Anales de Reumatología

vol. 2 / nº 6

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 2018 pág. 06

Pósters 2018 pág. 16

Premios Armando Laffón pág. 35

Índice de Autores pág. 36

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
© **Imagen de portada:** Pintura de Ricardo Sanz

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 6

Comité Editorial

Junta Directiva de la SORCOM:

- **Presidente:** Juan Carlos Acebes Cachafeiro
- **Vicepresidenta:** Ana Rodríguez García
- **Secretaria General:** Alina Boteanu
- **Tesorero:** Eugenio de Miguel Mendieta

Vocales:

- Gema Bonilla Hernán
- Enrique Calvo Aranda
- Hilda Godoy Tundidor
- Alejandro Gómez Gómez
- Laura González Hombrado
- Beatriz Joven Ibáñez
- Cristina Macía Villa
- Juan Carlos Nieto González
- Luis Rodríguez Rodríguez
- Lucía Ruiz Gutiérrez
- Olga Sánchez Pernaute
- Eva Tomero Muriel

Editorial

“Los tiempos cambian y quizás aquello que era bueno hace unos años no lo sea tanto en la actualidad”

Con esta reflexión asumí la presidencia de la SORCOM en Diciembre del 2017 recogiendo el testigo de la mano de la Dra. Ana Pérez a la que desde este medio agradezco todo su apoyo y consejos. Y mi primera iniciativa, incluso antes de asumir el cargo, fue sondear vuestra opinión,socios y *alma de SORCOM*,con respecto a los contenidos de las líneas estratégicas de nuestra Sociedad, valorar si era necesario algún cambio, así como conocer vuestro interés en el desarrollo e implementación de nuevas iniciativas. Con este motivo,ycoincidiendo con el Congreso de 2017 lanzamos una *encuesta de opinión on line* - resultados accesibles en nuestra Web: sorcom.es - de cuyos resultados me gustaría comentar algunos aspectos en este editorial.

En primer lugar, permitirme que os agradezca vuestra participación ya que, aproximadamente 1/3 del total de los socios contestasteis a la encuesta, lo que para este tipo de iniciativas supone un éxito de participación. Resulta interesante constatar que, aproximadamente 2/3 de los respondedores, pertenecía a las bandas de edad de 30-40 y de 50-60 años, siendo llamativa la baja participación de los reumatólogos de menos de 30 años (9%). Este hecho nos ha movido a la reflexión y así, desde la actual Junta Directiva estamos trabajando tratando de fomentar el acercamiento de los Reumatólogos más jóvenes a nuestra Sociedad de forma que, una parte importante de nuestras actividades sobre todo formativas, van dirigidas a ellos. Por otro lado, como consideramos muy importante asegurarnos un buen recambio generacional, nos proponemos acercar a los pre-graduados de las Facultades de Medicina a la Reumatología,ofreciéndoles un espacio en nuestro Congreso del próximo año.

La investigación fue otro de los aspectos sondeados en la encuesta. En este sentido, fue muy positivo constatar que aproximadamente la mitad de nuestros socios, además de su actividad asistencial, también dedicaba parte de su tiempo a la investigación clínica y un 10% de ellos a la investigación básica. De todas las propuestas que sugeríamos en la encuesta, aquellas que fomentaban el desarrollo de proyectos de investigación multi-céntricos y colaborativos entre Unidades de Reumatología de nuestra Comunidad fueron las que suscitaron mayor aceptación. Con este propósito desde la Junta hemos querido, no solo mantener la oferta previa de ayudas a la investigación, sino ampliarla dotando una nueva beca de Intensificación para la investigación, especialmente dirigida a aquellos socios que, debido a una importante presión asistencial, no disponen de recursos para el desarrollo de sus ideas y proyectos.

En cuanto al apartado de docencia y formación, ateniéndonos a los resultados dela encuesta,llama la atención que solo algo más de la mitad de los encuestados estaba familiarizado con la oferta formativa de SORCOM. Nuestros socios opinaban que la formación y la docencia deberían de ser una de las prioridades de nuestra Sociedad, que probablemente deberíamos introducir nuevas metodologías en la formación y que nuestra

sociedad debería ser el garante de una adecuada formación científica del colectivo de Reumatólogos. La oferta formativa actual de SORCOM es amplia en cursos, talleres etc algunos organizados y otros avalados por nosotros, pero a pesar de ello estamos explorando nuevas iniciativas más participativas por parte de los socios y utilizando herramientas más innovadoras para ajustarnos a las demandas planteadas.

También hemos querido dar un importante impulso durante este año a todas las actividades de comunicación dentro de nuestro colectivo (Web, App SORCOM, News letter) y de divulgación hacia el exterior (presencia en el Congreso de la Sociedad Matritense de Cirugía Ortopédica, Sesión de actualización en Osteoporosis para Atención Primaria) para dar visibilidad a nuestra especialidad. Paralelamente hemos mantenido un contacto lo más próximo posible con la Consejería de Sanidad y con el Colegio de Médicos con objeto de defender nuestros intereses profesionales como se nos demandaba en la encuesta de opinión.

Por últimotenía especial interés en conocer vuestra opinión en relación al compromiso y valor añadido que, desde SORCOM, podemos aportara la sociedad promoviendo proyectos de responsabilidad social corporativa que nos sitúen en un marco de generosidad, más allá del aspecto científico, que ya comporta nuestra vocación. Animados por los resultados de la encuesta, en la que más del 70% de nosotros estamos a favor de este tipo de iniciativas, desde la Junta Directiva hemos promovido varios proyectos con una buena dosis de ilusión y compromiso que tendrán su *puesta de largo* durante este Congreso y a lo largo de todo el año 2019y en los que esperamos contar con vuestro apoyo y colaboración.

Me gustaría agradecer a los miembr@s de la Junta Directiva que presido todo su entusiasmo, suentrega, su esfuerzo y compromiso para que hoy podamos estar disfrutando todos juntos de nuestro XXII Congreso de la SORCOM que con tanta ilusión hemos organizado.

Un fuerte abrazo ,

Carlos Acebes
Presidente de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid

Comunicaciones orales

Comunicación 01

FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: ESTUDIO OBSERVACIONAL DE ÁMBITO NACIONAL DURANTE UN PERIODO DE 17 AÑOS. (ESTUDIO TREND-AR)

R.Mazzucchelli (1), J. Quirós(1) N. Crespí(2), E. Perez-Fernandez(1), C. Barbadillo(3), C. Macía Villa(4), J. L. Morell Hita(5), H. Godoy(3), M. Fernández-Prada(6), A. García-Vadillo(7), C. Morado Quiroga(8), V. Villaverde(9), M. Espinosa(3), C. Martinez-Prada(8).
1 H. U. Fundación Alcorcón; 2 C.S. La Rivota, 3 H. U. Puerta de Hierro, 4 H. U. Severo Ochoa, 5 H. U. Ramón y Cajal, Madrid, 6 H. U. Guadalajara, Guadalajara, 7 H. La Princesa; 8 H. Clínico San Carlos; 9 H. U. Móstoles;

Introducción: Durante los últimos 20 años se han producido cambios importantes en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR), como la introducción de la estrategia T2T o las terapias biológicas. El potencial impacto de estas estrategias terapéuticas en objetivos importantes, como la mortalidad intrahospitalaria es desconocido.

Objetivos: Analizar los factores asociados con la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con AR, en España, durante el periodo 1999-2015.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo, basado en la explotación de la base de datos que recoge un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de todos los ingresos en pacientes con AR. Periodo: 1999 hasta 2015. Se analizaron los casos de muerte intrahospitalaria (Tipo de Alta = 4). Se identificaron a los pacientes mediante la concatenación del nº de historia y fecha de nacimiento. Los factores analizados se identificaron por la presencia de los códigos ICD 9 correspondientes en los campos de diagnóstico principal y secundario, durante el 1er ingreso. Se realizó Regresión de Cox para el cálculo de las Hazard Ratio, ajustadas por edad y sexo.

Resultados: Hubo un total de 338.343 ingresos hospitalarios en pacientes con AR durante los 17 años del período en estudio, correspondientes a un total de 186.491 pacientes (127.203 mujeres (68,21%) y 59.288 hombres (31,79%). La media de número de ingresos fue de 1,81(DE 1,7), con un mínimo de 1 y un máximo de 43. El tiempo medio de seguimiento fue de 11,85 meses (DE 27,4). Hubo un total de 18.641 exitus intrahospitalarios (5,5% de los ingresos). Las HR (ajustadas por edad y sexo) de los factores analizados en relación a mortalidad intrahospitalaria se muestran en la siguiente tabla:

Risk factor	Adjusted by sex and age Cox reg analyses		
	HR	IC	p
Gender (Male/Female)	1,242	1,20-1,28	<0,001
Age	1,066	1,064-1,068	<0,001
Charlson Index	1,276	1,268-1,284	<0,001
Stay	1,004	1,003-1,005	<0,001
Cardiovascular disease	1,318	1,274-1,362	<0,001
Dementia	1,852	1,696-2,021	<0,001
Diabetes Mellitus	1,093	1,05-1,137	<0,001
Neoplasm	2,432	2,313-2,556	<0,001
Hepatopatíhy severe-moderate	3,189	2,752-3,695	<0,001
COPD	1,113	1,071-1,156	<0,001
Pressure ulcers	1,115	1,006-1,235	0,036
Renal Disease	1,758	1,683-1,837	<0,001
Infectious disease during stay	1,593	1,545-1,642	<0,001
S. Felty	1,531	1,18-1,985	<0,001
Amyloidosis	2,957	2,627-3,327	<0,001
Hip fracture	0,731	0,664-0,804	<0,001
Tuberculosis	1,066	1,064-1,068	<0,001

Conclusiones: En España, en el periodo 1999-2015, los factores (presentes en el 1er ingreso) asociados con mortalidad intrahospitalarias son la edad, ser varón, índice de Charlson alto y estancia prolongada. Dentro de las variables clínicas asociadas destacan la presencia de hepatopatía crónica, amiloidosis y neoplasia.

Comunicación 01.I

CAUSAS DE MUERTE INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: ESTUDIO OBSERVACIONAL DE ÁMBITO NACIONAL DURANTE UN PERIODO DE 17 AÑOS. (ESTUDIO TREND-AR)

R.Mazzucchelli (1), J. Quirós(1) N. Crespí(2), E. Perez-Fernandez(1), C. Barbadillo(3), C. Macía Villa(4), J. L. Morell Hita(5), H. Godoy(3), M. Fernández-Prada(6), A. García-Vadillo(7), C. Morado Quiroga(8), V. Villaverde(9), M. Espinosa(3), C. Martinez-Prada(8)
1 H. U. Fundación Alcorcón; 2 C.S. La Rivota, 3 H. U. Puerta de Hierro, 4 H. U. Severo Ochoa, 5 H. U. Ramón y Cajal, Madrid, 6 H. U. Guadalajara, Guadalajara, 7 H. La Princesa; 8 H. Clínico San Carlos; 9 H. U. Móstoles;

Introducción: Durante los últimos 20 años se han producido cambios importantes en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR), como la introducción de la estrategia T2T o las terapias biológicas. El potencial impacto de estas estrategias terapéuticas en objetivos importantes, como la mortalidad intrahospitalaria (por diferentes causas) es desconocido.

Objetivos: Analizar la incidencia y tendencia de la mortalidad por diferentes causas (global, cardiovascular, infecciosa, neoplasia, y otras) en pacientes con AR, en España, durante el periodo 1999-2015.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo, basado en la explotación de la base de datos que recoge un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de todos los ingresos en pacientes con AR. Periodo: 1999 hasta 2015. Se analizaron los casos de muerte intrahospitalaria (Tipo de Alta = 4) y el diagnóstico principal de estos casos. Las causas de muerte se identificaron por la presencia de los códigos ICD 9 correspondientes en los campos de diagnóstico principal. Se describe las causas de muerte intrahospitalaria, global, por sexo y en los periodos 1999-2001, 2003-2006, 2007-2010 y 2011-2015 (con el fin de analizar si ha cambiado durante el periodo de estudio). Los resultados se expresan en números absoluto y proporción con respecto al total de muertes.

Resultados: Hubo un total de 338.343 ingresos hospitalarios en pacientes con AR durante los 17 años del período en estudio, correspondientes a un total de 176.097 pacientes (117.985 mujeres y 58.112 hombres). Hubo un total de 18.641 exitus intrahospitalarios (5,5% de los ingresos). 63,4% fueron mujeres. La media de edad fue de 76,4 (DE 10,1) (en mujeres de 77,2 (DE 10,2) y en hombres de 75,1 (DE 9,9) p<.001). La media del índice de Charlson fue 3,2 (DE 2,4) (en mujeres 2,97 (DE 2,1) y en hombres de 3,75 (DE 2, 74), p<.001). La media de edad se incrementó de forma lineal desde los 73,5 (1999-2002) hasta los 78,23 (2011-215). El índice de Charlson también se incrementó de forma lineal desde 2,87 (1999-2002) hasta 3,54 (2011-215). En la tabla 1 se muestra las causas de muerte agrupadas por sexo y periodo.

Conclusiones: En España, en el periodo 1999-2015, las principales causas de mortalidad intrahospitalaria, en pacientes con AR, fueron cardiovasculares (24%), infecciones (20%), respiratoria-no infecciosa (15%) y neoplasias (12%). En hombres la neoplasia constituye la 3ª causa, mientras que mujeres es la 4ª. La media de edad de fallecimiento aumentó 5 años en el periodo de estudio. El índice de Charlson también aumentó. Las muertes por infecciones, respiratorias y neoplasias han aumentado, mientras que las de origen digestivo y AR extrarticular han disminuido.

Tabla 1: Causas de muerte intrahospitalaria % del total. En rojo las que aumentan y en verde las que disminuyen. hombre/mujer

% de muertos (ambos sexos)	Periodos (ambos sexos)				Total periodo 1999-2015		
Etiquetas de fila	1999-2002	2003-2006	2007-2010	2011-2015	Total general	Hombres	Mujeres
Cardiovascular (no infecciosa)	22,81%	24,36%	24,12%	24,16%	24,00%	20,96%	25,75%
Infecciones	18,51%	19,11%	20,20%	21,32%	20,16%	20,71%	19,85%
Respiratoria (no infecciosa)	13,27%	14,38%	16,80%	15,86%	15,43%	16,95%	14,56%
Neoplasias	11,54%	11,87%	12,59%	13,43%	12,62%	17,04%	10,06%
Digestivo (no infecciosa)	9,88%	9,41%	8,05%	7,82%	8,50%	7,10%	9,31%
Dificil clasificacion	7,32%	6,74%	4,86%	3,57%	5,10%	5,04%	5,14%
Causa Externa	4,64%	4,63%	4,09%	4,44%	4,41%	3,21%	5,11%
Nefrologicas (no infecciosa)	3,47%	2,74%	2,26%	2,33%	2,56%	2,65%	2,74%
AR extraricular	3,21%	2,35%	2,03%	1,82%	2,18%	2,25%	2,26%
Hematologica (no neopalsica)	2,30%	1,59%	1,97%	1,93%	1,92%	1,34%	1,91%
Neurologicas (no infecciosas)	1,09%	1,05%	1,14%	1,62%	1,30%	1,31%	1,32%
Endocrinas	1,32%	1,20%	1,26%	1,08%	1,19%	0,96%	1,29%
Piel	0,64%	0,58%	0,63%	0,63%	0,62%	0,47%	0,71%

Comunicación 02

SUPERVIVENCIA DE INHIBIDORES DE JAK: REAL WORLD DATA DEL REGISTRO BIOBADASER III

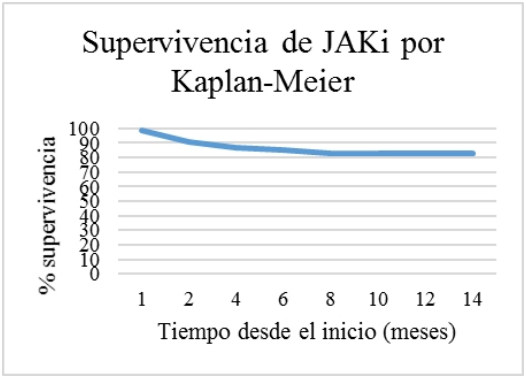
Emperiale V[1,2], Sánchez-Piedra C[1], Sánchez-Alonso F[1], Cuende E[2], Ortiz A[3], Gómez-Reino J[4], en representación del grupo de trabajo BIOBADASER III. [1]Unidad de Investigación Sociedad Española de Reumatología, [2]H.U. Príncipe de Asturias, [3]H.U. de La Princesa, [4]H.C.U. de Santiago. [*]Dirección postal: carlos.sanchez@ser.es*

Objetivos: Analizar la supervivencia (tiempo hasta discontinuación) de los inhibidores de JAK (JAKi) como grupo (Baricitinib+Tofacitinib) en los pacientes de BIOBADASER III que reciben o han recibido estos tratamientos.

Métodos: Estudio observacional de cohorte prospectivo multicéntrico de pacientes con enfermedades reumáticas tratados con terapia biológica (FAMEb) o fármacos sintéticos dirigidos (FAMEsd). Los pacientes registrados son evaluados al menos anualmente y cada vez que presenten un acontecimiento adverso o se modifique el tratamiento de interés. Se registra la fecha de inicio y suspensión de cada fármaco, así como la cantidad de tratamientos con FAMEb/sd previos, si los hubiera. Se describen los diagnósticos de los pacientes tratados con JAKi y la supervivencia global y por línea de tratamiento FAMEb/sd con un análisis de supervivencia de Kaplan-Meier.

Resultados: 149 pacientes han sido tratados con JAKi, recibiendo un total de 152 ciclos de tratamiento. 68 pacientes (44,7%) reciben Metotrexato (MTX) de forma concomitante. El diagnóstico más frecuente es AR (138, 92,6%), existiendo un pequeño porcentaje de indicaciones FFT (9, 6,03%). La gran mayoría recibe JAKi en 2.ª línea o posteriores (124, 81,5%), con una supervivencia del fármaco de 78,7% a los 14 meses. 28 pacientes (18,4%) reciben JAKi como 1.ª línea; ninguno de estos tratamientos ha sido suspendido en el tiempo de seguimiento. De forma global, la supervivencia de JAKi a los 14 meses es de 82,5%.
La suspensión se ha debido a ineficacia (15, 9,87%) o acontecimientos adversos (4, 2,64%).

Diagnóstico (pacientes)	n (%)
Artritis reumatoide	138 (92,62)
Artritis idiopática juvenil*	3 (2,01)
Artritis psoriásica	2 (1,34)
Espondiloartritis indiferenciada*	2 (1,34)
Poliartritis crónica seronegativa*	2 (1,34)
Espondilitis anquilosante*	1 (0,67)
Artritis enteropática*	1 (0,67)
Total	149 (100)



*** =** fuera de ficha técnica (FFT)

Conclusiones: El uso actual de JAKi en BIOBADASER es principalmente en AR y como 2.ª línea tras FAMEb. El uso concomitante de MTX es menor a lo reportado en otros estudios observacionales. La supervivencia de JAKi como grupo es superior al 80% a los 14 meses de su inicio. Se necesita mayor número de pacientes y tiempo de seguimiento para analizar la supervivencia de JAKi en la práctica clínica real, sobre todo como 1.ª línea de tratamiento.

Comunicación 03

CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN CON LA SALUD ORAL EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. ESTUDIO EPOX-SSP

Mónica Fernández Castro[1], Rosa M. López-Pintor[2], Julia Serrano[2], Lucía Ramírez[2], Gonzalo Hernández Vallejo[2], Mariano Sanz[2], José Luis Andreu[3], M. Ángeles Blázquez[4], Cristina Bohórquez[5], Gema Bonilla[6], Jesús García Vadillo[7], Jorge Juan González Martín[8], Leticia Lojo[9], F. Javier López Longo[10], Sheila Melchor[11], M. Teresa Navío[9], Laura Nuño[6], M. Carmen Ortega[12], Diana Peiteado[6], Sheila Recuerdo[13], Ana Rodríguez[14], Marta Valero[8], Santiago Muñoz Fernández[1]. H. Infanta Sofía[1], Dto. Esp. Cl. Odontológicas Univ. Complutense[2], H. Puerta de Hierro[3], H. Severo Ochoa[4], H. Príncipe de Asturias[5], H. La Paz[6], H. La Princesa[7], H. San Chinarro[8], H. Infanta Leonor[9], H. Gregorio Marañón[10], H. Doce de Octubre[11], H. Infanta Elena[12], Fundación Jiménez Díaz[13], H. Ramón y Cajal[14], Madrid.

Objetivos: Describir el impacto en la calidad de vida en relación con la salud oral en pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSp) que cumplen criterios de clasificación de 2002.

Métodos: Estudio transversal multicéntrico en pacientes con SSp. Se utilizó el índice Oral Health Impact Profile 14 (OHIP-14) con 14 preguntas y 7 dimensiones (limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, psicológica, social y minusvalía), codificadas en una escala de 4 puntos (0=nunca, 4=casi siempre) con un valor de la dimensión entre 0-8 y un valor total entre 0-56; los valores más cercanos a 0 indican mejor calidad de vida. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: Se analizaron 61 pacientes, sólo 1 hombre, con una edad media de 57 años, un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 103 meses. El 91,8% de los pacientes refirieron sequedad oral, el 52,4% presentaba signos orales (SO) patológicos (flujo salival no estimulado/sialografía/gammagrafía), el 90,2% antiRo/antiLa+ y el 91,8% ANA+ y el 54% afectación sistémica. El OHIP-14 total fue de 23,13±13. Las dimensiones con mayor puntuación fueron dolor físico (4,72±2,2) y malestar psicológico (4,23±3). Los 32 pacientes con SO patológicos obtuvieron una puntuación en el OHIP-14 significativamente mayor (26,78±14) que los pacientes sin SO patológicos (19,1±13,4) (p=0,033), al igual que los 2 pacientes con afectación del sistema nervioso periférico (SNP) frente a los que no tenían esta alteración (33,5±0,7 vs 22,7±14, p=0,00). Los pacientes seronegativos (6 pacientes antiRo/antiLa y 5 sujetos ANA) tendieron a presentar un OHIP-14 mayor que los seropositivos (antiRo/antiLa 32,8 vs 22, p=0,07; ANA 34 vs 22,1, p=0,07).

Conclusiones: La calidad de vida relacionada con la salud oral registrada mediante el índice OHIP-14 total está disminuida en el paciente con SSp, tanto a nivel físico como psicológico. Los pacientes con signos orales patológicos obtienen una puntuación mayor que los que no presentan pruebas orales objetivas patológicas.

Comunicación 04

RIESGO DE INFECCIONES OPORTUNISTAS INDICADORAS TRAS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Isabel Hernández Rodríguez, Judit Font, Dalifer Freites, Marina Peñuelas, Francisco Javier Candel, Luis Rodríguez, Zulema Rosales, Lydia Abasolo, L. Leon. Hospital Clínico San Carlos, C/Prof. Martín Lagos s/n. Madrid

Objetivo: Describir la incidencia de infección oportunista indicadora tras biológicos (IOIb) en pacientes con artritis reumatoide (AR) en tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad biológicos (bFAME) y comparar el riesgo de IOIb entre Anti-TNF y otros biológicos.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con AR en nuestras consultas desde el inicio de primer bFAME (Enero 2007 a Diciembre 2016). IOIb se definió como presencia de un patógeno que sugiere una probable alteración en la inmunidad en un huésped en tratamiento con bFAMEs. Variable independiente: el tipo de bFAME: Anti-TNF y otros biológicos. Variables secundarias: sociodemográficas, clínicas y de tratamiento. Análisis estadístico: técnicas de supervivencia para la incidencia de IOIb, expresada por 1.000 pacientes-año [IC 95%]. Realizamos modelos de regresión múltiple para comparar el riesgo de IOIb entre los tipos de bFAME con resultados en hazard ratio (HR) o probabilidad relativa de desarrollo de IOIb.

Resultados: Se incluyeron 441 pacientes con AR con 761 cursos de bFAME. El 81% eran mujeres con una edad media al primer bFAME de 57,3±14 años. El 71,3% de los cursos fueron Anti-TNF y 28,7% otros biológicos. Hubo 38 IOIb [26 infecciones virales (18 herpes zóster, 2 reactivación VHB, 3 reactivación VHC, 1 VEB, 1 gripe H1N1, 1 reactivación CMV), 6 fúngicas (5 candidiasis orofaríngea invasiva, 1 dermatofitosis por Trichophyton spp), 5 bacterianas (1 legionelosis, 1 salmonelosis y 3 tuberculosis), 1 parásito (Leishmaniasis)]. 9 de ellos requirieron hospitalización y 1 falleció. La mediana de tiempo desde el inicio de bFAME hasta IOIb fue de 3,1 años [0,5-4,6]. La incidencia global de IOIb fue de 23,2 [16,8-31,8] con 26 IOIb (19,8 [13,4-29]) para los Anti-TNF y 12 IOIb (28,1 [16-49,6]) para los otros biológicos. En el análisis de regresión múltiple ajustado no encontramos diferencias estadísticas entre los tipos de bFAME (HR 1.37, p=0,40), mientras que la edad (HR 1,02, p=0,04), el tratamiento concomitante con corticoides (HR 7,51, p = 0,03) y el recuento linfocitario (HR 0,99, p=0,01) aumentaron el riesgo de IOIb.

Conclusión: La incidencia de IOIb debida a los bFAME fue de aproximadamente 23 casos por 1000 pacientes/año. La incidencia cruda fue mayor para otros biológicos en comparación con Anti-TNF pero no se confirmó en el modelo final. Se recomienda realizar una estrecha vigilancia en aquellos pacientes con AR tratados con bFAME y corticoides, principalmente en pacientes ancianos y en aquellos con un bajo recuento total de linfocitos.

Comunicación 05

RETORNO TEMPRANO A LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA TRAS EL ALTA: GENERACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN MODELO PREDICTIVO MEDIANTE APRENDIZAJE AUTOMÁTICO

A Madrid, Z Rosales, C Lajas, E Pato, C Vadillo, P Macarrón, M Blanco, G Candelas, IC Morado, F Olmedo, C Martínez, E Toledano, B Fernández-González, JA Jover, L Abásolo, L Rodríguez Rodríguez. UGC de Reumatología e Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC), Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

Objetivos: Generar y validar un modelo que nos permita estimar el riesgo de que un paciente vuelva a la consulta de reumatología tras haber sido dado de alta, basado en técnicas de aprendizaje automático y utilizando datos recogidos en una historia clínica electrónica departamental de reumatología (MediLOG).

Métodos: Se incluyeron todos los episodios de alta dados en consultas de reumatología pertenecientes a pacientes que hubieran sido vistos por primera vez entre abril de 2007 y noviembre de 2017. El retorno temprano tras el alta se definió como aquel en el que el paciente acude de nuevo a consultas externas entre los 3 y los 12 meses. Para la generación del modelo y su validación, los episodios fueron divididos en 2 grupos, según se hubieran producido antes o después del 01/01/2016, respectivamente. Para la generación del modelo, se utilizaron datos demográficos, clínicos, de tratamiento y de calidad de vida, recogidos en práctica clínica habitual en una historia clínica electrónica. El clasificador "bosques aleatorios" fue usado para desarrollar los modelos. La bondad de los mismos se midió tanto en la muestra de generación como en la de validación mediante la precisión, sensibilidad, especificidad, y valores predictivos positivo y negativo (VPP y VPN). El papel de las diferentes variables utilizadas en el modelo se analizó mediante la "importancia relativa de las variables" (RVI). Fueron incluidos en el modelo aquellas variables con al menos un 1% de RVI.

Resultados: Se analizaron 22.648 episodios de alta, de los cuales se produjo un retorno temprano a la consulta en 2.853.Entre 2007 y 2015, se produjeron 16.068 episodios de alta (14,6% con retorno temprano). Entre 2016 y 2017, fueron 6.580 episodios (7,6% con retorno temprano). Las variables que tuvieron un mayor peso en el modelo predictivo fueron la edad, la calidad de vida, el tiempo de seguimiento, la situación laboral y el número de visitas. Entre los diagnósticos, la lumbodorsalgia, el dolor articular y la tendinitis de miembros superiores tuvieron una mayor influencia. El uso de analgesia de primer y segundo nivel, los corticoides y los antiinflamatorios no esteroideos fueron las medicaciones con mayor peso. La precisión del modelo en la muestra de generación y de validación fue respectivamente de 74.8% y 69.0%; la sensibilidad fue de 49,5% y 50,0%; la especificidad fue de 79,1% y 70,6%; el VPP fue de 28,8% y 12,4%; y el VPN fue de 90.1% y 94,5%.

Conclusiones: Hemos generado un modelo predictivo a partir de datos codificados recogidos en práctica clínica habitual. El modelo presentó valores de bondad de ajuste similares en la muestra de generación y de validación. A pesar de mostrar un bajo VPP, nuestro modelo mostró un alto VPN, lo que nos permitiría identificar con relativa seguridad aquellos individuos susceptibles de ser dados de alta.

Comunicación 06

EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN ARTRITIS REUMATOIDE, ARTRITIS PSORIÁSICA, ESPONDILITIS ANQUILOSANTE Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: RESPUESTA AL AÑO POR ÍNDICES DE ACTIVIDAD EN BIOBADASER III

Emperiale V[1,2], Sánchez-Piedra C[1], Sánchez-Alonso F[1], Cuende E[2], Ortiz A[3], Gómez-Reino J[4], en representación del grupo de trabajo BIOBADASER III. [1]Unidad de Investigación Sociedad Española de Reumatología, [2]H.U. Príncipe de Asturias, [3]H.U. de La Princesa, [4]H.C.U. de Santiago. [*]Dirección postal: carlos.sanchez@ser.es*

Objetivos: Analizar la respuesta por índices de actividad al año de tratamiento en 4 de las principales patologías incluidas en BIOBADASER III, clasificando según línea de tratamiento.

Métodos: Estudio observacional de cohorte prospectivo multicéntrico de pacientes con enfermedades reumáticas tratados con terapia biológica (FAMEb) o fármacos sintéticos dirigidos (FAMEsd). Los pacientes registrados son evaluados al menos anualmente y cada vez que presenten un acontecimiento adverso o se modifique el tratamiento de interés. Como objetivo secundario del registro, se incluye la evaluación de efectividad mediante la recogida de índices de actividad para las principales enfermedades (DAS28 en AR y APs, ASDAS-PCR y BASDAI en EA, SLEDAI en LES, entre otros). Se analizan los resultados de las medias en 2 subgrupos para cada patología: 1.º FAMEb/sd (G1), 2.º FAMEb/sd o posteriores (G2), y criterios de respuesta según lo establecido para cada índice.

Resultados: En AR, la actividad al inicio es moderada, siendo al año baja en ambos grupos, con buena respuesta en G1 (1,8) y moderada en G2 (1). En APs, la actividad al inicio es moderada, siendo al año baja en ambos grupos. La respuesta es buena para G1 (1,7) y G2 (1,3). En EA, la actividad al inicio es alta, siendo al año baja en los dos grupos y alcanzando respuesta clínicamente importante (G1 Δ1,5 y G2 Δ1,4 ASDAS-PCR, Δ2,3 y Δ1.7 BASDAI). En LES, la actividad al inicio es moderada, siendo al año leve en los 2 grupos, alcanzando mejoría clínicamente significativa sólo en G1 (Δ3, G2 Δ1,4).

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

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

Comunicación 07

TENDENCIA DE LA INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN PACIENTES CON AR EN ESPAÑA: ESTUDIO OBSERVACIONAL DE INGRESOS HOSPITALARIOS DE 1999 A 2015 (ESTUDIO TREND-AR)

V. Villaverde[1], M. Fernández-Prada[2], R. Mazzucchelli[3], G. Candelas[4], J. Quirós[3], M. Peña[5], E. Pérez-Fernández[6], N. Crespí[7], C. Morado[4], C. Martínez-Prada[4], M. Espinosa[8], C. Barbadillo[8], H. Godoy[8], J.L. Morell Hita[9], C. Macía Villa[10], M. Galindo[11], O. Guzón Illescas[5], A. Herranz[12], A. García-Vadillo[13].

[1]Reumatología. H.U. de Móstoles; [2]Reumatología. H. U. de Guadalajara; [3]Reumatología. H.U. Fundación Alcorcón; [4] Reumatología. H.U. Clínico San Carlos; [5]Rehabilitación. H.U.Fundación Alcorcón; [6]Unidad de Investigación. H. U. Fundación Alcorcón; [7]CS La Rivota; [8]Reumatología. H.U. Puerta de Hierro; [9]Reumatología. H. U. Ramón y Cajal, [10]Reumatología. H.U. Severo Ochoa;[11]Reumatología. H.U. Doce de Octubre, [12]Reumatología. H U. del Henares, [13]Reumatología. H.U. La Princesa.

Objetivos: Analizar la incidencia y tendencia de los ingresos hospitalarios por tumores sólidos en pacientes con AR en España durante el periodo comprendido entre 1999-2015.

Métodos: Estudio poblacional retrospectivo basado en la explotación de una base de datos administrativa nacional que incluye el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los ingresos hospitalarios de pacientes con AR (CIE-9 714) desde 1/1/1999 hasta 31/12/2015. Los tumores sólidos analizados fueron: mama (CIE-9 174), útero (CIE-9 179), cérvix (CIE-9 180), ovario (CIE-9 183), estómago (CIE-9 151), colon (CIE-9 153), páncreas (CIE-9 157), pulmón y pleura (CIE-9 162 y 163), cerebro (CIE-9 191), melanoma (CIE-9 172), próstata (CIE-9 185), vejiga (CIE-9 188) y riñón (CIE-9 189). Se estimó la población de riesgo utilizando el censo poblacional del Instituto Nacional de Estadística, con una prevalencia estimada de AR de 0,5% en ambos sexos (0,2% en varones y 0,8% en mujeres). Se calcularon las tasas brutas y ajustadas de ingresos por tumor sólido en los pacientes con AR a nivel nacional y en las diferentes Comunidades Autónomas según el sexo y el rango de edad. Se analizó la tendencia utilizando Modelos Lineales Generalizados (MLG), siendo la variable año, la variable principal para el análisis. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 20 (SPSS Inc, Chicago, IL).

Resultados: Durante los 17 años incluidos en el periodo de análisis, hubo un total de 338.343 ingresos de pacientes con AR (176.097 pacientes). El 5,4% de los ingresos (18.401 ingresos) fue debido a tumores sólidos. Las principales características clínicas y demográficas se muestran en la tabla.

	Total	Mujeres	Hombres	Valor *p*
N (%)	18.401 (5,4)	8689 (3,8)	9712 (8,6)	*P*<0,001
Edad media (DS)	69,98 (11,21)	68,62 (12,3)	71,20 (9,99)	*P*<0,001
Exitus durante el ingreso n (%)	2455 (13,34)	1035 (11,9)	1420 (14,62)	*P*<0,001
Índice de Charlson, media (DS)	5,72 (2,95)	5,63 (2,95)	5,80 (2,95)	*P*<0,001
Estancia media (DS), días	10,94 (11,6)	10,76 (11,6)	11,1 (11,77)	P=0,051

La tasa ajustada de ingreso por tumor sólido en los pacientes con AR durante el periodo del estudio fue de 647,53/100.000 habitantes (366,97 en mujeres y 1792,99 en varones; OR H:M 4,8). Dicha tasa aumentó de 305,65 en 1999 a 993,19 en 2015, incrementándose en los varones de 814,06/10^5 en 1999 a 2.535,5/10^5 en 2015. En las mujeres también aumentó desde 181,68/10^5 en 1999 hasta 607,71/10^5 en 2015. La tendencia anual ajustada por edad aumentó de forma significativa un 7,37% (ambos sexos), 6,52% en varones y un 8,02% en las mujeres (p≤0,001).

Conclusiones: En España, durante el periodo 1999-2015, la incidencia de ingresos por tumor sólido en los pacientes con AR ha aumentado. Estimamos un aumento de la tasa anual del 7,37%.

Comunicación 07.I

TENDENCIA EN LA INCIDENCIA DE INFECCIONES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN ESPAÑA: ESTUDIO OBSERVACIONAL DE INGRESOS HOSPITALARIOS DE 1999 A 2015 (ESTUDIO TREND- AR)

C. Martinez-Prada[1] , M. Espinosa[5], C. Morado-Quiñoa[10], C. Macía-Villa[10], E. Perez-Fernandez[2], J. Quiros[2], JL. Morell-Hita[3], N. Crespi[4], M. Peña[3], C. Barbadillo[5], H. Godoy[5], M. Fernandez-Prada[6], M. Galindo[7], A. García-Vadillo[8], O. Guzón-Illescas[2], A. Herranz[9], C. Martinez-Prada[10], V. Villaverde[11],R. Mazzucchelli[2]

[1] Servicio Reumatología, Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. [2] Servicio Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. [3] Servicio Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. [4] C.S. La Rivota. Madrid. [5] Servicio Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. [6] Servicio Reumatología. Hospital Universitario Guadalajara. [7] Servicio Reumatología. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid. [8] Servicio Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. [9] Servicio Reumatología. Hospital del Henares. Madrid. [10] Servicio Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. [11] Servicio Reumatología. Hospital Universitario de Móstoles. Madrid.

Objetivo: El objetivo es analizar la incidencia y tendencia de los ingresos hospitalarios por causas infecciosas en pacientes con AR en España en el periodo comprendido entre 1999 y 2015.

Métodos: Realizamos un estudio poblacional observacional retrospectivo analizando la base de datos nacional que incluye el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBDs) de los ingresos hospitalarios de pacientes con AR en el periodo 1999-2015. Seleccionamos los CMBDs para todas las infecciones. Los casos se detectaron por la presencia de su código CIE-9 en los diagnósticos primarios o secundarios. La población en riesgo se estimó a través del censo poblacional del Instituto Nacional de Estadística, con una prevalencia estimada de AR del 0,5% (0,8% en mujeres y 0,2% en varones). Se calcularon tasas crudas y ajustadas, y se analizó su tendencia usando Modelos Lineales Generalizados (MLG), siendo la variable año, la variable de análisis. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión20 (SPSS Inc, Chicago, IL).

Resultados: En 338.343 ingresos hospitalarios hubo 176.097 en pacientes con AR de los cuales 81.467 (24,07%) fueron debidos a episodios infecciosos. Las principales características clínico-demográficas se muestran en la tabla 1. En ambos sexos durante el periodo de estudio hubo un aumento del 5,3% por año en el riesgo de infecciones. En los individuos de 20-40 años durante el periodo de estudio hubo un aumento del 3,51 por año, en los de 40-60 un 3,2% por año, en los de 60-80 un 4,5% y en los mayores de 80 años con un 9,2% por año. Los resultados para la Comunidad de Madrid son muy similares.

Conclusiones: La tasa de infecciones en pacientes hospitalizados con Artritis Reumatoide en España ha aumentado durante el periodo de estudio. La edad y la comorbilidad de estos pacientes aumenta progresivamente, pero su estancia media hospitalaria se reduce.

Table 1.

Descripciomde los pacientes con artritis reumatoide hospitalizados en España 1999-2015 Comparación

	Total	Women	Men	p-value
N (%)	81467 (100)	53528 (65.7)	27939 (34.3)	p<0.001
Mean Age (SD)	71.12 (13.02)	71.38 (13.3)	70.62 (12.47)	p<0.001
Dead during admission, n (%)	8096 (9.93)	5139 (9.6)	2957 (10.5)	p<0.001
Mean Charlson Index (SD)	2.19 (1.63)	2.05 (1.5)	2.45 (1.8)	p<0.001
Diabetes mellitus (%)	13012 (15.9)	8341 (15.58)	4671 (16.71)	p<0.001
Dementia (%)	1759 (2.15)	1265 (2.36)	494 (1.76)	p<0.001
Average length of stay (SD)	13.9 (16.1)	13.86 (16.3)	14.14 (15.5)	p=0.018

Comunicación 08

VARIABILIDAD GENETICA EN MOLECULAS REGULADORAS DEL REMODELADO OSEO. ¿INFLUYEN EN LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD Y LA MASA ÓSEA DE PACIENTES CON ARTRITIS DE INICIO?

N. García, A. Lamana, N. Montes, A. Ortiz, D. Martínez-Quintanilla, C. Valero, J. Martín, C. Martínez**, R. Gomáriz***, A. Triguero, S. Castañeda, I. González-Álvaro. H.U. La Princesa, IIS-IP, c/ Diego de León 62; 28006-Madrid. *IPBLN-CSIC. 18100-Granada. **Facultad de Medicina y *** de C.C. Biológicas. UCM. 28040-Madrid*

Se ha descrito una asociación entre la masa ósea al inicio de la enfermedad y la gravedad de la artritis reumatoide (AR).

Objetivos: Identificar polimorfismos de único nucleótido (SNPs) en genes relacionados con el remodelado óseo (RO) asociados con la gravedad de la enfermedad y la densidad mineral ósea (DMO) en pacientes con artritis de inicio.

Métodos: Se incluyeron 268 pacientes de PEARL (Princesa Early Arthritis Register Longitudinal) genotipados con el Immunochip de Ilumina Inc. Este array incluye 556 SNPs con diferente grado de densidad en semaforinas 4b, 4d y 4f, DKK1, 2 y 3, esclerostina, OPG, RANK y RANKL. Se eliminaron todos aquellos SNPs con tasa de genotipado <98%, con frecuencia del alelo menor <1% y los que no se encontraban en equilibrio de Hardy-Weinberg. Además, entre los SNP en desequilibrio de ligamiento se eligió uno representativo, de manera que finalmente se estudiaron solo 159. Se eligieron como variables subrogadas de gravedad a los 2 años de seguimiento: la intensidad de tratamiento recibido, la actividad de la enfermedad mediante los índices DAS28 y HUPI, así como haber alcanzado, al menos, baja actividad. Se analizó la asociación de cada uno de los SNPs con estas variables mediante regresión lineal, regresión logística o regresión logística ordenada según la variable, y se ajustó por variables potencialmente confusoras, como edad, sexo y presencia de ACPA. Se seleccionaron aquellos SNPs asociados de forma coherente con ≥3 variables subrogadas de gravedad, y se analizó la relación de los SNPs seleccionados con la DMO de antebrazo, columna lumbar y cadera (Hologic-4500 QDR), mediante regresión lineal ajustada por edad y sexo.

Resultados: Como se muestra en la tabla anexa, 7 SNPs se asociaron con la gravedad dela enfermedad; tres de ellos con la DMO aunque no todas estas asociaciones confirmaron la relación previamente descrita entre gravedad y masa ósea.

SNP	GEN	ACTIVIDAD ENFERMEDAD	DMO
rs4355801	LOC441377/TNFRSF11B	Disminuye	No relación
rs6469804	TNFRS11B/COLLECT10	Disminuye	No relación
rs1805034	TNFRS11A	Disminuye	Disminuye
rs599323	TNFRSF11A/ZCCHC2	Aumenta	No relación
rs111900837	AKAP11/TNFSF11	Aumenta	Disminuye
rs7142875	AKAP11/TNFSF11	Aumenta	Aumenta
rs7557277	AKAP11/TNFSF11	Aumenta	No relación

Conclusiones: Este estudio preliminar pone de manifiesto la relación entre variantes en genes del RO y la gravedad de la artritis de inicio. Sin embargo, se precisan más estudios para confirmar esta relación y validarla en otras poblaciones.

Comunicación 09

UTILIDAD DE LA ECOGRAFIA EN LA VALORACION DE LA EFECTIVIDAD DE LA PUNCIÓN SECA DE PUNTOS GATILLO MIOFASCIALES EN EL SÍNDROME DE IMPINGEMENT SUBACROMIAL- EVOLUCION DEL ESPACIO SUBACROMIAL

L. González Hombrado, A. Garcia Martos*, A. Garcia Catalán**, M. Rebollo Conde**, L. Cortijo***
Unidad de Reumatología Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario del Tajo. Avda. Amazonas Central s/n Aranjuez (Madrid)*

Introducción: La punción seca es una técnica invasiva que se está utilizando para el tratamiento del síndrome de impigement subacromial. La ecografía musculoesquelética es de gran utilidad en la evaluación funcional y anatómica del espacio subacromial. Desconocemos el efecto de esta técnica sobre el espacio subacromial.

Objetivos: Determinar si añadir tratamiento invasivo con punción seca al tratamiento conservador modifica el espacio subacromial medido con ecografía como dato objetivo de mejoría tras tratamiento.

Diseño: Ensayo clínico aleatorizado controlado ciego simple con dos grupos, uno al que se le aplicará tratamiento conservador (terapia manual + ejercicios) y el otro que se le aplicará el mismo tratamiento + tratamiento invasivo con punción seca de puntos gatillo (grupo intervención). El tiempo de seguimiento fue de 3 meses revisando ecográficamente basalmente, al mes y a los 3 meses, realizando medición del espacio subacromial. La muestra se eligió cumpliendo los siguientes de inclusión: 1. Pacientes mayores de edad con dolor unilateral de hombro sin antecedente traumático de más de 3 meses; 2. Test ortopédicos positivos; 3. Disminución del espacio subacromial objetivado ecográficamente. Criterios de exclusión: 1. Cervicobraquialgia. 2. Antecedente traumático, fracturas, luxaciones/inestabilidades o antecedente de cirugía; 3. Enfermedad sistémica; 4. Dolor en hombro secundario a patología neurológica. 5. Roturas completas del supraespinoso; 6. Calcificaciones mayores a 0,5cm; 7. Capsulitis adhesiva.
Las mediciones se realizaron con un ecógrafo de alta resolución con sonda lineal, obteniendo 3 muestras para cada hombro en cada visita: una con el miembro superior en reposo y rotación neutra, otra con el hombro a 45º de abducción y la última con 60º de abducción, para lo que se utilizó un inclinómetro colocado en brazo.
Se compararon las variables basales entre ambos grupos utilizando un test chi-cuadrado y la evolución de las escalas se analizó mediante una prueba ANOVA para medidas repetidas.

Resultados: La muestra final consistió en un total de 43 pacientes con una edad media de 51.7 ± 10.1 años, 31 (72,1%) mujeres y 12 (27.9%) varones. Se intervinieron 28 (65.1%) hombros derechos y 15 (34.9%) hombros izquierdos. 25 individuos estuvieron asignados al grupo experimental y 18 al grupo control, no encontrando diferencias por edad, sexo y hombro afecto entre grupos de tratamiento.
En el hombro derecho la medición cambió durante el tiempo de tratamiento, habiendo solo diferencias en la evolución entre grupos en la medida del hombro en posición neutra (p: 0.038). En el grupo intervención esta tendencia es continua en todo el periodo. En cuanto al hombro izquierdo no hubo cambios en las mediciones ecográficas a lo largo del tiempo, pero sí se observaron diferencias entre grupos de tratamiento con el hombro en abducción.

Conclusión: La Ecografía de alta resolución nos es de gran utilidad para valorar la evolución del espacio subacromial durante el tratamiento de los pacientes con impigement subacromial, encontrando una tendencia a una mayor mejoría en el grupo de punción seca. El tamaño muestral limita el poder estadístico de nuestro estudio.

Comunicación 09.I

EFECTIVIDAD DE LA PUNCIÓN SECA DE PUNTOS GATILLO MIOFASCIALES EN EL SÍNDROME DE IMPIGEMENT SUBACROMIAL

*A. Garcia Catalán**, L. González Hombrado*, E. González Moya**, A. Garcia Martos*, L. Gangoiti Aguinaga**.*
**Unidad de Reumatología. ** Servicio de Rehabilitación. H. Universitario del Tajo. Avda. Amazonas Central s/n. Aranjuez (Madrid)*

Introducción: El Síndrome de impigement subacromial es una de las principales causas de dolor y pérdida de funcionalidad en el miembro superior. En los últimos años se está utilizando la punción seca como tratamiento de esta patología.

Objetivos: Determinar si añadir tratamiento invasivo con punción seca al tratamiento conservador es más efectivo en cuanto a la funcionalidad del miembro superior medida con la escala DASH, al dolor percibido por el paciente (en reposo y con el movimiento) medido con una escala visual analógica (EVA) y a la repercusión en la calidad de vida del paciente utilizando el cuestionario SF-36.

Diseño: Ensayo clínico aleatorizado controlado ciego simple con dos grupos, uno al que se le aplicará tratamiento conservador con terapia manual + ejercicios (grupo control) y el otro que se le aplicará el mismo tratamiento conservador + tratamiento invasivo con punción seca de puntos gatillo activos y latentes (grupo intervención). Se incluyeron pacientes con hombro doloroso que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: 1. Pacientes mayores de edad con dolor unilateral de hombro sin antecedente traumático de más de 3 meses; 2. Test ortopédicos positivos; 3. Disminución del espacio subacromial objetivado ecográficamente. Criterios de exclusión: 1. Cervicobraquialgias 2. Antecedente traumático, fracturas, luxaciones/inestabilidades o antecedente de cirugía; 3. Enfermedad sistémica; 4. Dolor en hombro secundario a patología neurológica o neuromuscular. 5. Roturas completas del supraespinoso; 6. Calcificaciones mayores a 0,5cm; 7. Capsulitis adhesiva. El tiempo de seguimiento fue de 3 meses, recogiendo resultados en el momento inicial, al mes y al final del estudio. Se compararon las variables basales entre ambos grupos utilizando un test chi-cuadrado y la evolución de las escalas se analizó mediante una prueba ANOVA para medidas repetidas.

Resultados: Se incluyeron un total de 43 pacientes con una edad media de 51.7 ± 10.1 años, 31 (72,1%) mujeres y 12 (27.9%) varones. Se incluyeron 28 (65.1%) hombros derechos y 15 (34.9%) hombros izquierdos. 25 individuos estuvieron asignados al grupo experimental y 18 al grupo control, no encontrando diferencias por edad, sexo y hombro afecto entre grupos de tratamiento. Con respecto a las escalas, la funcionalidad mejora con el tiempo, pero a pesar de que la mejora es mayor en el grupo intervención, la diferencia no fue estadísticamente significativa. Este patrón es similar en la escala EVA, pero sin embargo si encontramos diferencias estadísticamente significativas en el cuestionario SF36 con una mayor mejoría en el grupo intervención.

Conclusión: La punción seca de puntos gatillo en nuestros pacientes consigue un patrón de mejora en las escalas DASH y EVA que, aunque no son estadísticamente significativas, son clínicamente relevantes, probablemente debido al tamaño muestral. Si encontramos diferencias estadísticamente significativas en el cuestionario SF36.

Comunicación I0

PRIMERA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA: ¿QUIEN TIENE UN ECÓGRAFO, TIENE UN TESORO?

A Román Pascual[1], L Rubio Cirilo[2], A Herrero Gonzalez[3], J Arcos Campillo[4], C Acebes Cachafeiro[1].
Servicios de [1]Reumatología. [2]Medicina Preventiva. [3]Informática. [4]Subdirección Médica. Hospital General de Villalba. Carretera de Alpedrete a Moralzarzal Km 41, Collado Villalba

Introduccion: La utilización de la Ecografía en la práctica clínica habitual aporta valor añadido en las consultas de Reumatología mejorando la satisfacción percibida por los pacientes y facultativos. Además, su implementación racional, podría fomentar la capacidad de resolución de los procesos y ahorrar recursos sanitarios.

Objetivos: Objetivo principal: Establecer si la utilización de la Ecografía en la primera consulta de Reumatología puede generar más altas directas de los pacientes atendidos (alta resolución).
Objetivo secundario: Analizar si el uso de la Ecografía en la primera consulta de Reumatología puede ahorrar peticiones de pruebas de imagen y reducir costes.

Métodos: Estudio retrospectivo. Análisis estadístico de las variables obtenidas de la revisión de las historias clínicas electrónicas de una muestra de 4.923 pacientes atendidos de forma sucesiva en primera visita en 5 consultas de Reumatología, de Hospitales de la Comunidad de Madrid, en un periodo comprendido entre el 01 de Julio de 2016 al 01 de Julio de 2017.
Se comparó el porcentaje de pacientes en alta directa en la primera consulta en las 5 agendas de Reumatología general. REU1: consulta en la que se realiza ecografía y REU2-5: consultas en las que no se realiza ecografía. Se contabilizo y se comparó el número y el coste estimado de las pruebas de imagen solicitadas en cada una de las 5 consultas.

Resultados:

	REU 01(si ECO)	REU 2-5(no ECO)	p
Edad (media y DE)	56.07 (SD 15.6)	54.06 (SD 15.2)	< 0.001
Sexo (femenino)	1034 (70.6%)	2473 (71.5%)	0.539
Alta directa (N y %)	503 (34.4%)	539 (15.6%)	< 0.001
P. de imagen solicitada: ECO+RM+Rx (N y %)	773 (52.8)	2626 (75.9)	< 0.001
ECO solicitadas (N y %)	13 (0.9%)	769 (22.2%)	<0.001
RM solicitadas (N y %)	80 (5.5%)	267 (7.7%)	0.005
Coste estimado: ECO/1000 pacientes*	837 €	23.343 €	-
Coste estimado: RM/1000 pacientes **	8.970 €	9.847 €	-

N y %: Número total y porcentaje de pacientes. Estudio estadístico: variables cualitativas T de Student y cuantitativas Chi-cuadrado (χ^2) de Pearson.
*Ahorro generado en Ecografías/1000 pacientes: REU1 vs REU 2-5: 21.413 €. **Ahorro generado en RM/1000 pacientes REU1 vs REU 2-5: 877 €

Conclusiones: El uso de la ecografía en la práctica clínica habitual mejora los circuitos de valoración de los pacientes, generando consultas de alta resolución y disminuyendo el consumo de recursos sanitarios. Para lograrlo es fundamental fomentar la formación, la disponibilidad y la utilización racional de la ecografía en las consultas de Reumatología.

Pósters

Póster 01

INFECCIONES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO, DIFERENCIAS ENTRE "NAÏVE" Y "SWITCHERS". REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA.

Marta Novella-Navarro(1), Alejandro Gómez-Gómez(2), María Auxiliadora Martín Martínez(3), Mercedes Guerra Rodríguez(3),Enrique Calvo Aranda(4), Jorge Juan González Martín(5), Paloma García de la Peña(5).
(1)Hospital Universitario Torrejón de Ardoz. (2)Hospital Universitario Infanta Sofía. (3)Unidad de Investigación Sociedad Española de Reumatología. (4)Hospital Universitario Infanta Leonor. (5)Hospital Universitario Madrid Norte Sanchinarro.

Introducción: Una de las cuestiones más relevantes acerca de los efectos adversos de la terapia biológica en el tratamiento de la artritis reumatoide es el papel que estos fármacos tienen en el desarrollo de infecciones en estos pacientes. Existen datos de numerosos estudios comparativos entre distintos fármacos biológicos, datos de seguridad de ensayos clínicos y datos procedentes de registros de pacientes. Cada vez toma más fuerza la hipótesis de que el riesgo de infección no se debe exclusivamente al fármaco biológico, si no que las comorbilidades del paciente, la evolución de la enfermedad, la gravedad y los tratamientos concomitantes (entre otros factores) juegan un papel importante en el desarrollo de estos efectos adversos.

Objetivos: Revisar sistemática y críticamente la evidencia que existe en la literatura comparando el riesgo de infección entre pacientes tratados con fármacos biológicos por primera vez ("naïve") comparado con pacientes no respondedores a biológicos previos ("switchers").

Material y métodos: Se realizó una estrategia de búsqueda (generada por una documentalista) desde enero 2008 a febrero de 2018 en Pubmed, Embase y Cochrane Library. Posteriormente se realizó una búsqueda manual.

Resultados: Se obtuvieron 2153 artículos, de los cuales se incluyeron en la RS, ocho estudios: 1 ECA, 2 Ensayos Open-label, 1 estudio de extension de ECA, 2 estudios de análisis de subgrupos de ECA y 2 estudios prospectivos de cohortes.

Conclusiones: 1) Tanto las infecciones en general como las infecciones graves más frecuentes en el grupo "switcher". 2) En ambos grupos hay un aumento de infecciones en pacientes tratados con mayor dosis de corticoides. 3) Duración de la enfermedad es mayor en el grupo "switcher" pero no implica un aumnento de las infecciones. 4) escasa incidencia de infecciones oportunistas en ambos grupos. 5) Infecciones de vía respiratoria alta son las más frecuentes en ambos grupos y mayor porcentaje en "switchers". 6) No se analiza el efecto de la actividad de la enfermedad en el desarrollo de infecciones.

Póster 02

COEXISTENCIA DE ARTRITIS REUMATOIDE Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE *(Análisis de 73 casos)*

Flores-Robles BJ (1), Pinillos-Aransay V (1), Lázaro-Guevara JM (2) Elena-Ibáñez A (1), Salazar-Asencio OA (3), Ramalle-Gómara E (4), Merino-Meléndez L (1), López-Martínez JA (1), Victoriano-Lacalle R (5), Sánchez MA (6), Rascón Ramírez FJ (7), Trondin A (7), Esteban-Hernández T (8), Largo-Rodríguez D (8), Sanz-Sanz J (9), Andréu JL(9).
1. Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja, Servicio de Reumatología 2. Universidad de Utah Salt Lake City, Departamento de Genética Humana. 3. Hospital Universitario Son Espases, Islas Baleares, Servicio de Neurocirugía 4. Centro de Investigación Biomédica de la Rioja 5. Centro de salud Nájera, Medicina de Familia, La Rioja 6.Centro de Investigación Puerta de Hierro, Madrid, servicio de Biología Molecular, 7. Hospital Universitario San Carlos, servicio de Neurocirugía 8. Hospital San Pedro, Logroño, servicio de Medicina Familiar y Comunitaria 9. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, servicio de reumatología

Objetivos: Describir las características clínicas y epidemiológicas de 73 pacientes (revisión de la literatura) con diagnóstico concomitante de artritis reumatoide (AR) y espondilitis anquilosante (EspA), incluyendo en dicha revisión, 2 pacientes atendidos en nuestras consultas.

Métodos: Se describen las características epidemiológicas, clínicas y de estudios (radiográficos/laboratorio) de 73 pacientes con diagnóstico concomitante de AR y EspA. Se detectaron 71 casos en la literatura 38 artículos revisados) y 2 diagnosticados en nuestras consultas. Las plataformas utilizadas para la búsqueda utilizando los términos AR y EspA (coexistencia/concomitancia/concurrencia) fueron Pubmed, Medline, Embase, Scopus, librerías virtuales hospitalarias, revistas no indexadas así como una búsqueda manual secundaria.

Resultados: Un total 75% de los pacientes eran hombres con una media de edad de 53.5 años (DT 15), siendo la primera enfermedad diagnosticada EspA en el 52% de casos, 61/70 presentaban erosiones en radiografía de manos y/o pies. En cuanto a la sacroileítis radiológica se observó casi en la totalidad de los pacientes 72/73, 90% tenían positividad para el factor reumatoide (FR) y casi el 90% fueron HLA B-27 positivo.

Conclusiones: La coexistencia de Artritis Reumatoide y Espondilitis Anquilosante es altamente infrecuente. Con los datos obtenidos en esta revisión parece existir una agresividad mayor en la evolución, ya que, en su mayoría presentan un patrón radiológico erosivo, positividad para FR, afectación del esqueleto axial y presencia de nódulos reumatoides en una frecuencia mayor a la que ocurre en pacientes con diagnóstico aislado de cualquiera de las dos entidades. Esta es la revisión de la literatura más amplia hasta el día de hoy en lo que respecta a pacientes con diagnóstico concomitante de AR y EspA.

Tabla1. Revisión de la literatura de los casos publicados de la coexistencia de artritis reumatoide y espondilitis anquilosante

Fuente	No	Sexo	Edad (años)	1er sint	Edad I (años)	1ra enf	Duración (años)	Nódulos	FR	CCP	HLA B27	VSG	PCR	Dol l	Sacil rx	Sindesm	Eros	Uvei	Afect ext
Wilkinson 1958	1	M	55	Artritis	22	AR	33	+	+	NA	NA	NS	NA	+	+	NS	+	+	0
Martel 1961	2	M	47	Artritis	18	AR	29	0	+	NA	NA	NS	NA	+	+	0	+	0	0
	3	F	32	Artritis	30	AR	2	+	+	NA	NA	NS	NA	+	+	+	+	0	0
	4	F	27	Artritis	15	AR	12	+	+	NA	NA	NS	NA	0	+	+	+	0	0
	5	F	42	Artritis	24	AR	18	+	+	NA	NA	NS	NA	0	+	NS	+	0	+
	6	M	52	Artritis	21	AR	31	+	+	NA	NA	NS	NA	0	+	+	+	0	+
	7	M	37	Artritis	29	AR	8	0	0	NA	NA	NS	NA	+	+	NS	+	+	+
	8	M	54	Artritis	43	AR	9	+	+	NA	NA	NS	NA	+	0	NS	+	0	0
London 1964	9	M	26	Artritis	14	AR	12	+	NS	NA	NA	NS	NA	+	+	NS	NS	0	0
Rosenthal 1968	10	M	73	Uveítis	22	Esp	51	+	+	NA	NA	NS	NA	+	+	+	NS	+	+
Husskisson 1970	11	M	80	Dolor l	25	Esp	55	+	+	NA	NA	NS	NS	+	+	+	+	+	0
Valkenburgh 1972	12	F	45	Artritis	36	AR	9	+	+	NA	NA	30	NA	+	+	NS	+	+	+
Luthrah 1976	13	M	59	Dolor l	34	Esp	25	+	+	NA	+	94	NA	+	+	+	+	0	0
	14	M	65	Dolor l	48	Esp	17	+	+	NA	+	75	NA	+	+	+	+	0	0
Rotés Querol 1976	15	M	40	Dolor l	18	Esp	22	0	0	NA	+	110	NA	+	+	0	0	0	0
	16	F	46	Dolor l	27	Esp	19	0	+	NA	+	86	NA	+	+	0	+	0	0
	17	M	51	Dolor l	25	Esp	26	+	0	NA	+	NS	NA	+	+	+	0	0	0
	18	M	50	Dolor l	42	Esp	8	0	0	NA	+	NS	NA	+	+	+	0	0	0
	19	M	53	Dolor l	41	Esp	12	+	+	NA	+	81	NA	+	+	+	+	0	0
	20	M	17	Dolor l	15	Esp	2	0	+	NA	+	NS	NA	0	+	0	+	0	0
	21	M	28	Dolor l	15	Esp	13	0	0	NA	+	NS	NA	+	+	0	0	0	0
Fallet 1976	22	M	64	Dolor l	30	Esp	34	+	+	NA	+	72	NA	+	+	+	+	0	0
	23	M	68	Artritis	29	AR	39	0	+	NA	+	107	NA	NS	+	NS	+	+	0
	24	F	68	Artritis	65	AR	3	+	+	NA	+	55	NA	0	+	NS	0	0	0
	25	M	54	Artritis	40	AR	14	+	+	NA	+	57	NA	+	+	NS	+	0	0
	26	M	67	Artritis	57	AR	10	0	+	NA	0	93	NA	+	+	+	+	0	0
	27	F	75	Artritis	63	AR	12	0	+	NA	+	50	NA	+	+	+	+	0	0
	28	F	58	Uveítis	42	AR	16	0	+	NA	+	71	NA	0	+	NS	+	+	0
	29	M	68	Dolor SI	29	Esp	39	0	+	NA	+	14	NA	+	+	NS	+	0	0
	30	M	44	Mialgia	36	Esp	8	+	+	NA	+	62	NA	+	+	NS	+	0	0
Good 1977	31	M	NS	Dolor l	29	Esp	NS	0	+	NA	+	NS	NA	+	+	+	+	0	0
	32	M	NS	Dolor l	20	Esp	NS	0	+	NA	+	NS	NA	+	+	+	+	0	0
	33	M	NS	Dolor l	34	Esp	NS	0	+	NA	+	NS	NA	+	+	0	+	0	0
Clayman 1978	34	M	48	Dolor l	21	Esp	27	+	+	NA	+	114	NA	+	+	+	0	0	0
Espinoza 1979	35	M	53	Dolo l	47	Esp	6	+	+	NA	+	NS	NA	+	+	NS	+	0	0
Major 1979	36	M	64	Dolor l	28	Esp	36	+	+	NA	+	NS	NA	+	+	+	+	0	0
	37	M	61	Dolor l	NS	Esp	NS	0	+	NA	+	NS	NA	+	+	+	+	0	0
Lemmer 1981	38	M	51	Dolor l	26	Esp	25	+	+	NA	+	NS	NA	+	+	+	+	0	+
Alexander 1981	39	M	55	Artritis	32	AR	23	+	+	NA	+	NS	NA	+	+	NS	+	0	+
	40	M	61	Artritis	54	AR	7	+	+	NA	+	NS	NA	0	+	+	+	0	+
	41	M	NS	NS	NS	NS	NS	+	+	NA	0	NS	NA	NS	+	NS	0	0	0
	42	M	NS	NS	NS	NS	NS	+	+	NA	0	NS	NA	NS	+	NS	+	0	0
	43	M	NS	NS	NS	NS	NS	+	+	NA	+	NS	NA	NS	+	NS	+	0	0
Lavery 1982	44	M	60	Dolor l	18	Esp	42	+	+	NA	+	115	NA	+	+	NS	+	+	+
Alarcón S 1985	45	M	70	Dolor l	NS	NS	NS	+	+	NA	+	38	NA	+	+	+	+	0	0
Serrano-C 1985	46	M	35	NS	22	AR	13	NS	+	NA	+	NS	NA	+	+	NS	NS	0	+
Fallet 1987	47	M	52	Artritis	25	AR	27	0	+	NA	+	NS	NA	+	+	+	+	+	+
	48	M	60	Dolor l	48	Esp	12	+	+	NA	+	NS	NA	+	+	+	+	0	0
	49	M	61	Artritis	40	NS	11	0	+	NA	+	NS	NA	0	+	0	+	0	0
	50	M	56	Dolor l	22	Esp	34	0	+	NA	+	NS	NA	+	+	+	+	+	+
	51	M	66	Artritis	61	AR	5	+	+	NA	+	NS	NA	+	+	0	+	0	0
	52	M	71	Dolor l	21	Esp	50	+	+	NA	+	NS	NA	+	+	+	+	0	0
	53	M	49	Artritis	35	AR	14	0	+	NA	+	NS	NA	+	+	0	+	0	0
	54	F	83	Artritis	69	AR	14	0	+	NA	+	NS	NA	+	+	+	+	0	0
Helfgott 1988	55	M	77	Dolor l	39	Esp	38	+	+	NA	+	96	NA	+	+	+	+	0	0
Sattar 1988	56	M	35	Dolor l	25	Esp	10	0	+	NA	0	53	NA	+	+	+	+	+	+
Martínez-C 1992	57	M	38	Artritis	28	AR	10	NS	+	NA	+	27	NA	+	+	+	+	0	0
Ferreiro-S 1993	58	M	44	Dolor l	43	Esp	13	+	+	NA	+	105	NA	+	+	NS	+	0	+
Toussirot 1995	59	M	48	Artritis	22	AR	26	+	+	NA	0	108	NA	0	+	0	+	0	0
	60	M	77	Artritis	35	AR	42	0	+	NA	0	45	NA	+	+	+	+	0	0
	61	F	27	Artritis	19	AR	8	0	+	NA	+	NS	NA	+	+	0	+	0	0
Genc 2003	62	F	62	Artritis	52	AR	10	NS	0	NA	+	77	95	+	+	+	+	0	+
Guo 2011	63	F	30	Dolor l	23	Esp	7	0	+	+	+	28	8	+	+	NS	+	0	0
Baksay 2011	64	F	57	Dolor l	25	Esp	32	NS	+	+	+	77	75	+	+	+	+	0	0
Feijo Azevedo 2011	65	F	65	Dolor l	64	Esp	1	0	+	+	+	111	90	+	+	+	+	0	0
Aghdashi 2014	66	F	70	Artritis	58	AR	12	NS	+	+	+	85	NS	0	+	+	+	0	0
Dundar 2014	67	M	63	Dolor l	51	AR	12	NS	+	+	NS	66	80	Si	+	NS	+	0	0
Barczynska 2016	68	F	55	Artritis	35	AR	20	+	+	+	+	NS	NS	+	+	+	+	0	0
	69	M	56	Dolor l	34	Esp	22	NS	+	0	+	NS	NS	+	+	+	+	0	0
	70	M	65	NS	NS	NS	NS	NS	+	0	+	NS	NS	+	+	+	+	0	0
Baccouche 2016	71	F	21	Dolor l	20	Esp	1	0	+	+	+	28	8	+	+	+	+	0	0
Flores-Robles 2018	72	M	55	Dolor l	41	Esp	14	+	+	+	+	71	63	+	+	+	0	0	0
	73	F	41	Artritis	35	NS	6	0	+	+	+	11	1	+	+	-	0	0	0
Total	73	M 56	m: 53	Dol l: 34	m: 33,7	Esp 35	m: 19	Si 37/65	Si 65/72	Pos 9/11	Pos 54/60	m 70	m 52	Si 59/69	Si 72/73	Si 39/51	Si 61/70	Si 11/73	Si 16/73

Abreviaturas: 1. No: número de orden; 2. 1er sint: primer síntoma; 3. Edad I: edad de inicio; 4. 1ra enf: primera enfermedad diagnosticada; 5. FR: factor reumatoide; 6. CCP: anticuerpos antipéptido citrulinado; 7. VSG: velocidad de eritrosedimentación en mm/hr; 8. PCR: proteína c reactiva en mg/L; 9. Dol I: dolor lumbar; 10. Sacil rx: sacroileitis radiológica; 11. Sindesm: sindesmofitos en columna; 12. Eros: erosiones radiográficas en manos y/o pies; 13. Uvei: uveítis; 14. Afect ext: afectación extra-articular; 15. M: masculino; 16. F: femenino; 17. AR: artritis reumatoide; 18. Esp: Espondilitis; 19. NS: no especificado por el autor; 20. NA: no aplica; 21. +: Presencia/Positivo; 22. 0: ausencia/negativo; 23. Pos: positivo; 24 m: media.

Póster 03

¿SOMOS NECESARIOS EN LAS URGENCIAS? ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS (IC) REALIZADAS POR NUESTRO SERVICIO DEL HSO A LO LARGO DE UN MES

R. Mustienes, E. Álvarez, A. Rubio, C. Bonilla, J. Sanmartin, E. Cruz, A. Rodriguez, C. Macía, M. Alcalde, A. Cruz
Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Severo Ochoa, Avda de Orellana, 28914, Leganés (Madrid)

Objetivos: Analizar las interconsultas que nos llegan de otros servicios del hospital, incluyendo las urgencias generales, y de nuestro propio servicio de Reumatología, durante todo el mes de Febrero de 2018. Valorar las patologías atendidas más frecuentemente, las técnicas empleadas y la capacidad resolutiva alcanzada.

Métodos: Se realizó la recogida de la actividad en una tabla de Excel, separando las diferentes categorías diagnósticas en: artritis inflamatorias, dolor axial mecánico, osteoporosis, artrosis, partes blandas, microcristalinas, infecciosas, y otros diagnósticos; así como procedencia, sexo, edad, técnicas realizadas y número de citas generadas.

Resultados: Se solicitaron 84 IC. El 65.5% (55) eran mujeres, con una media de edad de 59 ± 18 años. Los servicios que más solicitaron IC fueron: 35(41.7%) de nuestro servicio: 24 de ellas a través de nuestra consulta de enfermería especializada, 8 pacientes que acudieron directamente sin cita y 3 urgencias del Hospital de día de Reumatología; 22 IC (26.2%) de urgencias generales, 17 (20.2%) de pacientes ingresados en medicina interna, 4 (4.8%) de personal de la casa, 3 (3.5%) ingresos en neumología, 1 (1.2%) preoperatorio de anestesia, 1 (1.2%) ingreso en neurología y 1 (1.2%) ingreso en digestivo. Dentro de las diferentes patologías se objetivaron 32 (38.1%) pacientes con artritis inflamatorias, 22 (26.2%) con afectación de partes blandas, 12 (14.3%) microcristalinas, 8 (9.5%) con artrosis, 6 (7.1%) con dolor axial mecánico, 2 (2.4%) artritis infecciosas, 1 (1.2%) con osteoporosis y 1 (1.2%) paciente con otro diagnóstico (parotiditis). En cuanto a las técnicas empleadas: se realizó ecografía en 66 pacientes (78.6%), con artrocentesis eco-guiada en 20 de ellos (23.8%), infiltraciones en 39 (46.4%), curas en 1 (1.2%) paciente con esclerodermia y úlceras, y se solicitaron 2(2.4%) analíticas y 5 (6%) radiografías urgentes. De las 84 IC, 66 (78.6%) fueron resueltas en el mismo día y 18 (21.4%) necesitaron revisiones: 15(83.2%) tuvieron 1 revisión añadida, 1(5.6%) precisó de 3 revisiones, 1(5.6%) necesitó de 5 días de tratamiento con prostaglandinas en hospital de día, y 1(5.6) paciente fue ingresado por trombopenia con una estancia total de 7 días. Con ello se amplió a 114 las IC realizadas por el Servicio de Reumatología a lo largo del mes.

Conclusión: Las patologías predominantes fueron las inflamatorias, de partes blandas y microcristalinas, similar a las publicaciones previas. Destacamos el papel fundamental de consultor del reumatólogo en los hospitales, con una alta capacidad resolutiva, mejorando la calidad asistencial, y evitando ingresos con un seguimiento ambulatorio intenso.

Póster 04

SINDROME DE COGAN: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y EXPERIENCIA CLÍNICA DE 6 CASOS DIAGNOSTICADOS Y TRATADOS EN UN HOSPITAL DE TERECER NIVEL

Tomás Almorza Hidalgo, A. Javier García González.
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Av/Andalucía S/N 28041-Madrid

Introducción: el síndrome de Cogan (SC) es una rara enfermedad inflamatoria englobada dentro de las vasculitis de vaso variable (1). Con escasos casos descritos en la literatura (2), a continuación, presentamos la experiencia clínica sobre esta enfermedad en un único centro de la Comunidad de Madrid.

Presentación clínica: Se trata de una serie de 6 casos (3 mujeres y 3 hombres), con una edad media al diagnóstico de 44 años (32-63). El 100% presentaron sordera, 83% afectación vestibular, 66% queratititis intersticial, 50% vasculitis, 1 artritis periférica, una sacroilitis y una EIIC. Con buen pronóstico ocular (83% mantuvieron agudeza visual), el pronóstico auditivo fue peor, donde la no recuperación de audición fue la norma. El 100% de los pacientes recibieron esteroides, la mayoría en forma de bolos de metilprednisolona, así mismo todos los pacientes recibieron inmunosupresores en distintas combinaciones (Ciclofosfamida, Metotrexato, azatioprina) y el 50% terapia biológica, siendo infliximab el biológico más utilizado. Un paciente falleció por una endocarditis bacteriana.

Conclusiones: Según nuestro conocimiento, se trata de la serie de pacientes con Cogan más larga descrita a nivel nacional, mostrando unas características generales similares a las series más largas a las publicadas con antelación. Destaca la presencia de afectación de grandes vasos con un 50%, así como manifestaciones articulares en dos de los casos de nuestra serie (33%). En ausencia de evidencia de eficacia, se utilizaron esteroides a dosis altas de manera universal, con un uso heterogéneo de inmunosupresores y biológicos.

Bibliografía: 1.- Cogan DG. Syndorme of nonsyphilitic intrestitial keratitis and vestibular symptoms. Arch Opthalmol 1945;33:144-9. 2.- Michael B. Gluth, Keith H. Baratz, Eric L. Matteson, Colin L.W. Driscoll, Cogan Syndrome: A Retrospective Review of 60 Patients Throughout a Half Century,Mayo Clinic Proceedings,Volume 81, Issue 4,2006,Pages 483-488.

Paciente	Sexo	Edad al diagnóstico	Afectación auditiva	Afectación Vestibular	Afectación Ocular	Afectación Aorta/Grandes vasos	Otra afectación sistémica	Tratamientos sistémicos recibidos	Evolución
1	Varón	49	Sordera Neurosensorial con afectación coclear bilateral.	Vértigo periférico.	Queratitis Intersticial	Aortitis torácica descendente. Afectación de Carótida izquierda.	No	Bolos esteroides. 1ª Línea: CFM+PDN 2ª Línea: MTX+PDN 3ªLínea: AZA+PDN 4ªLínea: IFX+AZA+PDN	No pérdida de AV. Recuperación parcial de audición.
2	Mujer	63	Hipoacusia neurosensorial grave oído derecho.	No	Queratitis intersticial. Uveítis ojo izquierdo.	No	No	Bolos esteroides 1ªlínea: AZA+PDN 2ªlínea: MTX+PDN	No pérdida AV. Hipoacusia
3	Varón	46	Sordera neurorensorial Oído izquierdo.	Vértigo periférico.	Uveítis Bilateral. Escleritis Bilateral.	Aortitis (aorta abdominal). Arterias ilíacas. Carótidas comunes, bifurcación y carótidas externas.	Sacroileítis Artritis Tobillo derecho.	Bolos esteroides. 1ªlínea: CFM+PDN 2ªlínea: MTX+PDN 3ªlínea: TCZ+MTX+PDN	AV mejoría tras tratamiento. Cofosis. Éxitus debido a endocarditis.
4	Mujer	42	Hipoacusia neurosensorial, oído derecho.	Vértigo periférico.	Epiescleritis nodular bilateral. Escleritis OD Uveítis OI	Aortitis torácica descendente.	Artritis de tobillo bilateral	1ªlínea: AZA+DZC	No pérdida de AV. Hipoacusia mantenida
5	Varón	34	Hipoacusia neurosensorial Oído izquierdo.	Vértigo periférico.	Queratitis intersticial. Uveítis bilateral.	No	Ileítis terminal aftosa, Tipo Crohn	Bolos esteroides 1ªlínea: MTX+PDN 2ªlínea: IFX+MTX+PDN	No pérdida de AV. Hipoacusia neurosensioral mantenida.
6	Mujer	32	Acúfeno bilateral Hipoacusia neurosensorial grave oído derecho.	Vértigo periférico	Queratitis intersticial derecha Uveítis anterior Izquierda.	No	No	Bolos esteroides 1ª línea: MTX+PDN 2ªlínea: IFX+PDN	No pérdida de AV. Estable dominio auditivo-vestibular Mejoría de queratitis intersticial

Póster 05

ANÁLISIS TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO ¨HOMBRO DOLOROSO¨ EN UN ÁREA SANITARIA DE MADRID

Sanmartín Martínez JJ. Bonilla Ramos C, Mustienes Bellot R. Rubio Hortanilla A. Collado Ramos P. Alcalde Villar M, Rodríguez AB, Macía C, Cruz Valenciano A.
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid 28914

OBJETIVO: Tras un año de la implantación del proceso de gestión "Hombro doloroso" (HD) en nuestra área de salud:
1.- Analizar el grado de cumplimiento en la derivación desde Atención Primaria (AP) a Reumatología.
2.- Valorar en Reumatología los procedimientos realizados y resolución del proceso en una visita.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recogen de las primeras visitas en el centro de especialidades MALG durante todo febrero de 2018 que, tras la consulta, tenían diagnóstico de HD y se revisa el cumplimiento de los requisitos del protocolo y procedimientos realizados:
Criterios de derivación:
- HD agudo (<6 meses): No trauma previo, dolor en reposo, cinesiterapia, infiltración en AP y su indicación.
- HD crónico (>6 meses): No trauma previo, dolor en reposo, cinesiterapia, infiltración en AP y su indicación.

RESULTADOS: Los pacientes con HD suponían un 22.39 % de todas las primeras visitas citadas. De ellos el 91.8% eran derivados de AP y el resto de otras especialidades. Los hombres representaban un 28.76% de los pacientes y las mujeres un 71.24%. La edad media eran 60.53 años.

CONCLUSIONES:
1. Se cumple (95%) la no derivación de HD con trauma previo de < 6 meses. Sin embargo, objetivos primordiales como una indicación de ejercicio en AP solo lo refieren el 26% y la Rx previa un 44%.
2. Se cumplen los requisitos de derivación en un 50-60% de los pacientes en Reumatología.
3. Este estudio evalúa la situación del proceso HD para implementar medidas de mejora en el mismo.

% cumplimiento del total / Duración del dolor		4.7% **Trauma previo**	57% **Dolor en reposo**	26% **Ejercicios previos**	16% **Infiltración previa**	44% **Rx previa**	53% **Infiltrado consulta**	49% **Ecografía reglada**	57,5% **Alta tras 1ª visita**
Agudo < 6 meses 21 (29%)	Si	1 (4.7%)	8 (38.1%)	2 (9.5%)	0 (0%)	8 (38.1%)	3 (14.3 %)	7 (33.3%)	12 (57.1%)
	No	20 (95.3%)	13 (61.9%)	19 (90.5%)	21 (100%)	13 61.9%)	18 (85.7%)	14 (66.7%)	9 (42.9%)
Crónico > 6meses 52 (71%)	Si	9 (17.3%)	23 (44.2%)	17 (32.7%)	12 (23.1%)	24 46.2%)	36 (69.2%)	29 (55.8%)	30 (57.7%)
	No	43 (82.7%)	29 (53.8%)	35 (67.3%)	40 (76.9%)	28 (53.8%)	16 (30.8%)	23 (44.2%)	22 (30.3%)

Póster 06

INFECCIONES SECUNDARIAS A FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO

Zulema Rosales Rosado, Judit Font Urgelles, Dalifer Freites Núñez, Leticia León, Juan A Jover Jover, Benjamín Fernández G, Lydia A Alcazar. Hospital Clínico San Carlos, C/ Prof. Martín Lagos s/n, Madrid

Objetivos: Describir la incidencia y características delos eventos adversos infecciosos (EAI) secundarios a fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) en pacientes con Artritis Reumatoide (AR) de inicio que obligaron a la suspensión del fármaco, así como los factores asociados a su desarrollo.

Métodos: Estudio longitudinal observacional retrospectivo. Inclusión: pacientes con AR de inicio diagnosticada entre el 15/04/07 y el 31/12/15 seguidos en Reumatología en nuestro centro hasta el 31/12/16, en tratamiento con cualquier FAME (sintético y biológico). Variable principal: desarrollo de un EAI secundario al FAME que obligase a la suspensión del mismo (moderado: interrupción, grave: interrupción con hospitalización o muerte). Variables secundarias: sociodemográficas, clínicas y de tratamiento. Análisis estadístico: tasas de incidencia de suspensión (TI) por 100 pacientes-año con intervalos de confianza del 95% [IC]. El análisis de factores asociados al desarrollo de EAI, se realizó mediante modelos de múltiples de regresión de Cox (resultados expresados en Hazard ratio (HR) e [IC]).

Resultados: Se incluyeron 814 pacientes (3706 pacientes-año).77,5% eran mujeres con edad media al diagnóstico de57,5 ± 15,5 años. De los cursos de FAME, el 13,7% eran biológicos. Hubo 61 EAI (TI: 1,7 [1,3-2,1]) siendo la infección respiratoria bacteriana la causa más frecuente (42.6%), seguida de las infecciones oportunistas (24.5%); 6 pacientes murieron por EAI (TI: 0.2 [0.1-0.4]). En el análisis de regresión múltiple, el sexo masculino (HR 2,4, p=0,008), la enfermedad cerebrovascular (HR 3,9, p=0,005), el uso de FAME biológico (HR 4,2, p=0,000) y el uso de corticoides (HR 1,6, p=0,006) fueron factores de riesgo para el desarrollo de EAI. Repetimos el modelo de regresión múltiple con todas las variables del modelo, pero cambiando la categoría de referencia de FAME: Abatacept (HR: 8.9, p=0.026), Tocilizumab (HR: 5.9, p=0,001), Certolizumab (HR: 4.4, p=0.025), Infliximab (HR: 3.8, p=0.010) y Adalimumab (HR: 3.1, p=0.020); el resto de FAME no obtuvo significación estadística.

Conclusión: La incidencia EAI por FAME fue de 1.7% pacientes-año, con una TI de muerte del 0,2%. La infección bacteriana respiratoria fue la principal causa. Debemos tener especial cuidado en cuanto a EAI en pacientes de sexo masculino, con enfermedad cerebrovascular y que utilizan biológicos o corticoides.

Póster 07

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL APREMILAST EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

O. Rusinovich, C. Merino Argumánez, M. Espinosa Malpartida, H.Godoy Tundidor, J. Campos Esteban, C. Barbadillo Mateos, J.L. Andreu Sánchez, L.F. Villa Alcázar, J. Sanz Sanz, C.M. Isasi Zaragoza, M. Jiménez Palop.

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda

Introducción: Apremilast (APR) es un inhibidor de la fosfodiesterasa 4, recientemente autorizado para el tratamiento de artritis psoriásica y psoriasis en placas.

Objetivos: Objetivo primario: descripción de las características clínicas y evolutivas de una serie de pacientes tratados con APR en un hospital terciario, en condiciones de práctica clínica habitual. Objetivo secundario: descripción de efectos adversos durante el tratamiento.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico en el que fueron incluidos todos los pacientes con diagnóstico de artritis psoriásica tratados con APR desde abril 2016 hasta la actualidad. Se recogieron características clínicas y demográficas de la muestra, tolerancia y efectos adversos durante el tratamiento con APR.

Resultados: 64 pacientes: 16 varones (25%) y 48 mujeres (75%) con la edad mediana de 56 años. Tiempo medio de duración de enfermedad: 8,01 años. Patrón de afectación articular: periférico puro (25%), mixto (22%), entesitis pura (20%), periférico+dactilitis (13%), axial (10%), periférico+entesitis (10%). Motivo de indicación de APR: artritis (35,9%), entesitis+psoriasis (31,25%), artritis+dactilitis+/-entesitis (12,5%), artritis+entesitis (7,8%), entesitis+dactilitis (7,8%), psoriasis (4,7%). Terapias previas: 2 antiTNF (10 pacientes), 3 antiTNF (2 pacientes), >3 biológicos (4 pacientes), Secukinumab (16 pac.), Ustekinumab (4 pac.), LFN (19 pac.), MTX (34 pac.), solo MTX (7 pac.), SSZ (27 pac.). Utilización de APR: monoterapia (85%), con MTX (11,67%), con LFN (3,33%). Motivos de elección: intolerancia/contraindicación a FAME, precaución/contraindicación al tratamiento biológico, ineficacia a FAME antes de comenzar el tratamiento biológico, ineficacia biológicos y FAME. Respuesta al tratamiento: respuesta completa (25%), respuesta parcial (23,44%), suspendido (32,81%), no datos aun (18,75%). Motivo de suspensión: ineficacia (14 pac.), cefalea (3 pac.), cefalea + astenia (2 pac.), náuseas (1 pac.), insomnio (1 pac.). Efectos secundarios: diarrea leve, cefalea. Tiempo hasta respuesta: en respondedores completos 1-6 meses, en respondedores parciales 3-9 meses. Resultados respuesta: artritis (40%), entesitis (50%), lesiones cutáneas (80%).

Conclusiones: Apremilast es un tratamiento eficaz en algunos pacientes con una respuesta inadecuada previa a 1, 2 o 3 FAME. Puede usarse en monoterapia y no precisa controles periódicos analíticos. Presenta buen perfil de seguridad en esta serie de pacientes con diagnóstico de artritis psoriásica en condiciones de práctica clínica real.

Póster 08

DESCRIPCION DE LESIONES ECOGRAFICAS EN ARTROSIS DE MANOS, ANALISIS PRELIMINAR

Cristina Vergara-Dangond, Silvia Rodríguez-Rubio, Jorge González-Martin, Irene Amil Casas, Carolina Marin Huertas, Patricia Alcocer, Enrique Calvo Aranda, Tamara Rodriguez-Araya, Francisco Aramburu Muñoz, Paloma García de la Peña-Lefebvre.
Hospital Universitario HM Madrid. Calle Arapiles 8

Objetivo: Describir la frecuencia de las lesiones ecográficas elementales en pacientes con artrosis de manos y su relación con aspectos clínicos y de laboratorio.

Métodos: Se incluyeron consecutivamente pacientes con diagnóstico clínico de artrosis de manos atendidos en la consulta de reumatología desde octubre de 2017 a agosto 2018.
Se recogieron datos demográficos y clínicos (género, edad, profesión, comorbilidades, mano dominante y más sintomática, NAT, NAD, EVA dolor, EVA global, EVA médico, presencia de nódulos, presencia de dactilitis y de osteofitos) y analíticos (FR, Anti-CCP, urato, PCR y VSG).
La evaluación ecográfica fue hecha por un reumatólogo experto en la técnica (nivel 1 EULAR), en modo B (MB) y power Doppler (PD) con un ecógrafo General Electric Logicq V3 sonda lineal con parámetros ecográficos predeterminados estables.
Se evaluaron los tendones flexores de la mano a nivel del carpo, metacarpos y dedos en ambas manos. Se evaluaron las articulaciones metacarpofalángicas (MCF), interfalángicas proximales (IFP) y distales (IFD) del 1º al 5º dedo en su aspecto palmar y dorsal. Se graduó la presencia de tenosinovitis en MB y PD según la escala semi-cuantitativa OMERACT (0-3). La sinovitis, los quistes de polea y los osteofitos se graduaron de forma dicotómica (Sí/No).

Resultados: Se han incluido 44 pacientes, 39 mujeres (86,7%), con media de edad de 62,6 años (45,2-79,8). El 77,8% no eran fumadores activos ni ex-fumadores. Las profesiones mas frecuentes fueron administrativos (30,2%) y amas de casa (27,9%). El 13,6% tenían HTA, un 11,4% HTA y DL y un 11,4% tenían hipotiroidismo. El 33% de pacientes tenía antecedentes familiares de artrosis de manos. De los pacientes que tenían radiografía de manos hecha, se encontraron alteraciones en un 97,2%.
La mano dominante fue la derecha en el 93% de los pacientes, sin embargo la mano derecha era sintomática solo en el 64,4%. El 86,7% tenía nódulos clínicamente y se vieron alteraciones radiográficas en un 97,2%. Las medias del NAT, NAD , EVA dolor, EVA global fueron 0,5 (0-4), 1,4 (0-10), 3,8 (0-8) y 3,4 (0-8), respectivamente. El FR fue positivo en 3 pacientes, los anti-CCP en ninguno. La media de la PCR (mg/dl) y VSG (mm/h) fue de 0,52 (0,1-2) y 9,6 (2-49), respectivamente. Solo dos pacientes tuvieron tenosinovitis ecográfica, no detectada en la exploración. De todos los dedos explorados, el 80,2% presentaban osteofitos y el 32% presentaban sinovitis de interfalángicas, ambos hallazgos mas frecuentes en la mano dominante. Se vieron 21 quistes de polea, similar frecuencia en ambas manos.

Conclusiones: Los hallazgos ecográficos mas prevalentes en este estudio (presencia de osteofitos, baja frecuencia de sinovitis y tenosinovitis) son los esperados en una patología mecánica como es la artrosis. Los hallazgos fueron mas prevalentes en la mano dominante, en concordancia con los síntomas.

Póster 09

CONSULTAS REVERBERANTES EN ESPECIALIDADES RELACIONADAS CON APARATO LOCOMOTOR Y CAMBIOS EN LA DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A REUMATOLOGÍA EN UN MES DE 2015 Y 2018

*Bonilla C, Sanmartín J.J, Mustienes R, Rubio A, Alcalde M, Collado P, Macía C, Álvarez E, Rodríguez AB, Cruz A.*Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades musculoesqueléticas (EM) de alta prevalencia tienen una importante demanda desde Atención Primaria a Reumatología (REU) y a otras especialidades relacionadas con el aparato locomotor (ERAL) como Traumatología (COT), Unidad del Dolor (UD) y Rehabilitación (RH). Muchas pacientes son vistos de forma simultánea (consultas reverberantes) en estos servicios y en ocasiones por el mismo motivo. El análisis periódico de nuestra demanda desde AP nos ayuda a conocer los cambios que se producen y a realizar mejoras para su abordaje. Analizamos la demanda al centro de especialidades MALG (CE.MALG) desde AP durante los meses de febrero de 2015 y 2018. Factores de cambio: historia electrónica y cambios de personal de AP y Especializada.

OBJETIVOS: 1. Conocer las características de las derivaciones desde AP a Reumatología en Febrero 2018 en nuestra área de salud. 2. Evaluar los cambios de citas reverberantes de los pacientes derivados a consultas relacionadas con el aparato locomotor. 3. Comparar los resultados del análisis del 2018 con los previos de 2015.

MÉTODOS: Estudio descriptivo. En febrero de 2015 y 2018, se han recogido de forma prospectiva todos los pacientes nuevos citados en las consultas de REU del CE.MALG y sus características: procedencia de AP, acuden a la consulta, número de citas en el año previo y 6 meses posteriores en ERAL y lista de espera.

RESULTADOS: Los resultados se muestran en las tablas:

Tabla 1.	Nº Total pacientes		Derivados desde AP	
	2015	2018	2015	2018
Nº pacientes vistos	244 (85%)	326 (94,49%)	241	308
No acuden	44 (15%)	19 (5,5%)	41	18
Total nuevos citados	288	345	271 (94,09%)	326 (94,4%)
Días de lista de espera	133	11		

Tabla 2.	12PRE/ 6POST (nº pacientes)		Nº citas COT		Nº citas UD		Nº citas RHB		Consultas reverberan	
	2015	2018	2015	2018	2015	2018	2015	2018	2015	2018
Nº pacientes vistos	120 (49%)	118 (36,2%)	224	108	37	2	35	11	296	121
No acuden	30 (68%)	7 (36,8%)	76	5	12	4	7	0	95	9
Total nuevos citados	150 (52%)	125 (36,2%)	300	113	49	6	42	11	391	130 (37,7%)

CONCLUSIONES: La mayoría de pacientes son derivados desde Atención primaria (94,4% en 2018). Se ha producido un incremento del 19% en el número de pacientes nuevos citados respecto a 2015. Hay un descenso en las consultas reverberantes (130 citas en 2018 frente a 391 en 2015) y ha bajado el número de pacientes que no acuden a la cita de un 15% al 5.5%. Esto es una clara mejora en la asistencia probablemente debida a la menor lista de espera. Los pacientes que no acuden a las citas son especialmente frecuentadores. En 2015, el 68% de los pacientes que no acudieron tenían más citas en especialidades relacionadas con el aparato locomotor, frente a un 37% en 2018.

Póster I0

PATOLOGÍA DERIVADA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A REUMATOLOGÍA. CAMBIOS EN EL PERFIL DE DERIVACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS: CAUSAS INTERNAS Y EXTERNAS

Bonilla C, Sanmartín J.J, Mustienes R, Rubio A, Alcalde M, Collado P, Macía C, Álvarez E, Rodríguez AB, Cruz A
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid

INTRODUCCIÓN: Atención primaria (AP) es el principal proveedor de derivaciones a nuestras consultas ambulatorias de Reumatología. Las enfermedades musculoesqueléticas (EM) de alta prevalencia tienen también una alta demanda desde AP a otras especialidades relacionadas con el aparato locomotor (ERAL) como Traumatología (COT), Unidad del Dolor (UD) y Rehabilitación (RH). Muchos pacientes son vistos de forma simultánea (consultas reverberantes) en estos servicios y en ocasiones por el mismo motivo. Evaluar periódicamente los grupos diagnósticos más frecuentes demandados por AP nos ayuda a realizar mejoras para su abordaje. Analizamos las patologías derivadas al centro de especialidades MALG (CE.MALG) desde AP durante los meses de febrero de 2015 y 2018 y los cambios que se han producido en estos 3 años, con cambios externos e internos a los propios servicios: implantación de la historia electrónica y Proceso Hombro doloroso, disminución de demora (de 133 a 11 días), cambios de personal de AP y Especializada (OPE, traslados y jubilaciones).

OBJETIVOS: 1. Conocer los grupos diagnósticos de primeras visita derivadas desde AP a Reumatología en febrero 2018 en nuestra área de salud. 2. Evaluar citas reverberantes en consultas relacionadas con el aparato locomotor por grupos de diagnóstico. 3. Comparar los resultados del análisis del 2018 con los previos de 2015.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo. En febrero-2018-2015, se han recogido de forma prospectiva, todos los pacientes nuevos citados en las consultas de REU del CE.MALG. Al final de la visita, se incluía en un grupo diagnóstico (Tabla 1). Se ha recogido la reverberación como número total de citas en el año previo y 6 meses posteriores a nuestra cita en otras ERAL y los días de lista de espera.

RESULTADOS: Los resultados se muestran en la tabla.

Grupos Diagnósticos tras 1ª visita	Pacientes (%) Febrero 2015	Nº consultas reverberantes (C/P) Febrero 2015	Pacientes (%) Febrero 2018	Nº de consultas reverberantes (C/P) Febrero 2018
Hombro doloroso	**49** (19,6)	**86** (1.8)	**73** (21,15)	**25**(0.3)
Dolor axial mecánico	**39** (15,6)	**35** (0 .9)	**45** (13,08)	**21**(0.4)
Osteoporosis	**38** (15,2)	**52** (1.3)	**52** (15,11)	**24**(0.4)
Poliartrosis/artrosis de manos	**26** (10,4)	**31** (1.2)	**18** (5,23)	**8** (0.4)
Gonartrosis	**27** (10,8)	**39** (1.4)	**21** (6,10)	**10** (0.5)
Síndrome trocantéreo	**19** (7,6)	**13** (0.7)	**9** (2,61)	0(0)
Patología inflamatoria	**23** (9,2)	**13** (0.6)	**30** (8,72)	**7**(0.2)
Otros	**18** (7,2)	**27**(1.5)	**86** (25,7)	**26**(0.26)
Días de lista de espera	2015	133	2018	11

C/P: consultas por paciente.

CONCLUSIONES: El hombro doloroso sigue siendo la patología más demandada a pesar de la implantación de una gestión por procesos en este ámbito. Se mantiene un 9% de patología inflamatoria derivada con la menor reverberación en los 2 análisis. Las consultas reverberantes han disminuido claramente en todos los grupos diagnósticos, atribuimos esta mejora al menor número de días de demora.

Póster II

ESPECTRO CLÍNICO Y TRATAMIENTO DE LA POLICONDRITIS RECIDIVANTE: A PROPÓSITO DE 12 CASOS

P. Moreno, L. Martínez-Quintanila, N. García, J.M. Álvaro-Gracia, I. González, A. Humbría, I. Llorente, E. Patiño, A. M. Ortiz, E. Tomero, E. Vicente, R. García de Vicuña, S. Castañeda Sanz.
Servicio de Reumatología HU La Princesa IIS/IP (Madrid España)

La policondritis recidivante (PR) es una enfermedad autoinmune sistémica caracterizada por inflamación de los tejidos cartilaginosos asociada a la aparición de síntomas ocasionados por la afectación de otros tejidos no cartilaginosos y la presencia de síntomas sistémicos.

Objetivo: Describir las características clínicas y el tratamiento de los pacientes diagnosticados de PR del área sanitaria perteneciente a un hospital universitario de tercer nivel.

Pacientes y Métodos: Se obtuvieron los datos de los pacientes diagnosticados de PR por un reumatólogo del centro a partir del programa de historia clínica informatizada.

Resultados: Un total de 12 pacientes fueron incluidos. 66,7% fueron mujeres, edad de diagnóstico de 36 [34-52,5] años (mediana [p25-p75]). La principal afectación observada fue la afectación auricular (75%) seguida de la nasal (66,7%) y articular (66,7%), y laringo-traqueo-bronquial (50%). Dos tercios de los pacientes estaban tratados con terapia biológica en el momento de la observación. El 100% de los pacientes que recibieron terapia biológica habían recibido infliximab como primera opción. Otras terapias biológicas utilizadas por orden de frecuencia fueron adalimumab (25%), rituximab (25%) y tocilizumab (12,5%). El 50% de los pacientes asociaron antes o durante el seguimiento otra enfermedad autoinmune (enfermedad de Cröhn, epidermólisis bullosa, colangitis biliar primaria, hipotiroidismo autoinmune, lupues eritematoso sistémico, granulomatosis con poliangeitis, colitis ulcerosa). Tan sólo un paciente (8,33%) asoció enfermedad hematológica (síndrome mielodisplásico), y otro falleció a lo largo del seguimiento.

Conclusión: La policondritis recidivante es una enfermedad poco común con un amplio espectro clínico de presentaciones, que requiere a menudo un manejo agresivo para el correcto control de sus manifestaciones, con frecuencia graves cuando existe implicación del árbol traqueo-bronquial o asociado a otras enfermedades autoinmunes.

Póster I2

UNA DECADA EN REUMATOLOGIA: DESCRIPCIÓN DE 35.595 PACIENTES RECOGIDOS EN UNA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DEPARTAMENTAL

A Madrid, Z Rosales, C Lajas, E Pato, C Vadillo, P Macarrón, M Blanco, G Candelas, IC Morado, F Olmedo, C Martínez, E Toledano, B Fernández-González, JA Jover, L Abásolo, L Rodríguez Rodríguez. UGC de Reumatología e Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC), Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas y de calidad de vida, obtenidas durante la rutina asistencial, de los pacientes recogidos en una historia clínica electrónica departamental de reumatología (MediLOG).

Métodos: Se incluyeron todos los contactos de pacientes atendidos en consultas de reumatología por primera vez entre abril de 2007 y noviembre de 2017. Para garantizar la integridad de los datos, se aplicaron los siguientes criterios: a) información consistente en todas las tablas de la base de datos; b) consistencia entre la información recogida en texto libre por el facultativo con la información codificada; y c) registros no duplicados ni incompatibles. La extracción de los datos se hizo mediante SQL y el procesamiento y análisis de estos se llevó a cabo utilizando R.

Resultados: Con una población inicial de 38.419 pacientes con 140.246 contactos y 2.299 variables de estudio, se analizaron 35.595 pacientes con 117.951 contactos, tras aplicar los distintos criterios de calidad. La edad mediana (rango intercuartílico; RIC) en la primera visita fue de 55,7 (43,869,9) años (69,7% mujeres). El porcentaje de pacientes con una, dos, tres, cuatro y cinco o más visitas fue de 45,8%, 54,2%, 32,8%, 22,9% y 17,2% respectivamente. La mediana (RIC) del tiempo entre visitas consecutivas fue de 71 (32-140) días. Los cinco diagnósticos predominantes en la primera visita fueron: tendinitis de miembros superiores (12%), lumbodorsalgia (10,8%), dolor en articulación (8,3%), artrosis periférica de rodilla (6,4%) y tendinitis de miembros inferiores (5,3%). Un total, el porcentaje de enfermedades inflamatorias y no inflamatorias supusieron un 12,2% y un 74,9%, respectivamente. Un 12,9% de los pacientes no recibió ningún diagnóstico en primera visita. Los tratamientos más habituales fueron analgesia de primer nivel (25,5%), antiinflamatorios no esteroideos (AINEs; 24,4%), protector gástrico (11,9%), corticoides vía oral (6,1%) y calcio-vitamina D (5,9%). Un 2,1% y 0,1% de los pacientes recibió tratamiento con inmunosupresores sintéticos y biológicos. El valor mediano (RIC) de calidad de vida, medida con el çindice de Rosser fue de 0,986 (0,973-0,995). A partir de la quinta visita, los diagnósticos predominantes fueron: artritis reumatoide (20,08%), tendinitis de miembros superiores (5,9%), artrosis periférica de rodilla (5,2%), polimialgia reumática (5,1%) y espondilitis anquilosante (4,5%). Las enfermedades inflamatorias supusieron un 54,4% y las no inflamatorias un 44,5%. Un 1,1% no recibió ningún diagnóstico. Los tratamientos más habituales fueron calcio-vitamina D (13,1%), analgesia de primer nivel (12,4%), corticoide vía oral (11,2%), protector gástrico (9,3%) y ácido fólico (8,1%). Además, el porcentaje de tratamientos inmunosupresores no biológicos y biológicos fueron un 17% y 2,3%, respectivamente. El valor mediano (RIC) del índice de *Rosser* fue de 0,986 (0,973-0,995).

Conclusiones: En la primera visita la mayor parte de los pacientes recibió un diagnóstico de enfermedad reumática no inflamatoria y recibió tratamiento fundamentalmente con analgesia de primer nivel y AINEs. Por el contrario, en aquellos pacientes que requirieron un seguimiento más prolongado, predominaron los diagnósticos de enfermedades inflamatorias y el tratamiento con esteroides adquirió una mayor relevancia. También se incrementó el porcentaje de pacientes tratados con inmunosupresores.

Póster I3

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

Ana M. Anzola Alfaro; Liz R. Caballero Motta; Luis A. Torrens Cid; Christian Y. Soleto; Laura Trives Folgera; Katherine F. López; Juan G. Ovalles Bonilla; Iustina Janta; Carlos M. González Fernández; Juan Carlos Nieto González; Indalecio Monteagudo Sáez.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón; Calle del Dr. Esquerdo 46, 28007, Madrid

Objetivo: El presente estudio compara la eficacia en práctica clínica del uso de metotrexato (MTX) oral (VO) versus subcutáneo (SC) en pacientes con Artritis Reumatoide (AR) de reciente diagnóstico tras un año del inicio de MTX.

Método: se estudió una cohorte retrospectiva de pacientes con AR de reciente diagnóstico en tratamiento con MTX entre el 01-09-2015 y el 01-09-2017, con seguimiento hasta 1 año después del inicio de tratamiento. La decisión de prescribir MTX subcutáneo u oral fue tomada por el reumatólogo responsable del caso. Se recogieron datos demográficos, clínicos y de laboratorio, dosis de MTX, vías de administración y cambios de tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 26 pacientes con AR de los cuales 21 (80.8%) eran mujeres, con edad promedio de 57.34 años. Se obtiene una media de 36.2 semanas entre inicio de síntomas y tratamiento. Las características de los pacientes se describen a continuación:

	Total	*MTX Oral*	*MTX Subcutáneo*	*Significancia (P)*
Pacientes	26	14 (53.84%)	12 (46.15%)	
Dosis MTX promedio (mg)	12.5	11.07	14.16	0.000082
FR positivo	19 (73.07%)	9 (64.28%)	10 (83.33%)	0.11
ACCP positivo	15 (57.69%)	6 (42.85%)	9 (75%)	0.09
Media NAD	10.96	10.28	10.96	0.7
Media NAI	6.88	4.07	10.16	0.064
Media PCR	2.89	3.36	2.39	0.44
Media VSG	34.88	37.61	31.91	0.69

En 7 (23%) de los pacientes se requirió cambio de vía tras una media de 30 semanas. El cambio se produjo en la mayoría de casos por respuesta ineficaz a la VO.

MTX	*Inicio*	*5-7meses*	*Al Año*
Oral	14	12	6
SC	12	11	14
Suspendido	0	3	6

Conclusión: Este estudio nos demuestra que los pacientes similares que inician tratamiento con MTX VO a dosis usuales presentan en mayor medida necesidad de tratamiento o vía de administración. En cambio, los que inician por vía SC presentan una mejor tolerancia, mayor adherencia al tratamiento y menor necesidad de ajustes.

Póster I4

ENFERMEDAD RELACIONADA CON IgG4: SERIE DE CASOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL MADRILEÑO TERCIARIO

Verónica García-García[1], Walter Alberto Sifuentes-Giraldo[1], José Luis Morell-Hita[1], Rosario Carrillo-Gijón[2], Mónica Vázquez-Díaz[1]
Servicios de Reumatología[1] y Anatomía Patológica[2], Hospital Universitario Ramón y Cajal, Ctra. Colmenar Viejo, Km 9,100, 28034, Madrid

Objetivos: Describir las características clínicas e histopatológicas que presentan los pacientes diagnosticados de enfermedad relacionada con la IgG4 (ER-IgG4) en un hospital terciario madrileño.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y unicéntrico en el que incluyeron a los pacientes con diagnóstico definitivo o probable de ER-IgG4 según los criterios de *Deshpande et al.* (Consensus statement on the pathology of IgG4-related disease. Mod Pathol. 2012*)* atendidos en nuestro centro desde octubre 2012 a abril 2018. Se identificaron 16 pacientes, de los cuales 4 fueron excluidos (2 por falta de seguimiento, uno por estar pendiente de completar estudio y uno por sospecha clínica de malignidad). Se recogieron los datos demográficos, clínicos, histopatológicos, niveles séricos de IgG e IgG4 y tratamiento recibido a partir de la revisión de sus historias clínicas.

Resultados: Se trata de una serie de 10 varones (83%) y 2 mujeres (17%), con una mediana de edad al diagnóstico de 56,5 años (rango: 31-73). En cuanto a la forma de presentación clínica, 4 casos debutaron como aumento de volumen de glándula submaxilar (uno también con afectación sublingual), 2 como tumor orbitario unilateral (uno de los cuales asoció a posteriori afectación articular), uno con ictericia (afectación de colédoco distal), uno con dolor abdominal (pancreatitis autoinmune tipo I y probable colangitis esclerosante relacionada con IgG4), uno con tumoración en septo nasal izquierdo, uno por tumoración laterocervical izquierda (afectación ganglionar) y el último por hallazgo de nódulos pulmonares y proteinuria persistente (ER-IgG4 con compromiso pulmonar y renal). A la histopatología, todos mostraron infiltrado inflamatorio con abundante presencia de células plasmáticas (excepto en un paciente en el que eran escasas, aunque todas IgG4+, lo que se atribuyó a toma previa de corticoides por esclerosis múltiple concomitante), objetivándose en todos un elevado número de células plasmáticas IgG4+ (> 10 células/campo) y/o del ratio IgG4/IgG (> 0,4). En 8 muestras se observó fibrosis (66,6%) y en otras 3 la presencia de eosinófilos; siendo por tanto el diagnóstico definitivo en 8 sujetos. Respecto a los niveles séricos de IgG4, se pudo realizar la determinación en 9 casos, detectándose niveles superiores a 135 mg/dl en 2 de ellos (16,6%), mientras que en el resto se encontraba dentro de los límites de la normalidad (todos ellos, salvo uno, habían recibido corticoterapia previa).

Conclusión: La ER-IgG4 es un trastorno que, aunque relativamente infrecuente, en los últimos años se identifica cada vez más debido al desarrollo de criterios y su mejor conocimiento. Los casos de nuestra serie presentan un predominio del sexo masculino y se presentan más comúnmente con afectación de la glándula submaxilar y orbitaria, aunque con pocos casos con afectación multiorgánica. Aunque todos cumplían el criterio histopatológico, no ocurrió esto con el serológico, probablemente debido a que la mayoría habían sido previamente tratados con glucocorticoides.

Póster I5

ROTURA DEL TENDÓN DE AQUILES TRAS EL TRATAMIENTO CON FLUOROQUINOLONAS EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS: SERIE DE 8 CASOS

Andrea Briones Figueroa[1]; Walter Alberto Sifuentes Giraldo[1]; José L Morell Hita[1]; Mónica Vázquez Díaz[1].
[1]Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal
Ctra. Colmenar Viejo, Km. 9,100, 28034, Madrid España

Objetivo: Describir las características clínicas y demográficas de una serie de pacientes con diagnóstico de rotura de tendón de Aquiles (RTA) tras recibir tratamiento con fluoroquinolonas (FQ) atendidos en un centro madrileño terciario.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en el que se incluyó a los pacientes mayores de 60 años con RTA y tratamiento reciente con FQ, atendidos en nuestro centro durante el periodo 2000-2017.

Resultados: Se revisaron un total de 58 casos de RTA, de los cuales 8 (14%) habían sido tratados previamente con FQ. La media de edad al diagnóstico fue 77,37 9,54 años, siendo el 75% varones. Cuatro de ellos (50%) se encontraban en tratamiento con glucocorticoides (GC). Uno de los pacientes había sido sometido a trasplante renal por nefroangioesclerosis. Siete pacientes (87,5%) fueron tratados con Levofloxacino, mientras que sólo uno fue tratado con Ciprofloxacino, todos ellos por vía oral. En el 50% la indicación de FQ fue debida a bronquitis aguda y en el 50% restante a reagudización infecciosa de su enfermedad de base (enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfermedad pulmonar intersticial difusa [EPID]). El promedio de duración del tratamiento con FQ fue 6,16 2,4 días, mientras que el tiempo medio desde el inicio del tratamiento hasta el diagnóstico de RTA fue de 19,25 14,83 días. En siete pacientes (87,5%) la rotura fue espontánea, mientras que un paciente presentó rotura traumática (traumatismo de baja intensidad). El 87,5% de las roturas fueron totales y en todos los casos fue necesario tratamiento quirúrgico, sin presentar recurrencias.

Tabla 1: Características clínicas y demográficas de los pacientes con RTA tras el tratamiento con FQ.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8
Edad	79	67	83	89	66	66	85	84
Sexo	Varón	Varón	Mujer	Varón	Varón	Varón	Mujer	Varón
Comorbilidades	EPID	EPOC	EPOC	Ninguno	Ninguno	Trasplante renal	EPOC	Ninguno
Tto concomitante	Clindamicina	No	GC	GC	No	GC	GC	No
Días de tto	3	NE	10	NE	5	7	5	7
Días hasta RTA	11	43	15	11	7	43	13	11

Tto: tratamiento; NE: no especificado.

Conclusiones: La RTA es un efecto adverso ampliamente descrito del tratamiento con FQ, que puede llegar a ser relativamente frecuente en poblaciones de alto riesgo (edad avanzada, trasplante renal, tratamiento con GC) y originar discapacidad. La descripción de estos 8 casos apoya la preocupación emergente sobre las reacciones adversas musculoesqueléticas debidas al uso de FQ (incluida la RTA) del Comité para la evaluación de riesgos en farmacovigilancia europeo (PRAC), quienes recomiendan evaluar la relación riesgo-beneficio del uso de estos fármacos, sobre todo en pacientes de alto riesgo, que presentan infecciones leves y/o autolimitadas.

Póster 16

SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA: SERIE DE 16 CASOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Jesús Loarce-Martos[1], Fernando López Gutiérrez[1], José Renato Quiñones[1], Alina Lucica Boteanu[1], María Ángeles Blázquez Cañamero[1], Mónica Vázquez-Díaz[1].
[1]Reumatología, Hospital Universitario Ramón Y Cajal, 28034, Madrid, España.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo sobre una serie de casos de pacientes con Síndrome de Activación Macrofágica (SAM).

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de 16 casos de SAM secundarios a enfermedades autoinmunes sistémicas diagnosticados en nuestro hospital entre Abril de 2009 y Septiembre de 2018.

Resultados: La patología basal fue AIJs (Artritis Idiopática Juvenil sistémica) en 8 pacientes (2 de ellos con 2 episodios) y LES (Lupus Eritematoso Sistémico) en 6 pacientes. La media de edad al diagnóstico fue de 17.44 años para AIJs y 37.5 años para LES. Un 43.8% de los casos estaba en tratamiento previo con corticoides, y un 50% con FAME/biológico (LES: 3 pacientes con hidroxicloroquina y 1 con micofenolato + hidroxicloroquina; AIJs: 2 pacientes con anakinra, 1 con tocilizumab y 1 con etanercept). Las características clínicas y analíticas se presentan en las tablas 1 y 2. Se pautó prednisona a dosis altas en todos los pacientes, ciclosporina en 4/6 pacientes con LES y 9/10 con AIJs así como anakinra en 4/10 pacientes con AIJs. La mortalidad fue de 2/6 pacientes (33.3%) con LES y de 0 pacientes con AIJs.

	Hipotensión	Fiebre	Rash	Adenopatías	Esplenomegalia	Hepatomegalia	Hemorragia
AIJs	1 (10%)	7 (70%)	7 (70%)	3 (30%)	4 (40%)	1 (10%)	0
LES	0	4 (66.7%)	1 (16.7%)	3 (50%)	5 (83.3%)	4 (66.7%)	3 (50%)
Tabla 1. Características clínicas.							

	Hb	Nt	Pla	Crea	Brb	GOT	GPT	Fe	Tg	Fb	INR	HF
AIJs	10.1	2.736	116930	0.85	2.77	141.8	133.2	5736	297.7	237.9	1.24	5 (83.3%)
LES	7.4	1.403	59983	1.53	9.77	274.3	257.9	9508.7	433	192.3	2.06	5 (50%)

Tabla 2. Características analíticas . Hb=Hemoglobina (g/dl), Nt=neutrófilos (10 ^{3}/mm^{2}), Pla=plaquetas (10^{3}/mm^{2}), Cr=creatinina (mg/d l), Brb= bilirrubina (mg/dl), GOT (UI/L), GPT (UI/L), Fe=ferritina (ng/ml), Tg=triglicéridos (mg/dl), Fb=fibrinógeno (mg/dl), INR (International Normalizated Ratio)

Conclusiones: En nuestra serie el rash y la fiebre fueron más frecuentes entre los pacientes con AIJs, el resto de manifestaciones fueron más comunes en los pacientes con LES. A excepción de la ferritina y la GPT, las variables analíticas estuvieron más alteradas en el grupo LES. La mortalidad fue de 33% en el grupo de LES, frente a un 0% en el grupo AIJS, en probable relación al diagnóstico y tratamiento precoces.

Póster I7

ARTRITIS REUMATOIDE DEL ANCIANO. DIFERENCIAS SEGÚN CLÍNICA DE DEBUT Y POSITIVIDAD SEROLÓGICA

Terán, M.A; Pijoan, C; Larena, C. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra. De Colmenar Viejo Km 9100 CP 28034

Objetivos: Describir y comparar las diferencias según la clínica de debut, positividad serológica y las implicaciones en cuanto a tratamiento y factores pronóstico en pacientes con Artritis Reumatoide (AR) del Anciano.

Metodología: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR por criterios ACR/EULAR 2010 mayores a 65 años. Se registró la edad de inicio de los síntomas, cuales pacientes habían debutado con clínica polimiálgica (afectación rizomélica), la presencia de FR, Anti CCP, elevación de reactantes de fase aguda (RFA) PCR y/o VSG durante el seguimiento, erosiones y el tratamiento requerido. Con estos datos se analizó las diferencias según la clínica de debut, positividad serológica y factores pronóstico.

Resultados: Se incluyeron 83 pacientes con una media de edad de 73,8 años. 71,25% era FR positivo (58,75% títulos altos) y 62,5% AntiCCP positivos (52,3% títulos elevados). 29% debutó con clínica polimiálgica. Durante el seguimiento, el 47,5% presentaba elevación persistente de RFA. En cuanto al tratamiento, 15% fue tratado solo con corticoides, 81,5% requirió tratamiento con FAMEs y 15% tratamiento biológico. Se objetivaron erosiones en 50% de los casos. De aquellos pacientes con perfil polimiálgico, 47,8% eran FR negativo y de los positivos un 61% tenían valores de FR a títulos bajos, mientras que los pacientes sin clínica polimiálgica 78% eran FR positivo y la mayoría tenían títulos altos (66% p=0,01). En el primer grupo se evidenció menor positividad para AntiCCP (26%, p=0,00004) de los cuales la mitad tenían títulos bajos, 61% tenían elevaciones puntuales de RFA, y 30% presentaron erosiones, mientras que aquellos sin clínica polimiálgica tenían más erosiones (58%, p=0,02) y mayor permanencia de RFA elevados (50%, p=0,026). Del grupo de perfil polimiálgico se trataron solo con corticoides el 34% y requirieron FAMEs el 65%, ningún paciente recibió tratamiento biológico, en cambio, en el grupo no polimiálgico, 88% requirió FAMEs y biológicos el 21% (p=0,01 para ambos). Valorando los pacientes con FR y AntiCCP a títulos altos, 93% requirió tratamiento con FAMEs, y 24% tratamiento biológico, elevación persistente de RFA (65%) y erosiones (48%). Solo 2 pacientes debutaron con clínica polimiálgica.

Conclusiones: Los pacientes con AR del anciano que debutan con clínica polimiálgica presentan menos erosiones, negatividad o títulos bajos de FR y AntiCCP, y requieren menos FAMEs o tratamiento biológico a diferencia de los pacientes con un perfil de enfermedad no polimiálgico. Los pacientes con títulos elevados de FR y antiCCP suelen tener más erosiones y elevación de RFA y no suelen debutar con clínica polimiálgica.

Póster I8

CASUÍSTICA DE EMPLEO DE BELIMUMAB EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

C. Merino Argumánez, O. Rusinovich, M. Espinosa Malpartida, C. Barbadillo Mateos, H. Godoy Tundidor, J. Campos Esteban, L.F. Villa Alcázar, J. Sanz Sanz, M, Jiménez Palop, C.M. Isasi Zaragoza, , J. L. Andreu Sánchez.
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda.

Introducción: Belimumab es un anticuerpo monoclonal humano dirigido contra BAFF, un factor de supervivencia del linfocito B. Está indicado como tratamiento adyuvante en pacientes adultos con lupus eritematoso sistémico (LES) activo, con autoanticuerpos positivos y con un alto grado de actividad de la enfermedad a pesar del tratamiento estándar.

Objetivos: Descripción de una muestra de pacientes diagnosticados de LES que reciben tratamiento con belimumab en un hospital terciario.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo longitudinal unicéntrico. Se revisan historias clínicas de todos los pacientes diagnosticados de LES que han recibido tratamiento con belimumab, se recogen características demográficas, manifestaciones clínicas y motivo de indicación de belimumab.

Resultados:

Caso	Sexo	Edad	Indicación	Fecha inicio	Suspensión	Motivo suspensión	Prednisona diaria inicial y final	Tiempo en tratamiento
1	♀	56	Trombopenia	26/01/2012	Si	Ineficacia	0 → 0	8 meses
2	♀	33	Artritis	17/03/2012	No		10 → 5	6 años y 6 meses
3	♀	48	Artritis	22/03/2012	Si	Neutropenia	7.5 → 2.5	8 meses
4	♀	64	Trombopenia	03/04/2012	Si	Ca. urotelial	15 → 2.5	5 años
5	♀	45	Cutáneo	07/05/2012	Si	Ineficacia	30 → 30	4 meses
6	♀	70	Cutáneo Trombopenia	09/12/2013	No		15 → 2.5	4 años y 9 meses
7	♀	54	Artritis	18/12/2014	No		15 → 2.5	3 años y 9 meses
8	♀	46	Artritis	30/11/2015	No		0 → 0	2 años y 10 meses
9	♀	58	Artritis	30/05/2017	No		7.5 → 5	1 año y 4 meses
10	♀	31	Artritis	17/01/2018	No		10 → 5	8 meses
11	♀	46	Artritis	15/02/2018	No		5 → 2.5	7 meses
12	♀	49	Serositis	11/04/2018	No		5 → 5	5 meses

Conclusiones. BLM es un fármaco bien tolerado y efectivo en práctica clínica habitual siendo infrecuente su suspensión por acontecimientos adversos.

Póster 19

USO DE BELIMUMAB EN EL CONTEXTO DE NEFRITIS LÚPICA Y SÍNDROME ORGÁNICO CEREBRAL

C. Merino Argumánez, O. Rusinovich, M. Espinosa Malpartida, C. Barbadillo Mateos, H. Godoy Tundidor, J. Campos Esteban, L.F. Villa Alcázar, J. Sanz Sanz, M, Jiménez Palop, C.M. Isasi Zaragoza, , J. L. Andreu Sánchez
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda

Introducción. Belimumab (BLM) es un anticuerpo monoclonal humano dirigido contra BAFF, un factor de supervivencia del linfocito B. Está indicado como tratamiento adyuvante en pacientes adultos con lupus eritematoso sistémico (LES) activo, con autoanticuerpos positivos y con un alto grado de actividad a pesar de tratamiento estándar.
Hasta la fecha, su uso en nefritis lúpica (NL) activa se encuentra en evaluación, y no se ha estudiado su uso en afectación activa de sistema nervioso central, por lo que actualmente no se recomienda su uso en estas circunstancias.

Objetivos. Descripción de 3 casos clínicos de pacientes con NL y síndrome orgánico cerebral (SOC) que reciben tratamiento con BLM por otra manifestación de LES activa y refractaria al resto de tratamientos, así como su evolución.

Métodos. Estudio observacional retrospectivo longitudinal unicéntrico. Se revisan historias clínicas de los casos en los que se mantiene BLM por otra indicación en contexto del diagnóstico de NL y SOC.

Resultados. En el primer caso se trata de una mujer de 14 años al diagnóstico de LES con afectación inicial articular, cutánea, serosa (pericarditis) y hematológica (leucopenia, anemia hemolítica). En febrero de 2018 desarrolla una NL-IV junto con lupus bulloso concomitante. Hasta la fecha había recibido tratamiento con hidroxicloroquina (HCQ), prednisona (PDN), metotrexato (MTX), rituximab (en 2011, por afectación hematológica). Debido a control incompleto desde el punto de vista articular y hematológico con los fármacos mencionados en 2011 inicia tratamiento con BLM con excelente respuesta. Tras el diagnóstico de NL-IV, se decide mantener BLM junto con el tratamiento de inducción de la NL con esteroides y micofenolato mofetilo (MMF) 1 g /12h. 3 meses después presenta un herpes zóster por lo que se retira BLM, siendo necesaria su reintroducción 2 meses más tarde por imposibilidad de descenso de la dosis de PDN debido a artritis refractaria. La evolución fue buena con control de los síntomas y mantenimiento de remisión de la NL.
El segundo caso corresponde a una mujer de 25 años al diagnóstico de LES, cuyas manifestaciones clínicas al debut fueron NL- IV y articular. Recibió tratamiento con HCQ (retirado por toxicidad retiniana), PDN, ciclofosfamida y posteriormente MMF de mantenimiento. En 2016 presenta recidiva de NL tipo VI, ajustando las dosis de MMF a tratamiento de inducción (1g/12h). Poco después requiere adición al tratamiento de BLM por astenia intensa y artralgias inflamatorias. Presenta buena respuesta, sin complicaciones, con mantenimiento de remisión de NL.
Caso 3: mujer de 39 años al diagnóstico de LES, con fotosensibilidad y artralgias inflamatorias, y antecedentes de síndrome antifosfolípido obstétrico. Poco después tras diagnóstico presenta alteraciones en la memoria reciente con sospecha de SOC. Recibe pulsos de 6-metilprednisolona con mejoría de la clínica neurológica. Dado que la afectación articular no mejora con el tratamiento estándar (HCQ, PDN, MTX) se inicia BLM, con mejoría articular y neurológica.

Conclusiones. La adición de BLM por otras indicaciones a pacientes con afectación renal y de SNC en el LES no ensombrece la evolución de estas afectaciones mayores.

Póster 20

BOCIO AMILOIDE: SERIE DE 7 CASOS ATENDIDOS EN UN CENTRO MADRILEÑO TERCIARIO

Laura Calvo Sanz[1], Walter Alberto Sifuentes Giraldo[1], José Luis Morell Hita[1], Héctor Pian[2], María Luz Gámir Gámir[1], Manuel Luque Ramírez[3], Augusto García Villanueva[4], Mercedes García Villanueva[2], Mónica Vázquez Díaz[1]
Servicios de Reumatología[1], Anatomía Patológica[2], Endocrinología[3] y Cirugía General[4], Hospital Universitario Ramón y Cajal, Ctra. Colmenar Viejo Km. 9,100, 28035, Madrid

Objetivo: Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de bocio amiloide (BA) atendidos en un centro madrileño terciario.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en el que se incluyó los casos de BA diagnosticados en nuestro centro durante el período 2000-2017. Dicho diagnóstico debía realizarse mediante histopatología compatible por biopsia por aspiración (PAAF) o escisional, pieza quirúrgica o estudio post-mórtem. Los datos demográficos, clínicos, de pruebas de imagen, histopatología, tratamiento y evolución fueron recogidos a través de la revisión de sus respectivas historias clínicas.

Resultados: Se identificó un total de 7 casos durante el periodo de estudio, con una media de edad al diagnóstico de 65,1 años (rango: 33-102), siendo 4 de ellos mujeres (57%). Todos los casos correspondieron a amiloidosis secundaria (AA), con afectación sistémica en 4 y local 3. El antecedente de enfermedad de base asociada estaba presente en 3 de ellos, siendo en 2 casos patología inflamatoria (artritis idiopática juvenil [AIJ] poliarticular factor reumatoide positivo y enfermedad de Crohn, 2 con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, uno con patología tumoral y uno con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis. La media de evolución del bocio era de 8,6 años (rango: 1-18), presentándose síntomas

compresivos en 2 casos. No se evidenció alteración de función tiroidea en ninguno de ellos. En todos de los casos, excepto uno, se llegó al diagnóstico mediante PAAF y únicamente en 3 se realizó biopsia quirúrgica, que a su vez fueron los únicos que recibieron tratamiento quirúrgico para BA (tiroidectomía total). En el caso asociado a AIJ, tras la tiroidectomía se administró adicionalmente terapia anti-IL6 (tocilizumab). Durante el seguimiento 6 de pacientes fallecieron, 5 de ellos a consecuencia de complicaciones infecciosas (shock séptico/fallo multiorgánico) y uno debido a progresión tumoral.

Conclusiones: Aunque el depósito de material amiloide a nivel tiroideo es relativamente común (entre el 20 y el 50% de la amiloidosis primaria y hasta en el 80% de la secundaria), el BA clínico es un trastorno infrecuente, pero debe tenerse en cuenta en pacientes con una enfermedad predisponente de base que desarrollan tumoración cervical compatible con bocio. Su evolución suele ser larvada en el trascurso de años, presentando ocasionalmente síntomas compresivos locales y generalmente son eutiroideos. La importancia de identificar esta patología radica en que puede ser la manifestación inicial de una amiloidosis sistémica, como ocurrió en más de la mitad de nuestra serie. Aunque el pronóstico de la amiloidosis ha mejorado con las nuevas terapias disponibles en la actualidad (especialmente los fármacos biológicos como los anti-TNF y anti-IL6 en la amiloidosis asociada con enfermedades inflamatorias reumatológicas), existe una mortalidad importante en estos casos, que fue de más del 85% en nuestra serie.

Póster 21

ESTUDIO DE LA DENSIDAD MINERAL OSEA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Anahy Mª Brandy-García, Clara Sangüesa Gómez, Águeda Prior, Laia Gifre, Maria Aparicio, Susana Holgado, Lourdes Mateo, Jordi Camins, Ivette Casafont, Annika Nack, Alejandro Olivé y Melania Martínez.
Sº de Reumatología, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona. Carretera de Canyet, s/n, 08916 Badalona, Barcelona

Objetivo: Describir la densidad mineral ósea (DMO) de una cohorte de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol e investigar factores clínicos y serológicos asociados a DMO baja en estos pacientes.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de LES que reunían criterios ACR 1997 valorados en consulta a los que se les solicitó una denistometría ósea. Se recogieron datos demográficos, clínicos y analíticos relacionados con el LES, parámetros densitométricos y tratamientos recibidos.

Resultados: Se incluyeron 149 pacientes, de los cuales el 90.6% eran mujeres (135) y 9.4% hombres (14). La edad media al diagnóstico fue de 33.9 años (9 y 66 años), siendo el 10.7% (16) mayores de 50 años. Dentro de las manifestaciones clínicas destacan: la sinovitis 80.5 % (120), afectación cutánea 56.4% (84), aftas orales (56), seguido de la afectación renal en el 25.5% (38). Con menor frecuencia se ha registrado serositis (derrame pleural y pericarditis) en 18.8% (28), alopecia 15.4% (23) y clínica neurológica 2.7% (14). En los datos analíticos destacaron la leucopenia en el 44.3% (66), antiDNA positivos en el 67.1% (100) y AAF positivos en el 18.8% (28). La media del SLEDAI fue de 8.1 (moderada actividad).
Los tratamientos más usados fueron los antipalúdicos, hidroxicloroquina, en el 91.9% y los corticoides en el 70.5% (siendo la media de dosis máxima acumulada de 118.7).
En relación con el metabolismo óseo, ningún paciente presentaba el diagnóstico previo de osteoporosis (OP), y sólo 4 referían antecedentes de fracturas óseas. Se objetivaron niveles medios de vitamina D de 19.7 mg/dl DS 11.4 y PTH de 50 DS 23.35. El T-score en columna lumbar -0.7 DS 1.4 y en cuello fémur -0.6 DS 1.05. La media de masa ósea en columna lumbar 1.10 y en cuello femoral 0.9. De los 149 pacientes, el 11.5 % (17) cumplían criterios en la DMO de OP, predominando la OP en columna lumbar en 15 de los 17 pacientes (88.2%). De estos sólo 13 realizaban tratamiento para la OP, el 77% recibían bifosfonatos orales.

Conclusiones: La osteoporosis es una complicación frecuente en pacientes con LES, sobre todo en relación con la dosis acumulada de corticoides, en nuestra muestra encontramos 11.5% de OP, algo más alto que lo encontrado en algunas series 4.0, llamando la atención una mayor pérdida de masa ósea a nivel de la columna lumbar. Por otro lado, se han objetivado menores niveles de vitamina D, coincidiendo con lo encontrado en la literatura. Una de las principales limitaciones en nuestro estudio es la gran heterogeneidad de la muestra.

Póster 22

MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD REUMATOLOGICA

Clara Sangüesa Gómez, Anahy Mª Brandy-García, Águeda Prior, Laia Gifre, Maria Aparicio, Susana Holgado, Lourdes Mateo, Jordi Camins, Ivette Casafont, Annika Nack, Melania Martínez y Alejandro Olivé.
Sº de Reumatología, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona. Carretera de Canyet, s/n, 08916 Badalona, Barcelona

Introducción: Los pacientes con enfermedades reumáticas (artritis reumatoide, lupus...) a tratamiento con fármacos biológicos y dosis elevadas de corticoides cada vez son más frecuentes en las consultas de pre-anestesia.

Objetivo: Exponer recomendaciones para el manejo perioperatorio de los pacientes reumatológicos.

Método: Revisión la bibliografía hallada en PUBMED en los últimos 10 años.

Resultados: El tratamiento inmunosupresor plantea 2 problemas: complicaciones infecciosas y dificultad de cicatrización: y riesgo de reactividad de la enfermedad. Todos los autores coinciden en retrasar la cirugía hasta que la enfermedad esté lo más inactiva posible y con mínima dosis de tratamiento.
En cuanto a los fármacos modificadores de la enfermedad (FAME), se recomienda que: en relación con la hidroxicloroquina, metotrexato y leflunomida no deben interrumpirse, ya que no se ha visto un aumento de las infecciones peri-quirugicas. Por otro lado, en los pacientes con Azatriopina, micofenolato y tracrolimus sí se recomiendan suspender el día de la cirugía y reintroducir a la misma dosis vía oral cuando el paciente esté recuperado. Las recomendaciones en cuanto a los tratamientos biológicos son algo controvertidas, aunque lo más consensuado es la suspensión según la vida media de cada fármaco, por ejemplo, dentro de los más usados: Infliximab, Adalimumab, Golimumab y Tocilizumab se deben suspender 4 semanas antes y el etarnecept 2 semanas previas. En cuanto a la reintroducción se recomienda tras la curación de la herida quirúrgica.
Por otro lado, los corticoides, con ellos hay que tener en cuenta las dosis de suplementación previa a las cirugías, entiendo estas como procesos de estrés, en procedimientos con anestesias local o estudios endoscópicos no es preciso dar dosis suplementaria. En los casos de cirugía menor, por ejemplo, hernia inguinal, se recomiendan suplementar la dosis habitual con 5 mg metilprednisolona endovenosa el día de la cirugía; y en los casos de cirugía moderada (por ejemplo, prótesis articular e histerectomía) 10-15 mg metilprednisolona antes de la cirugía, y después 5 mg cada 8 horas en las 24 horas siguientes; retomando su dosis habitual posteriormente, para intentar un menor retraso en la cicatrización**.**

Conclusiones: El correcto manejo del tratamiento de los pacientes con enfermedades reumatológicas es clave para un buen post-operatorio y control de su enfermedad de base a pesar de someterse a una situación de estrés como es una cirugía. La conducta para seguir debe ser individualizada realizando la cirugía cuando la enfermedad esté lo más inactiva posible, ajustando las dosis de corticoides y suspendiendo, de forma general, las terapias biológicas al menos 1 mes antes**.**

Póster 23

INDICE RADIOLÓGICO EN LA VERTEBRA PLANA

Raúl María Veiga Cabello [1], Maria Del Pilar Ahijado Guzmán [2] Miguel Cantalejo Moreira [2] 1. Hospital Central de la Defensa. Servicio de Reumatología, Glorieta del Ejército número 1, 28047 Madrid. 2. Hospital de Fuenlabrada. Unidad de Reumatología, Camino del Molino 2, 28942, Fuenlabrada

Objetivo: Los índices vertebrales actuales, no miden una relación entre la altura de una persona y su vértebra, por lo que el aplanamiento vertebral es subjetivo. Por otro lado, si se acepta que los cuerpos vertebrales están en armonía con la estatura del individuo, se podría crear un índice que combine estas variables para garantizar la objetividad del observador.

Métodos: Estudio prospectivo observacional, seleccionando pacientes que acudieron al reumatólogo desde 1994, ambos sexos, entre 20 y 55 años de edad, en los que se sospechó enfermedad de colágeno tipo II con displasia vertebral. Se creó un grupo de control a partir de pacientes que no cumplieron con el último criterio de inclusión. Se realizó una historia clínica, y se evaluó la octava vértebra dorsal plana en una radiografía lateral de tórax, triple observador (dos reumatólogos y un radiólogo), para medir en mm su longitud vertebral (LVD8: tomada desde la horizontalización de su pedículo y paralela a la placa vertebral) y su altura -HVD8: tomada en el punto medio de LVD8 y perpendicular a ella, desde el área más esclerosa de la placa vertebral con contacto discal superior al inferior). En todos los pacientes seleccionados, se consideró como criterios de exclusión el traumatismo torácico y la T score lumbar < -2.5.
Finalmente, se realizó un estudio descriptivo, y se aplicó un estudio comparativo de medias del índice vertebral de la octava vértebra dorsal (VIDV8), obtenido como VIDV8 = 10 x LVD8 / (HVD8 x estatura).

Resultados: Se analizaron 174 sujetos, 84 en el grupo de estudio y 90 en el control, ambos homogéneos sin diferencias estadísticamente significativas para sexo, edad y la talla, con una media en el grupo de estudio de 47,15 años, 48,8% mujeres, 80,5 kg y 1,64 m. En el grupo control: 44,5 años, 52,2% mujeres, 78,5 kg y 1,65 m. El valor de VIDV8 no mostró ninguna diferencia estadística significativa en las variables anteriores, excepto para la grupos, con un valor promedio de 10.1 $Metros^{-1}$ en el grupo control y 12.5 $Metros^{-1}$ en patológico ($p < 0.001$). A un valor de VIDV8 de 11,108 $Metros^{-1}$, la sensibilidad es del 90.5% y la especificidad del 92.2%.

Conclusiones: El VIDV8 es estable para las variables sexo, edad, altura y peso. Para un resultado de 11,108 $Metros^{-1}$, discrimina ambos grupos con una sensibilidad del 90,5% y una especificidad del 92,2%.

Póster 24

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CASOS DE LEISHMANIASIS EN EL BROTE DE FUENLABRADA ASOCIADOS AL USO DE TERAPIA BIOLÓGICA

Maria Del Pilar Ahijado Guzman[1], Raul Maria Veiga Cabello[2], Miguel Cantalejo Moreira[1], Justo Ruiz Ruiz[3], Antonio Zapatero Gaviria[3] Laura Cebrian Méndez[4] 1. Unidad de Reumatología, Htal Universitario de Fuenlabrada, Camino del Molino 2, 28942, Fuenlabrada, Madrid. 2. Servicio de Reumatologia , Htal Central de la Defensa, Glorieta del Ejército número 1, 28047 Madrid. 3. Servicio de Medicina Interna, Htal Universitario de Fuenlabrada. 4Servicio de Reumatología, Htal Universitario Infanta Leonor, Madrid.

Introducción: Los parásitos protozoarios del género *Leishmania* pueden causar infecciones oportunistas en pacientes que reciben terapia con biológicos, por lo que algunos autores recomiendan pruebas serológicas de leishmaniasis antes de iniciar este tratamiento en áreas endémicas. Se analizó un brote de leishmaniasis cutánea y visceral (CL, VL) que tuvo lugar en Fuenlabrada entre 2010 y 2012, en la que algunos de esos pacientes estaban en tratamiento con anti-TNF.

Presentación clinica: Tras analizar la leishmaniasis relacionada con tratamientos biológicos en publicaciones y obtener datos sobre casos de leishmaniasis en pacientes con antiTNFs referidos al Departamento de Enfermedades Infecciosas del HUF, se realiza un análisis descriptivo. Así, todos los casos descritos en publicaciones, incluyendo nuestros casos, figuran en la tabla 1.
Durante el brote de leishmaniasis se detectaron 127 casos de VL y 194 de VL. Seis pacientes estaban recibiendo anti-TNFs: 2 presentaron VL y recibían etanercept (33.3%) y 4 recibían otros anti-TNFs presentaron CL (66,6%) (Tabla 2). Estos resultados no coinciden con el total de datos (tabla 1): CL 55,2%, VL 44.8%, 17 ADA (44,7%), 16 IFM (42,1%), 4 ETN (10,5%), 1 CTZ (2,7%).
No hay más casos descritos con otras terapias biológicas en la actualidad.

Table 1

Pathology	Cutaneous Leishmaniasis	Viscera leishmaniasis
Rheumatoid Arthritis	4 ADA, 2 IFM, 1 CTZ	4 ADA, 4 IFM, 2 ETN
Psoriasic Arthritis	4 ADA 1 IFM	1 ADA, 2 ETN
Ankylosing spondylitis	3 IFM, 3 ADA	2 IFM
Undiferentiated Arthritis		1 IFM
Giant cell arteritis		1 IFM
Psoriasis	1 ADM, 2 IFM	

Table 2

Hospital	Sex	Age	Condition	AntiTNF	CL/VL	Other treatment	Clinical details
HUIL	M	47	RA	CTZ	CL	MTX, folic acid.	Prior antiTNF agents: -Infliximab (secondary loss of efficacy)
HUF	M	54	PSA	ETN	VL	MTX,SSZ (prior discontinued)	
HUF	F	61	PSA	ADA	CL	Prior:EFA,ETN;MTX, SSZ(prior discontinued)	Prior anti-tnf agents: EFA, ETN(Adverse event)
HUF	F	64	RA	ADA	CL	MTX(discontinued)	Non-necrotizing granulomatous disease
HUF	M	32	PSO (not rheum.)	IFM	CL	MTX, CSA, Acitetrin	
HUF	F	55	RA	ETN	VL	MTX, PRED	ETN and MTX discontinued 1 month before: myelodisplasic syndrome

HUIL: Hospital Infanta Leonor. HUF: Hospital Universitario de Fuenlabrada. AR, Rheumatoid arthritis; AS, ankylosing spondylitis; PsA Psoriatic arthritis; Pso, Psoriasis; ADA, adalimumab; ETN etanercept.; EFA, efalizumab; IFM, infliximab; CTZ, certolizumab pegol; MTX, methotrexate; PRED, prednisone; SSZ, sulphasalazine; CSA, Cyclosporine A

Conclusiones: Se trata de una serie pequeña, pero la más grande descrita hasta la fecha. Nuestros resultados preliminares sugieren que el uso de anti-TNFs o receptor del TNF tiene la misma probabilidad de desencadenar la enfermedad; etanercept parece estar asociado con un riesgo menor aunque más graves de casos de VL. Sin embargo, añadidos todos los casos, (tabla número 1), ADA e IFM son el 86.8% de la leishmaniasis, tal vez debido a que estas terapias son combinadas y de uso más frecuente. Por otro lado, no hay casos de leishmaniasis relacionados con el tratamiento de EII descritos en publicaciones, sugiriendo la posible implicación de terapias concomitantes de anti-TNF y MTX. Además, se detectan 3 casos adicionales de VL y CL 1 con MTX sin anti-TNFs.

Póster 25

MANIFESTACIONES RADIOLÓGICAS EN LA PLATISPONDILIA

Maria Del Pilar Ahijado Guzman[1], Raul Maria Veiga Cabello[2], Miguel Cantalejo Moreira[1], Justo Ruiz Ruiz[3], Antonio Zapatero Gaviria[3] 1. Unidad de Reumatología, Htal Universitario de Fuenlabrada, Camino del Molino 2, 28942, Fuenlabrada, Madrid. 2. Servicio de Reumatologia , Htal Central de la Defensa, Glorieta del Ejército número 1, 28047 Madrid. 3. Servicio de Medicina Interna, Htal Universitario de Fuenlabrada

Objetivo: Están descritos defectos en el gen del colágeno tipo II, que predisponen a diversas combinaciones fenotípicas en familias con displasia esquelética, y/o enfermedad por depósito de microcristales y/o artrosis precoz y/o osteocondromatosis sinovial. Y se define vertebra plana, a la existencia de vértebras con aplanamiento de su cuerpo vertebral, de superficie irregular o con nódulos de Schmorl (vértebra plana), de forma aislada o como máximo de dos cuerpos vertebrales, para así diferenciarlo de la Enf de Scheuermann.
Así el objetivo, es poner de manifiesto la posibilidad de "vértebra plana dorsal" en relación con patologías asociadas a alteraciones del colágeno tipo II.

Métodos: Se seleccionaron para el estudio los pacientes que acudieron a consulta desde el año 1994, en los que se sospechaba enfermedad del colágeno tipo II o displasia vertebral. En estos pacientes, se realizó una historia clínica y se revisaron las Radiografías disponibles del paciente, incluida columna lateral dorsal, en busca de vértebra plana, triple observador (dos Reumatólogos y un Radiólogo), según los criterios definidos. En todos los pacientes seleccionados se realizó screening de osteoporosis DEXA, siendo criterio de exclusión la osteoporosis densitométrica y el traumatismo torácico.

Resultados: Se estudiaron 84 pacientes (43 varones y 41 mujeres), con una edad media de 47.1 años, peso medio de 84.6 kg en el varón y 74,4 kg en la mujer, talla media 168,8 cm en el varón y 159 cm en la mujer. Se obtuvo desde un punto de vista clínico radiológico: Artrosis atípica: 64,3%, Osteocondromatosis sinovial: 15,5%, Condrocalcinosis: 7,1%, Ápex cifotico dorsal bajo: 38,1%, Entesopatias calcificantes: 4,8%, Exóstosis: 4,8%, Otras calcificaciones: 20,2%, Escoliosis: 33,3%, Antecedente familiares de vertebra plana: 3,6%, Rasgos displásicos periféricos: 27,4%, Antecedentes personales de artritis microcristalinas: 4,8%.
Ninguno presentaba T score sugestivo de Osteoporosis por DEXA.

Conclusiones: Se observa la asociación de vértebra plana dorsal, según los criterios definidos, como una forma de displasia vertebral en el seno de alteraciones del colágeno tipo II.
Todos los pacientes o sus padres eran naturales de pueblos pequeños, que hacía sospechar endogamia.

Póster 26

OBESIDAD Y VÉRTEBRA PLANA

María Del Pilar Ahijado Guzman[1], Raul Maria Veiga Cabello[2], Miguel Cantalejo Moreira[1], Justo Ruiz Ruiz[3], Antonio Zapatero Gaviria[3] 1. Unidad de Reumatología, Htal Universitario de Fuenlabrada, Camino del Molino 2, 28942, Fuenlabrada, Madrid. 2. Servicio de Reumatologia , Htal Central de la Defensa, Glorieta del Ejército número 1, 28047 Madrid. 3. Servicio de Medicina Interna, Htal Universitario de Fuenlabrada.

Objetivo: Se postula que la obesidad importante en las etapas tempranas de la vida podría modificar los parámetros vertebrales por sobrecarga esquelética, pero el problema es que los índices vertebrales actuales no miden una relación de la altura de la persona con su vértebra. Por lo tanto, para comprobar si la obesidad infantil podría modificar los parámetros vertebrales, o si se acepta que conlleva una pérdida de estatura equivalente, y en este caso sería necesario un análisis comparativo de la media de tallas, o si se acepta la armonía del individuo, sería necesario crear un índice que combine estas variables para objetivar si su valor es una constante, y así, eliminar la ambigüedad del observador.

Método: Seleccionamos una población de obesos (IMC ≥ 35), ambos sexos, entre 20 y 55 años, en protocolo de cirugía bariátrica, con una obesidad significativa en su desarrollo. Se excluyó cualquier causa que pudiera producir aplanamiento vertebral. Como grupo de control, se incluyó a cualquier paciente que acudió a una consulta ambulatoria de reumatología, y que cumplió con los criterios de inclusión y exclusión anteriores, excepto la obesidad.
Como variables: sexo, edad, índice de masa corporal (IMC), y en una placa lateral torácica no girada, se mide en mm en la octava vértebra dorsal, su longitud (LVD8) y su altura (HVD8), según que LVD8 desde la horizontalización de su pedículo y paralela a la placa vertebral, y HVD8, en el punto medio de LVD8 y perpendicular a ella, desde el área más esclerosa de la placa vertebral con contacto discal superior al inferior. Finalmente, se aplica un estudio comparativo de medias de talla y el índice vertebral (VI): VI = 10 x LVD8 / (estatura x HVD8).

Resultados: Se analizaron 90 pacientes, 20 pacientes en el grupo de estudio (22,2%): 48,1% mujeres, 48,6 años, 38,2 BMI y VI 11,6 metros^{-1} , y 70 pacientes en el grupo control (77,8%): 51,1% mujeres 45,15 años, 26,2 BMI, y VI 11.2 metros^{-1}
El análisis comparativo de promedios no muestra diferencias significativas en el índice o en la estatura de estos pacientes.

Conclusiones: Es un estudio pequeño, y según la altura o IV, no parece que la obesidad en el desarrollo modifique la altura total o los parámetros vertebrales. Además, el índice da un valor estable con respecto al sexo de ambas poblaciones en la octava vértebra dorsal.

Póster 27

SAOS EN VARONES; DENSIDAD MINERAL OSEA Y NIVELES DE VITAMINA D3 EN SANGRE

Maria Del Pilar Ahijado Guzman[1], Raul Maria Veiga Cabello[2], Miguel Cantalejo Moreira[1], Justo Ruiz Ruiz[3], Antonio Zapatero Gaviria[3] 1. Unidad de Reumatología, Htal Universitario de Fuenlabrada, Camino del Molino 2, 28942, Fuenlabrada, Madrid, España. 2. Servicio de Reumatologia , Htal Central de la Defensa, Glorieta del Ejército número 1, 28047 Madrid, Spain. 3. Servicio de Medicina Interna, Htal Universitario de Fuenlabrada

Objetivo: Se considera que la prevalencia del síndrome de apnea del sueño (SAOS) en la población europea es del 4%, y se ha descrito una reducción significativa de la densidad mineral ósea en pacientes con SAOS severo (índice apnea-hiponea>30 por hora). Con esto, el objetivo es observar las variaciones de la densidad minera ósea y los niveles de vitamina D3 en una muestra de pacientes varones, diagnosticados de SAOS por la unidad de neumología del HUF comparando los datos obtenidos con un grupo control de varones de las mismas características socio-demográficas.

Métodos: Se recogieron varones diagnosticados de SAOS por la unidad de neumología, y se dividieron según la gravedad del índice de apnea-hipopnea. A todos los pacientes se les solicitaron niveles de vitamina D3, incluídos controles, obteniendo la media por grupos, y se realizó Densitometría DEXA exclusivamente a los varones con SAOS, calculando la media en columna lumbar L2-L4, y en cuello femoral. Se considera SAOS leve: entre 10 y 20 episodios de apnea nocturna por hora; SAOS moderado: ente 20 y 30 por hora; SAOS severo: más de 30 episodios por hora; y los valores normales de vitamina D3: 30-80 ng/ml.

Resultados: Se analizaron 48 pacientes: 18 pacientes con SAOS grave, 12 pacientes con SAOS moderado y 18 pacientes con SAOS severo, y se recogió un grupo control con 22 pacientes varones. La edad media de los pacientes fue de 51 para el grupo SAOS severo; de 48 años para el SAOS moderado; de 55 años para el SAOS leve; y de 46 años para el grupo control. Los valores medios de vitamina D3 en sangre, fue de12,6 ng/ml grupo SAOS severo; 7,5 ng/ml para el SAOS moderado; 14,8 ng/ml para el SAOS leve; y de 21,6 ng/ml grupo control. Los valores medios de densitometría DEXA: T score columna lumbar (C.L):<-1.8 y cuello femoral (C.F): <-1,2 para el grupo SAOS severo; T score C.L.< -1,2 y T score C.F<-0.7 para el grupo SAOS moderado; y T score C.L<-1.2, T score C.F<-0.8 para el grupo SAOS leve.

Conclusiones: El estudio, aunque es una muestra pequeña y hay muchas variables que podrían influir no recogidas, y por lo tanto de escasa potencia, indica de forma preliminar que el SAOS tiene un impacto negativo sobre el metabolismo óseo. Así mismo, en todos los grupos, incluido el control, se observan niveles bajos de vitamina D3. Dado la prevalencia del SAOS en la población occidental, que aumenta con la edad, sería razonable incidir su estudio.

Póster 28

VERTEBRA PLANA Y OSTEOPOROSIS COMPLICADA

María Del Pilar Ahijado Guzmán[1], Raúl María Veiga Cabello[2], Miguel Cantalejo Moreira[1], Justo Ruiz Ruiz[3], Antonio Zapatero Gaviria[3] 1. Unidad de Reumatología, Universitario Universitario de Fuenlabrada, Camino del Molino 2, 28942, Fuenlabrada, Madrid, España 2. Servicio de Reumatología, Htal Central de la Defensa, Glorieta del Ejército número 1, 28047 Madrid, España. 3. Servicio de Medicina Interna, Htal Universitario de Fuenlabrada.

Objetivo: Se describen defectos en el gen del colágeno tipo II, que predisponen a diversas combinaciones fenotípicas familiares con displasia esquelética y / o enfermedad al causar depósitos de microcristales y / o osteoartritis temprana y / o osteocondromatosis sinovial. Las vértebras planas se definen como aquellas con aplanamiento del cuerpo vertebral, de superficie irregular o con nódulos de Schmorl, aisladas o como máximo de dos cuerpos vertebrales, para distinguirlo de la enfermedad de Scheuermann.
Por otro lado, el tamaño vertebral es un factor de riesgo independiente para las fracturas vertebrales osteoporóticas, siendo el objetivo del estudio ver la posibilidad de la "vértebra plana dorsal" en relación con la osteoporosis complicada.

Métodos: Es un estudio prospectivo observacional, de pacientes que acuden al reumatólogo desde el año 1994, en los cuales se sospechó enfermedad de colágeno tipo II o displasia vertebral. Se realizó una historia clínica, y se analizaron radiografías disponibles, incluidas las radiografías de tórax lateral, evaluadas para una vértebra plana, por triple observador (dos reumatólogos y un radiólogo), de acuerdo con los criterios definidos. En todos los pacientes seleccionados, se realizó una prueba de detección de osteoporosis DEXA. Es un criterio de exclusión el trauma torácico.

Resultados: Los 84 pacientes evaluados incluyeron 43 mujeres y 41 hombres, con una edad media de 47,1 años, un peso medio de 84,6 kg en hombres y 74,4 kg en mujeres, y una altura media de 168,8 cm en hombres y 159 cm en mujeres. Ninguno presentó una puntuación T sugerente de osteoporosis por DEXA.

Conclusiones: La asociación de vértebras planas dorsales, según los criterios definidos, se observa como una forma de displasia vertebral en el contexto de alteraciones del colágeno tipo II. Por lo tanto, en esta alteración genética, el tamaño vertebral no parece estar asociado con un mayor riesgo de osteoporosis o fractura vertebral, aunque son necesarios estudios más detallados.

Premios Armando Laffón

Artículos Publicados en 2017

Seminars in Arthritis and Rheumatism 46 (2017) 569–583

Contents lists available at ScienceDirect

Seminars in Arthritis and Rheumatism

journal homepage: www.elsevier.com/locate/semarthrit

The effect of smoking on clinical and structural damage in patients with axial spondyloarthritis: A systematic literature review☆,☆☆

Virginia Villaverde-García[a,*], Tatiana Cobo-Ibáñez[b], Gloria Candelas-Rodríguez[c], Daniel Seoane-Mato[d], Petra Díaz del Campo-Fontecha[d], Mercedes Guerra[d], Santiago Muñoz-Fernández[b], Juan D. Cañete[e]

[a] Rheumatology Department, Hospital Universitario de Móstoles, Universidad Francisco de Vitoria, Río Júcar s/n, 28935 Móstoles, Madrid, Spain
[b] Rheumatology Department, Hospital Universitario Infanta Sofía, Universidad Europea de Madrid, Madrid, Spain
[c] Rheumatology Department, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, Spain
[d] Research Unit, Spanish Society of Rheumatology, Madrid, Spain
[e] Arthritis Unit. Rheumatology Department, Hospital Clinic de Barcelona and IDIBAPS, Barcelona, Spain

ARTICLE INFO

Keywords:
Systematic review
Smoking
Tobacco
Spondyloarthritis
Ankylosing spondylitis
Disease activity
ASDAS
BASDAI
BASFI
BASRI
BASMI
mSASSS
radiographic progression
quality of life
HAQ-S
Euro-QoL
ASQoL

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the association between smoking and clinical parameters and structural damage in axial spondyloarthritis (axSpA).
Methods: We systematically searched MEDLINE, EMBASE and Cochrane Library till November 2015. We selected articles that analysed the smoking impact on disease activity, functional status, structural damage, physical mobility and life quality. Independent extraction of articles by 2 authors using predefined data fields was performed. Studies quality was graded according to the Oxford Level of Evidence scale.
Results: A total of 17 articles were selected for inclusion: 2 case–control, 11 cross-sectional and 4 prospective cohort studies, which analysed 4694 patients. Weak evidence suggested a smoking effect on pain, overall assessment of health, disease activity, physical mobility and life quality in ankylosing spondylitis (AS). Moderate-good evidence revealed higher HAQ-AS among smokers (0.025 units/y; 95% CI: 0.0071–0.0429; $p = 0.007$). Every additional unit of ASDAS resulted in an increase of 1.9 vs. 0.4 mSASSS units/2 y in AS smokers vs. non-smokers. Good evidence revealed that cigarette smoking and smoking intensity was associated with spinal radiographic progression in axSpA [mSASSS ≥ 2 units/2 y: OR = 2.75, 95% CI: 1.25–6.05, $p=0.012$; mSASSS progression in heavy smokers (> 10 cigarettes/d): OR = 3.57, 95% IC: 1.33–9.60, $p = 0.012$].
Conclusions: Published data indicate that smoking has a dose-dependent impact on structural damage progression in axSpA. There is worse HAQ among AS smokers compared to non-smokers. Respect to pain, overall assessment of health, disease activity, physical mobility and life quality, although the evidence level is poor, all evidence points in the same direction: smoking AS patients are worse than non-smoking.
© 2017 Elsevier Inc. All rights reserved.

Índice de Autores

A

Abasolo L 9, 10, 24
Acebes C 15
Ahijado P 31, 32, 33, 34
Alcalde M 18, 19, 22, 23
Alcázar LA 20
Alcocer P 21
Almorza T 18
Álvarez E 18, 22, 23
Álvarez-Gracia JM 24
Ámil I 21
Andreu JL 9, 16, 20, 28, 29
Anzola AM 25
Aparicio M 30,31
Aramburu F 21
Arcos J 15

B

Barbadillo C 6, 7, 11, 12, 20, 28, 29
Blanco M 10, 24
Blázquez MA 9, 27
Bohórquez C 9
Bonilla C 18, 19, 22, 23
Bonilla G 9
Boteanu AL 27
Brandy-García A 30, 31
Briones A 26

C

Caballero LR 25
Calvo E 16, 21
Calvo L 29
Camins J 30, 31
Campos J 20, 28, 29
Candel FJ 9
Candelas G 10, 11, 24
Candelas-Rodríguez G 35
Cantalejo M 31, 32, 33, 34
Cañete JD 35
Carrillo-Gijón 26
Casafont I 30, 31
Castañeda S 13, 24
Cebrian L 32
Cobo-Ibáñez T 35
Collado P 19, 22, 23
Cortijo L 13
Crespi N 6, 7, 11, 12
Cruz A 18, 19, 22, 23
Cruz E 18
Cuende E 7, 10

D

Díaz P 35

E

Elena-Ibáñez A 16
Emperiale V 8, 10
Espinosa M 6, 7, 11, 12, 20, 28, 29
Esteban-Hernández T 16

F

Fernández M 9
Fernández-González B 10, 20, 24
Fernández-Prada M 6, 7, 11, 12
Flores-Robles BJ 16
Font J 9, 20
Freites D 9, 20

G

Galindo M 11, 12
Gamir ML 29
Gangoiti L 14
García A 13, 14, 29
García AJ 18
García J 9
García M 29
García N 13, 24
García de la Peña P 16, 21
García de Vicuña R 24
García-García V 26
García-Martos A 13, 14
García-Vadillo A 6, 7, 11, 12
Gyfre L 30, 31
Godoy H 6, 7, 11, 12, 20, 28, 29
Gomáriz R 13
Gómez-Gómez A 16
Gómez-Reino J 8, 10
González-Álvaro I 13
González CM 25
González E 14
González I 24
González JJ 9, 16
González L 13, 14
González-Martín J 21
Guerra M 16, 35
Guzón O 11, 12

H

Hernández G 9
Hernández I 9

Herranz A 11, 12
Herrero A 15
Holgado S 30, 31
Humbría A 24

I

Isasi CM 20, 28, 29

J

Janta I 25
Jiménez M 20, 28, 29
Jover JA 10, 20, 24

L

Lajas C 10, 24
Lamana A 13
Larena C 28
Largo-Rodríguez D 16
Lázaro-Guevara JM 16
León L 9, 20
Llorente I 24
Loarce-Martos J 27
Lojo L 9
López F 27
López KF 25
López-Longo FJ 9
López-Martínez JA 16
López-Pintor RM 9
Luque M 29

M

Macarrón P 10, 24
Macía C 6, 7, 11, 12, 18, 19, 22, 23
Madrid A 10, 24
Marín C 21
Martín MA 16
Martín J 13
Martínez C 10, 13, 24
Martínez M 30, 31
Martínez-Prada C 6, 7, 11, 12
Martínez-Prada M 12
Martínez-Quintanilla D 13
Martínez-Quintanila I 24
Mateo L 30 ,31
Mazzuchelli R 6, 7, 11, 12
Melchor S 9
Merino C 20, 28, 29
Merino-Meléndez L 16
Monteagudo I 25
Montes N 13
Morado C 6, 7, 11
Morado I 10, 24
Morado-Quiñoa C 12
Morell JL 6, 7, 11, 12, 26, 29
Moreno P 24
Muñoz S 9
Muñoz-Fernández S 35
Mustienes R 18, 19, 22, 23

N

Nack A 30, 31
Navío MT 9
Nieto JC 25
Novella-Navarro M 16
Nuño L 9

O

Olive A 30, 31
Olmedo F 10, 24
Ortega MC 9
Ortíz A 8, 10, 13
Ortíz AM 24
Ovalles JG 25

P

Patiño E 24
Pato E 10, 24
Peiteado D 9
Peña M 11, 12
Peñuelas M 9
Pérez-Fernández E 6, 7, 11, 12
Pian H 29
Pijoan C 28
Pinillos-Aransai V 16
Prior A 30, 31

Q

Quiñones JR 27
Quirós J 6, 7, 11, 12

R

Ramalle-Gomara E 16
Ramírez L 9
Rascón FJ 16
Rebollo M 13
Recuerdo S 9
Rodríguez A 9, 18
Rodríguez L 9, 10, 24
Rodríguez AB 19, 22, 23
Rodríguez-Araya T 21
Rodríguez- Rubio S 21
Roman A 15
Rosales Z 9, 10, 20, 24
Rubio A 18, 19, 22, 23
Rubio L 15
Ruiz J 32, 33, 34
Rusinovich O 20, 28, 29

S

Salazar-Asencio OA 16
Sánchez MA 16

Sánchez-Alonso F	8, 10
Sánchez-Piedra C	8, 10
Sangüesa C	30, 31
Sanmartín J	18, 19, 22, 23
Sanz J	16, 20, 28, 29
Sanz M	9
Seoane-Mato D	35
Serrano J	9
Sifuentes-Giraldo WA	26, 29
Soleto CH	32,38

T

Terán MA	28
Toledano E	10, 24
Tomero E	24
Torrens LA	25
Triguero A	13
Trives L	25
Trondin A	16

V

Vadillo C	10, 24
Valero C	13
Valero M	9
Vázquez-Díaz M	26, 27, 29
Veiga R	31, 32, 33, 34
Vergara-Dangond C	21
Vicente E	24
Victoriano-Lacalle R	16
Villa LF	20, 28, 29
Villaverde V	6, 7, 11, 12
Villaverde-García V	35

Z

Zapatero A	32, 33, 34

BANCO DE ALIMENTOS
MADRID
OPERACIÓN KILO.
Un kilo de comida. Un millón de gracias.

sorcom