

Anales de Reumatología

vol. 1 / nº 9

XIII CONGRESO

de la Sociedad de Reumatología
de la Comunidad de Madrid

Madrid 10-11 de diciembre de 2009



Sumario

Comité Editorial

pág. 03

Editorial

pág. 04

Comunicaciones Orales 2009

pág. 06

Pósters 2009

pág. 17

Premios Armando Laffon
Artículos Publicados en 2008

pág. 44

Índice de Autores

pág. 47

ISSN - 1887-2816

Diseño y Maquetación: MEED Comunicación.

Avda. Condesa de Chinchón, 107. 1ª planta, of. 12

Edificio Republic Space • 28660 Boadilla del Monte (MADRID)

Impresión: Disflim.

C/ Milanos, 10 · Nave 59 · Pol. Ind. La Estación.

Pinto 28320 (Madrid)

Comité Editorial

Junta Directiva de la SORCOM:

- **Presidenta:** Mónica Vázquez Díaz
- **Presidente Electo:** Juan Carlos López Robledillo
- **Vicepresidenta:** Mercedes Jiménez Palop
- **Secretaria General:** Ana Ortiz García
- **Tesorero:** Eugenio de Miguel Mendieta

Vocales:

- Juan Carlos Acebes Cachafeiro
- Esperanza Naredo Sánchez
- Jesús Sanz Sanz
- Jesús García-Arroba Muñoz
- Javier González Polo
- Teresa González Hernández
- César Hernández García
- Raquel Almodóvar González
- Ana Pérez Gómez
- Virginia Villaverde García

Editorial

El Arca de Noé

La Wikipedia define **sociedad científica** como: “una asociación de especialistas o eruditos de una rama del conocimiento o de las ciencias en general; que les permite reunirse, exponer los resultados de sus investigaciones, confrontarlos con los de sus colegas, especialistas de los mismos dominios del conocimiento, con el fin de difundir sus trabajos a través de una publicación especializada”. Con este contenido, nacen en el siglo XVII las primeras sociedades científicas: la Accademia Nazionale dei Lincei en Roma (1603), la Academia Francesa (1635) y la Royal Society de Londres (1660), y sucesivas hasta primeros del siglo XX, cuando se produce el verdadero surgimiento de las sociedades científicas médicas. Sin embargo, no existe documentación ni bases que reglamenten de forma común dichas sociedades. Se rigen por el régimen mercantilista de Sociedad sin ánimo de lucro y en base a unos estatutos que establecen los propios socios.

En esta época tormentosa de cambios sociales, económicos, culturales y tecnológicos el papel de las Sociedades Científicas podría estar cuestionado. Cada vez se tiende más al individualismo, no sólo en el terreno personal sino también en el plano profesional. La priorización del interés personal sobre el general, la pérdida de conciencia social, la cada vez menor necesidad de interactuar con otros para conseguir los fines, parece una realidad contrapuesta al objetivo de cualquier asociación; desde nuestra propia casa y sólo utilizando un ordenador realizamos la compra, las gestiones con el banco, programamos viajes, e incluso establecemos contactos personales, y en nuestro propio terreno, es decir, el científico, además disponemos de un universo de información.

Estas nuevas circunstancias históricas y culturales nos obligan a una profunda reflexión sobre la vigencia de las sociedades científicas y, en nuestro caso particular, de nuestra Sociedad. ¿Tiene sentido la existencia de las Sociedades Científicas?

Podríamos decir que sí, en cuanto que actualmente una Sociedad o Asociación Científica se entiende como tal, cuando un grupo de miembros afines (en nuestro caso de la misma especialidad) sin ánimo de lucro se asocian con el objetivo de velar, defender y potenciar el contenido y desarrollo de su especialidad en beneficio de los pacientes. Así, la misión de nuestra Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid es fomentar el estudio de las enfermedades reumáticas en beneficio de los pacientes y atender los problemas relacionados con la especialidad.

Sin embargo, si bien así expuesta en dos líneas la consecución de esta misión puede resultarnos muy obvia, en esta situación de cambio acelerado el cumplimiento de la misma no está exento de una gran complejidad. Por una parte, el ejercicio profesional de los médicos es muy heterogéneo, de tal manera que se han llegado a establecer hasta 10 escenarios para definir el perfil del médico actual: 1) El basado en la identificación de entidades nosológicas definidas (osleriano), 2) en la racionalidad de la medicina basada en la evidencia, 3) en la medicina basada en la tecnología, 4) en la “utopía de la salud”, con propuestas irracionales de carácter preventivo, promoción de la salud y de educación sanitaria, 5) en la sociedad del bienestar en la que el médico actúa como un técnico al servicio de las demandas de la población y de las instituciones sanitarias, 6) el médico como cuidador de pacientes cada vez más cronificados, 7) el médico como modificador de los límites de salud y enfermedad, 8) el médico ante nuevas exigencias y mercantilización de la salud, 9) el médico como funcionario desmotivado bajo el control de los gestores, y 10) el que cuestiona la profesionalidad médica. (Fundación Educación Médica “El médico del futuro”).

Por otra parte tampoco está establecido como determinar y asegurar el beneficio del paciente en cada situación, intervención o decisión médica: no hacer daño, beneficio superior al riesgo, extrapolación de resultados de ensayos, actuando en base a guías clínicas, prevenir mejor que padecer, el paciente satisfecho...

Es decir que nuestra sociedad la constituimos un conjunto de médicos que compartimos el conocimiento de una especialidad, que desarrollamos con un ejercicio profesional muy diferente, con marcos de actuación muy diversos, con un objetivo que no está definido y en un entorno social muy exigente influido por agentes externos con intereses muy espurios.

Analizado desde el punto de vista sociológico (con gran humildad por mi parte dados los escasos conocimientos que de esta materia dispongo) y en base a la teoría dicotómica de Tönnies: "Cuando la voluntad unitaria o los valores morales comprometidos con la investigación científica predominen, tal vez en la ciencia contemporánea en las menos ocasiones, el término de Comunidad Científica puede ser el idóneo para designar los distintos niveles en el que se plasma el quehacer científico. Sin embargo, cuando los intereses utilitarios, la acción instrumental, la conducta táctica y el cálculo racional sean más abundantes que sus opuestas, la denominación más correcta para calificar a las disciplinas, las especialidades o las áreas de problemas será la de Sociedad Científica".

¿Cómo entonces conseguir que una Sociedad, a la par que fomenta entre sus socios una cultura de actuación profesional basada en ciertos valores morales y éticos, sea también facilitadora de unos fines interesados en la consecución de un proyecto profesional común?

Diversas Sociedades han sido conscientes de la modificación de los valores profesionales tradicionales y de los cambios en los sistemas de salud. En los últimos años han surgido iniciativas con la intención de integrar sus objetivos en un nuevo marco social. En este sentido destaca el documento "Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter", elaborado por el American Board of Internal Medicine, el American College of Physicians-American Society of Internal Medicine y la European Federation of Internal Medicine (Ann Intern Med 2002;136:243-6.). En forma resumida, parte de la premisa de que la profesionalidad es la base del contrato de la medicina con la sociedad y establece tres principios y diez compromisos básicos.

En nuestro país iniciativas como el Marco Ético de la Sociedad Española de Cardiología publicado en el año 2006, entre otras, establece las responsabilidades de sus socios respecto al paciente, a la sociedad y a su ejercicio profesional.

Las sociedades científicas al igual que El Arca de Noé están constituidas por diferentes "especies" de socios con modelos de actuación muy diversos, a los que de forma similar al texto bíblico, les une el mantenimiento de la especialidad. Podrán sobrevivir como líderes del conocimiento en su área si consiguen adecuar sus esquemas tradicionales de cultura y organización a esta nueva realidad. Para ello, es fundamental generar grupos de reflexión que actúen como verdaderos líderes del pensamiento y establezcan en cada momento el marco común de actuación de la sociedad (y por tanto el de sus socios) y así poder actuar como poderes compensatorios en el campo sanitario, determinar las bases del ejercicio profesional con el objetivo de la calidad (excelencia profesional) y seguridad (beneficio del paciente) y potenciar la formación médica continuada y el desarrollo profesional.



Mónica Vázquez Díaz

Presidenta de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid.

Comunicaciones orales

Comunicación 01

Evaluación ultrasonográfica de la respuesta al tratamiento con abatacept en pacientes con artritis reumatoide refractaria a otras terapias biológicas.

Vicente EF, González Álvaro I, Tomero E, Casado A, García-Arias MJ, Pérez S, Talavera P, Castañeda S. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Objetivo: Evaluar la respuesta al tratamiento con abatacept (ABT) en pacientes con artritis reumatoide (AR) refractaria a otras terapias biológicas mediante estudio ultrasonográfico (US) durante 1 año.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de 10 pacientes (60% mujeres) con AR refractaria a antagonistas del TNF (aTNF) y/o rituximab (RTX) tratados con ABT según la pauta estándar. Se recogieron de forma protocolizada variables demográficas, clínicas, analíticas, índices de actividad y funcionalidad y terapias con FAMEs y glucocorticoides (GC) en las visitas inicial, 6 y 12 meses. Los recuentos clínicos y ecográficos sobre 28 articulaciones se realizaron de forma independiente y ciega por dos reumatólogos expertos. El estudio US evaluó el número de articulaciones con sinovitis (derrame y/o hipertrofia sinovial) y señal doppler color intrasinovial (PD), con escala semicuantitativa (0-3). Se calculó un índice articular de actividad PD resultado del cómputo global de la actividad PD de cada articulación (IAPD). Se utilizó un ecógrafo Logic 700, con sonda lineal multifrecuencia 10-12 MHz y frecuencia doppler de 5 MHz. Análisis estadístico: las variables continuas se expresan como media \pm DE y las categóricas como número (%). La respuesta al tratamiento se estudió mediante el test de la t de Student para datos pareados. Se realizó por intención de tratar y se consideró significativa una $p < 0,05$ (Stata v. 10.0).

Resultados: La edad fue 55 ± 14 años y el tiempo de evolución de 10 ± 5 años. El número de FAMEs y biológicos previos fue de $3,3 \pm 1,1$ y $2,7 \pm 0,9$, respectivamente. El metotrexato (70%) y leflunomida (30%) fueron los FAMEs más frecuentes. Los biológicos previos fueron infliximab (70%), etanercept (90%), adalimumab (80%) y rituximab (30%). El factor reumatoide era positivo en el 80%, el 44,4% tenían manifestaciones extraarticulares y el 70% precisaba AINEs. El tratamiento con ABT produjo una mejoría significativa del DAS28, la valoración global de la enfermedad por el paciente y el número de articulaciones con sinovitis y señal PD por US, así como una reducción del IAPD que rozó la significación estadística (Tabla 1). Aunque el resto de las variables mejoraron y se redujo la dosis de GC, no fue significativo. Efectos secundarios: 3 reacciones infusionales, 2 leves (prurito durante la infusión e hipersensibilidad tardía) y 1 grave (broncoespasmo). Se ha suspendido el tratamiento a 3 pacientes: 2 por ineficacia y 1 por toxicidad.

Conclusiones: Nuestros resultados preliminares sugieren que el tratamiento con ABT puede ser una alternativa terapéutica eficaz en pacientes con AR tras fracaso a agentes aTNF y/o RTX.

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

Tabla 1. Respuesta clínico-analítica y ecográfica al tratamiento con ABT.

VARIABLES ANALIZADAS	BASAL	FINAL	p
DAS28 (3 variables)	4,9 \pm 0,7	3,4 \pm 1,5	<0,01
Valoración global de la enfermedad por el paciente	65 \pm 34	33 \pm 26	0,02
Número de articulaciones con sinovitis ecográfica	10,0 \pm 3,7	6,3 \pm 3,9	<0,01
Número de articulaciones con señal PD	5,8 \pm 3,2	3,9 \pm 3,4	0,04
Índice articular de actividad PD	12,0 \pm 9,2	8,2 \pm 8,5	0,05

Comunicación 02

Influencia del género en la respuesta al tratamiento en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide precoz del área 2 de la Comunidad de Madrid.

Castrejón I, Martínez-López JA, Ortiz AM, Carmona L*, García de Vicuña R, González Álvaro I. Servicio de Reumatología. Hospital U. de la Princesa. C/ Diego de León 62. Madrid 28006. *Unidad de Investigación. Fundación Española de Reumatología. C/ Marqués del Duero 5, Madrid 28001.*

Introducción: El manejo de la artritis reumatoide (AR) ha mejorado de forma considerable en los últimos años. No sólo por el desarrollo de nuevos fármacos, sino también por el mejor manejo de los fármacos modificadores de la enfermedad (FAMES) al utilizar índices compuestos que valoran la actividad de la enfermedad y nos ayudan a optimizar las decisiones terapéuticas. En la actualidad, el DAS28, es el índice compuesto más empleado en la práctica clínica. Sin embargo, en la última década se han puesto de manifiesto algunas de las limitaciones que presenta este índice. En general, las mujeres obtienen puntuaciones más elevadas y por tanto, se clasifican en remisión con menos frecuencia que los hombres.

Objetivo: Valorar diferencias en la respuesta al tratamiento entre hombres y mujeres cuando utilizamos el DAS28 calculado tanto con VSG como con PCR y analizar el comportamiento individual de cada uno de los componentes de estos índices en una cohorte de pacientes de artritis precoz en el área 2 de la Comunidad de Madrid.

Pacientes y métodos: Se estudiaron un total de 134 pacientes (77,6% mujeres) que cumplieran criterios de la ACR (*American College of Rheumatology*) para el diagnóstico de AR del registro de artritis precoz del Hospital de La Princesa. En dicho registro se realizan 4 visitas protocolizadas en las que se recogen de forma sistemática los datos necesarios para calcular el DAS28 con VSG y PCR, así como el tratamiento prescrito a los pacientes. Se analizaron las diferencias por género en la respuesta al tratamiento mediante ambos índices compuestos, así como de las variables que los componen y la valoración de la enfermedad por el médico. Para evaluar las diferencias entre los grupos se utilizó el test U de Mann Whitney para variables independientes y continuas. Para variables cualitativas se utilizó el test de la Chi².

Resultados: Las mujeres presentaron mayor actividad de la enfermedad y discapacidad al inicio del seguimiento. A pesar de que éstas recibieron un tratamiento más intenso, su valor promedio de DAS28 no llegó a igualarse con el de los hombres a lo largo del seguimiento. Por el contrario, la valoración de la enfermedad por parte del paciente y del médico sí llegaron a igualarse. Al analizar los componentes del DAS28 por separado, se observó que esta discordancia era debida principalmente a las variables VSG y recuento de articulaciones dolorosas.

Conclusión: La VSG y el recuento de articulaciones dolorosas causan un sesgo en la evaluación de la actividad de la artritis reumatoide con el DAS28 que puede afectar a la evaluación de la respuesta al tratamiento.

		Visita Basal	6 meses	12 meses	24 meses
DAS28-VSG	♀	4,97 [3,85-6,03]	3,88 [3,00-4,51]	3,73 [2,93-4,39]	3,33 [2,47-4,33]
	♂	3,76 [3,26-4,48]	2,99 [2,17-3,70]	2,96[2,47-3,33]	2,80 [2,22-3,16]
	p	<0,01*	<0,01*	<0,01*	0,03*
DAS28-PCR	♀	4,19 [3,04-5,32]	3,29 [2,32-3,89]	3,14 [3,46-3,86]	1,86 [1,08-2,73]
	♂	3,81 [2,73-4,34]	2,97 [2,46-3,75]]	2,71[2,44-3,38]	1,51 [1,13-2,02]
	p	0,1	0,25	0,07	0,5
NAD	♀	6 [2-12]	2 [0-5]	2 [0-6]	1 [0-4]
	♂	2 [0-6]	2 [0-4]	0 [0-2]	0 [0-1]
	p	<0,01*	0,07	<0,01*	0,04*
ESR	♀	28 [18-46]	19 [13-30]	19 [14-30]	19 [12-28]
	♂	22 [11-38]	10 [7-17]	11 [7-20]	12 [9-21]
	p	0,11	<0,01*	<0,01*	0,03*

Comunicación 03

Valor pronóstico de la reducción de cifras de reactantes de fase aguda al momento de cambiar la vía de administración del antibiótico en pacientes con artritis séptica.

Guillén Astete C, Antón Pagés F, Vázquez Díaz M, Prieto Morales M, Gabilondo Álvarez G, Zea A. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Carretera de Colmenar Viejo Km 9,100. 28034. Madrid.

Introducción: Una vez establecida la sospecha diagnóstica de Artritis Séptica de Articulaciones Nativas (ASAN), la indicación de inicio del tratamiento antibiótico es imperativa. Las guías de manejo establecen una serie de recomendaciones sobre el uso de terapias antibióticas empíricas en función de la sospecha epidemiológica que se deberá ajustar una vez conocido el espectro de sensibilidad bacteriológica. No existen, sin embargo, recomendaciones específicas para decidir el momento más oportuno para cambiar la vía de administración antibiótica. El propósito del presente estudio es determinar la correlación entre la reducción de los valores absolutos de las cifras de Reactantes de Fase Aguda (RFA), Velocidad de Eritrosedimentación (VSG) y la Proteína C Reactiva (PCR) al momento del cambio de vía de administración del antibiótico en una población de pacientes con ASAN.

Metodología: Realizamos un estudio observacional retrospectivo revisando 46 casos de ASAN diagnosticados en nuestro hospital entre los años 2003 y 2008. Se excluyeron las infecciones por más de un germen, recidivas de infecciones previas, sospechas de infecciones intrahospitalarias, casos con rotación de tratamiento antibiótico IV y casos con menos de 3 determinaciones seriadas de RFAs (PCR y VSG) distribuidas al menos cada 4 días siendo al menos una en el periodo de 24h del ingreso y otra +/-24h del momento del cambio de vía de administración del antibiótico. Se excluyeron los casos con omisión en el informe de alta del periodo de tratamiento oral a seguir en domicilio.

Se recogió la evolución analítica de los RFA a lo largo del seguimiento intrahospitalario y se estimó la reducción del valor absoluto de estos en el momento (+/- 2 días) del cambio de vía de la administración de la terapia antibiótica. Como variables de medida de respuesta se recogió el tiempo total de hospitalización, el tiempo total de tratamiento antibiótico oral y el tiempo total de medicación antibiótica.

Resultados: Aplicados los criterios de exclusión, incluimos a 25 pacientes en nuestro estudio. La media de edad fue $59,3 \pm 5,78$ años, 65% de sexo masculino. En un 52% el agente identificado fue *Staphylococcus Aureus* mientras que en un 24% se identificó un *Streptococcus*. El resto de casos se trataron de infecciones monobacterianas por otros gérmenes. El 88% de las monoartritis fueron de rodilla. El tiempo de tratamiento antibiótico IV medio fue de $20,5 \pm 8,9$ días y el tratamiento oral de $26,2 \pm 15,1$ días. Aplicamos el test de Pearson bilateral para determinar la correlación entre la reducción porcentual de la VSG y la PCR al momento de cambiar de terapia IV a oral. El coeficiente de Pearson fue positivo (0,855) con una $p < 0,001$. Aplicamos el test de Pearson unilateral para determinar la correlación entre la reducción porcentual de la VSG y PCR y el resto de variables de salida. La reducción porcentual de VSG y PCR fueron inversamente proporcionales (coeficientes de -0,634 y -0,538, respectivamente) con el tiempo de tratamiento oral ($p < 0,001$ y $p = 0,003$, respectivamente) y con el tiempo total de medicación antibiótica (coeficientes -0,195 y -0,163), pero siendo estas últimas correlaciones no significativas. La media de reducción de VSG y PCR para los pacientes con tratamientos orales de 14 a 21 días fue de 58,06 y 61,87%.

Discusión: La mayor reducción del valor absoluto de VSG y PCR al momento de establecer el cambio de vía de administración del tratamiento IV resultó un marcador predictor de reducción del tiempo de tratamiento antibiótico oral pautado al alta. Ambos RFA correlacionan bien entre sí, siendo, por tanto, su reducción absoluta equivalente como predictor.

Debido al tamaño de nuestra muestra y a las características de nuestro estudio no fue posible determinar otras variables de salida de interés relacionadas con la recuperación de la funcionalidad y la reincorporación laboral. Por el mismo motivo no se pudo determinar una cifra recomendable de reducción de PCR ni VSG para decidir un el cambio de vía del tratamiento antibiótico, aunque puede aproximarse a un 60% según nuestros datos.

Comunicación 04

Impacto en la baja laboral de los tratamientos anti TNF en pacientes con enfermedades reumatológicas sistémicas.

Guillén Astete C, Antón Pagés F, Sifuentes Giraldo A, Lois Iglesias A, Bachiller Corral FJ, Zea A. Hospital Universitario Ramón y Cajal - Servicio de Reumatología. Carretera de Colmenar Viejo Km 9, 100. CP 28034, Madrid.

Objetivo: Los anti-TNF son medicamentos que han demostrado su eficacia en el tratamiento de múltiples enfermedades reumáticas sistémicas mediante la reducción de índices de actividad y mejoría en las escalas habituales para la valoración de la calidad de vida. La disminución de la incapacidad laboral a largo plazo con estos fármacos ha sido demostrada, pero hasta ahora no se ha evidenciado su contribución en la incapacidad laboral temporal. El objetivo de este estudio es determinar si el tratamiento con anti-TNF es capaz de reducir la incapacidad temporal y modificar sus causas.

Métodos: Se llevó a cabo una revisión de los datos facilitados por el Sistema de Inspección de Salud de nuestra área, para identificar de manera precisa el tiempo de incapacidad laboral de 62 pacientes con las siguientes características: (1) pacientes en tratamiento con anti-TNF por enfermedad reumática con compromiso articular, (2) corroboración de situación laboral previo al inicio del tratamiento y (3) seguimiento completo en consultas durante el período comprendido entre la fecha del diagnóstico y diciembre de 2008. Comparamos de manera global y de acuerdo con el tipo de enfermedad, la incapacidad temporal antes y después de la administración de un anti-TNF. Se descartó el período de tiempo en el que el paciente no trabajó por razones no médicas durante las visitas de seguimiento.

Resultados: Treinta y cinco pacientes fueron mujeres (56,5%) y 27 varones (43,5%). La edad media fue de 36,1 años con una DS de 12,0 años. Los diagnósticos más frecuentes fueron Artritis Reumatoide (45,2%), Espondilitis Anquilosante (24,2%) y Artritis Psoriásica (17,7%). El tiempo de seguimiento antes de la introducción del anti-TNF fue de 1.222,1 días con DS 817,1 días y de 1.072,1 días con DS 593,9 días luego de iniciado el tratamiento. Debido a la incapacidad para controlar la duración de los períodos de observación durante nuestro estudio, desarrollamos un índice de incapacidad temporal durante cada uno de los períodos, para evitar el efecto de dicha variación en ambos grupos. Los resultados más relevantes fueron una disminución del número total de incapacidades temporales después del tratamiento con anti-TNF (243 pre-tratamiento, frente a 141 post-tratamiento), del índice global de incapacidades temporales, que corresponde al tiempo total acumulado de bajas para el tiempo de observación tanto pre como post anti-TNF (7,14% *versus* 5,63%, respectivamente) y del índice de incapacidad temporal por afectación articular (10,11% pre-tratamiento, frente al 9,10% post-tratamiento). Además se observó un aumento del índice de incapacidades secundarias a infección (0,51% pre-tratamiento, frente a 0,94% post-tratamiento) y del número total de días de incapacidad temporal (56,85 ± 101,09 días pre-tratamiento frente a 57,68 ± 95,22 días post-tratamiento); sin que ninguna de las observaciones antes señaladas alcanzara la significancia estadística. Diez pacientes (16,12%) recibieron la incapacidad permanente durante el período post-tratamiento con anti-TNF.

Conclusión: De acuerdo a nuestros resultados hay una reducción consistente en el número de episodios de incapacidad temporal y una reducción no significativa en el índice de incapacidad temporal global cuando recibían terapia anti-TNF. El efecto de la historia natural de la enfermedad reumática y el hecho de que la incapacidad permanente ocurrió con más frecuencia en la fase post-tratamiento anti-TNF fueron nuestros principales factores de confusión. Sin embargo, un estudio que incluya una mayor cohorte de pacientes permitiría encontrar diferencias más consistentes a corto plazo, permitiendo discriminar otras posibles variables como el tipo de enfermedad al inicio del tratamiento o el tipo de anti-TNF empleado.

Comunicación 05

Seguridad a largo plazo del Bosentán en las enfermedades del tejido conectivo.

Melchor S, Joven BE, Carreira PE. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivo: Analizar nuestra experiencia a largo plazo en el tratamiento con Bosentán en las enfermedades del tejido conectivo (ETC), con especial atención a la seguridad y el desarrollo de efectos adversos.

Pacientes y métodos: Se incluyeron todos los pacientes con una ETC, seguidos en el servicio de reumatología del hospital universitario 12 de Octubre, y tratados con Bosentán entre jun/02 y ago/09. Durante el tratamiento con Bosentán, los pacientes fueron evaluados regularmente en consulta cada 3-6 meses, y a todos se les realizó analítica general incluyendo bioquímica hepática de forma mensual. Los datos demográficos y clínicos de los pacientes se obtuvieron de las historias clínicas o de bases de datos previas. Para el objetivo del estudio, se obtuvieron también los siguientes datos: razón de utilización de Bosentán, tratamientos previos y concomitantes, efectos adversos, causa de suspensión y evolución del paciente.

Resultados: Durante el periodo de estudio, 42 pacientes (36 m, 6 v, edad 46 ± 16 a) recibieron tratamiento con Bosentán. Treinta y tres tenían esclerosis sistémica (19 difusa, 14 limitada), 4 lupus eritematoso sistémico, 2 enfermedad mixta del tejido conectivo, 1 polimiositis, 1 enfermedad de Degos y 1 enfermedad de Buerger. Las razones para el tratamiento con Bosentán fueron lesiones isquémicas en 22 casos e hipertensión arterial pulmonar (HAP) en 20. En los 22 pacientes tratados por lesiones isquémicas, los vasodilatadores previamente utilizados fueron calcio-antagonistas (CA, 18 casos), lloprost IV cíclico (9) y sildenafil (1). Los tratamientos concomitantes fueron corticoides (15), inmunosupresores (16), anticoagulantes orales (ACO, 2 casos) e lloprost IV cíclico (7). Se consideró que las lesiones isquémicas mejoraron en 13 casos (59%). En los 20 pacientes tratados por HAP, los vasodilatadores previos fueron CA (13), prostaciclina IV/SC continua (6) y sildenafil (6). Los tratamientos concomitantes fueron ACO (15), vasodilatadores (19 casos: 13 prostaciclina, 12 sildenafil), corticoides (18) e inmunosupresores (15). Doce pacientes (60%) mejoraron su clase funcional de la NYHA durante la terapia con Bosentán. Para todo el grupo, la duración media del tratamiento con Bosentán fue de 30 ± 25 meses. Quince pacientes (36%) desarrollaron algún efecto adverso: alteración hepática 11 (26%), anemia 6 (14%), taquicardia 4 (9%) e hipotensión 1 (2%), pero el fármaco sólo tuvo que ser suspendido en 3 (7%). La normalización del perfil hepático ocurrió en <3 meses en 5 casos, y en <6 meses en otros 5. El Bosentán se suspendió en 9 pacientes por falta de eficacia y en 3 por efectos adversos (2 disfunción hepática, 1 taquicardia/hipotensión). Nueve pacientes (21%) fallecieron durante o después del tratamiento con Bosentán, en todos los casos por progresión de la enfermedad de base. Ninguno de los fallecimientos fue atribuido a Bosentán.

Conclusiones: El Bosentán puede utilizarse a largo plazo con seguridad, incluso en combinación con otros vasodilatadores, en pacientes con lesiones isquémicas o HAP asociadas a CTD. Aunque pueden aparecer efectos adversos en más de un tercio de los pacientes tratados, éstos son generalmente leves, y solo requieren la suspensión del fármaco en menos del 10% de los casos.

Transición de esclerosis sistémica precoz a esclerosis sistémica definitiva.

Melchor S, Movasat A, Joven BE, Carreira PE. Servicio de Reumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre, Avda. de Córdoba s/n, 28041, Madrid.

Objetivos: Analizar: a) el tiempo entre el inicio del fenómeno de Raynaud y el diagnóstico de esclerosis sistémica (ES), según los criterios de clasificación ACR 1980¹, en una serie de pacientes diagnosticados de ES precoz según los criterios propuestos en 2001 para esta entidad²; y b) las diferencias clínicas entre pacientes que cumplen o no los criterios ACR 1980 después de un período largo de seguimiento.

Pacientes y métodos: En una base de datos creada en 1994, se incluyeron prospectivamente datos demográficos (fecha de nacimiento, sexo) y clínicos (fecha de inicio del Raynaud, tabaquismo, HTA, dislipemia, TSS, presencia de edema de manos, lesiones isquémicas, artritis, afectación gastrointestinal, pulmonar o cardíaca, ANA, anticuerpos aScl70, anticentromero (ACA) y aRNP) de todos los pacientes enviados a nuestro servicio entre 1994 y 2008 para capilaroscopia por fenómeno de Raynaud. Todos los pacientes con cambios típicos de ES en la capilaroscopia y/o ANA positivos, y que no cumplían criterios para otra enfermedad autoinmune, se diagnosticaron de ES precoz, se revisaron en consulta al menos anualmente, y se diagnosticaron de ES definitiva cuando cumplían criterios ACR 1980. Se analizó el tiempo entre el inicio del Raynaud y la primera capilaroscopia, y al diagnóstico de ES definitiva o de la última revisión. Las diferencias clínicas entre pacientes con diagnóstico de ES definitiva y precoz después del período de seguimiento, se compararon mediante los tests de Chi cuadrado y t de Student.

Resultados: De 670 pacientes enviados para capilaroscopia durante el período de estudio, 74 (10 hombres, 64 mujeres; 52±16 años) fueron diagnosticados de ES precoz. La mediana de tiempo desde el inicio del Raynaud hasta la capilaroscopia fue de 3,3 años (media 8,2±9,7 años). De ellos, 49 (66%) tenían capilaroscopia patológica, 69 (93%) ANA, y 46 (62%) ambos. Cinco (7%) tenían aScl70, 47 (64%) ACA y 9 (12%) aRNP; 32 (43%) presentaban edema de manos, 54 (73%) esclerodactilia, 7 (10%) lesiones isquémicas, 7 (10%) fibrosis pulmonar y 34 (47%) afectación esofágica. Tras una mediana de seguimiento de 3 años (media 4,3±4,1 años), y una mediana desde el inicio del Raynaud de 12 años (media 11±10,3), 31 pacientes (42%) pasaron a diagnóstico de ES definitiva, en todos los casos con afectación cutánea limitada. Los otros 43 pacientes (58%) mantuvieron el diagnóstico de ES precoz. Los pacientes que permanecían con diagnóstico de ES precoz después del período de seguimiento, presentaban menos lesiones isquémicas (OR=0,09; 95%CI 0,01-0,9; p=0,02) y menor fibrosis pulmonar (OR=0,1; 95%CI 0,01-0,9; p=0,04) que los pacientes que cumplían criterios de clasificación ACR 1980, pero no se encontraron otras diferencias clínicas estadísticamente significativas.

Conclusiones: Un amplio porcentaje de pacientes con fenómeno de Raynaud y datos clínicos sugestivos de ES (alrededor del 60%), se mantienen sin cumplir criterios de clasificación ACR 1980 para ES durante largo tiempo de seguimiento. En nuestra serie, solo incluyendo la presencia de ANA o los cambios característicos de la capilaroscopia como criterios menores de ES, como sugirieron LeRoy y Medsger en 2001², podríamos clasificar a todos nuestros pacientes con pre-esclerodermia como ES definitiva. Esto sería importante para poder incluir estos pacientes en ensayos clínicos.

(1) Subcommittee for scleroderma criteria of the American Rheumatism Association diagnostic and therapeutic criteria committee. Preliminary criteria for the classification of systemic sclerosis (scleroderma). *Arthritis Rheum* 1980; 23:581-90.

(2) LeRoy EC and Medsger TA. Criteria for the classification of early systemic sclerosis. *J Rheumatol* 2001; 28:1573-6.

Comunicación 07

Esclerosis sistémica difusa con anticuerpos anticentrómero.

Joven BE, Carmona L*, Carreira PE. Servicio de Reumatología, Hospital 12 de Octubre, Madrid.
*Unidad de Investigación, Fundación Española de Reumatología, Madrid.

Objetivo: Analizar la incidencia de anticuerpos anti-centrómero (ACA) en pacientes con esclerosis sistémica y afectación dérmica difusa (ESd), y comparar las características clínicas de estos pacientes con: 1) pacientes con ESd ACA (-); y 2) pacientes ACA (+) con ES y afectación dérmica limitada (ESI).

Pacientes y métodos: Todos los pacientes con ES que cumplieran los criterios preliminares de clasificación de ACR de 1980¹ o los criterios propuestos en 2001 para ES precoz², y seguidos en el servicio de reumatología del nuestro hospital, se incluyeron prospectivamente en una base de datos creada en 1989, que contiene información demográfica y clínica. La presencia de ACA se determinó mediante inmunofluorescencia indirecta (IFI) en células Hep2. Otros anticuerpos antiENA se determinaron mediante un dot blot para varias proteínas (INLIA-Test). Las características clínicas de los pacientes con ESd y ACA (+) se compararon con las de otros 2 grupos: 1) pacientes con ESd ACA (-); y 2) pacientes con ESI y ACA (+). Se utilizaron el test de Chi cuadrado y la prueba t para muestras independientes para analizar las diferencias entre grupos. Se utilizó regresión logística binaria multivariada para detectar las asociaciones independientes de la presencia de ACA y de enfermedad difusa con características clínicas expresadas diferencialmente por los pacientes con ESd y ACA (+).

Resultados: De 298 pacientes con ES (86% mujeres, 67% ESI), 13 (todas mujeres) tenían ESd y ACA (+). Comparadas con 79 pacientes con ESd y ACA (-), las pacientes con ESd y ACA (+) presentaban menos fibrosis pulmonar (OR 0,05; 95%CI 0,006-0,4; p<0,0001), edema de manos (OR 0,1; 95%CI 0,03-0,6; p=0,01) y rigidez matutina (OR 0,09; 95%CI 0,01-0,8; p=0,01), más síndrome seco (OR 4,8; 95%CI 1,4-16,7; p=0,02) y más megacapilares (OR 5,1; 95%CI 1,1-25,6; p=0,04) y menos áreas avasculares (OR 0,2; 95%CI 0,06-0,8; p=0,03) en la capilaroscopia. Comparadas con 93 pacientes con ESI y ACA (+), las pacientes con ESd y ACA (+) tenían más lesiones isquémicas (OR 5,5; 95%CI 1,6-19,4; p=0,009), y más proteinuria (OR 1,2; 95%CI 1-1,5; p=0,01). La regresión logística multivariada mostró que la presencia de ACA se asociaba de forma independiente en nuestro grupo de pacientes con ES con la ausencia de fibrosis pulmonar, edema de manos, rigidez matutina y áreas avasculares, y con la presencia de síndrome seco y megacapilares. Por otra parte la afectación cutánea difusa se asociaba con la presencia de fibrosis pulmonar, áreas avasculares y lesiones isquémicas.

Conclusiones: Los pacientes con ESd y ACA (+) presentan un cuadro clínico similar al de los pacientes con ESI y ACA (+), con menor frecuencia de afectación visceral, especialmente de fibrosis pulmonar que los pacientes con ESd y ACA (-). No obstante también presentan una mayor incidencia de algunas características clínicas de la ESd, como las lesiones isquémicas o la proteinuria, lo que sugiere que se trata de un subgrupo similar al de ESI, pero con una enfermedad más grave, por lo que debe hacerse un seguimiento cercano a estos pacientes.

(1) Subcommittee for scleroderma criteria of the American Rheumatism Association diagnostic and therapeutic criteria committee. Preliminary criteria for the classification of systemic sclerosis (scleroderma). *Arthritis Rheum* 1980; 23:581-90.
(2) LeRoy EC and Medsger TA. Criteria for the classification of early systemic sclerosis. *J Rheumatol* 2001; 28:1573-6.

Influencia de la edad en la expresión clínica de la enfermedad en pacientes con esclerosis sistémica de corta evolución: resultados del registro del *EULAR scleroderma trials and research group (EUSTAR)*.

Carreira PE, Carmona L, Joven BE, Denton C, Allanore Y, Walker U, Matucci-Cerinic M y co-autores EUSTAR.

Antecedentes: Aunque se han descrito algunas diferencias entre pacientes con esclerosis sistémica (ES) de inicio juvenil respecto a los de comienzo en edad adulta, la influencia de la edad al inicio de la enfermedad en la expresión clínica de la ES precoz no ha sido estudiada. Esto es probablemente debido a que es difícil reunir información de un número suficiente de pacientes con una enfermedad rara como la ES, con diferente edad de comienzo. La base de datos del registro EUSTAR, que contiene datos de más de 7.000 pacientes con ES principalmente europeos, supone una oportunidad única de analizar un gran número de pacientes con ES precoz, en un intento de identificar aquellos subgrupos con mayor riesgo de afectación visceral, y por tanto peor pronóstico.

Objetivo: Analizar la influencia de la edad de comienzo de la enfermedad en la expresión clínica de la ES precoz.

Pacientes y métodos: EUSTAR recoge prospectivamente de forma anual el *Minimal Essential Data Set* (Grupo Mínimo de Datos Esenciales, MEDS) de pacientes consecutivos con ES (criterios ACR) de los centros participantes. Se seleccionaron los pacientes con duración de la enfermedad <3 en la primera inclusión en EUSTAR, y solo se analizaron los datos recogidos en la primera visita. Para analizar la influencia de la edad de comienzo de la enfermedad sobre la expresión clínica de la misma se utilizaron: test t de Student, regresión logística binaria y regresión lineal univariada y multivariada. Para identificar las características clínicas asociadas de forma independiente con la edad de comienzo de la enfermedad se utilizó regresión logística multivariada, incluyendo sexo, subtipo de enfermedad (limitada/difusa) y tipo de anticuerpos (anticentrómero-ACA/antiSc170).

Resultados: De 1.180 pacientes (81% mujeres), 482 tenían enfermedad difusa y 590 limitada. La edad media en el momento de la inclusión era de 53 ± 14 años, y la edad al inicio del primer síntoma de ES sin incluir Raynaud, de 51 ± 16 . En el grupo total, la mayor edad se asociaba con enfermedad limitada, ACA, aumento de reactantes de fase aguda, fibrosis pulmonar, hipertensión pulmonar (HP), bloqueo cardiaco, disfunción diastólica de VI (DDVI), HTA, intervalo entre inicio de Raynaud y otros síntomas ($p < 0,0001$ para todos), artritis ($p = 0,007$) y disminución de la fracción de eyección de VI (FEVI) ($p = 0,03$). La menor edad se asociaba con enfermedad difusa ($p = 0,001$), antiSc170 ($p < 0,0001$), roces articulares ($p = 0,03$), lesiones isquémicas ($p = 0,002$) y aumento de CK ($p = 0,03$). La regresión lineal multivariada confirmó la asociación independiente de la edad de comienzo con todas las variables, excepto con artritis, antiSc170, disminución de FEVI, roces de fricción y aumento de CK. Mediante regresión logística binaria multivariada, con la edad de comienzo, el sexo y el subgrupo de enfermedad como variables independientes, la edad permanecía asociada independientemente a todas las variables clínicas excepto al aumento de CK y los roces articulares, que solo se asociaban en el grupo con afectación cutánea difusa.

Conclusiones: En pacientes con ES de corta evolución, la mayor edad al inicio de la enfermedad se asocia con algunas características clínicas típicas de la ES, como presencia de ACA, aumento de reactantes de fase aguda, fibrosis pulmonar y HP, pero también se asocia con hallazgos menos específicos, como bloqueo cardiaco, DDVI y HTA, que pueden aparecer en personas mayores sin ES. Por el contrario, la menor edad al inicio de la enfermedad se asocia con características clínicas de enfermedad grave, como afectación difusa, presencia de antiSc170 y lesiones isquémicas, lo que sugiere que los pacientes más jóvenes deben ser cuidadosamente evaluados para descartar afectación visceral.

Comunicación 09

Estudio de la expresión de CD28 en las células natural killer.

Lamana A, Díaz Sánchez B, Ortiz AM, García de Vicuña R, González Álvaro I. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. c/ Diego de León 62. 28006, Madrid

La producción mantenida de TNF es un evento común a la mayoría de las artropatías inflamatorias. Nuestro grupo ha descrito previamente que la interacción entre células NK estimuladas con interleuquina 15 (IL15) y macrófagos da lugar a procesos de estimulación mutua que desembocan en la producción persistente de TNF¹. Este mecanismo podría jugar un papel importante en la cronificación de la enfermedad en una subpoblación de pacientes con Artritis Reumatoide. Por otra parte, Abatacept (CTLA-4-Ig), fármaco eficaz para el control de dicha enfermedad, inhibe la señal coestimulante que induce la interacción de la molécula CD28, expresada en linfocitos T, con las moléculas CD80 y CD86 expresadas en macrófagos.

Objetivo: Estudiar la expresión de CD28 en la superficie de las células NK en reposo y tras activación con IL15.

Métodos: Se estudió por citometría de flujo la expresión de CD16, CD28, CD56 y CD69 en diferentes líneas tumorales de estirpe NK (NKL, NK3.3 e YT Indy obtenidas de ATCC/LGC Promochem, Barcelona) y en células NK purificadas mediante selección negativa de sangre periférica de 33 donantes sanos. En este último caso se estudiaron las células NK en reposo y tras activación con IL15 50 pg/ml durante 24 horas. CD56 y CD16 fueron utilizados para clasificar los diferentes subtipos de células NK, mientras que CD69 se estudió como control de activación.

Resultados: Entre las diferentes líneas tumorales de células NK, las células NKL y las YT Indy expresaban CD28. La línea NK3.3 no expresaba esta molécula y también presenta niveles muy bajos de expresión de CD56, molécula característica de células NK. Las células NK de donantes sanos se pudieron clasificar en 3 subpoblaciones en base a su patrón de expresión de CD16 y de CD56: CD56 alto CD16 débil, CD56 moderado CD16 alto y CD56 moderado CD16 bajo/negativo. Aunque la distribución de estas subpoblaciones fue variable de unos donantes a otros, en general, la población más abundante (aprox 60% de las NK) expresa CD56 de forma moderada y CD16 de forma alta. Esta población mayoritaria carece de CD28. Las otras dos poblaciones constituyen un 30% las células CD56 moderado CD16 bajo/negativo y un 10% las CD56 alto CD16 débil. Estas dos últimas poblaciones presentaron expresión de CD28, que era de mayor frecuencia e intensidad en las células NK con moderada expresión de CD56 y baja expresión de CD16. En ninguna de las subpoblaciones de células NK la IL15 incrementó la expresión de CD28, aunque CD69, control de activación aumento en las células NK de todos los donantes tras el tratamiento con IL15.

Conclusión: Las células NK con baja expresión de CD16 expresan CD28. Se necesitan más estudios para determinar si esta molécula podría estar implicada en la producción de TNF observada en nuestro modelo previamente descrito.

Este trabajo ha sido financiado por Bristol-Myers Squibb.

AL disfruta de una beca DIB-SER de la Fundación Española de Reumatología.

(1) Arthritis Res Ther 2006, 8: R88

Citología urinaria en pacientes con lupus eritematoso sistémico: implicaciones en la identificación de nefritis activa y como índice de actividad renal.

Castrejón I¹, Askanase A², Thomas D³, Buyon JP⁴. ¹S. de Reumatología. Hospital de la Princesa. c/ Diego de León 62. Madrid 28006. ²Division of Rheumatology, Hospital for Joint Diseases, New York University School of Medicine, 560 First Avenue, NY 10016, USA. ³Nephrocor™, 100 Charles Lindbergh Blvd, Uniondale NY 11553. ⁴NYU School of Medicine, New York, NY.

Objetivo: Hasta el momento no existe ninguna determinación de laboratorio que pueda predecir con cierta exactitud si existe actividad a nivel renal en los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES), salvo la aparición de hematuria en el sedimento. La citología urinaria es una herramienta útil para identificar el rechazo precoz en pacientes que reciben un trasplante renal, se produce una elevación de los linfocitos en orina (>10/20 por campo) incluso antes de la elevación de la creatinina. El objetivo de este estudio es evaluar la citología urinaria como un marcador de actividad en la nefritis lúpica mediante una recogida sistemática de muestras de orina en pacientes diagnosticados de lupus.

Métodos: Se seleccionaron 50 pacientes pertenecientes a una consulta monográfica de lupus, los cuales cumplían al menos 4 criterios de la ACR para el diagnóstico de LES. Se les realizó una analítica y se recogieron 70 muestras de orina para realizar citología urinaria y calcular el cociente proteína/creatinina urinaria.

Resultados: De los 50 pacientes, 19 tenían biopsia renal previa compatible con nefritis lúpica y de estos 11 estaban activos en el momento del estudio (>1 gr. de proteinuria en orina de 24h). Como era de esperar, los pacientes con actividad renal presentaron un cociente proteína/creatinina en orina mayor que el grupo de pacientes sin actividad renal (2,71 comparado con 0,41). Además, otros datos clínicos que también apoyaron la presencia de actividad renal fueron la media de albúmina sérica (3,3 vs. 4,1), de creatinina (1,36 vs. 1,11), los niveles de complemento C3 (84 vs. 107) y C4 (16 vs. 21) y los niveles de anti-DNA de doble cadena (228 vs. 52). Al realizar las citologías de las muestras urinarias (evaluación de 10 campos a alta resolución) se observó que los pacientes con nefritis activa presentaban mayor número de acantocitos (hematíes dismórficos), leptocitos (hematíes en diana) y hematíes isomorfos por campo que los pacientes inactivos, 8/0, 27/1, 127/7 respectivamente. Aunque los acantocitos son los que tienen mayor valor predictivo para el diagnóstico de daño renal, sólo estaban presentes en 2 pacientes con nefritis activa. Los pacientes con actividad renal presentaron mayor recuento de neutrófilos (235 vs. 63) pero hubo una alta incidencia de contaminación vaginal (confirmada debido a la presencia de células epiteliales escamosas en 9 de las 17 muestras de los pacientes activos y en 33 de la 53 muestras de los pacientes inactivos). Tras retirar las muestras contaminadas, el recuento fue de 131 vs. 58 pero con una p no significativa. La diferencia más llamativa entre los grupos fue el recuento de linfocitos, 81 vs. 3, esta diferencia fue significativa incluso al retirar las muestras contaminadas (92 vs. 5, p=0,008). De todos los pacientes sin actividad renal sólo uno presentó un recuento de linfocitos por encima de 20 (21).

Conclusión: Un recuento de linfocitos elevados, y no de neutrófilos totales, en una citología de orina sugiere con relativa certeza la presencia de actividad renal y es capaz de diferenciar entre daño crónico y daño agudo, información de gran relevancia en este tipo de pacientes. El valor diagnóstico de los hematíes y los neutrófilos en la citología debe ser valorado con precaución ya que puede ser producto de una contaminación vaginal.

Comunicación II

Fibromialgia, dolor generalizado y dieta sin gluten. Resultados preliminares de un estudio prospectivo.

Isasi C, Márquez M, Serrano-Vela JI, Fernández Castro M, Prada A, Campos J, Mulero J, Castro MJ. Servicio de Reumatología, Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, C/ Manuel De Falla 1, 28222 Majadahonda, Madrid. Asociación de Celíacos de Madrid, c/ Lanuza 19, 28028 Madrid. Servicio de Inmunología, Hospital Doce de Octubre, Avda. de Córdoba s/n 28041 Madrid.

Introducción y objetivo: La enfermedad celíaca (EC) es frecuente e infradiagnosticada, y sus manifestaciones clínicas se solapan con las de la fibromialgia, la fatiga crónica y el intestino irritable. El diagnóstico de la EC se basa en la positividad de la serología (anticuerpos antitransglutaminasa o antiendomiso) y en la confirmación de lesiones características en la mucosa duodenal con atrofia vellositaria. Sin embargo, la sensibilidad de la serología es baja cuando la afectación intestinal es leve. El objetivo de este trabajo es investigar la utilidad de la dieta sin gluten en pacientes con diagnóstico de fibromialgia y sospecha de EC no confirmada.

Método: Estudio prospectivo. Se ha buscado de forma sistemática la EC en pacientes con afectación severa por fibromialgia o dolor musculoesquelético crónico generalizado. Los pacientes de esta comunicación están incluidos en el estudio DMECG (dolor músculo esquelético crónico generalizado) cuyo criterio de inclusión es fibromialgia, o dolor músculo esquelético crónico generalizado sin diagnóstico, con puntuación CIF >5/10 o BASDAI > 4/10, y con edad entre 18 y 60 años. A partir de diciembre de 2008 se ha propuesto dieta sin gluten muy estricta de la Asociación de Celíacos de Madrid (ACM), a pesar de no haber confirmación del diagnóstico de EC. Todos los pacientes han sido seguidos en consulta por el mismo reumatólogo e instruidos en la dieta muy estricta sin gluten por la ACM. Se ha registrado en el seguimiento en consulta si ha habido mejoría clínica relevante. Los motivos para clasificar al paciente como "mejoría clínica relevante" han sido: estar asintomático, no tener dolor generalizado, volver a trabajar, recuperar vida activa normal, pasar de vida limitada en cama o en silla de ruedas a caminar, retirada de psicofármacos y analgésicos, y mejoría clara de situación general a juicio del paciente. Se muestran los resultados de los registros con fecha 30 de octubre de 2009.

Resultados: Hay registro de 68 pacientes incluidos en el estudio DMECG que están siguiendo la dieta muy estricta sin gluten. La determinación de anticuerpos anti-transglutaminasa ha sido negativa en todos los casos. Se ha realizado gastroscopia y biopsia duodenal en 62 de los 68 pacientes, sin encontrar atrofia vellositaria en la biopsia en ningún caso. De los 68 pacientes hay 18, un 26 %, con mejoría clínica relevante. De los 68 pacientes, hay 28 en los que consta que llevan más de cuatro meses con dieta estricta sin gluten, de éstos hay mejoría relevante en 12, un 42%.

Conclusiones: Estos resultados son preliminares y con limitaciones, ya que son los del seguimiento en consulta por el reumatólogo investigador y no un registro sistemático de un evaluador externo. Sin embargo, las mejorías observadas son muy relevantes y difíciles de atribuir al sesgo del investigador. Es posible que una proporción importante de pacientes con fibromialgia tengan una enfermedad celíaca con expresión leve en la biopsia duodenal no detectada por la serología. Estos resultados indican que la dieta estricta sin gluten puede tener un efecto beneficioso muy relevante en una importante proporción de sujetos con fibromialgia.

Lupus cutáneo secundario a fármacos

Godoy H*, Pérez OS**, Díez Ramos F**, Llopis R*** Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Rehabilitación y Reumatología. Hospital Universitario Santa Cristina. C/ Maestro Vives nº 3. Madrid 28009. *Reumatología ** Rehabilitación ***Traumatología

Introducción: No existe un consenso sobre cuantos criterios debe reunir el lupus inducido por fármacos (LIF) para definirlo, diagnosticándose muchos pacientes con uno o dos criterios. Presentamos a continuación dos formas distintas de lesión cutánea en el contexto de lupus inducido por fármacos.

Presentación clínica:

Caso clínico nº 1:

Mujer de 80 años de edad, remitida a consulta de Reumatología desde Atención Primaria para estudio de posible fenómeno de Raynaud. Refería en los últimos dos meses cambios en la coloración de los dedos en relación con el frío, palidez y enrojecimiento posterior, así como aparición de lesiones parcheadas violáceas de predominio en pulpejos de los dedos de las manos y pies. Entre los antecedentes personales destacaba una hipertensión en tratamiento con Cozaar* y un meningioma intervenido años antes, en tratamiento profiláctico de crisis epiléptica con Trileptal*.

En la exploración física inicial se observaron lesiones cutáneas en pulpejos de los dedos de las manos, de aspecto vasculítico, siendo el resto de la exploración normal. En los dos meses siguientes fueron apareciendo progresivamente ulceraciones periungueales.

Pruebas complementarias: Hemograma: Plaquetas: 164.000. Hb: 14,5. Leucocitos: 3.420 (1.150 linfocitos) ANA: negativo. C3: 63, C4 : 16, ANCA p+, ANCA c-, MPOX -, Na: 124.

Biopsia cutánea del pulpejo del segundo dedo: Infiltrado linfocitario denso tipo vasculitis linfocítica y también algunas células plasmáticas, compatible con lupus eritematoso subagudo.

Evolución: Ante la sospecha de posible lupus inducido por fármacos se reinterrogó a la paciente. Tanto el Cozaar* (Losartán) como el Trileptal* (Oxcarbacepina) podrían estar relacionados. La Oxcarbacepina había sido introducida recientemente en sustitución de otro antiepiléptico. En cuanto al Cozaar* llevaba varios años tomándolo. Se optó por sustituir ambos por fármacos de distinto grupo de acuerdo con el Internista y el Neurólogo. Seis semanas después se revisó en consulta, habiendo desaparecido las lesiones casi por completo.

Caso Clínico nº2:

Mujer de 48 años. Remitida por cuadro de cialgia S1 izquierda. En tratamiento con Diclofenaco y Tetraxepam. Tras exploración se añade al tratamiento Gabapentina en dosis creciente. Aproximadamente 4 semanas más tarde la paciente desarrolla erupción diseminada tipo anular en tronco, miembros superiores e inferiores.

Pruebas Complementarias: ANA: + 1/160. Patrón moteado. C3 y C4 sin alteraciones. Hemograma normal. Biopsia de lesión cutánea en tronco: dermatitis de interfase tipo vacuolar con queratinocitos necróticos, compatible con lupus cutáneo.

Evolución y comentario: Se inició tratamiento con antihistamínicos y esteroides orales por la severidad de las lesiones. Se suspendieron el Diclofenaco y la Gabapentina ante la posibilidad de que fuesen agentes causales del cuadro, no pudiendo discernir cuál ya que tanto antiinflamatorios no esteroideos como antiepilépticos se consideran como posibles inductores de lupus y su introducción fue casi simultánea.

Conclusiones:

Se debe sospechar un LIF en pacientes que positivicen anticuerpos antinucleares (ANAS) y tengan además al menos un criterio clínico de lupus. Es raro observar complemento bajo o Anti DNA

La ausencia de ANAS no excluye de forma automática el diagnóstico y se han propuesto los siguientes criterios:

1. No evidencia de lupus previo al inicio del tratamiento.
2. Exposición suficiente y continuada al fármaco.
3. Al menos un síntoma compatible con lupus.
4. Resolución de los síntomas en semanas o meses.

Póster 02

Grado de implantación de medidas farmacológicas de profilaxis secundaria en fractura de cadera.

Otón T, Silva L, Andreu JL, Millán I¹, Campos J, Prada A, Polo J, Fernández Castro M, Sanz J, Barbadillo C, Villa Alcázar L, Jiménez Palop M, Isasi C, Mulero J. Servicios de Reumatología y Bioestadística¹. H. U. Puerta de Hierro-Majadahonda (Madrid). c/ Manuel de Falla, 1. 28222, Majadahonda. Madrid.

Objetivos: La fractura de cadera es la complicación más relevante de la osteoporosis en términos de mortalidad, morbilidad y costes. Recientemente se ha demostrado el efecto beneficioso sobre la supervivencia global del uso de ácido zoledrónico (AZ) en pacientes con fractura de cadera. El objetivo de nuestro estudio es caracterizar el uso de AZ y de otros agentes con indicación aprobada para la prevención de fractura osteoporótica en pacientes ingresados en nuestro centro por fractura de cadera.

Métodos: Se incluyeron en el estudio pacientes ingresados por fractura de cadera entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2008. Se recogieron distintas características basales epidemiológicas y clínicas de los pacientes. Los pacientes, sus familiares y sus médicos de cabecera fueron contactados para establecer las variables de desenlace (tratamiento con AZ o algún otro agente con indicación aprobada para la prevención de la fractura osteoporótica, supervivencia global, desarrollo de una nueva fractura o deterioro funcional). En el análisis univariante de los datos en la comparación de dos medias, se emplearon las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney. Las curvas de supervivencia se realizaron mediante el método del producto límite de Kaplan-Meier y la comparación entre grupos se realizó mediante la prueba de rangos logarítmicos (log-rank test). Las variables que en análisis univariante se asociaron a la mortalidad se analizaron conjuntamente y se estimó el RR ajustado mediante el modelo de regresión múltiple de Cox.

Resultados: Se incluyeron 153 pacientes. En ningún paciente se comenzó tratamiento con AZ ni ningún otro agente indicado en el tratamiento de la osteoporosis. Ello imposibilitó una posterior caracterización de pacientes, en especial riesgo de no recibir tratamiento preventivo secundario. Al menos no se suspendió el tratamiento con agentes antirresortivos en los seis pacientes que lo estaban recibiendo previamente a la fractura. En el análisis univariante de mortalidad, se observó un aumento estadísticamente significativo de la mortalidad en los pacientes que presentaban basalmente patología pulmonar ($p = 0,017$) y cardiaca ($p = 0,025$), así como en aquéllos cuyo tiempo de espera entre, la fractura y la cirugía reparadora fue superior a 6 días ($p = 0,007$). En el análisis multivariante, solo la patología pulmonar previa ($p = 0,006$) y el tiempo hasta cirugía ($p = 0,041$) se asociaron significativamente a la mortalidad.

Conclusiones: En nuestro medio, los pacientes con fractura de cadera no reciben el tratamiento óptimo encaminado a aumentar su supervivencia y a reducir el riesgo de nueva fractura. La mor-

alidad está aumentada en los pacientes intervenidos de fractura de cadera que tienen patología pulmonar y cardiaca previa, así como en aquellos con mayor tiempo de espera hasta la cirugía.

Póster 03

Artritis brucelósica crónica: a propósito de un caso.

Campos J, Andreu JL, Silva L, Fernández Castro M, Barbadillo C, Sanz J, Jiménez Palop M, Prada A, Otón T, Polo J, Mulero J. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. c/Manuel de Falla 1, 28222 Majadahonda (Madrid).

Introducción: La artritis séptica por *Brucella* se ha convertido en una rareza en los países occidentales desarrollados desde la erradicación de la brucelosis bovina, pero continua siendo una infección endémica en otras zonas, especialmente en países en vías de desarrollo. En España se ha descrito fundamentalmente en áreas rurales y en relación con consumo de productos lácteos contaminados. Se han descrito cuatro patrones de afectación articular por *Brucella*, siendo el más frecuente la sacroilitis, habitualmente no destructiva y unilateral, seguido de artritis periférica (mono u oligoartritis de grandes articulaciones de los miembros inferiores), afectación mixta axial y periférica y por último espondilitis, de curso crónico a diferencia de los grupos anteriores. La afectación monoarticular crónica suele producirse en relación con material protésico.

Presentación clínica: Varón de 71 años de edad, trabajador de un matadero jubilado, sin otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que consultó por artritis en rodilla derecha de tres meses de evolución, sin traumatismo previo, fiebre, eritema ni otra clínica acompañante. A la exploración física se evidenció derrame articular en rodilla derecha, con limitación para la flexoextensión. Aportaba radiografías de rodillas con signos degenerativos y condrocalcinosis. Se realizó artrocentesis, obteniéndose líquido sinovial de características inflamatorias, sin microcristales en el examen por microscopía óptica con luz polarizada. El análisis del líquido sinovial evidenció 3.750 células/mm³, con glucosa de 66 mg/dL. El hemograma y la bioquímica general no mostraban alteraciones y los reactantes de fase aguda estaban elevados (VSG: 95 mm/1ª hora, proteína C reactiva: 16,3 mg/dL). El cultivo del líquido sinovial fue negativo. Se pautó tratamiento antiinflamatorio oral y ante la persistencia del derrame, se realizó nueva artrocentesis que puso de manifiesto una cavidad compartimentalizada con difícil extracción, obteniéndose nuevamente líquido sinovial de características inflamatorias sin evidencia de microcristales. En esta ocasión se aisló en el cultivo *Brucella*, sensible a rifampicina y tetraciclina, confirmándose el aislamiento en una nueva extracción. Se pautó tratamiento con Doxiciclina 100 mg/12 horas y Rifampicina 900 mg/día durante seis semanas, con mejoría franca de la sintomatología, manteniendo hipertrofia sinovial de la rodilla derecha sin derrame articular ni signos flogóticos, disminuyendo la VSG a 45 mm/1ª hora, pero no la Proteína C reactiva. Se intentó artrocentesis sin obtenerse líquido sinovial y se infiltró con corticoide depot, cediendo la tumefacción en la siguiente visita, manteniendo únicamente dolor articular de ritmo mecánico e hipotrofia cuadricepsital, iniciándose tratamiento rehabilitador y normalizándose los reactantes de fase aguda.

Conclusiones: La monoartritis crónica constituye una presentación infrecuente de la infección por *Brucella*, y en ocasiones puede confundirse con otros cuadros de evolución crónica, especialmente artropatías por depósito de pirofosfato cálcico dihidratado. Es fundamental para su diagnóstico el cultivo de líquido sinovial repetido, preferentemente en frascos de hemocultivo, dada la sensibilidad limitada de la técnica por la dificultad de crecimiento del germen. Presentamos un caso de monoartritis crónica de rodilla no protésica por *Brucella* en un paciente con condrocalcinosis y contacto por exposición laboral.

Póster 04

Enfermedad indiferenciada del tejido conectivo asociada a colangitis autoinmune. Presentación de un caso.

Sifuentes Giraldo WA, Prieto Morales M, Amil Casas I, Murillo C, Boteanu A, Bachiller Corral FJ, Moreno Caparrós A. Hospital Universitario Ramón y Cajal - Servicio de Reumatología. Carretera de Colmenar Viejo Km 9,100. 28034, Madrid

Introducción: La colangitis autoinmune (CAI) es un trastorno hepático poco frecuente, que comparte presentación clínica, alteraciones bioquímicas y lesión histológica con la cirrosis biliar primaria (CBP), de la que se diferencia por su positividad para ANA pero negatividad para anticuerpos anti-mitocondriales, habiéndose descrito como marcadores potenciales los anticuerpos anti-anhidrasa carbónica tipo II.

Dentro de su diagnóstico diferencial se encuentran todas aquellas entidades que cursan con granulomas hepáticos, siendo la más frecuente la sarcoidosis, e incluyéndose además trastornos hepáticos primarios como la cirrosis biliar primaria y la colangitis esclerosante primaria (CEP), síndrome de solapamiento con hepatitis autoinmune (CBP/HAI, CEP/HAI), infecciones, fármacos/tóxicos, neoplasias y enfermedades autoinmunes sistémicas. Dentro de estas últimas se ha descrito la presencia de granulomas hepáticos en el LES, Granulomatosis de Wegener, PAN, ACG/PMR y esclerosis sistémica.

Describimos en el presente caso una paciente con una enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (EITC), que presentó durante su evolución granulomatosis hepática compatible con CAI.

Presentación del caso: Paciente mujer de 41 años en seguimiento por poliartalgias simétricas de ritmo inflamatorio y edema difuso en dorso de manos. Durante su evolución presentó eritema rojo-violáceo en región malar y frontal, sin clara relación con la exposición solar. No fenómeno de Raynaud. En analítica presenta ANA (+) (1/320), ENA (+) con RNP(+) (600), RO/LA, DNA, Sm, Scl 70, anticentrómero (-), FR (+), Anti-CCP (-), hipergammaglobulinemia Ig G sin pico monoclonal, linfopenia (<1.000) en 3 ocasiones y elevación persistente de transaminasas sin patrón de colestasis asociada y serologías negativas para virus hepatotropos. Se realizó biopsia hepática que mostró granulomatosis epiteloide no necrotizante, infiltrado portal linfoplasmacitario, colangitis pleomórfica y esteatosis hepática centrozonal grado I/III. Fue ingresada para estudio, con sospecha inicial de sarcoidosis, excluyéndose este diagnóstico tras realización de pruebas de función respiratoria, TACAR pulmonar, fibrobroncoscopia con LAB, determinación de ECA y Gammagrafía con galio negativos. En la capilaroscopia se identificaron capilares irregulares engrosados y tortuosos con áreas avasculares, compatible con miopatía inflamatoria vs esclerosis sistémica.

Conclusiones: En pacientes diagnosticados de enfermedad autoinmune sistémica que durante su seguimiento desarrollan alteración del perfil hepático, debemos considerar entre de las posibilidades diagnósticas, el desarrollo de enfermedad autoinmune organoespecífica dentro del espectro de las hepatitis autoinmunes, incluyendo la CAI. Aunque esta entidad es poco frecuente, debemos considerar su diagnóstico ante biopsia hepática con granulomatosis hepática + colangitis con ANA (+) y AMA (-).

Póster 05

Aspergilosis ocular como complicación de la terapia anti-TNF en un paciente con artritis reumatoide. Presentación de un caso.

Sifuentes Giraldo WA, Prieto Morales M, Antón Pagés F, Murillo C, Boteanu A, Orte Martínez J, González García C. Hospital Universitario Ramón y Cajal - Servicio de Reumatología. Carretera de Colmenar Viejo Km 9,100. 28034, Madrid.

Introducción: La Aspergilosis invasiva es una micosis oportunista con una elevada morbimortalidad, reconociéndose en la actualidad el tratamiento anti-TNF como uno de los factores de riesgo para su desarrollo. Dentro del espectro de esta entidad, además de las formas pulmonares que son las más frecuentes, se encuentran las formas extrapulmonares, incluyendo la aspergilosis ocular, que a pesar de ser una entidad rara, tiene un curso devastador y conduce frecuentemente a ceguera. El tratamiento es principalmente quirúrgico debido a la falta de respuesta adecuada a la terapia antifúngica sistémica.

Presentación del caso: Mujer de 71 años diagnosticada de Artritis Reumatoide seropositiva desde los 59 años, durante su evolución recibió múltiples FAMES (sales de oro, penicilamina, metotrexate, hidroxicloroquina, salazopirina, leflunomida) con mala respuesta requiriendo dosis variables de corticoides y AINEs de forma permanente. Presentó múltiples ingresos por infecciones osteoarticulares (artritis séptica y osteomielitis). Durante el último año se inició tratamiento con Adalimumab que fue suspendido por ineficacia, se sustituyó por Etanercept que recibía de forma regular en los últimos 4 meses. Estando con este tratamiento la paciente presentó disminución de agudeza visual, dolor y enrojecimiento ocular izquierdo sin antecedente traumático, diagnosticándose inicialmente de uveítis anterior aguda por lo que recibió tratamiento con Prednisona 60 mg/día. Presentó mejoría inicial, recidivando la clínica por lo que es nuevamente valorada encontrándose hemovítreo y condensaciones vítreas; se realizó tratamiento quirúrgico, remitiéndose muestras a microbiología con cultivos positivos a *Aspergillus ssp* e histopatología en la que se identifica colección de esporas e hifas de hongos. Se diagnostica de endoftalmitis por *Aspergillus ssp* y se inicia tratamiento con Voriconazol con respuesta adecuada, pero persistiendo disminución de agudeza visual. No se pudo identificar foco primario extraocular.

Conclusiones: En pacientes en tratamiento anti-TNF que desarrollan cuadros inflamatorios oculares debemos de considerar la posibilidad de aspergilosis ocular, a pesar de ser una entidad poco frecuente por la agresividad de este cuadro y la necesidad de tratamiento precoz para prevenir el desarrollo de secuelas.

Póster 06

Anticuerpos anti-RNA polimerasa 3 en la esclerosis sistémica.

Pérez VY, Joven BE, Serrano A*, Carreira PE. Servicios de Reumatología e *Inmunología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.*

Objetivos: 1) analizar la incidencia de anticuerpos anti RNA Polimerasa 3 (pol3) en pacientes con esclerosis sistémica (ES), y 2) comparar las características clínicas del grupo de pacientes Pol3 (+) con los grupos de pacientes anti-toposimerasa I (aScI70) (+) y anticentrómero (ACA) (+).

Pacientes y métodos: El suero de todos los pacientes con ES vistos en la consulta de reumatología entre enero y mayo de 2009 fue analizado para la presencia de anticuerpos Pol-3, mediante un método ELISA (MBL). Las características clínicas de los pacientes Pol-3 (+) se compararon con las de otros dos grupos de pacientes: uno con aScI70 (+) y otro con ACA (+). Las características de todos los pacientes con ES habían sido incluidas previamente en una base de datos que contiene información demográfica y clínica recogida prospectivamente. Se utilizó Odds ratio con IC del 95% para medir la fuerza de asociación entre las variables cualitativas, y prueba t para muestras independientes para analizar las diferencias entre variables cuantitativas.

Resultados: De los 73 (6h, 57m) pacientes con ES analizados, 12 (16%, 1h, 11m) eran positivos para Pol3 y negativos para ACA y aScI70. Cinco tenían enfermedad difusa, 3 afectación muscular, 3 fibrosis pulmonar y 1 crisis renal, pero ninguno tenía hipertensión pulmonar (HP). Comparando el

grupo de los 12 pacientes Pol3 (+) con el grupo de 65 pacientes con ES y aScl70 (+), los pacientes Pol3 (+) tenían una incidencia menor de fibrosis pulmonar (OR=0,02; 95%CI 0,05-0,85; p=0,04). Comparando el grupo Pol3 (+) con el grupo de 98 pacientes ACA (+), los pacientes Pol3 (+) eran más jóvenes al inicio de la enfermedad (33 vs 48 años, p=0,02), y presentaban más enfermedad difusa (OR=4,6; 95%CI 1,2-16,8; p=0,03), más áreas avasculares en la capilaroscopia (OR=6,5; 95%CI 1,6-26,8; p=0,01), más contracturas en flexión (OR=7,0; 95%CI 1,2-41,7; p=0,05) y mayor afectación muscular (OR=6,9; 95%CI 1,4-34,7; p=0,03).

Conclusiones: Los anticuerpos anti-RNA polimerase 3 antibodies aparecen en el 16% de nuestra población de pacientes con una edad menor al inicio de la enfermedad, afectación cutánea difusa, mayor afectación muscular y menor frecuencia de fibrosis pulmonar.

Póster 07

Características clínico epidemiológicas de una cohorte de pacientes con artritis reumatoide y afectación pulmonar.

Cantalejo Moreira M, Veiga Cabello R, Navarro Alonso P, Díaz Oca A. Unidad de Reumatología. Hospital de Fuenlabrada. C/ Camino del Molino nº 2 .Fuenlabrada. Madrid 28942. Reumatologia.hflr@saludmadrid.org

Introducción: Distintos estudios han puesto de manifiesto que hasta un 60% de pacientes con artritis reumatoide (AR), presentan afectación pulmonar, que en muchos casos cursa de manera silente. Los factores de riesgo para el compromiso pulmonar en la AR son: sexo masculino, presencia de nódulos reumatoides y presencia de factor reumatoide.

Objetivo: Describir las características clínico epidemiológicas en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide y síntomas respiratorios.

Pacientes y Métodos: Estudio retrospectivo (2004-2008), en 25 pacientes que cumplían criterios de AR y en 2 pacientes con factor reumatoide positivo sin clínica articular, que presentaban manifestaciones de afectación respiratoria.

Resultados:

1.- Datos epidemiológicos:

Sexo: 17 mujeres/10 varones

Edad media: 58,32 años (37-77)

Fumadores: 17/27 (62,9%), 1 paciente presentaba exposición a tóxicos ambientales en su trabajo.

Tiempo desde el inicio de síntomas articulares: 7,72 años (0-22)

Presencia de factor reumatoide: 22/27 (81,48%)

Presencia de anticuerpos antinucleares: 7/27 (25,92%)

Presencia de anticuerpos anticardiolipina: 1/27 (3,7%)

Erosiones articulares en radiología convencional: 12/27

2 pacientes con FR positivo sin manifestaciones articulares

Tratamientos: 4 pacientes con un solo FARAL (17,3 %)

17 pacientes con varios FARAL (73,9%)

2 pacientes sin FARAL (7,40%)

1 paciente en tratamiento con infliximab (3,7%)

2.- Síntomas respiratorios:

a) Sin síntomas - 7/27 (25,92%)

b) Tos seca - 4/27 (14,81%)

- c) Tos productiva - 4/27 (14,81%)
- d) Disnea - 10/27 -(37,03%)
- e) Dolor torácico - 4/27 (14,81%)
- f) Síndrome constitucional - 1/27 (3,7%)
- g) Síndrome de apnea-ortopnea - 4/27 (14,81%)

Conclusiones: En el estudio realizado se observa una mayor proporción de mujeres, presencia de factor reumatoide, habito tabáquico, erosiones radiológicas y necesidad de múltiples FARAL para control de la enfermedad. Una importante proporción de pacientes no presentan síntomas. Los síntomas respiratorios observados son la disnea y la tos crónica

Póster 08

Infección por citomegalovirus en un paciente con lupus eritematoso sistémico en tratamiento con micofenolato mofetil. Presentación de un caso.

Blázquez M, Murillo C, Bachiller J, Zea A. Hospital Universitario Ramón y Cajal-Servicio de Reumatología. Carretera de Colmenar Viejo Km 9,100. 28034, Madrid.

Introducción: El micofenolato mofetil (MFM) es un inhibidor de la proliferación de los linfocitos T y B utilizado en el tratamiento de enfermedades autoinmunes, entre ellas la nefropatía lúpica tanto en su fase de inducción como de mantenimiento. Entre sus efectos adversos destacan los síntomas gastrointestinales tales como nauseas, vómitos, dolor abdominal y diarrea. Las infecciones son una complicación frecuente en pacientes con LES en tratamiento inmunosupresor, siendo las de etiología viral causadas principalmente por citomegalovirus (CMV) y parvovirus B19.

A continuación presentamos un caso de infección por CMV en una paciente en tratamiento con MFM.

Presentación de un caso: Mujer de 32 años diagnosticada de LES en 2007 con glomerulonefritis lúpica tipo IV y hemorragia alveolar, tratada inicialmente con tres pulsos de metrilprednisolona y posteriormente con seis dosis mensuales y cuatro trimestrales de ciclofosfamida, junto con prednisona en pauta descendente con buena respuesta clínica y analítica.

En Junio de 2009 se inició tratamiento de mantenimiento con micofenolato a dosis progresiva hasta 1500 mg/día. Consulta por dolor abdominal y fiebre hasta de 38,5°C, sin alteración del ritmo intestinal, sin vómitos. La exploración física era normal a excepción de dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrios, sin signos de irritación peritoneal. Durante el ingreso hospitalario se suspende MFM y se aumenta dosis de corticoterapia peristiendo febril y síntomas abdominales, asociándose posteriormente diarrea sin productos patológicos. En la analítica, Hemograma: Leucocitos 3.100, (linfocitos 800), GPT 253, GOT 114, GGT 312, FA y Bilirrubina dentro de los límites normales, creatinina 0,84, ausencia de proteinuria y hematuria, ANA 1/160, CH50 142, C3 y C4 normales, PCR 2,1, hemocultivos seriados negativos, urocultivo negativo, Ziehl orina negativo, coprocultivos negativos, serologías VHB, VHC, VIH negativos, IgM VHA negativo, IgM VEB negativa, IgM CMV positivo (23,6) con PCR de CMV de 11.200 copias.

En TAC abdomino- pélvico engrosamiento de las paredes del ciego y colon transversal y moderada ascitis en pelvis menor. Colonoscopia mostraba una colitis leve inespecífica con mayor afectación del colon derecho y sigma con biopsias seriadas desde ciego a recto que se describieron como cambios inespecíficos secundarios a colitis infecciosa en fase de resolución. Tras inicio de tratamiento con ganciclovir cinco días y posteriormente con valganciclovir vía oral tres semanas. Mejoró la fiebre, el dolor abdominal y la diarrea. Con ausencia de detección del DNA de CMV por PCR.

Discusión: El micofenolato es un fármaco seguro, con menores efectos secundarios y con una administración más sencilla y cómoda para los pacientes. Los síntomas gastrointestinales son un efecto secundario frecuente en el tratamiento con micofenolato mofetil, que pueden enmascarar los síntomas de una colitis vírica. Ante la aparición de fiebre o la persistencia de los síntomas a pesar de retirar o disminuir la dosis de micofenolato, hay que tener en cuenta que las infecciones por CMV son una complicación frecuente y a veces grave en los pacientes que reciben este tratamiento inmunosupresor.

Póster 09

Análisis de la aparición de eventos adversos de terapias biológicas en pacientes con enfermedades inflamatorias sistémicas en edad pediátrica.

Guillén Astete C, Antón Pagés F, Boteanu A, Lois Iglesias A, Gamir Gamir ML. Unidad de Reumatología Pediátrica - Servicio de Reumatología - Hospital Ramón y Cajal. Carretera de Colmenar Viejo Km 9,100. 28034, Madrid.

Objetivo: Actualmente las terapias biológicas juegan un rol importante en el manejo de las enfermedades inflamatorias sistémicas en Reumatología Pediátrica. Al igual que en otros grupos de edad, su indicación conlleva un riesgo asociado fundamentalmente a la inmunosupresión. El presente estudio pretendió revisar en nuestra casuística la aparición de acontecimientos adversos en este grupo de pacientes.

Método: Se realizó una revisión retrospectiva de todos los tratamientos biológicos administrados en nuestro centro a pacientes con enfermedades reumatológicas infantiles. Se analizaron las características de dichos pacientes y la ocurrencia de eventos adversos durante la administración de estos tratamientos.

Resultados: Se analizaron 100 tratamientos correspondientes a 75 pacientes entre 04/1999 y 09/2009. La edad de inicio de síntomas fue $7,0 \pm 4,96$ años y la de inicio del tratamiento biológico $14,2 \pm 9,4$ años.

Los diagnósticos fueron AIJ 67(89,3%), Behçet 2(2,6%), LES 2(2,6%), Miopatías 2(2,6%), G.Wegener 1(1,3%), CINCA 1(1,3%), El seguimiento (meses) acumulado total excluyendo periodos de suspensión temporal para cada fármaco fue ADM 477,1; ANK 297,9; ETN 1172,6; IFM 1027,0; RTM 65,3; TZM 22,6. La incidencia de acontecimientos adversos se expresa como casos nuevos/meses-tto x100 tratamientos.

La incidencia de infecciones leves por fármaco fue 3,77; 2,34; 2,47; 3,01; 4,59 y 0,0; la de infecciones severas: 0,83; 0,33; 0,93; 0,19; 1,53 y 0,0, la de reacciones alérgicas severas: 0,20; 0,00; 0,25; 0,38; 0,00 y 4,42 y la aparición de reacciones cutáneas menores: 0,83; 2,01; 1,44; 0,38; 1,53 y 0,00 respectivamente para los fármacos citados.

Se realizaron cambios de terapia biológica por acontecimientos adversos en 11 pacientes y por ineficacia en 19.

Conclusión: Pese a la indiscutible importancia de los efectos terapéuticos de estos fármacos en Reumatología Pediátrica, es necesario prestar atención a la casuística de acontecimientos adversos y mantener un registro continuo para contribuir a establecer nuevas conductas en el seguimiento de estos pacientes.

Póster 10

Historia ginecológica y obstétrica en pacientes con esclerosis sistémica en España: estudio de casos y controles.

Dorado N, Piedrabuena SI, Roldán MA, Pérez M, Joven BE, Carreira PE. Servicio de Reumatología, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Objetivo: Analizar: 1) la historia ginecológica y obstétrica (gin-obs) en un grupo amplio de pacientes españolas con esclerosis sistémica (ES), comparada con un grupo control de mujeres sanas; 2) la influencia de la ES en la historia gin-obs de las pacientes; y 3) si esta influencia es diferente en los subgrupos de ES.

Pacientes y métodos: Se envió un cuestionario semi-estructurado sobre la historia gin-obs a todas las pacientes con ES seguidas regularmente en el servicio de reumatología del hospital universitario 12 de Octubre de Madrid. El cuestionario también se envió a un grupo de control de edad similar, formado por mujeres vistas en el servicio de reumatología durante el mismo periodo por problemas articulares mecánicos, sin evidencia de enfermedad autoinmune o inflamatoria. La información de las pacientes con ES: edad al inicio, subtipo de ES (difusa o limitada), características clínicas (presencia de afectación pulmonar, cardíaca o renal, hipertensión pulmonar (HP)) y presencia de anticuerpos (ANA, anticentrómero (ACA), antiScI70) había sido incluida previamente en una base de datos de pacientes con ES, recogidos prospectivamente. La información obtenida de los cuestionarios de pacientes y controles se incluyó en una nueva base de datos. Se analizaron los siguientes grupos: grupo total de pacientes y controles, pacientes y controles mayores de 45 años, grupo control con subgrupos de pacientes (difusa, limitada, ACA+, antiScI70+, con fibrosis pulmonar); grupo control con pacientes con inicio de la enfermedad antes de los 35 años; pacientes con enfermedad difusa y limitada; Pacientes con y sin ACA; Pacientes con y sin antiScI70. Se utilizó Odds ratio con IC de 95% para medir la fuerza de asociación entre variables cualitativas y prueba t para muestras independientes para analizar las diferencias entre variables cuantitativas. Se utilizó regresión logística binaria para analizar la influencia de la presencia de ES en la historia gin-obs.

Resultados: El cuestionario fue contestado por 98/150 pacientes y 94/150 controles, con una edad media de 55 ± 15 y 52 ± 12 años, respectivamente. En el grupo de pacientes con ES, 63(64%) tenían enfermedad limitada y 35(36%) difusa, 25(27%) tenían afectación pulmonar, 26(28%) aScI70 y 41(43%) ACA. La única diferencia en la historia ginecológica fue la menor utilización de terapia hormonal sustitutiva (THS) tras la menopausia en el grupo de pacientes (OR=0,3; 95%CI 0,1-0,7; $p=0,005$). En la historia obstétrica, las pacientes con ES habían estado embarazadas alguna vez (OR=0,44; 95%CI 0,2-0,9; $p=0,02$), y habían tenido la intención de embarazarse (OR= 0,5; 95%CI 0,2- 0,9; $p=0,04$) con menor frecuencia que el grupo control. No había diferencias entre las mujeres que habían estado embarazadas alguna vez en el número de embarazos ni el porcentaje de recién nacidos vivos. Los resultados fueron similares cuando se analizaron sólo las mujeres mayores de 45 años. Estas diferencias eran mayores cuando se analizaban sólo pacientes con ES difusa o aScI70 (+), pero desaparecían cuando se analizaban solo pacientes con ES limitada o ACA (+). Las pacientes con inicio de ES antes de los 35 años habían estado embarazadas alguna vez (OR=0,2; 95%CI=0,1-0,6; $p=0,004$), y habían tenido la intención de embarazarse (OR=0,3; 95%CI=0,1-0,6; $p=0,004$), con menor frecuencia que un grupo control ajustado por edad. Cuando se analizaron los subgrupos de pacientes con ES, las pacientes con enfermedad difusa y aScI70 mostraron resultados similares. Además, la menopausia ocurría en estos grupos a una edad más temprana ($p=0,001$) y había sido secundaria más frecuentemente en los subgrupos con ES difusa y con aScI70 (OR=0,1; 95%CI= 0,03-0,5; $p=0,003$).

Conclusiones: 1) Las pacientes con ES, especialmente aquéllas con enfermedad difusa o con anticuerpos antiScI70, han estado embarazadas alguna vez y han tenido intención de embarazarse con menos frecuencia que las mujeres sanas. Estos resultados se confirman en los pacientes con edad de inicio de la enfermedad inferior a 35 años. 2) Las pacientes con ES son tratadas con THS después de la menopausia menos frecuentemente que las mujeres sanas. 3) La menopausia ocurre más precozmente y es más frecuentemente secundaria en las pacientes con ES y enfermedad difusa o anticuerpos antiScI70.

Póster II

Casi la mitad de los pacientes con hipertensión pulmonar grave asociada a esclerosis sistémica no cumplen los criterios de clasificación de ACR de 1980 para la enfermedad.

Joven BE, Ruiz-Cano MJ, Almodóvar R, Escribano P*, Gómez-Sánchez MA*, Carreira PE. Servicio de Reumatología, y *Unidad de hipertensión pulmonar, servicio de cardiología, Hospital 12 de Octubre, Madrid.*

Objetivo: Investigar el grado de cumplimiento de los Criterios Preliminares de Clasificación para Esclerosis Sistémica (ES) de ACR de 1980(1) en un grupo de pacientes con hipertensión pulmonar (HP) grave asociada a ES, seguidos en el mismo hospital universitario.

Pacientes y métodos: Todos los pacientes con ES, que cumplieran los criterios preliminares de clasificación de ACR de 1980(1) o los criterios de clasificación para ES precoz propuestos en 2001(2) se incluyeron prospectivamente en una base de datos creada en 1989, que contiene información demográfica y clínica. En la base de datos, se define HP grave como una presión media en la arteria pulmonar (mPAP), obtenida durante cateterismo cardiaco derecho, mayor de 50 mm Hg, en ausencia de fibrosis pulmonar, enfermedad tromboembólica u otra causa conocida de HP. Se seleccionaron los pacientes con HP grave de la base de datos, y se analizó el grado de cumplimiento de los criterios preliminares de clasificación de ACR de 1980. Se utilizó Odds ratio con IC de 95%, para medir la fuerza de asociación entre variables cualitativas, y la prueba t para muestras independientes para analizar las diferencias entre variables cuantitativas.

Resultados: De los 298 pacientes incluidos en la base de datos, 24 (8%, 1v, 23m) presentaban HP grave. Sólo 13 (54%) cumplían los criterios ACR 1980 para clasificación de ES. Cuatro tenían afectación cutánea difusa y 20 afectación cutánea limitada. Los ANA eran positivos en 22 (92%) y los anti-centrómero (ACA) en 17/22 (77%). Uno de los pacientes ACA positivo también presentaba antiSci70. La capilaroscopia mostraba imágenes características de ES en los 11 pacientes a los que se les realizó. Todos los pacientes que no cumplían los criterios de clasificación de ACR de 1980 presentaban Raynaud, esclerodactilia y ANA positivos. Además, 7/9 tenían ACA y 5/5 capilaroscopia patológica. La única diferencia entre los pacientes que cumplían o no los criterios ACR de 1980 era la presencia de lesiones isquémicas, que aparecían solamente en los pacientes que cumplían criterios ($p=0.002$). Después de 3.3 ± 4.6 años tras el diagnóstico de HP, 13 pacientes fallecieron, incluyendo 4 que no cumplían los criterios de clasificación. De ellos, 11 fallecieron como consecuencia directa de la HP.

Conclusiones: casi la mitad de los pacientes con HP asociada a ES no cumplen los criterios preliminares de clasificación de ACR de 1980 para la enfermedad. Todos los pacientes con HP-ES que no cumplen estos criterios presentan síntomas clínicos de ES (Raynaud, esclerodactilia, cambios típicos en capilaroscopia) y además presentan ANA (principalmente ACA) en el suero. Para poder incluir a estos pacientes en ensayos clínicos de acuerdo a las guías internacionales, sería necesario revisar los criterios de clasificación actuales. Según nuestra serie, la inclusión de la presencia de ANA o de cambios típicos en la capilaroscopia como criterios menores, como lo sugirieron LeRoy y Medsger en 2001(2), sería suficiente para permitir la clasificación de todos nuestros pacientes con HP grave como ES.

(1) Subcommittee for scleroderma criteria of the American Rheumatism Association diagnostic and therapeutic criteria committee. Preliminary criteria for the classification of systemic sclerosis (scleroderma). *Arthritis Rheum* 1980; 23:581-90

(2) LeRoy EC and Medsger TA. Criteria for the classification of early systemic sclerosis. *J Rheumatol* 2001; 28:1573-6.

Póster 12

Utilidad de las diferentes maniobras de la exploración física en el diagnóstico del pinzamiento subacromial.

Silva L, Andreu JL, Muñoz P, Otón T, Prada A, Campos J, Fernández Castro M, Sanz J, Barbadillo C, Jiménez Palop M, Mulero J. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. C/ Joaquín Rodrigo 2. 28222. Majadahonda, Madrid.

Objetivo: El hombro doloroso es uno de los motivos de consulta más habituales en Reumatología. La exploración protocolizada del hombro doloroso incluye diversas maniobras dirigidas a valorar el espacio subacromial y la patología derivada de éste. La ecografía permite un diagnóstico preciso de la afectación estructural del hombro y la valoración dinámica del deslizamiento de los tendones del manguito bajo el acromion. Nuestro objetivo es comparar los hallazgos de la exploración física con los hallazgos ecográficos de espacio subacromial en el diagnóstico del 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 protocolizada del hombro de manera independiente por dos reumatólogos, que incluía siete maniobras dirigidas a explorar el espacio subacromial. En el mismo día se realizó una exploración ecográfica dinámica (GE Logic-5 Pro) del pinzamiento subacromial del manguito de los rotadores 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 el diagnóstico del pinzamiento subacromial.

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. La maniobra de Neer obtuvo una sensibilidad del 100% y una precisión del 41%. La maniobra de Hawkins, una sensibilidad del 67% y una precisión del 34%. Para la maniobra de Yocum, la sensibilidad fue del 67% y la precisión del 31%. La maniobra del impingement también logró una sensibilidad del 67% y una precisión del 24%. Para la de Jobe los valores fueron del 100% y 38% respectivamente; para la de Patte del 100% y 59%, y para la abducción contra resistencia del 33% y 31%. Ninguna maniobra obtuvo un buen VP positivo para el diagnóstico de pinzamiento subacromial, aunque las maniobras de Neer, Jobe y Patte obtuvieron un VP negativo del 100%.

Conclusiones: Las distintas maniobras de la exploración física del hombro doloroso poseen una buena sensibilidad para identificar el pinzamiento subacromial confirmado por la exploración ecográfica, aunque sólo la maniobra de Patte demuestra una precisión aceptable.

Póster 13

Infecciones del aparato locomotor ingresadas en un servicio de reumatología: datos de un periodo de dos años.

Polo J, Campos J, Oton T, Prada A, Magallón B, Jiménez Palop M. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. c/ Manuel de Falla 1, 28222 Majadahonda, Madrid.

Objetivo: Conocer el número de infecciones músculo-esqueléticas, que precisaron ingreso hospitalario en el Servicio de Reumatología del Hospital Puerta de Hierro Majadahonda en el bienio 2007-2009 y describir sus características (diagnóstico clínico y microbiológico, tratamiento y evolución).

Pacientes y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, para lo cual se revisaron, las historias clínicas con diagnóstico de infecciones osteoarticulares por Códigos ICD 9, ingresados en el servicio de Reumatología, comprendidas entre el 1 de Enero 2007 al 17 de Septiembre 2009, a partir de los historiales clínicos en papel, y desde el 16/09/2008 en formato electrónico (Selene). Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, estructura afecta, localización, diagnóstico microbiológico, prueba de imagen diagnóstica, manejo terapéutico y evolución. Se ha realizado el análisis estadístico mediante medidas de frecuencia relativa y absoluta para las variables cualitativas y de centralización y dispersión para las variables cuantitativas.

Resultados: Se identificaron 40 infecciones músculo-esqueléticas que precisaron ingreso durante el periodo de estudio. (52% varones, 48% mujeres) con edad media de 50 años (21-87). La localización fue en articulaciones periféricas en 39 casos (98%), 1 axial (2%). Según estructura afecta: Artritis 13(33%), Bursitis 12 (30%), Celulitis 7(18%), Miositis 1 (3%) La localización más frecuente fue el codo en el 24%, seguido de la rodilla en el 16%. Se obtuvieron hemocultivos en 31 casos (78%), siendo positivos 6 (19%) y negativos 25 (81%). Se obtuvo cultivo de líquido sinovial en 22 casos (55%), con positividad en 12 (55%). El germen más frecuente aislado en hemocultivos fue *Staph. Aureus* M.S en 3 casos, aislándose *Staph. epidermidis* y *Strept. pyogenes* en una ocasión cada uno. En el cultivo de líquido sinovial, el germen más frecuente fue también *Staph. Aureus* M.S. en 10 de 22 (83%), asimismo se aisló *Strept. pyogenes* y *Strept. agalactiae* en una ocasión cada uno. El tratamiento en la mayoría de los pacientes fue una combinación secuencial de antibioticoterapia endovenosa y oral con un tiempo de administración menor a 15 días para cada una de las vías de administración. El antibiótico más utilizado por vía endovenosa fue Cloxacilina tanto en monoterapia (23%), como en combinación con Ceftriaxona (20%). Por vía oral el antibiótico más utilizado fue Levofloxacino, bien en combinación con Rifampicina (20%), o en monoterapia (13%). Se practicó drenaje articular en 3 ocasiones (8%). Se produjo mejoría completa en la primera visita tras el alta en 21 pacientes (52,5%). La comorbilidad más prevalente fueron enfermedades reumáticas y cáncer.

Conclusiones: Las características clínicas de nuestros pacientes no difieren de los clásicamente descritos en la literatura, sin embargo, continuamos tratando empíricamente a un alto porcentaje de pacientes a pesar del avance en las técnicas diagnósticas microbiológicas y de imagen, ya que poco más de la mitad de los pacientes tenían aislado germen con antibiograma. El manejo de la infección músculo-esquelética actualmente es predominantemente médico, siendo infrecuente la intervención del cirujano ortopédico.

Póster 14

Lupus eritematoso sistémico y miastenia gravis: presentación de 3 casos y revisión de la literatura.

Castrejón I¹, Askanase A². S. de Reumatología. ¹Hospital U. de la Princesa. c/ Diego de León 62. Madrid 28006. ²Division of Rheumatology, Hospital for Joint Diseases, New York University School of Medicine, 560 First Avenue, NY 10016, USA.

Introducción: La miastenia gravis (MG) es una enfermedad producida por la presencia de autoanticuerpos dirigidos contra el receptor de acetil colina (AchR) localizado en la membrana post-sináptica. Su asociación con el lupus eritematoso sistémico (LES) ha sido descrita previamente en la literatura aunque no está claro si esta asociación representa una manifestación de la misma enfermedad o por el contrario obedece a la superposición de un cuadro autoinmune. Existe una alta

prevalencia de LES y de auto-anticuerpos relacionados con LES en pacientes con MG pero, hasta el momento, no se han realizado estudios de prevalencia de MG en cohortes de lupus. En este trabajo presentamos tres casos detectados en nuestra cohorte así como una revisión de la literatura en MEDLINE.

Presentación clínica:

Caso 1: Se trata de un varón afro-americano diagnosticado de LES a los 25 años por la presencia de poliartritis no erosiva, pleuritis, pericarditis, ANA y anti-DNA positivos. El paciente fue tratado con prednisona, hidroxicloroquina y metotrexato con buena evolución inicial. A los 3 años del diagnóstico, comienza con diplopia, dificultad para tragar y debilidad muscular proximal. El diagnóstico de MG se confirmó por la presencia de anticuerpos AchR y por la detección de un patrón electromiográfico típico. Se inició tratamiento con prednisona y piridostigmina pero al recidivar los síntomas se instauró tratamiento con inmunoglobulinas iv (IVIG) con buena evolución y resolución del cuadro.

Caso 2: Se trata de una mujer hispana de 52 años con MG y trombocitopenia, clasificada inicialmente como idiopática. Sus síntomas iniciales fueron debilidad proximal y diplopia y recibió tratamiento con prednisona y piridostigmina así como IVIG para la trombocitopenia. Tras cuatro años de evolución comienza con rash discoide, fotosensibilidad y artritis y presenta ANA positivo, lo cuál confirma el diagnóstico de LES. Actualmente está en tratamiento con prednisona, hidroxicloroquina e IVIG por la persistencia de trombocitopenia.

Caso 3: Se trata de una mujer hispana de 30 años diagnosticada de LES en 1999 por la presencia de artritis, glomerulonefritis tipo V, serositis, ANA y antiDNA positivos. Su tratamiento inicial fue prednisona, hidroxicloroquina y azatioprina. En Diciembre de 2004 presenta un brote agudo con peritonitis que no responde a azatioprina por lo que se inicia tratamiento con micofenolato mofetil. En Enero de 2009 comienza con fatiga intensa, disfagia, disartria y debilidad proximal. La presencia de anticuerpos AchR y los hallazgos del EMG confirman el diagnóstico de MG. Se inicia tratamiento con prednisona y piridostigmina pero ante la falta de respuesta se realiza plasmáferesis. Dada la presencia de timoma la paciente precisó timectomía.

Revisión de casos publicados:

	Total (N=15)
Género femenino, n (%)	11 (73,3)
Edad al diagnóstico del LES (años)	33,7 [18-55]
Edad al diagnóstico de MG (años)	33,8 [20-53]
Criterios diagnósticos de la ACR para LES	Rash malar 4 (26,7%); rash discoide 1 (6,7%); fotosensibilidad 4 (26,7%); úlceras orales 4 (26,7%); artritis 14 (93,3%); serositis 5 (33,3%); afectación renal 3 (20%); afectación neurológica 2 (13,3%); afectación hematológica 9 (60%); alteraciones inmunológicas 14 (93,3%); ANA+ 15 (100%).
Manifestaciones clínicas de la MG	Ptosis 8 (53,3%); diplopia 5 (33,3%); disartria 3 (20%); disfagia 8 (53,3%), disfonía 3 (20%); debilidad proximal 9 (60%); disnea 6 (40%)
Presencia de anticuerpos AchR, n (%)	9 (60%)
EMG patológico	7 (46,6%)
Timectomía	Previa al LES 7 (46,7%); posterior al LES 4 (26,7%); en el mismo momento 1 (6,7%); no realizada 3 (20%).

Referencias de los pacientes incluidos: Vaiopoulos 1994, Mevorach 1995, Meloni 1996, Barbosa 2000, Mi-Jeong Park 2004, Bhinder 2006, Aracena 2006, Lee 2008.

Conclusiones: Dada la posibilidad de esta asociación, ante un paciente con LES que presente un cuadro de debilidad muscular es necesario realizar una determinación de anticuerpos AchR y un electromiograma. Y por el contrario, en pacientes diagnosticados de MG es importante vigilar la aparición o empeoramiento de un LES, especialmente en pacientes que precisen timectomía.

Póster 15

Lesiones del bíceps braquial y su corredera: comparación entre el examen físico y la resonancia magnética.

Silva L^a, Andreu JL^a, Muñoz P^a, Pastrana M^b, Otón T^a, Prada A^a, Barbadillo C^a, Sanz J^a, Fernández Castro M^a, Campos J^a, Mulero J^a. - ^aServicios de Reumatología y ^bRadiodiagnóstico. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. C/ Joaquín Rodrigo 2. 28222, Majadahonda, Madrid.

Objetivo: La exploración física protocolizada del hombro doloroso incluye maniobras específicamente dirigidas a valorar el tendón del bíceps braquial y su corredera. La resonancia magnética (RM) proporciona una visión anatómica adecuada de las estructuras del hombro y, actualmente, está considerada la técnica más precisa para la valoración de las partes blandas en la patología del hombro. Nuestro objetivo es comparar la exploración física del bíceps braquial y su corredera con los hallazgos en la RM en pacientes con hombro doloroso.

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. En un plazo ≤ 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 las diferentes afectaciones del tendón del bíceps braquial y su corredera.

Resultados: Se incluyó un total de 29 pacientes con una edad media de 55 ± 14 años y una mediana de duración de los síntomas de 83 días (intervalo: 9-738). Para la tendinosis bicipital, la maniobra de Yegaron alcanzó una sensibilidad del 50% y una precisión del 79%; y la maniobra del Palm-up una sensibilidad del 100% y una precisión del 38%. Con respecto al derrame en la vaina del bíceps, la maniobra de Yegaron tan solo logró una sensibilidad del 14% con una precisión del 45%. La maniobra del Palm-up logró detectar el 64% de los casos de derrame en la vaina alcanzando una precisión del 45. Ni la exploración física ni la RM detectaron ninguna rotura o luxación del tendón bicipital.

Conclusiones: La maniobra del palm-up en la exploración física del hombro ha demostrado tener una excelente sensibilidad para la detección de la tendinosis bicipital y además es capaz de detectar un alto porcentaje de casos con derrame en la vaina del bíceps. La maniobra de Yegaron es una maniobra precisa para el diagnóstico de la tendinosis bicipital. Los datos obtenidos en este estudio no permiten extraer conclusiones sobre la rotura y luxación del tendón del bíceps.

Póster 16

Características de los nódulos pulmonares en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide y afectación pulmonar.

Cantalejo Moreira M, Veiga Cabello R, Navarro Alonso P, Díaz Oca A. Unidad de Reumatología. Hospital de Fuenlabrada. C/ Camino del Molino nº 2. Fuenlabrada. 28942, Madrid. Reumatologia.hflr@saludmadrid.org

Introducción: La enfermedad nodular pulmonar es la manifestación más específica de la artritis reumatoide en el pulmón. El nódulo necrobiótico es una lesión granulomatosa con centro necrótico rodeada de un infiltrado mononuclear de linfocitos, plasmocitos e histiocitos en empalizada. Se estima que tiene una incidencia del 28% y su presencia se correlaciona con la actividad de la enfermedad.

Material y métodos: Descripción, según hallazgos de TAC de alta resolución torácico, de los patrones de la enfermedad nodular pulmonar en 11 pacientes con artritis reumatoide.

Resultados:

1. 5 nódulos coalescentes subpleurales, 2 cavitados en lingula.
2. Nódulos periféricos en ambos pulmones no coalescentes.
3. Nódulos menores de 5 mm agrupados en racimos.
4. Nódulos de distribución difusa en ambos hemotórax, presentando en biopsia bronquiolitis folicular con nódulos necrobióticos.
5. Nódulos cavitados de localización subpleural en áreas de panalización.
6. Infiltrado intersticial micronodular.
7. Nódulos que confluyen, algunos cavitados en lóbulo inferior izquierdo que asocian broquiolitis obliterante.
8. Nódulos aislados centrolobulillares asociando imagen en árbol en brote (broquiloectasias con contenido).
9. 4 nódulos pulmonares distribuidos en pulmón izq, aislados sin coalescer y sin cavitaciones.
10. Nódulo pulmonar solitario en ninguna biopsia hamartoma pulmonar.
11. Lesión nodular en mediastino posterior (mediastinos copia con biopsia, mediastinitis fibrosante).

Conclusiones: En la serie descrita, se observa que cada paciente presenta un patrón peculiar de la enfermedad nodular pulmonar asociada a artritis reumatoide. No se ha observado enfermedad pleural asociada. Sólo 2 pacientes muestran cavitaciones.

Póster 17

Modificación de la conducta en urgencias en función del uso de la radiología como prueba complementaria.

Macía Villa C, Boteanu A, Lois Iglesias A, Prieto Morales M, Ahijón Lana M, Román Pascual A, Guillén Astete C, Bachiller Corral FJ, Revenga Martínez M. Hospital Universitario Ramón y Cajal-Servicio de Reumatología. Carretera de Colmenar Viejo Km 9, 100.28034.

Objetivos: La patología musculoesquelética traumática constituye uno de los más importantes motivos de consulta en el Servicio de Urgencias (SU) de nuestro hospital. En las guías de manejo disponibles actualmente existen indicaciones específicas para la solicitud de pruebas complementarias de imagen, específicamente radiológicas. Los propósitos del siguiente estudio han sido: detectar la inapropiada solicitud de pruebas radiológicas y valorar el efecto sobre la conducta tras la solicitud de las mismas.

Métodos: Se distribuyeron encuestas anónimas a 73 residentes del área médica que realizan guardias en el Servicio de Urgencias. Cada encuesta constó de 4 casos clínicos ficticios sobre dorsalgias y lumbalgias traumáticas, cuya presentación no requería prueba de imagen según los protocolos disponibles en la página web de la SER. La encuesta se contestó en 2 ocasiones; en la primera se omitió el uso de pruebas radiológicas y en la segunda se mostraban y explicaban las imágenes correspondientes a cada caso. Todas las imágenes mostradas fueron compatibles con la normalidad o presentaron mínimos hallazgos patológicos no vinculables a la clínica asociada. Se estratificaron los resultados en 3 campos: tratamiento analgésico, destino de derivación al alta e indicación de prueba de imagen. En total se analizaron las respuestas de los 73 residentes a los 4 casos clínicos, haciendo un total de 292 casos, 146 de ellos valorados sin disponibilidad de prueba de imagen y 146 con prueba de imagen e informe de la misma.

Resultados:

Tratamiento analgésico: Una vez vista la prueba de imagen, el 23,3% redujo un escalón la escala analgésica, el 76,6% no modificó su actitud y el 0% incrementó la escala analgésica. En el grupo que disminuyó la escala analgésica, el 60,6% disminuyó un escalón analgésica y el resto 2 escalones.

Destino de derivación al alta: Antes de contar con la prueba de imagen, un 43,8% eligió derivación a consultas de Reumatología, un 28,9% a su Médico de Atención Primaria, un 14,9% a Rehabilitación. Adicionalmente un 18,6% decidió dos destinos sucesivos al alta (Primaria- Reumatología y Reumatología-Rehabilitación). Un 2,2% consideró los 3 destinos al alta. Después de valorar la prueba de imagen un 52,1% modificó su respuesta, de ellos el 71,4% cambio su decisión a la derivación especializada y el 28,6% a Atención Primaria.

Indicación de Prueba de Imagen: El 89,6% reconoció la necesidad de solicitar una prueba de imagen.

Conclusiones: Según los resultados del presente estudio existe una llamativa necesidad de solicitar pruebas de imagen para tomar decisiones a la hora de evaluar dorsolumbalgias en el Servicio de Urgencias. A pesar de la normalidad de las pruebas radiológicas solamente una baja proporción de los encuestados disminuyó la escala analgésica inicialmente propuesta para cada caso clínico. Además dichos resultados radiológicos llevaron a más de la mitad de los encuestados a modificar la derivación del paciente al alta, escogiendo en la gran mayoría de los casos remitir a atención especializada. Todo esto nos lleva a pensar que el hecho de no encontrar hallazgos significativos en las radiografías, lleva a los encuestados a remitir al especialista para completar estudio. Sin embargo, esto no excluye la hipótesis de que una conducta semejante se habría presentado ante hallazgos patológicos. En todo caso, consideramos que sería adecuado el fomentar el conomiento de los protocolos de manejo de dorsolumbalgia a los residentes que ejercen en el SU para el correcto manejo de este tipo de patología.

Póster 18

Síndrome de la costilla flotante.

Navarro Alonso P, Veiga Cabello R, Cantalejo Moreira M, Díaz Oca A. U. Reumatología. Hospital de Fuenlabrada. Camino del Molino. N° 2. 28942. Fuenlabrada. Madrid.

Introducción: El síndrome de la “costilla flotante”, fue nominado como tal en 1922 por Davies-Colley a propósito de dos casos de dolor toraco-abdominal con punto gatillo costal. Se clasifica dentro de los síndromes parieto-torácicos. De etiopatogenia desconocida, aunque puede iniciarse tras un traumatismo. Representa el 3% del global de las primeras consultas en Medicina Primaria y es motivo de consulta a múltiples especialidades como Digestivo, Neumología, Reumatología, Urología y Unidades de Columna. Para su diagnóstico, no se requieren exploraciones complementarias, su tratamiento puede llegar a ser quirúrgico, con la exéresis del arco costal afecto.

Objetivo: Describir las características de los pacientes y estudios realizados en los pacientes diagnosticados de Síndrome de Costilla Flotante en una Unidad de Reumatología.

Material y método: Se seleccionaron para el estudio todos los pacientes que acudieron a consulta de Enero-09 a Septiembre-09 y fueron diagnosticados de Síndrome de Costilla Flotante. En los pacientes seleccionados se revisaron las historias clínicas, pruebas complementarias y consultas realizadas en otras especialidades.

Resultados: Se estudiaron 10 pacientes (6 mujeres y 4 varones) con una edad media de 55 años (rango de 22 a 71 años). Los pacientes localizaban el dolor en 5 casos a nivel torácico, 2 toracolumbar, 1 torácico, 1 en fosa renal y 1 abdominal. Todos los pacientes notaban modificaciones de la intensidad de su clínica con determinados movimientos. En todos los pacientes la manipulación de las costillas flotantes, provocaba dolor que reconocían como la génesis del su dolencia. La duración de los síntomas en el momento del diagnóstico, era mayor de 1 año en 5 casos, de 2-3 meses en 2, y en 3 no encontramos datos en la historia clínica. En 5 casos los pacientes habían sido valorados por otra Especialidad por este motivo (3 digestivo, 1 urología, y 1 digestivo y COT). En todos se habían realizado diversas pruebas complementarias y en conjunto eran las siguientes: 6 Rx de tórax, 4 Rx de parrilla costal, 6 Rx de C. Dorsal y/o Lumbar, 1 Rx abdominal 4 Gammagrafías óseas, 6 Eco abdominal y 3 RMN Lumbar. Ninguna de las pruebas complementarias realizadas mostró datos que se pudieran relacionar con los síntomas que referían los pacientes.

Conclusiones: El Diagnóstico del Síndrome de Costilla Flotante es clínico y por exploración física. Origina de forma innecesaria la solicitud de pruebas complementarias y consultas a diversas especialidades médicas, con el consiguiente gasto de recursos sanitarios.

Póster 19

Hallazgos en TAC de alta resolución torácico en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide y afectación pulmonar.

Cantalejo Moreira M, Veiga Cabello R, Navarro Alonso P, Díaz Oca A. Unidad de Reumatología. Hospital de Fuenlabrada. C/ Camino del Molino nº 2 .Fuenlabrada. Madrid 28942. Reumatologia.hflr@saludmadrid.org

Introducción: Se han descrito en la artritis reumatoide: enfermedad pleural, neumonitis y fibrosis intersticial, neumopatía nodular, bronquiolitis, arteritis con hipertensión pulmonar, enfermedad de la vía respiratoria pequeña, afectación pulmonar por FARAL (metotrexato y leflunomida). Recientes estudios han demostrado el papel de los linfocitos CD8 y CD20 en la patogénesis de la enfermedad pulmonar de la artritis reumatoide.

Pacientes y Métodos: Estudio transversal con observación de los datos de TACAR en 21 pacientes que cumplían criterios de artritis reumatoide y 2 pacientes con factor reumatoide positivo sin datos de enfermedad articular.

Resultados:

Hallazgos únicos en 6/23 pacientes (26%)

Hallazgos múltiples en 17/23 pacientes (73,9%)

- 1) Nódulos pulmonares múltiples - 8/23 (34,7%)
- 2) Infiltrado intersticial - 5/23 (21,7%)
- 3) Bronquiectasias - 5/23 (21,7%)
- 4) Imagen en árbol brotado (bronquioloectasias con contenido) - 5/23 (21,7%)
- 5) Imagen en mosaico (bronquiolitis obliterante) - 4/23 (17,3%)
- 6) Bronquiolitis folicular con nódulos necrobióticos - 1/23 (4,3%)
- 7) Granulomas - 3/23 (13%)
- 8) Cavidades - 2/23 (8,69%)
- 9) Nódulos solitarios - 4/23 - 3 con diagnóstico de cáncer de pulmón (17/3%)
- 10) Fibrosis pulmonar - 5/23 (21,7%)
- 11) Afectación pleural - 5/23 (21,7%):
 - a) bandas y quistes pleurales
 - b) engrosamientos pleurales septales
 - c) 3 pacientes con derrame pleural

Conclusiones: El TACAR parece una prueba obligada en pacientes con AR y sintomatología respiratoria crónica. En la serie presentada, la mayoría de los pacientes tenían afectación múltiple. El pulmón, tanto a nivel intersticial como en la vía aérea, puede ser un órgano diana de la enfermedad. En el estudio se han encontrado 2 pacientes con afectación pulmonar sin manifestaciones articulares.

Póster 20

HiperCKemia esencial.

Zurita Prada PA, Urrego Laurín CL, Ciruelo Monge E. Hospital General de Segovia. Ctra. de Ávila s/n, 40002, Segovia.

Introducción: La HiperCKemia esencial o idiopática es el término usado para definir la persistente elevación de la concentración sérica de Creatin Kinasa sin debilidad muscular ni otra sintomatología acompañante en donde se han excluido todo tipo de causas conocidas que pudieran provocar dicha elevación.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 31 años sin antecedentes de interés derivado desde consultas de Gastroenterología por aumento leve de enzimas hepáticas sin haberse encontrado patología asociada salvo elevación persistente de CPK. No refería ninguna sintomatología ni hábito tóxico y la exploración física era completamente normal. De las pruebas complementarias realizadas destacaban un hemograma, VSG y PCR normales y una bioquímica con GOT 141 U/L, GPT 150 U/L, LDH 800 U/L con el resto de los parámetros normales. Se aportaban cifras previas de CPK de 6000 U/L confirmadas en el momento del estudio (4000 U/L) junto con elevación de Aldolasa 44 U/L (<7.6). Además destacaba normalidad para TSH, Espectro electroforético, Ceruloplasmina, Complemento, serologías VHB y VHC, estudio inmunológico completo (FR, CCP, ANA, ENAS-Ro, La, RNP, Sm-, anti-LKM, AMA, ANCA, Ac Scl70, Ac anticentrómero, Ac antiJo1, Ac antiPM1 y Ac antigliadina y antitransglutaminasas), Rx de tórax, ecografía abdominal y EMG de miembros superiores e inferiores. Finalmente se indicó una biopsia muscular deltoidea que se remitió específicamente para estudio de patología muscular obteniéndose los siguientes resultados (resumen): “aisladas fibras necróticas sin evidencia de enfermedad inflamatoria, metabólica ni alteración de las proteínas distrofina, sarcoglicanos, disferlina y caveolina”. El paciente permanece asintomático sin precisar tratamiento con cifras de CPK similares tras más de un año de seguimiento.

Conclusiones: Desde que en 1980 Rowland adoptara el término de hiperCKemia idiopática, se han producido muchos avances en el diagnóstico de las enfermedades musculares. Sin embargo, un importante número de pacientes, como el caso que presentamos, aún presenta elevaciones significativas de CPK sugerentes de daño muscular subclínico en donde aún somos incapaces de determinar su causa. En estos casos es necesario informar acerca del pronóstico, la probabilidad de desarrollar en un futuro algún tipo de trastorno neuromuscular y la necesidad de tomar medidas preventivas en situaciones particulares concretas. La hiperCKemia esencial no precisa tratamiento y suele seguir un curso benigno en la mayoría de los casos. Sin embargo, en determinadas ocasiones puede ser la manifestación clínica que precede a una enfermedad neuromuscular más grave. La utilidad de la biopsia muscular aún sigue siendo discutida dado que, a pesar del importante desarrollo de las técnicas de análisis que ha experimentado, en un 50% de los pacientes es normal y sólo en torno a un 8-10% según las series reportadas se llega a un diagnóstico concreto. Por último, destacar que en estos pacientes se debe evitar el uso de estatinas u otros fármacos que puedan desencadenar rabdomiolisis y aunque no está claramente determinada su asociación con la hipertermia maligna, deben ser considerados susceptibles a ella, sobre todo aquellos que tengan antecedentes familiares de problemas anestésicos.

Clínica y factores de riesgo cardiovascular de la polimialgia reumática en un área urbana.

Casado A, Vicente EF, Talavera P, García-Arias MJ, Pérez S, Castañeda S. Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de la Princesa, UAM, Madrid.

Objetivos: 1) Describir las manifestaciones clínicas y FRCV en una población con PMR sin evidencia de arteritis en un área urbana de Madrid. 2) Analizar la asociación entre los FRCV y la intensidad de la inflamación definida por la necesidad de utilizar dosis elevadas de corticoides (GC) y/o inmunosupresores (IS).

Métodos: Estudio de corte transversal en el que se analizaron los datos de todos pacientes diagnosticados de PMR por criterios clínicos que acudieron a consulta durante el año 2008 (n=80; edad x: 73,1 ± 6,9 años; 67,5% mujeres). Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas, FRCV [tabaco, hipercolesterolemia, diabetes (DM) e HTA], tratamiento con inmunosupresores (IS) y/o glucocorticoides (GC). Se analizó la existencia de anemia (Hb<11 g/dl), VSG elevada (>40 mm/h) y presencia de factor reumatoide (FR). Se consideraron PMR con mayor grado de inflamación aquellas que requirieron dosis iniciales de GC >20 mg/día o el empleo de IS durante la evolución. Análisis estadístico: las variables continuas se expresan como media ± DE y las categóricas como número de casos (%). Se evaluaron los factores asociados con la intensidad de la inflamación, analizada de forma individual y como variable agrupada (uso de GC a dosis altas o IS), mediante la "t" de Student para las variables continuas y la χ^2 para las categóricas. Se realizó un análisis de regresión multivariante con las variables que mostraron asociación estadísticamente significativa en los análisis bivariantes y las consideradas de interés (Stata v.10).

Resultados: El tiempo medio (DE) de seguimiento al diagnóstico fue de 4,9±4 años. Dos pacientes tenían antecedentes familiares de PMR (2,5%). La dosis de prednisona al inicio fue 22 ± 13,2 mg/d. En 28 (35,9%) pacientes se realizó biopsia de arteria temporal, que resultó negativa. Sólo 6 pacientes presentaron anemia (8%), VSG elevada 68 (85,5%) y FR positivo 2 (2,5%). En 26 (33,3%) se utilizaron IS, siendo el metotrexato (32,5%) el más empleado. En 60 pacientes (75%) existía algún FRCV: tabaco [2 fumadores activos (3,7%) y 18 ex-fumadores (33,3%)], hipercolesterolemia (52,6%), DM (16,7%) y HTA (50%). En el análisis bivalente se encontró asociación entre hipercolesterolemia y sexo femenino (p=0,006), HTA y edad (p=0,001) y mayor uso de IS en los pacientes con más evolución (p=0,038). Las mayores dosis de GC al inicio se utilizaron más en los pacientes de más edad (p=0,03), menos tiempo de evolución (0,016) y biopsia de arteria temporal realizada (p=0,002). En el análisis multivariante se encontró asociación entre HTA y edad al diagnóstico (p=0,003), presencia de anemia (p=0,036) y tabaquismo activo (p=0,038). La hipercolesterolemia se asoció con el sexo femenino (p=0,007) y el tiempo de evolución (p=0,003), y de forma negativa con la VSG (p=0,04). El empleo de IS se asoció con el sexo femenino (p=0,025) y negativamente con la HTA (p=0,036).

Conclusiones: Las características clínicas de nuestra serie son superponibles a las descritas por otros autores. La HTA fue el único FRCV que mostró asociación con un marcador indirecto de inflamación en la PMR, la anemia, aunque también mostró una asociación negativa con el uso de IS. Se requieren estudios multicéntricos con mayor tamaño muestral para dilucidar la asociación entre los FRCV clásicos y la inflamación en la PMR.

Póster 22

La discapacidad percibida como principal predictor de ansiedad y depresión en el paciente con enfermedades musculoesqueléticas.

León Mateos L^{1,2}, Redondo Delgado MM¹, Pérez Nieto MA¹, Abásolo L², Jover JA². ¹Dpto. de Psicología. Universidad Camilo José Cela. ²Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivos: La discapacidad es una variable relevante para la aparición de patrones de depresión y ansiedad. En las enfermedades musculoesqueléticas su estudio pasa habitualmente a un segundo plano siendo el dolor la variable de mayor protagonismo a la hora de explicar los niveles de emocionalidad negativa. El objetivo de este estudio es analizar el efecto que la discapacidad asociada al dolor tiene en los niveles de depresión y ansiedad en distintas enfermedades musculoesqueléticas.

Métodos: Se seleccionaron 237 pacientes, 95 con artritis reumatoide y 142 pacientes con un mes de baja laboral asociada a patología musculoesquelética de tipo no autoinmune. La discapacidad se evaluó en todos ellos mediante el Health Assessment Questionnaire –HAQ–, los niveles de ansiedad mediante el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Breve –ISRA-B; y la depresión con el Cuestionario de Tristeza/Depresión –CTD. Se evaluaron asimismo la frecuencia e intensidad del dolor con una escala visual analógica y un escala likert. También se recogieron los datos de edad y sexo de los pacientes. Se realizaron análisis de regresión múltiple para los modelos de ansiedad y depresión.

Resultados: La discapacidad fue predictora de la ansiedad ($p=0,03$) y la depresión ($p=0,00$) para el grupo total de pacientes. En el análisis por grupos, la discapacidad resultó predictora de ansiedad ($p=0,00$) y depresión ($p=0,00$) en el grupo con patología musculoesquelética, así como predictora de la ansiedad ($p=0,00$) en los pacientes con artritis reumatoide.

Conclusiones: En los modelos realizados de predicción de ansiedad y depresión de los pacientes, la discapacidad percibida juega un papel más importante que los niveles de dolor y variables demográficas, por lo que los esfuerzos terapéuticos deben enfocarse en esa variable para que la calidad de vida del paciente mejore y evitar la aparición de altos niveles de ansiedad y depresión.

Póster 23

Metástasis muscular secundario a melanoma coroideo.

Almodóvar R, Quirós FJ, Zarco P, Mazzucchelli R. Unidad de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Introducción: El melanoma coroideo es la neoplasia maligna más frecuente del ojo. Este tipo de tumor produce metástasis en el 35% de los casos, incluso a pesar de un tratamiento satisfactorio. Habitualmente se producen por vía hematológica y asientan principalmente a nivel hepático (98%), pulmonar (29%) y óseo (17%). Sólo un 12% se producen en piel y tejido subcutáneo. La supervivencia media llega a menos de un 10% a los 2 años desde el momento de aparición de una metástasis. En general, las metástasis musculares son poco frecuentes, a pesar de la importancia de la masa muscular con respecto al peso corporal total. La clínica habitual consiste en una masa dolorosa localizada con mayor frecuencia en músculo psoas, iliopsoas y musculatura paravertebral y proximal de los miembros y puede incluso ser el síntoma de inicio de un tumor primario desconocido.

Presentación clínica: Mujer de 73 años diagnosticada de melanoma coroideo en ojo derecho en 1999 tratado con braquiterapia. En Mayo de 2008 acude a la consulta por nódulo en antebrazo izquierdo de 4 meses de evolución. A la exploración física se objetivaba un nódulo no doloroso a la palpación que parecía depender de la musculatura extensora. El hemograma, la bioquímica y el sistemático de orina fueron normales. La VSG de 26 mm(0-20). La radiografía del antebrazo (Fig.1) evidenciaba una masa de densidad de partes blandas sin signos de erosión del hueso subyacente. En la ecografía (Fig.2) se objetivó una tumoración ovalada, sólida de 36x26x14 mm, bien delimitada con flujo arterial en su interior. Se completó el estudio con una RM (Fig. 3) que mostraba una masa sólida predominantemente hiperintensa en secuencias potenciadas en T1, levemente hiperintensa en T2 y algo más brillante en STIR. Tras la administración de contraste, se observaba un realce irregular de la masa y del área de edema adyacente. Se realizó una biopsia del nódulo con diagnóstico anatomopatológico de metástasis muscular de melanoma coroideo. El estudio de extensión resultó negativo. La metástasis fué resecada quirúrgicamente con bordes libres. Actualmente ha tenido una nueva recidiva subcutánea preauricular bilateral y abdominal, por lo que está recibiendo quimioterapia.

Conclusión: La importancia del presente artículo, radica en que siempre se debe tener en cuenta los antecedentes personales del paciente, sobre todo en el caso de neoplasias.

Bibliografía: 1.- Servodidio CA, Abramson DH. Presenting signs and symptoms of choroidal melanoma: what do they mean? *Ann Ophthalmol.* 1992; 24:190- 4. 2.- Diener-West M, Reynolds SM, Agugliaro DJ, Caldwell R, Cumming K, Earle JD, Hawkins BS, Hayman JA, Jaiyesimi I, Jampol LM, Kirkwood JM, Koh WJ, Robertson DM, Shaw JM, Straatsma BR, Thoma J; Collaborative Ocular Melanoma Study Group. Development of metastatic disease after enrollment in the COMS trials for treatment of choroidal melanoma: Collaborative Ocular Melanoma Study Group Report No. 26. *Arch Ophthalmol.* 2005;123:1639- 43. 3.- Falappa P, Pennasilico GM, Arcuri PP, Laschena F, Concolino F. Intramuscular metastases from a melanoma diagnosed by magnetic resonance. A case report. *Radiol Med.* 2000;100:62-4. 4.- Viswanathan N, Khanna A. Skeletal muscle metastasis from malignant melanoma. *Br J Plast Surg.* 2005; 58: 855. 5.- Damron TA, Heiner J. Distant soft tissue metastases: a series of 30 new patients and 91 cases from the literature. *Ann Surg Oncol.* 2000; 7: 526– 34.

Póster 24

Artritis de carpo izquierdo en mujer de 79 años.

Almodóvar R, Mazzucchelli R, Quirós FJ, Zarco P. Unidad de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Introducción: La sinovitis villonodular es una proliferación destructiva de la membrana sinovial, caracterizada por la acumulación de hemosiderina. Afecta a ambos sexos por igual. Más frecuente entre la 3ª y 4ª década. La etiología es desconocida. Suele ser monoarticular, en más del 80% de los casos afecta a la rodilla y en el 15% a la cadera. Se han publicado casos a nivel de pies, mano, codo, hombro y articulación temporomandibular. Clínicamente hay dos formas: difusa y localizada, con características clínicas e histológicas semejantes. Recidiva en el 17-46% de los casos. La RM define la extensión y distribución de la enfermedad. El diagnóstico de certeza es histológico. Hay que realizar diagnóstico diferencial con procesos infecciosos, reumatológicos y neoplásicos. La sinovectomía sigue siendo el tratamiento de elección. Se ha utilizado radioterapia, tanto externa como braquiterapia intraarticular con 90Ytrio. También se ha sugerido criocirugía como soporte a la cirugía. Hay algunos casos donde se ha usado la terapia anti TNF con resultado satisfactorio.

Presentación clínica: Mujer de 79 años con antecedente de fractura de collex derecha. Acude por dolor, tumefacción de carpo izquierdo de 4 meses de evolución. A la exploración presentaba im-

portante sinovitis de carpo izquierdo con limitación para la movilidad. En las pruebas de laboratorio destacaba una hemoglobina de 10,7 g/dl (12-15 g/dl) y una VSG de 43 UI (0-20 UI). El mantoux fué de 7 mm. Las pruebas reumáticas, serológicas y el sedimento de orina fueron normales. Se realizó artrocentesis con obtención de líquido sinovial hemático. El cultivo del líquido fué negativo para bacterias y micobacterias. No se visualizaron cristales. La radiografía de mano izq (Figura 1) mostraba pinzamiento, erosiones y esclerosis subcondral en la radiocubital distal y radio-metacarpiana. Aumento de partes blandas en carpo izquierdo y cambios degenerativos en trapezometcarpiana e interfalángicas distales. La RM de carpo izquierdo (Figura 2), objetivaba severos cambios degenerativos de la articulación radio-cubital distal y radiocarpiana con fenómenos erosivos y significativa sinovitis, junto con tenosinovitis de los extensores. Se realizó RM cervico-dorsal que descartó siringomielia. Se realizó biopsia sinovial con diagnóstico anatómico-patológico (Figura 3) de sinovitis villonodular pigmentada. Se realizó sinovectomía radical, con buena evolución en la actualidad.

Conclusión: La sinovitis villonodular pigmentada es una entidad poco frecuente en la que hay que pensar en casos de monoartritis.

Póster 25

¿Es útil realizar una biopsia de arteria temporal contralateral tras una primera no diagnóstica en pacientes con arteritis de la temporal?

Sánchez J, Idrovo F, Alberti N*, Carreira PE. Departamento de Reumatología y *Departamento de Anatomía Patológica, Hospital 12 de Octubre, Avenida de Córdoba s/n, 28045 Madrid, España.*

Objetivo: Evaluar la utilidad de realizar una segunda biopsia de arteria temporal contralateral tras una primera no diagnóstica en pacientes con alta sospecha clínica de arteritis de células gigantes en un hospital universitario de tercer nivel.

Pacientes y métodos: Se recogieron todos los pacientes a los que se les había realizado dos biopsias de arteria temporal entre enero de 1990 y mayo de 2009. De éstos, se seleccionaron aquellos pacientes con alta sospecha clínica de arteritis de la temporal pero con una primera biopsia negativa. Se obtuvieron los datos demográficos, clínicos y patológicos de estos pacientes y se compararon con un grupo control superponible en edad y sexo, de pacientes controlados en el departamento de Reumatología durante el mismo periodo, con diagnóstico de arteritis de la temporal confirmado por biopsia. Se utilizó una odds ratio con un intervalo de confianza del 95% para medir la fuerza de la asociación entre variables cualitativas y una t de student para variables independientes para analizar las diferencias entre variables cuantitativas.

Resultados: De los 303 pacientes con biopsia de arteria temporal realizada durante el periodo de estudio (59% positivas para arteritis de la temporal), sólo 23 tenían dos biopsias realizadas y una alta sospecha clínica de arteritis. Dos pacientes fueron excluidos tras confirmar que la primera biopsia era ya positiva. La indicación de la segunda biopsia en estos 21 pacientes (6 varones, 15 mujeres; 73±7 años) fue con intención diagnóstica en 14 (mediana de 12 días tras la primera biopsia), y empeoramiento clínico en 7 (mediana de 90 días tras la primera). Sólo en 1 caso del primer grupo se confirmó el diagnóstico tras la segunda biopsia. Antes de la primera biopsia negativa, se administró tratamiento con corticoides en 6 de 21 pacientes a diferentes dosis (6-60 mg/d) durante diferentes periodos (1-44 días). Cuando se comparó con un grupo de pacientes con una primera biopsia diagnóstica para arteritis de la temporal, los pacientes con primera biopsia negativa tenían menor incidencia de claudicación mandibular (OR=0,1; IC95% 0,03-0,6; p=0,005) y presentaban niveles inferiores de VSG (90 vs 76 mm, p=0,05). No hubo diferencias significativas en el uso de corticoides, tiempo o dosis entre los dos grupos.

Conclusiones: En un hospital de tercer nivel, con alta experiencia patológica, la realización de una segunda biopsia de arteria temporal contralateral no parece tener una relevancia en el diagnóstico de arteritis, incluso en pacientes con alta sospecha clínica. La claudicación mandibular parece ser el mejor predictor para la positividad de la biopsia.

Póster 26

Estudio de factores de riesgo de osteoporosis en mujeres con un año de amenorrea en centros Madrid Salud.

Gerechter Fernández S, Fernández-Guisasola Mascias M, Vicente Simón C, Rodríguez Álvarez P, Fernández Pareja A, Berlinches Zapero C.

Objetivos: Estudiar la población de mujeres con un año de amenorrea para diagnosticar precozmente el riesgo de presentar factores de riesgo de osteoporosis, que puede ser tratada preventivamente y como consecuencia disminuir el riesgo de fractura en estas mujeres. Buscar la relación entre factores de riesgo y una prueba objetiva: ecografía de calcáneo. Comparar dicha medición con la DEXA validada por OMS.

Material y métodos: Incluyendo mujeres con un año de amenorrea que acuden al Centro de Salud Municipal de los distritos de Ciudad Lineal, Usera, Hortaleza y San Blas, recoger los factores de riesgo de osteoporosis, medición de ecografía de calcáneo, medición de Densitometría Axial (DEXA). Tras analizar estos datos establecer el número de pacientes necesario para obtener una relación entre los factores de riesgo clínicos y la ECO de calcáneo y poder determinar si es una prueba pre screening para pedir DEXA o para evaluar el riesgo de fractura.

Resultados: Se han obtenido 391 usuarias para el estudio preliminar con una media de edad de 61,87 años. Fuman el 11,8% más de 10 cigarrillos día, dieta menor de 1.500 mg/calcio día el 29,4%, completa el 56% y NS/NC el 13,8%, tratamiento corticoideo (>7,5 mg/3 meses) el 7,7% teniendo en cuenta que es una población de mujeres que acuden a un Centro de Salud de Prevención de la Salud. Menopausia precoz se ha detectado en el 18,2% de esta población. En el 15,1% una fractura personal de bajo impacto, y en familiar de primer grado el 19,4%. La media de T Score de cadera ha sido de -1,38 DS, la de ECO de calcáneo de -1,34 DS, como ya han descrito otros autores, hay correlación entre ambas. La T Score de c lumbar ha sido de -1,77 DS.

Conclusiones: Los factores de riesgo de osteoporosis clínicos son importantes pero hay que determinar un técnica objetiva que nos determine a quién tratar precozmente.

Póster 27

Estudio de factores de riesgo de fractura en mujeres con un año de amenorrea en el CMS de Ciudad Lineal.

Gerechter Fernández S, Fernández-Guisasola Mascias M, Rodríguez Álvarez P.

Objetivos: Estudiar la población de mujeres con un año de amenorrea que van al Centro Municipal de Salud (CMS) de Ciudad Lineal en dos meses de 2008. Se recogen los factores de riesgo de fractura y se busca la posible correlación entre FRAX y criterio de valoración de la Comunidad Autónoma de Madrid (CM).

Material y métodos: Incluyendo mujeres con un año de amenorrea que acuden al CMS de Ciudad Lineal, recoger los factores de riesgo de osteoporosis, medición de ecografía de calcáneo, medición de Densitometría Axial (DEXA). Hacer un estudio comparativo entre detección del riesgo de fractura según el FRAX y según criterios CM. Determinar la posible correlación con la ECO de calcáneo y el riesgo de fractura (FRAX y CM).

Resultados: Se han obtenido 207 usuarias, con una media de edad de 63,52 años. En esta población hacen una dieta pobre en calcio (menos de 1.500 mg/día) el 28% de ellas, el 71% completa y el 1% NS/NC, fuma más de 10 cigarros/día el 14%, el 0,5% ha hecho tratamiento corticoideo (>7,5 mg/día/3 meses), han tenido menopausia precoz el 18,8% de esta población, alteraciones tiroideas el 19,8% (tenemos un protocolo de despistaje de alteraciones tiroideas), en 15,9% han presentado fracturas personales de bajo impacto, el 83,1% no, y NS/NC el 1%, antecedentes de fractura osteoporótica en familiar de primer grado en el 25,1%. El 24,6% ha presentado una caída en el último año. El FRAX total evaluado con T Score en la calculadora de la OMS, ha detectado un riesgo de fractura mayor o igual que 3 en el 57,8%, obteniendo estas usuarias una media de T de Score para ECO de calcáneo de -1,58 y un riesgo según valoración de riesgo de fractura vertebral para la CM mayor o igual que 10 en un 7,8 %, de las cuales la T Score ECO ha sido de -1,83. La media de edad para las del FRAX ha sido de 67,17 y las de riesgo leve de la CM (> ó igual que 10) de 69,5 años. El FRAX ha detectado un riesgo a 10 años de fractura de cadera con una puntuación mayor o igual que 3 en el 10,3 % de nuestra población con edad media de 75,2 años, las cuales han registrado una T Score con ECO de cadera de -2,21. La CM ha evaluado un riesgo leve de fractura de cadera en el 5,8% de esta muestra las cuales tiene 77 años de edad de media y una T de Score de calcáneo de -1,82 DS.

Póster 28

Enfermedad celíaca y dolor musculo esquelético crónico. A propósito de tres casos.

Prada A, Isasi C, Otón T, Polo J, Campos J, García B, Mulero J. Servicio de Reumatología. Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, C/ Manuel De Falla 1, 28222 Majadahonda, Madrid.

Introducción: La enfermedad celíaca (EC) del adulto es frecuente e infradiagnosticada. Entre sus manifestaciones clínicas se encuentra el dolor osteomuscular. Pocos pacientes con EC del adulto tienen el clásico cuadro clínico de diarrea y mal-absorción. La fibromialgia está descrita como uno de los diagnósticos previos en los pacientes que posteriormente son diagnosticados de EC. La EC forma parte de las enfermedades intestinales causantes de artritis enteropática. Presentamos tres casos diagnosticados de enfermedad celíaca en la consulta de reumatología tras consultas médicas previas, con resolución del dolor tras el tratamiento con dieta sin gluten

Presentación clínica:

Caso 1: Mujer, 57 años, en situación de baja laboral, con dolor generalizado de 10 años de evolución, diagnosticada de fibromialgia, depresión, ansiedad, estreñimiento e hipotiroidismo. Atendida por Psiquiatría, Neurología, Digestivo, Traumatología, Endocrinología y Unidad del Dolor. Ha sido tratada con paracetamol, distintos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), benzodiacepinas, pregabalina, gabapentina y venlafaxina, sin control del dolor ni del resto de síntomas. En el estudio reumatológico destacó anticuerpos anti-transglutaminasa positivos. La biopsia duodenal realizada por gastroscopia mostró atrofia total de vellosidades, aumento de linfocitos intraepiteliales e hiperplasia de criptas (Marsh 3). Se inició dieta sin gluten y a los 6 meses de seguimiento la paciente estaba asintomática sin necesidad de tratamiento analgésico ni psicofarmacológico, reincorporándose a vida laboral activa. De la medicación previa únicamente mantenía el tratamiento sustitutivo tiroideo.

Caso 2: Mujer, 22 años, 6 años de evolución de dolor lumbar y astenia sin mejoría tras múltiples consultas médicas. En la evaluación clínica destacó dolor lumbar inflamatorio sugerente de sacroileitis y aftosis oral recurrente. No refería síntomas digestivos. El estudio radiológico no fue concluyente. En la analítica destacó deficiencia de ácido fólico y anticuerpos anti transglutaminasa positivos. La biopsia duodenal realizada por gastroscopia mostró atrofia vellositaria, hipertrofia criptal y linfocitosis intraepitelial (Marsh 3). Se inició dieta sin gluten, presentando resolución del dolor y la astenia a los cuatro meses de su inicio. Persistía aftosis oral ocasional.

Caso 3: Mujer de 58 años con dolor musculoesquelético crónico generalizado y dolor lumbar de larga evolución estudiada previamente en Digestivo y Medicina Interna con los diagnósticos de depresión y estreñimiento crónico y colon espástico. No reunía criterios de fibromialgia. Tuvo una mejoría inicial relevante con dieta sin lactosa que no se mantuvo en el tiempo. Se sospechó enfermedad celíaca, los anticuerpos anti-transglutaminasa fueron negativos. Se realizó biopsia duodenal por gastroscopia que mostró atrofia vellositaria, hipertrofia criptal y linfocitosis intraepitelial (Marsh 3). Tras un año de dieta sin gluten no tiene dolor generalizado ni astenia, persistiendo estreñimiento.

Conclusiones: Estos casos ejemplifican que los pacientes celíacos pueden ser evaluados reiteradamente por diferentes especialistas antes de su diagnóstico y que pueden tener dolor músculo esquelético crónico sin los síntomas digestivos habitualmente asociados a la EC. Recomendamos que la EC esté presente en el diagnóstico diferencial del reumatólogo.

Póster 29

Tratamiento de la Enfermedad de Paget con ácido zoledrónico.

García Arias M, Torrijos Eslava A, Martín-Mola E. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: La Enfermedad de Paget es un trastorno esquelético caracterizado por un recambio óseo acelerado con aumento de la resorción, seguido de una formación excesiva y desorganizada. En el momento actual el tratamiento de primera elección son los difosfonatos, moduladores de la actividad ósea que actúan sobre los osteoclastos, disminuyendo así la resorción ósea.

Objetivo: Estudiar el papel del tratamiento con una única infusión de ácido zoledrónico anual en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Paget.

Pacientes y métodos: Se han incluido 13 pacientes de una consulta de enfermedades del metabolismo óseo, diagnosticados de Enfermedad de Paget activa, que han recibido una infusión de 5 mg intravenosos de ácido zoledrónico. Al inicio se recogieron variables demográficas y clínicas como la edad, el sexo, la localización de la enfermedad y los tratamientos previos con otros difosfonatos. Asimismo, se determinaron marcadores del metabolismo óseo como la fosfatasa alcalina (FA), la D-piridinolina y la parathormona (PTH). El criterio para indicar tratamiento con ácido zoledrónico fue la elevación de la FA al menos, el doble del límite superior de la normalidad, considerando como intervalo normal entre 30 y 120 UI/L. Además, los pacientes no habían recibido tratamiento previo con difosfonatos, al menos, durante el año previo a la infusión del zoledrónico. En las 48 horas previas al tratamiento a los pacientes se les administró calcio, entre 500 y 1.000 mg diarios y vitamina D, entre 400 y 800 UI diarias. Estos pacientes fueron seguidos prospectivamente comparando los parámetros analíticos antes, al mes, a los 3 meses y luego cada 6 meses tras el tratamiento. Se analizaron las diferencias mediante test de Anova de medidas repetidas y test no paramétrico de Wilcoxon para datos pareados.

Resultados: De los 13 pacientes incluidos en el estudio, 4 mujeres (30,8%) y 9 hombres (69,2%), tres tenían una única localización de la enfermedad y en el resto se trataba de una afectación po-

liostótica. La edad media fue de $72,23 \pm 9,808$ años. Ningún paciente recibió tratamiento con otro difosfonato durante, al menos, el año previo a la administración del ácido zoledrónico. Comparando las diferentes variables antes y después del tratamiento, encontramos que se produce una disminución estadísticamente significativa en las cifras de FA al mes ($400,67 \pm 316,52$ vs $181,22 \pm 68,64$, $p < 0,05$), a los tres ($400,67 \pm 316,52$ vs $87,44 \pm 48,30$, $p < 0,05$), a los seis ($400,67 \pm 316,52$ vs $63,11 \pm 19,11$, $p < 0,05$), y al año de tratamiento ($400,67 \pm 316,52$ vs $72,77 \pm 22,73$, $p < 0,05$). La FA se normalizó en 11 pacientes (84,61%) a los tres meses, y en el 100% a los seis meses, manteniendo la respuesta al año. Asimismo, observamos una disminución significativa en la D-piridinolina al mes ($11,95 \pm 2,46$ vs $5,10 \pm 3,05$, $p < 0,05$), a los tres ($11,95 \pm 2,46$ vs $4,94 \pm 1,27$, $p < 0,05$) y a los seis meses de la visita basal ($11,95 \pm 2,46$ vs $4,46 \pm 0,95$, $p < 0,05$). Con respecto a la PTH, se produce un aumento significativo en las cifras de la misma al mes ($45 \pm 18,60$ vs $107,89 \pm 63,52$, $p < 0,05$), a los tres ($45 \pm 18,60$ vs $73,22 \pm 32,31$, $p < 0,05$) y a los seis meses tras iniciar el tratamiento ($45 \pm 18,60$ vs $52,56 \pm 14,92$, $p < 0,05$). De los 13 pacientes, tan sólo tres presentaron efectos secundarios tras el tratamiento, que consistieron en un síndrome pseudogripal en dos de ellos y en un episodio de hipocalcemia leve en el caso restante.

Conclusiones: Los pacientes con Enfermedad de Paget se benefician del tratamiento con ácido zoledrónico anual, ya que induce una disminución de la resorción ósea. Los efectos adversos descritos son poco frecuentes y de escasa gravedad. No obstante, se desconoce cuál puede ser el efecto de los difosfonatos a largo plazo.

Póster 30

Embarazo en pacientes con lupus eritematoso sistémico antes y después del diagnóstico.

Faré R, Rodríguez-Almaraz E, Mateo I, Carreira PE, Galindo M. Hospital 12 de Octubre, Madrid. Av. Córdoba s/n 28045, Madrid.

Objetivo: Analizar los factores predictivos para el desenlace del embarazo en un grupo de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Material y Métodos: Se incluyeron a las pacientes embarazadas con LES seguidas en las consultas de Reumatología del Hospital Doce de Octubre entre 1977-2008. Los datos demográficos (edad, fecha de inicio y diagnóstico, factores de riesgo cardiovascular, tiempo de seguimiento y muerte), clínicos (actividad de LES, historia obstétrica), tratamiento y embarazo fueron obtenidos de previas bases de datos, informes clínicos obstétricos y cuestionarios telefónicos. Las complicaciones incluidas fueron: abortos, parto pretérmino, crecimiento intrauterino retardado, preeclampsia/eclampsia o muerte fetal. La asociación entre las categorías variables e invariables se analizó mediante el test de la chi-cuadrado y el análisis de los factores de riesgo en el embarazo se realizó mediante la regresión logística binaria multivariante y univariante.

Resultados: Se han incluido 275 pacientes con LES, de las cuales 177 se quedaron embarazadas y 98 no. En total se analizaron 406 embarazos de los que 280 ocurrieron previamente al diagnóstico del LES, 4 coincidieron con el diagnóstico de LES y 126 después. La media de la edad del diagnóstico del LES fue 32 años (rango 6-69) y la media de edad de embarazo fue de 28 años (rango 16-45). De los 406 embarazos, 307 (76%) fueron recién nacidos vivos, 9 (2%) presentaron retraso de crecimiento intrauterino y 83 (21%) fueron parto pretérmino. Se registraron sólo 3 casos de lupus neonatal (los 3 con afectación cutánea y 2 de ellos con afectación hematológica), todos ellos en madres que presentaban anticuerpos anti-Ro +. Hubo 3 muertes perinatales pero sin relación con LES. Entre los embarazos desarrollados después del diagnóstico del LES, 52,4% presentaron al menos una complicación, 30,2% aborto; 22,7% terminaron en cesárea y 28% y 22% desarrollaron actividad de LES durante el embarazo y postparto, respectivamente. La mayoría de las manifestaciones de

actividad fueron leves (afectación cutánea y articular). Las complicaciones fueron más frecuentes en los embarazos que se produjeron después del diagnóstico del LES: abortos ($p=0,04$), retraso del crecimiento intrauterino ($p=0,003$), HTA ($p=0,002$) y cesárea ($p=0,001$). En un análisis univariante, los factores de riesgo para una mala evolución fueron las complicaciones renales ($p=0,004$) y el embarazo acontecido antes de 6 meses de mantener el LES sin actividad ($p=0,02$). Los factores para una buena evolución fueron el tratamiento con antipalúdicos ($p=0,05$) y una monitorización cuidadosa del embarazo ($p=0,01$). El desarrollo previo de nefritis proliferativa fue un factor de riesgo para preeclampsia ($p=0,003$). La anemia hemolítica fue un factor de riesgo para los partos pretérmino ($p=0,003$) y preeclampsia ($p=0,01$). El fenómeno de Raynaud fue un factor de riesgo para los partos pretérmino ($p=0,02$). El diagnóstico de Síndrome antifosfolípido fue un factor de riesgo para abortos ($p=0,03$), especialmente en el 2º trimestre ($p=0,01$), retraso del crecimiento intrauterino ($p=0,05$) y preeclampsia ($p=0,03$). El embarazo antes de los 6 meses sin tener datos de actividad de LES fue un factor de riesgo para desarrollar preeclampsia ($p=0,05$). El tratamiento con esteroides no ejerce ningún efecto beneficioso ni perjudicial sobre el embarazo. En un análisis multivariante, las complicaciones renales ($p=0,001$) y los datos de actividad de LES ($p=0,004$) persistieron como factor de riesgo de mala evolución y una monitorización cuidadosa como factor de buen pronóstico ($p=0,03$).

Conclusiones: El embarazo en pacientes diagnosticadas de LES no debería considerarse como una condición inaceptable de alto riesgo para las madres y neonatos. Sin embargo, la existencia de afectación renal previa, la anemia hemolítica y el SAF confiere alto riesgo de desarrollar complicaciones durante el embarazo. Éste debe ser planificado 6 meses tras el último episodio de actividad del LES y tener una monitorización cuidadosa en clínicas especializadas de embarazo de alto riesgo, así como también debería recomendarse tratamiento con hidroxicloroquina.

Premios Armando Laffon

Artículo 01

Prognostic Factors in Short-Term Disability Due to Musculoskeletal Disorders.

Abásolo L, Carmona L, Lajas C, Candelas G, Blanco M, Loza E, Hernández-García C and Jover JA. Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research) 2008 Vol. 59, No. 4(15): 489–496

Objective: To identify factors associated with poor outcome in temporary work disability (TWD) due to musculoskeletal disorders (MSDs).

Methods: We conducted a secondary data analysis of a 2-year randomized controlled trial in which all patients with TWD due to MSDs in 3 health districts of Madrid (Spain) were included. Analyses refer to the patients in the intervention group. Primary outcome variables were duration of TWD and recurrence. Diagnoses, sociodemographic, work-related administrative, and occupational factors were analyzed by Cox proportional hazards models.

Results: We studied 3,311 patients with 4,424 TWD episodes. The following were independently associated with slower return to work: age (hazard ratio [HR] 0.99, 95% confidence interval [95% CI] 0.98–0.99), female sex (HR 0.84, 95% CI 0.78–0.90), married (HR 0.90, 95% CI 0.83–0.97), peripheral osteoarthritis (HR 0.77, 95% CI 0.6–0.9), sciatica (HR 0.59, 95% CI 0.54–0.65), self-employment (HR 0.56, 95% CI 0.48–0.65), unemployment (HR 0.41, 95% CI 0.28–0.58), manual worker (HR 0.86, 95% CI 0.79–0.94), and work position covered during sick leave (HR 0.84, 95% CI 0.77–0.92). The factors that better predicted recurrence were peripheral osteoarthritis (HR 1.75, 95% CI 1.14–2.6), inflammatory diseases (HR 1.66, 95% CI 1.009–2.72), sciatica (HR 1.30, 95% CI 1.08–1.56), indefinite work contract (HR 1.43, 95% CI 1.14–1.75), frequent kneeling (HR 1.39, 95% CI 1.15–1.69), manual worker (HR 1.19, 95% CI 1.003–1.42), and duration of previous episodes (HR 1.003, 95% CI 1.001–1.005).

Conclusion: Sociodemographic, work-related administrative factors, diagnosis, and, to a lesser extent, occupational factors may explain the duration and recurrence of TWD related to MSD.

Artículo 02

Observed and Expected Frequency of Comorbid Chronic Diseases in Rheumatic Patients.

Loza E, Jover JA, Rodríguez-Rodríguez L, Carmona L and The Episer Study Group. Ann Rheum Dis 2008;67:418–421.

Objective: To estimate and compare the observed and expected prevalence of the co-existence of rheumatic diseases (RD) with other chronic conditions.

Methods: The self-reported diagnosis of chronic conditions was obtained from the 2192 participants in a national health survey (Spain, 1999–2000) We compared the estimated prevalence of the co-existence of a RD with other chronic conditions, to the expected prevalence using two-sample test of proportion.

Results: The observed (O) prevalence was significantly higher than expected (E) in the following combination of self-reported diseases: RD+arterial hypertension (O/E ratio=1.88), RD+diabetes

mellitus (O/E ratio=2.07), RD+hypercholesterolemia (O/E ratio=1.87), RD+cardiological (O/E ratio=1.83), and RD+digestive diseases (O/E ratio=2.07). The prevalence of selected co-existent pairs of diseases is more frequent with increasing age and differs between women and men.

Conclusions: The excess in prevalence of some combinations of diseases may serve as a reminder to the rheumatologists that many of their patients will have coexistent disease of which they need to be aware to properly plan their management. It may also be a sign of common risk factors between diseases or of adverse events.

Artículo 03

Burden of Disease Across Chronic Diseases: A Health Survey That Measured Prevalence, Function, and Quality of Life.

*Loza E, Abásolo L, Jover JA, Carmona L and The Episer Study Group.
J Rheumatol 2008;35:159–65*

Objective: To assess health related quality of life (HRQOL) and functional ability across groups of chronic diseases in Spain.

Methods: A national health survey was conducted during 1999-2000. Participants were randomly selected from city censuses among persons aged over 20 years. All 2192 participants (response rate 73%) completed generic instruments measuring functional ability in activities of daily living [Health Assessment Questionnaire (HAQ)] and HRQOL [Short-Form 12 (SF-12)]. Chronic diseases were defined by self-report and elicited from 2 specific questions: "Have you ever been told you have a chronic disease by a physician?" and "Are you taking any chronic medication?". Only diagnoses present for ≥ 3 months were included as chronic. We estimated mean HAQ and SF-12 scores for the different groups of chronic diseases. We then adjusted the scores for covariates and compared them between diseases by multiple linear regressions.

Results: Over half the population had at least one chronic disease [$n = 1276$ (58.2%)], and 22.6% had any rheumatic disease. Rheumatic diseases have an adverse effect on daily functioning [HAQ s-coefficient 0.11 (95% CI 0.06–0.15)] and HRQOL [SF-12 physical s-coefficient -5.78 (95% CI -6.27 to -4.28); SF-12 mental s-coefficient -2.61 (95% CI -3.79 to -1.41)]. Thus, the influence of the rheumatic diseases is greater when their prevalence is taken into account.

Conclusion: When the definition of burden of disease includes a measure of function and HRQOL that is weighted by disease prevalence, rheumatic diseases as a group can be ranked alongside neurological, cardiac, or pulmonary conditions as a major disease.

Artículo 04

Concise Report.

Accuracy of Physical Examination in Subacromial Impingement Syndrome.

*Silva L, Andreu JL, Muñoz P, Pastrana M, Millán I, Sanz J, Barbadillo C and Fernández Castro M.
Rheumatology 2008;47:679–683.*

Objective: Shoulder pain is a common complaint, frequently caused by subacromial impingement syndrome (SIS). There are a number of physical examination (PE) manoeuvres that explore the subacromial space. MRI provides an accurate anatomic image of the subacromial space, being the

current gold standard in the diagnosis of SIS. The aim of this study is to evaluate the accuracy of the PE in the diagnosis of SIS and/or subacromial–subdeltoid bursitis (SSB) confirmed by MRI.

Methods: Consecutive outpatients with an episode of shoulder pain were prospectively included in the study. They were examined by a rheumatologist and, within 3 days, an MRI was done. Sensitivity, specificity, positive and negative predictive values, and accuracy of PE manoeuvres were calculated using a 2_2 table.

Results: Fourteen males and 16 females were included. All the tests exhibited acceptable sensitivity. As a result Yocum manoeuvre was considered the most sensitive and most accurate for SIS. With regard to SSB, the Gerber test was the most sensitive. The majority of the PE manoeuvres showed low specificity.

Conclusions: Most PE manoeuvres identify reasonably well subacromial impingement of the shoulder, although, in general, they have low specificity. The Yocum test has the best sensitivity and precision. Our data suggest that imaging techniques should be recommended to better define shoulder lesions.

Artículo 05

Are the C-Reactive Protein Values and Erythrocyte Sedimentation Rate Equivalent When Estimating the 28-Joint Disease Activity Score in Rheumatoid Arthritis?

Castrejón I, Ortiz AM, García de Vicuña R, Lopez-Bote JP, Humbría A, Carmona L, González Álvaro I. Clinical And Experimental Rheumatology 2008; 26: 769-775.

Abstract: A formula for calculating disease activity score with 28 joint counts (DAS28) with C-reactive protein (CRP) instead of the erythrocyte sedimentation rate (ESR) has been proposed.

Objective: Here we analyze the factors that contribute to the differences in the DAS28 when calculated using either the ESR (DAS28-ESR) or the CRP values (DAS28-CRP).

Methods: We analyzed the data from 587 visits made by 220 patients with early arthritis. The age at the onset of the disease was 51 ± 16 years old and 76.3% of the patients were women. The disease evolution at the first visit was 5 months and at each visit information related to several variables was collected, including that necessary to calculate the DAS28-ESR and DAS28-CRP. We defined a new variable $DIFDAS = DAS28-ESR - DAS28-CRP$ to analyze which independent variables account for differences between the two indexes.

Results: There was a correlation between the two indexes of 0.91 ($p < 0.0001$), although the DAS28-ESR value obtained was higher than that of DAS28-CRP at approximately 90% of the visits. Significantly, the difference between both indexes was higher than 0.6 in 44% of the visits studied. A multivariate analysis showed that female gender and disease duration were associated with the higher values obtained for DAS28-ESR when compared to those of DAS28-CRP.

Conclusion: Our data show that DAS28-ESR and DAS28-CRP are not fully equivalent, because the former usually produces higher values. This finding is particularly relevant in females and patients with a long disease duration.

Índice de autores

A

Abásolo L	36, 44, 45
Ahijón Lana M	31
Alberti N	38
Allanore Y	13
Almodóvar R	26, 36, 37
Amil Casas I	20
Andreu JL	18, 19, 27, 30, 45
Antón Pagés F	8, 9, 20, 24
Askanase A	15, 28

B

Bachiller Corral FJ	9, 20, 31
Bachiller J	23
Barbadillo C	18, 19, 27, 30, 45
Berlinches Zapero C	39
Blanco M	44
Blázquez M	23
Boteanu A	20, 24, 31
Buyon JP	15

C

Campos J	16, 18, 19, 27, 30, 40
Candelas G	44
Cantalejo Moreira M	22, 30, 32, 33
Carmona L	7, 12, 13, 44, 45, 46
Carreira PE	10, 11, 12, 13, 21, 24, 26, 38, 42
Casado A	6, 35
Castañeda S	6, 35
Castrejón I	7, 15, 28, 46
Castro MJ	16
Ciruelo Monge E	34

D

Denton C	13
Díaz Oca A	22, 30, 32, 33
Díaz Sánchez B	14
Díez Ramos F	17
Dorado N	24

E

Escribano P	26
-------------	----

F

Faré R	42
Fernández Castro M	16, 18, 19, 27, 30, 45
Fernández-Guisasola Mascias M	39
Fernández Pareja A	39

G

Gabilondo Álvarez G	8
Galindo M	42
Gamir Gamir ML	24
García Arias M	41
García-Arias MJ	6, 35
García B	40
García de Vicuña R	7, 14, 46
Gerechter Fernández S	39
Godoy H	17
Gómez-Sánchez MA	26
González Álvaro I	6, 7, 14, 46
González García C	20
Guillén Astete C	8, 9, 24, 31

H

Hernández-García C	44
Humbría A	46

I

Idrovo F	38
Isasi C	16, 18, 40

J

Jiménez Palop M	18, 19, 27
Joven BE	10, 11, 12, 13, 21, 24, 26
Jover JA	36, 44, 45

L

Lajas C	44
Lamana A	14
León Mateos L	36
Llopis R	17
Lois Iglesias A	9, 24, 31
Lopez-Bote JP	46
Loza E	44, 45

M

Macía Villa C	31
Magallón B	27
Márquez M	16
Martínez-López JA	7
Martín-Mola E	41
Mateo I	42
Matucci-Cerinic M	13
Mazzucchelli R	36, 37
Melchor S	10, 11
Millán I	18, 45

Moreno Caparrós A	20	U	
Movasat A	11	Urrego Laurín CL	34
Mulero J	16, 18, 19, 27, 30, 40	V	
Muñoz P	27, 30, 45	Vázquez Díaz M	8
Murillo C	20, 23	Veiga Cabello R	22, 30, 32, 33
N		Vicente EF	6, 35
Navarro Alonso P	22, 30, 32, 33	Vicente Simón C	39
O		Villa Alcázar L	18
Orte Martínez J	20	W	
Ortiz AM	7, 14, 46	Walker U	13
Otón T	18, 19, 27, 30, 40	Z	
P		Zarco P	36, 37
Pastrana M	30, 45	Zea A	8, 9, 23
Pérez M	24	Zurita Prada PA	34
Pérez Nieto MA	36		
Pérez OS	17		
Pérez S	6, 35		
Pérez VY	21		
Piedrabuena SI	24		
Polo J	18, 19, 27, 40		
Prada A	16, 18, 19, 27, 30, 40		
Prieto Morales M	8, 20, 31		
Q			
Quirós FJ	36, 37		
R			
Redondo Delgado MM	36		
Revenga Martínez M	31		
Rodríguez-Almaraz E	42		
Rodríguez Álvarez P	39		
Rodríguez-Rodríguez L	44		
Roldán MA	24		
Román Pascual A	31		
Ruiz-Cano MJ	26		
S			
Sánchez J	38		
Sanz J	18, 19, 27, 30, 45		
Serrano A	21		
Serrano-Vela JI	16		
Sifuentes Giraldo A	9		
Sifuentes Giraldo WA	20		
Silva L	18, 19, 27, 30, 45		
T			
Talavera P	6, 35		
Thomas D	15		
Tomero E	6		
Torrijos Eslava A	41		



Impreso por cortesía de:

