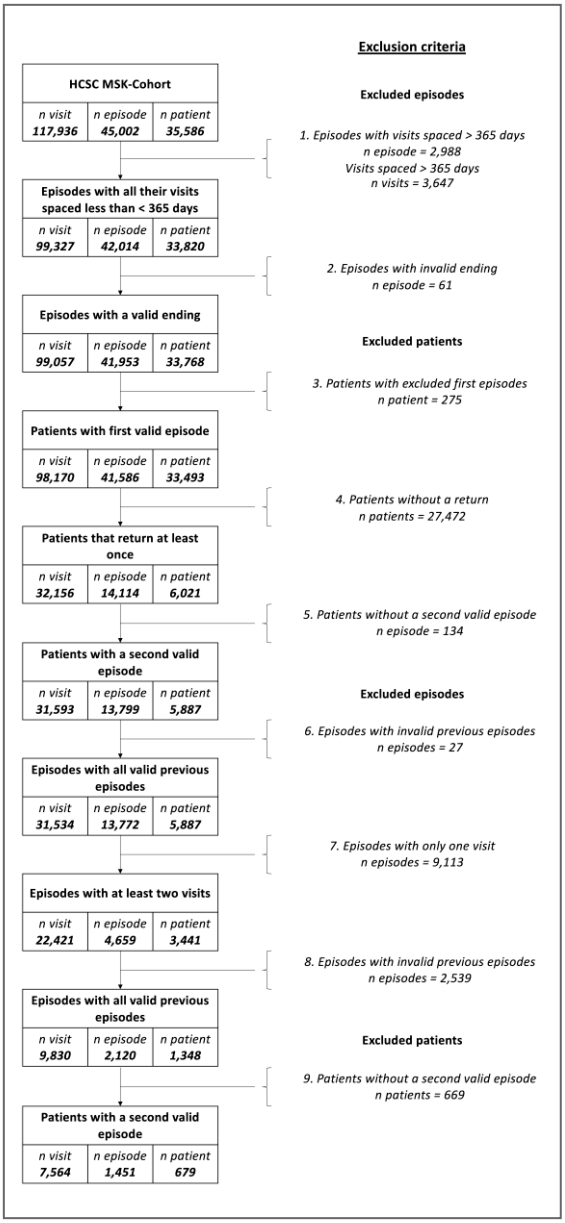
IMPACTO DEL REINGRESO EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE REUMATOLOGÍA

A. Madrid, I. Montuenga-Fernández, J. Font, L. León, E. Pato, JA. Jover, B. Fernández-Gutiérrez, L. Abásolo, L. Rodríguez Rodríguez

UGC de Reumatología, Hospital Clínico San Carlos e IdiSSC; Servicio de Reumatología, Hospital Clínico San Carlos e IdISSC, 28040, Madrid

OBJETIVOS: El objetivo principal de este estudio es medir el efecto que tiene la readmisión sobre la Calidad de Vida (CdV) de los pacientes atendidos en consultas ambulatorias de reumatología. Para ello se tiene en cuenta: A) nivel de CdV en la primera consulta de cada episodio (basal); B) Diferencia en la CdV entre la última y la primera visita de cada episodio. Como objetivo secundario se busca describir las características demográficas y clínicas de los pacientes que sufrieron algún reingreso en consultas ambulatorias de reumatología.

MÉTODOS: Estudio observacional longitudinal retrospectivo con sujetos vistos en consulta externa de reumatología del Hospital Clínico San Carlos y almacenados en una historia clínica electrónica departamental entre abril de 2007 y noviembre de 2016, y seguidos hasta noviembre de 2017. El episodio se definió como el intervalo de tiempo durante el cual un individuo permaneció en seguimiento por el Servicio de Reumatología, esto es, desde la primera vez que acudió a la consulta hasta que fue dado de alta, finalizó su seguimiento o concluyó el estudio. El binomio ingreso-reingreso quedó definido como el conjunto de dos episodios del mismo paciente en los que se analiza el efecto del reingreso sobre la CdV. Los criterios de inclusión fueron a nivel de episodio y de paciente y pueden verse en la Figura 1.Entre estos, destacan: Los episodios tenían que tener todas sus visitas espaciadas menos de 365 días, tener un final válido, es decir, plan de seguimiento compatible con el alta, tener un primer episodio válido, tener un segundo episodio y tener al menos dos visitas.
Se emplearon dos variables dependientes de CdV basadas en el índice de Rosser, mientras que como variables independientes se incluyeron demográficas, clínicas y relacionadas con el episodio. Los diagnósticos se estudiaron como variables categóricas teniendo en cuenta si se recibieron en el episodio de ingreso, en el de reingreso, en ambos o en ninguno. Se describieron las características basales de tres grupos: pacientes que tuvieron reingreso tras el alta, pacientes que no volvieron tras el alta y pacientes que nunca recibieron el alta. Las diferencias entre los grupos se evaluaron mediante un test ANOVA para variables continuas y chi2 para categóricas. Por otra parte, se usaron modelos mixtos anidados para considerar la variabilidad entre sujetos y pareja de episodios con modelos bivariados y multivariados, estos últimos comparados mediante el Akaike Information Criteria.



RESULTADOS: Los pacientes con reingreso era mayores, mujeres en su mayoría, con diagnóstico de tendinitis de miembros superiores o artrosis de rodilla, con prescripción de AINEs, analgesia de primer nivel y protectores gástricos y con mayor frecuencia de dislipidemia y depresión. Para el primer objetivo principal A), se analizaron 5.887
pacientes, con 13.772 episodios. Según el análisis multivariable, el reingreso no mostró un efecto marginal significativo en la CdV basal ($p = 0,17$). Para el segundo objetivo B) Se vio un efecto marginal significativo ($p = 0,028$), esto es, la readmisión estaba asociada a una menor ganancia en la CdV en comparación con el episodio anterior.

CONCLUSIONES: En el contexto de consultas externas, el reingreso también tiene un efecto deletéreo. La identificación de pacientes con mayor probabilidad de tener un reingreso podría tener un impacto sobre la atención asistencial.

Póster 14

UVEÍTIS ANTERIOR Y HLA B27, ¿EXISTEN DIFERENCIAS CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS EN PACIENTES CON HLA B27 POSITIVO FRENTE A AQUELLOS CON HLA B27 NEGATIVO?

Lojo Oliveira, L [1], Sánchez Marugán, B [1]; Plasencia Rodríguez, Ch [2]; Cebrián Méndez, L[1]; Matías de la Mano[1], M; Calvo Aranda, E[1]; Navío Marco, Mt[1]

[1]Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. Av Gran Vía del Este, 80, 28031 Madrid. [2] Hospital Universitario La Paz. Madrid. Paseo de la Castellana, 261, 28046 Madrid

INTRODUCCIÓN: La uveítis anterior es la forma más frecuente de presentación de las uveítis. Una parte importante de los pacientes no asocia manifestaciones extraoculares por lo que se necesitan conocer más datos acerca del perfil clínico para optimizar la toma de decisiones terapéuticas.

OBJETIVOS: Describir el perfil clínico de los pacientes con uveítis anterior asociada o no al HLA B27 en una consulta multidisciplinar de uveítis. Comparar ambos grupos para establecer si hay diferencias.

MÉTODOS: Estudio de cohortes retrospectivo. Se incluyeron pacientes consecutivos diagnosticados de uveítis anterior no infecciosa, valorados en la consulta de uveítis del Hospital Universitario Infanta Leonor (Madrid) desde su instauración en octubre de 2017 hasta diciembre de 2019. Para comparar variables categóricas se utilizaron Chi cuadrado y el test de Fisher; y la T de Student o el test de U Mann-Whitney para las variables continuas dependiendo de si la muestra seguía o no una distribución normal. Finalmente se realizó un análisis multivariante para ver si había diferencias entre ambos grupos. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p <0,05.

RESULTADOS: Se incluyeron 62 pacientes con uveítis anterior, 26 (42%) con HLA B27 positivo y 36 (58%) con HLA B27 negativo. No había diferencias entre ambos grupos en cuanto al sexo. Se encontraron diferencias en la edad media al diagnóstico, 35+-9,6 en el grupo HLA B27 positivo vs 47+-14,9 en el grupo HLA B27 negativo (p 0,01). El tiempo desde el diagnóstico de uveítis era mayor en el grupo HLA B27 positivo: 7,08 años (3,45-11,79) frente a 2,41 años (1,66-3) en el grupo HLA B27 negativo (p 0,000). En cuanto a la etiología, la mayoría de los pacientes del grupo HLA B27 negativo tenían diagnóstico de uveítis anterior idiopática (72,2 %), y el 53,8 % de los pacientes del grupo HLA B27 positivo estaban diagnosticados de espondiloartritis no habiendo ninguna espondiloartritis en el grupo B27 negativo (p 0.000). No se encontraron diferencias entre ambos grupos en cuando a la necesidad de tratamiento sistémico. No había diferencias en la toma de corticoides orales, siendo muy pocos los pacientes que lo necesitaron (2 pacientes en el grupo HLA B27 positivo y 5 pacientes en el grupo HLA B27 negativo (p 0,689). Tampoco se observaron diferencias en el porcentaje de pacientes que necesitaron iniciar un tratamiento inmunosupresor, 6 pacientes (23,1%) en el grupo HLA B27 positivo y 11 pacientes (30,6%) en el grupo HLA B27 negativo (p 0,717).

No se encontraron diferencias en el análisis multivariante entre ambos grupos en cuanto a la lateralidad, en el curso clínico, en el tratamiento con inmunosupresores ni en el desarrollo de complicaciones.

CONCLUSIÓN: En nuestra cohorte los pacientes con HLA B27 positivo debutan a una edad más temprana. En cuanto a las características de lateralidad, curso de la uveítis, necesidad de tratamiento sistémico o a la aparición de complicaciones oculares no se objetivaron diferencias entre ambos grupos.

Póster I5

ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y EXPERIENCIA CLÍNICA DE 12 CASOS DIAGNOSTICADOS Y TRATADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

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

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. C/Joaquín Rodrigo, 2. 28222 Majadahonda, Madrid

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Still del adulto (ESA) es una enfermedad inflamatoria de etiología desconocida, que se caracteriza por fiebre de predominio vespertino, acompañada de síntomas articulares, erupción maculopapular evanescente, odinofagia, dolor abdominal, pleuropericarditis, esplenomegalia, leucocitosis y elevación de ferritina sérica, en ausencia de factor reumatoide y anticuerpos antinucleares. El diagnóstico de la enfermedad se basa en el reconocimiento del cuadro clínico y en la exclusión de otras causas. Presentamos un análisis retrospectivo utilizando la base de datos del servicio de reumatología y medicina interna de pacientes diagnosticados de ESA en el periodo del 2008 al 2020.

PRESENTACIÓN CLÍNICA: Se identificaron 12 casos (6 mujeres y 6 varones), con una edad media al diagnóstico de 44 años (27-72), siendo la mediana de duración de la enfermedad de 6 (+/-4,43) años. En cuanto a la presentación clínica de la enfermedad, 12 pacientes (100%) presentaron fiebre, 10 (83,33%) exantema cutáneo, 11 (91,67%) síntomas articulares, 4 (33,33%) odinofagia. Con respecto a los parámetros analíticos, 9 pacientes (75%) presentarón leucocitosis, siendo la media del recuento de leucocitos 14,95(+/-6,01) x10^3/microL; 11 pacientes (91,67%) elevación de PCR, con una media de 188,31 (+/-90,45)mg/l; 10 pacientes (83,33%) elevación de VSG, con una media de 57,91 (+/-36,22) mm; 11 pacientes (91,67%) elevación de ferritina, siendo el promedio 2894 (+/-4563,93) ng/ml. A 6 pacientes (50%) se les realizó biopsia de médula ósea, siendo el resultado de la misma normal en todos los casos En 5 pacientes (41,67%) se realizó biopsia cutánea, objetivándose hallazgos inflamatorios inespecíficos, compatibles con ESA. Todos los pacientes (100%) recibieron tratamiento con esteroides. Asimismo, 8 pacientes (66,67%) recibieron metotrexato, 9 (75%) pacientes recibieron tratamiento biológico (anakinra y/o tocilizumab).

CONCLUSIONES: La alta sospecha clínica, acompañada de la exploración física y la presencia de leucocitosis y elevación de ferritina y otros reactantes de fase aguda, así como la exclusión de otras posibles causas de fiebre, aumentan la probabilidad del correcto diagnóstico de esta enfermedad, con las implicaciones terapéuticas que esto conlleva. La mayoría de los pacientes recibió un inmunosupresor como ahorrador de corticoides, siendo el más utilizado el metotrexato.

RHEUMATOLOGY

Rheumatology 2020;59:2443–2447
doi:10.1093/rheumatology/kez641
Advance Access publication 18 January 2020
Submitted 15 July 2019; accepted 21 November 2019

Concise report

False positives in the ultrasound diagnosis of giant cell arteritis: some diseases can also show the halo sign

Elisa Fernández-Fernández [1], Irene Monjo-Henry[1], Gema Bonilla[1], Chamaida Plasencia[1], María-Eugenia Miranda-Carús [1], Alejandro Balsa[1] and Eugenio De Miguel[1]

Abstract

Objectives. To describe the frequency and causes for the presence of a halo sign on the ultrasound of patients without a diagnosis of GCA.

Methods. In total, 305 patients with temporal artery colour Doppler ultrasound showing the presence of halo sign (intima-media thickness $\geq$0.34 mm for temporal arteries [TAs] and $\geq$1 mm for axillary arteries) were included, and their medical records were reviewed. The clinical diagnosis based on the evolution of the patient over at least one year was established as the definitive diagnosis.

Results. Fourteen of the 305 (4.6%) patients included showed presence of the halo sign without final diagnosis of GCA: 12 patients in the TAs (86%), and two patients with isolated AAs involvement (14%). Their diagnoses were PMR ($n=4$, 29%); atherosclerosis ($n=3$, 21%); and non-Hodgkin lymphoma type T, osteomyelitis of the skull base, primary amyloidosis associated with multiple myeloma, granulomatosis with polyangiitis, neurosyphilis, urinary sepsis and narrow-angle glaucoma ($n=1$ each, 7%).

Conclusion. The percentage of halo signs on the ultrasound of patients without GCA is low, but it does exist. There are conditions that may also show the halo sign (true positive halo sign), and we must know these and always correlate the ultrasound findings with the patient's clinic records.

Key words: giant cell arteritis, ultrasound, temporal arteritis, false positives, vasculitis, ultrasonography, specificity, halo sign

Rheumatology key messages

- The percentage of false positives in the CDUS diagnosis of GCA is low (4.6%).
- Most false positives occur in GCA patients with only one affected branch.
- There are some systemic diseases that show halo sign non-related with GCA.

Índice de Autores

A

Abasolo L 18, 19, 26
Aguado P 17
Álvaro-Gracia JM 12, 20
Andreina M 9
Andreu A 7, 9
Andreu JL 6, 24, 28
Andrés EM 8, 15
Anzola AM 20
Aragón A 8
Arconada C 8, 15
Arroyo J 7,9

B

Bachiller J 9
Baldivieso-Acha JP 11, 22, 23
Balsa A 17, 29
Barbadillo C 6, 24, 28
Barrio L 15
Blanco BA 9
Bonilla G 29
Boteanu A 7, 9
Briones A 9
Buño A 17

C

Caballero LR 12, 20
Calvo E 10, 25, 27
Calvo L 9
Campos J 6, 24, 28
Cañamares I 10
Castañeda S 11, 22, 23
Castilla A 8, 15
Castrejón I 12
Castro P 8, 16
Cebrián L 16, 25, 27
Cobo T 16
Collada JM 20
Colomer JL 18, 19
Corral A 9

D

Delgado L 6
Del Bosque I 9
De la Macorra J 22
De la Torre N 6, 24, 28
De Miguel E 29
Díaz A 8, 15

E

Escobar I 10
Espinosa M 6, 24, 28

F

Fernández-Castro M 6, 24, 28
Fernández-Fernández E 29
Fernández-Gutiérrez B 18, 19, 26
Font J 19, 29

G

García A 8, 9, 15, 22
García-Carazo S 17
García V 9
García-Castro M 16
García de Vicuña R 11, 23
Godoy H 6, 24, 28
González-Álvaro I 11, 19
González L 8, 15, 16
Guillén C 9
Gutiérrez-Rodríguez F 22, 23

H

Heath K 17
Henao YK 20
Hernández I 18, 19
Humbría A 23

I

Illera O 16
Isasi CM 6, 24, 28
Iturzaeta JM 17

J

Janta I 20
Jiménez-Díaz A 16
Jover JA 18, 19, 26

L

Lapunzina P 17
León L 18, 19, 26
Llorente I 11, 23
Llorente J 16
Loarce J 9
Lojo L 16, 25, 27
López F 9

López-Longo J 20

M

Madrid A 18, 19, 26
Martín MD 16
Martínez A 10
Martínez-Barrio J 12
Matías MA 25, 27
Menasalvas E 18
Merino C 6, 24, 28
Miranda-Carús ME 29
Molina J 11
Monjo I 17, 29
Mora A 6
Montuenga-Fernández I 26
Morán P 7, 9
Mucientes A 18
Múñez E 6
Muñoz-Fernández S 16

N

Navarro-Compan V 17
Navarro P 8, 15
Navío MT 16, 25, 27
Nieto-González JC 12, 20
Novella M 10
Núñez DF 19

O

Ortega MC 8, 10, 15

P

Patiño E 23
Pato E 26
Pavía-Pascual M 6, 24, 28
Pérez I 18
Pijoan C 9
Plasencia CH 17, 27, 29
Prada A 15

R

Richi P 16
Rodríguez L 18, 19, 26
Rusinovich O 6, 24, 28

S

Sala L 15
Salido M 8, 16
Sánchez B 27
Sánchez-Aranda FM 10, 25
Sanz J 6, 24, 28
Serrano-Benavente B 12
Steiner M 16

T

Tenorio JA 17
Thuissard I 16
Tornero C 17
Tortosa M 9
Trives L 12
Tutor P 28

V

Valero-Martínez C 11, 23
Vicente E 22, 23
Villa LF 6, 24, 28
Villalobos L 7, 9

Y

Yuste J 16

Sociedad de Reumatología
de la Comunidad de Madrid

PLATAFORMA
ACTIVA DEL
7 AL 21
DICIEMBRE

SCAN ME

sorcom

OPERACIÓN KILO 2020

sorcom