

# Anales de Reumatología

vol. 1 / nº 5

## XI CONGRESO

de la Sociedad de Reumatología  
de la Comunidad de Madrid

Madrid 13-14 de diciembre de 2007



# HUMIRA<sup>®</sup> Recupera s

En pacientes con Artritis Reumatoide, Artritis





# u vida

## Psoriásica y Espondilitis Anquilosante



**HUMIRA**  
adalimumab

# Sumario

Comité Editorial

pág. 1

Editorial

pág. 2

Comunicaciones Orales

pág. 4-9

Comunicaciones Póster

pág. 10-27

Índice de Autores

pág. 28-29

# Anales de Reumatología

vol. 1 / nº 5

## 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

ISSN - 1887-2816

**Diseño y Maquetación:** MEED Comunicación, c/ Pío Baroja, 1 Portal 7 - Bajo A - Boadilla del Monte 28660 (Madrid)

**Impresión:** Disflim, c/ Ebanistas, 41 - Pol Ind. Urtinsa Alcorcón 28923 (Madrid)

# Editorial



Estimados compañeros, de nuevo con diciembre tenemos la oportunidad de reunirnos en nuestro Congreso anual, al que acude casi el 90% de los reumatólogos madrileños, algo que siempre me sorprende y llena de alegría.

Este año, las ponencias recogen una actualización de los temas que consideramos interesantes para todos nosotros, se han renovado los ponentes y ha aumentado el número de comunicaciones: tenemos 45, 35 tipo póster y 10 comunicaciones orales.

Además, cambiaré la Junta Directiva y pasaré el testigo de la Presidencia a nuestra compañera Mónica Vázquez.

Por ello, aprovecho para decir que ha sido para mí un honor y un orgullo ser el Presidente de los reumatólogos madrileños. He pasado muchos años ligado a la SORCOM, en la que he ocupado todos los cargos - vocal, secretario general, vicepresidente, tesorero, presidente electo y presidente - y ahora toca un periodo de retiro y de disfrutar viendo las mejoras que introducen los que continúen en la tarea común de dirigir nuestra sociedad.

Nuestra sociedad es un foro de reunión de los reumatólogos madrileños todavía poco ambicioso, debido a que aprovechamos la proximidad e infraestructura de la sede de la sociedad española, aunque debemos estar atentos y potenciar los crecimientos posibles y propios de Madrid.

Estamos creciendo, sabemos lo que somos y debemos soñar con lo que podemos ser para, con el tiempo, alcanzar nuestros objetivos.

Estos dos años últimos han servido para continuar el proceso de consolidación de nuestra asociación, se ha mejorado la infraestructura, hemos pasado de una secretaria a tiempo parcial a una secretaría técnica ofrecida por una empresa de apoyo, que además de continuar llevándonos la contabilidad y la asesoría fiscal, nos facilita eficazmente las labores administrativas y descarga de tareas a la Junta, aunque sigue siendo necesario profesionalizar más esta labor.

También ya contamos con una página Web (<http://www.sorcom.es/>) y con la propiedad de los dominios [sorcom.es](http://www.sorcom.es) y [sorcom.org](http://www.sorcom.org). Hemos registrado y editado una revista, en propiedad exclusiva de la SORCOM, Anales de Reumatología, que en un año va a editar seis números.

Nuestra revista surgió de la necesidad de encontrar un medio estable para que los trabajos de los congresos perduren y pertenezcan al dominio público, hubo que crearla porque no encontrábamos ningún vehículo estable para realizar estas publicaciones y ante la negativa de la SER a darnos cabida en sus cabeceras, dificultad que también tienen otras sociedades autonómicas como la andaluza, que ha utilizado nuestra publicación para publicar sus dos últimos congresos. Todos los números los podéis ver en PDF en nuestra página Web.

Con el fin de consolidar e impulsar los trabajos científicos de nuestra comunidad creamos los premios a los mejores trabajos en los congresos, intentamos fomentar los trabajos multicéntricos dentro de nuestra comunidad y que las comunicaciones a los congresos lleguen a revistas de prestigio. En ello estamos, este año ha subido el número de comunicaciones, pero hay mucho el trabajo por delante.

Por primera vez, durante este año hemos realizado una reunión para comentar todos los trabajos publicados a lo largo de 2006 por los reumatólogos madrileños en publicaciones reconocidas, todos esos trabajos se recogieron en el número cuatro de nuestra revista y pueden ser consultados y ver su índice de impacto.

La sociedad madrileña ha servido de vehículo para organizar el Primer Simposium de Ecografía celebrado en nuestro país y, probablemente, en el mundo, al que asistieron tanto reumatólogos madrileños como del resto del país y también portugueses, con gran satisfacción de los más de 220 asistentes, según lo recogido en las encuestas.

Todas estas actividades han sido debidamente acreditadas por formación médica continuada, para que puedan servir en la carrera profesional de los compañeros que lo puedan necesitar.

La situación económica de la sociedad ha seguido consolidándose, ya que los ingresos han sido superiores a los gastos y, poco a poco, se va creando una masa crítica que permitirá desarrollos futuros de acuerdo con la voluntad de los asociados.

Como última tarea, queremos dejar consolidada la estructura legal de la asociación, convocando una asamblea extraordinaria para aprobar de nuevo nuestros estatutos, pues los últimos nunca se legalizaron y hemos tenido algunos problemas burocráticos a la hora de representar a la sociedad, por ello, mi último deseo como presidente es dejar este tipo de contingencias solventado para futuras Juntas.

Todo esto no hubiera sido posible sin la Junta que me ha acompañado. Gracias a los que acaban conmigo porque hemos compartido juntos los últimos cuatro años y hemos formado equipo, eran unos veteranos en la SORCOM y han sido un gran apoyo para mí en estos dos últimos años, gracias también a los que entraron con mi Presidencia por los ratos dedicados a la tarea común y por el apoyo que sé que darán a Mónica.

Finalmente, señalar que ha sido un placer representaros y deciros que será también un placer sentarme en el patio de butacas con todos vosotros a partir del año que viene.

Un saludo



Eugenio de Miguel  
Presidente de la SORCOM

# Comunicaciones Orales

## comunicación 01

### MARCADORES BIOQUÍMICOS DEL REMODELADO ÓSEO EN PACIENTES CON ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO

*P. Talavera, S. Castañeda, J.A. García-Vadillo, A. Ortiz, R. García-Vicuña, A. Casado, A. Díaz\*, I. González. Servicio de Reumatología, \*Servicio de Bioquímica. Hospital Universitario de la Princesa. C/ Diego de León 62. 28006 – MADRID.*

La osteoporosis es una complicación frecuente en pacientes con Artritis Reumatoide (AR). Recientemente se ha observado que el sistema RANK/RANK-L/OPG, que es clave en la formación y activación de osteoclastos, desempeña un papel importante en la patogenia de ambas enfermedades.

**OBJETIVO:** Describir la evolución de los marcadores de remodelado óseo en una cohorte de pacientes con artritis de reciente comienzo (ARC) y su relación con las variaciones de la masa ósea y la actividad de la enfermedad.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Se incluyeron en el estudio 58 pacientes con ARC (40 mujeres; 21 post-menopáusicas), con una edad de 51 años [41-65] y un tiempo de evolución de 6,5 meses [5-9], ambos al inicio de la enfermedad. Un 62% cumplían criterios diagnósticos de AR y un 38% eran artritis indiferenciadas. El tiempo de seguimiento fue de 2 años durante los cuales se llevaron a cabo 4 visitas en las que se registraron, de forma protocolizada, datos demográficos, clínicos, de capacidad funcional y analíticos básicos y se recogieron muestras séricas que se congelaron a -80 °C para determinación posterior de RANK-L y OPG (ELISA; R&D Systems) y  $\beta$ -crosslaps (quimioluminiscencia; Roche Diagnostics). Se realizó DXA de doble energía (Hologic QDR 4500 Elite) en columna lumbar, cadera y antebrazo en las visitas basal y final.

**RESULTADOS:** En la siguiente tabla se muestran los resultados clínicos, analíticos y densitométricos obtenidos:

	RANK-L (pg/ml)	OPG (pg/ml)	$\beta$ -crosslaps (ng/ml)	F.alcalina (UI/l)	DAS28	HAQ
B	1.649 [618-3.795]	6.103 [4.138-8.400]	159 [70-242]	70 [56-89]	4,2 [3,2-5,5]	1,125 [0,5-1,75]
F	1.086 [576-2.440]	5.932 [4.506-7.913]	116 [69-175]	70 [57-82]	3,1 [2,4-4,2]	0,75 [0,25-1,125]
p	n.s.	n.s.	<0,06	n.s.	<0,0001	<0,0001
	Lumbar	Cuello femoral	Femoral total	Antebrazo UD	Antebrazo Di	Antebrazo M
$\Delta$ D	-7 [-18 a 6]	-5 [-15 a 5]	7 [0 a 17]	-4 [-8 a 17]	-1 [-7 a 2]	-2 [-8 a 4]
p	0,01	0,009	<0,001	0,002	0,04	n.s.

B: basal; F: final;  $\Delta$ D: variación anual de masa ósea en mg/cm<sup>2</sup>. UD: ultradistal; Di: Distal; M: medio. Los datos se muestran como mediana y rango intercuartílico. Test estadístico: Wilcoxon para datos pareados.

Se observó correlación inversa entre los niveles de  $\beta$ -crosslaps y la variación de masa ósea en columna lumbar (r: 0,4; p= 0,0002) y radio ultradistal (r: 0,27; p=0,03). Los niveles de  $\beta$ -crosslaps se correlacionaron con el DAS28 (r: 0,32; p<0,0001) y el HAQ (r: 0,22; p=0,003). Se observó una discreta correlación entre OPG y el DAS28 (r: 0,15; p=0,04).

**CONCLUSIÓN:** Nuestros datos sugieren una discreta asociación entre los niveles séricos de  $\beta$ -crosslaps y la actividad de la enfermedad, la capacidad funcional y la pérdida de masa ósea en pacientes con ARC.

Este trabajo ha sido financiado con los proyectos FIS 03/0911 y 05/2041.

## comunicación 02

### INCIDENCIA DE FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS SINTOMÁTICAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES ESPAÑOLES CON ARTRITIS REUMATOIDE

*E. Vicente, I. González-Álvaro, L. Carmona<sup>1</sup>, Grupo EMECAR<sup>2</sup>. Hospital de la Princesa. Unidad de Investigación de la Fundación Española de Reumatología (FER)<sup>1</sup>. FER<sup>2</sup>. Madrid.*

**OBJETIVOS:** Estimar la incidencia de fracturas osteoporóticas sintomáticas, vertebrales y/o periféricas, en los pacientes con artritis reumatoide (AR) españoles y analizar los factores relacionados con su aparición).

**MÉTODOS:** Se recogieron todas las fracturas osteoporóticas sintomáticas, vertebrales y periféricas, acontecidas en la población de EMECAR: estudio observacional longitudinal multicéntrico de una cohorte prospectiva de pacientes españoles con AR, seleccionada mediante muestreo aleatorio por conglomerados y con un seguimiento de 4 años. Las fracturas osteoporóticas se definieron como las producidas de forma espontánea o por traumatismos de bajo impacto (desde una altura igual o inferior a la bipedestación). Las fracturas vertebrales se definieron como la reducción del cuerpo vertebral superior al 20% de las vértebras sanas inmediatamente superiores o inferiores. Análisis estadístico: se estimó la incidencia



de fracturas mediante análisis de supervivencia, ajustando los intervalos de confianza por el efecto del diseño. Se estudiaron los factores relacionados (características generales, de la enfermedad o sus tratamientos) mediante modelos lineales generalizados, con la distribución de Poisson. Se estimó un modelo de regresión multivariante incluyendo las variables asociadas de forma significativa en el análisis univariante.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 789 pacientes (72% mujeres). Características de la población (media  $\pm$  DE): edad de 61  $\pm$  13 años, evolución de 10  $\pm$  7,9 años, edad de inicio 48  $\pm$  14,7 años, IMC de 26,7  $\pm$  4,3, DAS28 de 4,2  $\pm$  1,4, HAQ de 1,2  $\pm$  0,8, índice de Larsen de 54,5  $\pm$  26,5 y retraso diagnóstico de 3  $\pm$  5,5 años. El 95% tenían factor reumatoide positivo y el 83% había empleado terapia con glucocorticoides por periodos superiores a 3 meses. El 81% de las mujeres eran postmenopáusicas. Se produjeron 72 fracturas en 69 pacientes. En la tabla se muestra la incidencia de fracturas por grupos de edad y sexo. La incidencia de fracturas global (IC 95%) fue de 2,8 (2,2-3,5) por 100 años-persona. Por localizaciones: vertebral de 1,4 (0,9-1,9), cadera 0,1 (0,04-0,4), Colles de 0,2 (0,06-0,4) y resto de fracturas periféricas de 1,1 (0,7-1,6) por 100 años-persona. Factores asociados con la aparición de fracturas: sexo femenino [IRR: 2,13 (1,05-4,32)], edad [IRR: 1,03 (1,0-1,05)] y fracturas previas [IRR: 14,22(8,23-24,58)]

Edad (años)	Varón				Mujer			
	Años-p	N	INC	IC 95%	Años-p	N	INC	IC 95%
20-45	72	1	1,4	0,2 – 9,8	184	1	0,5	0,08 – 3,8
45-50	42	0	0	-, -	123	2	1,6	0,4 – 6,4
50-60	123	0	0	-, -	324	6	1,8	0,8 – 4,1
60-70	198	2	1,0	0,2 – 4,0	516	21	4,1	2,6 – 6,2
70-80	218	2	0,9	0,2 – 3,6	449	25	5,5	3,7 – 8,2
>80	63	3	4,7	1,5 – 14,5	148	6	4,0	1,8 – 8,9

Años-p: años-persona. N: número de pacientes con fractura. INC: incidencia de fractura por 100 años-persona.

**CONCLUSIONES:** La incidencia de fracturas osteoporóticas sintomáticas encontrada en la cohorte EMECAR es similar a la descrita en otras series de pacientes con AR y se asoció de forma independiente con el sexo femenino, la edad y la existencia de fracturas osteoporóticas previas.

## comunicación 03

### EL TRATAMIENTO CON LEFLUNOMIDA DISMINUYE LOS NIVELES SÉRICOS DE RANKL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE.

*I. Castrejón Fernández, A. Aragón Bodí, A.M. Ortiz García, B. Díaz Sánchez, I. González-Álvaro. S. de Reumatología. Hospital U. de la Princesa. c/ Diego de León 62. 28006-MADRID.*

**INTRODUCCIÓN:** La interacción de RANK con su receptor RANKL, promueve la activación de los osteoclastos, implicados en la resorción ósea. En este sistema, OPG interfiere en dicha interacción evitando el estímulo de los osteoclastos. Diferentes trabajos han relacionado el cociente RANKL/OPG con la progresión radiológica en pacientes con artritis reumatoide (AR). En relación con este sistema se ha descrito que la IL15, elevada en pacientes con AR, está implicada en la producción de RANKL. Por otra parte, nuestro grupo ha descrito que la leflunomida es capaz de inhibir “in vitro” la señalización del receptor de IL15, en concreto la fosforilación de STAT-6.

**OBJETIVO:** Analizar el efecto de la leflunomida, el metotrexato y la sulfasalacina en los niveles séricos de IL15, RANKL y OPG en pacientes con AR.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se analizaron los datos de 46 pacientes incluidos en un registro de artritis de reciente comienzo, 34 mujeres y 12 hombres, con una edad media al inicio de la enfermedad de 54 años [rango intercuartílico: 42-63] y una duración de la enfermedad en el momento de la inclusión en el registro de 7 meses [4,2-10,7]. En cada visita, se recogieron los siguientes datos: tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs), recuento de articulaciones dolorosas y tumefactas, valoración global de la enfermedad por el enfermo y el médico en una escala analógica visual (0-100 mm) y parámetros analíticos.

Se obtuvieron muestras de los pacientes basalmente y tras 6 meses de tratamiento con los siguientes FAMEs: leflunomida (n=14), metotrexato (n=18) y sulfasalacina (n=14).

Los niveles séricos de las citoquinas se determinaron mediante ELISA (R&D System en el caso de IL15 y OPG y Apotech en el del RANKL) siguiendo las recomendaciones del fabricante. Posteriormente, los resultados antes y después del tratamiento se compararon aplicando el test de Wilcoxon para datos pareados.

**RESULTADOS:** Se detectó una disminución estadísticamente significativa en los niveles séricos de RANKL tras 6 meses de tratamiento con leflunomida (948 pg/ml [544-1.708] vs 1.513 pg/ml [749-4.130]; p<0.015).

No hubo diferencias significativas en los niveles séricos de RANKL en los pacientes tratados con metotrexato (1700 pg/ml [316-3.216] vs 1.311 pg/ml [274-2.479]) o sulfasalacina (1.513 pg/ml [757-2.411] vs 1.620 pg/ml [1.295-4.580]).

Respecto a los niveles séricos de OPG e IL15, no se observaron variaciones significativas tras el tratamiento con ninguno de los tres fármacos analizados.

**CONCLUSIÓN:** El tratamiento con leflunomida disminuye los niveles séricos de RANKL en pacientes con AR lo que podría explicar, al menos en parte, la prevención de la progresión radiológica demostrada por este fármaco en ensayos clínicos.

## comunicación 04

### LA ECOGRAFÍA DE ENTESIS APLICADA AL ALGORITMO DE BERLÍN PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE ESPONDILOARTROPATÍAS

*T. Cobo-Ibáñez, S. Muñoz-Fernández, E. de Miguel-Mendieta, M. Steiner, A. Balsa, E. Martín-Mola. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

**OBJETIVO:** Evaluar la utilidad del algoritmo de Berlín para el diagnóstico precoz de espondiloartropatías cuando introducimos el nuevo índice ecográfico MASEI [MAdrid Sonography Enthesitis Index].

**PACIENTES Y MÉTODOS:** ESPIDEP es un estudio piloto para la derivación precoz de pacientes con espondiloartropatías desde los centros de atención primaria hasta nuestra unidad de espondilitis precoz (UEP). Durante el periodo de inclusión (1 de febrero al 31 de julio del 2006) se recibió en la UEP a 52 pacientes de un área geográfica de 242.794 habitantes derivados según los siguientes criterios: 1) Edad= 16-45 años, 2) tiempo de evolución de los síntomas entre 3 y 24 meses y 3) al menos uno de los dos siguientes: 3a) artritis asimétrica en miembros inferiores, 3b) lumbalgia inflamatoria definida por cumplir dos de tres criterios (comienzo insidioso, rigidez matutina superior a 30 minutos y mejoría franca con la actividad física). Todos los pacientes que cumplieron los criterios de derivación (con o sin ESspA) se incluyeron en un estudio prospectivo a un año de duración. Para el diagnóstico se utilizó como "patrón oro" los criterios de clasificación del EESG (grupo Europeo para el estudio de ESspA). Además se realizó una evaluación ecográfica de entesis (índice MASEI) a todos los pacientes y se incorporó al algoritmo de Berlín para el diagnóstico precoz de espondiloartropatías sin lesiones radiológicas (1). El índice MASEI se obtiene de explorar en cada paciente 6 entesis de forma bilateral. En estudios previos se estableció un valor de corte del índice MASEI =18 puntos como el mejor posible para diferenciar ESspA de controles sanos (2). Utilizamos como controles ecográficos a 29 personas sanas.

**RESULTADOS:** De los 52 pacientes derivados, 43 pacientes cumplieron los criterios, siendo diagnosticados 35 de ESspA (26 ESspA indiferenciada, 4 espondilitis anquilosantes, 2 artritis psoriásicas, 2 artritis reactivas y 1 artritis asociada a enfermedad de Crohn), 5 de lumbalgia crónica inespecífica, 1 de sinovitis villonodular y 2 pacientes pérdida de seguimiento. 28 de los 35 pacientes con ESspA (80%) superaron el valor de corte 18 del índice MASEI. De los 29 controles sanos, 5 alcanzaron este valor de corte (17%). Con estos datos, obtuvimos una sensibilidad del 80%, una especificidad del 82,8%, un valor predictivo positivo del 84,85% y un valor predictivo negativo del 77,42% para el diagnóstico de espondiloartropatía precoz. El likelihood ratio positivo y negativo para el índice fue de 4,665 y 0,241 respectivamente. Cuando aplicamos el algoritmo de Berlín clasificamos incorrectamente a 7 pacientes con ESspA como "otros diagnósticos", todos ellos HLA 27 negativo y con pocas características clínicas de ESspA (1-2). Tras introducir el índice MASEI en el algoritmo de Berlín logramos clasificar correctamente a 6 de los 7 pacientes con ESspA incorrectamente clasificados.

**CONCLUSIÓN:** La ecografía de entesis puede ser una herramienta complementaria en el diagnóstico precoz de las ESspA. Es una técnica barata y no invasiva que mejora el algoritmo de Berlín en pacientes con lumbalgia inflamatoria y/o artritis periférica con sólo una o dos características clínicas de ESspA.

(1) Rudwaleit M et al. Ann Rheum Dis 2004; 63: 535-43. (2) De Miguel E et al. Ann Rheum Dis 2007, 66 (suppl II): 394.

## comunicación 05

### PRESENCIA DE ENTESITIS EN PACIENTES CON UVEÍTIS ANTERIOR AGUDA RECIDIVANTE SIN ESPONDILOARTROPATÍA

*S. Muñoz Fernández, E. de Miguel, T. Cobo Ibáñez y E. Martín Mola. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

**INTRODUCCIÓN:** La uveítis anterior aguda recidivante (UAAR) es una manifestación presente hasta en el 40% de los pacientes con distintos tipos de espondiloartropatías (ESPAs) pero, al contrario, alrededor del 50% de los pacientes con UAAR tienen una enfermedad ocular idiopática relacionada o no con el HLA-B27. Hay autores que consideran que las UAAR con HLA-B27 + podrían formar parte del espectro de enfermedades que constituyen las ESPAs a pesar de que no presenten manifestaciones clínicas o radiológicas que permitan este diagnóstico.

**OBJETIVO:** Investigar si los pacientes con UAAR idiopática tienen entesopatía comparable a los pacientes con ESPAs.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Se diseñó un estudio ecográfico de casos y controles, transversal, con 5 grupos de sujetos: 1) 20 pacientes con distintos tipos confirmados de ESPAs que cumplieran los criterios de clasificación del EESG y habían tenido UAAR en el curso de su enfermedad, 2) 19 pacientes con UAAR HLA-B27 positivo sin ESPA acompañante, 3) 20 pacientes con UAAR HLA-B27- sin ESPA acompañante, 4) grupo control de 20 sujetos sanos y 5) grupo control de 20 pacientes con otros tipos de uveítis infecciosas o puramente oftalmológicas confirmadas, cuyo patrón de afectación no fuera el típico de las ESPAs.

En todos los pacientes con UAAR con y sin HLA-B27 se realizó por protocolo una radiografía de pelvis y una exploración física que incluyó el índice entesítico de MASES.

La valoración ecográfica se realizó por dos reumatólogos ecografistas aplicando el índice MASEI previamente validado (1) de una manera ciega, desconociendo los diagnósticos clínicos. En dicho índice se explora la presencia de engrosamiento, eoestructura, calcificaciones, erosiones, bursas y señal power-Doppler de forma bilateral en 6 localizaciones: fascia proximal plantar, tendón de Aquiles, tendón rotuliano distal y proximal, cuádriceps distal y tendón del tríceps braquial. El punto de corte que, según validaciones previas, discrimina entre ESPAs y controles sanos es igual o superior a 18 puntos (1).

**RESULTADOS:** Se exploraron un total de 1.188 entesis en 99 sujetos. La media del índice ecográfico MASEI y el porcentaje de sujetos de cada grupo que superó el punto de corte se resume en la tabla. Dicho punto fue superado por el 85% de los pacientes con ESPA, el 58% de los pacientes con UAAR HLA-B27+, el 40% de UAAR HLA-B27 -, el 20% de controles sanos y el 10% del grupo control con uveítis no relacionadas con ESPAs. Ningún paciente con UAAR de los grupos sin ESPA presentaron sacroileítis ni entesopatía clínica significativa.

**CONCLUSIONES:** Los pacientes con UAAR no relacionada con la ESPA presentan entesitis comparable a aquellos pacientes con ESPA confirmada, especialmente si se asocia al HLA-B27 y de manera claramente superior a los grupos control. Esto sugiere que los pacientes con UAAR, sobre todo si son HLA-B27 +, pueden tener una forma "abortiva" o incompleta de ESPA.

#### Resultados del índice MASEI en los distintos grupos.

	ESPA	UAAR HLA-B27+	UAAR HLA-B27-	Controles sanos	Otras uveítis no relacionadas con ESPA
Media del índice MASEI+DE	24,45 ± 6,92	18,68 ± 4,51	16,65 ± 6,59	11,75 ± 6,38	12 ± 8,31
MASEI>17	17/20 (85%)	11/19 (58%)	8/20 (40%)	4/20 (20%)	2/20 (10%)

1-De Miguel E et al. An Rheum Dis 2007, 66 (suppl II): 394.

## comunicación 06

### EL DIAGNÓSTICO DE LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES.

*E. de Miguel\**, *A. Rodríguez\*\**, *C. Bohorquez\*\*\**, *E. Brito\*\**, *C. Castillo\**. \*Hospital Universitario La Paz. Servicio de Reumatología. Pº de la Castellana 261, 28046 Madrid. \*\*Hospital Ramón y Cajal. Servicio de Reumatología. Ctra Colmenar Viejo Km 9.1. 28034 Madrid. \*\*\*Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Servicio de Reumatología. Ctra. Alcalá-Meco s/n. 28880 Alcalá de Henares. Madrid.

La validez de criterio de una prueba viene determinada por el grado en que su resultado refleja fielmente a un patrón oro. En el caso de la ecografía se ha usado como patrón oro la biopsia de arteria temporal, pero el problema que presenta es que entre un 8 y un 44% de las biopsias muestran resultados falsamente negativos. Los otros patrones oro que se utilizan son los criterios del American College of Rheumatology (ACR) y el diagnóstico clínico final tras evolución y tratamiento. Ninguno de estos patrones es un auténtico patrón oro, pero son los mejores que tenemos para clasificar la enfermedad.

**OBJETIVOS:** Evaluar la validez de la ecografía frente a biopsia de arteria temporal, criterios ACR y diagnóstico final del paciente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se estudian 55 pacientes con sospecha de arteritis de células gigantes procedentes de tres hospitales de Madrid. A todos los pacientes se les realiza ecografía Doppler color de arterias temporales, historia clínica, estudio analítico y biopsia de arteria temporal. Como patrones oro posibles para el diagnóstico de la enfermedad se utilizaron: a) el diagnóstico final del clínico responsable al menos tres meses después del juicio clínico e inicio del tratamiento, b) los criterios ACR y c) el resultado de la biopsia de arteria temporal.

**RESULTADOS:** De los 55 pacientes estudiados, 40 eran mujeres y 15 varones, con una edad media de 70,4±12,35 años (límites entre 35 y 88 años). De los 55 pacientes, 33 tuvieron un diagnóstico clínico final de arteritis de células gigantes, 35 cumplían criterios ACR, 35 tenían ecografía positiva y tan sólo 15 tenían biopsia positiva. La validez de criterio de la ecografía frente a los tres patrones oro, son su sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN), aparece recogida en la tabla

#### ACG/ patrón oro diagnóstico clínico final: Validez

	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
Criterios ACR	81,81%	59,09%	74,28%	65%
Biopsia	45,45%	100%	100%	55%
Ecografía	93,94%	81,82%	88,57%	90%

**CONCLUSIONES:** La biopsia de arteria temporal es la prueba que mejor especificidad y VPP aporta al diagnóstico de arteritis de la temporal, mientras que la ecografía es el test diagnóstico de elección cuando la biopsia es negativa y existe sospecha clínica de ACG. En caso de que no se pueda realizar biopsia la ecografía muestra una validez de criterio superior a otras alternativas diagnósticas.

## comunicación 07

### PATRÓN TOPOGRÁFICO Y VALOR DE LA AFECTACIÓN ECOGRÁFICA DE LAS ARTERIAS TEMPORALES EN LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

*C. Castillo; E. de Miguel, E. Martín Mola. Hospital Universitario La Paz. Servicio de Reumatología. Madrid.*

La validez de aspecto es una variable subjetiva que refleja la credibilidad de una prueba, es decir si una medida o test evalúa lo que realmente tiene que evaluar. La biopsia de arteria temporal es por su especificidad el patrón oro del diagnóstico de arteritis de células gigantes (ACG), pero su sensibilidad es baja (entre un 8 y un 61% de la biopsias ofrecen resultados falsamente negativos). Uno de los posibles problemas de falta de sensibilidad de la biopsia es la afectación segmentaria de las lesiones vasculares. Por su parte, la ecografía ha demostrado una menor especificidad pero una sensibilidad muy superior a la biopsia.

**OBJETIVO:** Nos proponemos estudiar el patrón topográfico de afectación de las arterias temporales en la ACG mediante ecografía Doppler color.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Durante un período de 38 meses se estudiaron 105 pacientes con sospecha de ACG de los que 48 fueron diagnosticados de esta enfermedad. A todos los pacientes se les realizó un estudio ecográfico ciego buscando la presencia de halo, estenosis u oclusión previo al diagnóstico. En el análisis de sensibilidad y especificidad se excluyen 18 pacientes (14 por pérdida de datos y 4 por tratamiento corticoideo previo). En el subanálisis de afectación topográfica se analizan los resultados de los últimos 40 pacientes diagnosticados de ACG en los que se había recogido de forma prospectiva datos de la afectación de cada una de las ramas frontales y parietales de la arteria temporal derecha e izquierda. Como patrón oro se utilizó el diagnóstico final del clínico tras al menos tres meses de evolución.

**RESULTADOS:** La edad media del grupo era de  $74 \pm 9$  años, 23 eran varones y 62 mujeres. La sensibilidad de la ecografía frente al diagnóstico final del clínico era del 93,18%, la especificidad del 97,62%, el valor predictivo positivo del 91,11% y el valor predictivo negativo del 97,5%. De los falsos positivos encontrados en ecografía, tres eran diagnosticados de polimialgia reumática por el clínico responsable y evolucionaban favorablemente con tratamiento corticoideo y el cuarto era un accidente cerebrovascular agudo. De los tres falsos positivos, tres presentaban afectación de una sola rama, y uno de dos ramas. El falso negativo correspondía a una fiebre de origen desconocido en la que la biopsia fue positiva. El número de ramas ecográficamente afectadas y su distribución topográfica en el subgrupo de 40 pacientes con diagnóstico clínico o ecográfico de ACG aparece reflejado en la tabla I. La superior sensibilidad de la ecografía en la detección de ACG probablemente se derive de los datos mostrados en la tabla I, en la que se comprueba la afectación asimétrica de la afectación de las arterias temporales, lo que unido a la afectación segmentaria dentro de cada rama vascular resta validez de aspecto a la biopsia temporal frente a esta prueba.

#### Patrón topográfico de afectación de arteria temporal mediante ecografía

Nº pacientes	Frontal derecha	Parietal derecha	Frontal izquierda	Parietal izquierda
Total n=40	29	25	32	24
Afectación de 0 ramas n= 1	0	0	0	0
Afectación de 1 rama n= 6	0	1	2	3
Afectación de 2 ramas n=11	8	3	9	2
Afectación de 3 ramas n=6	4	6	5	3
Afectación de 4 ramas n=16	16	16	16	16

**CONCLUSIONES:** a) La ecografía muestra una alta sensibilidad y una buena especificidad en el diagnóstico de ACG; b) En los pacientes con afectación de tres o más ramas la especificidad es del 100%, probablemente en los pacientes con afectación de una rama sea necesaria realizar biopsia de arteria temporal; c) el patrón asimétrico de afectación arterial posiblemente sea la causa de la baja sensibilidad de la biopsia de arteria temporal.

## comunicación 08

### HALLAZGOS CAPILAROSCÓPICOS EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET: ANÁLISIS DE 128 PACIENTES.

A. Movasat\*, F. Shahram\*\*, P.E. Carreira\*, A. Naji\*\*, N. Naderi\*\*, F. Davatchi\*\*. \*Servicio de Reumatología, Hospital 12 de Octubre, Madrid. \*\*Rheumatology Research Center, Behçet's disease unit, Tehran University for Medical Sciences, Shariati Hospital, Tehran, Iran.

**OBJETIVO:** Describir los hallazgos capilaroscópicos en una larga serie de pacientes con enfermedad de Behçet (EB) seguidos en un hospital universitario, y analizar sus posibles relaciones con otras manifestaciones clínicas de la enfermedad.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** De forma prospectiva, se realizó capilaroscopia a 128 pacientes consecutivos, seguidos en la Unidad de EB del Shariati Hospital, en Teherán, entre enero y marzo de 2007. La capilaroscopia se realizó en 8 dedos, con un microscopio de 3,2 x, por el mismo observador (AM). Los siguientes hallazgos se consideraron patológicos: pérdida local o global de capilares (>20%), hemorragias (2 o más hemorragias en al menos 2 dedos) y capilares dilatados (2 o más capilares con doble calibre en al menos 2 dedos). En ningún caso se realizaron mediciones especiales, y el tiempo medio para cada capilaroscopia fue de 5 minutos. A todos los pacientes se les realizó anamnesis dirigida sobre presencia de Raynaud, úlceras isquémicas, tabaquismo e HTA y se les realizó una exploración física completa. Los datos demográficos (edad, sexo, edad al diagnóstico, raza), clínicos (tipo de la presentación, manifestaciones clínicas, test de patergia) y analíticos (tipaje HLA, VSG, hemograma, bioquímica, sistemático de orina y VDRL) se obtuvieron de bases de datos existentes. La relación entre los hallazgos capilaroscópicos y las características de la EB, se analizó mediante regresión logística univariante y multivariante.

**RESULTADOS:** El estudio incluía 128 pacientes con EB (78v, 50m), con edad media de 37,10 años, edad al inicio de 25,11 años y edad al diagnóstico de 30,9 años. Los síntomas clínicos más frecuentes eran: aftosis (99%), afectación cutánea (45%), ocular (68%), articular (30%), neurológica (13%), vascular (9%: 8 flebitis superficial, 2 trombosis venosa profunda, 1 aneurisma y 1 trombosis arterial), epididimitis (4%) y gastrointestinal (2,3%). El test de patergia era positivo en 41% de los pacientes. El HLA-B 5 era positivo en 47%, HLA-B 51 en 21% y HLA-B 27 en 9%. Los hallazgos de laboratorio fueron: VSG elevada en 45% de los pacientes y alteraciones en la orina en 6%. Había 24 (18%) pacientes fumadores activos y 6 (5%) exfumadores. La presión arterial estaba elevada (>140/90 mm Hg) en 15% de los pacientes, y un 7% refería fenómeno de Raynaud. Ninguno de los pacientes presentaba o refería úlceras isquémicas. La capilaroscopia fue normal en 77 (60%) y anormal en 51 (40%). La pérdida de capilares fue vista en un único paciente, pero se observaron capilares dilatados en 33 (26%) y hemorragias en 21 (16%). En el análisis univariante, la presencia de capilares dilatados se asoció con menor edad al inicio de la EB (OR=0,9; CI 0,9-1; p=0,04), presión arterial alta (OR=4,2, CI 1,5-11,4; p=0,006), flebitis superficial (OR=5,5, CI 1,2-24,4; p=0,03) y test de patergia negativo (OR=0,4, CI 0,2-0,9; p=0,04). La presencia de hemorragias tendía a asociarse con afectación articular (p=0,05). El análisis multivariante confirmó la asociación de capilares dilatados con menor edad al inicio de la EB (p=0,01), presión arterial alta (p=0,001) y la flebitis superficial (p=0,03).

**CONCLUSIONES:** Las alteraciones capilaroscópicas, principalmente dilataciones capilares, son frecuentes en los pacientes con EB (40% en nuestra serie). Nuestros resultados en una larga serie de pacientes con EB sugieren que estas anomalías pueden ser secundarias a alteraciones vasculares presentes en la enfermedad, como la flebitis superficial o la HTA, pero no parecen conferir riesgo especial para el desarrollo de otros síntomas.



## comunicación 09

### FACTORES PRONÓSTICOS PARA RECIDIVA DESPUÉS DE TRATAMIENTO CON CICLOFOSFAMIDA IV. EN EL PRIMER EPISODIO DE NEFRITIS LÚPICA

*E. Salgado, J. García, R. Belmonte, P. Martínez-Vidal, M. Galindo, I. Mateo, P.E. Carreira, Hospital 12 de Octubre, Madrid.*

**OBJETIVO:** Analizar los factores capaces de predecir la recidiva, después del tratamiento con ciclofosfamida IV. (CFIV) en el primer episodio de nefritis lúpica (NL).

**PACIENTES Y MÉTODOS:** se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de NL (primer episodio) entre 1986 y 2007, seguidos en nuestro servicio, y tratados con CFIV. Se obtuvieron datos demográficos (edad, sexo, tiempos de evolución y seguimiento, fallecimiento), clínicos (función renal, datos de actividad de LES, biopsia) y de tratamiento (terapia de mantenimiento, evolución de la función renal, recidiva). Se realizó estadística descriptiva y análisis univariante y multivariante de riesgos proporcionales de Cox, para detectar factores asociados con la recidiva. La influencia de la recidiva sobre el desarrollo de insuficiencia renal se analizó mediante regresión logística binaria.

**RESULTADOS:** El estudio incluyó 55 pacientes (53 m, 2 v), con 28 $\pm$ 11 años en el primer episodio de NL, y 2 $\pm$ 3 años de evolución desde el diagnóstico de LES. La biopsia renal mostró GN mesangial en 4 pacientes (8%), GN proliferativa focal en 8 (15%), GN proliferativa difusa en 37 (70%) y GN membranosa en 4 (8%). Al inicio de la CFIV, 14 pacientes (27%) presentaban algún grado de insuficiencia renal (IR). Además de la CFIV, 27 pacientes (53%) recibieron choques de esteroides IV. La duración del tratamiento con CFIV fue de 25 $\pm$ 16 meses, y la dosis acumulada de CF de 14 $\pm$ 11 g. Un paciente no respondió al tratamiento, 8 (15%) tuvieron respuesta parcial y 45 (83%) tuvieron respuesta completa. Tras la respuesta inicial, 37 (70%) pacientes recibieron tratamiento de mantenimiento (20 antipalúdicos, 9 azatioprina y 20 ambos). Tras 8 $\pm$ 6 años de seguimiento, 13 (24%) pacientes recidivaron, 34 $\pm$ 44 meses después de finalizar la CFIV. Mediante análisis univariante y multivariante de Cox, los factores asociados con recidiva fueron la proteinuria residual mantenida >0,5 g al finalizar el tratamiento ( $p=0,01$ ), y la duración del tratamiento con CFIV <2 años ( $p=0,01$ ). Ni la dosis acumulada de CF, ni la histología renal, ni la presencia de IR o niveles de aDNA, C3 o C4, ni el tiempo de respuesta, ni la utilización de tratamiento de mantenimiento se asociaron con la aparición de recidiva. Cuando analizamos el subgrupo de 37 pacientes con GN proliferativa difusa, los resultados fueron similares. Además, en este subgrupo de pacientes, la recidiva tendía a asociarse con un mayor tiempo de evolución entre la aparición de la nefritis y el inicio de la CFIV ( $p=0,05$ ). El análisis mediante regresión logística binaria no demostró influencia de la recidiva en el desarrollo de insuficiencia renal en nuestro grupo.

**CONCLUSIONES:** Casi una cuarta parte de los pacientes presentan recidiva tras un primer episodio de NL, a pesar de tratamiento con CFIV. Los principales factores que predicen recidiva en este grupo de pacientes son la proteinuria residual mantenida mayor de 0,5 g tras finalizar el tratamiento, y la duración del tratamiento con CF inferior a 2 años. Otros factores, como la histología renal, el tratamiento de mantenimiento o la presencia de IR no tienen valor pronóstico en nuestra serie.

## comunicación 10

### CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR) Y ANTICUERPOS ANTI-PÉPTIDO CITRULINADO CÍCLICO (PCC).

*E. Becerra, F.J. López-Longo, E. Calvo, D. Oliver-Miñarro<sup>1</sup>, A. Paravisini<sup>1</sup>, M. García-Castro, M.D. Casas, M. Carpena, I. Díez-Merchán, D. Gerona, C. Porras, I. de la Torre, L. Carreño. Servicios de Reumatología e Inmunología<sup>1</sup>, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.*

Los anticuerpos anti-PCC se asocian con una enfermedad articular grave y, sólo en algunos estudios, con un mayor riesgo de manifestaciones extra-articulares.

**OBJETIVO:** Determinar si la detección de anticuerpos anti-PCC se asocia con el desarrollo de manifestaciones extra-articulares en AR.

**MÉTODOS:** Hemos estudiado sueros de 937 pacientes diagnosticados de AR. Los anticuerpos anti-PCC se han detectado mediante técnicas de ELISA (Immunoscan RA, Euro-Diagnostica, Sweden).

**RESULTADOS:** Se han detectado anticuerpos anti-PCC (> 25 U/ml) en 672 pacientes (71,7%). No hemos encontrado diferencias entre positivos y negativos en cuanto al sexo, edad y el tiempo de evolución. La respuesta anti-PCC (>25 U/ml) se asocia con un aumento de frecuencia de nódulos reumatoides (OR: 2,6), erosiones radiológicas (OR: 2,37), amiloidosis (OR: 4,24), enfermedad intersticial pulmonar (OR: 3,29), fibrosis pulmonar (OR: 3,54), proteinuria (OR: 5,5), factor reumatoide (OR: 14) y aumento de VSG (OR: 3,12). Los pacientes con anticuerpos anti-PCC presentan más cardiopatía isquémica (6,5% vs 2,6%; OR: 2,58; IC 95%: 1,17-5,65) y hay mayor número de fallecimientos en dicho grupo (11,2% vs 6,8%; OR: 1,72; IC 95%: 1,01-2,91). Los resultados son similares cuando consideramos títulos 20 veces superiores (anti-PCC > 500 U/ml) pero, aunque se mantiene la mayor frecuencia de cardiopatía isquémica en el grupo con títulos altos (9,36% vs 3,6%; OR: 2,76; IC 95%: 1,59-4,78), no se relacionan con el número de fallecimientos (9% vs 10,3%; NS).

**CONCLUSIONES:** En el análisis univariante de una gran cohorte de pacientes con AR, los anticuerpos anti-PCC se asocian con más manifestaciones extra-articulares y, en particular, con más cardiopatía isquémica.

\*Financiado por FIS (PI021026 y PI021079), Red G03/152 y beca FER/Abbott

# Comunicaciones Pósters

## comunicación 01

### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA OSTEOPORÓTICA DEL ÁREA SANITARIA 2 DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

*E. Toledano Martínez\*, A. Casado Poveda\*, P. Talavera del Olmo\*, M.A. Hernández García\*\*, F. Rodríguez Salvanés, R. Puñet Pellise\*\*, J.A. García-Vadillo\*. Servicio de Reumatología\*. Servicio de Rehabilitación\*\*. Hospital Universitario de La Princesa. Diego de León 62, 28006-Madrid.*

**OBJETIVO:** Describir las características socio-demográficas y clínicas de los pacientes que en el año 2006 han presentado una fractura de cadera osteoporótica en el Área Sanitaria 2 de la Comunidad de Madrid.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo observacional de casos incidentes. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes ingresados con fractura de cadera osteoporótica, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2006, en el único hospital público que atiende a la población adulta del Área Sanitaria 2. A todos ellos, y con ayuda de un familiar, se les realizó una encuesta diseñada previamente en la que se incluyeron datos socio-demográficos, diagnóstico previo de osteoporosis, tratamiento en caso afirmativo con suplementos de calcio/vitamina D, antirresortivos u osteoformadores y número y localización de las fracturas osteoporóticas previas. Esta información se completó con la obtenida consultando el registro Hygea, sistema de información clínica integrada que recoge los eventos atendidos por Atención Primaria y Especializada, incluyendo el número de recetas dispensadas en los últimos 3 meses.

Se estimaron la media, la desviación estándar, proporciones estadísticas y sus intervalos de confianza.

**RESULTADOS:** Durante el año 2006 ingresaron un total de 397 pacientes con fractura de cadera osteoporótica, con una edad media de  $82,9 \pm 9,4$  años, de los cuales 318 (80,1%) eran mujeres. Las principales características en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis antes de la fractura de cadera, se enumeran en la tabla siguiente:

#### Patrón topográfico de afectación de arteria temporal mediante ecografía

Diagnóstico osteoporosis	Fracturas osteoporóticas	Fractura cadera	Fractura vertebral	Suplementos calcio y Vit D	Antirresortivos	Osteoformadores
100 (25,2%)	140 (35,3%)	58 (14,7%)	30 (14,7%)	66 (16,6%)	32 (8%)	2 (0,6%)

De los 100 pacientes diagnosticados previamente de osteoporosis, recibían suplementos de calcio y vitamina D 62 (62%), antirresortivos 32 (32%) y osteoformadores 2 (2%). Un total de 140 pacientes (35,3%) presentaban fracturas osteoporóticas previas, a pesar de lo cual sólo 61 (43,5%) estaban diagnosticados de osteoporosis y únicamente 33 (23,6%) recibían calcio y vitamina D y 21 (15,5%) antirresortivos.

**CONCLUSIONES:** En nuestra área la edad de los enfermos que presentan fractura de cadera es cercana a los 83 años. A pesar de que el 35,3% de los pacientes presentan fracturas osteoporóticas previas, solamente el 25,2% están diagnosticados de osteoporosis y únicamente el 8,6% de los enfermos reciben tratamiento antirresortivo y/o osteoformador. Es necesaria una concienciación de los médicos Especialistas y de Atención Primaria en el diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en la población anciana, y en especial en la previamente fracturada, que es la que presenta un elevado riesgo de fractura de cadera.

[Este trabajo de investigación ha sido financiado con una beca de Merck Sharp and Dohme de España -MSD-].

## comunicación 02

### LESIONES DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES: COMPARACIÓN ENTRE EL EXAMEN FÍSICO Y LA ECOGRAFÍA

*L. Silva, M. Fernández-Castro, P. Muñoz, J.R. Godo, J. Campos, A. Prada, M.T. Otón, J. Sanz, C. Barbadillo, M. Jiménez-Palop, J.L. Andréu. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, San Martín de Porres, 4. 28035. Madrid.*

**OBJETIVO:** El hombro doloroso es una de los motivos de consulta más habituales en reumatología siendo el manguito rotador la estructura más frecuentemente afectada en este síndrome. Para su diagnóstico existen diversas maniobras de exploración dirigidas a evaluar cada uno de los tendones. La ecografía permite un diagnóstico preciso de la afectación estructural del hombro. Nuestro objetivo es comparar los hallazgos de la exploración física con los hallazgos ecográficos del manguito rotador en el diagnóstico del hombro doloroso.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se incluyeron pacientes remitidos a nuestro centro para el estudio de dolor en región escapulo-humeral. En el mismo día se realizó una exploración física protocolizada de manera independiente por dos reumatólogos, y una exploración ecográfica (GE Logic-5 Pro) por un tercer reumatólogo que desconocía los hallazgos de la exploración física. Se calculó la sensibilidad, especificidad, valores predictivos (VP) y precisión de cada una de las maniobras de la exploración física para las diferentes afectaciones del tendón del manguito de los rotadores.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 14 hombres y 16 mujeres con una edad media de 54,87 años (DT 13,8) y una mediana de duración de los síntomas hasta el momento de la exploración de 97,5 días. Para la rotura total del manguito, las maniobras de Jobe, Patte, Yocum, impingement y la abducción contra resistencia alcanzaron una sensibilidad del 100% aunque todas resultaron ser poco precisas. Para las roturas parciales, las maniobras más precisas fueron la rotación externa y la maniobra de Patte, siendo la gran mayoría de las maniobras muy sensibles. Para la tendinosis del manguito las más sensibles fueron

la maniobra del impingement y la abducción pasiva. La precisión en la detección de calcificaciones intratendinosas fue relativamente baja para todas las maniobras, siendo la más alta la del impingement, que alcanzó un 70%.

**CONCLUSIONES:** Las distintas maniobras de la exploración física del hombro doloroso poseen una precisión aceptable en cuanto a la localización de la lesión, pero no en cuanto a definir la naturaleza de la misma. La mejor maniobra para identificar una rotura total o parcial del tendón del supraespinoso/infraespinoso es la maniobra de Patte. La mejor maniobra para detectar una tendinosis del manguito es la maniobra del impingement.

## comunicación 03

### PRECISIÓN DE LAS DIFERENTES MANIOBRAS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA EN EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME SUBACROMIAL

*L. Silva<sup>a</sup>, M. Fernández-Castro<sup>a</sup>, P. Muñoz<sup>a</sup>, M. Pastrana<sup>b</sup>, J. Sanz<sup>a</sup>, C. Barbadillo<sup>a</sup>, J. R. Godo<sup>a</sup>, J. Campos<sup>a</sup>, A. Prada<sup>a</sup>, M. T. Otón<sup>a</sup>, J. L. Andreu<sup>a</sup>. Servicios de Reumatología<sup>a</sup> e Imagen<sup>b</sup>. Hospital Universitario Puerta de Hierro. San Martín de Porres 4. 28035. Madrid.*

**OBJETIVO:** La exploración protocolizada del hombro doloroso incluye diversas maniobras dirigidas a valorar el espacio subacromial y la patología derivada de éste. La resonancia magnética (RM) proporciona una visión anatómica adecuada de este espacio así como de los tendones del manguito rotador a su paso por el mismo. El objetivo de este estudio es valorar la precisión de las distintas maniobras de la exploración física en el diagnóstico del síndrome subacromial confirmado por RM.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se seleccionaron pacientes de manera consecutiva con un episodio de hombro doloroso. Tras firmar un consentimiento informado se les realizó una exploración protocolizada del hombro de manera independiente por dos reumatólogos que incluía siete maniobras. En un plazo  $\leq 3$  días se les realizó una RM del hombro (Siemens Avanto 1,5 TESLA bobina multicanal de hombro). Se calculó la sensibilidad, especificidad, valores predictivos (VP) y precisión de cada una de las maniobras de la exploración física para el diagnóstico de síndrome subacromial.

**RESULTADOS:** Se incluyó un total de 29 pacientes con una edad media de  $55 \pm 14$  años y una mediana de duración de los síntomas de 83 días (intervalo: 9-738). La maniobra de Neer obtuvo un VP positivo (VPP) del 65% y una precisión del 55%. La maniobra de Hawkins, un VPP del 70% y una precisión del 62%. Para la maniobra de Yocum, el VPP fue del 71% y la precisión del 65%. La maniobra del impingement logró un VPP del 61% y una precisión del 52%. Para la de Jobe los valores fueron del 67% y 58% respectivamente; para la de Patte del 74% y 58%, y para la abducción contra resistencia del 58% y 45%. La maniobra más sensible fue la de Yocum con un 79%.

**CONCLUSIONES:** La mayoría de las maniobras de la exploración física posee una precisión aceptable para el diagnóstico del síndrome subacromial del hombro, siendo la maniobra de Yocum la que detecta con mayor sensibilidad y precisión este tipo de afectación.

## comunicación 04

### PRECISIÓN DE LA ULTRASONOGRAFÍA MÚSCULO-ESQUELÉTICA DE ALTA RESOLUCIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA DEL BÍCEPS BRAQUIAL Y SU CORREDERA

*L. Silva<sup>a</sup>, M. Fernández-Castro<sup>a</sup>, P. Muñoz<sup>a</sup>, J. R. Godo<sup>a</sup>, José Campos<sup>a</sup>, A. Prada<sup>a</sup>, M. T. Otón<sup>a</sup>, M. Pastrana<sup>b</sup>, C. Barbadillo<sup>a</sup>, J. Sanz<sup>a</sup>, J.L. Andreu<sup>a</sup>. Servicios de Reumatología<sup>a</sup> e Imagen<sup>b</sup>. Hospital Universitario Puerta de Hierro. San Martín de Porres 4. 28035. Madrid.*

**OBJETIVO:** Actualmente la resonancia magnética (RM) está considerada como la técnica más precisa en el estudio de la patología del hombro, aunque cada vez se utiliza más la ultrasonografía de alta resolución del aparato locomotor para el estudio de partes blandas. Este estudio trata de comparar los hallazgos ecográficos del bíceps braquial y su corredera con los hallazgos de la RM en pacientes con hombro doloroso.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Consecutivamente se reclutaron sujetos con un episodio agudo de hombro doloroso que acudieron a los servicios de Urgencias y Reumatología. Tras obtener un consentimiento informado, a todos ellos se les realizó una exploración ultrasonográfica y una RM del hombro doloroso, considerando a ésta última como el patrón oro. No se realizó exploración con Doppler-Color. Fueron estimadas sensibilidad, especificidad, valores predictivos y precisión de la ecografía para el diagnóstico de las diferentes lesiones del tendón del bíceps braquial y su corredera.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 29 pacientes con una edad media de  $55 \pm 14$  años. Para la tendinosis bicipital, la ultrasonografía resultó tener una precisión del 93,1% con una sensibilidad del 50%. Con respecto al derrame en la vaina del bíceps, demostró una sensibilidad del 57,14% con una precisión del 72,41%. La ultrasonografía no logró objetivar ninguno de los 6 casos de tenosinovitis bicipital identificados por RM, condicionando una sensibilidad nula. Ninguna de las dos técnicas evidenció roturas ni luxaciones del tendón del bíceps.

**CONCLUSIONES:** La ultrasonografía ha demostrado tener una alta precisión en el diagnóstico de la tendinosis del bíceps y el derrame en su vaina, no siendo útil en el diagnóstico de la tenosinovitis bicipital. El uso de exploración Doppler-Color podría haber mejorado la detección de la tenosinovitis bicipital. Los datos obtenidos en este estudio no permiten extraer conclusiones sobre la rotura y luxación del tendón del bíceps.

## comunicación 05

### ANÁLISIS FARMACOECONÓMICO DE RISEDRONATO SEMANAL VS ALENDRONATO SEMANAL EN ESPAÑA

*L. Betegón Nicolás<sup>1</sup>; C. Gómez Alonso<sup>2</sup>. <sup>1</sup>IMS HEOR, C/Juan Esplandiú n. 11, 6 planta. Madrid. <sup>2</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.*

**OBJETIVOS:** La osteoporosis es una enfermedad con una alta prevalencia entre las mujeres españolas. Las importantes repercusiones clínicas y económicas de las fracturas osteoporóticas, y en especial las de cadera, justifica la realización de estudios adaptados al contexto español que evalúen la relación coste-efectividad de los principales tratamientos, considerando de forma global costes, eficacia clínica y calidad de vida del paciente.

**MÉTODOS:** Se ha realizado una evaluación económica con la perspectiva del Sistema Nacional de Salud español que compara dos bifosfonatos administrados semanalmente durante un año: risedronato 35 mg (Actonel®) frente a presentaciones genéricas de alendronato 70 mg. Los datos clínicos sobre eficacia de los fármacos han partido del estudio REAL, el primer estudio observacional, retrospectivo, realizado en USA, que ha comparado la efectividad de ambos fármacos. A partir de los datos de 33.830 mujeres mayores de 65 años (12.215 tratadas con risedronato y 21.615 tratadas con alendronato), el estudio REAL ha mostrado que risedronato reduce la incidencia de fracturas de cadera un 43% frente a alendronato (IC 95% 13%-63%). Se ha diseñado un modelo de Markov con 4 grandes estados de salud (saludable; fractura de cadera; post fractura de cadera; muerte) que evalúa los resultados a 5 años. Para conseguir resultados adaptados al contexto español el estudio ha combinado los datos clínicos con datos epidemiológicos y de costes unitarios obtenidos de la literatura española. Los costes y los beneficios se han descontado a una tasa del 3%. Se han realizado varios análisis de sensibilidad cambiando el perfil de las pacientes (edad y existencia o no de fractura vertebral previa).

**RESULTADOS:** En el caso base analizado (mujeres entre 75 años con osteoporosis y con fractura vertebral previa), y a partir de datos de práctica clínica, risedronato Actonel®, comparado con alendronato, tiene un coste por fractura de cadera evitada de 5.318€ y un coste por AVAC de sólo 10.636€. Aunque el coste farmacológico anual de risedronato Actonel® es superior al de las presentaciones genéricas de alendronato, el modelo ha puesto de manifiesto que risedronato Actonel® consigue un mejor resultado de coste-efectividad debido a su mayor eficacia en la reducción de fracturas de cadera y la consiguiente ganancia en calidad de vida asociada.

**CONCLUSIONES:** Risedronato Actonel® es una opción coste-efectiva frente a todas las presentaciones de alendronato comercializadas en España para el tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica establecida, con unos costes por fractura de cadera evitada y por AVAC dentro de los límites habitualmente considerados en España como un tratamiento coste-efectivo. Los análisis de sensibilidad realizados respaldan la robustez de estos resultados.

## comunicación 06

### AFECTACIÓN INTERSTICIAL PULMONAR (AIP) EN LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS (MI).

M.P. Ahijado, B.E. Joven, C. Torres, F.J. Gómez-Reino, M. Galindo, P.E. Carreira. Servicios de Reumatología y Reumatología Pediátrica. H. U. "12 de Octubre". Av/ Córdoba s/n 28041. Madrid.

**OBJETIVO:** Evaluar los factores clínicos asociados con la aparición y desarrollo de AIP en pacientes con MI.

**MÉTODOS:** Se incluyeron todos los pacientes con MI (criterios de Bohan y Peter) entre 1980 y 2007. A partir de nuestras bases de datos, obtuvimos datos demográficos (sexo, edad de inicio y diagnóstico, años de seguimiento, edad de muerte), clínicos (afectación cutánea, pulmonar, cardíaca, articular y gastrointestinal), y serológicos (ANA, ENA, a-sintetasa). La AIP se definió como un infiltrado intersticial en Rx o TAC torácico, en ausencia de infección o fallo ventricular izquierdo (VI); y la afectación cardíaca como cambios en el EKG o ecocardiograma, incluyendo: alteraciones de la conducción; derrame pericárdico; disfunción VI (FE<50 % y/o evidencia clínica de fallo VI); hipertensión pulmonar (HP) o PSP estimada >40mmHg en ecocardiograma. Empleamos análisis uni y multivariable con regresión logística, para analizar los factores asociados con AIP, y regresión de Cox para las asociaciones con la mortalidad. Se consideró un IC del 95%.

**RESULTADOS:** Encontramos 119 pacientes con MI (37 v, 82 m) con una edad media de 42 (2-85) años. Treinta y cuatro (29%) dermatomiositis puras, 25 (21%) polimiositis, 21 (17%) MI juvenil, 21 (17%) MI asociada a neoplasia y 20 (16%) a colagenopatías. De ellos, 48 (40%) presentaron AIP. Tras 11±7 años de seguimiento, 13 pacientes se perdieron y 29 murieron. En el análisis univariable, la AIP fue más frecuente en pacientes mayores (OR=1,05;1,02-1,07;p<0,0001), siendo raro en MI juvenil (OR=0,05;0,07-0,4;p<0,0001), y se asoció con Raynaud (OR=2,4;1,1-5,1;p=0,02), artritis (OR=2,3;1,0-4,8;p=0,03), afectación cardíaca (OR=4,5;2-10,5;p<0,0001), especialmente disfunción VI e HP, y con a-sintetasa (OR=9,2;1,9-43,7;p=0,002). El análisis multivariable confirmó la asociación entre AIP y edad de inicio (OR=1,04;1,01-1,6;p=0,003), afectación cardíaca (OR=4,2;1,6-11,2;p=0,04) y artritis (OR=3,1;1,2-7,6;p=0,02). Mediante regresión de Cox, vimos que la presencia de AIP no afecta a la mortalidad.

**CONCLUSIONES:** La AIP aparece en el 40% de pacientes con MI, con una incidencia que aumenta con la edad, siendo excepcional en pacientes de inicio juvenil. Aunque se asocia con afectación cardíaca, la AIP no confiere un riesgo más alto para la mortalidad en nuestra serie.

## comunicación 07

### EVOLUCIÓN DE LA AFECTACIÓN ARTICULAR EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE BASE.

C.A. Guillén Astete. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Carretera de Colmenar Viejo Km 9,1. Planta 5 Centro. Servicio de Reumatología. A. López San Román. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Carretera de Colmenar Viejo Km 9,1. Planta 11 Dcha. Servicio de Gastroenterología.

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un proceso patológico que involucra mecanismos inmunes y que puede afectar a la totalidad del tubo digestivo. Esta enfermedad tiene un comportamiento cíclico presentando periodos de actividad cuya frecuencia e intensidad le otorgan distintos grados de severidad clínica. Aunque puede presentarse en cualquier momento, la sintomatología articular periférica suele ser una queja presente en momentos de ausencia de brotes intestinales. Durante el seguimiento llevado en las consultas monográficas de enfermedad inflamatoria intestinal de nuestro hospital hemos creído observar que la sintomatología articular periférica (dolor, acompañado o no de otros signos inflamatorios) se presenta con mayor frecuencia en pacientes que reciben tratamiento con Azatioprina (AZA) que en aquellos no expuestos a este fármaco.

**OBJETIVO:** El propósito del presente trabajo fue estudiar la prevalencia y características de la sintomatología articular en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) antes del inicio del tratamiento y a lo largo del seguimiento.

**MÉTODOS:** El presente es un estudio descriptivo de 108 pacientes diagnosticados de EII aprobado por el comité de ética e investigación de nuestro centro hospitalario. Para su realización se revisaron sus historias clínicas y se les contactó telefónicamente.



El total de los pacientes pertenecía a la consulta monográfica de enfermedad inflamatoria intestinal con un seguimiento de alrededor de 8 años. Se recabó información clínico epidemiológica de las historias clínicas y se les contactó telefónicamente para aplicarles el cuestionario y completar los datos necesarios para el estudio no encontrados en la historia clínica. El cuestionario utilizado como herramienta fue producto de la adaptación y traducción al español de una herramienta validada para el descarte a gran escala y vía telefónica de artritis reumatoide y espondiloartropatías. Se excluyeron los periodos de brotes de la EII. Con los datos obtenidos se establecieron tablas distinguiendo según el tipo de enfermedad inflamatoria intestinal, las características de las manifestaciones articulares presentadas. Se estableció una comparación antes-después de las características de sus afecciones articulares en cada grupo de pacientes. El análisis estadístico de los resultados se realizó con ayuda del programa estadístico de ordenador SPSS v12.0®.

**RESULTADOS:** Las historias de 108 pacientes fueron revisadas y dichos pacientes fueron contactados telefónicamente. Sesenta y tres (58,3%) fueron varones y 45 (41,6%) mujeres. El diagnóstico de enfermedad de Crohn (EC) se presentó en 72 (66,7%) pacientes y el de colitis ulcerosa (CU) en 36 (33,3%). El grupo de pacientes con diagnóstico de EC tuvo una edad media de  $38,87 \pm 13,0$  años ( $x \pm DE$ ) mientras que el grupo de pacientes con CU tuvo una edad media de  $39,95 \pm 13,9$  años. Un 8,3% de los pacientes con EC y 13,9% de pacientes con CU tenían antecedentes familiares de EII. Contado desde el inicio de los síntomas, antes del diagnóstico de EII, el tiempo total de enfermedad fue  $10,46 \pm 8,10$  años en EC y  $9,14 \pm 7,90$  años en CU; mientras que el tiempo de seguimiento tras haber hecho el diagnóstico fue  $7,98 \pm 5,21$  años en EC y  $8,11 \pm 5,91$  años en CU. Antes de realizado el diagnóstico, 32 pacientes declararon algún tipo de afectación articular (artralgia con o sin artritis): La afectación espondilítica o sacroiliaca se presentó en 5 pacientes (3 de los cuales presentaban EC); 27 presentaron afectación periférica, 15 con EC (55,56%) y 12 con CU (44,4%); 76 pacientes no presentaron artropatía antes del diagnóstico de EII. Once pacientes presentaron afectación poliarticular (>4 articulaciones) y 21 pacientes presentaron afectación oligoarticular; 4 pacientes presentaron un grado severo de afectación articular (motivó baja laboral o ausentismo escolar), 18 pacientes presentaron un grado moderado de afectación articular (motivó consulta y/o alteró la actividad social, laboral o escolar) y 10 manifestaron un grado leve de afectación articular (no motivó consulta ni modificó la actividad diaria); 6 pacientes presentaron rigidez matutina menor de 1 hora y 2 mayor de una hora. Después de realizado el diagnóstico y durante el periodo de seguimiento la afectación espondilítica o sacroiliaca se presentó en 5 pacientes (3 con EC) mientras que la periférica en 38 pacientes; 27 pacientes cursaron con afectación oligoarticular y 12 con afectación poliarticular; 1 paciente tuvo afectación severa, 19 moderada y 11 leve; 1 paciente presentó rigidez matutina mayor a 1 una hora y 2 de menos de 1 hora de duración. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de sexo, edad, distribución de la afectación articular, grado de severidad ni en el número de articulaciones afectadas entre los pacientes con EC y CU. En el estudio antes-después se observó un incremento del número de pacientes con afectación articular en el grupo de EC (de 14 a 18) y una disminución en el grupo de CU (de 18 a 13). La distribución del grado de severidad no presentó diferencias estadísticamente significativas comparando los grupos entre sí, antes y después del tratamiento.

**CONCLUSIONES:** El presente estudio de seguimiento de las manifestaciones articulares de la EII muestra una ausencia cambios significativos en la proporción de dichas manifestaciones a pesar del tratamiento de mantenimiento. Tampoco se apreció cambios estadísticamente en la severidad de la afectación o en su distribución. Dado que nuestro estudio no ha ahondado en el tipo de tratamiento al que fueron sometidos dichos pacientes, convendría, a nuestro criterio, desarrollar estudios específicos a este respecto para determinar razones que justifiquen el pobre control de los síntomas articulares.

## comunicación 08

### FACTORES ASOCIADOS AL ACCESO A LAS CONSULTAS DE REUMATOLOGÍA

*E. Loza, L. Abásolo, R. López-González, L. Rodríguez-Rodríguez, C. Martínez-Prada, C. Lajas, C. Vadillo, J.A. Jover. Servicio de Reumatología. Hospital Clínico de San Carlos. C/ Profesor Martín Lagos S/N. 28040. Madrid.*

**OBJETIVO:** Evaluar los factores asociados al acceso a las consultas de reumatología para los pacientes nuevos.

**MÉTODOS:** Todos pacientes nuevos vistos del 1 de abril de 2006 al 1 de abril de 2007 en las consultas de reumatología del hospital fueron incluidos (n=4.460) y clasificados según los tres tipos de acceso: nuevos generales (NG), con tiempo de espera de al menos de 30 días, nuevos urgentes (NU) y nuevos en incapacidad laboral (NIL) que son vistos en el plazo máximo de 72 horas. Se registró la edad, el sexo, el diagnóstico (según la clasificación CIE-10) y la calidad de vida relacionada con la salud se midió con el índice de Rosser [0-1, (0=estar muerto, 1=calidad de vida perfecta)] que está formado por dos componentes, distress (A= no distress, B=distress leve, C=distress moderado, D=distres severo) y discapacidad [1-8, (1=no discapacidad, 8=estar en coma)]. La calidad de vida relacionada con la salud se clasificó como excelente (discapacidad 1 ó 2 con distres A); buena (discapacidad 1 ó 2 con distres B); regular (discapacidad 3, 4 ó 5 con distres B); mala (discapacidad 3,4 ó 5 con distres C); muy mala (discapacidad 4,5 ó 6 con distres D). Se realizaron modelos de regresión logística multivariada para identificar los factores (demográficos, de calidad de vida y de diagnóstico) asociados a cada tipo del acceso a las consultas de reumatología.

**RESULTADOS:** Se analizaron 4.460 sujetos, 70% mujeres con una edad media de 55 años  $\pm$  16 años, 1.872 (42%) eran NG, 1.197 (27%) NIL y 1.391 (31%) NU. Más que la mitad de los pacientes refirieron tener una salud regular o mala, y la lumbalgia (15,7%) fue el diagnóstico más frecuente. Los hombres y los pacientes jóvenes acudieron más utilizando los accesos rápidos (NU o NIL) que mujeres o la gente mayor. Los pacientes con fibromialgia también acudieron más como NU, mientras que los pacientes jubilados y aquellos con enfermedad degenerativa lo hicieron como NG. Sin embargo, independientemente de factores demográficos o clínicos, se encontró una fuerte asociación entre el acceso y la calidad de vida relacionada con la salud. A peor nivel de salud, mayor probabilidad de acceder por vías más rápidas (NU o NIL).

**CONCLUSIONES:** Existen distintos factores demográficos y clínicos que influyen en el acceso a las consultas de reumatología, pero la calidad de vida relacionada con la salud es el factor más consistente asociado al acceso de los pacientes a las consultas de reumatología.

## comunicación 09

### RENDIMIENTO MUSCULAR ISOCINÉTICO EN ACCIONES CONCÉNTRICAS Y EXCÉNTRICAS DE LOS ABDUCTORES DEL HOMBRO EN MUJERES AFECTADAS POR EL SÍNDROME DE FIBROMIALGIA VS MUJERES SANAS

*N. Gusi<sup>1</sup>, P.R. Olivares<sup>1</sup>, J.C. Adsuar<sup>1</sup>, J.A. Parraca<sup>1</sup>, A. Leal<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Facultad de Ciencias del Deporte, Universidad de Extremadura, Cáceres. <sup>2</sup>Hospital de Cáceres, Servicio Extremeño de Salud, Cáceres. Facultad de Ciencias del Deporte (Lab. de Condición Física y Calidad de Vida - AFYCAV), Universidad de Extremadura, Av. Universidad s/n. C.P. 10071 - Cáceres. ngusi@unex.es jadssal@unex.es*

**OBJETIVO:** La pérdida de fuerza muscular en todo el cuerpo es una característica común en las personas con fibromialgia (FM). En el miembro superior se ha constatado su disminución en acciones de flexo-extensión sin embargo no existen estudios en los abductores del hombro. El propósito de este estudio es comparar el rendimiento muscular de los abductores del hombro de mujeres sanas y fibromiálgicas.

**MÉTODOS:** Estudio transversal de medida única en el que fueron evaluadas 48 mujeres con FM (media de  $53,3 \pm 9,8$  años) y 44 (media de  $50 \pm 10$  años) sanas. Se realizó una prueba consistente en tres movimientos de acción concéntrica de los abductores del hombro seguido de una acción excéntrica de los mismos, a velocidad de  $60^\circ/s$  en un rango de  $90^\circ$  con un dinamómetro isocinético (System 3, Biodex).

**RESULTADOS:** El índice de aplicabilidad de la prueba en personas con FM es del 78 %. Las personas con FM desarrollan menos trabajo y potencia en la fase de abducción concéntrica que las personas sanas. En la fase de aducción excéntrica no se han encontrado diferencias significativas.

**CONCLUSIÓN:** Existen diferencias estadísticamente significativas en el rendimiento muscular entre mujeres afectadas por el síndrome de FM y sanas en la fase concéntrica de la prueba realizada.

## comunicación 10

### COMPARACIÓN DE DOS PRUEBAS DE VALORACIÓN DEL RENDIMIENTO MUSCULAR ISOCINÉTICO DEL HOMBRO EN MUJERES CON FIBROMIALGIA.

N. Gusi<sup>1</sup>, P.R. Olivares<sup>1</sup>, J.C. Adsuar<sup>1</sup>, J.A. Parraca<sup>1</sup>, A. Leal<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Facultad de Ciencias del Deporte, Universidad de Extremadura, Cáceres. <sup>2</sup>Hospital de Cáceres, Servicio Extremeño de Salud, Cáceres. Facultad de Ciencias del Deporte (Lab. de Condición Física y Calidad de Vida - AFYCAV), Universidad de Extremadura, Av. Universidad s/n. C.P. 10071 - Cáceres. [ngusi@unex.es](mailto:ngusi@unex.es) [jadssal@unex.es](mailto:jadssal@unex.es)

**OBJETIVO:** Comparar la fiabilidad test-retest de los parámetros torque máximo, trabajo y potencia obtenidos mediante dos prueba de dinamometría isocinética.

**MÉTODOS:** Estudio transversal con la medición en dos momentos separados por una semana para comparar la fiabilidad test-retest de dos protocolos de valoración del pico del momento de fuerza producido, el trabajo mecánico y potencia efectuados mediante dinamometría isocinética durante la abducción y aducción de hombro en mujeres con FM. Se evaluaron 25 mujeres con diagnóstico de fibromialgia según el criterio del Colegio Americano de Reumatología. Las participantes realizaron dos pruebas: 1) 3x60 concéntrica: consistente en tres movimientos de acción concéntrica de los abductores y aductores del hombro alternativamente a velocidad de  $60^\circ/s$  en un rango de  $90^\circ$  (de  $45^\circ$  a  $135^\circ$ ). 2) 3x60 concéntrica-excéntrica: consistente en tres movimientos de acción concéntrica de los abductores del hombro seguido de una acción excéntrica de los mismos, a velocidad de  $60^\circ/s$  en un rango de  $90^\circ$  (de  $45^\circ$  a  $135^\circ$ ). Ambas pruebas fueron realizadas tan sólo con el hombro dominante.

**RESULTADOS:** El torque obtenido, a través de la prueba 2 (3x60 concéntrica-excéntrica) presenta una buena fiabilidad (ICC  $>.85$ ) en mujeres con FM, obteniendo un porcentaje de variación del método error menor a un 10%. Por su parte el torque obtenido, a través, de la prueba 1 (3x60 concéntrica) muestra una fiabilidad excelente en la acción concéntrica de los aductores (ICC  $>.90$ ), siendo baja en la fase concéntrica de los abductores (ICC de  $.31$ ).

**CONCLUSIONES:** La prueba 1 (3x60 concéntrica) es útil para la evaluación epidemiológica del parámetro torque máximo en mujeres con FM. La prueba 2 (3x60 concéntrica-excéntrica) es más susceptible para la detección de pequeños cambios del torque máximo isocinético en mujeres menores de 60 años con síndrome de FM.

## comunicación 11

### EFFECTIVIDAD DE LA PREGABALINA EN UNA SERIE DE PACIENTES CON CRITERIOS ACR DE FIBROMIALGIA

M. Cantalejo Moreira, R.M. Veiga Cabello, P. Navarro Alonso, A.J. Díaz Oca. Unidad de Reumatología. Hospital de Fuenlabrada. C/ Camino del Molino 2, 28942 Fuenlabrada Madrid

**OBJETIVO:** Determinar la efectividad de la pregabalina a dosis de 150-300 mg. al día, en la modulación de los síntomas de fibromialgia, en una serie de pacientes.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Se seleccionaron 24 pacientes, de manera aleatoria, que cumplieran criterios mayores para el diagnóstico de fibromialgia. Se inició tratamiento con pregabalina a dosis de 150-300 mg al día. Los síntomas de dolor global medido por escala analógica visual de 10 cm, dolor en puntos gatillo, cansancio y calidad del sueño se monitorizaron los meses primero, tercero y sexto tras el inicio del tratamiento. En todos los pacientes, se mantuvo el tratamiento analgésico pautado con anterioridad al inicio del estudio: paracetamol hasta 4 gramos al día, dosis variables de AINE y tramadol hasta 300 mg al día

**RESULTADOS:** De los 24 pacientes que iniciaron estudio, 19 mantenían el tratamiento al sexto mes y en 5 se suspendió por mareo inespecífico y sensación nauseosa. El dolor global, no presentó cambios significativos, presentando respuesta menor de 20 mm en 2 pacientes. No se objetivaron cambios en la intensidad del dolor en los puntos gatillo a la digitopresión. El síntoma cansancio crónico, no presentó variaciones respecto al inicio del tratamiento.

12 de los 19 pacientes que completaron estudio reconocieron una mejoría en la calidad del sueño y en la ansiedad global. 15 de los 19 pacientes apreciaron una disminución de las disestesias en los miembros inferiores.

**CONCLUSIONES:** No hemos objetivado cambios significativos con el tratamiento con pregabalina en los criterios mayores de fibromialgia en nuestros pacientes, presentando mejoría de la calidad del sueño, ansiedad global y de las disestesias nocturnas. Se suspendió el tratamiento en el 25% de los pacientes por efectos secundarios de la pregabalina.

## comunicación 12

### CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA ENTRE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y REUMATÓLOGOS EN PACIENTES DE BAJA LABORAL DE ORIGEN MUSCULOESQUELÉTICO

G. Candelas, L. Abásolo, C. Lajas, M. Revenga, J. Bachiller, P. Collado, P. Richi, M. Blanco, E. Loza. Servicio de Reumatología. Hospital Clínico de San Carlos. C/ Profesor Martín Lagos S/N. 28040. Madrid.

**OBJETIVO:** Analizar la correlación diagnóstica entre los médicos de atención primaria (MAP) y los reumatólogos de los pacientes con incapacidad laboral temporal de origen musculoesquelético (IT-ME).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Todos los pacientes con IT de origen ME (IT-ME) de tres áreas sanitarias de Madrid (4, 7 y 9) se aleatorizaron a grupo control con seguimiento estándar o a un grupo intervención (GI) manejado por reumatólogos, con un seguimiento de al menos un año. La muestra de este estudio se realizó a partir de los pacientes vistos en el GI. Se analizaron las variables demográficas, ocupacionales, y diagnóstico la IT-ME (según CIE-9), agrupados en 12 categorías diagnósticas, de los MAP y reumatólogos. Para el análisis se de concordancia se utilizó el coeficiente de correlación Kappa (k) con su intervalo de confianza (IC) al 95%. A partir de un coeficiente Kappa 0.6 se consideró la correlación diagnóstica como considerable.

**RESULTADOS:** Se analizaron 3.311 sujetos, 49,7% mujeres, con una edad media de 41 años  $\pm$  12 años. La mayoría (93%) eran trabajadores generales, y el 76% con trabajo fijo. Las principales causas de los episodios de IT-ME (según los reumatólogos) fueron la lumbalgia (34%), y las tendinitis (22%). La concordancia diagnóstica global entre los MAP y los reumatólogos fue alta ( $k=0,62$  IC 95% -0,01 a 0,03), pero varió en función del diagnóstico. El grado de concordancia fue alto en las tendinitis ( $k=0,81$  IC 95% -0,02 a 0,05), artritis microcristalinas y artritis indiferenciadas ( $k=0,71$  IC 95% -0,33 a 0,05), cervicalgia ( $k=0,70$  IC 95% -0,03 a 0,05), enfermedades inflamatorias sistémicas y lumbalgia. La concordancia diagnóstica fue casi aceptable para el síndrome de túnel del carpo ( $k=0,59$  IC 95% -0,33 a 0,05), donde el 24% de estos pacientes fueron diagnosticados de tendinitis por los MAP. El acuerdo fue bajo para la ciática ( $k=0,52$  IC 95% -0,33 a 0,05). El 34,4% fueron diagnosticados de lumbalgia por los MAP. También la concordancia fue baja en la artrosis periférica ( $k=0,43$  IC 95% -0,02 a 0,05), donde el 26,6% y el 12,5% de estos pacientes fueron diagnosticados de dolores musculares y tendinitis según sus MAP. Finalmente, los acuerdos más bajos fueron encontrados en las gonalgias y trastornos internos de rodilla ( $k=0,29$  IC 95% -0,29 a 0,31), en los que el 34,5% fueron diagnosticados de dolor muscular y el 12,7% de tendinitis por los MAP, y en el dolor muscular ( $k=0,15$  IC 95% -0,01 a 0,04), diagnosticados por sus MAP de tendinitis el 16,4% de y de lumbalgia el 12,3%.

**CONCLUSIÓN:** Aunque la concordancia global entre MAP y reumatólogos es alta varía mucho dependiendo del diagnóstico, siendo muy baja en la gonalgia y trastorno interno de rodilla y en los dolores musculares.

## comunicación 13

### EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL TEMPRANA EN PACIENTES CON INCAPACIDAD TEMPORAL DE ORIGEN MUSCULOESQUELÉTICO (IT-ME): UN ESTUDIO POR PATOLOGÍAS

L. León\*, G. Candelas\*, C. Lajas\*, C. Vadillo\*, M. Blanco, J.A. Jover\*. \*Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Martín Lagos s/n, 28040, Madrid.

**OBJETIVOS.** El objetivo del presente trabajo es analizar la eficacia en reducción de días de IT de una intervención cognitivo-conductual complementaria a un programa de intervención reumatológica temprana, analizando la eficacia por diagnóstico de IT.

**MÉTODOS.** Se seleccionaron aquellos pacientes del Área 7 pertenecientes al Programa IT-ME de intervención reumatológica temprana con un proceso de IT de más de 30 días. Los pacientes fueron randomizados y asignados a uno de los grupos: Control (0,30) o Intervención (0,60). El grupo Control siguió el esquema habitual de asistencia reumatológica, mientras que el grupo Intervención complementó dicha asistencia con una intervención cognitivo-conductual, adaptada a este tipo de pacientes. Los resultados se evalúan por proceso de IT, no por paciente. Se realizaron pruebas t de Student y U de Mann-Whitney para analizar la diferencia en días de IT, y regresión de Cox para ver la probabilidad de alta en todos los grupos de patologías.

**RESULTADOS.** Se analizaron 223 procesos de IT, de los que 82 fueron del Grupo Control y 141 del Grupo Intervención. Estos episodios fueron consecuencia de los siguientes diagnósticos: 62 Cervicalgias (18 Control, 44 Intervención); 102 Lumbalgias (41 Control, 61 Intervención); 43 Tendinitis, Partes Blandas (17 Control, 26 Intervención) y 16 otros diagnósticos como Enfermedades Inflamatorias, Artrosis y Artralgias (6 Control, 10 Intervención). La intervención cognitivo-conductual logró una importante reducción en días de IT en el global de procesos, rozando la significación ( $p=0,053$ ). En el análisis por patologías no se aprecian diferencias significativas excepto para otros diagnósticos, con  $167\pm 64$  días menos de IT en el grupo Intervención ( $p=0,03$ ). La probabilidad de alta fue mayor para el Grupo Intervención en todos los diagnósticos excepto en las Cervicalgias, sin lograr diferencias significativas.

**CONCLUSIONES.** Las intervención cognitivo-conductual fue efectiva de forma global. Al analizar por patologías encontramos que el diagnóstico en el que no se objetivan beneficios fue el de Cervicalgia, siendo los otros grupos beneficiados por la intervención, aunque sólo significativamente para la categoría otros diagnósticos. Para comprobar si este efecto se mantiene se necesitarían muestras mayores para compensar las grandes variaciones en la duración de las bajas laborales.

## comunicación 14

### ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES DURANTE EL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL TNF-ALFA.

M.C. Fernández-Espartero\*, R. González\*\*, J. Usón\*, V. Villaverde\*, y R. Miguélez\*. \*Sección de Reumatología y \*\*Servicio de Neurología. Hospital de Móstoles. C/ Río Júcar s/n. 28935 Móstoles.

**INTRODUCCIÓN:** Asociados al tratamiento con los antagonistas del TNF- $\alpha$ , se han descrito la aparición o exarcebación de enfermedades desmielinizantes tipo esclerosis múltiple (EM). En una revisión reciente se han comunicado 20 casos, 18 en tratamiento con etanercept y 2 con infliximab. Nosotros aportamos 2 nuevos casos a los ya descritos en la literatura.

**PRESENTACIÓN CLÍNICA:** En ninguno de los 2 casos existían antecedentes familiares de EM.

**CASO 1:** Mujer de 41 años diagnosticada de artritis psoriásica en el 2001, siguió tratamiento con metotrexato y salazopirina suspendidos por ineficacia/intolerancia. Ante la persistencia de la actividad clínico-analítica se asoció etanercept en septiembre de 2003. A los 15 meses la paciente presentó parestesias en miembros inferiores y cara por lo que se le hizo una RMN craneal donde se objetivaron lesiones desmielinizantes. En la punción lumbar se apreciaron varias bandas oligoclonales en LCR y se realizaron PEVs compatibles con neuritis óptica retrobulbar. Fue valorada por Oftalmología con el diagnóstico de pars planitis inactiva en OD. Tras la suspensión del tratamiento, la paciente ha mejorado clínicamente y las lesiones desmielinizantes han disminuido de tamaño respecto al estudio previo.

**CASO 2:** Varón de 38 años diagnosticado de EA axial B27 (+) en 1995 en tratamiento con AINEs hasta junio de 2006 que inició tratamiento con infliximab por actividad clínico-analítica persistente, con mejoría espectacular. A las 6 semanas de la tercera dosis desarrolló una parálisis facial periférica y parestesias en mano y pie derechos, y a los pocos días una neuritis retrobulbar bilateral. Se le hizo RMN craneal donde se observaron lesiones desmielinizantes sugestivas de EM con PEVs compatibles. Tras la suspensión del tratamiento el paciente ha notado una mejoría progresiva de los síntomas, aunque persisten las lesiones desmielinizantes.

**CONCLUSIONES:** Los antagonistas del TNF- $\alpha$  pueden jugar un papel en el desarrollo de enfermedades desmielinizantes ya sea de forma directa o bien facilitando la manifestación de una enfermedad subclínica.

Aunque existen pocos casos descritos, la clara asociación entre el inicio del tratamiento y el desarrollo de lesiones desmielinizantes hace necesaria la realización de una RMN cerebral ante cualquier manifestación neurológica en estos pacientes.

## comunicación 15

### FORMAS DE INICIO Y EVOLUCIÓN EN UNA SERIE DE ESPONDILOARTROPATÍAS JUVENILES

M. Laiño Piñeiro, M. Valero Expósito, S. Rodríguez Rubio, P. G<sup>a</sup> de la Peña Lefebvre, M.L. Gámir. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Carretera de Colmenar Km 9,100, 28034, Madrid.

**INTRODUCCIÓN:** Las espondiloartropatías (SpA) debutan en ocasiones (entre un 10 y un 50%) durante la infancia y la adolescencia, en los que es más habitual la presencia de artritis periférica y entesopatía que la afectación axial. Aún existe cierta controversia en los criterios de clasificación y los factores predictivos de mala evolución.

**OBJETIVOS:** Valorar las características de las distintas formas clínicas de inicio y su evolución en una serie de pacientes diagnosticados de algún tipo de espondiloartropatía juvenil.

**MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y unicéntrico de pacientes que acudieron a revisión a la consulta de Reumatología Infantil y de "transición" entre Enero y Julio de 2007 que cumplían en algún momento de la evolución criterios de espondiloartropatía (AMOR, ESSG) y criterios ILAR para las categorías artritis-psoriasis o artritis-entesitis.

**RESULTADOS:** Se revisaron las historias de 36 pacientes: al diagnóstico, a los 5 años de evolución y a la edad adulta (>18 años), obteniéndose los siguientes datos:

- 26 varones (70,3%) y 11 mujeres (29,7%). La edad media al inicio de los síntomas fue 10 años (rango: 2-16). Las principales características clínicas pueden observarse en la tabla 1.
- Al inicio de la enfermedad cumplen criterios: ESSG 20/36 (55,6%), de AMOR 22/36 (61,1%), ILAR artritis-entesitis 22/36 (61,1%) e ILAR artritis-psoriasis 7/36 (19,4%).
- En la evolución a la edad adulta cumplen criterios: ESSG 19/20 (90,0%) y de AMOR 20/20 (100%); 5 pacientes (25,0%) son SpA indiferenciadas y 15 (75,0%) SpA diferenciadas: 10 Espondilitis Anquilosante, 3 Artritis psoriásica y 2 SpA asociada a enfermedad inflamatoria intestinal.

**CONCLUSIONES:** La forma de inicio más frecuente en nuestra serie corresponde a la categoría de artritis-entesitis y se expresa clínicamente con oligoartritis de predominio en miembros inferiores y entesopatía. En la evolución, a diferencia de otras series, encontramos una mayor proporción de progresión a Espondilitis Anquilosante.

#### Características clínicas de los pacientes

	Inicio Diagnóstico (n=36)	5 Años Evolución (N=31)	Edad Adulta (N=20)
<b>Dolor espinal</b>	12/36 (33,3%)	14/31 (45,2%)	15/20 (75,0%)
<b>Artritis periférica</b>	34/36 (94,4%)	25/31 (80,6%)	16/20 (85,0%)
<b>Entesopatía</b>	15/36 (41,7%)	13/31 (41,9%)	9/20 (45,0%)
<b>Manif.extraarticulares</b>	12/36 (33,3%)	20/31 (64,0%)	10/20 (50,0%)
<b>Sacroileítis radiológica</b>	4/13 (30,7%)	9/13 (69,2%)	11/12 (91,6%)
<b>HLA B27 +</b>	19/31 (51,3%)	18/26 (69,2%)	16/20 (80,0%)



# comunicación 16

## MANEJO DE LA EPICONDILITIS EN UN HOSPITAL TERCIARIO.

R. Almodóvar, E. Villalobos Baeza\*, M.G. Montemayor\*, P. Zarco, F.J. Quirós, R. Mazzucchelli. Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria\*. Unidad de Reumatología. Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

**OBJETIVO:** Análisis descriptivo retrospectivo de las características clínicas y pautas terapéuticas de los pacientes diagnosticados de epicondilitis seguidos desde 1998 hasta 2007, en una consulta de Reumatología de un Hospital terciario.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se incluyeron un total de 240 pacientes. De las historias clínicas se recogieron: datos sociodemográficos (edad, sexo, profesión), clínicos (tiempo de evolución, antecedente traumático), origen de derivación, tratamientos previos, realización de radiografía simple, tratamientos realizados durante su seguimiento (infiltración, rehabilitación, ambas o intervención quirúrgica), respuesta al mismo (mejoría mayor del 50%) y existencia de secuelas post- tratamiento.

Para el estudio estadístico, se utilizó la odds ratio (OR) con intervalo de confianza del 95% para medir la fuerza de asociación entre variables cualitativas y el Test de Student para analizar las variables cuantitativas. Se uso SPSS versión 13.

**RESULTADOS:** Setenta y ocho varones (32,5%) y 162 mujeres (67,5%), con una edad media de 55,02 8,52 años, una edad al diagnóstico de 50,6 8,5 años y un tiempo medio de duración de los síntomas de 10,24 17,75 meses. Los pacientes fueron derivados: 97,6% del Médico de Atención Primaria, 1,2 % de Traumatología y 1,2% desde otros servicios. Respecto al tipo de trabajo que realizaban: el 54,2% tenían un trabajo con esfuerzo físico moderado, el 21,1% eran amas de casa, el 22,9% realizaban un trabajo sedentario y el 1,8% realizaban deporte (golf o tenis). El 10,2% tuvieron incapacidad laboral transitoria por la epicondilitis, siendo más frecuente en los varones (66,7%, p =0,018). Un 9,7% de los pacientes habían presentado traumatismo previo. Se realizó radiografía simple del codo en el 60,5% de los pacientes, de los cuales un 17,6% presentaban calcificación entesopática. Los pacientes con radiografía recibieron mayor número de infiltraciones (p<0,05). Los tratamientos realizados previamente fueron: 45,7% tomaron AINES y un 6,7% analgésicos. Ciento ochenta y siete pacientes fueron infiltrados (78%), 50 realizaron rehabilitación (21,1%), 47 (19,6%) recibieron tratamiento mixto y 4 (1,7%) fueron intervenidos. La mejoría se produjo en un 77% de los pacientes infiltrados, en un 89,4% de los que fueron rehabilitados y en un 87% de los que fueron sometidos a tratamiento mixto sin diferencias estadísticamente significativas, respectivamente. Los pacientes que recibieron rehabilitación eran más jóvenes y habían recibido mayor número de infiltraciones que los que no fueron tratados con terapia física (p<0,05).

**CONCLUSIÓN:** En nuestro estudio no hay diferencias significativas respecto al tipo de terapia utilizada para tratar la epicondilitis. Los varones presentan mayor incapacidad laboral. Los pacientes enviados a rehabilitación eran más jóvenes y más refractarios.

# comunicación 17

## FASCITIS EOSINOFÍLICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Laíño Piñeiro, M. Vázquez Díaz. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Carretera de Colmenar, KM 9,100, 28034, Madrid.

**INTRODUCCIÓN:** La fascitis eosinofílica (FE) es una enfermedad infrecuente de etiología y patogenia desconocidas. Como causas probables se barajan el ejercicio extremo, hemodiálisis, infección por B.burgdorferi y como síndrome paraneoplásico. Clínicamente se caracteriza por una fase inicial en la que la piel se muestra edematosa, con evolución hacia engrosamiento y finalmente, fibrosis de aspecto esclerodermiforme. La eosinofilia es un hallazgo de laboratorio prácticamente constante.

**PRESENTACIÓN CLÍNICA:** Mujer de 43 años, con retraso mental leve, que consultó por lesiones esclerodermiformes. Once meses antes había iniciado edema con fovea en ambos miembros inferiores coincidiendo con viaje a Jordania, donde había realizado ejercicio físico intenso y sin exposición a sustancias tóxicas conocidas. Valorada inicialmente en medicina interna que ante hallazgo de eosinofilia solicitaron biopsia de médula ósea (marcada eosinofilia, descartándose asociación con proceso linfoproliferativo), remitiendo a enfermedades infecciosas por el antecedente epidemiológico. En su primera consulta en nuestro servicio presentaba endurecimiento de piel en las cuatro extremidades, respetando cara, con hiperpigmentación. No refería fenómeno de Raynaud; no artritis; no mialgias ni debilidad muscular; no clínica gastrointestinal ni cardiorrespiratoria ni genitourinaria. A la exploración física, presentaba esclerosis de la piel en extremidades, con imposibilidad para pellizcar la misma, retracciones cutáneas que impedían extensión completa de MCF, codos, rodillas y tobillos; se objetivaba signo del surco en trayecto venoso de ambas caras internas de muslos. El resto de examen físico no revelaba datos de interés. Los resultados analíticos mostraron eosinofilia (eosinófilos 4100), enzimas musculares normales, hipergammaglobulinemia IgG, ANA, ENA, FR, Ac anticentrómero y anti-Sc170 negativos. Serología Borrelia negativa. TAC body sin hallazgos significativos. La biopsia muscular mostró fascia muscular con infiltrados inflamatorios, constituidos por linfocitos, células plasmáticas, macrófagos y menor cuantía de eosinófilos. La paciente recibió tratamiento con corticoides a dosis de 1 mg/kg/día, colchicina 0,5 mg/día y ranitidina 1 comprimido/12 horas, con mejoría progresiva de sintomatología, ya objetivada en la primera semana de tratamiento.

**CONCLUSIONES:** La FE es una entidad poco frecuente que se debe plantear en pacientes con cambios en la piel tipo esclerodermia asociado a eosinofilia. La confirmación diagnóstica se realiza por estudio histológico de una biopsia en cuña de la zona afectada. Debido a su baja frecuencia no existen pautas de tratamiento establecidas. El tratamiento más aceptado se basa en corticoides orales a dosis de 1 mg/kg/día; algunos autores proponen asociar antagonistas H2. La evolución es variable; se estima que un 25% presentan remisión espontánea; un 50% tienen remisión completa o mejoría con tratamiento corticoideo; y otro 25% desarrolla un cuadro fibrosante crónico a pesar de tratamiento.

# comunicación 18

## SEGURIDAD Y EFICACIA DEL CAMBIO DE INFLIXIMAB A ETANERCEPT EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

J.R. Godo, J. Campos, J. Sanz, L. Silva, M. Fernández-Castro, J.L. Andreu, J. Mulero. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, San Martín de Porres 4 28035, Madrid, España

**OBJETIVOS:** evaluar la seguridad y eficacia del tratamiento con Etanercept en pacientes con Espondilitis Anquilosante que interrumpieron tratamiento previo con Infliximab por pérdida de eficacia o efectos adversos

**MÉTODO:** Estudio observacional que evalúa la seguridad y eficacia del tratamiento con Etanercept en pacientes en los que se interrumpió el tratamiento con Infliximab por efectos adversos o ineficacia. Se identificaron los pacientes con diagnóstico de Espondilitis Anquilosante tratados con dos o más agentes anti TNF de la base de datos del servicio y fueron valorados de forma sistemática usando los parámetros estándar de evaluación (BASDAI, BASFI, valoración general del paciente, escala visual analógica para el dolor, reactivos de fase aguda), tres meses antes y posterior al cambio de agente anti TNF

**RESULTADOS:** fueron identificados cinco pacientes tratados con Etanercept después de recibir tratamiento con Infliximab (3 varones y 2 mujeres) El tratamiento con Infliximab fue interrumpido por falta de eficacia en 4 pacientes y por efectos adversos en solo un paciente (reacción cutánea). La edad media era de 55 años, el número de FAME previos fue de 2,2. La duración del tratamiento con Infliximab previo al cambio fue de 20 meses y el seguimiento con la terapia con Etanercept varía entre 3 y 30 meses. Los cinco pacientes respondieron satisfactoriamente al Etanercept, alcanzando los criterios ASAS 40 de respuesta. No se han observado efectos adversos relevantes y se mantiene la respuesta favorable al tratamiento durante el seguimiento.

**CONCLUSIÓN:** este estudio observacional sugiere que el fallo a un agente anti- TNF debido a la pérdida de eficacia o efectos adversos no influye en la respuesta a un segundo agente anti- TNF en pacientes con EA grave.

## comunicación 19

### INCIDENCIA ANUAL DE FRACTURA DE CADERA OSTEOPORÓTICA EN EL ÁREA SANITARIA 2 DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

*E. Toledano Martínez\*, P. Talavera del Olmo\*, A. Casado Poveda\*, M.A. Hernández García\*\*, F. Rodríguez Salvanés, R. Puñet Pellise\*\*, J.A. García-Vadillo\*. Servicio de Reumatología\*. Servicio de Rehabilitación\*\*. Hospital Universitario de La Princesa. Diego de León 62, 28006-Madrid.*

**OBJETIVO:** Estimar la incidencia anual de fractura de cadera osteoporótica en el Área 2 de la Comunidad de Madrid durante el año 2006.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** El Área Sanitaria 2 de la Comunidad de Madrid atiende un total de 554.274 habitantes. Según su pirámide poblacional, la población mayor de 65 años atendida está estimada en un 16,18% (89.678 habitantes). La razón hombre/mujer en este intervalo de edad es de 1/4. Para estimar la incidencia anual de fracturas de cadera osteoporóticas en el Área Sanitaria 2, se realizó un estudio prospectivo observacional de casos incidentes. Se incluyeron todos los pacientes ingresados, pertenecientes al Área 2, con fractura de cadera por traumatismo de bajo impacto, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2006, en el único hospital público que atiende a la población adulta del Área Sanitaria 2. A todos ellos, y con ayuda de un familiar, se les realizó una encuesta diseñada previamente en el que se incluyeron datos socio-demográficos, diagnóstico previo de osteoporosis, tratamiento en caso afirmativo con suplementos de calcio/vitamina D, antirresortivos u osteoformadores y número y localización de las fracturas osteoporóticas previas. Esta información se completó con la obtenida consultando el registro Hygea, sistema de información clínica integrada que recoge los eventos atendidos por Atención Primaria y Especializada.

**RESULTADOS:** La incidencia acumulada de fractura de cadera osteoporótica en la población del Área Sanitaria 2 mayor de 65 años es de 2,07 hombres, 5,45 mujeres y conjuntamente de 4,19 por mil habitantes. La incidencia estimada por grupos de edad, sexo y mil habitantes, así como por trimestres, está reflejada en la siguientes tablas:

#### Incidencia estimada por grupos de edad y mil habitantes

Edad (años)	Hombre (IC)	Mujer (IC)
40-64	0,12 (0,05-0,20)	0,11 (0,04-0,17)
65-74	0,4 (0,10-0,70)	0,81 (0,45-1,17)
75-79	1,88 (0,89-2,86)	4,22 (3,06-5,39)
80-84	3,05 (1,51-4,59)	7,97 (6,21-9,73)
85-89	5,84 (3,19-9,78)	14,38 (11,4-17,4)
>90	17,29 (10,4-26,9)	17,71 (13,7-21,7)

#### Incidencia estimada por trimestres.

Trimestre	Sexo (%)		Total (%)
	Hombre	Mujer	
Enero-marzo	23,2	76,8	28,2
Abril-junio	16,5	83,5	25,9
Julio-septiembre	20	80	20,2
Octubre-diciembre	19,6	80,4	25,7

**CONCLUSIONES:** La incidencia de fractura de cadera osteoporótica en el Área Sanitaria 2 hasta los 65 años es muy escasa. A partir de esa edad se incrementa de forma progresiva, siendo mucho más frecuente en las mujeres. La máxima incidencia se alcanza a partir de los 90 años, donde afecta a más de 17 de cada mil ancianos. No se observa ningún patrón estacional.

[Este trabajo de investigación ha sido financiado con una beca de Merck Sharp and Dohme de España –MSD-].

# comunicación 20

## 1º CASO DESCRITO DE NECROSIS ÓSEA AVASCULAR DE CADERAS BILATERAL COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LA OCROONOSIS.

R. Almodóvar, P. Zarco, F.J. Quirós y R. Mazzucchelli. Unidad de Reumatología. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.

**INTRODUCCIÓN:** La Alcaptonuria es una rara enfermedad hereditaria del catabolismo de la tirosina, autosómico recesiva, caracterizada por la deficiencia en la enzima homogentísico 1,2 oxigenasa. Este déficit enzimático produce la eliminación continuada de ácido homogentísico en orina (Alcaptonuria) y la acumulación de pigmento de ácido homogentísico en el tejido conectivo (Ocronosis). Su prevalencia aproximada es de 1/1.000.000 de habitantes. Es más frecuente y más grave en el hombre que en la mujer. Suele manifestarse entre los 30-40 años. Los rasgos clínicos más característicos son la emisión de una orina que se torna de color negro-pardusca al contacto con el aire; pigmentación oscura en escleras y piel; calcificación de los discos intervertebrales y afectación cardiovascular sobretodo estenosis de la válvula aórtica. El diagnóstico se confirma mediante la detección de ácido homogentísico en orina.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 65 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión arterial, depresión y gonartrosis bilateral de 4 años de evolución. Acude a nuestra consulta por presentar desde hace 3 meses dolor inguinal derecho intenso, de características mecánicas. También presentaba desde hace 5 años lumbalgia mecánica, no irradiada sin pérdida de fuerza ni sensibilidad. Como otros datos, la paciente refería hipoacusia progresiva en los últimos años y coloración oscura de la orina con la exposición solar desde siempre. A la exploración física destacaba una coloración azulada del cartílago auricular de forma bilateral. A nivel del aparato locomotor presentaba una limitación patrón capsular en cadera derecha con deformidad en flexo a -30°. En las pruebas de laboratorio el hemograma, la cuantificación de inmunoglobulinas, paratohormona, serologías, hormona tiroestimulante (TSH), anticuerpos antinucleares (ANA) y sistemático de orina fueron normales. Destacaba una fosfatasa alcalina de 141 U/L (35-104 U/L) y una PCR de 9,3 mg/l (0-5 mg/l). En la radiografía de pelvis se observaba cambios degenerativos evolucionados y osteonecrosis de la cabeza femoral derecha con deformidad y colapso de la misma. En la radiografía de columna lumbar presentaba calcificación de todos los discos intervertebrales. Se realizó una Resonancia Nuclear Magnética de ambas caderas que mostraba cambios degenerativos y osteonecrosis evolucionada de la articulación coxo-femoral derecha. En la articulación coxo-femoral izquierda presentaba las mismas alteraciones pero de forma incipiente. Para el diagnóstico definitivo se determinó el ácido homogentísico en orina de 24 horas por fotometría, que mostró un valor de 1175 mg/l (0-0 mg/l) confirmándose el diagnóstico de ocronosis. Se observó como la orina tornaba a color oscuro con la exposición al sol. Se completó el estudio con un ecocardiograma en el que únicamente se objetivó esclerosis valvular aórtica y ligera hipertensión pulmonar; una densitometría ósea con T score de columna lumbar de -3,24 y de cuello femoral de -1,51 y un estudio otorrinolaringológico apreciándose una hipoacusia bilateral. Le realizaron implantación de prótesis total de cadera derecha, con buena evolución y tratamiento sintomático. Actualmente le han implantado otra prótesis total en cadera izq por destrucción rápidamente progresiva de la cadera, con datos de osteonecrosis asociada.

**CONCLUSIÓN:** El interés del caso reside, en la inclusión de la ocronosis dentro del diagnóstico diferencial de un paciente de edad media con destrucción rápidamente progresiva de las caderas y lumbalgia crónica. Y del papel quizás patogénico, de la necrosis ósea vascular que pudiera contribuir a la artropatía rápidamente progresiva de las caderas.

# comunicación 21

## CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES TRATADOS CON PTH (1-84) EN UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA

P. Navarro Alonso, M. Cantalejo Moreira, R. Veiga Cabello, A. Díaz Oca. Unidad de Reumatología. Hospital de Fuenlabrada. Cº Molino 2. 28942. Fuenlabrada- Madrid

**OBJETIVO:** Analizar las características de los pacientes tratados con PTH (1-84) en una Unidad de Reumatología y conocer las dificultades en la administración del producto.

**MÉTODOS:** Se registran edad, diagnósticos y tratamiento previos, número y localización de fracturas y datos de laboratorio de los pacientes que iniciaron tratamiento con PTH (1-84) de Febrero a Septiembre de 2007. Todos se incluyeron en un programa de control analítico en los meses 1º 3º y 6º desde el inicio del tratamiento; además el equipo de Enfermería adiestró a todos los pacientes para la autoadministración del producto y se les facilitó un teléfono para consultar incidencias.

**RESULTADOS:** Iniciaron tratamiento 15 pacientes, todas mujeres, con una edad media de 70 años rango (59-82); ninguna era dependiente para las actividades de su vida diaria. Tenían diagnóstico previo de osteoporosis 14 pacientes (93%) que mantenían tratamiento con aportes de calcio y vitamina D, bifosfonatos o ranelato de estroncio, en 5 casos asociado a calcitonina subcutánea, un paciente no recibía tratamiento por falta de diagnóstico previo de osteoporosis. Encontramos 3 pacientes en tratamiento con corticoides a dosis bajas (2 por artritis reumatoide y 1 por polimialgia reumática). Todos tenían historia de fractura, observamos 3 pacientes (20%) con fractura única localizada a nivel vertebral y 12 (80%) con fracturas múltiples: en un paciente se localizaban a nivel del anillo pélvico (rama isquio-pubiana, íleo-pubiana y sacro) y en 11 la localización fue vertebral, de estos 3 asociaban fractura de Colles y 1 costal. Todos referían dolor en relación con el lugar de localización de la fractura y precisaban tratamiento analgésico: 8 paracetamol (uno asociado a codeína), 4 parches de fentanilo y 3 tramadol. No se registraron alteraciones analíticas secundarias a la administración de PTH, ni nuevas fracturas por fragilidad. Solo un paciente precisó ayuda de un familiar para el uso de la pluma por lo que suspendió el tratamiento al faltarle, el resto refería manejo sencillo, no se registraron más incidencias.

**CONCLUSIONES:** Un alto porcentaje de pacientes con osteoporosis que inicia tratamiento con PTH (1-84) tiene fracturas múltiples y han fracasado otros tratamientos para su prevención. Buena adhesión y autoadministración sencilla del fármaco.

## comunicación 22

### ESTUDIO A 1 AÑO SOBRE LA EFICACIA DEL RANELATO DE ESTRONCIO SOBRE LA MASA ÓSEA EN PACIENTES CON Y SIN TRATAMIENTO PREVIO CON BISFOSFONATOS.

*R. Almodóvar, R. Mazzucchelli, P. Zarco y F.J. Quirós. Unidad de Reumatología. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid*

**OBJETIVO:** Analizar el efecto del ranelato de estroncio a los 12 meses de tratamiento, sobre el metabolismo óseo y la densidad mineral ósea, en pacientes con y sin tratamiento previo con bisfosfonatos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo en el que se incluyeron 27 mujeres diagnosticadas de osteoporosis postmenopausica según criterios densitométricos de la OMS. Los pacientes se dividieron en dos grupos, un grupo de pacientes tratadas previamente con bisfosfonatos (Risedronato o Alendronato) al menos durante 1 año y otro segundo grupo no tratado anteriormente con bisfosfonatos. A todos los pacientes se les administró tratamiento con ranelato de estroncio (dosis de 2 gramos 1 vez al día) y suplementos con calcio y vitamina D durante un periodo de 12 meses. Según protocolo se recogieron al inicio y a los 12 meses: datos demográficos, factores de riesgo de osteoporosis, presencia de fracturas, tratamientos concomitantes, peso e índice de masa corporal, marcadores de remodelado óseo (fosfatasa alcalina, osteocalcina, cross-laps), datos de laboratorio (calcio, fósforo, PTH, vit.D y calciuria), densidad mineral ósea lumbar y femoral (DMO; mediante absorciometría de rayos X con energía dual). Para el estudio estadístico, se utilizó el test de Student para analizar las variables cuantitativas.

**RESULTADOS:** La edad media fue de 68,36,8 años y un tiempo medio de seguimiento de la enfermedad de 70,3741 meses. Diecinueve pacientes habían estado con bisfosfonatos previamente (16 con alendronato y 3 con risedronato). El 7,4%(2) de las pacientes eran fumadoras. Dos pacientes tenían artritis reumatoide. El 14,8% no realizaban ejercicio físico. El 26%(7) tenían menopausia precoz y el 14,8%(4) menarquia tardía. El 52% no cumplía una dieta rica en calcio y un 3,7%(1) presentaba antecedentes familiares de fracturas de cadera. Un 14,8%(4) presentaban fracturas periféricas (2 de cadera y 2 de collex) y un 33,3% (9) fracturas vertebrales dorso-lumbares previas al tratamiento con ranelato de estroncio. El 14,8%(4) de las pacientes tomaban esteroides (dosis media de 5 mg al día). Dos pacientes abandonaron el tratamiento por molestias digestivas, al mes del estudio. El IMC tendía a ser mayor a los 12 meses, en el grupo que había recibido previamente bisfosfonatos ( $p=0,05$ ). No hubo diferencias significativas en el peso, concentraciones plasmáticas de calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, osteocalcina, cross-laps, PTH, vitamina D ni calciuria de 24 horas entre los dos grupos. La diferencia de la DMO a nivel lumbar ( $-0,070,07$  gr/cm<sup>2</sup> vs  $-0,0080,05$  gr/cm<sup>2</sup>,  $p=0,02$ ) entre la basal y a los 12 meses era significativamente mayor en el grupo que no había tomado bisfosfonatos previamente. Sin embargo, la diferencia de la DMO femoral ( $-0,010,02$  gr/cm<sup>2</sup> vs  $0,0030,02$  gr/cm<sup>2</sup>;  $p=0,5$ ) no presentaba cambios significativos en ningún grupo. Durante el tratamiento con ranelato de estroncio se detectó una nueva fractura vertebral dorsal (3,7%).

**CONCLUSIÓN:** Este estudio muestra un aumento significativamente mayor de la densidad mineral ósea lumbar en pacientes tratados durante 12 meses con ranelato de estroncio que no habían recibido tratamiento previo con bisfosfonatos. Mientras que el IMC tendía a aumentar a los 12 meses de tratamiento en los pacientes que habían recibido previamente bisfosfonatos. Es necesario un mayor número de pacientes y de tiempo de seguimiento para confirmar estos resultados.

## comunicación 23

### MUJER JOVEN CON ODINOFAGIA, FIEBRE Y RASH CUTÁNEO.

*B. Varas de Dios, G. Ruiz Bonilla, F.J. Bachiller Corral. Servicio de Reumatología. Hospital Ramón y Cajal. Km 9.100, 28034, Madrid.*

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de Still del adulto es una enfermedad inflamatoria del tejido conectivo de etiología desconocida y escasa prevalencia (1 por 100.000 habitantes) que se caracteriza por la asociación de fiebre, artritis o artralgias, exantema cutáneo y odinofagia. La edad más frecuente de aparición es entre los 18 y los 45 años, con discreto predominio en sexo femenino. El síndrome toma su nombre por su parecido a la forma sistémica de artritis reumatoide juvenil descrita en 1896 por George Still. Actualmente se considera una misma entidad la enfermedad de Still del adulto y la forma sistémica de la artritis idiopática juvenil. El diagnóstico de esta enfermedad debe hacerse por exclusión, habiéndose propuesto distintos criterios clínicos y analíticos. Los más aceptados son los de Cush y cols. (Fiebre  $>39$  °C; artralgias y/o artritis; FR  $<1/80$  y ANA  $<1/100$  y más de los siguientes: leucocitosis  $>15.000/mm^3$ , erupción evanescente maculo o maculopapular, pleuritis o pericarditis y hepatomegalia, esplenomegalia o adenopatías generalizadas)

**PRESENTACIÓN CLÍNICA:** Mujer de 29 años sin antecedentes de interés que consulta por cuadro de una semana de evolución de odinofagia y fiebre en picos de hasta 39°. Coincidiendo con los episodios febriles presentaba lesiones cutáneas eritematosas, confluentes y pruriginosas, localizadas en tronco, respetando extremidades y cara que desaparecían al ceder la fiebre. Asociaba mialgias y artralgias en rodillas, hombros y carpos, sin signos de artritis. Al inicio del cuadro es valorada por su MAP quien pautó Amoxicilina y Paracetamol sin respuesta. Se decidió el ingreso a cargo de Servicio de Reumatología para estudio.

A la exploración física presentaba buen estado general, leve hiperemia faríngea, adenopatía en cadena cervical derecha. Hepatomegalia. Los resultados analíticos mostraron leucocitosis de hasta 22.000 células con desviación izquierda (85% neutrófilos), GOT: 93 y GPT: 64, Ferritina: 272 ng/ml, VSG: 51, PCR: 106, Factor Reumatoide y ANAs negativos. Radiografía de tórax y el ecocardiograma normales. Hemocultivos y estudios serológicos (Salmonella, Brucella, virus hepatotropos, virus Epstein-Barr, CMV, Parvovirus B-19, Sífilis, VHZ y enfermedad de Lyme) negativos. Biopsia cutánea: infiltrado inflamatorio neutrofílico de leve intensidad de localización perivascular e intersticial. Los hallazgos clínicos, analíticos e histológicos, junto con la exclusión de otros procesos, hicieron que se estableciera el diagnóstico de enfermedad de Still del adulto. Tras iniciar corticoterapia (Prednisona 1/2 mg/Kg/día) desaparece el síndrome febril, manteniendo lesiones cutáneas residuales hiperpigmentadas. Un mes después la paciente se encuentra asintomática.

**CONCLUSIONES:** La presentación clínica de la Enfermedad de Still es extremadamente variable, hecho que dificulta el diagnóstico, siendo éste de exclusión. El pronóstico es incierto. La evolución habitual es en forma de brotes, con manifestaciones sistémicas y/o articulares, separados por fases de remisión clínica y de laboratorio (patrón policíclico o intermitente), no siendo previsibles el nº de recurrencias pero suelen ser cada vez de menor intensidad y duración.



## comunicación 24

### EVOLUCIÓN DE LAS ESPONDILOARTROPATÍAS ACTIVAS TRATADAS CON INFILIXIMAB.

*E. Vicente, E. Toledano, I. González, A. Humbría, A. Herranz, A. Ortiz, E. Patiño, S. Castañeda. Hospital Universitario de La Princesa, C/ Diego de León 62, Madrid.*

**OBJETIVO:** Evaluar la evolución clínico-analítica de los pacientes con espondiloartropatías (SPAs) activas tratados de manera continuada con infliximab (IFX) en nuestro Servicio.

**MÉTODOS:** Se utilizaron los criterios de clasificación del grupo europeo para el estudio de las SPAs. Se definió como actividad de la enfermedad una puntuación del índice BASDAI  $\geq 3$  de 4. Se recogieron de forma protocolizada variables de funcionalidad y actividad, tanto clínica como analítica. Análisis estadístico: Se realizó un análisis de acuerdo al principio de intención de tratar. Las comparaciones entre las variables clínico-analíticas de las visitas inicial y final se estudiaron mediante el test de la t de Student para datos pareados.

**RESULTADOS:** Se estudiaron 52 pacientes (63,5% varones) con manifestaciones axiales y/o mixtas: 34 espondilitis anquilosante, 8 artritis psoriásica, 5 SPAs asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal (EII), 3 indiferenciadas y 1 SAPHO. La edad media fue  $51 \pm 11$  años y la evolución de 13,5 (2,5-43,8) años [mediana (p25-p75)]. Recibieron IFX durante un tiempo medio de 3,4 años (rango: 0,2-7). Se apreció una mejoría significativa de todas las variables estudiadas, expresadas como media  $\pm$  DE (tabla). En la visita final, la dosis media fue de 5 mg/kg de peso (rango: 2,5-10) y el periodo entre infusiones de IFX de 7,8 semanas (r: 4-12). La dosis de 10 mg/kg sólo fue empleada en 2 pacientes con EII, por su clínica digestiva. Actualmente continúan en tratamiento el 76,4% de los pacientes. La terapia tuvo que ser suspendida en 11 enfermos: 8 (72,7%) por ineficacia, 2 (18,2%) por toxicidad y 1 (9,1%) por factores de riesgo cardiovascular.

**CONCLUSIONES:** Nuestros resultados demuestran que el tratamiento continuado de las SPAs activas con IFX es altamente eficaz y seguro. Es interesante reseñar la existencia de un adecuado control de la actividad de la enfermedad con dosis inferiores a 5 mg/kg y periodos entre infusiones superiores a 6 semanas en algunos de nuestros pacientes.

#### Variables de respuesta clínico-analíticas

Variables Analizadas	Basal	Final*	P
Dolor (EVA 0-10 cm)	6,1 (2,3)	2,4 (2,3)	<0,05
VGEP (EVA 0-10 cm)	6,1 (2,2)	2,7 (2,5)	<0,05
RM (minutos)	60 (41,4)	15 (29)	<0,05
BASDAI	5,4 (2,5)	3,0 (2,2)	<0,05
BASFI	5,4 (2,5)	3,6 (2,5)	<0,05
VSG	37,9 (23,5)	23 (18,8)	<0,05
PCR	2,6 (2,6)	0,8 (0,9)	<0,05

EVA = Escala visual analógica; VGEP = Valoración global de la enfermedad por el paciente; RM = rigidez matutina.

Declaración de intereses: Este estudio se ha realizado sin financiación por la industria farmacéutica.

## comunicación 25

### SUPERVIVENCIA DEL PRIMER TRATAMIENTO ANTI-TNF EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ESPONDILOARTROPATÍAS.

*E. Vicente, J.M. Álvaro-Gracia, S. Castañeda, F. Rodríguez-Salvanés<sup>1</sup>, C. Martínez Njeto<sup>2</sup>, A. García-Vadillo, R. García-Vicuña, J.P. López-Bote. Servicio de Reumatología. <sup>1</sup>Fundación de Investigación. <sup>2</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.*

**OBJETIVO:** Analizar la supervivencia del primer tratamiento con anti-TNF (a-TNF) en nuestros pacientes con artritis reumatoide (AR) y espondiloartropatías (SPAs) y determinar los factores relacionados.

**MÉTODOS:** Se incluyeron las RA y SPAs tratadas en nuestro hospital con alguno de los tres a-TNF disponibles. Se recogieron de forma protocolizada las características clínicas, la terapia concomitante con FAMES, los índices de actividad y funcionalidad y las causas de suspensión del a-TNF. Estudio estadístico: se calculó el tiempo de supervivencia del primer tratamiento a-TNF mediante el método de Kaplan-Meier y la prueba de Log-Rank con el programa Stata 9. Se ajustó por el posible efecto del sexo, tiempo de evolución, diagnóstico, terapia concomitante con FAMES y la causa de suspensión del tratamiento mediante análisis de regresión de Cox.

**RESULTADOS:** Se estudiaron 340 pacientes (65,3 % mujeres): 208 AR (61,2%) y 132 SPAs (38,8%) distribuidas en 76 espondilitis anquilosantes, 37 artritis psoriásicas, 8 enfermedades inflamatorias intestinales, 1 Reiter, 2 SAPHO y 8 SPAs indiferenciadas. La edad media fue de 55,513,9 años (mediaDE), con un tiempo de evolución de 11, [0,4-43,8] años (mediana [p25-p75]). Los a-TNF fueron: 46,2% infliximab (I), 36,5% etanercept (E) y 17,3% adalimumab (A). El 83,8 % de los pacientes asociaban FAMES, siendo el metotrexato (48,2%) el más empleado. Se eligieron puntos de corte anuales para establecer las funciones de supervivencia de los distintos a-TNF, expresadas como porcentaje (IC 95%) (tabla). Se encontraron diferencias significativas entre las funciones de supervivencia de los tres fármacos estudiados (p-'3d0,01). El análisis de regresión de COX identificó que el sexo femenino [HR: 1,67 (IC 95%: 1,09-2,57)] y la duración de la enfermedad [HR: 0,96 (0,94-0,98)] se asociaron de forma significativa con la supervivencia del a-TNF. Los HR (IC 95%) ajustados para los a-TNF fueron: I [HR:1], E [1,53 (1-2,3)] y A [2,48 (1,29-4,79)], con p<0,05. Las causas de suspensión del a-TNF fueron: ineficacia (52,1%), toxicidad (35,2%), remisión (7,1%) y otros (5,6%), sin diferencias significativas entre los tres a-TNF.

Tiempo de corte	Infliximab n=157	Etanercept n=124	Adalimumab n=59
1 año	83% (74-88)	82% (74-88)	84% (71-92)
2 años	71% (64-78)	67% (56-75)	79% (64-88)
3 años	56% (47-63)	55% (43-66)	63% (37-80)

**CONCLUSIONES:** Encontramos diferencias significativas en las funciones de supervivencia de los tres a-TNF en nuestros pacientes. No podemos descartar la influencia de factores como el esfuerzo creciente por alcanzar la remisión de la actividad de la enfermedad o la disponibilidad de un número creciente de alternativas terapéuticas en los últimos años.

## comunicación 26

### VERTEBROPLASTIA: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE

*J.R. Lamúa Riazuelo, E. Pérez González, M. Vázquez Díaz, C. Díaz Miguel. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Carretera de Colmenar Km. 9.1. 28034. Madrid*

**INTRODUCCIÓN:** La vertebroplastia percutánea es un procedimiento terapéutico que consiste en la inyección de cemento óseo (polimetilmetacrilato) dentro de un cuerpo vertebral parcialmente fracturado (bien osteoporótico, hemangioma o metastático) con la intención de mejorar la estabilidad mecánica de la vértebra con el consiguiente alivio del dolor que provoca la fractura vertebral.

Se trata de una técnica que se realiza bajo anestesia local y con control radiológico por lo que está demostrando ser un procedimiento seguro y bien tolerado, no obstante, no está exento de complicaciones.

**PRESENTACIÓN CLÍNICA:** Varón de 74 años de edad sin antecedentes de interés que es intervenido de neoplasia perforada de colon en ángulo realizándose resección de colon transversal y descendente, esplenectomía, gastrectomía parcial, extirpación de cola de páncreas y colostomía de descarga. Tras un postoperatorio favorable recibió tratamiento quimioterápico oral con muy buena respuesta.

Aproximadamente 8 meses después de la intervención el paciente inicia una clínica de dolor dorsolumbar de características mecánicas de intensidad progresiva con mal control analgésico con medicación de segundo escalón de la OMS. Desde el inicio del dolor fue limitando progresivamente al paciente para la realización de sus actividades básicas de la vida diaria.

La exploración física por aparatos era anodina. En la exploración física del aparato locomotor destacaba la apofisalgia dorsal baja y lumbar alta con limitación, prácticamente completa, para los movimientos de flexo-extensión dorsal y lumbar.

Los estudios analíticos mostraron: 25 hidroxil Vitamina D3 8.5 ng/ml (rango 19.1-57.6) y 1,25 hidroxil Vitamina D3 72.8 pg/ml (rango 19-48), con Calcio y fósforo séricos normales, marcadores tumorales (incluyendo PSA) negativos y EEF normal.

En cuanto a las pruebas de imagen: en primer lugar se realizaron radiografías simples de columna dorsal y lumbar en las que se apreciaba colapso vertebral D7 y en menor medida aplastamiento D9. La Gammagrafía ósea completa fue informada como lesión osteoblástica a nivel de D7 sugestiva de aplastamiento vertebral como primera posibilidad sin hallarse lesiones sugerentes de metástasis óseas. Posteriormente se realizó RMN dorso-lumbar donde se aprecian aplastamientos D7 y D9 con señal que sugiere edema medular de probable origen secundario a fracturas.

Se diagnostica al paciente en este momento de aplastamientos vertebrales por déficit de 25 hidroxil Vitamina D3 en probable relación con osteoporomalacia secundaria a malabsorción (secundaria a su vez a cirugía de neoplasia colónica complicada)

El paciente inició tratamiento con suplementos de vitamina D vía oral e ingresó de manera programada para realización de vertebroplastia sobre D7 y D9 encontrándose durante el procedimiento dichas vértebras aplastadas "en galleta" siendo imposible la cementación apreciándose aplastamiento a nivel L3 realizándose vertebroplastia a dicho nivel (asumiendo el aplastamiento como reciente). Durante el procedimiento se consigue una cementación satisfactoria del 70% de la vértebra. Tras el procedimiento el paciente quedó asintomático. Durante el procedimiento se produjo una pequeña fuga de cemento que fue seguido por radioscopia y visible mediante radiografía simple a vena cava y arteria pulmonar sin repercusión clínica.

**CONCLUSIONES:** La vertebroplastia es un proceso no exento de complicaciones. Las complicaciones descritas se relacionan en general con la migración extravertebral del cemento. Según series se describe fuga del cemento hasta en un 50% de los procedimientos. Generalmente se trata de fugas locales sin trascendencia clínica.

Se han descrito casos aislados de embolismos de cemento a la circulación pulmonar con una frecuencia en torno del 0.6 %. Aunque por lo general se trata de embolias sin repercusión clínica están descritos casos de embolias severas con desenlaces graves.

## comunicación 27

### AFECTACIÓN ARTICULAR CRÓNICA EN ESCLEROSIS SISTÉMICA

*E. Enríquez, B. Joven, R. Almodóvar, P. E. Carreira. Servicio de Reumatología, Hospital 12 de Octubre, Madrid*

**OBJETIVOS:** Analizar el patrón de la afectación articular crónica, sus asociaciones clínicas y sus características radiológicas, en una amplia serie de pacientes con esclerosis sistémica (ES).

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Incluimos todos los pacientes diagnosticados de ES en nuestro hospital entre 1976 y 2006. Los datos demográficos (sexo, edad al inicio y al diagnóstico, años de seguimiento, muerte), clínicos (extensión de afectación cutánea, afectación pulmonar, renal, cardíaca, muscular, articular, gastrointestinal), y serológicos (VSG, FR, ANA, a-ScI70, ACA, a-RNP, a-CCP) se obtuvieron de bases de datos existentes y de las historias clínicas. La afectación crónica articular se definió como artritis o artralgias inflamatorias de más de 6 semanas de duración. Se excluyeron los roces de fricción articulares y otras causas de dolor articular (artrosis, artropatía microcristalina, artritis séptica...). Para el estudio, además se obtuvieron los siguientes

datos: número de articulaciones dolorosas e inflamadas, duración de la rigidez matutina, patrón de la afectación articular y características radiológicas (Sharp/Van der Heijde). Se valoró además la presencia de osteopenia radiológica y calcinosis. Se utilizó Odds ratio con 95% CI para medir la fuerza de asociación entre variables y regresión logística para analizar los factores de riesgo para el desarrollo de erosiones.

**RESULTADOS:** El estudio incluía 180 pacientes (163 m, 17 v), con 4418 años al inicio y 77 años de seguimiento, de los cuales 89 (49%) tenían afectación articular. Cincuenta y cinco (62%) tenían ES limitada y 34 (38%) ES difusa. La afectación articular se presentó como artralgiyas inflamatorias en 51 (57%) pacientes, y como poliartritis crónica en 38 (43%). En este último grupo, la artritis era bilateral y simétrica en 35 (90%) pacientes, con 12±9 articulaciones dolorosas y 7±8 articulaciones inflamadas. La artritis fue el síntoma inicial en 14 (36%) pacientes. Las articulaciones más frecuentemente afectadas fueron: muñecas (30%), rodillas (21%), MCP (16%), IFP (10%), codos (8%) y hombros (5%). La VSG estaba elevada en 13 (34%) pacientes, 81 (91%) tenían ANA, 30 (34%) ACA, 25 (28%) ai-Sci-70, 4 (8%) a-RNP, 6 (13%) FR y 2 (2%) a-CCP. Los hallazgos radiológicos fueron osteopenia (25%), erosiones (18%) y calcinosis (8%). El índice de Sharp/Van der Heijde fue 5,58,6 para pinzamientos y 0,72,7 para erosiones. La presencia de artritis crónica se asociaba a afectación colónica, (OR=2,1; 95%CI 1-4,5; p=0,04) síndrome seco (OR=2,4; 95%CI 1-5,7; p=0,03), VSG elevada (OR=2,5; 95%CI 1,1-5,3; p=0,01), ausencia de ACA (OR=0,5; 95%CI 0,2-0,9; p=0,03), pero no a FR ni a-CCP. Los pacientes con afectación articular recibieron más esteroides, cloroquina y D-penicilamina que los pacientes sin síntomas articulares. Ninguna de las características clínicas analizadas predecía la aparición de erosiones en nuestra serie.

**CONCLUSIÓN:** Casi la mitad de los pacientes con ES presentan afectación articular crónica. El patrón predominante es similar al de la artritis reumatoide, con afectación bilateral y simétrica de manos, pero con menos alteraciones radiológicas y sin asociación con FR ni a-CCP. Aunque la afectación articular en general es más frecuente en pacientes con ES limitada, la artritis crónica se asocia con afectación del colon, síndrome seco, elevación de VSG y ausencia de ACA, lo que sugiere una mayor gravedad de las manifestaciones articulares en los pacientes con ES difusa.

## comunicación 28

### NIVELES DE ANTICUERPOS FRENTE A VIRUS DE EBSTEIN-BARR (VEB) Y CITOMEGALOVIRUS (CMV) EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA (ES).

A. Benajiba, P. Estévez Sánchez, E. Lucas Bermejo; B. Joven, R. Almodóvar, A. Fuertes\*, P.E. Carreira. Servicios de Reumatología y \*Microbiología, Hospital 12 de Octubre, Madrid

**OBJETIVOS:** Comparar los niveles de anticuerpos (ac) frente a CMV y VEB en una población de pacientes con ES respecto a una población de control, y analizar la influencia de los niveles de ac en las diferentes manifestaciones clínicas de la ES.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** se incluyeron todos los pacientes con ES seguidos en el servicio de reumatología que disponían de una muestra adecuada para serología a VEB y CMV. Como grupo de control, se utilizó una muestra de pacientes de edad similar, con serología a VEB y CMV realizada entre enero y mayo de 2007. Los niveles de ac se estratificaron en altos y bajos mediante un punto de corte aleatorio: CMV-IgG 11 U/ml; VEB-VCA-IgG 300 U/ml; VEB-EBNA-IgG 200 U/ml. Los niveles de ac de pacientes con ES se compararon con los de control mediante el test de 2. Las variables demográficas (edad, sexo, tiempo de evolución, muerte), clínicas (tipo de afectación dérmica, presencia de afectación articular, pulmonar, cardíaca, esofágica, isquémica...) y serológica (anti-Sci70, anticentrómero...) se extrajeron de bases de datos previas. La asociación entre los niveles de ac y las diferentes características clínicas de los pacientes con ES se analizó mediante tablas de contingencia de 2x2, y regresión logística binaria uni y multivariante.

**RESULTADOS:** 47 pacientes con ES (41m, 6v) tenían muestra adecuada para serología. La edad media era de 51,17 a, la edad al diagnóstico de 45,17 y el tiempo de seguimiento de 76 años. 29 (62%) tenían ES limitada, 15 (32%) ES difusa y 3 (6%) ES en superposición con otra ETC. No encontramos diferencias entre los niveles de anticuerpos (altos o bajos) entre la población con ES respecto a la población de control. Mediante regresión logística, la afectación dérmica difusa se asoció con niveles altos de CMV-IgG (OR=4,2; 95%CI 1,1-15,3; p=0,03) y de VEB-EBNA (OR=4,9; 95%CI 1,2-20,6; p=0,004), y los ac anticentrómero se asociaron negativamente con niveles altos de CMV-IgG (OR=0,1; 95%CI 0,03-0,5; p=0,004) y de VEB-VCA (OR=0,1; 95%CI 0,03-0,5; p=0,03). Los títulos altos frente a VEB tendían a asociarse con otros datos de ES difusa, como afectación muscular y anti-Sci70. El análisis multivariante confirmó la asociación de afectación dérmica difusa con niveles altos de CMV-IgG (p=0,04) y VEB-EBNA (p=0,04).

**CONCLUSIONES:** los pacientes con ES difusa presentan títulos más elevados de ac frente a VEB y CMV que los pacientes con ES limitada en nuestra serie. Aunque los mecanismos de esta asociación son desconocidos, puede especularse que una infección por VEB o CMV, en pacientes genéticamente susceptibles, podría inducir el desarrollo de una ES difusa, o bien que factores propios de huésped, responsables del desarrollo de ES difusa, le hagan reaccionar frente a las infecciones por retrovirus con un rango elevado de ac.

## comunicación 29

### POLIMIALGIA REUMÁTICA ASOCIADA A SÍNDROME MIELODISPLÁSICO

W. Sifuentes Giraldo, M. Vázquez Díaz, P. Castro Pérez. Servicio de Reumatología – Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra. de Colmenar Viejo Km 9.100 cp 28034

**INTRODUCCIÓN:** Los síndromes mielodisplásicos (SMD) son un grupo de trastornos clonales de la célula madre hematopoyética que conducen al desarrollo de citopenias y tienen una alta probabilidad de transformación leucémica. Se ha descrito su asociación con alteraciones inmunológicas, tanto de la inmunidad humoral como celular, así como vasculitis, síndrome lupus-like, neuropatía y artritis. Desde 1994 se comenzó a reconocer la relación entre SMD y Polimialgia Reumática (PMR) a través del trabajo de Kohli y colaboradores, que presentaron una serie de 3 pacientes que desarrollaron PMD dentro de los 4 meses de la detección de citopenias. A partir de entonces han aparecido varios reportes adicionales sobre la asociación entre estas entidades.

**PRESENTACIÓN CLÍNICA:** Paciente mujer de 76 años, que desde un mes antes de su ingreso presentó artromialgias a predominio de cinturas pélvica y escapular, asociadas a debilidad muscular que dificultaba la deambulación y le impedía elevar los miembros superiores, limitándola para el desarrollo de sus actividades cotidianas al grado de requerir ayuda para vestirse y asearse. El dolor

era de intensidad de moderada a severa, interrumpiendo el sueño y con poca respuesta al uso de analgésicos. Un día antes de su ingreso empeora debilidad muscular y se agrega fiebre, motivo por el cual acude a Servicio de Urgencias. Paciente nota además en los últimos meses hiporexia, baja ponderal no cuantificada y alteración del hábito intestinal, alternando periodos de diarrea con estreñimiento. Como antecedente de importancia, la paciente presentó episodio de leucopenia seguida por Hematología entre Noviembre 2005 y Junio 2006, por la que se realizó Citometría de flujo en la que se informa de aumento de blastos circulantes y ligera hipogranularidad de neutrófilos sugerentes de SMD, por lo que se recomienda estudio de médula ósea que paciente no realizó.

Al examen físico, paciente presentaba marcada palidez de piel y mucosas, disminución de fuerza y tono muscular en forma simétrica en miembros superiores e inferiores, dolor y tumefacción de carpos, codos y rodilla izquierda, dolor a la palpación de trapecios y deltoides, y limitación para la movilización activa y pasiva de hombros.

Analítica:

Hemograma: Hb: 8.6, VCM: 106,4, Plaquetas: 689000, Leucocitos: 7400, (Neutrófilos: 80.8%, Linfocitos 12.9%), VSG: 16, PCR: 70.9.

Frotis sanguíneo: serie roja: anisocitosis con macrocitosis y policromatofilia. Serie blanca: Neutrófilos: 70%, cayados: 20%, Linfocitos: 5%, Monocitos: 5%. Hiposegmentación de neutrófilos.

Marcadores tumorales: negativos. Bioquímica: dentro de valores normales. EEF e IF suero: normales. TSH normal. Vitamina B12 y ácido fólico normales. Serologías VIH, VHB y VHC: negativas

Estudios de imágenes: Radiografía de tórax, abdomen, TAC tóraco-abdomino-pélvico y ecografía sin hallazgos relevantes.

Colonoscopia: Sin hallazgos relevantes.

Estudio de Médula Ósea:

Aspirado Medular: Hallazgos compatibles con Síndrome Mielodisplásico tipo 5q-.

Citometría de Flujo: Ligera hipogranularidad de serie mieloide. Grado de maduración de series eritroide y mieloide sin alteraciones.

Biopsia: Se aprecia diseritropoyesis, predominio de serie blanca y marcado aumento de megacariocitos, que son más pequeños de habitual y aparecen agrupados. No se aprecia aumento de la trama de reticulina. Hallazgos compatibles con SMD.

Paciente recibió tratamiento con prednisona a dosis 20 mg/día, con lenta mejoría de la debilidad muscular y el dolor, notándolo primero en cintura pélvica mejorando la deambulación, y más tardíamente en la escapular, persistiendo con leve dificultad para la elevación de miembros superiores hasta el alta.

**CONCLUSIONES:** En el presente caso, habiéndose descartado otras causas secundarias de PMR, se concluye que está asociada a SMD.

Se recomienda tener al SMD como diagnóstico diferencial en pacientes con síndrome polimiálgico que cursan con alteraciones de la biometría hemática.

## comunicación 30

### ANTICUERPOS CONTRA PROTEÍNAS CITRULINADAS EN ARTROPATÍAS DIFERENTES A LA ARTRITIS REUMATOIDE (AR).

*E. Calvo, F.J. López-Longo, E. Becerra, D. Oliver-Miñarro\*, A. Paravisini\*, M. García-Castro, M.D. Casas, M. Carpena, I. Díez-Merchán, C. Porras, D. Gerona, C.M. González, I. Monteagudo, I. de la Torre, L. Carreño. Servicios de Reumatología e Inmunología\*, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.*

Los anticuerpos anti-PCC y anti-VC son más específicos que el factor reumatoide en el diagnóstico de AR, pero pueden detectarse en otras enfermedades reumáticas inflamatorias sistémicas.

**OBJETIVO:** Determinar la frecuencia de anticuerpos dirigidos contra proteínas citrulinadas en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias sistémicas diferentes a la AR.

**MÉTODOS:** Hemos estudiado la presencia de anticuerpos anti-PCC (ELISA, Immunoscán RA, Euro-Diagnostica, Sweden, cut-off 25 U/ml) en 1467 pacientes: 940 AR, 223 artritis psoriásica (AP), 74 artritis idiopática juvenil (AIJ), 66 lupus eritematoso sistémico (LES), 58 polimialgia reumática (PMR), 54 reumatismo palindrómico (RP) y 52 de enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (EITC). En 476 pacientes (103 AR, 115 AP, 49 AIJ, 56 LES, 58 PMR, 43 RP y 52 EITC) se han estudiado anticuerpos anti-VC mediante técnicas de ELISA (Orgentec Diagnostika gmbH, Germany, cut-off 20 U/ml).

**RESULTADOS:** Se resumen en la siguiente tabla:

diagnóstico	Anti-PCC > 25 U/ml		Anti-VC > 20 U/ml	
	n	%	n	%
AR	673 de 940	71,6	81 de 103	78,6
RP	30 de 54	55,5	22 de 43	51,2
AIJ*	12 de 74	16,2	22 de 49	45,0
PMR	8 de 58	13,8	12 de 58	20,7
LES**	9 de 66	13,6	39 de 56	69,6
EITC	7 de 52	13,5	12 de 52	23,1
AP***	19 de 223	8,5	48 de 115	41,7

(\*p< 0,0005; OR: 6,4; IC 95%: 3,38-12,11; \*\*p< 0,0005; OR: 16,4; IC 95%: 9,26-29,02; \*\*\* p< 0,0005; OR: 9,9; IC 95%: 6,18-15,85).

**CONCLUSIONES:** Los anticuerpos anti-PCC y anti-VC detectan un número similar de positivos en los pacientes con AR o con posibles formas clínicas de inicio de AR como RP, PMR o EITC. Los anticuerpos anti-VC son significativamente más frecuentes que los anti-PCC en pacientes con AIJ, LES o AP.

\*Financiado por FIS (PI021026 y PI021079), Red G03/152 y beca FER/Abbott



## comunicación 31

### ANTICUERPOS CONTRA PROTEÍNAS CITRULINADAS EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ).

*M. Carpena, F.J. López-Longo, I. Díez-Merchán, M. García-Castro, M.D. Casas, E. Calvo, E. Becerra, D. Gerona, C. Porras, J. Bertó\*, C.M. González, I. Monteagudo, I. de la Torre, L. Carreño. Servicios de Reumatología y Pediatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.*

Se han detectado anticuerpos anti-PCC en pacientes con AIJ, asociados a formas poliarticulares.

**OBJETIVO:** Estudiar la frecuencia y el significado de los anticuerpos anti-PCC y anti-VC en pacientes con AIJ.

**MÉTODOS:** Hemos estudiado la presencia de anticuerpos anti-PCC (ELISA, Immunoscan RA, Euro-Diagnostica, Sweden, cut-off 25 U/ml) en sueros de 74 pacientes diagnosticados de AIJ. En 49 pacientes se han determinado también anticuerpos anti-VC (Orgentec Diagnostika GmbH, Germany, cut-off 20 U/ml).

**RESULTADOS:** Hemos detectado anticuerpos anti-PCC en 12 de los 74 pacientes (16,2%), en particular, en 1 de 33 formas oligoarticulares (3%), 1 de 13 formas sistémicas (7,7%) y 10 de 28 formas poliarticulares (35,7%). En 22 de los 49 pacientes estudiados se han detectado anticuerpos anti-VC (45%), tanto en formas oligoarticulares (6 de 19; 31,5%) y sistémicas (4 de 11; 36,3%) como en formas poliarticulares (12 de 19; 63,1%). Los anticuerpos anti-PCC se asocian significativamente con formas poliarticulares (10 de 28; 35,7% vs 2 de 46; 4,3%;  $p < 0,0005$ ; OR: 12,2; IC 95%: 3,05-48,72), factor reumatoide (7 de 12; 58,3% vs 3 de 62; 4,8%;  $p < 0,0005$ ; OR: 27,5; IC 95%: 7,42-101,86) y más destrucción articular (7 de 12; 58,3% vs 11 de 62; 17,7%;  $p < 0,005$ ; OR: 6,5; IC 95%: 1,91-22,07). Los anticuerpos anti-VC también se asocian significativamente con formas poliarticulares (12 de 19; 63,1% vs 10 de 30; 33,3%;  $p < 0,05$ ; OR: 3,4; IC 95%: 1,04-11,01) y factor reumatoide (7 de 22; 31,8% vs 1 de 27; 3,7%;  $p < 0,01$ ; OR: 12,1; IC 95%: 2,01-72,77), pero no con más destrucción articular.

**CONCLUSIONES:** Los anticuerpos dirigidos contra proteínas citrulinadas, tanto anti-PCC como anti-VC, identifican un subgrupo de AIJ poliarticulares, que presentan con frecuencia factor reumatoide y destrucción articular como en la AR del adulto.

\*Financiado por FIS (PI021026 y PI021079), Red G03/152 y beca FER/Abbott

## comunicación 32

### SIGNIFICADO CLÍNICO DE LOS ANTICUERPOS ANTI-PÉPTIDO CITRULINADO CÍCLICO (PCC) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INDIFERENCIADA DEL TEJIDO CONJUNTIVO (EITC).

*M. García-Castro, F.J. López-Longo, M.D. Casas, I. Díez-Merchán, M. Carpena, E. Becerra, E. Calvo, D. Gerona, C. Porras, C.M. González, I. Monteagudo, D. Oliver-Miñarro\*, A. Paravisini\*, I. de la Torre, E. González-Díaz de Rábago, I. Monteagudo, L. Carreño. Servicios de Reumatología e Inmunología\*. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.*

Algunos pacientes con EITC presentan anticuerpos anti-PCC y se ha sugerido que pueden desarrollar AR.

**OBJETIVO:** Determinar si la detección de anticuerpos anti-PCC puede predecir el desarrollo de AR en pacientes diagnosticados de EITC.

**MÉTODOS:** El diagnóstico de EITC se realiza cuando el paciente presenta al menos 1 manifestación clínica característica de conectivopatía (artritis, Raynaud...) y se detecta al menos 1 autoanticuerpo (anticuerpos antinucleares, factor reumatoide...), pero no cumple criterios de una enfermedad definida del tejido conjuntivo (EDTC) como AR o lupus eritematoso sistémico (LES). Con esta definición, entre 1988 y 2005 hemos diagnosticado EITC en 414 pacientes. Hemos seleccionado aleatoriamente 150 pacientes y en los primeros sueros disponibles, extraídos en el momento de realizar el diagnóstico de EITC y almacenados a  $-40^{\circ}$  C, se ha estudiado la presencia de anticuerpos anti-PCC (ELISA, Immunoscan RA, Euro-Diagnostica, Sweden).

**RESULTADOS:** Sesenta y cuatro pacientes (42,6%) presentaban anticuerpos anti-PCC en el momento de ser diagnosticados de EITC. En 2005, 52 pacientes mantenían el diagnóstico de EITC (34,6%), 82 habían desarrollado AR (54,6%), 8 LES (5,3%) y 8 otras EDTC (5,3%). El 87,5% de los pacientes con anticuerpos anti-PCC desarrolló AR (56 de 64) por sólo un 30,2% en el grupo sin anticuerpos (26 de 86) ( $p < 0,0005$ ; OR: 16,1; IC 95%: 7,38-35,31). La concentración media de los anticuerpos fue significativamente superior en los pacientes que desarrollaron AR (405,9 U/ml vs 77,8 U/ml en LES o 25,8 U/ml en EITC). El resto de diagnósticos finales fue más frecuente en entre los pacientes sin anticuerpos anti-PCC (EITC 45 de 86; 52,3% vs 7 de 64; 10,9%;  $p < 0,0005$ ; OR: 8,9; IC 95%: 3,94-20,19) (otras 8 de 86; 9,3% vs 0;  $p < 0,05$ ; OR: 13,9; IC 95%: 1,76-110,27).

**CONCLUSIONES:** Los anticuerpos anti-PCC permiten predecir el desarrollo de AR en pacientes diagnosticados de EITC.

\*Financiado por FIS (PI021026 y PI021079), Red G03/152 y beca FER/Abbott

## comunicación 33

### DETECCIÓN DE ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINA (ACL) COMO CRITERIO DE CLASIFICACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES): ACR 1982 VS ACR 1997.

*I. Díez-Merchán, F.J. López-Longo, M. Carpena, M.D. Casas, M. García-Castro, E. Becerra, E. Calvo, C. Porras, D. Gerona, D. Oliver-Miñarro\*, C.M. González, I. Monteagudo, I. de la Torre, L. Carreño. Servicios de Reumatología e Inmunología\*. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.*

El décimo criterio de clasificación de LES (ACR 1982) (Arthritis Rheum 1982; 25: 1271) fue modificado en 1997 (ACR 1997) (Arthritis Rheum 1997; 40: 1725) para incluir la detección de anticuerpos ACL, por lo que previsiblemente pacientes que cumplieran criterios de síndrome antifosfolípido (SAF) primario podrían cumplir los criterios de LES.

**OBJETIVO:** Estudiar el impacto de la detección de anticuerpos ACL en el diagnóstico de LES.

**MÉTODOS:** Hemos comparado los criterios ACR 1982 y ACR 1997 de LES en los pacientes del Registro de Enfermedades Sistémicas del Tejido Conjuntivo de nuestro Servicio con al menos 2 determinaciones de anticuerpos anti-ADN nativo, anti-Sm y ACL (criterio 10 de LES) entre 1988 y 2005.

**RESULTADOS:** Se han revisado 600 pacientes. El 52,5% (315 de 600) de los pacientes cumplían los criterios ACR 1982, incluyendo 244 LES, 43 enfermedad mixta del tejido conjuntivo (EMTC), 17 síndromes de solapamiento polimiositis (PM)-LES y 11 artritis reumatoide (AR)-LES. Los diagnósticos de los 285 pacientes restantes eran 74 enfermedad indiferenciada del tejido conjuntivo (EITC), 66 SAF primario, 46 síndrome de Sjögren (SS) primario, 30 AR, 23 lupus cutáneos, 10 EMTC, 10 PM y 1 solapamiento PM-esclerodermia. La aplicación de los criterios de LES ACR 1997 cambió el diagnóstico en 16 pacientes (2,6%). Los diagnósticos previos eran EITC en 5, SS en 5, SAF en 2, EMTC en 2, PM en 1 y lupus cutáneo subagudo en 1. Con los nuevos criterios estos 16 pacientes presentaban LES (13 pacientes), EMTC con criterios de LES (2 pacientes) o solapamiento PM-LES (1 paciente). Los 16 pacientes eran mujeres, con una edad media de 53 años (rango 8-81) y un tiempo de evolución de 10,6 años (rango 4-22). Las principales manifestaciones clínicas eran cutáneas (68,7%) (fotosensibilidad 50%, úlceras orales 37,5%), articulares (62,5%) (artritis 37,5%), vasculares (25%), neurológicas (18,7%), pulmonares (12,5%), renales (12,5%) y cardíacas (6,2%). El 81% presentaba alteraciones hematológicas, en particular anemia y linfopenia (37,5%). La mitad de los pacientes tenían hipergammaglobulinemia y el 43,7% hipocomplementemia. Se habían detectado anticuerpos antinucleares (100%), factor reumatoide (50%), anticuerpos anti-Ro/SS-A 60 kD (43,7%), anti-La (43,7%) y anti-U1RNP (5 de 15, 33,3%). En 1 paciente (6,2%) se habían detectado anticuerpos anti-ADN nativo y en otro paciente anticuerpos anti-Sm. Los tratamientos habían sido corticoides orales (< 15 mg/día de prednisona) en 12, antipalúdicos en 2 y azatioprina en 1. Tres pacientes habían fallecido (18,7%) y las causas fueron infarto de miocardio, tromboembolismo pulmonar y colangiocarcinoma.

**CONCLUSIONES:** En conjunto, el impacto de los criterios ACR 1997 es poco relevante. En contra de lo esperado la mayoría de los pacientes que pasan a cumplir criterios de LES no tenían SAF, sino EITC o SS. Los pacientes no presentan manifestaciones graves de LES.

## comunicación 34

### DETECCIÓN DE ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILO HUMANO EN LAS VASCULITIS SISTÉMICAS.

F.J. López-Longo, M. García-Castro, I. Díez-Merchán, M. Carpena, E. Calvo, E. Becerra, C. Porras, D. Gerona, D. Oliver-Miñarro\*, A. Paravisini\*, I. Monteagudo, C.M. González, I. de la Torre, E. González-Díaz de Rábago, L. Carreño. Servicios de Reumatología e Inmunología\*. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Los ANCA son muy importantes en la patogenia, diagnóstico y clasificación de las vasculitis sistémicas, pero no está clara su relación con el pronóstico de estas enfermedades.

**OBJETIVO:** Determinar si la detección de ANCA se relaciona con la mortalidad en pacientes con vasculitis sistémicas.

**MÉTODOS:** Hemos revisado 102 pacientes diagnosticados de vasculitis sistémica mediante los criterios ACR o por biopsia y con al menos 2 determinaciones de ANCA. Los diagnósticos son 34 poliarteritis nodosa microscópica (PANm), 15 arteritis de células gigantes (ACG), 14 vasculitis por hipersensibilidad, 13 poliarteritis nodosa clásica (PAN), 13 granulomatosis de Wegener (GW), 7 vasculitis de Churg-Strauss, 6 poliarteritis nodosa cutánea (PANc). Los ANCA se han detectado por inmunofluorescencia indirecta sobre neutrófilos humanos (patrones C-ANCA, P-ANCA y A-ANCA) y por ELISA, en el caso de los anticuerpos anti-proteínasa 3 (PR3) y anti-mieloperoxidasa (MPO).

**RESULTADOS:** Hemos detectado ANCA en 51 pacientes (50%), 14 C-ANCA, 36 P-ANCA y 1 A-ANCA. Quince pacientes (14,7%) habían fallecido. Los diagnósticos son 8 PANm, 5 PAN, 1 GW y 1 ACG. Siete pacientes han fallecido por manifestaciones de la propia vasculitis, 6 por infecciones, 1 por infarto de miocardio y otro por politraumatismo. Los 15 pacientes fallecidos presentaban una edad media mayor (68,8 años vs 59,2 años;  $p < 0,05$ ) y un aumento significativo de diagnóstico de PAN (5 de 15; 33,3% vs 8 de 87; 9,1%; OR: 4,9; IC 95%: 1,47-16,48), síndrome constitucional (10 de 15; 66,6% vs 33 de 87; 37,9%; OR: 3,2; IC 95%: 1,07-9,98), manifestaciones cardíacas (8 de 15; 53,3% vs 10 de 87; 11,4%; OR: 8,8; IC 95%: 2,97-26,03), accidentes cerebrovasculares (4 de 15; 26,6% vs 5 de 87; 5,7%; OR: 5,9; IC 95%: 1,58-22,42), manifestaciones intestinales (5 de 15; 33,3% vs 6 de 87; 6,8%; OR: 6,7; IC 95%: 1,98-22,93), manifestaciones hepáticas (9 de 15; 60% vs 7 de 87; 8%; OR: 17,1; IC 95%: 5,74-50,9), hematuria (11 de 15; 73,3% vs 37 de 87; 42,5%; OR: 3,7; IC 95%: 1,16-11,86), insuficiencia renal (10 de 15; 66,6% vs 27 de 87; 31%; OR: 4,4; IC 95%: 1,48-13,37) e infecciones graves (9 de 15; 60% vs 28 de 87; 32,1%; OR: 3,1; IC 95%: 1,05-9,44). No hemos encontrado diferencias en cuanto a la distribución de los ANCA (8 de 15; 53,3% vs 43 de 87; 49,4%; NS).

**CONCLUSIONES:** La detección de ANCA en pacientes con vasculitis sistémicas no se relaciona con la mortalidad. En el análisis univariante, son factores de mortalidad la edad, el síndrome constitucional, las infecciones graves y manifestaciones cardíacas, cerebrales, intestinales, hepáticas y renales de las vasculitis.

## comunicación 35

### ANTICUERPOS ANTI-PÉPTIDO CITRULINADO CÍCLICO (PCC) Y ANTI-VIMENTINA CITRULINADA (VC) EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA.

I. de la Torre, F.J. López-Longo, E. Calvo, E. Becerra, M. García-Castro, M.D. Casas, M. Carpena, I. Díez-Merchán, D. Gerona, C. Porras, D. Oliver-Miñarro<sup>1</sup>, A. Paravisini<sup>1</sup>, L. Carreño. Servicios de Reumatología e Inmunología<sup>1</sup>, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Se han detectado anticuerpos anti-PCC en algunos pacientes con artritis psoriásica (APS) y, algunos estudios los relacionan con poliartritis y destrucción articular grave similar a la observada en Artritis Reumatoide (AR).

**OBJETIVO:** Estudiar las características clínicas asociadas a los anticuerpos anti-PCC y anti-VC.

**MÉTODOS:** Hemos estudiado sueros de 180 pacientes diagnosticados de APS. Los anticuerpos anti-PCC y anti-VC se han detectado mediante técnicas de ELISA.

**RESULTADOS:** Se han detectado anticuerpos anti-PCC (> 25 U/ml) en 18 pacientes (10%) y anti-VC (> 20 U/ml) en 68 (38,9%).

No hemos encontrado diferencias entre positivos y negativos en cuanto al sexo, edad, tiempo de evolución, patrones articulares al inicio de la enfermedad y a lo largo de su evolución, desarrollo de espondiloartritis o manifestaciones cutáneas. La respuesta anti-PCC se asocia con mortalidad precoz y un desarrollo más rápido de neoplasias. El tiempo transcurrido entre el diagnóstico de APS y el fallecimiento es significativamente menor en los pacientes con anticuerpos anti-PCC fallecidos que en los pacientes fallecidos sin dichos anticuerpos (mediana 22,7 vs 45,4 años). El desarrollo de neoplasias es, así mismo, precoz en el grupo de pacientes con anticuerpos anti-PCC positivos frente al grupo con anticuerpos anti-PCC negativos (22,8 vs 49,6 años).

**CONCLUSIONES:** En el análisis bivariante de una cohorte de pacientes con APS, los anticuerpos anti-PCC no se asocian con poliartritis o destrucción articular grave siendo formas clínicas diferentes a la AR.

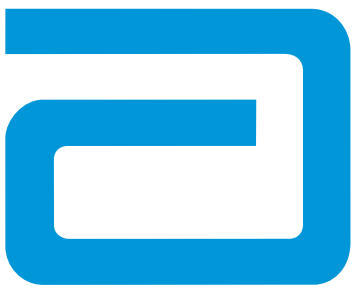
# Índice de Autores

Abásolo, L	13, 15	Díaz Sánchez, B	5
Abdeslam, B	23	Díaz, A	4
Adsuar, JC	13, 14	Díez-Merchán, I	9, 24, 25, 26
Ahijado, MP	12	EMECAR Grupo	4
Almodóvar, R	17, 19, 20, 22, 23	Enriquez, E	22
Álvaro Gracia, JM	21	Estévez Sánchez, P	23
Andreu, JL	10	Fernández-Castro, M	10, 11, 17
Andreu, JL	11, 17	Fernández-Espartero, MC	15
Aragón Bodí, A	5	Fuertes, A	23
Bachiller J	15, 20	G <sup>a</sup> de la Peña Lefebvre, P	16
Balsa, A	6	Galindo, M	9, 12
Barbadillo, C	10, 11	Gámir, ML	16
Becerra, E	9, 24, 25, 26	García, AM	5
Belmonte, R	9	García, J	9
Bertó, J	25	García-Castro, M	9, 24, 25, 26
Betegón Nicolás, L	11	García-Vadillo, JA	4, 10, 18, 21
Blanco, M	15	García-Vicuña, R	4, 21
Bohórquez, C	7	Gerona, D	9, 24, 25, 26
Brito, E	7	Godó, JR	4, 5, 6, 17
Calvo, E	14, 24, 25, 26	Gómez Alonso, C	6
Campos, J	10, 11, 17	Gómez-Reino, FJ	7
Candelas, G	15	González, CM	24, 25
Cantalejo Moreira, M	14, 19	González, I	4, 21
Carmona., L	4	González, R	15
Carpaena, M	9, 24, 25, 26	González-Álvaro, I	4, 5
Carreira, PE	8, 9, 12, 22	González-Díaz de Rábago, E	25, 26
Carreño, L	14, 24, 25, 26	Guillén Astete, CA	12
Casado, A	4, 10, 18	Gusi, N	13, 14
Casas, MD	9, 24, 25, 26	Herranz, A	21
Castañeda, S	21	Hernández García, MA	10, 18
Castillo, C	7	Humbría, A	21
Castro Pérez, P	23	Jiménez-Palop, M	10
Catrejón Fernández, I	5	Joven, B	22, 23
Cobo Ibáñez, T	6	Joven, BE	12
Cobo-Ibáñez, T	6	Jover, JA	13, 15
Collado, P	15	Laíño Piñeiro, M	16, 17
Corral, FJ	20	Lajas, C	13, 15
Davatchi, F	8	Lamúa Riazuelo, JR	22
de la Torre, I	9, 24, 25, 26	Leal, A	13, 14
de Miguel-Mendieta, E	6, 7	López San Román, A	12
Del Olmo A	18	López-Bote, JP	21
Díaz Miguel, C	22	López-González, R	13
Díaz Oca, AJ	14, 19	López-Longo, FJ	9, 24, 25, 26



Loza, E	13, 15	Silva, L	10, 11, 17
Lucas Bermejo, E	23	Steiner, M	6
Martín.Mola, E	6, 7	Talavera del Olmo, P	4, 10, 18
Martínez Nieto, C	21	Toledano Martínez, E	10, 18
Martínez-Prada, C	13	Toledano, E	21
Martínez-Vidal, P	9	Torres, C	12
Mateo, I	9	Usón, J	15
Mazzucchelli, R	17, 19, 20	Vadillo, C	13, 15
Miguélez, R	15	Valero Expósito, M	16
Monteagudo, I	24, 25, 26	Varas de Dios, B	20
Montemayor, MG	17	Vázquez Díaz, M	17
Movasat, A	8	Veiga Cabello, RM	14, 19
Mulero, J	17	Vicente, E	4, 21
Muñoz Fernández, S	6	Villalobos Baeza, E	17
Muñoz, P	10, 11	Villaverde: V	15
Naderi, N	8	Zarco, P	17, 19, 20
Naji, A	8		
Navarro Alonso, P	14, 19		
Olivares, PR	13,14		
Oliver-Miñarro, D	9, 23, 24, 25, 26		
Ortiz, A	4, 5, 21		
Otón, MT	10, 11		
Paravisini, A	9, 24, 25, 26		
Parraca, JA	13, 14		
Pastrana, M	11		
Patiño, E	21		
Pérez González, E	22		
Porras, C	9, 24,25, 26		
Poveda A	10, 18		
Prada, A	10, 12		
Puñet Pellise, R	10, 18		
Quirós, FJ	15, 19, 20		
Revenga, M	15		
Richi, P	15		
Rodríguez Rubio, S	16		
Rodríguez, A	7		
Rodríguez.Rodríguez, L	13		
Rodríguez-Salvanés, F	10, 18, 21		
Ruiz Bonilla, G	20		
Salgado, E	9		
Sanz, J	10, 11, 17		
Shahram, F	8		
Sifuentes Giraldo, W	23		



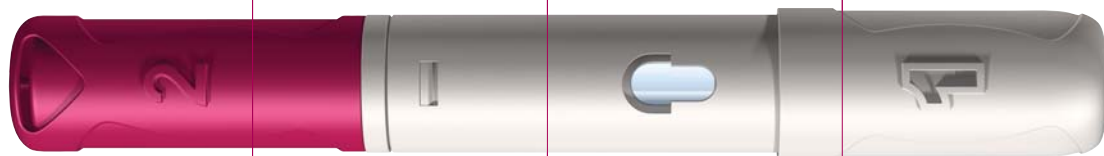


# HUMIRA®

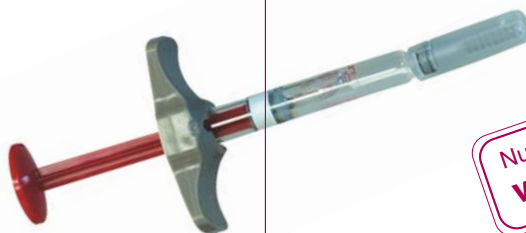
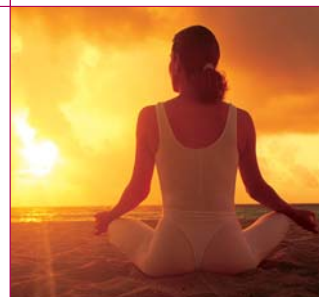
## Recupera su vida



Nueva  
Pluma  
Precargada



Jeringa  
Precargada



Nueva web:  
[www.humira.es](http://www.humira.es)

# HUMIRA

adalimumab





Impreso por cortesía de:

