

Anales de Reumatología

vol. 1 / nº 3

XVII CONGRESO

de la Sociedad Andaluza de Reumatología

SA



HUMIRA®

Artritis Reumatoide

Eficacia clínica y seguridad a largo plazo (hasta 7 años)⁽¹⁾

Remisión clínica (DAS28 < 2,6) a los 2 años en aproximadamente el 50% de los pacientes⁽²⁾

Eficacia clínica en fracaso previo a FAME convencionales y/o antagonistas del TNF- α ^(3,4,5)

Buen perfil de seguridad en pacientes con intolerancia a otros antagonistas del TNF- α ⁽³⁾



4511115 03 (feb 07)

1. Schiff MH, et al. Ann Rheum Dis. 2005;64 Suppl 3:438-9.
2. Breedveld FC, et al. Arthritis Rheum. 2006 Jan;54(1):26-37.
3. Bombardieri S, et al. Arthritis Rheum. 2005;52 Suppl 9:S144.
4. Burmester GR, et al. Ann Rheum Dis. 2004 Jul; 63(Suppl 1):90.
5. Schiff MH, et al. Ann Rheum Dis. 2004 Jul;63 Suppl 1:269.
6. Mease PJ, et al. Arthritis Rheum. 2005;52(Suppl.9):S215.
7. Mease PJ, et al. Arthritis Rheum. 2005;52(Suppl.9):S631.

Artritis Psoriásica

Alta eficacia clínica en el control articular y cutáneo⁽⁶⁾

Semana 48

ACR70

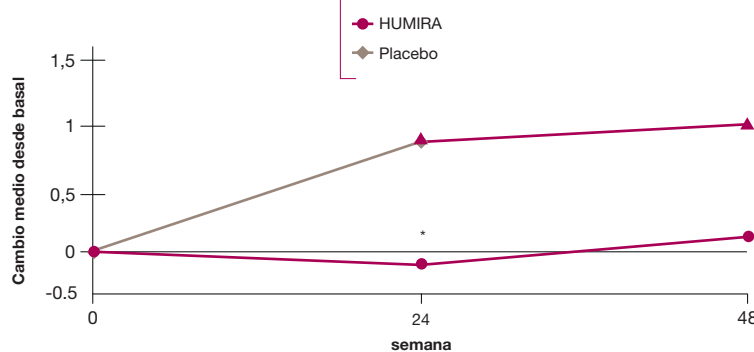
31%

PASI90

46%

Inhibición significativa de la progresión de la enfermedad^(6,7):

Índice Total Sharp Modificado



* p<0.001, placebo vs. HUMIRA

HUMIRA
adalimumab

Sumario

Comité Editorial

pág. 1

Editorial

pág. 2

Comunicaciones Orales

pág. 3-6

Comunicaciones Póster

pág. 6-23

Índice de Autores

pág. 24-25

Comité Editorial

Junta Directiva de la SORCOM:

- **Presidente:** Eugenio de Miguel Mendieta
- **Presidenta electa:** Mónica Vázquez
- **Vicepresidente:** Isidoro González Álvaro
- **Secretaria General:** Patricia Carreira Delgado
- **Tesorera:** Rosario García de Vicuña

Vocales:

- Juan Carlos Acebes Cachafeiro
- Esperanza Naredo Sánchez
- Jesús Sanz Sanz
- Jesús García-Arroba Muñoz
- Javier López Longo
- Esperanza Pato Cour
- María Galindo Izquierdo
- Javier Orte Martínez

Editorial



En los últimos años, las reuniones científicas y Congresos de las diferentes Sociedades autonómicas de Reumatología han despertado un notable interés al ofrecer programas docentes claramente atractivos y abrir foros de debate, que por su tamaño, resultan más cercanos. En el caso de la Sociedad Andaluza de Reumatología, el Curso Precongreso, impartido por los Residentes, supone una auténtica revisión de temas muy actuales y con una visión práctica para nuestra Especialidad.

No obstante, las Sociedades Autonómicas carecemos de un soporte que permita la difusión de dichas actividades y de la publicación de las Comunicaciones Orales y Posters anualmente. Por esta razón hemos aceptado la invitación del Dr Eugenio de Miguel en nombre de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid, para utilizar su revista Anales de Reumatología para difundir las comunicaciones de nuestro Congreso autonómico.

Agradezco, en nombre de la Sociedad Andaluza de Reumatología, su invitación para compartir su foro de difusión y contribuir a compartir conocimientos.

Estoy seguro de que iniciamos una andadura de colaboración entre Sociedades Autonómicas que se mantendrá en el futuro y que permitirá compartir diferentes realidades. Gracias

Dr Pérez Venegas
Presidente de la Sociedad Andaluza de Reumatología

Comunicaciones Orales

comunicación 01

ECOGRAFIA POWER (PDUS) EN ARTRITIS PRECOZ. ¿PUEDE CAMBIAR NUESTRO DIAGNOSTICO?

L. Mayordomo, ML. Velloso, P.González-Moreno, E. Rejón, S.Rodríguez-Montero, A.Gutierrez-Leonard y JL. Marengo. S. Reumatología. Hospital Universitario Valme. Sevilla 41012.

Objetivos: La ecografía de alta resolución con power Doppler (PDUS) es útil en el estudio de la sinovitis en artritis reumatoide (AR) y otras enfermedades inflamatorias articulares. La detección precoz de synovitis permite una correcta clasificación y tratamiento de pacientes con enfermedad inflamatoria. Se diseñó un estudio prospectivo longitudinal en una población con artritis de inicio para establecer si el examen con PDUS además de la evaluación clínica estandarizada podría cambiar el diagnóstico y manejo clínico.

Material y métodos: De 131 pacientes remitidos a la unidad de artritis precoz con sospecha de AR, 50 pacientes cumplieron criterios de dolor y/o inflamación y/o rigidez matutina en articulaciones de carpos, metacarpofalángicas (MVF) o metatarsfalángicas (MTF), de inicio <1 año previo a la primera visita y fueron seleccionados para el estudio. Los pacientes con diagnóstico previo de AR o tratamiento previo con esteroide/DMARD fueron excluidos. Se completó el protocolo de evaluación clínica/ PDUS a los 0,1,3,6,12 meses en 47/50 pacientes consecutivos. La edad media fue 51 a (21-85), 31 (66%) mujeres, duración media de síntomas 5 meses \pm 3.5 (0.5-11). Se obtuvieron parámetros estandarizados rutinarios clínicos y de laboratorio (articulaciones inflamadas y tumefactas (NAD, NAT), EAV de dolor y VGP, HAQ, VSG, PCR, FR, DAS) a los 0,1,3,6, 12 meses. Se utilizó un equipo de US con sonda multifrecuencia 5-13 Mhz con power Doppler y la exploración PDUS ciega se realizó consecutivamente o <24 h después de la exploración clínica en cada visita. Se evaluaron 44 articulaciones por paciente (2068 articulaciones en total). Se estableció la presencia de derrame (D), Hipertrofia sinovial (S) y señal power doppler (P) y su gradación semicuantitativa (0-3) para cada articulación. Se registró el número de articulaciones inflamadas por ecografía en cada visita y el índice global para D,S y P por articulación y paciente. Se compararon los diagnósticos clínicos y ecográficos a las 12 semanas para ver si esto modificaba los criterios de clasificación. Análisis estadístico: Test de Pearson, Wilcoxon, Friedman and Mann-Whitney

Resultados: La exploración clínica encontró dolor a la presión en 647/2068 articulaciones (31.2%) y en 44/47 (93.6%) pacientes e inflamación en 305/2068 articulaciones (14.7%) en 37/47 pacientes. PDUS encontró mayor número de articulaciones inflamadas 429/2068 (20.7%) en un mayor número de pacientes: 44/47 (93.6 %), de forma estadísticamente significativa ($p<0.0001$). Se encontró correlación estadísticamente significativa entre todas las variables ecográficas de inflamación y DAS28, NAD, NAI ($p<0.001$). Las articulaciones más frecuentemente afectadas fueron: MTF (24%), MCF (22%), IFP (19%) y carpos (10%). Los hallazgos ecográficos permitieron reclasificar como artritis precoz con afectación oligoarticular a 6 pacientes, 7 pasarían a tener afectación poliarticular y 7 pacientes tendrían afectación subclínica de una articulación.

Conclusiones: PDUS detecta inflamación en articulaciones en las que la exploración clínica no puede, de modo que la exploración PDUS permitiría reclasificar pacientes con afectación mono, oligo y poliarticular. Se necesitan estudios de mayor duración y con mayor número de pacientes para establecer definitivamente la relevancia de la inflamación subclínica y la utilidad de PDUS en el manejo de pacientes con artritis precoz.

comunicación 02

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON LEFLUNOMIDA O METOTREXATE - LEFLUNOMIDA, EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE RECIENTE INICIO CON MALA RESPUESTA O INTOLERANCIA A METOTREXATE

L.M. Rojas, P. Font, A. Ruiz, JA Carrasco, M. Santamaría, R. González, R Montero y F.G. Martínez. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Servicios de Reumatología, Inmunología y Radiología.

Introducción. El tratamiento precoz y agresivo con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) controla la actividad inflamatoria, mejora la evolución y retrasa el daño radiológico de la Artritis reumatoide (AR). El metotrexato (MTX) es generalmente el FAME de elección inicial por su eficacia y amplio segmento terapéutico y aunque otros FAMES como la salazopirina (SLZ), hidroxycloquinina (HCQ) y leflunomida (LF) son igualmente recomendados, solo la LF tiene similares índices de respuesta a variables clínicas. De las asociaciones que contienen MTX la asociación con SLZ e HCQ (triple terapia), ciclosporina (CP), LF y terapias biológicas anti TNFa (TB) son las más eficaces y mejor estudiadas. La asociación del MTX con LF, eficaz en ensayos clínicos, no ha sido suficientemente evaluada en escenarios clínicos reales de pacientes con artritis reumatoide de reciente inicio (ARRI), pudiendo ser considerada una alternativa coste-eficaz como paso previo al uso de la asociación del MTX a las TB.

Objetivo. Evaluar la efectividad clínica, seguridad y tiempo de supervivencia de la asociación del MTX - LF o LF en pacientes con ARRI con mala respuesta a dosis plenas o intolerancia a MTX.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional, prospectivo y abierto, según práctica clínica, de la cohorte de 46 pacientes con ARRI, según criterios ACR, de los 178 pacientes de la consulta de Artritis de reciente inicio (CARI) del Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) de Córdoba que presentaron mala respuesta o intolerancia al tratamiento con dosis de MTX de hasta 25 mg/semana y no haber recibido tratamiento previo con TB. Se les administró LF adicional o sustitutiva. Se evalúan la edad, sexo, factor reumatoide (FR), anticuerpos anti-péptidos citrulinados cíclicos (ac PCC), tipos y subtipos de HLA portadores del epitopo reumatoideo (DRB1-ER). Se realizó estudio descriptivo mediante cálculo de frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas y media \pm d. Típica para variables cuantitativas. Se realizó un análisis de varianza de medidas repetidas con ajuste de Sidak para contrastar el DAS28 a lo largo del estudio.

Resultados. La cohorte la componen 46 pacientes con edad media de $64\pm 14,6$ años de los que el 72% son mujeres y el 78,3% FR positivo. La edad de inicio de los síntomas fue a los $60\pm 14,5$ años. El 71,1% de los pacientes eran AcPCC positivo. 3 pacientes (6,5%) eran pacientes homocigotos para los alelos de DRB1 asociados a severidad, siendo el 47,8% heterocigotos. Más de la mitad de los pacientes (56,5%) mantienen el FAME previo, siendo el más frecuente el MTX (63%). Solo 7 pacientes (15,3%) presentaron efectos adversos. Se obtuvieron diferencias significativas ($p=0,000$) al comparar el DAS28 basal con los 3 y 6 meses, manteniéndose la diferencia observada a los 3 meses y también a los 6 meses en los 36 pacientes que completaron revisiones hasta ese momento.

Conclusión. La terapia MTX-LF o LF redujo significativamente los valores medios de DAS28 en pacientes no respondedores a MTX. Sólo un 15% de los pacientes presentaron efectos adversos. El 70% de los pacientes tuvieron una respuesta moderada-buena a los 6 meses de seguimiento.

comunicación 03

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO INTRARTICULAR CON ÁCIDO HIALURÓNICO COMPARADO CON INFILTRACIÓN DE ESTEROIDES EN ARTROSIS DE RODILLA

Castro Villegas, MC, Font Ugalde P, Caracuel MA, Escudero A, Pérez-Guijo V, Muñoz Gomariz E, Frías Tejederas G, Vacas Pér. H.U. Reina Sofía. Córdoba

Objetivo. Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento intrarticular con ácido hialurónico (AH) frente a las infiltraciones con esteroides (E) en un seguimiento a 6 meses en pacientes con artrosis sintomática de rodilla.

Material y métodos. Se realizó un estudio prospectivo con 49 pacientes (8 hombres, 41 mujeres) diagnosticados de artrosis de rodilla según los criterios del ACR, que presentaban grado radiológico II y III de Kellgren y Lawrence. Los pacientes fueron aleatorizados para recibir una dosis única de acetónido de triamcinolona intrarticular o cinco dosis semanales de hialuronato sódico. Se realizó una valoración basal y a los meses 1, 3 y 6. Se recogieron como variables de respuesta la mejoría medida por los cuestionarios específicos WOMAC y Lequesne. Para comparar la media de Lequesne y WOMAC por tratamiento a lo largo del estudio se realizó un análisis estadístico con un ANOVA de medidas repetidas.

Resultados. De los 49 pacientes incluidos, 26 recibieron AH y 23 esteroides intrarticulares. El 57.1% presentaban grado 9 años y el radiológico II y el 42.9% grado III. La media de edad era de 62.3 12 meses. Las variables tiempo medio de evolución de los síntomas de 20.5 demográficas y clínicas no presentaban diferencias significativas en la valoración basal entre los grupos. Las tablas muestran los resultados en cuanto a la comparación de las medias de la puntuación WOMAC y Lequesne por tratamiento a lo largo del estudio.

Respecto a la media de Lequesne se produjo un descenso a los 6 meses respecto a la basal en ambos grupos de tratamiento, mientras que la media de puntuación del WOMAC fue más alta a los 6 meses respecto al valor basal para el grupo con esteroides que para el grupo con AH. Sin embargo, al comparar la media de Lequesne y de Womac en función del tratamiento a los distintos tiempos de valoración no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. No se observaron efectos secundarios en ninguno de los grupos de tratamiento.

TABLAS

Media (DS)	Media (DS)
Lequesne AHialurónico Esteroides	WOMAC AHialurónico Esteroides
Basal 9,41 (0,43) 10,50 (0,45)	Basal 51,52 (3,20) 48,6 (3,79)
1 mes 7,91 (0,66) 8,4 (0,69)	1 mes 47,46 (3,79) 45,9 (4,49)
3 meses 7,36 (0,66) 9,8 (0,69)	3 meses 44,48 (4,31) 48,67 (5,10)
6 meses 7,96 (0,62) 9,55 (0,66)	6 meses 42,38 (4,13) 50,00 (4,89)

ANVAR de medidas repetidas. Diferencias No significativas

Conclusión. Nuestros resultados no han mostrado diferencias significativas en cuanto a la efectividad del tratamiento con AH o esteroides intrarticulares en artrosis sintomática de rodilla.

comunicación 04

EFICACIA, FUNCION FISICA Y SEGURIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON AGENTES BIOLÓGICOS MAS LEFLUNOMIDA VS METOTREXATE.

Ruiz Montesino, MD, Hernández Cruz, B, Sianes Fernández, M, Mendoza Mendoza, D, Navarro Sarabia, F.

Objetivo. Evaluar la eficacia (medida por respuesta EULAR), la función física (medida por HAQ) y conocer la frecuencia de eventos adversos graves en pacientes tratados con un agente biológico más leflunomida (LFN) versus agente biológico más metotrexato (MTX).

Diseño. Estudio observacional y prospectivo de una cohorte de pacientes con AR (ACR 1987) del Servicio de Reumatología del HU Virgen Macarena, atendidos en una consulta monográfica, de enero de 1999 a diciembre de 2005.

Material y métodos. Se incluyeron los pacientes en tratamiento con agentes biológicos que no estuvieran en fase de ensayo en el momento de inicio del tratamiento, seguidos prospectivamente de acuerdo a un protocolo previamente diseñado. Se creó una base de datos con los datos de la visita basal y cada 3 meses. La función física fue evaluada con el HAQ y la eficacia por respuesta EULAR. El periodo de seguimiento fue desde el inicio de tratamiento con agentes biológicos hasta un punto de corte a los 57 meses.

Resultados. Se reclutaron 148 pacientes, de ellos 95 eran mujeres (60%), con una media de edad: 42±12, 81% con factor reumatoide positivo, 73% con erosiones, la media de años de evolución de la AR fue de 9±6. De los 148 pacientes, 25 recibían LFN, 88 MTX y 4 recibían LFN + MTX en combinación con un agente biológico, no hubo diferencias en las variables sociodemográficas y de la AR, entre ambos grupos al inicio del seguimiento. De los 25 pacientes en tratamiento con LFN recibieron LFN+ Adalimumab 16 pacientes, LFN+ Etanercept 9 y LFN+Infliximab ninguno. Suspendieron LFN durante el periodo de estudio 13 pacientes. El tiempo de exposición a LFN fue de 29±16 meses. Hubo una mejoría en la función física con una diferencia entre en final y el inicial 0.31±0.61 (p=0.0415); igualmente fue significativa la diferencia del DAS final respecto del inicial 2.97±1.67 (p<0.0001). La respuesta EULAR fue buena en 8 pacientes, moderada en 14 y ninguna en 3. De los 88 pacientes que estaban en tratamiento con MTX, recibían MTX+Adalimumab 27 pacientes, MTX+Etanercept 32 y MTX+Infliximab 29. Hubo 18 abandonos de MTX. El tiempo de exposición a MTX fue de 33±10 meses. Hubo una mejoría en la función física medida por HAQ con una diferencia entre en final y el inicial 0.32±0.83 (p=0.0017); igualmente fue significativa la diferencia del DAS final respecto del inicial 2.54±1.74 (p<0.0001). La respuesta EULAR fue buena en 32 pacientes, moderada en 33 y ninguna en 23. No hubo diferencias significativas entre LFN+Biológico vs MTX+Biológico en ninguna de las variables analizadas. Ocho pacientes del grupo LFN+Biológico suspendieron el tratamiento 6 por evento adverso. Veintiún pacientes con MTX+ Biológico suspendieron el tratamiento, 16 por evento adverso y 2 por ineficacia.

Conclusión. La combinación LFN+Biológico es eficaz, bien tolerada y segura cuando se comparó con MTX+Biológico. La asociación más común fue con etanercept. Las principales causas de abandonos fueron los eventos adversos.

comunicación 05

ESTUDIO DE EXPRESIÓN GÉNICA POR MICROARRAYS EN CÉLULAS DE SANGRE PERIFÉRICA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE.

Collado MD, Hernández P, Sainz J, Ferrer MA, García A, Salvatierra J, Blanco A, López J, Ramírez C, Guzmán M y Cáliz R. Hospital Virgen de las Nieves. Granada

Objetivo. La artritis reumatoide (AR) se caracteriza por inflamación crónica y destrucción de hueso y cartílago en articulaciones. El perfil de expresión génica se ha utilizado para caracterizar y/o clasificar mejor diferentes enfermedades entre ellas AR y para comprender las rutas moleculares implicadas en la patogénesis de la enfermedad. El propósito de este trabajo es encontrar genes candidatos que puedan estar implicados en la patología de la AR a través de estudios de expresión génica con microarrays

Material y métodos. Se ha utilizado ARN total obtenido a partir de sangre periférica con tubos Paxgene (Preamalytix) y el kit RNAeasy (QUIAGEN) de dos grupos con tres individuos por cada en duplicado: Controles sanos y Pacientes con AR desarrollada (> de 5 años) que cumplan los criterios de diagnóstico de la ACR. La calidad del ARN total se analizó por electroforesis capilar (Agilent 2100). Los microarrays que se utilizaron fueron CodeLink de genoma humano completo (unos 57000 genes). Los datos de fluorescencia se obtuvieron con el escaner GenePix 4000B con el software GenePixPro v 4.1 y analizados con CodeLink Expression Analysis v 4.0. La normalización se realizó por "Contrast Based Method". Los genes significativamente expresados se seleccionaron a través de SAM (Significative Analysis of Microarray) ajustando el FDR (False Discovery Rate). Posteriormente el cluster posibilitado de estos genes se realizó de acuerdo a su similaridad GO (Gene Ontology).

Resultados. Inicialmente se han examinado los genes relacionados con autoinmunidad y respuesta inflamatoria (unos 350 genes). Se han encontrado unos 50 genes diferencialmente expresados (sobre y sub-expresados) en pacientes con AR. Estos genes se pueden clasificar en grupos diferentes de acuerdo a criterios funcionales de GO. 1.- Quemoquinas, citoquinas y sus receptores: CCL18, CXCR4, IL1R1, IL4R, IL10RB, LTB4R, IL18, TGFBI, TNF, TNFRSF7, VGF. 2.- Proteínas de transducción de señal: CALM1, EVI1, GSK3B, IKBKE, JAK1, MAPK14, VAV1. 3.- Factores de transcripción: FOSL2, MYC, NFAT5, NFKBIA, NFKB, RUNX2, STAT4. 4.- Otros genes relacionados con la respuesta inmune: FCGR3A, TLR2, TLR3, BCL2, ICAM3, NCAM1, PIN1, SELL.

Conclusión. Este acercamiento a través de criterios funcionales de agrupamiento de GO es muy útil para relacionar activación del receptor y rutas de transducción de señal con proteínas adaptadoras, proteínas quinasas, y factores de transcripción nucleares de las rutas de la respuesta inmune. Estos datos sugieren que algunas de estas rutas de respuesta inmune están alteradas y pueden estar implicados en la patología de la AR

comunicación 06

LEFLUNOMIDA ASOCIADA A ETANERCEPT. MEJORA FUNCIONAL TRAS 24 SEMANAS DE TRATAMIENTO.

M. Romero Gómez, R. Cáliz, M.A. Ferrer, A. García, M. Guzmán, E. Collantes. S. Reumatología, H. Virgen de las Nieves (Granada). S. Reumatología, H. Reina Sofía (Córdoba).

Objetivo. Valorar capacidad funcional de pacientes con AR durante 24 semanas de tratamiento con Etanercept.

Material y métodos. Se incluyeron 70 pacientes con AR en tratamiento con Etanercept durante 24 semanas. Todos los pacientes tienen enfermedad moderada o grave y no han respondido a un mínimo de 2 FAME solos o en combinación (protocolo de la SER modificado). Se administró dosis de Etanercept de 25 mg dos veces a la semana asociado a MTX o Etanercept asociado a Leflunomida, y solo un 10% con otros FAME o en combinación de más de uno, según protocolo habitual. Para valorar capacidad funcional se utilizó el HAQ como indicativo de mejoría funcional realizándolo al inicio del tratamiento y tras 24 semanas. Se recoge así mismo de las historias clínicas DAS 28 al inicio y tras 24 semanas.

Resultados. De los 70 pacientes, 18 varones y 52 mujeres, con una media de edad de 52 años y un tiempo medio de evolución de enfermedad de 7,3 años.; 40% tratados con Leflunomida asociada a Etanercept; 30% tratados con Etanercept más MTX y el resto con otros FAME o en combinación. Si hacemos diferenciación en cuanto al FAME utilizado obtenemos que más del 80% de los que estaban con Etanercept y Leflunomida obtienen una capacidad funcional normal, 70% de los que tenían asociado MTX adquieren una capacidad funcional normal y similar resultado cuando estaban con más de un FAME y uno de ellos era Leflunomida. Así mismo el DAS 28 en la semana 0 fue de 6,02 y tras 24 semanas 3,7 con reducción de 2,32 sin evidenciar diferencias en cuanto al FAME utilizado.

Conclusión. En nuestra experiencia el tratamiento con Etanercept en pacientes con AR activa y refractaria proporciona una mejoría clínica y funcional de la enfermedad evidenciando ligera superioridad, sin resultados estadísticos, cuando el DMARD utilizado es la leflunomida frente a otros.

comunicación 07

ULTRASONOGRAFIA CON POWER DOPPLER (PDUS) EN EL SEGUIMIENTO DE ARTRITIS PRECOZ.

L.Mayordomo, ML.Velloso, E. Rejón, P.González- Moreno, S. Rodríguez-Montero, C. Pastor, JL.Marengo. S. de Reumatología. Hospital Universitario Valme, SEVILLA.

Objetivo. Objetivos: La ecografía de alta resolución con power Doppler (PDUS) es útil en el estudio de la sinovitis en artritis reumatoide (AR) y otras enfermedades inflamatorias articulares. La detección precoz de sinovitis permite una correcta clasificación y tratamiento de pacientes con enfermedad inflamatoria articular y podría cambiar nuestro manejo de la enfermedad. Estudiar prospectivamente los cambios estructurales en las articulaciones sinoviales de una población de pacientes remitidos a una unidad de artritis precoz. Evaluar longitudinalmente los cambios en escala de grises y PDUS y su correlación con la mejoría en los datos clínicos y de laboratorio después de iniciar tratamiento estándar para AR con esteroides/ DMARD.

Material y métodos. Pacientes y métodos: De 131 pacientes remitidos a la unidad de artritis precoz con sospecha de AR, 50 pacientes cumplieron criterios de dolor y/o inflamación y/o rigidez matutina en articulaciones de carpos, metacarpofalángicas (MVF) o metatarsfalángicas (MTF), de inicio <1 año previo a la primera visita y fueron seleccionados para el estudio. Los pacientes con diagnóstico previo de AR o tratamiento previo con esteroide/DMARD fueron excluidos. Se completó el protocolo de evaluación

clínica/ PDUS a los 0,1,3,6,12 meses en 47/50 pacientes consecutivos. La edad media fue 51 a (21-85), 31 (66%) mujeres, duración media de síntomas 5 meses \pm 3.5 (0.5-11). Se obtuvieron parámetros estandarizados rutinarios clínicos y de laboratorio (articulaciones inflamadas y tumefactas (NAD, NAT), EAV de dolor y VGP, HAQ, VSG, PCR, FR, DAS) a los 0,1,3,6, 12 meses. Se utilizó un equipo de US con sonda multifrecuencia 5-13 Mhz con power Doppler y la exploración PDUS ciega se realizó consecutivamente o <24 h después de la exploración clínica en cada visita. Se evaluaron 44 articulaciones por paciente (2068 articulaciones en total). Se estableció la presencia de derrame (D), Hipertrofia sinovial (S) y señal power doppler (P) y su gradación semicuantitativa (0-3) para cada articulación. Se registró el número de articulaciones inflamadas por ecografía en cada visita y el índice global para D,S y P por articulación y paciente . Análisis estadístico: Test de Pearson, Wilcoxon, Friedman and Mann-Whitney .

Resultados. Resultados: La exploración clínica encontró dolor a la presión en 647/2068 articulaciones (31.2%) y en 44/47 (93.6%) pacientes e inflamación en 305/2068 articulaciones (14.7%) en 37/47 pacientes. PDUS encontró mayor número de articulaciones inflamadas 429/2068 (20.7%) en un mayor número de pacientes: 44/47 (93.6 %), de forma estadísticamente significativa ($p<0.0001$). Se encontró correlación estadísticamente significativa entre todas las variables ecográficas de inflamación y DAS28, NAD, NAI ($p<0.001$) , otros parámetros clínicos/laboratorio ($p<0.05$) pero no con EAV. La presencia de FR positivo se asoció a índices de inflamación ecográficos. Después de 0,1,3,6,12 meses, los parámetros ecográficos mejoraron significativamente respecto a los basales ($p<0.0001$).

Conclusión. Conclusiones: La exploración con PDUS detectó significativamente mayor número de articulaciones inflamadas en más pacientes que la exploración clínica. La PDUS mostró una buena sensibilidad al cambio en el seguimiento de pacientes con artritis precoz que se correlacionó con los parámetros clínicos y de laboratorio. Se precisan estudios a más largo plazo con mayor número de pacientes para establecer definitivamente el papel de PDUS en el diagnóstico y manejo de pacientes con artritis precoz.

Comunicaciones Póster

comunicación 01

ACROPAQUIAS COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE ENFERMEDAD NEOPLÁSICA.

P. León, M. Llanes, I. Perez S, Garcia, JJ. Perez. Hospital Universitario Puerta del Mar Cadiz

Objetivo. La osteoartropatía hipertrófica es un síndrome clínico consistente en acropaquias en las manos y pies, agrandamiento de las extremidades secundario a periostitis, proliferación periarticular y ósea, y artritis. Puede ser primario, pero la mayoría de las veces es secundario, fundamentalmente a causas cardiopulmonares (5% se deben a carcinoma broncogénico), digestivas (cirrosis biliar primaria o enfermedad inflamatoria intestinal) y hematológica. Presentamos un caso de un varón con acropaquias y artralgiyas como manifestación de enfermedad neoplásica.

Material y métodos. CASO CLÍNICO: Varón de 65 años que acude a la consulta de Reumatología por poliartalgias generalizadas de ritmo inflamatorio, de meses de evolución sin rigidez ni artritis asociadas. Antecedentes personales: fumador importante sin otros factores de riesgo cardiovascular conocidos. A la exploración: como dato más llamativo se objetivaron acropaquias en los dedos de las manos, sin alteraciones en el aparato locomotor.

En la radiología ósea se observa imagen de periostitis en los huesos largos, con un área radioluciente entre hueso peróstico y la cortical subyacente. La radiografía de tórax realizada puso de manifiesto imagen compatible con masa pulmonar. La AP fue compatible con carcinoma epidermoide de pulmón.

Conclusión. DISCUSIÓN: las acropaquias son fácilmente reconocibles en la exploración física habitual de los pacientes y deben suponer un reto diagnóstico para el estudio de las posibles causas que la provocan, siendo necesaria la búsqueda de existencia de tumores asociados, como en el caso que presentamos.

comunicación 02

ADALIMUMAB COMO TRATAMIENTO EFICAZ DE LA UVEITIS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL

Velloso ML, Rodríguez S, Pastor C, Rejón E, Mayordomo L, Marengo JL. H. U. de Valme. Sevilla.

Objetivo. INTRODUCCION. La artritis reumatoide juvenil (ARJ) de presentación pauciarticular es la más habitual, con una mayor asociación a la aparición de uveítis, especialmente si están presentes los anticuerpos antinucleares. Presentamos un caso de uveítis recurrente en una niña con ARJ pauciarticular, rebelde a varios tratamientos, con excelente respuesta a adalimumab.

Material y métodos. CASO CLINICO. Paciente de 5 años de edad con artritis reumatoide juvenil pauciarticular ANA positivos diagnosticada a los 18 meses, con episodios de uveítis anterior de repetición en ojo izquierdo tratados con esteroides tópicos y ciclopléjicos. Desde el punto de vista articular, bien controlada desde hace un año con 15 mgr semanales de metotrexato. En los últimos seis meses, presenta uveítis activa a pesar del tratamiento tópico con discreta pérdida de agudeza visual y edema macular; además de aumento de reactantes de fase aguda. Ante la progresión del cuadro oftalmológico, se decidió iniciar tratamiento con anti-TNF, con recuperación parcial de agudeza visual y normalización de los parámetros de actividad inflamatoria.

Conclusión. DISCUSION. El papel de los inhibidores del factor de necrosis tumoral en el manejo de los pacientes con uveítis no está aún definido. Se han comunicado algunos casos de mejoría con etanercept (1); sin embargo estudios controlados posteriormente no encuentran diferencias con placebo (2). Con respecto a Infliximab, existen estudios retrospectivos con buena respuesta, seguridad y tolerancia (3); e incluso desaparición de la necesidad de esteroides tópicos y/o sistémicos (4). Parece que el anticuerpo es más eficaz que el receptor en el tratamiento de la uveítis. En nuestro caso, tratamos a la paciente con otro anticuerpo anti-TNF (adalimumab), observando una disminución de la inflamación ocular y una reducción de la necesidad de esteroides orales. Por tanto, adalimumab podría ser una buena terapia en los casos de uveítis asociada a ARJ con escasa respuesta a tratamiento tópico.

1.-Reiff A et al. Etanercept therapy in children with treatment-resistant uveitis. Arthritis Rheum 2001;44:1411-5. 2.-Smith JA et al. A randomized, placebo-controlled, double-masked clinical trial of etanercept for the treatment of uveitis associated with juvenile idiopathic arthritis. Arthritis Rheum 2005; 15: 18-23. 3.-Kahn p, Weiss M, Imundo LF, Levy DM. Favorable response to high-dose infliximab for refractory childhood uveitis. Ophthalmology 2006; 113:864. 4.-Rajaraman RT, Kimura Y, Li S, Haines K, Chu DS. Retrospective case review of pediatric patients with uveitis treated with infliximab. Ophthalmology 2006; 113: 308-14.

comunicación 03

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UN REGISTRO DE ALERGIAS A ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

Doña Díaz I, Blanca Gómez M, Martín Casañez E, Torres Jaén MJ, López Lasanta M, Fernández Nebro A,. Servicio de Alergología. Servicio de Reumatología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son responsables del 20-25% de todas las reacciones de hipersensibilidad a fármacos que se producen en España, siendo la segunda tasa más alta de reacciones a medicamentos.

Objetivo. Realizar un análisis descriptivo de las alergias a antiinflamatorios no esteroideos en los pacientes atendidos en el Servicio de Alergología de nuestro hospital.

Análisis estadístico. La normalidad se confirmó con el test de Kolmogorov-Smirnov. Las variables cualitativas se compararon mediante una Chi cuadrado para 2 colas. Para la comparación de la edad entre sexos se utilizó una t de Student y para el número de fármacos sospechosos una U de Mann-Whitney. El nivel de significación estadística se estableció en 0,05.

Material y métodos. El estudio se ha realizado sobre un registro retrospectivo que incluye 187 pacientes con historia sugestiva de reacciones adversas a AINE, siendo confirmada mediante pruebas cutáneas o tests de provocación en los casos que tuvieron esta indicación. Se analizaron la edad, el sexo, los antecedentes de enfermedad alérgica y otras patologías concomitantes, el medicamento implicado y el motivo de su administración, el intervalo de tiempo entre la administración del fármaco y el comienzo de los síntomas y el número de reacciones experimentadas por el paciente. También se registraron los fármacos tolerados posteriormente a la reacción. Se realizaron pruebas cutáneas y/o tests de provocación medicamentosa en los pacientes que tuvieron indicación para ello.

Resultados. Se registró una mayor frecuencia de reacciones alérgicas en las mujeres (61%). La mediana \pm RIC de edad de todos los pacientes fue 38 ± 22 años. 98 (52%) pacientes refirieron algún tipo de enfermedad concomitante, pero solo 8 (4%) estaban diagnosticados de alguna enfermedad reumática. El metamizol fue el principal causante de las reacciones, seguido de aspirina e ibuprofeno. La vía de administración más implicada fue la oral. Las reacciones de tipo inmediata fueron las más frecuentes. El 61% de los pacientes sufrieron reacciones graves o potencialmente graves. Los antecedentes personales de alergia no influyeron en la gravedad ni el tipo de reacción. Se practicó alguna prueba diagnóstica a 168 (90%) pacientes, obteniéndose respuestas positivas en 54 (32%) y confirmándose la implicación del AINE sospechoso en 37 (22%). Se realizaron pruebas cutáneas en 42 (22%) pacientes, todas ellas con el fármaco involucrado en la reacción, siendo positivas en 16. Las pruebas de tolerancia se realizaron a 152 (81%) pacientes. En 149 (98%) de ellos se realizaron con AINE no implicados en la reacción, siendo 17 de ellos positivos. En 21 pacientes se probó el medicamento involucrado en la reacción, obteniéndose una respuesta positiva en todos ellos. Se llegó al diagnóstico final de hipersensibilidad específica en el 54% de los pacientes y de idiosincrasia en el 46%. Solo se confirmó el diagnóstico en el 28% de los casos.

Conclusión. La mayoría de las reacciones a AINE registradas son graves o potencialmente graves y suceden principalmente con metamizol y aspirina tomados por procesos banales.

comunicación 04

ARTRITIS REUMATOIDE Y AFECTACIÓN DE LA NEURONA MOTORA (ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA): A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN

M. Lisbona, P. González, P. Cejas, J. Ramírez, C. Aguilera, M. Anaya, J.B Povedano y A. García. Sección de Reumatología y Servicio de Neurología de los Hospitales Universitario

Objetivo. La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica no sólo con afectación articular. Sus manifestaciones neurológicas incluyen desde formas de neuropáticas periféricas hasta cuadros de vasculitis cerebral. Sin embargo; la afectación motora pura asociada a la AR ha sido descrito de manera muy infrecuente, tan sólo, hemos encontrado tres casos descritos en la literatura. Presentamos un caso de AR y Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) en un paciente varón joven.

Material y métodos. Varón de 36 años sin antecedentes de interés, que presenta cuadro de 2 meses de evolución de pérdida de fuerza progresiva de miembro superior derecho (MSD) de predominio distal con importante pérdida de masa muscular. Asocia artritis en 2ª y 3ª MCFs de ambas manos, carpos, codo derecho y ambos tobillos. En la exploración física era llamativa la presencia de fasciculaciones a nivel de MSD y pectoral derecho, con amiotrofia de pectoral, deltoides y serrato derechos. Analítica: perfiles bioquímicos el muscular, hepático, renal, lipídico, y electrolítico fueron normales. La serología de virus hepáticos, VIH, PVB19, sífilis, CMV, VEB y Chlamydia trachomatis resultaron negativas. VSG de 10 mm/h. Ac antineuronales y antigangliósidos negativos. ANA negativos. Factor reumatoide negativo. Estudio del líquido cefalorraquídeo sin hallazgos relevantes. RM nuclear sin hallazgos y gammagrafía ósea informada como cuadro de poliartritis. Se diagnosticó de ELA y A. R seronegativa. Tratado con metotrexato 15mg/sem, deflazacort 6 mg c/24h y Riluzol 50mg/12h mejoró del cuadro articular al cabo de dos meses. Sin embargo la sintomatología neurológica progresó, extendiéndose al hemisferio izquierdo con fasciculaciones a todos los niveles (excepto cara y lengua) y atrofia muscular generalizada.

Resultados. La prevalencia de la AR se encuentra en torno a 1% de la población mientras que la incidencia de la ELA se sitúa en 1.2-1.8 por cada 100000 hab/año. La asociación entre ambas enfermedades es muy infrecuente. Se han descritos otras causas alternativas de afectación de la neurona motora en la AR como cuadros miasteniformes inducido por la penicilamina, polineuropatía reversible de predominio motor asociada al tratamiento con sales de oro, miopatía esteroidea o la polimiositis en el contexto de enfermedad sistémica. Sin embargo; ninguna de estas opciones sería aplicable a nuestro caso. Aunque no existen evidencias claras, algunos autores apuntan al origen autoinmune de esta asociación, lo que implicaría un futuro más prometedor para el tratamiento de la ELA.

comunicación 05

ARTRITIS REUMATOIDE, ANTI-TNF Y LINFOMA

M.Llanes Gomez, P. León Rubio, N. Chozas Candanedo, S. García Perez, J.J. Perez Venegas. Hospital Universitario Puerta Del Mar. Cadiz

Objetivo. Se ha descrito asociación entre enfermedades autoinmunes, como la artritis reumatoide (AR) y procesos linfoproliferativos. Su patogénesis puede deberse al tratamiento con inmunosupresores, a una predisposición genética del paciente, al aumento de la expresión de oncogenes, o a la activación crónica de linfocitos B que aparece en la AR. Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de AR con factor reumatoide positivo, ANA - en tratamiento con metotrexato y 2 anti-TNF que desarrollo un Linfoma no Hodking.

Material y métodos. Paciente de 58 años, diagnosticado de AR FR positivo en el año 1997. Realizó tratamiento con Metotrexato a dosis iniciales de 7,5 mg semanales en dosis ascendente hasta 15 mg semanales, e Infliximab. Se sustituyó Infliximab por Etanercept por ineficacia. Presenta de manera subaguda, adenopatía cervical derecha, fija, no dolorosa de 3-4 cm de diámetro, no adherida a planos profundos. No presentaba fiebre ni sudoración nocturna. Desde el punta de vista articular permanecía estable.

Exámenes complementarios: Análítica sin alteraciones valorables. PAAF cervical: linfadenitis atípica. TAC cervical: adenopatía en cadena espinal accesoria derecha. Biopsia compatible con linfoma folicular. Estudio de extensión negativo. Se inició tratamiento con Rituximab con buena evolución clínica, desaparición de la adenopatía y remisión de la enfermedad articular.

Conclusión. Una Revisión sistemática publicada recientemente ha evaluado el riesgo de infecciones graves y neoplasias malignas en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con anticuerpos antiTNF. Los resultados muestran un mayor riesgo (dosis - dependiente), tanto de infecciones como de neoplasias en pacientes con artritis reumatoide tratados con antiTNF. Esta mayor incidencia se observa en los primeros cinco años de enfermedad, siendo la OR 2,4 en comparación con la población control. Los NNH obtenidos han sido 154 (95% IC, 91-500) para neoplasias y 59 (95% IC, 39-125) para infecciones. Sin embargo aún se requieren más estudios para confirmar estos datos.

comunicación 06

ARTRITIS SÉPTICA POR ENTEROCOCCUS FAECALIS EN PACIENTE PORTADOR DE CATETER TUNELIZADO PARA HEMODIÁLISIS

Julio Ramírez García, Paula Cejas Cáceres, María Lisbona Muñoz, Juan Povedano Gómez, Alicia García López. Córdoba

Objetivo. Enterococcus faecalis constituye una de las principales causas de bacteriemia, endo-carditis e infección nosocomial, sin embargo, se han descrito muy pocos casos de artritis infecciosa.

Material y métodos. Varón de 78 años con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis con un catéter tunelizado (CT). Tres meses antes de su ingreso se realizó colonoscopia extirpándose un pólipo adenocarcinomatoso. Nueve días después ingresó por fiebre sin focalidad. En los hemocultivos obtenidos del CT y de sangre periférica se aisló un Enterococcus faecalis. Recibió tratamiento intravenoso con vancomicina, amoxicilina y gentamicina, "sellándose" el CT entre diálisis con vancomicina. Quedó apirético a las 48h y el hemocultivo postratamiento fue negativo.

Tres meses después reingresó por artritis en rodilla derecha. En el cultivo de líquido sinovial creció un Enterococcus faecalis con idéntico antibiograma. Los hemocultivos y el urocultivo fueron negativos. La ecografía abdominal no objetivó focos infecciosos. Se decidió conservar el CT y realizar tratamiento intravenoso con ampicilina y ceftriaxona, negativizándose los cultivos de líquido articular a las 48h. Al alta continuaba afebril y sin clínica articular.

Conclusión. Enterococcus faecalis causa entre 2'4 y 8% de las BRCHD y es importante retirar el ca-téter central ante un episodio de bacteriemia. Sin embargo el agotamiento de los accesos vasculares, como ocurrió a nuestro paciente, obliga a intentar "salvar" el CT mediante tratamiento sistémico y "sellado" del CT.

Enterococcus spp presenta una resistencia intrínseca a cefalosporinas. Se ha demostrado que la combinación de ampicilina y ceftriaxona era sinérgica y de igual eficacia que la clásica

comunicación 07

CALCIFICACIÓN DEL LIGAMENTO ATLOAXOIDEO COMO MANIFESTACIÓN DE ESPONDILOARTROPATIA

M. Llanes, P. León, M. Gandía, J. Macias, S. García, J.J. Perez. Hospital Universitario Puerta del Mar Cadiz

Objetivo. la espondilitis anquilosante es una enfermedad crónica inflamatoria que afecta fundamentalmente al esqueleto axial, siendo la sacroilitis el hallazgo radiológico más característico. La incidencia es mayor en hombres que en mujeres. En este último caso la enfermedad evoluciona más lentamente lo que dificulta o retrasa el diagnóstico. Presentamos un caso de una paciente con cervicalgia de años de evolución sin lumbalgia ni artritis periférica con diagnóstico final de espondilitis anquilosante.

Material y métodos. CASO CLINICO: paciente mujer de 41 años que desde el año 2001 presenta dolor al nivel de columna cervical con importante limitación funcional de la misma sin otra afectación a nivel del esqueleto axial o periférico. A la exploración destaca limitación de todos los movimientos de la columna cervical sin otros hallazgos: Schöber 10-16cm; distancia occipucio-pared 5cm.

Análítica completa dentro de la normalidad. TAC cervical : erosiones en la articulación atloaxoidea, osificación de la superficie articular y ligamentosa. Calcificación importante que rodea la apófisis odontoides y la fija. Radiografía ósea: sacroilitis grado IV bilateral

Conclusión. Los pacientes con EA ven habitualmente retrasado su diagnóstico en unos 7 años. En la mujer se acentúa porque tiene un curso más benigno, mayor incidencia de afectación periférica, mayor daño radiológico y progresión más lenta. La afectación de la articulación atloaxoidea, aunque es más frecuente en la AR, ocurre en un 2% de los casos de EA, encontrando asociación con el grado radiológico de sacroilitis. Se manifiesta por dolor occipital con o sin signos de compresión medular, pudiendo progresar aún en ausencia de signos neurológicos El retraso diagnóstico habitual en la EA continua siendo un reto para los reumatólogos.

comunicación 08

CUANDO EL DIAGNÓSTICO ES ESQUIVO EN REUMATOLOGÍA

Pérez MJ, Sánchez MD, Ramírez MC, Haro AC, García A, Ferrer MA, Cáliz R, Salvatierra J, Guzmán MA. S Reumatología. H Universitario Virgen de las Nieves de Granada. España.

Objetivo. INTRODUCCIÓN: La especialidad de Reumatología abarca un amplio abanico de posibilidades diagnósticas, es por ello que en múltiples ocasiones nos podremos enfrentar a situaciones en las que la perseverancia podrá ser un gran aliado en la práctica clínica.

A continuación presentamos dos ejemplos prácticos.

Material y métodos. CASO CLÍNICO 1: Mujer de 47 años sin antecedentes de interés que ingresa por dolor e impotencia funcional en cadera derecha de 8 meses de evolución de carácter progresivo e invalidante con ausencia de fiebre u otra sintomatología sistémica.

En la exploración física destacaba cojera, dolor y limitación en cadera derecha. Palpación dolorosa en región inguinal derecha, sin adenopatías ni sacos herniarios. En la analítica de sangre y orina presentaba normalidad de todos los parámetros incluidos reactantes de fase aguda. Hemocultivos, serologías, mantoux, ANA, ENAs, artrocentesis de cadera derecha y biopsia sinovial negativos. Rx tórax anodina., presentando en las pruebas de imagen (Rx, RMN, Gammagrafía ósea) signos sugerentes de artritis inflamatoria crónica. Ante la evolución del cuadro con disminución progresiva de la interlínea articular en cadera derecha y signos degenerativos secundarios se decide realizar artroplastia total no cementada de hallándose en el estudio anatomopatológico de pieza operatoria lesiones granulomatosas necrótico-caseosas específicas compatibles con TBC.

CASO CLÍNICO 2: Mujer de 28 años sin antecedentes de interés que consulta por exantema pruriginoso autolimitado en MMII, junto a dolor e inflamación en tobillos y dolor retroesternal tipo pleurítico de 15 días de evolución. En la exploración física destacaba imposibilidad para la deambulación por dolor y signos inflamatorios en tobillo izquierdo. Las pruebas complementarias incluyendo analítica, proteinogama, inmunoglobulinas, ANA, ENAs, ANCA, hemocultivos, serologías, baciloscopias, mantoux, beta2 microglobulina... fueron normales, detectándose en TAC de tórax adenomegalias mediastínicas hiliares bilaterales, subcarinales en ventana aortopulmonar y peribronquiales derechas. Se realiza broncoscopia sin llegar a obtener muestra ganglionar por lo que se decide biopsia de adenopatía subcarínica mediante minitoracotomía con resultado anatomopatológico de linfadenitis granulomatosa tipo sarcoidótico informándose al mes de crecimiento en el cultivo de esputo de *Mycobacterium tuberculosis*.

Conclusión. CONCLUSIONES: Ante una firme sospecha clínica debemos perseguir el diagnóstico incluso dudando del resultado de pruebas realizadas con un "presunto" alto rendimiento.

La presencia de granulomas no necrotizantes en las biopsias no excluye la etiología tuberculosa. Cada vez son más interesantes los casos en los que se implica la tuberculosis como etiología de sarcoidosis.

comunicación 09

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ARTRITIS REUMATOIDE. EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA EN ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE UN AÑO.

A. M^a. Ruiz Ruz, L.M. Rojas Vargas y F.G. Martínez Sánchez, Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción. El tratamiento precoz e intenso de la Artritis reumatoide (AR), mejora las consecuencias físicas, costes y mortalidad de la enfermedad, para lo cual es imprescindible su diagnóstico precoz por la Atención Primaria (AP) necesitando ejercer actuaciones formativas sobre ella que la actualice y conciencie en estos aspectos.

Objetivo. Realizar un programa de formación específico sobre la importancia del diagnóstico y tratamiento precoces de la AR y otros aspectos relacionados con su curso clínico y tratamiento de la enfermedad sobre los 12 centros de salud del Área centro de Córdoba (400.000 habitantes).

Consensuar protocolos de actuación clínica y terapéutica de la AP en los pacientes con artritis iniciales. Consensuar los criterios de derivación a la Consulta de Artritis de Reciente Inicio (CARI). Generar vías administrativas de acceso rápido a esta consulta. Evaluar los resultados del programa de formación llevado a cabo durante el bienio 2004-2006.

Material y métodos. Desde octubre de 2004 a septiembre de 2005 se realizaron ciclos de conferencias en los 12 centros de Salud del área centro de Córdoba, dentro de sus Programas de Formación Continuada. Las conferencias, una o dos, según la disponibilidad de tiempo, tenían los siguientes contenidos:

- 1.-Avances en la etiopatogenia y costes de la AR.
- 2.-Avances sobre el seguimiento (curso) de la AR: Actualización sobre las medidas clinimétricas usadas en el seguimiento clínico de los pacientes con AR. Incluimos:
 - a.- Actividad inflamatoria: DAS 28.
 - b.- Función física: HAQ.
 - c.- Calidad de vida: SF-36.
 - d.- Medidas del dolor y la actividad de la enfermedad por el enfermo: Escala Visual Analógica (EVA).
 - e.- Métodos radiológicos de evaluación del daño anatómico.
- 3.- Actualización sobre la importancia del diagnóstico y tratamiento precoces de la AR Y el importante papel de la AP.
- 4.-Protocolo de actuación clínica de los pacientes con artritis iniciales: Nuevo concepto: "Artritis indiferenciada"
- 5.-Qué son las "Consultas de artritis de reciente inicio" (CARI) Y cuales son sus objetivos.
- 6.-Elaboración de un protocolo de derivación. Pacientes mayores de 16 años con artritis constatada de una o más articulaciones -excluidas las traumáticas y febriles- durante al menos 4 semanas y antes de los 12 meses de su inicio cumplan o no con los criterios diagnósticos de AR.
- 7.-Descripción de las vías administrativas de remisión de los enfermos

Análisis Estadístico. Realizamos el estudio descriptivo de los diagnósticos de los 39 pacientes remitidos a la CARI desde Octubre 2004 a Junio 2006, reflejando el porcentaje de los distintos diagnósticos por grupos de patologías.

Resultados. 1.- Diagnósticos: Artritis indiferenciadas: 16 (41%); Artritis Reumatoide de reciente inicio: 8 (20,5%); Conectivopatía: 2 (5,12%); Total artritis iniciales: 26 (66,62%); Patología degenerativa y mecánica: 11 (28,2%); No acuden a la consulta: 2 (5,12%).

2.- Tiempo medio de espera entre la solicitud de asistencia y la primera visita en la CARI: 39,7 días.

Conclusión. El 66,62% de los pacientes remitidos a la CARI presentaban patología reumática inflamatoria, estos resultados son mejores que los descritos de otros modelos de intervención. El tiempo medio de espera fué 39.7 días, inferior a los tres meses considerados como ideales para el inicio del tratamiento con FAME en la AR inicial.

comunicación 10

DOLOR E INFLAMACIÓN EN MUÑECA DERECHA

Rodríguez Páiz C, Cánovas Alcázar E, Ros Sánchez P, Raya Álvarez E. Hospital clínico San Cecilio de Granada

Objetivo. Presentamos un caso clínico de dolor insidioso en muñeca derecha, producido por artrosis secundaria en la que destacamos por su frecuencia relativa y su patrón radiológico característico la llamada muñeca SLAC.

Material y métodos. Mujer de 38 años de edad, sin antecedentes de interés ni tratamiento domiciliario en la actualidad que acude a la consulta de Reumatología por dolor e inflamación en muñeca derecha de meses de evolución de características mecánicas y que no ha mejorado con varias tandas de reposo y antiinflamatorios pautados por su médico de Atención Primaria. Este dolor le provoca incapacidad para la realización de su trabajo así como de las tareas de la vida diaria ya que los movimientos repetitivos de flexo/extensión de muñeca le agravan el cuadro de dolor. Refiere caída hace unos meses sobre esa mano, tratada como contusión en muñeca de evolución tórpida las primeras semanas.

En la exploración física encontramos limitación dolorosa de la flexión de 35° y extensión de 25°, 15° de desviación cubital y radial. La pronación y supinación son completas. Hay sinovitis crónica en cara radial de la muñeca.

Resultados. Se le realizó bioquímica, hemograma y sedimento urinario que se encuentran dentro de límites normales. En las radiografías anteroposteriores realizadas se aprecian signos degenerativos en articulación radio-escafoidea y articulación mediocarpiana en muñeca derecha por lo que es diagnosticada de artrosis secundaria de muñeca derecha, muñeca SLAC. Es tratada mediante analgesia, reposo de la articulación y derivación al Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica para valoración de cirugía.

Se interviene realizándose una escafoidectomía con artrodesis de las cuatro esquinas. A los tres meses de ésta la paciente refiere desaparición del dolor y que la limitación en la movilidad (flexión de 40° y extensión de 30°, 15° de desviación cubital y radial y completa pronosupinación) no le supone alteración en el desempeño de su trabajo habitual así como de las tareas de la vida diaria.

Conclusión. Como en casi todas las articulaciones del miembro superior (miembro de no carga), la artrosis primaria de muñeca es rara. Entre las artrosis secundarias destaca por su relativa frecuencia y patrón clínico-radiográfico característico la llamada muñeca "SLAC" (Scapho Lunate Advance Collapse), que de manera progresiva afecta a la articulación radioescafoidea y la articulación mediocarpiana (hueso Grande-Semilunar). La causa de esta artrosis específica es una inestabilidad del carpo (lesión del ligamento escafo-lunar), pseudoartrosis o consolidación viciosa del escafoides, enfermedad de Kienbok o necrosis del escafoides (Enfermedad de Preiser). Estas lesiones condicionan una disociación entre escafoides y semilunar, estableciéndose una incongruencia radiocarpiana y mediocarpiana que determinará el desarrollo de una artrosis primero entre estiloides radial y escafoides, seguidamente entre toda la foseta del radio y escafoides y finalmente entre hueso grande y semilunar. Clínicamente los pacientes aquejan dolor mecánico, limitación de la movilidad (sobre todo extensión de la muñeca) y de forma característica exhiben una sinovitis en la cara radial de la muñeca. En estos casos la artrodesis de las cuatro esquinas es una buena técnica, ya que desaparece la clínica dolorosa que presentan estos pacientes.

comunicación 11

DOLOR INCAPACITANTE EN HOMBRO IZQUIERDO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Rodríguez Páiz C, Cánovas Alcázar E, Morales Garrido P, Raya Álvarez E. Hospital Clínico San Cecilio de Granada

Objetivo. Presentamos el caso de dolor incapacitante de hombro izquierdo con artrosis secundaria en la articulación glenohumeral, localización poco frecuente de la enfermedad.

Material y métodos. Mujer de 59 años de edad, sin antecedentes de interés que acude a consulta de Reumatología por intenso dolor en hombro izquierdo, de varios meses de evolución, de características mecánicas sin mejorías tras realizar varios tratamientos correctos prescritos por su Médico de Atención Primaria. Este dolor es de características mecánicas y no le permite realizar las actividades de la vida diaria así como el aseo personal apareciendo incluso al coger objetos de poco peso. En la exploración física se aprecia atrofia moderada de deltoides, elevación y abducción activa dolorosa del brazo que alcanza los 70° por bscula de la escápula, limitación de la rotación interna que no le permite subir la mano por encima del pliegue interglúteo junto a dolor mecánico al intentar levantar pequeños objetos.

Resultados. Tanto los parámetros bioquímicos como los hematológicos y el sedimento de orina se encuentran en límites normales. Se le realiza Rx de ambos hombros en la que evidenciamos signos degenerativos claros en hombro izquierdo, por lo que es diagnosticada de artrosis secundaria en articulación glenohumeral izquierda. Se pauta analgesia y se recomiendan y enseñan ejercicios suaves de rehabilitación para realizar en su domicilio.

Se deriva al Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica para valoración de cirugía donde le realizan una artroplastia con prótesis invertida de hombro.

La paciente evolucionó favorablemente de la cirugía. Actualmente ha desaparecido el dolor y a la exploración llega a 110° de abducción tras varias sesiones de rehabilitación. No refiere molestias al realizar las actividades de la vida diaria.

Conclusión. Como en casi todas las articulaciones del miembro superior (miembro de no carga), la artrosis primaria de hombro es rara. La artrosis casi siempre es secundaria a otras entidades como fracturas, osteonecrosis, artropatías inflamatorias como la artritis reumatoide o lesiones masivas del manguito rotador. El tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios no es efectivo en muchas ocasiones por lo que la artroplastia de hombro es una de las opciones en los casos de artrosis muy evolucionada.

comunicación 12

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO COMBINADO CON LEFLUNOMIDA Y METOTREXATO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SIN RESPUESTA A MTX O LF

Rodríguez Barrera, J.M. Sevilla

Objetivo. Evaluar la respuesta (criterios EULAR) y seguridad de la terapia combinada MTX-LF en pacientes con AR no respondedores a dichos FAMES en monoterapia.

Material y métodos. Estudio observacional, prospectivo y abierto, según práctica clínica de 36 semanas de duración, de una cohorte de pacientes con AR que no responden a dosis óptimas de MTX o LF. A los pacientes se les administró adicionalmente LF o MTX para completar la asociación MTX-LF y se evaluaron basalmente, a las 12, 24 y 36 semanas de seguimiento, nº de articulaciones dolorosas, nº de articulaciones inflamadas, VSG (mm/1ªh), DAS28, y EVA (mm).

Resultados. Se evaluó durante 36 semanas a un grupo de 33 pacientes con AR (criterios ACR) activa que no respondían a dosis máximas de MTX o LF. La edad media fue $57,67 \pm 10,58$ años, siendo el 78,8% mujeres. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de $15 \pm 7,4$ años; 4 pacientes (12,1%) abandonaron en la semana 12 y uno en la semana 24. Cerca del 95% consumían AINEs inicialmente, siendo la Indometacina (39,4%) el más usado; al final del seguimiento casi el 80% continuaban con AINEs. Más de la mitad de los pacientes tomaban corticoides, disminuyendo poco dicho porcentaje al final del seguimiento (46,2%). Los FAMES previos más frecuentes fueron MTX (66,7%) y Sales de Oro (60,6%). Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas al contrastar cada una de las variables estudiadas a los distintos tiempos de evaluación, teniendo lugar una disminución de los valores medios de todas ellas. El 54,5% no presentó ningún efecto adverso; un 15% sufrió molestias digestivas y alopecia

Conclusión. La terapia combinada MTX-LF ha sido eficaz, bien tolerada y segura. - Redujo significativamente los valores medios del nº de articulaciones dolorosas e inflamadas, DAS28, VSG (mm/1ªh) y EVA (mm) en pacientes no respondedores a la monoterapia.

comunicación 13

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA COMBINACIÓN LEFLUNOMIDA Y ANTI-TNF EN LA ARTRITIS REUMATOIDE REFRACTARIA A METOTREXATO

Belmonte López MA, Díaz-Cordovés G, Ureña Garnica MA, Jiménez Núñez FG, López Lasanta M, Coret V, Irigoyen MV, Ponce Vargas A, Calero Secall E, Rodríguez Pérez M, Fernández Nebro A. Servicio de Reumatología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya (Málaga)

Objetivo. Evaluar la eficacia y seguridad a 6 meses de la combinación leflunomida (LF) y anti-TNF en la artritis reumatoide (AR) resistente a metotrexato (MTX).

Material y métodos. Estudio prospectivo, no aleatorio. Población: pacientes con AR que van a recibir o están recibiendo tratamiento anti-TNF y que no han respondido o no han tolerado MTX. Desenlaces de eficacia a 6 meses: respuesta EULAR, reducción de DAS28 y HAQ y número de abandonos. Desenlaces de seguridad a 6 meses: porcentaje de eventos adversos.

Resultados. Hemos tratado 20 (70% mujeres) pacientes con LF y anti-TNF como rescate del fallo de MTX. La edad media \pm DE fue de $54,7 \pm 9,2$ años y un tiempo de evolución de la enfermedad de $8,3 \pm 5,9$ años. Al comienzo de la AR, 5 tenían más de 6 grupos articulares afectados, 4 (20%) tenían HAQ > 2 , 16 (80%) tenían valores de FR > 60 UI y 3 (15%) pacientes desarrollaron erosiones durante los primeros 6 meses de evolución. En el momento basal, 13 (65%) pacientes estaban siendo tratados con esteroides (dosis media \pm DE de $5,8 \pm 4,5$ mg/d), 6 (30%) tenían nódulos reumatoides, 2 (10%) subluxación atloaxoidea, 5 (25%) se habían sometido al menos a una cirugía ortopédica no protésica, 4 (20%) tenían prótesis articulares, 1 (5%) amiloidosis AA, 19 (95%) tenían factor reumatoide (FR) positivo y 8 (40%) ANA positivo. El índice de Charlson basal fue $1,26 \pm 0,6$ y ajustado por la edad $2,3 \pm 1,3$. La dosis inicial de LF fue de 20 mg/d en 18 (90%) casos y 10 mg/d en el resto; ninguno recibió dosis de carga. En 5 (25%) casos, la LF sustituyó al MTX una vez iniciado el tratamiento anti-TNF, en el resto de los casos, los pacientes ya tomaban LF cuando iniciaron el anti-TNF. La mediana de FAME recibidos antes de la LF fue de 4. El tratamiento anti-TNF utilizado fue infliximab en 6 (30%) pacientes, etanercept en 9 (45%) y adalimumab en 5 (25%). En 12 (60%) el anti-TNF fue utilizado por 1ª vez, en 6 (30%) por 2ª vez y en 2 (10%) por 3ª vez. Después de 6 meses de tratamiento concomitante de LF y anti-TNF el DAS28 se redujo una media \pm DE de $0,84 \pm 1,35$ (ANOVA medidas repetidas, $p = 0,009$), aunque solo 8 (40%) pacientes alcanzaron una respuesta EULAR moderada o buena. El HAQ se redujo $0,36 \pm 0,48$ (ANOVA medidas repetidas, $p = 0,019$) y 11 (55%) obtuvieron la mejoría mínima clínicamente relevante de 0,22. Retiradas: 8 (40%) pacientes abandonaron el tratamiento después de una media \pm DE de $3,2 \pm 0,9$ meses por efectos adversos, falta de eficacia o decisión de la paciente en 5 (56%), 3 (33%) y 1 (11%), casos respectivamente. Eventos adversos: 11 (55%) pacientes experimentaron algún evento adverso, 8 (72%) leves, 2 (18%) moderados y 4 (36%) graves (BONO, tbc miliar, reacción de infusión y carcinoma de páncreas con metástasis). Fallecieron, 2 pacientes, uno por tbc miliar (6 semanas después de iniciado el tratamiento con infliximab) y otro por carcinoma metastático (4 meses después de iniciar la LF y tras 44 meses etanercept).

Conclusión. En condiciones de práctica clínica habitual, la combinación LF y anti-TNF es un tratamiento eficaz y seguro en pacientes con AR que se han mostrado resistentes a metotrexato con o sin anti-TNF.

comunicación 14

ENFERMEDAD DE PAGET DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA

Guadalupe Morote Ibarrola, Manuel Baturone Castillo. Centro de Enfermedades del Aparato Locomotor. Sevilla

Objetivo. INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Paget del hueso es la enfermedad metabólica osea más frecuente después de la osteoporosis y suele afectar a mayores de 40 años. Las localizaciones más frecuentes son columna, pelvis, cráneo fémur y tibia, siendo poco frecuente la localización en la mano. Por su interés, presentamos un caso de enfermedad de Paget en metacarpiano.

Material y métodos. CASO CLÍNICO: Paciente mujer de 51 años de edad con antecedentes personales de hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina, que refiere dolor en 3 metacarpiano derecho de meses de duración. A la exploración física se objetiva dolor a palpación de tercer metacarpiano derecho. Se solicitó radiografía de manos que demostraron hiperostosis bilateral de la cortical con estrechamiento de la medular del tercer metacarpiano y TAC con engrosamiento de la cortical sin reacción perióstica ni afectación de partes blandas. En analítica destaca hematimetría, reactantes de fase aguda, Calcio, fosfato, fosfatasa alcalina, PTH normales, ECA, betacrosslaps: normal. Desoxipiridoxina en orina por encima de los límites de la normalidad. Para completar el estudio se solicitó gammagrafía ósea con Tc99: extenso depósito de actividad patológica en pelvis afectando a casi toda la hemipelvis derecha homogéneo y de bordes definido, además de captación en tercer metacarpiano de mano derecha, muy sugerente de enfermedad ósea de Paget polioestotica en fase osteoblástica hipervascularizada, por lo que se inició tratamiento con risedronato 30 mgr cada 24 horas durante dos meses, desapareciendo el dolor.

Conclusión. DISCUSIÓN: La enfermedad de Paget de la mano no supera el 2% en las series publicadas y suele afectar a las falanges, siendo muy pocos los casos los descritos con afectación en los metacarpianos. Habitualmente se trata de hallazgos casuales y casos asintomáticos o que se ponen de manifiesto por crecimiento no doloroso del dedo o como fractura patológica. Radiológicamente se observa uno de estos patrones: esclerosis homogénea, trabeculación grosera, engrosamiento cortical o patrón lítico con un agrandamiento del hueso.

El diagnóstico diferencial ha de realizarse con enfermedades óseas que produzcan aumento de la densidad ósea: osteopetrosis (en nuestra paciente no existían antecedentes familiares de la enfermedad ni los característicos huesos pétreos y el aumento generalizado de densidad ósea), osteopoiquilosis, que se descartó por ser raro en la diáfisis que la paciente sí tenía afectada, la hipervitaminosis D (los niveles de Vitamina D en nuestra paciente eran normales), la melorreostosis que solo afecta a una extremidad, la esclerosis tuberosa, también de carácter familiar que cursa con epilepsia, retraso mental y adenomas sebáceos, la osteodistrofia renal (en nuestra paciente no existían antecedentes de insuficiencia renal) y enfermedades neoplásicas: metástasis osteoblásticas, leucemia y linfoma de Hodking: el depósito del trazador en torno a la cortical a modo de anillo hipercaptante es más propia de la enfermedad de Paget que de las metástasis blásticas en las que el isótopo se concentra en la medular del hueso.

Otro diagnóstico diferencial importante es con Enfermedades que producen engrosamiento de la cortical: displasia craneometafisaria que origina engrosamiento de la cortical diafisaria con deformidad en matraz de Erlenmeyer en las metafisis, la displasia progresiva diafisaria que afecta únicamente a los huesos largos, la hiperfosfatemia idiopática y la hiperostosis cortical generalizada, que solo afecta a las diáfisis.

Las enfermedades óseas que producen alteraciones de la textura ósea también han de tenerse en cuenta en el diagnóstico de la enfermedad de Paget: la osteomalacia axial, que solo afecta al esqueleto axial, la fibrogénesis imperfecta ósea que es un trastorno óseo generalizado, y la displasia fibrosa polioestotica, en la que la cavidad medular de los huesos se sustituye por tejido fibroso, produciendo lesiones diafiso-metafisarias líticas y densas con trabeculaciones en su interior que expanden el hueso.

comunicación 15

ESCLERODERMIA ASOCIADA A VASCULITIS ANCA + CON HEMORRAGIA PULMONAR.

M.LLANES, P. LEÓN, R. GIL, F. MEDINA, S. GARCÍA, J.J. PEREZ. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR CADIZ

Objetivo. La esclerodermia y las vasculitis ANCA positivo son dos entidades diferentes que raramente coexisten. Presentamos un caso de una paciente diagnosticada de esclerodermia e hipertensión pulmonar que desarrolló lesiones purpúricas en miembros inferiores, insuficiencia renal aguda (IRA) y hemorragia pulmonar.

Material y métodos. CASO CLÍNICO: Paciente de 63 años diagnosticada de esclerosis sistémica desde el año 2003, con fibrosis pulmonar y afectación digestiva, en tratamiento con corticoides y metotrexato. Ingresa en el servicio de Nefrología por IRA, lesiones purpúricas en miembros inferiores y aumento de la disnea.

Durante su ingreso la paciente presenta una evolución tórpida con hemoptisis masiva que requiere transfusión. Se realiza radiografía y TAC de tórax urgente que pone de manifiesto imágenes sugestivas de hemorragia pulmonar que se confirman en la fibrobroncoscopia.

Se realiza biopsia renal que muestra una glomerulonefritis mesangial con 20% de semilunas. Autoinmunidad con ANA negativos, ANCA patrón p-ANCA MPO específico 582 UE/ml. Se inicia tratamiento con bolos de ciclofosfamida mensuales, bolos de corticoides, seguidos de esteroides orales y 5 ciclos de plasmaféresis que se interrumpen por trombosis del catéter inguinal, mejorando considerablemente de su afectación pulmonar, cutánea y renal.

En el TAC de control mostró la desaparición de la hemorragia alveolar con engrosamiento intersticial bilateral de predominio bibasal y áreas de panalización en relación con fibrosis previamente descritas.

Conclusión. DISCUSIÓN: Se ha descrito, aunque de forma extraordinaria, la asociación de ESP y Vasculitis necrotizante asociada a ANCA. Los ANCA MPO, están presentes en el 1% de los pacientes con ES tanto en sus formas limitadas cutánea como sistémica aunque sólo un pequeño número de casos cursan con manifestaciones clínicas de vasculitis sistémica, vasculitis limitada al riñón o afectación exclusivamente pulmonar. La asociación de ESP con Vasculitis MPO+ con afectación renopulmonar como en nuestro caso necesita un abordaje terapéutico agresivo que incluya esteroides, ciclofosfamida y plasmaféresis.

comunicación 16

ESPONDILODISCITIS POR SALMONELA SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON ANTI TNF ALFA

Ramírez M.C, Sánchez MD, Pérez MJ, Haro AC, Sánchez A, Cáliz R, Ferrer MA, Salvatierra J, Guzmán M. S. Reumatología. H. U Virgen de las Nieves. Granada. España.

Objetivo. INTRODUCCIÓN. El uso de las terapias biológicas, se ha asociado a complicaciones infecciosas, por microorganismo intracelulares habiendo recibido la tuberculosis la mayor atención.

A continuación, describimos el primer caso de espondilodiscitis por Salmonella sp grupo D asociada al tratamiento con Infliximab en un paciente diagnosticado de Artritis reumatoide.

Material y métodos. Varón de 57 años que vive en ambiente rural con antecedentes personales de: Otoesclerosis, ureterolitiasis, miopericarditis idiopática benigna, Artritis reumatoide de dos años de evolución en tratamiento con Infliximab.

Al 5º mes de iniciar tratamiento con anti-TNF, el paciente ingresa con carácter urgente por fiebre de 40 °C, escalofríos, mal estado general, dolor dorsolumbar de ritmo inflamatorio y síndrome miccional. En la exploración física presentaba taquicardia, taquipnea y dolor severo con la movilización de raquis. En las pruebas de laboratorio destacaba: leucocitos : 22610 ul (PMN 897%); LDH: 1125 U/l; PCR: 31mg/dl; FR:28 U/ml. Aislándose *Salmonella* sp grupo D en sangre y orina. En la RM de columna dorsolumbar se apreciaba fracturas en las vértebras D10 a D12 compatibles con osteoporosis sin poder descartar proceso infeccioso.

La Gammagrafía ósea mostraba refuerzo de la actividad lineal en columna vertebral a nivel de D9 – D10. Se realizó Biopsia de espacios discales D10-D11 y D11- D12, aislándose en los cultivos *Salmonella* sp del grupo D. Durante su ingreso hospitalario se instauró antibioterapia intravenosa con ceftriaxona y gentamicina. El paciente fue dado de alta a los dos meses de su ingreso, tras controlar la fiebre y mejorar el dolor con tratamiento analgésico y antiinflamatorio .

Conclusión. DISCUSIÓN: El interés de este caso radica en la inusual aparición de espondilodiscitis por salmonella en pacientes con Infliximab, ya que hemos encontrado 3 casos de sepsis por salmonella asociada a tratamiento con dicho fármaco pero ningún caso descrito en la literatura de espondilodiscitis

comunicación 17

ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON A REUMATOIDE DEL ANCIANO SEGUN FACTOR REUMATOIDE

*F. Jodar**; *V.A.Navarro** ; *M.Romero*; *J.M.Martos*; *A.González*; *C.García*; *C.Fernández*. Complejo Hospitalario de Jaén.

Objetivo. Analizar las características clínico-analíticas de una población de pacientes con ARIA en función de la positividad o no al FR.

Material y métodos. 15 Pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de ARIA. Seguimiento durante 3 meses. Estadística descriptiva. Test de Chi cuadrado para variables cualitativas y T Test para variables independientes.

Resultados. articulaciones inflamadas visita basal:p 0,901,diferencia medias:-0,2,int confianza inferior:-4,7,superior:4,2, articulaciones inflamadas visita segunda visita: p 0,251,diferencia medias:-2,2,int confianza inferior:-6,3,superior:1,8, articulaciones inflamadas tercera visita:p 0,25,diferencia medias:0,7, int confianza inferior:-0,6,superior:2,articulaciones dolorosas visita basal:p0,6,diferencia medias:-0,8, int confianza inferior:-5,superior:3,4,articulaciones dolorosas segunda visita.p0,3,diferencias medias:-1,8,int confianza inferior:-6,7,superior:2,9,articulaciones dolorosas tercera visita:p0,35,diferencias medias:0,5, int confianza inferior:-0,8,superior:1,9, forma de comienzo:p0,4,hombros:p0,5,codos:p0,7,carpo:p0,27,metacarpo:p0,4,interfalangicas proximales:p0,4,caderas:0,7,rodillas:p0,7,tobillos:p0,3,metatarso:p0,79,simetria:p0,19,afectacion cintura escapular:p0,7,malestar general:p0,9,astenia:p0,73,debilidad:p0,4,velocidad de sedimentación:p 0,6,pcr:p0,73,plaquetas:p0,68,leucocitos: p0,09,hemoglobina:p0,23, hematocrito:p0,28,eritrocitos:p0,32,lipidos:p0,7

Conclusión. No existen diferencias apreciables entre los grupos de pacientes con FR positivo y negativo. Atendiendo a nuestros resultados, no encontramos datos para pensar que son enfermedades diferentes. Estudios con mayor número de pacientes aportarán más luz sobre este hecho.

comunicación 18

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO EN EL ANCIANO (ARIA)

V. A. Navarro ; *F. Jodar* *M. Romero*; *J.M. Martos*; *A. González*; *C. García*; *C. Fernández*. Complejo Hospitalario de Jaén.

Objetivo. Analizar una población de Pacientes con ARIA y describir sus características clínico-analíticas

Material y métodos. Estudiamos 15 pacientes con ARIA*(9 varones y 6 mujeres), con edad media de 71 años. Todos procedían de la Sección de Reumatología del Complejo Hospitalario de Jaén. Se elaboró un protocolo de recogida de datos donde se contemplaban variables clínicas analíticas y radiológicas. El cuestionario se aplicó en el momento del diagnóstico, a los 3, 6 y 9 meses.

Resultados. articulaciones inflamadas visita basal: 10 pacientes,Media: 4.25 articulaciones/paciente. articulaciones dolorosas visita basal:10 pacientes, Media:4.33articulaciones/paciente.

Patron de comienzo:Aditivo: 5 ptes.,% aditivo:41%,Migratorio: 5 ptes,%migratorio:41%, Palindromico:2 ptes,%palindromico: 16%,Simetria:10 pacientes,%simetria:83%, Afectación cintura escapular:9 pacientes,%cintura escapular:75%,Fiebre:0 ptes.%fiebre:0%, Síndrome constitucional:4 pacientes,%sd.constitucional:33%,Factor reumatoide positivo:7 pacientes,%f.reumatoide positivo:58%,Signos radiologicos osteopenia:3 pacientes,%osteopenia: 25%,Signos pinzamiento articular:2 pacientes,%pinzamiento:16%,Edemas en extremidades:2 pacientes,%edemas:16%,Rigidez:3 pacientes,%rigidez:25%.

Conclusión. A pesar del escaso número de pacientes, podemos confirmar que el perfil de la ARIA difiere de la Artritis Reumatoide de Inicio en el Joven. Algunos estudios más consistentes ya contemplan estas diferencias, ante lo cual, nos podemos hacer la siguiente pregunta: ¿se trata realmente de la misma enfermedad?, ¿hasta que punto intervienen factores inmunológicos, genéticos y hormonales en las diferencias observadas entre ambas entidades?

comunicación 19

ETANERCEPT: EXPERIENCIA EN PACIENTES CON AR Y ANTECEDENTES DE CA DE MAMA.

Velloso ML, *Rodríguez S*, *Pastor C*, *Mayordomo L*, *Rejón E*, *Marenco JL*. H. U. De Valme. Sevilla

Objetivo. INTRODUCCIÓN: El tratamiento de las pacientes con artritis reumatoide (AR) y enfermedad neoplásica con agentes inhibidores del TNF es controvertido. A continuación, presentamos tres casos de artritis reumatoide evolucionada y cáncer de mama, tratados con etanercept en nuestro hospital con buen control de la enfermedad y sin evidencia de recidiva tumoral.

Material y métodos. CASO 1: Paciente de 56 años con AR seropositiva de larga evolución con criterios de agresividad. Ha realizado tratamiento con múltiples fármacos modificadores de enfermedad, que han sido suspendidos por ineficacia o toxicidad. Neumonitis por MTX. Pancreatitis secundaria a Ciclosporina A. TBC en juventud y durante el tratamiento con Infliximab a pesar de profilaxis con isoniacida. Cáncer de mama intervenida hace 9 años, en seguimiento por Oncológica por persistencia de marcadores tumorales elevados. Nódulos tiroideos en seguimiento por Endocrinología. Realiza tratamiento con Etanercept en monoterapia desde hace 3 años con buena respuesta articular; y aunque presenta marcadores tumorales persistentemente elevados, no existe evidencia de recidiva tumoral.

CASO 2: Paciente de 60 años, con antecedentes familiares de cáncer de mama, AR de 13 años de evolución, cancer de mama diagnosticado hace 6 años, tratado con tumorectomía y vaciamiento axilar, además de quimioterapia, actualmente en tratamiento con tamoxifeno. Realizó tratamiento con etanercept durante 2 años con excelente respuesta, suspendido hace 2 años por vasculitis cutánea, iniciando adalimumab con buena respuesta; sin evidencias de recidiva tumoral hasta el momento actual.

CASO 3: Paciente de 55 años, con antecedentes de perforación esofágica por cáusticos, AR de larga evolución tratada con múltiples fármacos, suspendidos por ineficacia o toxicidad, fracturas osteoporóticas y cáncer de mama intervenido hace 10 años, con síndrome autoinmune desarrollado por prótesis mamaria ya retirada. Cirugía en manos y pies por luxaciones. Inició tratamiento con etanercept hace 5 años con mejoría clínica evidente, llegando incluso a reducir la dosis de este fármaco administrado en monoterapia. Sigue revisiones oncológicas sin evidencia de recidiva tumoral.

Conclusión. DISCUSIÓN: Etanercept parece ser un fármaco eficaz y seguro en el tratamiento de estas pacientes con antecedentes de cáncer de mama y AR severa de larga evolución.

El factor de necrosis tumoral tiene un importante papel en el microambiente tumoral y podría estar implicado en la patogénesis del cáncer de mama. Recientemente se ha publicado un ensayo clínico sobre pacientes con cáncer de mama y etanercept con resultados de seguridad y probable eficacia como tratamiento combinado con otros agentes quimioterápicos. *Madhusudan S et al. A phase listudy of etanercept (Enbrel), a tumor necrosis factor alpha inhibitor in patients with metastatic breast cancer. Clin Cancer Res. 2204;10:6528-34.

comunicación 20

GESTION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE REUMATOLOGIA EN UN CENTRO PERIFERICO DE ESPECIALIDADES

J. González-Domínguez, P. Morales, A. Rueda, I. Jiménez-Moleon, C. Rodríguez-Paiz, R. Sánchez-Parera, I. Girón, T. García-Contreras, P. Paule, E. Raya. Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio de Granada.

Objetivos: Evaluar la gestión clínica de pacientes con patología reumática, remitidos en su mayoría por Atención primaria (AP) y asistidos en una consulta de alta resolución (CARE) de Reumatología en un Centro periférico de especialidades (CPE). Entre los fines perseguidos se intenta agilizar la elevada demanda y mejorar la coordinación entre nuestro Servicio y AP.

Pacientes y Métodos: Estudio descriptivo de la demanda asistencial de pacientes con patología reumática asistidos en una CARE, en un periodo de 2 meses (Octubre y Diciembre 2005). Se atendieron 814 pacientes, con una edad media de 56 ± 13.8 años. Se estudiaron variables epidemiológicas (sexo, edad), clínicas (diagnóstico) y de gestión (alta, derivación, seguimiento y estudio). Se analizaron los datos con programa estadístico SPSS. Estudio estadístico descriptivo de las variables cualitativas y estudio de comparación de variables cuantitativas.

Resultados. Se atendieron 633 mujeres (M) con edad media 56.8 ± 13.3 años y 181 varones (V) con edad de 53.4 ± 15 años ($p < 0.003$), con una proporción M:V de (3.5 :1). Entre los diferentes diagnósticos la frecuencia fue de: artrosis (41.7%), osteoporosis (10.7%), patología inflamatoria y/o auto inmune (3.4%), patología de partes blandas (6.7%), raquialgia mecánica (19.2%), fibromialgia (7.4%), patología microcristalina (3.2%) y miscelánea (7.8%). Entre las patologías atendidas destaca la elevada proporción de mujeres con fibromialgia M:V (64:2) y la mayor frecuencia de varones en patología microcristalina M:V (7:17). Entre los parámetros de gestión destaca: alta (70.5%), derivación al hospital para seguir estudio (3.2%), derivación a otro especialista "rehabilitación o trauma" (2.9%), revisión en consulta externa de filtro (8.2%), completar estudio (15.2%).

Conclusiones. La CARE reumatológica, proporcionó una buena gestión de la demanda asistencial con un porcentaje de altas de un 70.5% y permitió una descarga de las consultas externas hospitalarias. La demanda asistencial fue muy elevada en mujeres con 3.5 veces superior que en varones. Para mejorar la gestión, es importante la buena coordinación con AP y que todo paciente acuda aportando las pruebas complementarias (analítica básica y estudio radiológico).

comunicación 21

GRANULOMATOSIS DE WEGENER LOCALIZADA EN VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES

J.M. Martos; M. Romero; A. González; C. García. C. Fernandez. Sección de Reumatología del Complejo Hospitalario de Jaén

Objetivo. Introducción: La Granulomatosis de Wegener es una vasculitis de pequeño vaso caracterizada por la afectación del tracto respiratorio superior, por la presencia de nódulos pulmonares cavitados, por alteraciones características en el sedimento urinario y por la positividad de anticuerpos C-ANCA. Para su tratamiento se utilizan predominantemente Corticoides a altas dosis y Ciclofosfamida.

Material y métodos. Caso clínico: Paciente varón de 26 años con rinorrea abundante y dificultad para la respiración que presenta una lesión destructiva del tabique y la mucosa nasal sin otros síntomas. En su estudio se detecta P-ANCA positivo, defecto óseo del septum y masa polipoidea en senos maxilares en TAC y biopsia de esa área con tejido de granulación y borde rico en eosinófilos. Ante la sospecha de Granulomatosis de Wegener se inicia tratamiento con Prednisona a dosis de 90 mg/día con escasa respuesta. Se añade Metotrexato 10 mg/semana, con franca mejoría, hasta quedar asintomático.

Resultados. Discusión: La granulomatosis de Wegener se considera una vasculitis granulomatosa. La forma generalizada afecta tanto a la vía aérea superior e inferior y riñones. Existen formas localizadas excepcionales limitadas al tacto respiratorio superior. Nuestro caso describe la afectación del tabique nasal como única sintomatología. En la forma generalizada, el tratamiento se encuentra perfectamente protocolizado mediante el empleo de ciclosporina, azatioprina y metotrexate. En cambio en las formas localizadas el tratamiento puede ser controvertido. En nuestro caso la respuesta fue extraordinaria al metotrexate en monoterapia.

comunicación 22

GRANULOMATOSIS DE WEGENER. DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS

Pastor C., Rodríguez Montero S., Velloso M. L., Mayordomo L., Rejón E., Marengo J.L.. Sº Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla

Introducción. Presentamos dos casos de Granulomatosis de Wegener con severo compromiso visceral, diagnosticados en los últimos tres meses en nuestro servicio.

Caso 1: Varón de 31 años con antecedente de episcleritis nodular bilateral de 1 año de evolución, que consulta por cuadro de poliartritis, púrpura palpable en miembros inferiores y ojo rojo de 2 semanas de evolución, acompañado de astenia y febrícula. A su ingreso presentaba poliartritis de manos y rodillas, lesiones purpúricas de aspecto vasculítico en MMII, y ojo rojo dcho sin déficit de agudeza visual. En las pruebas complementarias: analítica con leucocitosis y aumento de RFA, c-ANCA + con especificidad MP3, infiltrados pseudonodulares pulmonares periféricos en el TAC de tórax, y biopsia cutánea con datos de vasculitis leucocitoclástica de pequeño vaso. Tras confirmarse el diagnóstico de Granulomatosis de Wegener con afectación articular, pulmonar, ocular y cutánea se inició tratamiento con ciclofosfamida en bolos intravenosos con control de la sintomatología cutáneo-articular y disminución del tamaño de los infiltrados pulmonares.

Caso 2: Mujer de 45 años que consulta por poliartritis simétrica y lesiones cutáneas purpúricas en manos y pies, acompañado de cuadro general de febrícula y pérdida de peso de 1 mes de evolución. La paciente refería episodios recurrentes de epistaxis en el último año constatándose en la exploración a su ingreso la presencia de costras nasales y disfonía severa. En las pruebas complementarias: leucocitosis y aumento de RFA, c-ANCA + con especificidad MP3. Durante su ingreso se añade dolor y parestesia de instauración aguda en región distal MID, con datos electroneurográficos de afectación axonal de nervio peroneal. Presentó episodio de abdomen agudo con datos de enteritis difusa y perforación múltiple de intestino delgado en la laparotomía urgente. La biopsia quirúrgica mostró ulceraciones extensas, necrosis fibrinoide de pequeño vaso y trombosis en la base de las úlceras. Con el diagnóstico de Granulomatosis de Wegener se inició tratamiento con ciclofosfamida en bolos intravenosos quedando en el momento del alta hospitalaria asintomática, con resolución de su sintomatología de piel, articulaciones, nervio periférico y vías respiratorias altas.

Discusión. La forma más habitual de presentación de la Granulomatosis de Wegener es la afectación de vías respiratorias superiores e inferiores, y la renal. La enfermedad moderada y poco activa puede no ser reconocida a lo largo de meses o años, llevando a retraso diagnóstico y terapéutico. Si bien en nuestros dos casos los datos exploratorios iniciales consisten en afectación de órgano menor (cutáneo-articular), durante su ingreso asistimos al desarrollo de afectación visceral severa (pulmón y aparato digestivo respectivamente). Queremos destacar, por tanto, la importancia de un abordaje diagnóstico y terapéutico precoz de los pacientes con sospecha de vasculitis sistémica, para evitar en lo posible la aparición de complicaciones viscerales que ensombrezcan su pronóstico.

comunicación 23

INFECCIÓN POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS COMO COMPLICACIÓN TARDÍA EN PACIENTES TRATADOS CON ANTI-TNF.

Paula Cejas, María Lisbona, Julio Ramírez, Nuria Espinosa, Juan Povedano y Alicia García. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo. El tratamiento con fármacos anti-TNF es una terapia relativamente innovadora dentro de las llamadas terapias biológicas, usadas en el tratamiento de diversas enfermedades autoinmunes, han demostrado su eficacia al contrarrestar los mecanismos patogénicos naturales de dichas enfermedades, pero si bien es cierto, que entre sus efectos secundarios más relevantes, se encuentra el hecho de aumento de patología infecciosa, entre ellas, el aumento de frecuencia de enfermedad tuberculosa, al interferir en el mecanismo de formación del granuloma, y pudiendo reactivar infecciones latentes. De ahí que previo a su instauración, sea preciso realizar un screening de posible infección activa/latente. Entre los anti-TNF usados, se ha visto mayor incidencia de casos de tuberculosis asociados a Infliximab. En esta circunstancia, son más frecuentes las formas de presentación atípicas y extrapulmonares, lo cual conlleva un retraso en el diagnóstico con el consiguiente aumento de morbi-mortalidad.

Material y métodos. Presentamos el caso de dos pacientes con antecedente de Artritis Reumatoide y tratamiento con Infliximab, en el que el diagnóstico de enfermedad tuberculosa fue particularmente difícil, basándose de hecho en hallazgos clínicos (como la respuesta favorable a la instauración de tuberculostáticos), imágenes radiológicas compatibles y aislamiento bacilosκόpicó en uno de los casos.

El primer caso de trata de una mujer de 68 años, en tratamiento con infliximab desde hacía 2 años, que ingresa por síndrome febril de un mes de evolución con astenia y pérdida de peso, presentando en estudio Rx tórax, ecografía abdominal normal, y analíticamente a destacar, datos de colestasis disociada. Reingresa 2 meses después por deterioro del estado general, presentando en TAC tórax imágenes compatibles con TBC miliar. El segundo caso, se trata también de una mujer de 70 años, en tratamiento con infliximab desde hacía 4 años, que ingresa por síndrome febril de 2 meses de evolución junto con pérdida de peso. Se realiza toda una batería de pruebas para estudio, sin hallazgos sugestivos de infección, y es dada de alta, reingresando un mes después por persistencia del cuadro, presentando entonces en Rx tórax patrón compatible con TBC miliar.

Conclusión. Llama la atención en los casos presentados, que aunque el 75% de los casos de enfermedad tuberculosa parece ser que aparecen en los tres primeros meses tras inicio del tratamiento, en las dos pacientes fue una complicación tardía (2 y 4 años respectivamente), con una presentación atípica y larvada que llevó a un retraso en el diagnóstico. Se debe tener en cuenta que ante la mínima sospecha, hay que investigar la posibilidad de infección tuberculosa y confirmar el diagnóstico lo más prontamente posible, iniciando tratamiento profiláctico anticipado con tuberculostáticos y suspendiendo el antiTNF.

comunicación 24

INFILTRACIÓN DE ÁCIDO HIALURÓNICO ASOCIADO O NO A CORTICOIDES EN ARTROSIS DE RODILLA

Rodríguez Páiz C, Cánovas Alcázar E, González Domínguez J, Raya Álvarez E. Hospital Clínico San Cecilio de Granada

Objetivo. Describir la mejoría del dolor de pacientes con gonartrosis mediante el uso de infiltraciones con Ácido Hialurónico asociado o no a corticoides.

Material y métodos. Estudio prospectivo aleatorizado realizado sobre un total de 38 pacientes con gonartrosis grado III de Kellgren y Lawrence que acudieron a nuestra consulta de reumatología del Hospital Clínico San Cecilio de Granada entre los meses de enero de 2006 a junio de 2006. Los pacientes presentaban una edad media de 68,7 años. De los 38 pacientes 7 eran varones y 31 mujeres. El 73,6% fueron del lado derecho (28 de 38) y el 26,31% del lado izquierdo (10 de 38). Se utilizaron tres tipos de infiltraciones intrarticulares: A) Ácido Hialurónico 3 ml (20mg/ml) + Mepivacaína 2% 2ml. B) Ácido Hialurónico 3 ml (20mg/ml) + Mepivacaína 2% 2ml+1 dosis Triamcinolona 40mg/ml. C) Ácido Hialurónico 3 ml (20mg/ml) + Mepivacaína 2% 2ml+2 dosis Triamcinolona 40mg/ml. Estudiamos la evolución de la clínica dolorosa que presentaban los pacientes según la EVA (Escala visual Analógica) en la primera consulta, a las 4, 8 y 12 semanas de la infiltración. Se prestó especial atención a los efectos secundarios producidos.

Resultados. Los pacientes presentaban un valor EVA inicial de 57,8. Tras el tratamiento los del grupo A) tratados mediante Ácido Hialurónico 3 ml (20mg/ml) + Mepivacaína 2% 2ml. Presentaron un EVA a las 4 semanas de 50,2, a las 8 semanas de 50,5 y a las 12 semanas de 55. Los del grupo B) Ácido Hialurónico 3 ml (20mg/ml) + Mepivacaína 2% 2ml+1 dosis Triamcinolona 40mg/ml. Presentaron un EVA a las 4 semanas de 39,1, de 42,3 a las 8 y de 45,2 a las 12 semanas. Los del grupo C) Ácido Hialurónico 3 ml (20mg/ml) + Mepivacaína 2% 2ml+2 dosis Triamcinolona 40mg/ml presentaron un EVA a las 4 semanas de 37,1 a las 8 de 38,4 y de 41,2 a las 12 semanas. No observamos efectos secundarios producidos por el tratamiento administrado en ningún grupo de pacientes ni infección, hipopigmentación o atrofia cutánea ni efectos sistémicos por el uso de corticoides.

Conclusión. Tras el estudio de los datos obtenidos pensamos que el grupo tratado mediante Ácido Hialurónico 3 ml (20mg/ml) + Mepivacaína 2% 2ml+2 dosis Triamcinolona 40mg/ml, obtuvo una clara mejoría frente a los otros dos grupos y más duradera en el tiempo y dado que no encontramos efectos secundarios derivados del tratamiento pensamos que es una buena opción para los pacientes con gonartrosis aun en estadio III.

comunicación 25

LA TERAPÉUTICA FÍSICA EN LA PRENSA MÉDICA GRANADINA DE LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX. XVII CONGRESO DE LA SAR. CÓRDOBA OCTUBRE-2006.

Manuel Tenorio Martín (1), Noelia Vázquez Fuentes(2), Manuela Camacho Macías(2), Gaspar Pérez Lidón(2) y Juan Cabrera Afonso(3). (1) Dirección del Área de Sanidad de la Delegación del Gobierno en Ceuta. (2) Hospital del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria de Ceuta. (3) Cátedra de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina de Cádiz.

Introducción. Durante el siglo XIX la Fisioterapia experimentó un notable desarrollo, gracias a los adelantos de la física, al empleo del tratamiento eléctrico por parte de los facultativos y a la sistematización de la gimnástica (Kinesiterapia). La prensa médica granadina de la segunda mitad del siglo XIX (Positivismo Decimonónico) se hizo eco de tal recurso terapéutico, por medio de los escritos de los componentes de la Escuela Médica Granadina, que se forjó alrededor de la Facultad y de la Real Academia de Medicina.

Objetivo. Averiguar los conocimientos que las publicaciones médicas granadinas de la segunda mitad del siglo XIX contenían acerca de la utilización de la Terapéutica Física para las enfermedades del aparato locomotor.

Material y método. Hemos revisado las cinco revistas médicas que se editaron en Granada en la segunda mitad del siglo XIX: LA GACETA MÉDICA DE GRANADA(1869-1871, primera época), LA PRENSA MÉDICA DE GRANADA (1879-1883), LA GACETA MÉDICA DE GRANADA (1883-1899, segunda época), LA CLÍNICA (1885-1886) y LA GACETA MÉDICA ESCOLAR (1898-1899), siguiendo las directrices de la metodología heurística. Hemos encontrado una docena de artículos sobre empleo de la Fisioterapia en las enfermedades reumáticas. Para su análisis comparamos con la bibliografía de referencia, especialmente revistas (Bulletin of the History of Medicine, Dynamis), textos médicos coetáneos (Santero, Sánchez Herrero, Fabre) y críticas de expertos (Granjel, Copeman).

Resultados. Los 12 artículos se refieren a las indicaciones de la electricidad (ciática, reumatismo articular crónico, espasmos musculares, reumatismos de los miembros, neuralgia, artritis), la termocauterización (artritis reumática, ciática), la refrigeración (ciática), la gimnástica (reuma articular crónico) y la metaloterapia. Entre los autores se encuentran José Pareja Garrido y José Paso

Conclusión. Doce artículos de la prensa médica granadina reflejan el uso de la fisioterapia en esa época, principalmente la electroterapia. Entre los autores de estos escritos destacan José Pareja Garrido y José Paso. Finalmente hacemos constar que nuestro trabajo supone un fundamento histórico para la práctica fisioterápica en las enfermedades del aparato locomotor y contribuye a la Historiografía española de la Reumatología.

comunicación 26

LESIONES LÍTICAS MÚLTIPLES EN CRÁNEO; DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL RADIOLÓGICO.

P. León, M.Llanes, F. Medina, S. García, Jj.Perez. Hospital Universitario Puerta del Mar Cadiz.

Objetivo. Se define lesión osteolítica como la disminución de masa ósea por unidad de volumen. Estas lesiones se asocian a gran variedad de enfermedades metabólicas, endocrinas, hematológicas, neoplásicas y displasias primarias. Su diagnóstico es anatomorradológico y en muchos casos se trata de un hallazgo fortuito de un estudio radiográfico siendo posible llegar al diagnóstico por una simple radiografía. Presentamos tres casos de lesiones osteolíticas múltiples en cráneo de diferente etiología.

Material y métodos. Caso 1 : mujer con metástasis de un cáncer de mama; caso 2 : varón con un mieloma; y caso 3 paciente con enfermedad de Paget.

Conclusión. En determinadas situaciones clínicas la realización rutinaria de un Rx simple de cráneo puede ayudar al diagnóstico de diferentes entidades. En la calota, las lesiones líticas múltiples de diferente tamaño y sin reacción perióstica suelen corresponder a metástasis, sin embargo las lesiones líticas del mieloma son de pequeño tamaño y uniformes. En la enfermedad de Paget las lesiones líticas son circunscritas, acompañadas de lesiones escleróticas, dando aspecto algodinoso.

comunicación 27

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Abalos Medina G, Quirosa Flores S, Ros Sánchez P, Morales Garrido P., Ruiz Carrascosa JC, Raya Alvarez E. Granada

Objetivo. INTRODUCCIÓN: Presentamos un caso de LES en una paciente que comenzó con lesiones cutáneas inespecíficas en miembro superior derecho con sospecha clínica de Lupus y pruebas complementarias negativas, que no se confirmó en la biopsia hasta cinco años después. Comenzó con manifestaciones articulares tras un año de evolución de las lesiones cutáneas.

Caso Clínico. Mujer de 38 años con AP de hernia discal intervenida, quiste lúteo hemorrágico en ovario izquierdo, HTA, rosácea e histiocitoma en MMII. No antecedentes de abortos o partos prematuros ni de trombosis.

Es estudiada en la consulta de dermatología por lesión inespecífica en MSD, que tras biopsia cutánea se cataloga de folliculitis aguda profunda.

Posteriormente ingresa en el Servicio de Reumatología, por poliartalgias de ritmo continuo y predominio inflamatorio de localización en rodillas, MCFs y codos. No inflamación articular. Rigidez matutina de 15-20 min. y febrícula termometrada. A la exploración física destaca dudoso Tinnel y Phalen en mano derecha, molestias a la flexión en la zona de inserción del bíceps braquial derecho y molestias a la percusión lumbar.

Ante la sospecha clínica de una conectivopatía, se realizaron estudios analíticos y de imagen, destacando en la gammagrafía ósea con Tc una captación marcada a nivel de cúbito derecho en sus 2/3 proximales y en la RMN edema óseo a nivel del 1/3 proximal del radio y signos de entesopatía en la inserción del bíceps braquial en el radio.

La paciente mejora clínicamente con AINES, desapareciendo las poliartalgias y la febrícula.

En posteriores revisiones reaparece dolor y tumefacción de mano y codo derecho asociado a febrícula de predominio vespertino, destacando analíticamente, fibrinógeno aumentado (443), F XII disminuido (64 %) y Ac lúpico ++, instaurándose tratamiento con AAS 100 y AINES.

Nuevamente es remitida a la consulta de dermatología por persistencia de placa eritematosa en MSD y febrícula. Ante la sospecha clínica de Lupus cutáneo se realiza biopsia punch, que confirma el cuadro de Lupus eritematoso. Se instaura tratamiento con cloroquina tras la normalidad en las pruebas oftalmológicas..

A los 3 meses se modifica el tratamiento a sulfato de hidroxycloquina, por la falta de respuesta.

En las últimas revisiones, la paciente continua con dolor articular en rodillas, codos y tobillos, con tumefacción articular asociada a un cuadro de aftas bucales, caída del cabello y sensación disneica de moderados esfuerzos, con radiografía de tórax sin hallazgos patológicos. Analíticamente destaca PCR de 1,21 mg/dl que se mantiene en posteriores revisiones y una leve proteinuria que llega a desaparecer.

En todo el seguimiento de la paciente, los Ac anti DNA, anti-Histona, anti- ENA, anti SSA, antiSSB y ANA han sido negativos. En la actualidad está en tratamiento con AAS 100, AINES, IBP y sulfato de hidroxycloquina. Se plantea la posibilidad de instaurar tratamiento con MTX si no se evidencia mejoría de las lesiones.

Conclusión. CONCLUSIÓN: El LES es una enfermedad reumática crónica, autoinmune, de etiología desconocida, caracterizada por síntomas como astenia, anorexia, fiebre y manifestaciones cutáneomucosas, osteoarticulares, renales, etc. El diagnóstico se basa en la clínica junto a pruebas de laboratorio: alteraciones hematológicas (leuco-linfopenia, plaquetopenia, VSG aumentada), autoanticuerpos (ANA, anti-DNA bicatenario, anti-SM, anti-RNP, anti-Ro y anti La), complemento y examen de orina.

Como medidas preventivas destaca el control de factores que pueden desencadenar brotes, como la exposición solar, infecciones y el embarazo. Los corticoides e inmunosupresores siguen siendo la base del tratamiento, aunque en casos menos severos, puede ser suficiente con AINES y antipalúdicos.

En la actualidad se utilizan agentes biológicos diseñados para alterar aspectos específicos de la respuesta inmune.

comunicación 28

MIOPATIA EN REACCION A LA TOMA DE ALOPURINOL, POLIMIOSITIS CON AFECTACION PULMONAR INTERSTICIAL Y MIOPATIA ESTEROIDEA CON POSITIVIDAD PARA ANTICUERPOS ANTI-DNA EN REPETIDAS DETERMINACIONES

*R. Menor Almagro; r. Solís Diaz, M.M. Ruiz Tudela, J.J. Salaberrí Maestrojuan, M. Paez-Camino Comino, J.L. de la Iglesia Salgado, Y. Grandal, M. D. Toledo, *A. Jurado Roger, **J.J. Perez-Venegas. Servicio de Reumatología, Hospital de Jerez. *Servicio de Inmología Hospital de Cabra, Córdoba. Servicio de Reumatología Hospital Puerta del Mar, Cádiz.*

Introducción. Las técnicas más específicas para detectar los anticuerpos anti-DNA nativo son el RIA y la IFI sobre crithidia luciliae. Los más sensibles son el RIA para anticuerpos de alta avidéz y el ELISA para los de alta y baja avidéz. La Crithidia Luciliae es un buen método para determinar anti-DNA, ya que este homoflagelado cerca de su núcleo tiene un organelo (quinetoplasto) que contiene sólo DNA de doble cadena en su interior, por lo que exclusivamente detecta la presencia de anticuerpos anti-DNA. Su utilización está indicada cuando se sospeche la presencia de anti-DNA, como por ejemplo, en el Lupus Eritematoso Sistémico. El síndrome de hipersensibilidad al Alopurinol (SHA), se caracteriza por fiebre, rash cutáneo, disfunción hepática y renal, eosinofilia y debilidad muscular. La miopatía esteroidea se observa habitualmente con dosis mayores de Prednisona de 30 mg/día por tiempos prolongados, manifestándose como debilidad de la musculatura proximal de inicio gradual sin elevación enzimática.

Caso Clínico. paciente de 71 años, con antecedentes personales de HTA, DMNID, histerectomía total, colecistectomía por litiasis y gota, diagnosticada hace 18 meses de miopatía aguda en relación a la toma de alopurinol a raíz de un cuadro de debilidad muscular y elevación de la CPK. Ahora presenta de nuevo un episodio de dificultad para caminar de forma erguida y para levantarse, con intenso cansancio con el esfuerzo. No refiere otra sintomatología de interés, siendo la amnesia para conectivopatías negativa. A la exploración se ausculta un soplo sistólico 2/4, plurifocal con tonos arrítmicos, siendo la exploración neurológica con fuerza 4/5 proximal en miembros superiores y marcha con aumento de la base de sustentación, así como debilidad para la extensión del tronco. La analítica mostró un hemograma sin alteraciones significativas, VSG 81, INR1.5, bioquímica con CPK 866, LDH 687, GOT 58, GPT 60, Estudio de autoinmunidad con patrón citoplásmico granular fino (1/640),

llamando la atención la negatividad de los anticuerpos antinucleares (repetidos en dos ocasiones) junto a la positividad para los anti-dna detectados por la técnica de ELISA(14.3) y Crithidia, confirmándose al repetir la prueba (18.6 y crithidia de nuevo positivo). El EKG mostró FA con respuesta ventricular controlada, observándose en el ecocardiograma calcificación aórtica con mínima estenosis, calcificación del anillo mitral y ligera hipertrofia ventricular izquierda con FEV1 conservada. Rx de torax con patrón intersticial de predominio en campos medios e inferiores, datos que se confirman en la TAC de torax, además de áreas de vidrio deslustrado, con PFR sugestivas de patrón restrictivo leve. El EMG resultó compatible con compromiso miopático. La biopsia muscular resultó normal. Con estos datos se diagnostica de polimiositis con afectación pulmonar intersticial instaurándose tratamiento con corticoides pero a las tres semanas de su inicio la paciente empeora clínicamente de su debilidad muscular, mostrando ahora valores de CPK y aldolasa normales con EMG-ENG compatible con miopatía esteroidea. De nuevo se hacen repetidas determinaciones de anti-DNA de resultado positivo. La evolución es claramente favorable con la supresión de la terapia corticoidea.

Discusión. en la amplia revisión bibliográfica realizada para el síndrome de hipersensibilidad al alopurinol, polimiositis con afectación pulmonar intersticial y miopatía esteroidea no se halla relación de estas patologías y la positividad de los anti-DNA (ELISA, Crithidia), llegándose a repetir las determinaciones hasta en cuatro ocasiones. El anti-DNA está presente en el 70% de los pacientes diagnosticados de Lupus Eritematoso Sistémico, sin embargo nuestra paciente no reunía criterios diagnósticos de tal enfermedad. Dada la polimiositis con patrón de afectación atípico BENT SPINE-músculo axial y la enfermedad intersticial pulmonar se decide comenzar tratamiento con Ciclofosfamida.

comunicación 29

NEFROPATÍA LÚPICA DESCOMPENSADA TRAS SITUACIÓN DE ESTRÉS : A PROPÓSITO DE UN CASO.

R. Menor Almagro, R. Solís Díaz, MM. Ruíz Tudela, JJ. Salaberri, JL. De la Iglesia, M.Paez Camino, MD. Toledo, Y.Grandal. Sección de Reumatología. Hospital de Jerez de la Frontera

Introducción: El riñón es el órgano más comúnmente afectado por el LES. Parámetros séricos y urinarios de la función renal deben formar parte del estudio periódico de estos pacientes, debido a que entre un 40-75% de los pacientes tendrán nefropatía clínicamente aparente dentro de los primeros cinco años de la enfermedad, aunque se encuentran cambios histológicos en casi todos los casos y más del 25% de las biopsias presentan depósitos de complejos inmunes. Medidas generales, control de la TA, esteroides a dosis variables y el uso de inmunosupresores, principalmente Ciclofosfamida y Azatioprina, se han propuesto como tratamiento de la enfermedad, según el grado clínico e histológico de afectación renal. Entre los desencadenantes de mayor importancia del desarrollo y exacerbación de la enfermedad se ha hallado factores traumáticos y el estrés. Estudios previos demuestran que, tanto el componente físico como mental de estos factores, pueden disminuir la respuesta inmune afectando a diferente tipos de células como linfocitos y natural killers.

Caso clínico: paciente de 41 años, con antecedentes personales de lupus eritematoso sistémico de doce años de evolución, nefropatía lúpica, (proliferativa difusa) tratada con bolos de Ciclofosfamida y proteinuria e hipertensión arterial controlada con medicación. Ingresa en el mes de marzo por descompensación de cifras tensionales y aumento de edemas en MMII a raíz de una situación estresante (accidente aéreo). Presentando en el momento de su ingreso TA: 200/115. Edema palpebral y eritema en alas de mariposa. ACR: normal y edemas con fóvea en MMII. Desde el punto de vista analítico presentó una urea de 65 y creatinina de 1'7. Proteinuria: 252mg/dl. Función renal 23'6ml/min.Eco Abdominal: riñones con buena diferenciación cortico-medular.Sin dilatación de vías. Tras tratamiento con IECAs, antagonistas del calcio y diuréticos se controló la TA y los edemas. Se administraron 3 bolos de corticoides y un primer bolo de Ciclofosfamida con buena respuesta clínica. Actualmente continúa con ciclos de Genoxal alcanzando una función renal en los últimos controles de 45'7ml/min y proteinuria de 24 horas de 2'16gr/d con cifras de TA controladas.

Discusion: El estrés mantenido y situaciones de estrés agudo pueden agravar la actividad del lupus eritematoso sistémico. Incrementos significativos en el nivel de creatinina sérica, de la proteinuria y descenso del C4 han sido demostrados en estudios previos, aunque éstos no siempre se correlacionaban con la clínica. Nuestra paciente antes del accidente aéreo presentaba un control de las cifras de TA, así como estabilización de parámetros de actividad de nefropatía lúpica con el tratamiento. Tras ser sometida a una situación altamente estresante existe un incremento agudo de la TA, con empeoramiento objetivo de la función renal, motivo por el que se vuelve a pautar el tratamiento con corticoterapia en pauta descendente y ciclofosfamida iv recuperando progresivamente hasta valores similares a los previos al evento sufrido.

comunicación 30

NEUTROPENIA SEVERA DE EVOLUCION FATAL EN PACIENTE CON LES

Pastor C, Rodríguez Montero S, Velloso ML, Rejón E, Mayordomo L, Marengo JL. Sº Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla

Paciente de 47 años, diagnosticada de lupus 15 años antes, síndrome antifosfolípido con trombosis de la cerebral media hace 9 años, tratada con ciclofosfamida en pulsos mensuales y anticoagulación oral permanente. Permanece sin datos de actividad lúpica destacables, en tratamiento con azatioprina y dosis bajas de prednisona hasta febrero de 2004 que comienza con úlceras maleolares de evolución tórpida. Durante su ingreso se comprueba leucopenia con neutropenia severa (200/mm³), inicialmente atribuido a toxicidad por fármacos. Una punción de médula ósea muestra celularidad rica en todas las series, por lo que se concluye su origen periférico. Inicia tratamiento con dosis altas de corticoides asociados a factor estimulador de colonias de granulocitos GCSF, con mínima respuesta en la cifra de neutrófilos.

En febrero de 2006 ingresa nuevamente por aparición de lesión necrotizante en pulpejo de un dedo de la mano derecha, observándose además trombopenia (10.000/mm³). Se administra Rituximab a dosis de 375mg/m² en 4 dosis semanales. Un hemograma realizado un mes después demuestra elevación de cifras plaquetarias (80.000/mm³) con leucopenia (1.000/mm³) y neutropenia (800/mm³).

Acude por presentar lesión inflamatoria y dolorosa en región pararectal, compatible con flemón a ese nivel, sin evidencia de absceso en un TAC de la región.

A pesar del tratamiento antibiótico, GCSF y dosis altas de corticoides, evoluciona a una fascitis necrotizante, precisando desbridaje, con amplias zonas de necrosis. Se cultivó un enterococo faecalis.

Los anticoagulantes orales fueron sustituidos por heparina de bajo peso molecular y continua con curas locales e injerto cutáneo.

A los 2 meses del alta ingresa por déficit de hemisferio derecho, con semiología cerebelosa. Una RM demostró dos infartos nuevos, uno frontoparietal derecho y otro en hemisferio izdo cerebeloso, además del silviano izquierdo antiguo. Pese a volver a anticoagulación oral el cuadro evoluciona de forma desfavorable. 3 semanas después se produce aumento del déficit neurológico, deterioro del nivel de consciencia, con aparición de hidrocefalia y finalmente fallece con signos de enclavamiento.

Discusión. Presentamos un caso de LES asociado a SAF, con neutropenia y trombopenia periféricas, sin respuesta a GCSF. El tratamiento con Rituximab produjo la normalización de la trombopenia y un discreto aumento de los neutrófilos. Un absceso pararectal complica la evolución de la paciente que finalmente fallece como consecuencia de repetición de infartos cerebrales múltiples. Recientemente se ha descrito la aparición de brotes severos en pacientes con LES tratados con GCSF y recomiendan su uso juicioso, aunque no sabemos si el paso de anticoagulación oral a heparina pudo justificar la evolución desfavorable de esta paciente.

comunicación 31

OSTEONECROSIS ASÉPTICA: CAUSA RELEVANTE DE DOLOR ÓSEO EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH.

Paula Cejas, María Lisbona, Julio Ramírez, Juan Povedano y Alicia García. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivo. La osteonecrosis aséptica se define como la muerte celular de los componentes del hueso secundario al déficit de aporte sanguíneo. Entre las causas más frecuentes que lo producen, las traumáticas ocupan el primer lugar, pero también se incluye en su etiología diversas enfermedades y condiciones como enfermedad de Gaucher, diabetes mellitus, hemoglobinopatías, enfermedades autoinmunes, consumo de alcohol, uso de corticoesteroides, etc. Aunque no es un proceso frecuente, hay que tenerlo en cuenta a la hora de plantear el diagnóstico diferencial en la consulta de nuestros pacientes, sobre todo si recogemos en la historia previa factores asociados a su desarrollo.

Material y métodos. Por lo llamativo de la afectación múltiple y las diversas teorías que intentan aclarar la etiología de dicho proceso, presentamos el caso de dos pacientes, diagnosticados de ONA múltiple, ambos con antecedentes de infección por el VIH en tratamiento antirretroviral.

Conclusión. La incidencia de ONA en la población general es de 0.01%, aumentando hasta 0.45% en pacientes VIH. Este incremento se ha intentado relacionar con diversos factores, sin quedar claro si existe un aumento real de la incidencia en este tipo de pacientes o se debe a una mayor sensibilidad diagnóstica por parte de los especialistas. En diversos estudios se establece que muchos de los casos de NAV ocurren en pacientes con factores de riesgo para osteonecrosis previamente identificados en pacientes no VIH.

El incremento de ONA podría deberse a la mayor supervivencia de pacientes con inmunosupresión severa que reciben corticoides para el tratamiento de afecciones oportunistas, ya que los corticoides son una factor de riesgo importante para la osteonecrosis, pero su patogenia es probablemente multifactorial. También se sugiere como factor de riesgo para su desarrollo el uso de fármacos inhibidores de proteasas como parte del tratamiento antirretroviral, sin que existan datos concluyentes que permitan establecer una relación estadísticamente significativa.

comunicación 32

PACIENTE CON ENFERMEDAD DE SCHEWERMANN Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

M. Maqueda López, M. Fernández Alba, M.V. Navarro Compán, F. Navarro Sarabia. Servicio de Reumatología. H.U.V. Macarena. Sevilla.

Caso Clínico. Paciente varón de 28 años sin antecedentes personales de interés que consulta en Enero de 2005 por dolor dorso-lumbar irradiado a miembros inferiores de carácter mecánico de un año de evolución. A la exploración física el paciente presenta cifosis dorsal pronunciada dolor a la palpación y movilización de columna lumbar, con cierta contractura muscular. Lassegue y Bragard negativos. Maniobra sacroiliacas negativa.

Se realiza Radiografía de columna dorsal y lumbosacra y RMN de columna dorso-lumbar que muestra marcada hiper cifosis dorsal con pérdida de altura en el tercio anterior de los cuerpos vertebrales D5, D6, D7, D8 y D9, acompañándose de áreas de transformación de la médula ósea roja, mostrando zonas de hiperintensidad de señal sobre todo en las secuencias T2 osteofitos marginales anteriores y posteriores en columna dorsal a la altura del mayor plano de cifosis, moderada deshidratación del disco L4-L5 sin evidenciarse protusión ó heniación discal, deshidratación de los discos dorsales desde D5-D6 hasta D9-D10 sin evidenciarse protusión ó herniación discal.

Se diagnostica Enfermedad de Scheuerman e inicia tratamiento sintomático con analgésicos y AINES.

En Marzo de 2006 consulta por lumbalgia de predominio nocturno y que mejora parcialmente con la actividad. A la exploración física presenta cifosis dorsal marcada y dolor a la flexión lumbar. Maniobras sacroiliacas positivas. Metrología normal.

Se realiza estudio analítico destacando: VSG 23mm, PCR 9.93mg/l, HLA B27 Positivo.

Se practica radiografía de sacroiliacas y TAC de sacroiliacas que muestra imágenes evidentes de erosiones en bordes sacro e iliaco de ambas articulaciones sacroiliacas, con esclerosis, herniaciones de Schmorl sobre plataforma inferior de L4. Por RMN de sacroiliacas se objetivan áreas de edematización en bordes iliaco y sacro de ambas articulaciones sacroiliacas. La RMN columna lumbar es compatible con los hallazgos de la anteriormente realizada, salvo por la aparición de pequeña protusión discal central en el interespacio L4-L5.

Se diagnostica espondilitis anquilosante iniciándose tratamiento con AINEs y posteriormente con etanercept ante el mal control de la enfermedad

Discusión. La Enfermedad de Scheuerman tiene una baja incidencia en la población general (aproximadamente 0.4%), afectando en proporción similar a varones y mujeres en la adolescencia. La manifestación clínica mas relevante es la deformidad que supone un incremento de la cifosis dorsal normal, siendo el dolor menos frecuente como síntoma inicial (20% de los casos). El diagnóstico se establece cuando la cifosis dorsal es mayor de 45°-50° y en ella incluyendo un mínimo de tres vértebras adyacentes que muestren un acúñamiento mayor o igual a 5°.

La Espondilitis anquilosante es una enfermedad crónica, progresiva, de etiología inflamatoria con una incidencia de aproximadamente 0.5% de la población general, afectando predominantemente a varones entre 20-30 años. La manifestación clínica más relevante es la lumbalgia de cronología inflamatoria.

La concomitancia de ambas patologías es rara o cuanto menos poco frecuente, no encontrándose ningún caso en la bibliografía más reciente.

comunicación 33

POLIARTRITIS CRÓNICA: ALGO MÁS QUE ARTRITIS REUMATOIDE Y ESPONDILOARTRITIS.

Miguel Ángel Doña Naranjo, Isabel Linares Fernández, Julio García Feito y Manuel Utrilla Utrilla. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. Unidad de Reumatología.

Introducción: En la práctica reumatológica diaria la poliartritis crónica es nuestro principal caballo de batalla. En la gran mayoría de ocasiones se trata de pacientes con artritis reumatoide (AR) o espondiloartritis, lo cual nos lleva con frecuencia a emitir tales diagnósticos con cierta facilidad y confianza. Presentamos un caso clínico que nos hará reflexionar ante pacientes con poliartritis que no encajan del todo en nuestros diagnósticos más habituales.

Caso clínico: Varón de 52 años con antecedentes personales de brucelosis a la edad de 14 años. Un año antes de acudir a consulta (1989) refiere lumbalgia de carácter mecánico, añadiéndose posteriormente, de manera aditiva e intermitente, tumefacción en rodilla izq. y tobillo izq., hombros, carpos, MCFs e IFPs, así como rigidez matutina de más de una hora. A la exploración se constata poliartritis. El estudio analítico y radiológico fue normal salvo signos de lumbartrosis. Posteriormente presentaba esporádicamente episodios febriles recortados y la VSG y PCR con frecuencia estaban elevadas además de presentar frecuente leucocitosis con neutrofilia. En 1992 un ingreso por fiebre quedó sin diagnóstico. En 1998 ingresó por cuadro de meningitis linfocitaria. En esos años fue diagnosticado de AR seronegativa y tratado con sulfasalazina, aurotiomato, metotrexato, ciclosporina A y leflunomida, sin éxito. En marzo de 2006 acudió a urgencias por odinofagia y pérdida de peso, realizándose entonces endoscopia digestiva alta y biopsia. Fue diagnosticado de enfermedad de Whipple y tratado con cotrimoxazol con posterior resolución de la artritis y desaparición de los episodios febriles.

Conclusión: Ante pacientes reumáticos con cuadros clínicos no claramente definidos debemos ser muy cautos antes de emitir un diagnóstico definitivo y debemos barajar un amplio diagnóstico diferencial.

comunicación 34

POLICONDRITIS RECIDIVANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

J.M. Martos; M. Romero; A. González; C. García. C. Fernandez. Sección de Reumatología del complejo Hospitalario de Jaén

Objetivo. Introducción: La Policondritis Recidivante es una enfermedad caracterizada por la aparición de una inflamación episódica de estructuras cartilaginosas que provoca la destrucción de las mismas. Las principales manifestaciones, que constituyen los criterios diagnósticos de la enfermedad, son condritis auricular recurrente, poliartritis no erosiva, condritis nasal, inflamación ocular, condritis laríngea o traqueal y daño coclear o vestibular secundario. Para el tratamiento de la enfermedad se utilizan corticoides e Inmunosupresores como Azatioprina, Ciclosporina, Ciclofosfamida o Metotrexato.

Material y métodos. Caso clínico: Paciente varón de 55 años que presenta dolor recurrente en área de cartilago nasal, ambos pabellones auriculares, con inflamación de éstos, poliartralgias con hinchazón articular ocasional, disfagia, hipoacusia, acúfenos y vértigos. Se pauta tratamiento con Corticoides a dosis altas con muy buena respuesta, si bien la sintomatología reaparece al disminuir la dosis, por lo que en su última visita se añade Metotrexato para poder reducir y suspender aquellos. En la actualidad el enfermo se encuentra asintomático.

Resultados. Discusión: La Policondritis Recidivante es una enfermedad inflamatoria de etiología desconocida y base autoinmune, poco frecuente, caracterizada por lesiones inflamatorias recidivantes que afectan a las estructuras cartilaginosas, sistema cardiovascular y órganos de los sentidos. El diagnóstico se basa en el cuadro clínico, ya que no existe ningún parámetro de laboratorio o marcador inmunológico específico. El tratamiento de elección son los corticoides, aunque en muchos casos se requiere tratamiento inmunosupresor. Describimos un caso típico de Policondritis Recidivante. Destacamos, la rareza del caso, así como la falta de respuesta a corticoides, presentando espectacular respuesta a dosis bajas de metotrexate en monoterapia.

comunicación 35

PREVALENCIA DE AUTOANTICUERPOS EN ENFERMEDADES REUMATICAS EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNF

A. Rueda Cid, P. Morales Garrido, J. González Domínguez, P. Ros Sánchez, P. Morillas Arqués, E. Iglesias Jiménez, M. Mejía Molina, E. Raya Alvarez. Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio de Granada.

Objetivos. Estudiar la prevalencia de autoanticuerpos en pacientes con patología reumática inflamatoria en tratamiento con diferentes anti-TNF.

Pacientes y Métodos. Se realizó un estudio retrospectivo-prospectivo, en el que se analizó la prevalencia de autoanticuerpos a 62 pacientes, 44 mujeres (M) y 22 varones (V) en terapia anti-TNF con Infliximab (Remicade), Etanercept (Enbrel) o Adalimumab (Humira). Entre las patologías tratadas se incluían 44 pacientes con Artritis Reumatoide (AR), 14 pacientes con Espondilitis anquilosante/ espondiloartropatía (EA/ESN) y 5 pacientes con Artritis psoriásica (AP).

Se analizaron diferentes variables epidemiológicas y clínico-analíticas: edad, sexo, diagnóstico, años de evolución de la enfermedad, tipo y duración de terapia anti-TNF. Determinación autoanticuerpos pre y post terapia anti-TNF: Anticuerpos antinucleares (ANA), antiDNA, anti-SSA/Ro, anti-SSB/La, anti-Sm, anti-RNP, anti-Scl-70, anticentrómero. Estudio estadístico con programa SSPS, analizando las diferentes frecuencias de las variables cualitativas y comparación de medias entre variables cuantitativas (t Student y ANOVA).

Resultados. Se estudiaron 62 pacientes, con edad media de 51.4 ± 13.9 años (rango 24-80), 44 M con edad media de 53 ± 13 años y 22 V con 48 ± 15 años.

Entre los diferentes diagnósticos se incluyeron 71% AR, 21% EA/ESN y 8.1% AP. Recibieron terapia anti-TNF: 46.8% Infliximab + MTX, 35.5% Enbrel y 17.7% Humira. No se hallaron diferencias significativas en relación con los años de evolución entre las diferentes patologías. El tiempo medio de tratamiento anti-TNF fue de 21.5 ± 12.8 meses, $p = NS$ (entre los diferentes anti-TNF).

Previo a la terapia anti-TNF tenían ANA + 4 pacientes, aumentando su título tras terapia con Infliximab. Se detectaron ANA positivo tras tratamiento anti-TNF en un 30.6% de pacientes, 31.8% con AR y 38.4% con EA/ESN. Entre los pacientes en terapia anti-TNF con ANA +, se incluían 14 (48.3%) Infliximab, 3 (13.6%) Enbrel y 2 (18.2%) Humira. Se detectó la presencia de antiDNA en 2 pacientes, aunque ningún paciente desarrolló LES ni otras enfermedades autoinmunes del tejido conectivo.

Conclusiones. La prevalencia de ANA positivos en nuestros pacientes en terapia anti-TNF fue de un 30.6%, detectando 3.2% anti-DNAN (descrito en otras series), sin observar clínica de LES. El tratamiento con Infliximab desarrolló la mayor frecuencia de ANA positivos, sin relación directa con la enfermedad de base tratada.

comunicación 36

REUMATOLOGÍA EN EL DEPORTE DE ÉLITE

Martínez Ríos, S. / Torre Alonso, J.C./González Varela, A/ Luis Celada, O/ Álvarez García, A. Servicio de Urgencias Hospital Central de Asturias (Oviedo); Servicio de Reumatología Hospital Monte Naranco (Oviedo); Médico de la Real Federación Española de fútbol

Introducción. El fútbol es un deporte que, por su exigencia, se practica a nivel profesional a edades jóvenes. Es habitual que entre sus practicantes se desarrollen molestias a nivel de la musculatura aductora e isquiotibial, motivo por el cual se visite la consulta del médico deportivo y/o traumatólogo de equipo.

En este margen de edad es posible que pasen desapercibidas sintomatologías lumbares o entesitis por ser atribuidas a sobrecargas musculares, microtraumatismos de repetición, descompensaciones musculares entre agonistas y antagonistas, o a gestos descoordinados o específicos de éste deporte como puede ser el chut o disparo del balón.

El objetivo de esta serie de casos valorar la importancia de enfermedades reumatológicas, como en la espondilitis anquilopoyética, en el ámbito deportivo, por presentar entesitis de repetición tanto en isquiotibiales, aductores o en el tendón de Aquiles, implicando en ello a la medicina deportiva y poder así prolongar la vida activa del deportista.

Material y métodos. Mediante la historia clínica y las pruebas complementarias (Rx simple, TC, RM y analítica) hemos llevado a cabo la revisión de este caso. CASO 1: Se trata de un varón de 23 años de edad, jugador profesional de fútbol, que a los 18 años comienza con dolor en la zona glútea, de características inflamatorias, basculante, con rigidez matutina, que le impide entrenar con normalidad. Una vez realizadas las pruebas radiológicas, en las que se objetiva la existencia de sacroileítis bilateral, se solicitan pruebas analíticas evidenciándose una elevación de la VSG que posteriormente se normalizó tras la toma de AINES, y una PCR de 7.2. Ante la sospecha de enfermedad reumatológica se solicitaron pruebas analíticas específicas siendo estas positivas al HLA B27. CASO 2: Paciente de 41 años con antecedente de Pericarditis vírica en 1999 y cólico renal, jugador de un filiar de un equipo de primera durante dos años llegando a ser profesional. Comienza con 20 años a presentar dolores lumbares de repetición de inicio matutino y empeoramiento con la carrera. Visto por el fisioterapeuta del equipo, le diagnostica de contractura del cuadrado lumbar y pauta cambio de entrenamiento, cinesiterapia y gimnasio. Se reincorpora al entrenamiento a las tres semanas al ritmo normal de sus compañeros con recaída por lo que el médico de equipo le pauta aines y le recomienda cambios de hábito postural. A los dos años abandona la práctica del fútbol. Tras varios años acude al servicio de reumatología donde tras realizarle una amplia batería de pruebas se demuestra Cw6 positivo, así como una serie radiográfica donde se demuestra sacroileítis y espolón calcáneo bilateral, así como inicio de anquilosis de todos los cuerpos vertebrales lumbares

Resultados. Por todo lo anterior se diagnosticó a estos pacientes de espondiloartropatía. A través de la evolución clínica y del estudio radiológico, hemos podido constatar la correlación que existe entre la limitación existente para la práctica del deporte profesional y el desarrollo clínico de la enfermedad. En ambos casos un tardío diagnóstico de la enfermedad ha llevado al abandono precoz de la práctica de deporte de alta competición.

Conclusiones. El dolor en la región lumbosacra es un síntoma habitual dentro del ámbito deportivo. El objetivo de nuestro estudio es hacer hincapié en la importancia de sospechar un posible origen reumatológico en la entesitis y el dolor lumbosacro recidivantes de los deportistas, una vez descartadas las causas más frecuentes, así como la mayor interrelación entre médicos deportivos y reumatólogos en este campo.

comunicación 37

SACROILEITIS ¿SOLO ESPONDILOARTROPATÍAS?

Martínez Ríos, S. / Alguero García, R./ Gonzalez Varela, A / Alvarez Garcia, A. Servicio de Urgencias Hospital Central de Asturias (Oviedo)

Introducción: cuando estamos ante una radiografía de pelvis con una imagen de sacroileítis, lo más habitual es hacer un diagnóstico diferencial de forma casi exclusiva entre las Espondiloartropatías. Con ello olvidamos patologías que pueden presentar dicha imagen radiográfica siendo PSEUDOSACROILEITIS, llevándonos a un error diagnóstico.

Con este caso pretendemos llamar la atención de, sobre todo, los reumatólogos jóvenes que raramente llegan a ver estos casos en la actualidad por su diagnóstico precoz y evolución más limitada

Material y métodos: Se trata de una mujer de 37 años con antecedentes de diabetes gestacional en el primer embarazo y toxemia gravídica en el segundo, diagnosticada de nefrocalcinosis e intervenida de un quiste en mandíbula inferior izquierda. Acude al servicio de urgencias en repetidas ocasiones por dolores articulares erráticos, siendo en esta ocasión un dolor en zona sacra e inguinal, de inicio brusco de características inflamatorias, de duración dos semanas.

En la exploración destaca una maniobra sacroiliaca derecha positiva, así como limitación de la abducción de la cadera del mismo lado.

En las pruebas realizadas presenta una VSG de 23, una creatinina de 1,25 con urea de 51; en la radiología presentaba una sacroileítis bilateral con asociación de imágenes hiperdensas en toda la pelvis.

Resultado: La paciente padecía desde los 18 años un hiperparatiroidismo tratado en ese año sin ninguna secuela posterior y con ausencia de tratamiento en este momento. En pacientes, como es este caso, menores de 60 años, la forma de presentación más frecuente es la litiasis renal, HTA y la hipercalcemia e hiperfosforemia.

Dentro de las pruebas de imagen destaca la osteítis fibrosa, con el cráneo en sal y pimienta (que la paciente presenta), los tumores pardos (presentes en la pelvis) y con ello la pseudosacroileítis provocada, llevando a confusión con las Espondiloartropatías

Conclusión: El hiperparatiroidismo primario es una de las enfermedades que pueden presentar en sus imágenes radiográficas una sacroileítis bilateral, pudiendo llevar a error de diagnóstico si no se sospecha o no se conoce. Su tratamiento, sencillo, facilita el control del dolor y mejora la calidad de vida de los pacientes.

comunicación 38

SINDROME DE GUILLAIN BARRE EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE INICIO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

R. Solís, R. Menor, MM. Ruíz Tudela, JJ. Salaberri, M. Paez, Y. Grandal, MD. Toledo. Sección de Reumatología. Hospital de Jerez de la Frontera.

Introducción. la afectación del sistema nervioso en el LES puede traducirse por una amplia gama de manifestaciones, dentro de las cuales se encuentran los trastornos neuropáticos. El más frecuente corresponde a la polineuropatía sensitivomotora de distribución simétrica y de curso progresivo. Una segunda variedad es una neuropatía asimétrica que en ocasiones sigue el clásico patrón de una mononeuropatía múltiple. En tercer y último lugar se ha descrito varios casos de polirradiculoneuritis aguda, clínicamente indistinguible del Síndrome de Guillain Barré y cuadros de evolución subaguda o crónica idiopática desmielinizante que cursa con debilidad de tipo proximal, arreflexia, hiperproteorraquia y evidencia de desmielinización en el electromiograma.

Caso Clínico: Presentamos una mujer de 40 años, fumadora de 1 paq/día e hija diagnosticada de LES, que refiere artralgias generalizadas de 1 mes de evolución con edemas de cara y pies, aftas orales, eritema malar y debilidad en MMII en los últimos días. Durante su ingreso presenta mal estado general con pérdida progresiva de fuerza y parestesias en MMII y MMSS con disfunción de esfínteres, por lo que es valorada por Neurología que realiza punción lumbar objetivándose disociación albúmino-citológica compatible con Sd. De Guillain Barré. Posteriormente comienza con disnea progresiva, fiebre e hipoxemia realizándose TAC torácico por sospecha de TEP, apreciándose derrame pleural que se interpreta como proceso infeccioso empeorando la función respiratoria con insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica trasladándose a UCI. Consultado con Neurología se inicia tratamiento con inmunoglobulina i.v. durante 5 días. En estudio inmunológico se objetivan ANAs + >1/640 patrón homogéneo y anti-DNA+, ENAs negativos compatibles con LES por lo que se inicia tratamiento con bolos de corticoides mejorando progresivamente de la tetraparesia y de la paresia facial bilateral. En TAC torácico no se encontraron hallazgos sugestivos de Neumopatía intersticial. Se realizó lavado broncoalveolar que descartó neumonitis lúpica.

Conclusión: la afectación del sistema nervioso periférico en el LES es rara y los tipos más frecuentes dentro de ésta son la polineuropatía axonal simétrica distal y la mononeuropatía múltiple, que ocurren generalmente en el curso tardío de la enfermedad. La polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda o Sd de Guillain-Barré es otra forma muy rara de afectación, aunque puede constituir a veces el primer síntoma del LES, pudiéndose acompañar de fallo de la función respiratoria. La corticoterapia parenteral suele ser suficiente, pero en algunos casos podría ser necesaria la administración de gammaglobulina IV o incluso plasmaféresis. La recuperación del déficit clínico y la normalización de la conducción nerviosa puede oscilar entre 1 a 12 meses.

comunicación 39

SINDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA; A PROPOSITO DE UN CASO

R. Menor Almagro, R. Solís Díaz, M.M. Ruiz Tudela, J.J. Salaberri Maestrojuan, M.Paez-Camino Comino, Y. Grandal, J.L. de la Iglesia Salgado, M.D. Toledo. Servicio de Reumatología Hospital de Jerez

Introducción. El síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada es una enfermedad multisistémica, rara en Europa, que afecta en especial a los ojos, siendo una de las causas más observada de uveítis granulomatosa anterior y precoz y bilateral con iritis y en ocasiones desprendimiento de retina, glaucoma agudo secundario y catarata, y una epitelopatía cicatrizal difusa de los polos posteriores. Asocia manifestaciones sistémicas: signos meníngeos tales como cefalea (dolor de cabeza) y rigidez de nuca, trastornos de la audición como hipoacusia neurosensorial y alteraciones dérmicas como alopecia prematura, vitiligo simétrico y poliosis. Comienza bruscamente con fenómenos meníngeos debidos a meningitis aséptica, seguidos de una disminución de la agudeza visual, que puede llegar hasta la ceguera y posterior desprendimiento de la retina. De una causa no clara se han identificado mecanismos autoinmunes, alérgicos y también ciertas infecciones virales (citomegalovirus y virus de Eibsten Barr) El diagnóstico es fundamentalmente clínico, confirmándose en fase precoz con el examen microscópico citológico de LCR donde se observan macrófagos cargados de melanina. El tratamiento consiste en corticoides e inmunosupresores, recurriéndose a la cirugía para tratar las complicaciones.

Caso clínico. Paciente de 54 años con antecedentes personales de hipotiroidismo subclínico, adenoidectomía, sin tratamiento domiciliario en la actualidad, que acude a urgencias por visión borrosa, hipoacusia bilateral moderada, acúfenos, cefalea holocraneal y fotosonofobia de aproximadamente 15 días de evolución. TA 150. 90. A la exploración muestra ligera palidez cutáneo-mucosa, poliosis ciliar izquierda, exploración neurológica sin datos semiológicos de focalidad, siendo el resto de la exploración rigurosamente normal. En la analítica se observó un hemograma, bioquímica y coagulación normal, salvo una TSH de 7.65, objetivándose en la orina 500 leucocitos. LCR: meningitis linfocitaria, 350 células, 96 de linfocitos, glucosa y proteínas normales. VHB y VHC negativos. HLA B27 y B51 negativo.

Estudio de autoinmunidad sin hallazgos de interés. TAC craneal con contraste previo a la punción normal. RMN craneal informada como normal. La interconsulta con Oftalmología informa de papiledema bilateral con hemorragia asociado a uveítis anterior, compatible con SD de Vogt-Koyanagi-Harada. La interconsulta a ORL informa de hipoacusia mixta bilateral leve, con caída hacia tonos agudos. Se instaura tratamientos esteroide y antihipertensivo con notable mejoría.

Conclusión: El diagnóstico de nuestra paciente se basó en los criterios clínicos de la Sociedad Americana de Uveítis: 1. Iridociclitis bilateral 2. Uveítis posterior con desprendimiento de retina exudativo 3. Síntomas de Afectación del Sistema Nervioso Central (hipoacusia, acúfenos, meningismo, afectación de pares craneales) o pleocitosis en el líquido cefalorraquídeo. 4. Afectación dermatológica como alopecia, vitiligo, poliosis. El tratamiento ha de ser precoz e intenso, por lo que un diagnóstico rápido de la enfermedad es de vital importancia. La instauración de la terapia corticoide produjo una mejora importante en la agudeza visual (AV 0.9/0.9) y la hipoacusia. Los controles oftalmológicos periódicos del fondo de ojo a la alta confirman la buena evolución, desapareciendo la afectación ocular anterior y posterior.

comunicación 40

SINDROME NEUMORRENAL-PANCARDITIS EN LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO DE RECIENTE DIAGNOSTICO.

R. Menor Almagro, R. Solís Díaz, M.M. Ruiz Tudela, J.J. Salaberri Maestrojuan, M. Paez-Camino Comino, J.L. de la Iglesia Salgado, Y. Grandal, M.D. Toledo. Servicio de Reumatología Hospital de Jerez

Introducción. El pulmón es un tejido especialmente vulnerable en el Lupus Eritematoso Sistémico. La neumonitis lúpica aguda se produce por una capilaritis debida a depósitos de inmunocomplejos, y las manifestaciones clínicas incluyen disnea, fiebre, dolor torácico e hipoxemia. La pericarditis es la manifestación cardiaca más frecuente, acompañándose en un 70 % de prurito. Puede ser la primera manifestación de la enfermedad o ser una manifestación más del debut lúpico. Suele acompañarse de derrame pericárdico de pequeña cuantía. La nefritis lúpica se presenta con mayor frecuencia en los 5 primeros años de la enfermedad con alteraciones en el sedimento e insuficiencia renal, los hallazgos de la biopsia son útiles para fines pronósticos en el tratamiento individual del paciente.

Caso clínico. Paciente de 44 años que refiere artralgias-artritis de tobillos, carpos y pequeñas articulaciones de manos, de instauración progresiva en 1 mes, asociándose a eritema malar, alopecia y fenómeno de Raynaud trifásico. En la semana previa al ingreso presenta febrícula, disnea de reposo y dolor costal izquierdo, que aumenta con la respiración, así como dolor retroesternal que disminuye con la sedestación e inclinación hacia delante. A la exploración se observa soplo sistólico en la base y disminución de murmullo vesicular en la base izquierda. La radiografía de tórax muestra marcada cardiomegalia con pinzamiento de los senos costodiafragmáticos. La analítica Hb 8.2 HCTO 25.4 VSG 103, C3 46, C4 3, ANA1- 1280 (patrón homogéneo difuso), anti-DNA > 600 con antihistonas positivo. La ecocadio muestra HVI concéntrica, insuficiencia mitral moderada-importante, patrón restrictivo flujo mitral, hipertensión pulmonar y derrame pericárdico leve-moderado. Al realizar broncoscopio se observa en el aspirado "agua de lavar carne" mostrando el lavado bronquioalveolar alveolitis mixta de predominio neutrofílico y descenso marcado del cociente CD4/CD8, hallazgos sugestivos de afección pulmonar por LES, que en el contexto clínico sugiere neumonitis lúpica, la TAC de tórax demostró derrame bilateral con atelectasia parcial en ambos lóbulos inferiores, así como cardiomegalia global. En analíticas posteriores aumentó la anemia hasta valores 6.9 HB, HCTO 21.8 Test de coombs directo positivo. La función renal presentó creatinino 1.63, urea 132.6 función renal 25.27 ml/min. proteinuria 805.2, con biopsia renal de GNF tipo IV. Se comenzó tratamiento con bolos de metilprednisolona 1 gramo en perfusión durante 3 días, además de acetilsalicilato de lisina IV, mejorando su sintomatología de forma importante y mostrando el ecocadio de control un mínimo derrame sin compromiso, con aurícula izquierda ligeramente dilatada, patrón de flujo mitral normal con insuficiencia mitral ligera y sin datos de hipertensión pulmonar siendo dada de alta con corticoterapia oral, hidroxycloquina y recibiendo en la actualidad bolos de ciclofosfamida.

Conclusion. El tratamiento del derrame pericárdico lúpico consiste en bolos de metilprednisolona a dosis de 1 gramo durante 3 días continuando con prednisona 1 mg/kg/día, junto al uso de AINES. En nuestra paciente la respuesta a la terapia ha resultado espectacular, con una diferencia entre ambas ecocardiografías de una sola semana, desapareciendo en la segunda los signos de hipertensión pulmonar con derrame pericárdico mínimo. La clínica respiratoria cedió de forma fulminante. El tratamiento con ciclofosfamida lo ha tolerado sin problemas, presentando la función renal y proteinuria valores de normalidad.

comunicación 41

SINOVITIS VILLONODULAR PIGMENTADA DE RODILLA. A PROPOSITO DE UN CASO

Cánovas Alcázar E, Rodríguez Páiz C, Hernández Cortés P, Raya Álvarez E. Hospital Clínico San Cecilio de Granada

Objetivo. Presentamos un caso de Sinovitis Villonodular Pigmentada de rodilla, enfermedad de la membrana sinovial articular poco frecuente, en la que en muchas ocasiones el diagnóstico es tardío dada su presentación clínica.

Material y métodos. Mujer de 43 años, sin antecedentes personales de interés y sin tratamiento previo que consulta por dolor de ritmo mecánico, localizado en región anterointerna de rodilla derecha de 10 meses de evolución con bloqueos frecuentes y cierta limitación funcional. En la exploración destaca discreto derrame articular, exploración ligamentosa sin hallazgos y exploración meniscal positiva para menisco interno. La paciente no refiere traumatismo previo ni sobrecarga articular.

Resultados. Las Rx realizadas así como la analítica (bioquímica incluido perfil lipídico, hemograma, VSG, PCR, FR y complemento) no encontraron patología. Se realizó posteriormente una RMN de rodilla derecha que no encontró ninguna lesión patológica. Se instauró tratamiento médico con reposo relativo del miembro, analgésicos y antiinflamatorios sin ninguna mejoría de la clínica. Un año después se realiza nueva RMN de rodilla en la que se aprecia lesión compatible con Sinovitis Villonodular Pigmentada Localizada, por lo que es intervenida quirúrgicamente mediante Artroscopia de rodilla realizando sinovectomía limitada parcial. El estudio anatómopatológico de la muestra confirmó el diagnóstico. La paciente mejoró de la clínica que presentaba tras 4 meses de tratamiento rehabilitador y en la actualidad se encuentra asintomática. Se le realizó nueva RMN de rodilla para descartar nuevas recidivas que no evidenció ninguna lesión.

Conclusión. La Sinovitis Villonodular Pigmentada es una enfermedad de la membrana sinovial caracterizada por la presencia de inflamación y depósitos de hemosiderina, con dos formas Difusa y Localizada.. Su etiología es desconocida y aparece con igual frecuencia en ambos sexos alrededor de la 3ª y 4ª décadas de la vida, generalmente de presentación monoarticular más frecuente en rodilla. Su diagnóstico no resulta sencillo por su similitud con otros cuadros, siendo la RMN fundamental. El tratamiento de la forma Limitada mediante sinovectomía artroscópica obtiene buenos resultados y presenta bajo índice de recidivas.

comunicación 42

TRANSFORMACIÓN NEOPLÁSICA EN LA ENFERMEDAD DE PAGET.

P. León, M. Llanes, I. Macías, S. García, JJ. Perez. Hospital Universitario Puerta del Mar Cadiz

Objetivo. La enfermedad de Paget es un trastorno de causa desconocida que afecta aproximadamente al 3% de la población mayor de 40 años. Puede presentar como complicación asociada, la transformación neoplásica, en osteosarcoma, fibrosarcoma o condrosarcoma, con una frecuencia del 1%, entre los 55 y 80 años, más frecuentemente en hombres

Material y métodos. Presentamos una mujer de 88 años de edad, diagnosticada de enfermedad de Paget en pala iliaca derecha, sin actividad biológica y sin otros antecedentes de interés. Acude por dolor desde hace tres meses en región coxofemoral derecha, que le despierta por la noche y le dificulta el caminar. En la exploración se observa dolor a la palpación y a la movilización de la cadera derecha en todos los planos.

Una radiografía de pelvis puso de manifiesto una lesión lítica de gran tamaño en el seno de un hueso pagético en pala iliaca derecha con destrucción de la cortical y fracturas. En la TAC de pelvis y caderas se confirmó la presencia de una masa con gran destrucción ósea, sugestiva de degeneración sarcomatosa.No hubo consentimiento para la biopsia

Conclusión. La enfermedad de Paget maligniza en un 1% de los pacientes y suele hacerlo en forma de osteosarcoma. Esta malignización es más frecuente en las afectaciones poliostóticas de la enfermedad. También puede malignizar a condrosarcoma o fibrosarcoma, pero en cualquier caso no importa qué tipo celular predomine; el pronóstico siempre es ominoso, siendo la supervivencia del 50% a los seis meses y menos del 10% a los 5 años

Índice de Autores

Abalos Medina G	17	Gil R	12
Aguilera C	7	Girón I	14
Alguero García R	21	González A	13, 14, 20
Álvarez García A	21	González Domínguez J	14, 16
Anaya M	7	González P	7
Baturone Castillo M	11	González R	3
Belmonte López MA	11	González Varela A	21
Blanca Gómez M	7	González-Domínguez J	20
Blanco A	5	González-Moreno P	3, 5
Cabrera Afonso J	16	Grandal Y	17, 18, 22
Calero Secall E	11	Gutiérrez-Leonard A	3
Cáliz R	5,9,12	Guzmán M	5, 12
Camacho Macías M	16	Guzmán MA	5, 9, 12
Cánovas Alcázar E	10,16,23	Haro AC	9, 12
Caracuel MA	4	Hernández Cortés P	23
Carrasco JA	3	Hernández Cruz B	4
Castro Villegas MC	4	Hernández P	5
Cejas Cáceres P	8	Iglesias Jiménez E	20
Cejas P	7, 15, 19	Irigoyen MV	11
Chozas Candanedo N	8	Jiménez Núñez FG	11
Collado MD	5	Jiménez-Moleon I	14
Collantes E	5	Jodar F	13
Coret V	11	Jurado Roger A	17
de la Iglesia Salgado JL	17,18,22	León P	6, 8, 12, 16, 23
Díaz-Cordovés G	11	Linares Fernández I	20
Doña Díaz I	7	Lisbona M	7, 8, 15, 19
Doña Naranjo MA	20	Llánes Gómez M	8
Escudero A	4	Llanes M	6, 12, 16, 23
Espinosa N	15	López J	5
Fernández Alba M	19	López Lasanta M	7, 11
Fernández C	13, 14, 15	Luis Celada O	21
Fernández Nebro A	7, 11	Macías I	8, 23
Ferrer MA	5, 9, 12	Maqueda López M	19
Font Ugalde P	3, 4	Marenco JL	3, 5, 6, 13, 15, 18
Frías Tejederas G	4	Martín Casáñez E	7
Gandía M	8	Martínez FG	3
García A	5, 7, 9, 15, 19	Martínez Ríos S	21
García C	13,14,20	Martínez Sánchez FG	9
García Feito J	20	Martos JM	13, 14, 20
García López A	8	Mayordomo L	3, 5, 6, 13, 15, 18
García Pérez S	8	Medina F	12, 16
García S	6, 8, 12, 16, 23	Mejía Molina M	20
García-Contreras T	14	Mendoza Mendoza D	4

Menor Almagro R	17, 18, 22	Ruiz A	3
Montero R	3	Ruiz Carrascosa JC	17
Morales Garrido P	10, 17, 20	Ruiz Montesino MD	4
Morales P	14	Ruiz Ruz AM	9
Morillas Arqués P	20	Ruiz Tudela MM	17, 18, 22
Morote Ibarrola G	11	Sainz J	5
Muñoz Gomariz E	4	Salaberri JJ	8, 22
Navarro Compán MV	19	Salaberri Maestrojuan JJ	17, 22
Navarro Sarabia F	4, 11	Salvatierra J	5, 9, 12
Navarro VA	13	Sánchez A	12
Paez-Camino Comino M	17, 18, 22	Sánchez MD	9, 12
Pastor C	5, 6, 13, 15, 18	Sánchez- Parera R	14
Paule P	14	Santamaría M	3
Pérez I	6	Sianes Fernández M	4
Pérez JJ	6, 8, 12, 16, 23	Solís R	22
Pérez Lidón G	16	Solís Diaz R	17, 18, 22
Pérez MJ	9, 12	Tenorio Martín M	16
Pérez Venegas JJ	8, 17	Toledo MD	17, 18, 22
Pérez-Guijo V	4	Torre Alonso JC	21
Ponce Vargas A	11	Torres Jaén MJ	7
Povedano Gómez J	8	Ureña Garnica MA	11
Povedano J	15, 19	Utrilla Utrilla M	20
Povedano JB	7	Vacas Pér	4
Quirosa Flores S	17	Vázquez Fuentes N	16
Ramírez C	5	Velloso ML	3, 5, 6, 13, 15, 18
Ramírez García J	8		
Ramírez J	7, 15, 19		
Ramírez MC	9, 12		
Raya Álvarez E	10, 16, 17, 20, 23		
Raya E	14		
Rejón E	3, 5, 6, 13, 15, 18		
Rodríguez Barrera J.M	11		
Rodríguez Montero S	15		
Rodríguez Páiz C	10, 14, 16, 23		
Rodríguez Pérez M	11		
Rodríguez S	6, 13		
Rodríguez-Montero S	3, 5, 18		
Rojas Vargas LM	3, 9		
Romero Gómez M	5		
Romero M	13, 14, 20		
Ros Sánchez P	10, 17, 20		
Rueda A	14		
Rueda Cid A	20		

Ficha Técnica

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Humira 40 mg solución inyectable en jeringa precargada. 2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA: Cada jeringa precargada con una dosis única de 0,8 ml contiene 40 mg de adalimumab. Adalimumab es un anticuerpo monoclonal humano recombinante expresado en células de Ovario de Hamster Chino. Para lista completa de excipientes, ver sección 6.1.3. FORMA FARMACÉUTICA: Solución inyectable en jeringa precargada. 4. DATOS CLÍNICOS: 4.1. **Indicaciones terapéuticas:** Artritis reumatoide: Humira en combinación con metotrexato, está indicado para - el tratamiento de la artritis reumatoide activa moderada a severa en pacientes adultos, cuando la respuesta a fármacos antiinflamatorios modificadores de la enfermedad incluyendo metotrexato haya sido insuficiente. - el tratamiento de la artritis reumatoide activa, severa y progresiva en adultos no tratados previamente con metotrexato. Humira puede ser administrado como monoterapia en caso de intolerancia al metotrexato o cuando el tratamiento continuado con metotrexato no sea posible. Humira ha demostrado reducir la progresión del daño estructural medido por rayos X y mejorar la función física, cuando se administra en combinación con metotrexato. Artritis psoriásica: Humira está indicado para el tratamiento de la artritis psoriásica activa y progresiva en adultos cuando la respuesta a la terapia previa con antiinflamatorios modificadores de la enfermedad haya sido insuficiente. Espondilitis anquilosante: Humira está indicado para el tratamiento de adultos con espondilitis anquilosante activa grave que han presentado una respuesta inadecuada a la terapia convencional. 4.2. **Posología y forma de administración:** El tratamiento con Humira debe ser iniciado y supervisado por médicos especialistas con experiencia en el diagnóstico y el tratamiento de la artritis reumatoide, de la artritis psoriásica o de la espondilitis anquilosante. A los pacientes tratados con Humira se les deberá entregar la tarjeta de alerta especial. Tras un adecuado aprendizaje de la técnica de inyección, los pacientes pueden autoinyectarse Humira si el médico lo considera apropiado y le hace el seguimiento necesario. Adultos: Artritis reumatoide: La dosis recomendada de Humira para pacientes adultos con artritis reumatoide es 40 mg de adalimumab administrados en semanas alternas como dosis única en inyección por vía subcutánea. El metotrexato debe continuarse durante el tratamiento con Humira. Glucocorticoides, salicilatos, fármacos antiinflamatorios no esteroideos, o analgésicos pueden continuarse durante el tratamiento con Humira. Para la combinación con fármacos antiinflamatorios modificadores de la enfermedad distintos del metotrexato ver secciones 4.4 y 5.1. En monoterapia, los pacientes que experimenten una disminución en su respuesta pueden beneficiarse de un incremento en la intensidad de dosis a 40 mg de adalimumab cada semana. Artritis psoriásica y espondilitis anquilosante: La dosis recomendada de Humira para pacientes con artritis psoriásica es de 40 mg de adalimumab administrados en semanas alternas como dosis única en inyección por vía subcutánea. Para todas las indicaciones anteriormente mencionadas, los datos disponibles sugieren que la respuesta clínica se consigue, por lo general, dentro de las 12 semanas de tratamiento. La continuación con el tratamiento debe ser reconsiderada cuidadosamente en los pacientes que no responden en este periodo de tiempo. Pacientes ancianos: No se requiere ajuste de dosis. Niños y adolescentes: No hay experiencia en niños. Insuficiencia renal y/o hepática: Humira no ha sido estudiado en estas poblaciones de pacientes. No se han notificado efectos adversos graves. Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. Tuberculosis: Se han notificado reacciones adversas graves con la administración subcutánea de Humira durante los ensayos clínicos. Se debe evitar la administración de Humira en pacientes con tuberculosis activa o infecciones oportunistas (ver sección 4.4). Insuficiencia cardíaca moderada a severa (NYHA clases III/IV) (ver sección 4.4). 4.4. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Infecciones: Los pacientes deberán ser estrechamente monitorizados para la detección de infecciones (incluyendo tuberculosis), antes, durante y después del tratamiento con Humira. Dado que la eliminación de adalimumab puede llevar hasta cinco meses, la monitorización debe continuarse durante este periodo. El tratamiento con Humira no debe iniciarse en pacientes con infecciones activas incluyendo infecciones crónicas o localizadas hasta que las infecciones estén controladas. Los pacientes que desarrollen una nueva infección mientras estén bajo tratamiento con Humira deben ser estrechamente monitorizados. La administración de Humira deberá interrumpirse si un paciente desarrolla una infección seria nueva hasta que las infecciones estén controladas. Los médicos deben tener precaución cuando consideren el uso de Humira en pacientes con historia de infección recurrente o con condiciones subyacentes que puedan predisponer a los pacientes a infecciones incluyendo el uso concomitante de tratamiento inmunosupresor. Se han notificado infecciones graves, sepsis, tuberculosis y otras infecciones oportunistas, incluyendo muertes, con Humira. Infecciones graves: En los ensayos clínicos se detectó un aumento del riesgo de sufrir infecciones graves en pacientes tratados con Humira, y los informes registrados en los estudios de post-comercialización lo confirman. Son de especial importancia infecciones tales como neumonía, pielonefritis, artritis séptica y septicemia. Tuberculosis: Se han recogido informes de tuberculosis en pacientes en tratamiento con Humira. Se debe señalar que en la mayoría de los informes registrados la tuberculosis fue extrapulmonar, es decir, diseminada. Antes de iniciar el tratamiento con Humira, se debe evaluar en todos los pacientes la existencia de tuberculosis activa o inactiva (latente). Esta evaluación debe incluir una historia médica detallada con antecedentes personales de tuberculosis o posible exposición previa a pacientes con tuberculosis activa y tratamiento inmunosupresor previo y/o actual. Se deberán realizar pruebas de detección adecuadas (es decir, prueba cutánea de la tuberculina y radiografía de tórax) en todos los pacientes (aplicando recomendaciones locales). Se recomienda anotar en la tarjeta de alerta para el paciente la realización de estas pruebas. Se recuerda a los médicos el riesgo de falsos negativos en la prueba cutánea de la tuberculina, especialmente en pacientes que están gravemente enfermos o inmunodeprimidos. Si se diagnostica tuberculosis activa, no debe iniciarse el tratamiento con Humira (ver sección 4.3). Si se diagnostica tuberculosis latente, deberá iniciarse la profilaxis anti-tuberculosa apropiada de acuerdo con las recomendaciones locales antes de comenzar el tratamiento con Humira. En esta situación, el beneficio/riesgo del tratamiento con Humira debe ser cuidadosamente considerado. Se deben dar instrucciones a los pacientes para que consulten con su médico si aparecen signos/síntomas que sugieran tuberculosis (p. ej. tos persistente, debilidad/pérdida de peso, fiebre/catata) durante o después del tratamiento con Humira. Otras infecciones oportunistas: Se han registrado informes de infecciones oportunistas graves e intensas asociadas al tratamiento con Humira, por ejemplo neumonía por pneumocistis carinii, histoplasmosis diseminada, listeriosis y aspergilosis. Si un paciente en tratamiento con Humira muestra signos o síntomas prolongados o atípicos de infecciones o deterioro general, se debe tener en cuenta la prevalencia de condiciones oportunistas. Reactivación de Hepatitis B: Se ha producido reactivación de la hepatitis B en pacientes portadores crónicos del virus que estaban recibiendo antagonistas del TNF, incluyendo Humira, en algunos casos con resultados fatales. En pacientes con riesgo de infección por VHB se debe evaluar su carga viral previa antes de iniciar una terapia con un antagonista del TNF, incluyendo Humira. Se monitorizarán estrechamente los signos y síntomas de infección por VHB durante todo el tratamiento y hasta varios meses después de la finalización de la terapia en aquellos portadores de VHB que requieran tratamiento con Humira. No existen datos adecuados para prevenir la reactivación del VHB en pacientes portadores del VHB que reciben de forma conjunta tratamiento anti-viral y terapia con antagonista del TNF. En pacientes que sufren una reactivación del VHB, se debe interrumpir el tratamiento con Humira e iniciar una terapia anti-viral efectiva con el tratamiento de soporte apropiado. Efectos neurológicos: Los antagonistas del TNF incluyendo Humira han sido asociados en raras ocasiones con la nueva aparición o exacerbación de los síntomas clínicos y/o evidencia radiográfica de enfermedad desmielinizante. Los médicos deberán considerar con precaución el uso de Humira en pacientes con trastornos desmielinizantes del sistema nervioso central preexistentes o de reciente aparición. Reacciones alérgicas: No se han notificado reacciones adversas alérgicas graves con la administración subcutánea de Humira durante los ensayos clínicos. Las reacciones alérgicas no-graves asociadas con Humira fueron poco frecuentes durante los ensayos clínicos. Después de la comercialización, se han notificado muy raramente reacciones alérgicas graves que incluyeron anafilaxia tras la administración de Humira. Si aparece una reacción anafiláctica u otra reacción alérgica seria, se debe interrumpir inmediatamente la administración de Humira e iniciar el tratamiento apropiado. La cubierta de la aguja contiene goma natural (látex). Esto puede producir reacciones alérgicas graves en pacientes sensibles al látex. Inmunosupresión: En un estudio de 64 pacientes con artritis reumatoide que fueron tratados con Humira, no se observó evidencia de hipersensibilidad tardía, descenso de los niveles de inmunoglobulina natural, o cambio en el recuento de células efectoras T y B y células NK, monocitos/macrófagos, y neutrófilos. Enfermedades malignas y trastornos linfoproliferativos: En las partes controladas de los ensayos clínicos de los antagonistas del TNF, se han observado más casos de linfomas entre los pacientes que recibieron un antagonista del TNF en comparación con el grupo control. Sin embargo, la incidencia fue rara. Además, existe un mayor riesgo basal de linfomas en pacientes con artritis reumatoide con enfermedad inflamatoria de alta actividad, que complica la estimación del riesgo. Con el conocimiento actual, no se puede excluir un posible riesgo de desarrollo de linfomas u otras enfermedades malignas en pacientes tratados con antagonistas del TNF. No se han realizado estudios que incluyan pacientes con historia de enfermedades malignas o que continúen el tratamiento en pacientes que desarrollan una enfermedad maligna al recibir Humira. Por tanto, se debe tener una precaución adicional al considerar el tratamiento de estos pacientes con Humira (ver sección 4.8). En un ensayo clínico exploratorio que evaluaba el uso de otro agente antagonista del TNF, infliximab, en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) de moderada a grave, se registraron más enfermedades malignas, la mayoría del pulmón, o cabeza y cuello, en pacientes en tratamiento con infliximab en comparación con el grupo control. Todos los pacientes tenían un historial de tabaquismo importante. Por lo que se debe tener especial cuidado cuando se utilice cualquier antagonista de TNF en pacientes con EPOC, así como en pacientes con un elevado riesgo de sufrir enfermedades malignas por fumar en exceso. Reacciones hematológicas: En raras ocasiones se han descrito casos de pancitopenia incluyendo anemia aplásica con agentes bloqueantes del TNF. Con poca frecuencia se han descrito con Humira reacciones adversas del sistema hematológico incluyendo citopenias significativas desde el punto de vista médico (ej. trombocitopenia, leucopenia). Se debe aconsejar a todos los pacientes que consulten inmediatamente con su médico en caso de presentar signos y síntomas de discrasias sanguíneas (ej. fiebre persistente, moratones, sangrado, palidez) cuando estén siendo tratados con Humira. En pacientes con anomalías hematológicas significativas confirmadas debe considerarse la interrupción del tratamiento con Humira. Vacunas: En un ensayo de 226 sujetos adultos con artritis reumatoide que fueron tratados con adalimumab o placebo se observó una respuesta inmunológica similar frente a la vacuna estándar neumocócica 23-valente y la vacuna trivalente para el virus influenza. No se dispone de datos sobre la transmisión de infecciones por vacunas vivas en pacientes tratados con Humira. Los pacientes en tratamiento con Humira pueden ser vacunados, excepto con vacunas vivas. Insuficiencia cardíaca congestiva: En un ensayo clínico con otro antagonista TNF se ha observado empeoramiento de la insuficiencia cardíaca congestiva y aumento de la mortalidad debida a esta patología. También se han notificado casos de empeoramiento de insuficiencia cardíaca congestiva en pacientes tratados con Humira. Humira debe utilizarse con precaución en pacientes con insuficiencia cardíaca leve (NYHA clases I/II). Humira está contraindicado en insuficiencia cardíaca moderada o severa (ver sección 4.3). El tratamiento con Humira deberá interrumpirse en pacientes que desarrollen insuficiencia cardíaca congestiva o presenten un empeoramiento de los síntomas. Procesos autoinmunes: El tratamiento con Humira puede dar lugar a la formación de anticuerpos autoinmunes. Se desconoce el impacto del tratamiento a largo plazo con Humira sobre el desarrollo de enfermedades autoinmunes. Si un paciente desarrolla síntomas parecidos a los de un síndrome pro lupus después del tratamiento con Humira y da positivo a los anticuerpos frente a la doble cadena de ADN, se debe discontinuar el tratamiento con Humira (ver sección 4.8). Administración concomitante de un antagonista TNF y anakinra: En estudios clínicos se han observado infecciones graves con el uso concurrente de anakinra y otro antagonista del TNF, etanercept, sin beneficio clínico añadido en comparación con el uso de etanercept solo. Por la naturaleza de los efectos adversos observados en la terapia combinada de etanercept y anakinra, la combinación de anakinra y otros antagonistas del TNF puede producir una toxicidad similar. Por lo tanto, no se recomienda la combinación adalimumab y anakinra. Cirugía: La experiencia de procedimientos quirúrgicos en pacientes tratados con Humira es limitada. Se se planifica un procedimiento quirúrgico debe considerarse la larga vida media de adalimumab. Los pacientes tratados con Humira que requieran cirugía, deben controlarse muy de cerca por la aparición de infecciones y tomar las acciones apropiadas. La experiencia de seguridad en los pacientes a los que se les ha practicado una artroplastia, mientras estaban en tratamiento con Humira, es limitada. 4.5. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Humira ha sido estudiado en pacientes con artritis reumatoide y artritis psoriásica que recibían Humira tanto como monoterapia como con metotrexato concomitantemente. Cuando se administró Humira junto con metotrexato, la formación de anticuerpos fue inferior (<1%) en comparación con el uso como monoterapia. La administración de Humira sin metotrexato resultó en un incremento de la formación de anticuerpos, del aclaramiento y redujo la eficacia de adalimumab (ver sección 5.1). No hay experiencia con la eficacia y la seguridad en pacientes previamente tratados con otros antagonistas TNF. 4.6. **Embarazo y lactancia:** No se dispone de datos clínicos sobre embarazos de riesgo para Humira. En un estudio de toxicidad realizado en monos durante el desarrollo, no hubo indicios de toxicidad maternal, embriotoxicidad o teratogenicidad. No se dispone de datos preclínicos sobre toxicidad postnatal y efectos sobre la fertilidad de adalimumab (ver sección 5.3). Debido a la inhibición del TNF- α , adalimumab administrado durante el embarazo podría afectar a la respuesta inmune normal en el recién nacido. No se recomienda la administración de adalimumab durante el embarazo. A las mujeres en edad fértil se les recomienda firmemente utilizar un método anticonceptivo adecuado para prevenir el embarazo y continuar su uso durante al menos cinco meses tras el último tratamiento con Humira. Uso durante la lactancia: Se desconoce si adalimumab se excreta en la leche humana o se absorbe sistemáticamente tras su ingestión. Sin embargo, dado que las inmunoglobulinas humanas se excretan en la leche, las mujeres no deben amamantar durante al menos cinco meses tras el último tratamiento con Humira. 4.7. **Efectos sobre la capacidad de conducir y utilizar máquinas:** No se han realizado estudios sobre los efectos sobre la capacidad de conducir y utilizar máquinas. 4.8. **Reacciones adversas:** Ensayos clínicos: Humira fue estudiado en 3834 pacientes en ensayos controlados y abiertos. Estos ensayos clínicos incluyeron pacientes con artritis reumatoide de reciente inicio y de larga duración, así como con artritis psoriásica y espondilitis anquilosante. Los datos en la Tabla 1 se basan en los estudios controlados I-X (descritos en la sección 5.1), involucrando 2370 pacientes que recibían Humira y 1309 pacientes con placebo o comparador activo durante el periodo controlado. La proporción de pacientes que interrumpió el tratamiento debido a reacciones adversas durante la parte doble ciego y controlada de los Estudios I-X fue 5.1% para los pacientes que recibían Humira y 3.2% para los pacientes tratados con control. Las reacciones adversas al menos las que posiblemente se deban a adalimumab en los estudios I-X, tanto clínicas como de laboratorio, se presentan por la clasificación de órganos del sistema MedRAD y frecuencia (muy frecuente \geq 1/10; frecuente \geq 1/100; poco frecuente \geq 1/1000 \leq 1/100) en la Tabla 1 siguiente. Se presentan los efectos adversos dentro de cada grupo de frecuencia en orden decreciente de gravedad. Tabla 1: Reacciones adversas en estudios clínicos I-V: Infecciones e infestaciones: Muy frecuente: Infecciones del tracto respiratorio superior; Frecuente: Infecciones del tracto respiratorio inferior (incluyendo neumonía, bronquitis); infecciones del tracto urinario, infecciones herpéticas virales (incluyendo herpes simple y zoster), gripe, infecciones fúngicas superficiales (incluyendo piel, uñas y pies); Poco frecuente: Sepsis, infecciones de las articulaciones, infecciones de heridas, abscesos, infecciones de piel (incluyendo celulitis e impétigo), infecciones foliculares del pelo (incluyendo forúnculos y carbúnculos), paroniquia, erupción con pustulas, infecciones dentales y periodontales, infecciones del oído, gastroenteritis, candidiasis, infecciones vaginales (incluyendo infecciones fúngicas), infecciones de tipo viral u otras. Neoplasias benignas y malignas (incluyendo quistes y pólipos); Poco frecuente: Papilomas de piel. Trastornos de la sangre y del Sistema Linfático: Frecuente: Linfopenia, anemia; Poco frecuente: Leucopenia, leucocitosis, linfadenopatía, neutropenia, trombocitopenia. Trastornos del sistema inmunológico: Poco frecuente: Hipersensibilidad, alergia estacional. Trastornos Metabólicos y Nutricionales: Poco frecuente: Hiperglicemia, hipercalcemia, anorexia, disminución del apetito, hiperlipidemia. Trastornos Psiquiátricos: Poco frecuente: Depresión, ansiedad (incluyendo crisis nerviosas y agitación), insomnio, estado de confusión. Sistema Nervioso: Frecuente: Dolor de cabeza, mareo, parestias; Poco frecuente: Disgeusia, migraña, somnolencia, síncope, temblor, neuralgia, neuropatía. Trastornos oculares: Poco frecuente: Visión borrosa, conjuntivitis, inflamación ocular (incluyendo hinchazón, dolor, rojez), edema palpebral, glaucoma, blefaritis (incluyendo costras a los lados de los párpados), sequedad del ojo. Trastornos del oído y laberinto: Poco frecuente: Vertigo, dolor o tapamiento de oídos, tinnitus. Trastornos cardíacos: Poco frecuente: Palpitaciones y taquicardia. Trastornos vasculares: Frecuente: Hipertensión; Poco frecuente: Sofocos, hematomas. Trastornos respiratorios, torácicos y mediásticos: Frecuente: Tos, dolor nasofaríngeo, congestión nasal; Poco frecuente: Disnea, asma, distonía, preoptación pulmonar, úlcera nasal, congestión del tracto respiratorio superior, eritema faríngeo y silbancias. Trastornos gastrointestinales: Frecuente: Náuseas, dolor abdominal, diarrea, distensión, ulceración bucal; Poco frecuente: Vómitos, distensión abdominal, estreñimiento, reflujo gastroesofágico, gastritis, colitis, hemorragia hemorroidal, hemorroides, ampollas en la cavidad oral, dolor de dientes, boca seca, gingivitis, ulceración de la lengua, disfagia, estomatitis (incluyendo estomatitis aftosa). Trastornos de la piel y tejido subcutáneo: Frecuente: Rash, prurito, rash eritematoso, rash prurítico, pérdida de pelo; Poco frecuente: Rash macular o papular, piel seca, eczema, dermatitis, hiperhidrosis, psoriasis, lesiones de la piel, urticaria, equimosis y aumento de moratones, purpura, acné, úlcera cutánea, angioedema, reacciones cutáneas, trastornos de las uñas, sudoración nocturna, reacciones de fotosensibilidad, exfoliación cutánea. Trastornos músculo-esqueléticos, del tejido conectivo y huesos: Frecuente: Artritis; Poco frecuente: Artritis reumatoide, artralgia, dolor en las extremidades, migraja, dolor de espalda, espasmos musculares, dolor de las articulaciones, artropatía psoriásica, sinovitis, bursitis, dolor en el costado, tendinitis, nódulos reumatoides y dolor de hombros. Trastornos renales y urinarios: Poco frecuente: Hematuria, disuria, nicturia, poliuria, oliguria, dolor renal. Trastornos del sistema reproductor y mamas: Poco frecuente: Metrorragia. Trastornos generales y de las condiciones del lugar de administración: Muy frecuente: Reacción en el lugar de inyección (incluyendo dolor, hinchazón, enrojecimiento o prurito); Frecuente: Fatiga (incluyendo astenia y malestar), síndrome gripal; Poco frecuente: Fiebre, sensación de calor, escalofríos, dolor de pecho, edema, dificultad en la calcificación, dolor. Pruebas de laboratorio: Frecuente: Aumento de las enzimas hepáticas (incluyendo la alanina-aminotransferasa y la aminotransferasa aspartato); Poco frecuente: Aumento de los triglicéridos en sangre, prolongación del tiempo de tromboplastina parcial activada, aumento de la fosfatasa alcalina en sangre, aumento de los valores en sangre de la creatin fosfoquinasa, disminución del potasio en sangre, aumento de los valores en sangre de dehidrogenasa lactato, disminución del recuento de neutrófilos, disminución de peso, aumento de peso, aumento de la urea sanguínea, aumento de los valores de creatinina en sangre, proteínas en orina, positivo en la determinación de anticuerpos ADN, positivo en la determinación de anticuerpos antinucleares, positivo en la determinación de anticuerpos inespecíficos. Daños y envenenamiento: Poco frecuente: Contusiones. Reacciones en el Sitio de Inyección: En los siete ensayos controlados, el 17% de los pacientes tratados con Humira desarrollaron reacciones en el sitio de inyección (eritema y/o picores, hemorragia, dolor o hinchazón), comparado con el 11% de los pacientes tratados con placebo o control activo. No fue necesario discontinuar el medicamento debido a las reacciones en el sitio de inyección. Infecciones: En los siete ensayos controlados, la tasa de infección fue 1,52 por paciente y año en los pacientes tratados con Humira y 1,42 por paciente y año en los pacientes tratados con placebo y control activo. Las infecciones consistieron fundamentalmente en infecciones del tracto respiratorio superior, bronquitis e infecciones del tracto urinario. La mayoría de los pacientes continuaron con Humira tras resolverse la infección. La incidencia de infecciones graves fue 0,03 por paciente y año en los pacientes tratados con Humira y 0,02 por paciente y año en los pacientes tratados con placebo y control activo. En estudios controlados abiertos con Humira, se han notificado infecciones severas (incluyendo las fatales, que han ocurrido en casos raros), entre las que se incluyen notificaciones de tuberculosis (incluida la miliar y la localización extra-pulmonar) e infecciones oportunistas invasivas (por ejemplo: histoplasmosis diseminada, neumonía por pneumocistis carinii, aspergilosis y listeriosis). La mayoría de los casos de tuberculosis tuvieron lugar durante los primeros ocho meses del inicio de la terapia y reflejar el recrudescimiento de una enfermedad latente. Enfermedades malignas y trastornos linfoproliferativos: Durante las fases controladas de 9 ensayos clínicos con Humira (I-X) en pacientes con artritis reumatoide o espondilitis anquilosante, de moderada a gravemente activa, se observaron enfermedades malignas, diferentes a linfoma y cáncer de piel (tipo no melanoma), en una proporción de 6,6 (3,8; 11,7) (intervalo de confianza de 95%) por 1000 pacientes/año entre los 2370 pacientes tratados con Humira, frente a una proporción de 3,4 (1,1; 10,5) entre los 1309 pacientes control por 1000 pacientes/año (la duración media del tratamiento con Humira fue de 5,7 meses para los pacientes tratados con Humira y de 5,5 meses para los pacientes tratados del grupo control). La proporción de cáncer de piel (tipo no melanoma) fue de 8,8 (5,4; 14,4) por 1000 pacientes/año entre los pacientes tratados con Humira y 2,3 (0,6; 9,0) por 1000 pacientes/año entre los pacientes control. De estos cánceres de piel, el carcinoma de células escamosas se produjo en una proporción de 2,8 (1,1; 6,6) (intervalo de confianza de 95%) por 1000 pacientes/año entre los pacientes tratados con Humira y de 0 por 1000 pacientes/año en los pacientes del grupo control. La proporción de linfomas fue de 1,1 (0,3; 4,4) (intervalo de confianza de 95%) por 1000 pacientes/año entre los pacientes tratados con Humira y de 1,1 (0,2; 8,0) por 1000 pacientes/año en los pacientes del grupo control. Cuando se combinan los ensayos controlados I-X y los estudios de extensión abiertos en curso con una duración media aproximada de 2,6 años que incluyen 3989 pacientes y alrededor de 12500 pacientes/año de terapia, la frecuencia observada de enfermedades malignas, diferentes a linfoma y cánceres de piel (tipo no melanoma) es de aproximadamente 14,1 por 1000 pacientes/año. La frecuencia observada de los cánceres de piel (tipo no melanoma) es de aproximadamente 0,2 y 0,4 por 1000 pacientes/año, respectivamente (ver sección 4.4). Autoanticuerpos: Se analizaron muestras séricas de los pacientes para la detección de autoanticuerpos a distintos tiempos en los estudios I-V de artritis reumatoide. En dichos ensayos, el 11,9% de los pacientes tratados con Humira y el 8,1% de los pacientes tratados con placebo y control activo que tuvieron títulos de anticuerpos anti-nucleares basales negativos reportaron títulos positivos en la semana 24. Dos pacientes de los 3441 tratados con Humira de todos los estudios de artritis reumatoide y artritis psoriásica desarrollaron signos clínicos que sugieran un síndrome similar al lupus de reciente aparición. Los pacientes mejoraron tras discontinuar el tratamiento. Ningún paciente desarrolló lupus, nefritis o síntomas del sistema nervioso central. Aumento de las enzimas hepáticas: Ensayos clínicos en artritis reumatoide: En los ensayos clínicos controlados en artritis reumatoide (estudios I-IV), el aumento de ALT fue similar en los pacientes que recibieron adalimumab o placebo. En pacientes con artritis reumatoide reciente (duración de la enfermedad menor de 3 años) (estudio V), el aumento de ALT fue más común en el grupo de la combinación (Humira/metotrexato) en comparación con los grupos tratados con monoterapia de metotrexato o de Humira. Ensayos clínicos en artritis psoriásica: el aumento de ALT fue más común en los pacientes de artritis psoriásica (estudios VI-VII) en comparación con los pacientes de los ensayos clínicos de artritis reumatoide. En todos los estudios (I-VII) los pacientes con ALT elevada fueron asintomáticos y en la mayoría de los casos estos aumentos fueron transitorios y se resolvieron en el curso del tratamiento. Reacciones adversas adicionales en la farmacovigilancia postcomercialización o en los ensayos clínicos de fase IV: Las reacciones adversas adicionales de la Tabla 2 se han descrito en los ensayos de farmacovigilancia de fase IV. Tabla 2: Reacciones adversas en los estudios de farmacovigilancia y en Estudios Clínicos de fase IV: Trastornos hepatobiliares: Reactivación de hepatitis B. Trastornos del sistema nervioso: Trastornos desmielinizantes (ej. neuritis óptica). Trastornos respiratorios, torácicos y del mediastino: Enfermedad pulmonar intersticial, incluyendo fibrosis pulmonar. Trastornos de la piel y de los tejidos subcutáneos: Vaculitis cutánea. Trastornos del sistema inmunológico: Anafilaxia. 4.9. **Sobredosis:** No se observó toxicidad dosis-dependiente durante los ensayos clínicos en pacientes. El nivel de dosis más alto evaluado ha sido dosis intravenosas múltiples de 10 mg/kg. 5. DATOS FARMACÉUTICOS: 5.1. **Lista de excipientes:** Manitol, Ácido cítrico monohidrato, Citrato de sodio, Fosfato de sodio dihidrogenado dihidrato, Fosfato de sodio dihidrato, Cloruro de sodio, Polisorbato 80, Hidróxido de sodio, Agua para preparaciones inyectables. 5.2. **Incompatibilidades:** En ausencia de estudios de compatibilidad, este medicamento no debe mezclarse con otros. 5.3. **Periodo de validez:** 18 meses. 5.4. **Precauciones especiales de conservación:** Conservar en nevera (2° - 8°C). Mantener la jeringa dentro del estuche. No congelar. 5.5. **Naturaleza y contenido del recipiente:** Humira 40 mg solución inyectable en jeringa precargada de un solo uso (vidrio tipo I) para paciente: Envases de 1 jeringa precargada (0,8 ml solución estéril) con una ballita impregnada en alcohol en un blister, 2 jeringas precargadas (0,8 ml solución estéril) cada una con una ballita impregnada en alcohol, en un blister, 4 jeringas precargadas (0,8 ml solución estéril) cada una con una ballita impregnada en alcohol, en un blister. Posible comercialización solamente de algunos tamaños de envase. 5.6. **Precauciones especiales de eliminación:** La eliminación de los productos no utilizados o de los envases se establecerá de acuerdo con las exigencias locales. 6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN: Abbott Laboratories Ltd. Queenborough, Kent ME11 5EL, United Kingdom. 7. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN: EU/1/03/256/002 - EU/1/03/256/003 - EU/1/03/256/004 - EU/1/03/256/005. 8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN: 8 Septiembre 2003. 9. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO: Marzo 2007. 10. COMERCIALIZADOR EN ESPAÑA: Abbott Laboratories, S.A. Avda. Burgos, 91-28050 Madrid. 11. CONDICIONES DE DISPENSACIÓN Y REEMBOLSO: Con receta médica. Uso hospitalario. 12. PRESENTACIÓN, CÓDIGO NACIONAL Y PRECIO: Humira 40 mg solución inyectable en jeringa precargada, 2 jeringas C.N. 954065/PVL 1049,28 €. P.V.L IVA 1091,25 €. CONSULTAR LA FICHA TÉCNICA COMPLETA ANTES DE PRESCRIBIR. 65003799JUC04.



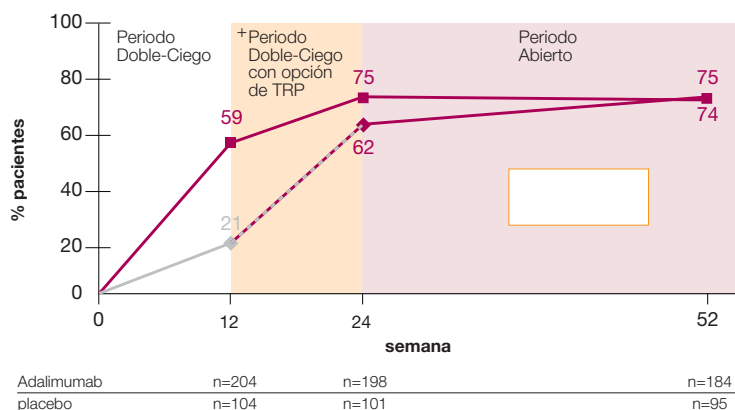
HUMIRA®

Espondilitis Anquilosante



Critero de respuesta ASAS20. Semana 52¹

Análisis de los pacientes en seguimiento



Desde la semana 12 hasta la 24, la gráfica incluye los pacientes que entraron en terapia de rescate precoz (TRP) con HUMIRA®, 40 mg en semanas alternas, y los que permanecieron en ciego

Eficacia significativa, desde la 1ª dosis, durante un año de tratamiento¹.

HUMIRA
adalimumab

4511115 03 (feb 07)

1.- Van der Heijde D, et al. Long-term adalimumab treatment reduces signs and symptoms in ankylosis spondylitis (AS) patients: Results from the ATLAS trial. Ann Rheum Dis. 2006; 65 (Suppl 2): 86.



Impreso por cortesía de:

 **Abbott**
Immunology

SFA