Anales de Reumatología

vol. 2 / nº 3

19 Congreso de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid

Madrid, 10 y 11 de diciembre de 2015

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

sorcom

Sumario

Comité Editorial pág. 03

Editorial pág. 04

Comunicaciones Orales 2015 pág. 06

Pósters 2015 pág. 13

Premios Armando Laffon
Artículos Publicados en 2014 pág. 30

Índice de Autores pág. 32

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

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

© **Edita:** Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM)
© **Para el conjunto de la obra:** Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid
© **Para cada texto:** Sus respectivos autores
© **Fotografía:** Alberto Díaz Oca

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

Anales de Reumatología

vol. 2 / nº 2

Comité Editorial

Junta Directiva de la SORCOM:

- **Presidenta:** Ana Cruz Valenciano
- **Presidenta Electa:** Ana Perez Gómez
- **Vicepresidenta:** Mercedes Jiménez Palop
- **Secretaria General:** Cristina Lajas Petisco
- **Tesorero:** Eugenio de Miguel Mendieta

Vocales:

- Pilar Aguado Acín
- Javier Bachiller Corral
- Alberto Díaz Oca
- A. Javier García González
- Jacqueline Usón Jaeger
- Enrique Calvo Aranda
- Teresa Navío Marco
- Alejandro Prada Ojeda
- Luis Rodríguez Rodríguez
- Marta Valero Expósito

Editorial

La Sociedad de hoy

Vamos a celebra el XIX congreso de nuestra sociedad. En estos casi veinte años en diciembre, el jueves y viernes posterior al puente de la Constitución se ha convertido en la fecha, que muchos reservamos, para encontrarnos con nuestros compañeros de profesión y amigos en Madrid. Algunos reumatólogos formados en Madrid y que actualmente residen en otras comunidades, son asistentes asiduos al congreso de SORCOM y siempre son bienvenidos. Es un lujo tener una sociedad científica que es capaz de reunir, año tras año, a más de 200 reumatólogos en este evento. En nuestro congreso, nuestros residentes tienen sus primeras experiencias como ponentes, exponen sus primeros trabajos de la especialidad y lo que no es menos importante, establecen vínculos personales y profesionales con sus compañeros, en definitiva se generan relaciones de amistad que creo que nos hacen ser una sociedad SORCOM especial. Son muchos los socios que trabajan para ella de forma desinteresada. Son muchos ya los socios que han pertenecido a su junta en algún momento y que han dado muchas horas de su tiempo para que siga con su línea de formación de residentes y de generar proyectos de colaboración entre diferentes servicios de la comunidad de Madrid.

En estos dos últimos años, que coinciden con mi presidencia, hemos iniciado una nueva actividad, becar a los socios en proyectos de investigación y/o estancias de formación en centros de excelencia. En 2014 las becas SORCOM-MSD en su primera edición y en 2015 la segunda, con tres categorías a proyectos de reumatólogos con más de 10 años de experiencia, con menos de 10 años y residentes. Por otro lado, en la asamblea del año pasado se decidió no pasaran las ganancias obtenidas al fondo social y convocar de forma extraordinaria una beca de 10.000 € para un solo proyecto de investigación. A estas convocatorias se han presentado trabajos de alto nivel y desgraciadamente solo podemos conceder una beca en cada categoría. Hemos puesto de manifiesto que en nuestra comunidad hay muchas ideas y proyectos de socios que nos gustaría poder apoyar desde SORCOM. La idea de independencia de esta sociedad en sus actividades científicas, abre un nuevo horizonte de trabajo para conseguir financiación y poder patrocinar proyectos de investigación básica o clínica, también independientes. Por ahora los evaluadores de estas becas hemos sido los miembros de la junta, pero quizás un comité evaluador externo se puede plantear en un futuro.

El congreso anual es nuestra actividad estrella. En los tiempos que corren, hemos apostado por mantener la calidad y la independencia del programa. Esta apuesta nos pone aun más difícil el conseguir financiación. Por eso este año hemos tenido que buscar una nueva ubicación para celebrar el evento, con un presupuesto más ajustado que otros años. Desde la junta estamos muy contentos con el espacio y las prestaciones que nos brinda la sede del Comité Olímpico Español. Esperamos que esta percepción que tenemos nosotros sea también la de la mayoría de los socios y de ser así, intentaremos que esta sede pueda tener continuidad en el futuro. Cada año, al elaborar el

programa, nos proponemos tratar temas poco habituales invitando a otros especialistas para que nos den un punto de vista diferente y este año tenemos varios ejemplos: un deportista, un experto en enfermedades infecciosas, un radiólogo, la presidenta de la Sociedad Española de Ondas de Choque y un radioterapeuta. Tratamos los temas de mayor actualidad, como este año con los biosimilares. El Dr. Martín Mola nos propuso hacer una encuesta para recoger las opiniones del colectivo de reumatólogos de nuestra comunidad que presenta en su ponencia. Siempre tratamos de encontrar un tema para debate, no siempre es fácil y este año hemos elegido la "Espondilitis no radiológica" esperando acertar. Hemos intentado hacer un programa que sea del interés de todos y nos son de mucha utilidad las opiniones de los asistentes a las ponencias contestando a las encuestas para poder luego evaluar los resultados.

Lo mejor de SORCOM sus socios. Para mí ha sido un placer haber podido trabajar para ellos estos dos años de Presidencia.

Ana Cruz Valenciano
Presidenta de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid

Comunicaciones orales

Comunicación 01

ÍNDICE DE ACTIVIDAD COMPUESTO EN UVEÍTIS (UVEDAI)

Alejandro Gómez Gómez, E. Pato, Mª A. Martin-Martinez, A. Castelló, R. Méndez-Fernandez, S. Muñoz-Fernández, M. Cordero-Coma, L. Martinez-Costa, E. Valls, M. Reyes, F. Francisco, M. Esteban, A. Fonollosa, F. Sanchez-Alonso, C. Fernández-Espartero, T. Diaz-Valle, JM. Carrasco, E. Beltran-Catalán, M. Hernández-Garfella, Mª V. Hernández, L. Pelegrin, R. Blanco, D. Diaz-Valle.
Hospital Clínico San Carlos, Madrid. C/Profesor Martín Lagos, S/N, 28040 Madrid.

Objetivos: En la valoración de las uveítis no disponemos de medidas de valoración estandarizadas y validadas, lo que dificulta la comparación de eficacia y respuesta al tratamiento de los distintos fármacos. El propósito del estudio es desarrollar un índice de actividad de la enfermedad para pacientes con uveítis, y determinar su capacidad discriminativa para clasificar los pacientes según su nivel de actividad.

Métodos: Estudio observacional transversal multricéntrico. Se miden 7 dimensiones y 14 items acordados por expertos mediante técnica Delphi (dos rondas). Las dimensiones son: agudeza visual, inflamación en cámara anterior, cavidad vítrea y del segmento posterior, edema macular uveítico y valoración global tanto del paciente como del médico. En el estudio participaron 9 hospitales españoles con unidad de uveítis. Se incluyeron en el estudio pacientes con uveítis, a partir de 5 años de edad y con actividad inflamatoria en el momento de la visita. Se definió la actividad inflamatoria uveítica como cualquier inflamación intraocular, y fue categorizada como leve, moderada y severa. Se utilizó un modelo de regresión logístico ordinal cuya variables dependiente era la actividad inflamatoria. La precisión a la hora de clasificar al paciente en cada categoría fue evaluada mediante áreas bajo la curva, una para la discriminación de leve frente a moderada y severa y otra para la discriminación de leve y moderada frente a severa.

Resultados: Se incluyeron 195 pacientes, 54% de ellos mujeres, y la edad media fue de 45.8±16.1 años. El modelo de regresión mostró que la uveítis fue más severa en pacientes con un número elevado de células en cámara anterior (OR 4 células vs. 0 células=27,85; 85;95%, IC=3.42;226.75), alto grado de turbidez vítrea (OR grave vs ausente=3.95;95%, IC=1.40;11.16), edema macular por encima de 315 micras (OR >315 vs ≤ 315=3.58;95%, IC=1.56;8.21), persistencia de envainamiento vascular (OR sí vs no=4.43;95%, IC=1.71;11.53), mayor valoración de actividad por parte del paciente (OR por cada aumento de unidad =1.23; 95%, IC=1.09;1.39), presencia de papilitis (OR si vs no=4.05;95%, IC=1.18;13.92) y número elevado de lesiones coroideas o retinales (OR≥6 vs 0=4.99;95%, IC=1.08;23.01).

Conclusiones: UVEDAI es el primer índice compuesto ocular que evalúa y clasifica la actividad inflamatoria ocular global con alto poder discriminatorio. Es un índice fácil de utilizar, porque las variables empleadas son las utilizadas en la práctica clínica habitual para la evaluación de la uveítis.

Comunicación 02

EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA INMUNOGÉNICA A LAS VACUNAS EN PACIENTES CON DISTINTAS TERAPIAS BIOLÓGICAS: DATOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO RIER

P. Richi[1], MD. Martín[2], J. Yuste[3], T. Navío[4], L. Cebrian[4], L. Lojo[4], L. González[5], M. Salido[6], P. Castro[6], A. Jiménez1, J. Llorente[1], C. García[1], C. Saa[1], IJ Thuissard[7], D. Sanz[7], Santiago Muñoz-Fernández[1].
Hospital Universitario Infanta Sofía[1].Av de Europa 34. San Sebastián de los Reyes. 28702 Madrid[1]. Laboratorio BR Salud[2]. Centro Nacional de Microbiología Instituto Carlos III[3]. Hospital Universitario Infanta Leonor[4]. Hospital Universitario del Tajo[5]. Hospital Universitario Infanta Cristina[6]. Escuela de Doctorado e Investigación Universidad Europea de Madrid[7]

Introducción: Los pacientes con enfermedades reumáticas en tratamiento biológico, presentan mayor susceptibilidad a sufrir infecciones, por ello hay unas recomendaciones vacunales establecidas. Sin embargo, la eficacia de las vacunas en estos pacientes es incierta y parece estar afectada por los distintos tipos de tratamientos empleados.

Objetivos: Evaluar la respuesta a las distintas vacunas frente al virus de la Influenza (Influ) A y B, virus de la hepatitis B (VHB) y neumococo en pacientes en tratamiento con los distintos fármacos biológicos.

Material y métodos: Estudio multicéntrico en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico de artropatía inflamatoria, espondiloartritis, psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal o distintas enfermedades autoinmunes, que estaban recibiendo o iban a iniciar tratamiento biológico.
Se midieron por ELISA los anticuerpos (Ac) IgG frente a Influ A e Influ B y se consideró buena respuesta cuando se multiplicó por cuatro el valor basal. Se determinó por ELISA, la presencia de AcHBs, considerando positivo el título superior a

10mUI/ml. Se utilizaron técnicas de medición de la capacidad y se consideró buena respuesta a la vacuna de neumococo cuando se consiguió una capacidad bactericida superior al 50% contra al menos 2 de los antígenos capsulares.

Resultados: se incluyeron 280 pacientes de los hospitales participantes de la CM, 167 mujeres (59,6%), con una edad media de 49,5+/-13,2 años. El 35% de los pacientes tenían Artritis Reumatoide, el 33,9% Espondiloartritis, el 16,8% Artropatía Psoriásica, el 5,4% Psoriasis, el 2,9% enfermedad inflamatoria intestinal y el 6% tenían en otros diagnósticos. El 84 % de los pacientes recibían antiTNF alfa, siendo el más frecuente el adalimumab (30,4%). El 8,9% estaba en tratamiento con Rituximab, el 5% con tocilizumab, el 1,4% con abatacept y el 1,4% con otros biológicos. El 45,4% de los enfermos tomaban, además, FAMEs, siendo el más frecuente el metotrexate (77,25%). Solo el 17,4 % recibía corticoides. La respuesta óptima a la vacuna de la gripe se alcanzó en el 2,25% en el caso de la A y en el 5,7% en el de la B, aunque la mayor parte de los pacientes si tenían Ac detectables. En el 49% y 34% de los pacientes se consiguió una buena respuesta a la vacuna contra el neumococo y la hepatitis B respectivamente. Debido a las tasas tan bajas de respuesta no se han podido analizar diferencias entre los distintos fármacos, predictores de la mala respuesta a las vacunas o si hay diferencias en función del tiempo de tratamiento.

Conclusión: en los pacientes que reciben tratamiento biológico la respuesta a la vacuna de la gripe y a la hepatitis B es muy inferior a la esperada. Se necesitan análisis comparativos con grupos de pacientes sin biológicos y con individuos sanos para poder valorar la eficacia real de las vacunas. La vacuna contra el neumococo consigue una buena respuesta en casi la mitad de los pacientes por lo que se debe insistir en su administración en esta población.

Comunicación 03

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL REGISTRO MULTICÉNTRICO DE MIOPATÍAS INFLAMATORIAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID (REMICAM)

Laura Nuño, H.U.La Paz. Francisco Javier López-Longo, H.G.U. Gregorio Marañón. Paloma García-De la Peña, H.U.Madrid Norte Sanchinarro. Henry Moruno, H.U.Príncipe de Asturias. Irene Llorente, H.U.La Princesa. Valentina Maldonado; Carmen Larena, H.U.Ramón y Cajal. María Carmen Barbadillo, H.U.Puerta de Hierro. Tatiana Cobo, H.U.Infanta Sofía. Raquel Almodóvar H.U.Fundación Alcorcón. Leticia Lojo, H.Infanta Leonor. Lucía Ruiz, H.Infantil Niño Jesús. Beatriz Joven, H.U. Doce de Octubre. María Jesús García de Yébenes, Instituto de Salud Musculoesquelética.

Objetivos: Analizar las características clínicas y la supervivencia de una serie de pacientes con miopatía inflamatoria idiopática (MII) en servicios de Reumatología de la Comunidad de Madrid.

Métodos: Estudio longitudinal observacional retrospectivo y multicéntrico de una cohorte de pacientes con diagnóstico de MII entre Enero de 1980 y Diciembre de 2014.

Resultados: Se han recogido 481 pacientes seguidos en 12 centros hospitalarios. La mayoría son mujeres (74%), con una edad media al diagnóstico de 43,5±22,8 y un tiempo de evolución entre el inicio de los síntomas y la última visita de 9,7±8,3 años. Las miopatías se reagruparon en cinco categorías fundamentales: Polimiositis (PM) idiopática (30%), Dermatomiositis (DM) idiopática (22%), PM/DM juvenil (18%), PM/DM más enfermedad del colágeno vascular (21%), PM/DM asociada a neoplasia (9%). Los anticuerpos más frecuentes fueron anti-Jo1 (16%) y anti-RNP (11%). Las principales manifestaciones clínicas fueron las musculares (97%), cutáneas (63%), artritis (42%), sistémicas (39%), pulmonares y digestivas (33% cada una). El 54% de los casos presentaban algún factor de riesgo cardiovascular (HTA, diabetes, dislipemia o tabaquismo actual). Durante el periodo de estudio se produjeron un total de 113 fallecimientos (24%), siendo las principales causas las infecciones, el cáncer y los eventos cardiovasculares. Excluyendo las PM/DM paraneoplásicas, la categoría con peor pronóstico fue la PM/DM asociada a conectivopatía (38% exitus; p<0,0001).
Conclusiones: En el registro REMICAM se han reclutado 481 casos de miopatías, con un 52% de formas primarias. Fallecieron el 24% de los pacientes, principalmente debido a infecciones y eventos cardiovasculares, con peor pronóstico en las formas asociadas a otras conectivopatías.

*El presente trabajo ha recibido una beca SORCOM-MSD.

Comunicación 04

INFLUENCIA DE LA OPTIMIZACIÓN DE TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA EN LA INMUNOGENICIDAD EN UNA COHORTE DE ESPONDILOARTRITIS EN REMISIÓN Y BAJA ACTIVIDAD CLÍNICA

I. Monjo Henry[1], C. Plasencia[1], D. Pascual-Salcedo[2], B. Paredes[1], A.Pieren[1], C. Tornero[1], E. Moral[1], G. Bonilla[1], L. Nuño[1], D. Peiteado[1], A. Villalba[1], T. Jurado[2], C. Diego[2], J. Díez[3], E. Martin Mola[1], A. Balsa[1].
[1]Servicio de Reumatología; [2]Unidad de Inmunología; [3]Servicio de Bioestadística. Hospital La Paz-Idipaz. Madrid

Objetivos: Investigar la influencia de la estrategia de optimización de inhibidores del TNF (reducir dosis o alargar el intervalo de administración) en una cohorte de pacientes con espondiloartritis (EspA) en baja actividad o remisión, la aparición de ADA, niveles de fármaco libre y brotes.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes con EspA en tratamiento con antiTNF: Infliximab (Ifx), Adalimumab (Ada), Etanercept (Etn) y Golimumab (Gol) en estrategia de optimización. De los 148 pacientes con EspA optimizados, se incluyeron los que estaban con el primer tratamiento biológico y fueron optimizados después de ≥6 meses de remisión clínica o baja actividad (medida por BASDAI < 4 junto con PCR normal y/o Delta-BASDAI≥2). Se definió brote como BASDAI ≥ 4 asociado a PCR elevada (> 5mg/L) y/o Delta-BASDAI ≥2. Se midió la actividad clínica (BASDAI, ASDAS), datos serológicos (PCR) de actividad de la enfermedad, niveles de fármaco y de ADA en visitas en el momento basal, pre-optimización (visita-pre) y visita final postoptimización con tiempo de seguimiento máximo de 2 años (visita-pos).

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes, 44 varones (71%) y 18 mujeres (29%). El 82,2% eran HLA B27 positivo. Los diagnósticos fueron: Espondilitis anquilosante 32 pacientes (51,6%), Artritis psoriásica 18 (29%), EspA asociada a EII 5 (8,1%), EspA axial no radiológica 7(11,3%). Veinte pacientes (32,3%) estaban en tratamiento con Ifx, 18 (29%) con Ada, 19 (30,6%) con Etn y 5 (8,1%) con Gol. No hubo diferencias significativas en el índice ASDAS (p=0,219), BASDAI (p=0,271) y la PCR (p=0,051) entre la visita-pre y la visita-pos. Durante el seguimiento, sólo en 9 pacientes (14,5%) se registraron brotes. Nueve (14,52%) de los pacientes desarrollaron ADA en algún momento del seguimiento: 5 con Ifx, 3 con Ada y 1 con Gol. Dos pacientes eran ya ADA positivos en la visita-pre, 2 desarrollaron ADA durante el brote en el periodo postoptimización y 7 eran ADA positivos al final del seguimiento. Los pacientes sin fármaco detectable en el momento de los brotes, desarrollaron ADA al final del seguimiento (p=0,035), siendo estadísticamente significativo. Respecto a los FAMES concomitantes, en ninguno de los pacientes tratados con Metotrexato al inicio del biológico se detectó ADA, aunque no alcanzó la significación estadística.

Conclusiones: En pacientes con EspA en baja actividad mantenida, la optimización de tratamiento anti-TNF es una estrategia terapéutica útil y segura, que no parece asociarse con empeoramiento clínico en la mayoría de los pacientes. Pese a la optimización del fármaco, sólo un pequeño número de pacientes desarrollaron ADA. El uso concomitante de Metotrexato sugiere un efecto protector al desarrollo de ADA, por lo que puede plantearse como una opción útil en pacientes optimizados.

Comunicación 05

CAPACIDAD DE LOS BOSQUES ALEATORIOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE BIOMARCADORES INFLUYENTES EN LA ACTIVIDAD Y LA DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON AR

Fernando Salazar González[1], Eduardo Soudah[1], Miguel Cerrolaza[1], Lydia Abásolo Alcázar[2], Juan Ángel Jover[2], Luis Rodríguez[2], Esther Toledano[2], Ana Ortiz[3], Amalia Lamana[3], Alejandro Balsa[4], Isidoro González Álvaro[3]
[1]Centro Internacional de Métodos Numéricos en Ingeniería (CIMNE), Pº Gral. Martínez Campos 41, 28010 Madrid. [2]Hospital Clínico San Carlos, Madrid. C/Profesor Martín Lagos S/N, 28040 Madrid. [3]Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de La Princesa, IIS-IP. C/ Diego de León 62, 28006 Madrid. [4]Hospital Universitario de La Paz, Pº de la Castellana, 261, 28046 Madrid

Introducción: Las técnicas de inteligencia artificial pueden ser de utilidad en la identificación de factores pronósticos en biomedicina y, por tanto, contribuir al desarrollo de sistemas de apoyo a la toma de decisiones (SAD) que ayudarían a los médicos en la práctica clínica diaria en un entorno cada vez más complejo. Los bosques aleatorios son una técnica de inteligencia artificial no paramétrica que permite identificar automáticamente qué covariables influyen más en el resultado (Díaz-Uriarte y De Andrés, 2006), así como la forma en que lo hacen, aunque no proporcionan niveles de significación estadística. En su lugar los bosques aleatorios proporcionan una jerarquización de las variables explicativas en relación con la variable explicada.

Objetivo: Explorar la capacidad de los bosques aleatorios para identificar asociaciones entre biomarcadores y evolución de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide en comparación con un análisis multivariante convencional.

Métodos: Se han utilizado los datos del estudio publicado por Lamana et al (DOI: 10.1371/journal. pone.0043661) en el que se describe cómo diferentes factores sociodemográficos, de la enfermedad o genéticos (epítopo compartido, genotipo de rs7574865 en STAT4 o de rs2476601 en PTPN22) influyen sobre el curso evolutivo del DAS28 y el HAQ. Se trata de una

cohorte de 640 pacientes con artritis de reciente comienzo pertenecientes a los hospitales La Paz y La Princesa con seguimiento semestral durante dos años. El análisis actual se ha realizado mediante la construcción de modelos basados en bosques aleatorios según descripción de Breiman en 2001 (DOI: 10.1023/A:1010933404324) que relacionan las variables independientes con las variables dependientes DAS28 y HAQ.

Resultados: El análisis mediante bosques aleatorios pusó de manifiesto que el DAS28 mejoró a lo largo del seguimiento (variable visita) como variable más relevante. La jerarquización de variables que inciden en el DAS28 fue: edad al inicio de la enfermedad, presencia de anti-CCP, cumplir criterios de AR de 1987, tiempo de evolución de síntomas hasta la primera visita, hospital, hábito tabáquico, género, genotipo de rs7574865 (STAT4), factor reumatoide, presencia de epítopo compartido y genotipo de rs2476601 (PTPN22). El modelo multivariable convencional solo detectó como significativamente asociadas a evolución del DAS28 sin poder establecer una jerarquía de relevancia: edad, sexo, criterios de AR, anti-CCP, hospital, rs7574865 y rs2476601. Se obtuvieron resultados similares para HAQ

Conclusiones: Los bosques aleatorios pueden ser una herramienta útil para comprobar la influencia de covariables, ya sean genéticas o de cualquier otro tipo, en indicadores de evolución o actividad de la AR. Tienen la ventaja de no requerir análisis pormenorizados para ajustar por posibles variables de confusión, como en los modelos estadísticos convencionales. El inconveniente principal es la ausencia de un criterio comúnmente aceptado para determinar si los resultados son estadísticamente significativos, lo que puede limitar su aplicación en cohortes reducidas.

Comunicación 06

SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO DE LOS FÁRMACOS INMUNOSUPRESORES EN PACIENTES CON UVEÍTIS

Alejandro Gómez Gómez, Zulema Rosales Rosado, Dalifer Freites Núñez, Lucía Arietti López, Cynthia León Cárdenas, Pedro Arriola Villalobos, Luis Rodríguez Rodríguez, Esperanza Pato Cour. Hospital Clínico San Carlos, Madrid. C/Profesor Martín Lagos, S/N, 28040 Madrid.

Objetivo: Evaluar en práctica clínica habitual la supervivencia a largo plazo de los fármacos inmunosupresores (ISs) en pacientes diagnosticados de uveítis. Se estudiaron también los factores asociados a suspensión.

Métodos: Estudio observacional longitudinal en pacientes con uveítis en tratamiento con ISs desde 1989 a 2014. El endpoint primario fue la suspensión del IS por mejoría clínica, ineficacia, evento adverso farmacológico (EA) y otras causas. Se estimó la tasa de suspensión por 100 pacientes-año. Se analizaron las variables asociadas a suspensión por todas las causas y por cada causa específica mediante modelos de regresión de Cox bivariados y multivariados.

Resultados: Se incluyeron 104 pacientes con 207 cursos de ISs (607.2 pacientes-año). Los ISs más frecuentemente utilizados fueron ciclosporina [62 pacientes (59.6%)], metotrexato [46 (44.2%)], azatioprina [36 (34.6%)] e infliximab [25 (24.0%)]. El tratamiento se suspendió en 124 casos (IR 20.4 con intervalo de confianza del 95% [17.1-24.4]). Tras 1 y 10 años, el porcetaje de pacientes que seguía en tratamiento con ISs fue del 72% y del 16%, respectivamente.

La tasa de suspensión por mejoría clínica, ineficacia y EA fue de 10.4 [7.8-13.8], 6.5 [4.4-9.5], y 7.2 [4.9-10.5], respectivamente. La tasa de suspensión por todas las causas para ciclosporina, metotrexato, azatioprina, y anti-TNF fue de 21.1 [15.9-28.1], 11.5 [7.8-16.9], 18.3 [12.5-26.9], y 24.1 [16.0-36.3], respectivamente. En el análisis multivariado, la terapia combinada (uso simultaneo de 2 o más fármacos) se asoció con una mayor tasa de suspensión, independientemente de la causa. Los cursos de tratamiento iniciados en años más recientes, comparados con los comenzados previamente, se asociaron de forma independiente a una mayor tasa de suspensión por mejoría clínica y a una menor tasa de suspensión por EAs. Una mayor edad del paciente se asoció también a una mayor tasa de suspensión por EAs.

Conclusiones: La supervivencia de los ISs en pacientes con uveítis seguidos en práctica clínica habitual es baja, sobre todo debido a mejoría clínica de la uveítis y a EAs. El metotrexato presentó la tasa de suspensión más baja y los anti-TNF la más alta. En los últimos años se observó una menor tasa de suspensión debida a EAs y una mayor tasa de suspensión debida a mejoría clínica.

Comunicación 07

INFLUENCIA DE LA INMUNOGENICIDAD DE LA TERAPIA ANTI-TNF EN LA EFICACIA DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS A LARGO PLAZO CON INFLIXIMAB, ADALIMUBAB, ETANERCEPT Y GOLIMUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

Enrique Moral[1], C. Plasencia[1], D. Pascual-Salcedo[2], C.Tornero[1], I. Monjo[1], A. Pieren[1], B. Paredes[1], G. Bonilla[1], L. Nuño[1], A. Villalba[1], D. Peiteado[1], S. Ramiro[2], T. Jurado[2], J. Diez[3], E. Martín-Mola[1], A Balsa[1].
Departamento de Reumatología e Inmunología Hospital La Paz. Paseo de la Castellana 261, 28046. Madrid. España.

Objetivos: Evaluar la asociación entre el desarrollo de ADA con la eficacia clínica, parámetros analíticos y tratamiento con metotrexato (MTX) en una cohorte de pacientes con artritis psoriásica (Aps) en terapia con infliximab (Ifx), adalimumab (Ada), etanercept (Etn) o golimumab (Goli) como primer anti-TNF.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo en una cohorte longitudinal y prospectiva en el que se reclutaron 67 pacientes con Aps periférica en tratamiento anti-TNF de la Unidad de Biológicos del Hospital la Paz. Se evaluó la actividad clínica y analítica mediante el DAS28, NAD, NAT y PCR en el momento basal, a los 6 meses y la visita final (última visita disponible de cada paciente en tratamiento anti-TNF). Los niveles séricos de fármaco y ADA se midieron en el momento previo a cada administración mediante ELISA. El estudio estadístico se realizó mediante el SPSS versión 20.0 y para la visita final se usó un análisis LOCF.

Resultados: De los 70 pacientes con APs, 36 (51,4%) fueron mujeres y 34 (48,6) hombres, de los cuales 25 (35,7%) fueron tratados con Ifx, 15 (21,4%) con Ada, 24 (34,2%) con Etn y 6 (8,5%) con Goli. La duración media del tratamiento fue de 6,5±4,3 años para el Ifx, 3,5±2,4 para el Ada, 6,2±2,8 para el Etn y 2±1 para el Goli ($p<0,01$), de modo que el tiempo medio global en tratamiento biológico fue de 5,5±3,6 años. Del total de pacientes, 10 (14,3%) estuvieron en monoterapia con anti-TNF y 45 (64,3%) asociados a FAMEs clásicos, 29 (41,4%) de los cuales recibieron únicamente metotrexato (Mtx). Se detectó ADA en 6 (8,5%) pacientes (4 con Ifx y 2 con Ada) y las determinaciones de ADA fueron negativas en pacientes tratados con Etn o Goli. En el caso de Ifx, 3 (75%) pacientes desarrollaron ADA en los primeros 6 meses y 1 (25%) paciente a los 2 años. Para el tratamiento con Ada, 1 (50%) paciente desarrolló ADA al año y 1 (50%) paciente a los 3 años. El desarrollo de ADA fue más frecuente en los pacientes que no asociaron Mtx (16,6%) en comparación con los que recibieron tratamiento concomitante con dicho FAME (4,4%). Entre los que desarrollaron ADA, se encontró una correlación significativa con niveles bajos de fármaco y las cifras de DAS28/ASDAS alcanzaron valores más elevados en todos los momentos estudiados en dicho grupo ($p<0.05$). Los pacientes ADA negativos alcanzaron remisión o baja actividad con mayor frecuencia que los ADA positivos y la tasa de abandono también fue menor para este primer grupo: de los que desarrollaron ADA, 4 (66,6%) suspendieron el tratamiento frente a 12 (23%) de los ADA negativos ($p=0,046$).

Conclusiones: La presencia de ADA se asocia con peor control de la actividad de la enfermedad. En nuestra cohorte de pacientes con APs tratada con anti-TNF, la incidencia de ADA fue poco frecuente y se observó, únicamente, en los pacientes tratados con Ifx o Ada. La terapia concomitante con Mtx parece disminuir el desarrollo de inmunogenicidad en estos pacientes.

Comunicación 08

FUNCIONAMIENTO DEL ALGORITMO DETECT PARA LA DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Otto Olivas[1], Beatriz Joven[1], Belén Díaz-Antón[2], Carmen Jiménez[2], Maria Martin[1], Pilar Escribano[2], Estibaliz Loza[3], Patricia E Carreira[1,2]
[1]Servicio de Reumatologia. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Spain, [2]Unidad Multidisciplinar de Hipertensión Pulmonar. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid [3]Instituto de Salud Músculoesquelética, Madrid. Dirección postal 28041

Objetivo: Analizar la utilidad del algoritmo DETECT para la predicción de hipertensión pulmonar (HP) e Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) en nuestros pacientes con esclerosis sistémica (ES).

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes con ES a los que se les había realizado un Cateterismo Cardiaco Derecho (CCD) entre 1998 y 2005, y que además tenían un ecocardiograma realizado en los 3 meses previos. A todos se les aplicó el protocol DETECT de forma retrospectiva. Se calcularon las curvas ROC (Receiver Operating Characteristic) y las áreas bajo la curva (AUC) para la capacidad del protocolo DETECT para identificar a los pacientes con HP y HAP. Las asociaciones de los datos clínicos y hemodinámicos con la puntuación obtenida en el DETECT, así como la disparidad entre el diagnóstico de HP o HAP en el CCD y la positividad del algoritmo DETECT se analizaron mediante regresión logística binaria uni y multivariante.

Resultados: Se incluyeron 78 pacientes (82% mujeres, 76% ES limitada, 58±14 años). La duración media de la enfermedad desde la primera manifestación diferente del Raynaud era de 11±7 años, y desde el primer síntoma de ES, incluido el

Raynaud de 15±11 años. El CCD confirmó la presencia de HP en 65 (83%) pacientes, de los que 49 (63%) tenían HAP. Las curvas ROC mostraban una elevada capacidad de discriminación del algoritmo DETECT para la predicción de HP y HAP, con AUC de 0,933 y 0,864 respectivamente. Había disparidad entre la presencia de HP en el CCD y la positividad del DETECT en 11 pacientes. Solo una, con una miocardiopatía (MC) hipertrófica grave e HP secundaria tenía un DETECT negativo. Los otros 10 pacientes, 6 con cardiopatía (3 valvulopatía, 3 MC por ES) tenían un DETECT positivo, pero no presentaban HP en el CCD. Quince pacientes tenían HP de otras causas (7 con presión capilar pulmonar >15mmHg -1 valvulopatía, 2 MC hipertensiva, 4 MC por ES-, y 12 por fibrosis pulmonar (FP)). La disparidad entre la presencia de HP en el CCD y la positividad del DETECT se asociaba con una puntuación DETECT menor (p=.007), cualquier cardiopatía (p=.001), ausencia de desviación del eje cardiaco a la derecha (p=.014) y menor velocidad del jet tricuspídeo (TJV)(p=.006). La disparidad entre la presencia de HAP en el CCD y la positividad del DETECT se asociaba con menor puntuación DETECT (p<.0001), sexo masculino (p=.002), enfermedad difusa (p=.002), FP (p<.0001), cardiopatía (p<.0001), ausencia de ACA (p<.0001) y eje cardiaco derecho (p=.04), menor TJV (p<. 0001) y menor ácido úrico (p=.02). En el análisis multivariante solo un menor TJV permanece asociado con la disparidad entre la presencia de HP y el DETECT, y la valvulopatía (p=.011) y la FP (p<.0001) con la disparidad entre la presencia de HAP y el DETECT. Los resultados fueron similares cuando se analizaron solo los 38 pacientes que hubieran sido incluidos en el estudio DETECT inicial (duración de la enfermedad >3 a y DLCO<60%), o los 32 pacientes que no hubieran sido incluidos en el estudio DETECT inicial (duración de la enfermedad <3 a o DLCO>60%).

Conclusiones: El algoritmo DETECT funciona muy bien en la práctica clínica habitual, para la detección de la HAP y también de la HP de otras causas, en pacientes con ES, con independencia de la duración de la enfermedad o el nivel de DLCO. Nuestros resultados sugieren que el algoritmo no funciona tan bien en pacientes con cardiopatía estructural.

(1) Coghlan JG, Denton CP et al. Evidence-based detection of pulmonary arterial hypertension in systemic sclerosis: the DETECT study. ARD 2014;73:1340-9.

Comunicación 09

SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO DE METOTREXATO EN PACIENTES CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

D. Freites; A. Gómez; I. Morado; L. Arietti; C. León; B. Fernández-Gutiérrez; L. Rodriguez-Rodriguez; J. Jover; L. Abásolo.
Servicio de Reumatología, Hospital Clínico San. Fundación de Investigación Biomédica, Hospital Clínico San Carlos. Madrid. C/Profesor Martin Lagos S/N 28040 Madrid

Objetivo: Evaluar la incidencia de suspensiones del MTX y sus causas, en una cohorte de ACG. Analizar los factores que influyen en la supervivencia de esta droga.

Material y métodos: Estudio observacional longitudinal retrospectivo de 20 años de seguimiento. Sujetos: pacientes atendidos en el servicio de Reumatología del Hospital Clínico de San Carlos de Madrid desde enero de 1991 hasta septiembre de 2014 diagnosticados de ACG (CIE 10) y en tratamiento con MTX. Variable principal: suspensión de MTX debida a: a) Ineficacia; b) Evento adverso (EA) (moderado: suspensión del fármaco independientemente de las repercusiones; grave: suspensión por ingreso hospitalario o fallecimiento); c) Decisión del paciente; d) Mejoría clínica o remisión; y e) Otras decisiones del médico. Variables secundarias: a) Sociodemográficas (edad, sexo); b) Clínicas: comorbilidad basal; características del debút de la arteritis y velocidad de sedimentación globular basal (VSG); y c) de tratamiento: dosis de Corticoides y MTX. Análisis estadístico: Las tasas de suspensión de MTX se evaluaron por técnicas de supervivencia, expresándose la incidencia (DI) por 100 pacientes*año con su intervalo de confianza 95 % [IC 95%]. Para el análisis de los factores asociados al riesgo de suspensión del MTX por las diferentes causas se usaron modelos de regresión de Cox.

Resultados: Se incluyeron 138 pacientes con 172 cursos de tratamiento, y un seguimiento de 293,6 pacientes*año. El 79 % eran mujeres con una edad media al diagnóstico de 76,8±7 años. Al diagnóstico, 31% de los pacientes habían tenido algún evento cardiovascular previo y 14,5% clínica previa de polimialgia reumática (PMR). La clínica al diagnóstico más frecuente fue cefalea (88%), síntomas generales (64,5%) y PMR asociada (54%). Se registraron 111 (64%) suspensiones: a) 60 (54%) por EA, de los cuales 16 (14%) fueron EAs graves con 4 exitus. La causa más frecuente de EA fueron las infecciones (60% del total de los EAs, 75% de los graves y 75% de las muertes); b) 27,1 % por Mejoría clínica; c) 6,3 % por Ineficacia; d) 6,3 % Decisión del paciente y e) 6,3 % por Otras decisiones del médico. La supervivencia del MTX en el primer año fue del 70%, en el segundo del 50% y del 17% a los 5 años. La tasa de suspensión fue de 37.8 [31,2 45,5]; la DI por EA de 20,4 [15,8-26,3]; por EA grave de 5,4 [3,3-8,8] y por Exitus de 1,36[0,5-3,6]; por Mejoría de 10,2 [7, 1-14,6] y por Ineficacia de 2,4 [1,1-5]. En el análisis multivariado de suspensión por Ineficacia, el sexo varón, amentaba el riesgo; mientras que la VSG elevada tenía menos riesgo de suspensión. En el modelo final de suspensión por EA, la edad al diagnóstico, EPOC, el debút clínico con alteraciones visuales, claudicación mandibular o manifestaciones cardiovasculares, tuvieron mayor riesgo de suspensión. Los factores que influyeron en la suspensión por Mejoría fueron menos recidivas durante el seguimiento y el ser más joven al inicio de la enfermedad.

Conclusiones: Parece que MTX es seguro y eficaz en el tratamiento a largo plazo de la ACG. Si bien la incidencia de EA es elevada, la mayoría no tienen gran repercusión clínica. Además, hay que tener en cuenta la baja incidencia de suspensiones debidas a la ineficiencia del fármaco y la alta tasa de suspensiones por mejoría de la enfermedad. También hemos encontrado varios factores sociodemográficos y clínicos que pueden modificar la supervivencia MTX.

Comunicación I0

ESCLERODERMIA LOCALIZADA: MANIFESTACIONES EXTRACUTÁNEAS Y ASOCIACIÓN CON OTRAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN UNA SERIE DE 78 CASOS

Walter Alberto Sifuentes Giraldo[1], Cristina Sobrino Grande[1], Lourdes Villalobos Sánchez[1], Adela Alia Jiménez[1], Elena de las de las Heras Alonso[2], Carlos de La Puente Bujidos[1], María Luz Gámir Gámir[1].
[1]Servicio de Reumatología, [2]Servicio de Dermatología Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra. Colmenar Viejo Km. 9,100, 28034, Madrid

Objetivos: Estudiar la prevalencia de las manifestaciones extra-cutáneas y enfermedades autoinmunes (EA) asociadas en pacientes adultos y pediátricos con diagnóstico de esclerodermia localizada (EL) en un centro español terciario.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de los casos con diagnóstico de EL (confirmada por biopsia), atendidos en nuestro hospital entre enero 1988 y diciembre 2014. Se excluyeron los casos de fascitis eosinofílica (FE) y liquen escleroso y atrófico (LEA) aislados.

Resultados: Se incluyeron un total de 78 casos, con una mediana de edad al diagnóstico de 48 años (rango: 2-81) y una relación mujer:hombre de 3,2:1. Todos eran caucásicos, con inicio en la edad adulta en 61 casos (78,2%) y 17 en la edad pediátrica (21,8%). El promedio de edad de aparición de la EL en niños fue de 10,5 años, mientras que en adultos fue de 51,8 años. La distribución de tipos de EL fue diferente entre estos grupos. En adultos los más frecuentes fueron morfea en placas (47,5%), morfea profunda (16,3%), morfea generalizada (8,2%) y overlap LEA/morfea (8,2%), mientras que en niños fueron morfea lineal (35,3%), morfea en placas (35,3%), y morfea profunda (11,8%). En 3 adultos las lesiones de morfea ocurrieron concomitantemente con FE (2 morfea profunda, 1 en placas) y había antecedente de neoplasias en 7 casos, síndrome tóxico por aceite de colza 2 casos e infección por Borrelia 1 caso. Un paciente pediátrico tenía antecedente de púrpura de Schönlein-Henoch. Del total de pacientes, 41 de ellos (52,6%) tenían una o más manifestaciones extra-cutáneas, siendo más frecuentes las gastrointestinales (39%), oculares (31%), osteoarticulares (22%), sistema nervioso central (22%), sistema nervioso periférico (20%), síntomas constitucionales (17%), orales (17%) y respiratorios (7%). Estas manifestaciones fueron más frecuentes en adultos (59%) que en niños (29,4%). Se analizaron los ANA en 24 casos siendo positivos en 17 de ellos (70,1%), 5 pacientes presentaban además positividad para factor reumatoide, 6 anti-TPO, 1 anti-centrómero, 1 anti-DNA y 1 anti-DNA/anti-Ro/anti-Sm/anti-b2 glicoproteína I. Se diagnosticó una o más EA asociadas en 17 casos (21,8%, 16 adultos y 1 niño), correspondiendo a EA tiroidea 8, alopecia areata 3, psoriasis 3, vitíligo 2, trombocitopenia autoinmune 1, artritis reumatoide 1 y lupus eritematoso sistémico 1 (este último caso desarrolló posteriormente un síndrome de activación macrofágica).

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes de nuestra serie presentaron manifestaciones extra-cutáneas, y un porcentaje importante de ellos presentaron autoanticuerpos y EA asociadas, tanto órgano-específicas como sistémicas, similar a lo descrito en otras series. La EL no debería considerarse como una enfermedad necesariamente limitada a la piel, sino como una entidad que potencialmente puede asociarse a afectación sistémica. Estos pacientes deberían ser estudiados más exhaustivamente y seguidos con estrecha colaboración entre el dermatólogo y el reumatólogo.

Pósters

Póster 01

MINFLUENCIA DE LA OPTIMIZACIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN LA INMUNOGENICIDAD EN UNA COHORTE DE ARTRITIS REUMATOIDE EN BAJA ACTIVIDAD

Beatriz Paredes[1], C. Plasencia[1], D. Pascual-Salcedo[2], I. Monjo[1], A. Pieren[1], E. Moral[1], C.Tornero[1], G. Bonilla[1], L. Nuño[1], A. Villalba[1], D. Peiteado[1], S. Ramiro[2], T. Jurado[2], J. Díez[3], E. Martín-Mola[1], A Balsa[1].
[1]Servicio de Reumatología; [2]Unidad de Inmunología; [3]Servicio de Bioestadística. Hospital La Paz-Idipaz. Madrid

Objetivo: Evaluar la influencia de estrategia de optimización de fármaco anti-TNF, aparición de ADA, niveles de fármaco libre y desarrollo de brotes en pacientes con AR.

Métodos: De una cohorte prospectiva de 283 pacientes con AR en tratamiento con Infliximab (Ifx), Adalimumab (Ada) y Etanercept (Etn), se realizó un análisis retrospectivo de 54 pacientes en tratamiento con el primer anti-TNF que se encontraban en baja actividad o remisión (medida por DAS 28<3,2 o <2,6 respectivamente) al menos durante 6 meses y que habían sido optimizados. El DAS28, los niveles de fármaco y de ADA se evaluaron en la visita basal, previo a la optimización (visita-pre) y la última visita disponible en los primeros 2 años de seguimiento (visita-final).

Resultados: 54 pacientes, 77,8% mujeres, de edad media 60,2±12 años. El 79,6% tenían FR y antiCCP positivos. 35 pacientes (64.8%) recibían Metotrexate al inicio del biológico, 25 pacientes (46,3%) otros FAMEs y 23 pacientes (42.6%) prednisona. 27 (50%) pacientes fueron tratados con Ada, 16(29,6%) con Etn y 11(20,4%) con Ifx. No se observaron diferencias significativas en el DAS28 entre la visita-pre y visita-pos con ningún Anti-TNF (p=0,64 Ada, p=0,79 Ifx, p=0,56 Etn). No hubo incremento estadísticamente significativo en los valores de PCR entre la visita pre y pos en ninguno de los 3 anti-TNF. 19 pacientes (35,2%) tuvieron brotes durante el seguimiento (14 presentaron un brote y 5 presentaron 2 brotes). Todos los pacientes eran ADA negativos en la visita-pre, 5 (9,25%) fueron positivos en la visita-pos asociados a un brote de enfermedad y continuaron con ADA al finalizar el seguimiento. En 16 (29,6%) pacientes de los 19 que tuvieron brote, fue necesario acortar el intervalo o aumentar la dosis para controlar la actividad clínica. Se observó un descenso signicativo en los niveles de fármaco entre la visita-pre y visita-pos en los pacientes en tratamiento con Ada y Etn (Ada: media 5127,88±1542,65 DE en visita-pre vs media 1200,29±276,52 DE en visita-pos, p=0,003; Etn: media 2794,46±367,07 DE en visita-pre vs media 1359,38±375,121 DE en visita-pos, p=0,023).

Conclusiones: La optimización parece factible en pacientes con AR en baja actividad en tratamiento anti-TNF, reduciendo la cantidad de fármaco administrado, con baja incidencia de ADA y sin repercusión en marcadores serológicos como la PCR. La aparición de brotes en estos pacientes parece controlarse con modificaciones en su pauta de administración sin necesidad de cambiar o abandonar el tratamiento en la mayoría de los pacientes.

Póster 02

DENSIDAD MINERAL ÓSEA Y DEFORMIDADES MORFOMÉTRICAS VERTEBRALES EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS CON CÁNCER DE MAMA TRATADAS CON INHIBIDORES DE LA AROMATASA

Liudmila Valentina Maldonado Romero[1], María Ahijón Lana[1], Carmen velásquez Arce[1], Walter Alberto Sifuentes Giraldo[1], Noelia Martínez Jáñez[2], Mónica Vázquez Díaz[1]
[1]Servicio de Reumatología, [2]Servicio de Oncología Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra. Colmenar Viejo Km. 9,100, 28034, Madrid.

Objetivos: Determinar la prevalencia de deformidades morfométricas vertebrales (DMV) y analizar la densidad mineral ósea (DMO) en mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama (CM) tratadas con inhibidores de la aromatasa (IH) en un centro español terciario.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio de corte transversal que incluyó 104 mujeres postmenopáusicas con CM tratadas con IH atendidas de forma consecutiva en la consulta monográfica de osteoporosis de nuestro centro, durante el período 2012-2014. Los datos recolectados incluyeron demografía, enfermedad neoplásica y factores de riesgo para osteoporosis. Se obtuvo la absorciometría dual de rayos X (DXA) de columna lumbar (CL) y cuello femoral (CF) y radiografías simples de columna dorsal y lumbar en todos los casos.

Resultados: La edad media de las pacientes fue de 66,8 ± 8,02 años y la mayoría de ellas fueron diagnosticadas de CM en estadios I y II (84%); 63,5% habían recibido previamente quimioterapia. Los IH más comúnmente usado fueron letrozol, anastrozol y exemestano (69,2%, 26% y 4,8%, respectivamente); la media de exposición a IH fue 24,62 ± 11,9 meses (≤ 24 meses 61,2%, > 24 meses 38,8%). La prevalencia global de DMV fue 10,8%. Usando las definiciones de la OMS de 1994, 14

pacientes (13,6%) tenían osteoporosis en CF y 34 (33,3%) en CL. La distribución de osteoporosis en CF en función del grupo etario fue de 50-59 años: 14,28%, 60-69 años : 14,25%, 70-80 años: 21,87%; distribución de osteoporosis en CL fue de: 50-59 años: 33,3%, 60-69 años: 25,5%, 70-80 años: 41,9%. La frecuencia de osteoporosis en CF fue 12,6% en pacientes con IH ≤ 24 meses y 15% en aquellas con IH >24 meses. No hubo asociación estadística entre el tiempo de exposición al IH y la T-score en CF (p=0,4). El uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) y estatinas en nuestra población de estudio fue de 33,7% y 26,9%, respectivamente. No hubo asociación entre la DMO y el uso de dichos fármacos; la media de DMO en CF fue 0,617 g/cm2 en el grupo con IBP y 0,688 g/cm2 sin IBP (p=0,42), y de 0,666 g/cm2 y 0,688 g/cm2 en los grupos con y sin estatinas, respectivamente (p=0,33).

Conclusiones: La prevalencia de DMV en este estudio fue de 10,8%, similar a la prevalencia europea en mujeres sanas con edad > 50 años. La frecuencia de osteoporosis en pacientes con IH en el grupo de 50-59 años es mayor que la de la población de mujeres españolas sanas del mismo rango de edad (14,28% vs. 1,3% en CF, 33,3% vs. 9,09% en CL). Una DMO más baja fue evidente en el grupo de 70-80 años, pero similar al de la población española sana del mismo grupo etario. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la DMO baja y el tiempo de exposición a IH o el uso concomitante de estatinas o IBP.

Póster 03

COMPARACION ENTRE LA ADMINISTRACION DE DICLOFENACO TRANSDERMICO Y LA INFILTRACION EN PACIENTES CON TENDINITIS DE D´QUERVAIN SIN SINOVITIS

Carlos Guillén Astete, María Terán Tinedo
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal

Introduccion: En estudios previos hemos observado que la ausencia de derrame sinovial en el primer compartimento de los extensores del carpo se asocia a una respuesta favorable al uso de diclofenaco transdérmico (parche) en pacientes con tendinitis de D´Quervain (TDQ). El propósito del presente estudio es comparar el beneficio de dicho tratamiento con las infiltraciones de corticoesteroides en este tipo de patología demostrada por ecografía.

Material y método: Estudio transversal comparativo de dos grupos de pacientes tratados en dos periodos distintos de tiempo. Ambos grupos estuvieron constituidos por pacientes diagnosticados clínicamente de TDQ y confirmación ecográfica demostrando engrosamiento del aductor largo y/o del extensor corto del primer dedo. Todos los pacientes habían sido previamente tratados con AINEs a dosis plenas por un periodo no menor a 7 días sin respuesta terapéutica significativa. La presencia de derrame sinovial o su ausencia fue el criterio de agrupación. La decisión de tratar con infiltraciones de corticoides (Triamcinolona 40mg + Mepivacaina 2% 0.5ml) o con diclofenaco transdérmico (140mg/12 horas) fue basada en la práctica clínica habitual. El seguimiento se realizó por medio de la ficha de seguimiento evolutivo URMES-Primaria a 7 días.

Resultados: 87 pacientes con diagnóstico clínico y ecográfico de TDQ fueron valorados entre 2013 y 2014: 42 presentaron tendinosis asociada a sinovitis y 45 presentaron tendinosis sin sinovitis. Todos los pacientes fueron tratados con ferulización inmovilizadora del primer dedo en posición fisiológica.

	Tendinosis + Sinovitis		Tendinosis sin sinovitis	
	Diclofenaco Transdérmico N=22	Infiltración N=20	Diclofenaco Transdérmico N=19	Infiltración N=26
EVA dolor basal (media ± DE)	6.5 ± 2.9	6.3 ± 3.0	6.2 ± 2.8	5.8 ± 3.1
EVA dolor 7 días	4.7 ± 2.1	4.4 ± 3.4	4.8 ± 3.0	4.6 ± 2.9
Variación EVA dolor al 7º día	-1.8	-1.9	-1.4	-1.2
Reducción EVA dolor 7º día	-27.6%	-30.1%	-22.5%	-20.6%
Acontecimientos adversos	0	0	1 (alergia local)	0

La tabla 1 resume los resultados de las valoraciones realizadas en el momento basal, a los 7 días y la gradiente de modificación de la intensidad del dolor medida mediante una escala visual analógica (EVA) del dolor. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes tratados con infiltraciones de corticoesteroides o diclofenaco transdérmico tanto en el grupo de TDQ con sinovitis o sin sinovitis.

Conclusion: A corto plazo, la administración de diclofenaco transdérmico parece ser comparable a la realización de infiltraciones en términos de reducción de la intensidad del dolor. Aunque nuestro tamaño muestral es pequeño y nuestro diseño es retrospectivo creemos que su uso puede ser una alternativa válida en pacientes con TDQ con restricciones al uso de AINEs o para la realización de infiltraciones.

Póster 04

ASOCIACIÓN ENTRE NIVELES SÉRICOS DE TOCILIZUMAB (TCZ) Y ACTIVIDAD CLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DURANTE UN AÑO DE SEGUIMIENTO

C. Tornero, C. Plasencia; D. Pascual-Salcedo; G. Bonilla; E. Moral, F. Arribas, E. Martín-Mola, A Balsa.
Departamento de Reumatología e Inmunología Hospital La Paz. Paseo de la Castellana 261, 28046. Madrid. España.

Objetivos: Evaluar la correlación entre los niveles séricos de tocilizumab y la actividad clínica (medida mediante DAS-28 y Delta DAS-28) y analítica (Proteína C reactiva) a los 6 meses y un año después del inicio de tratamiento con TCZ.

Material y métodos: Se estudiaron 36 pacientes con AR en tratamiento con TCZ del Hospital La Paz. La actividad clínica se evaluó mediante el Disease Activity Score 28 (DAS-28), la mejoría clínica mediante el delta-DAS28 y la actividad analítica mediante la Proteína C reactiva (mg/L) determinados en el momento basal, a los 6 meses y al año de tratamiento con TCZ. Se estratificaron los pacientes acorde a los niveles séricos de TCZ: niveles bajos (NB <2000 ng/ml) y niveles altos (NA ≥ 2000 ng/ml). El estudio estadístico anual se realizó según la metodología de la última observación realizada (LOCF), de modo que se incluyó a los pacientes que habían abandonado antes de finalizar el primer año de tratamiento. Las muestras séricas se obtuvieron en el momento previo a cada infusión y los niveles de fármaco se determinaron mediante la técnica ELISA.

Resultados: Se incluyeron 29 pacientes con AR activa en tratamiento con TCZ, cuyas características demográficas se incluyen en la tabla adjunta. A los 6 meses de tratamiento, se observó que los pacientes con NA de TCZ presentaron una disminución significativa del DAS28 (3,6 ±1,2 en NA vs 5,6 ± 1,6 en NB; p=0,020), del número de articulaciones tumefactas (2,8 ± 1,9 en NA vs 9,8 ± 5,8 en NB;p=0,043) y en los valores de la PCR (1,3 ± 1,8 en NA vs 16,4 ± 19,1 en NB; p=0,007), en comparación a los pacientes con NB de TCZ. Al año de tratamiento, se objetivó en los pacientes con NA de TCZ un descenso significativo en la VSG (5,9 ± 2,3 en NA vs 23 ± 15,2 en NB; p=0,001), un aumento del delta-DAS28 (2,7 ± 1,24 en NA vs 0,6 ± 1,1 en NB; p=0,004) y una tendencia a una menor actividad clínica medida por DAS28 (3,11±0,9 en NA vs 4,6 ±1,8 en NB; p=0,075) en comparación al grupo con NB.

Conclusión: Los pacientes con niveles terapéuticos bajos de TCZ tienen peor control de la actividad clínica y de los parámetros analíticos durante el tratamiento. Por tanto, estos datos sugieren que la monitorización de los niveles séricos de fármaco parece ser de gran utilidad en el manejo clínico de la Artritis Reumatoide.

Póster 05

CALCIDIOL SÉRICO, DENSITOMETRÍA ÓSEA Y PRUEBAS DE FUNCIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (EPI)

Amara Pieren; Carolina Tornero; Pilar Aguado; Gema Bonilla; Victoria Navarro; Luis Gómez-Carrera; Alejandro Balsa; Emilio Martín-Mola. Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Paz. Servicio de Neumología, Hospital Universitario de la Paz. Madrid, España.

Introducción: La hormona D, clave en la regulación del metabolismo óseo, ha sido implicada en la inmunomodulación y patogénesis de enfermedades autoinmunes. Se postula su papel en el desarrollo de enfermedades pulmonares intersticiales, al inhibir el fenotipo profibrótico de los fibroblastos pulmonares. Se ha descrito una alta prevalencia de déficit de calcidiol en la EPI y su asociación con una función pulmonar disminuida.

Objetivo: Examinar la prevalencia de hipovitaminosis D en pacientes con EPI y analizar su relación con pruebas de función pulmonar.

Material y método: Estudio retrospectivo realizado en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial, derivados desde Neumología a la Unidad Metabólica Ósea. Se han recogido datos clínicos sociodemográficos y antropométricos, factores de riesgo para fractura, factores relacionados con la enfermedad pulmonar, parámetros bioquímicos del metabolismo óseo y pruebas de función respiratoria (FVC, FEV1, FEV1/FVC, DLCO, TLC). La asociación entre niveles de vitamina D y las medidas de función respiratoria se realizó mediante análisis de regresión lineal.

Resultados: Se recogen los datos de 44 pacientes. La edad media es de 65.7 años (+/-12.9), con predominio de mujeres (68%). El 45.5% presentan una EPI de origen idiopático (tipo NIU (4.6%), NINE (11.3%), NOC (31.8%)) y el 34.1% sarcoidosis. El 20.5% restante está formado por pacientes con vasculitis ANCA (4.5%), Alveolitis Alérgica Extrínseca (9.1%) y EPI asociado a Artritis Reumatoide (6.81%). El 79.5% de los pacientes han sido tratados con corticoides con una dosis acumulada media de 5 gramos de prednisona. La prevalencia de insuficiencia de vitamina D (<30ng/dl) fue del 81.3%, un 42.9% con niveles séricos <20 ng/dl y un 6.80% <10 ng/dl. La edad, el aclaramiento de creatinina y la VSG se correlacionaron con los niveles de calcidiol. Dentro de los factores evaluados, no se demostró asociación entre los niveles de calcidiol sérico y las pruebas de función respiratoria como tampoco con la DLCO. Finalmente se objetivó una asociación indirecta entre la FVC y la DMO a nivel de trocánter que no se mantuvo al ajustar por factores de confusión (edad, tabaco y sexo).

Conclusiones: En nuestros pacientes con EPI, la insuficiencia de vitamina D es muy prevalente. Los niveles disminuidos de calcidiol no se asociaron con un empeoramiento del patrón como se ha descrito en otras neumopatías crónicas. La asociación establecida entre la DMO y las pruebas de función respiratoria se pierde al corregir por factores antropométricos.

Póster 06

AUMENTO DE ESTENOSIS AÓRTICA EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA E HIPERTENSIÓN PULMONAR COMPARADO CON OTROS TIPOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR

María Martín, Otto Olivas, Carlos A. Quezada, Mario Rodríguez, Carmen D. Merino, Carmen Jiménez, Pilar Escribano, Loreto Carmona, Patricia E. Carreira.
Hospital Doce de Octubre. Avda. de Córdoba s/n. Madrid.

Objetivos: Analizar la prevalencia y factores de riesgo de estenosis aórtica degenerativa (EAD) en pacientes con esclerodermia (SSc) e hipertensión pulmonar (HP), comparado con pacientes con otros tipos de HP.

Métodos: Se realiza un estudio observacional retrospectivo, incluyendo pacientes mayores de 55 años que se dividen en dos grupos: 1) pacientes con SSc con HP confirmada con cateterismo derecho en seguimiento por Reumatología. 2) Pacientes con HAP idiopática (HAPi) e HP tromboembólica crónica (HPTEC) no operada en seguimiento por Unidad de HP. En el momento del diagnóstico de HP ningún paciente tenía diagnóstico de EAD. Se comparan datos demográficos, factores de riesgo cardiovascular, parámetros hemodinámicos basales, tratamiento vasodilatador y periodo de seguimiento desde diagnóstico de HP entre pacientes con y sin EAD. Además también analizamos las características de los pacientes con y sin SSc. Se realiza análisis estadístico descriptivo, univariante, multivariante y regresión logística.

Resultados: 61 pacientes con SSc (48 SScHAP, 13 SScHP de otras causas) y 76 sin SSc (48 HAPi y 28 HPTEC). En el grupo de SSc había más mujeres (85% vs 68%, p=.02), eran más jóvenes y tenían mejor perfil hemodinámico (menos presión media de arteria pulmonar, 53% vs 48%, p=.05). Después de 6±5 años de seguimiento 12 pacientes con SSc desarrollaron EAD (8 SScHAP, 4 SScHP) comparado con uno del otro grupo con HPTEC (OR 18, 95%IC 2-146, P<.0001). En análisis univariante, EAD se asoció con hipertensión arterial (OR 6, IC 95% 1.8-20, p=.003). En análisis multivariante se confirma asociación independiente de DAS con hipertensión (OR 4.8, IC95%1.4-17, p=.02) y SSc (OR 14, IC95% 1.8-116, p=.01).

Conclusiones: la prevalencia de EAD está aumentada en pacientes con SScHP comparada con pacientes con HP de otra etiología y se asocia con hipertensión. La inflamación presente en el grupo de SSc podría influir en presencia de arteriosclerosis y EAD en estos pacientes.

Póster 07

ANÁLISIS DEL IMPACTO PRESUPUESTARIO DE APREMILAST EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

Carlos Manuel González Fernández[1]; Teresa Caloto González[2]; Jaime Ramos Auñón[2]
[1]Hospital Gregorio Marañon, Madrid; [2]Departamento de Health Economics, Celgene SLU, Madrid

Objetivo: Estimar el impacto presupuestario al incluir apremilast en el tratamiento de la artritis psoriásica (APs) en pacientes adultos que no responden o son intolerantes a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMEs) en la Comunidad Autónoma de Madrid.

Métodos: Se desarrolló un modelo de impacto presupuestario para estimar los costes sanitarios en adultos con APs, en un periodo de 3 años y desde la perspectiva del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). El número de pacientes incluidos en el análisis se definió aplicando a la población adulta andaluza la prevalencia de APs (0,2%) y la proporción de pacientes en tratamiento con fármacos biológicos (13,5%). Se analizaron dos escenarios: con y sin apremilast en el arsenal terapéutico (adalimumab, etanercept, golimumab, infliximab, ustekinumab). De los pacientes susceptibles de ser tratados con apremilast (N=1.105), se estima que el 5% (n=55), 11% (n=122) y 18% (n=199) fueron tratados con apremilast durante el primer, segundo y tercer año respectivamente. Los costes totales incluyen el precio del fármaco según dosis fijada en ficha técnica (precio de venta al público con descuento obligatorio), y los costes de administración y monitorización (según un panel de expertos y costes unitarios €2014 de bases de datos nacionales).

Resultados: El presupuesto del escenario sin apremilast fue de 13.608.700€, 13.599.936€ y 13.560.455€ en el primer, segundo y tercer año respectivamente. El coste farmacéutico representó el 95% del coste total. Tras introducir apremilast, los presupuestos se redujeron en 112.738€, 247.060€ y 391.174€ en el primer, segundo y tercer año respectivamente. Los coste/paciente incremental comparando el escenario con apremilast vs. sin apremilast fueron −102,06€(−0,8%), −223,66€(−1,8%), y −359,55€(−2,9%) en el primer, segundo y tercer año respectivamente.

Conclusiones: El tratamiento con apremilast en pacientes con APs que han fallado en la respuesta o son intolerantes a FAMEs implicaría una disminución del impacto presupuestario sanitario para el SERMAS.

Póster 08

PÚRPURA DE SCHÓLEIN HENOCH: ¿ES LA EDAD UN FACTOR DE INFLUENCIA?

F. Rey, A. Rubio, C. Peña, C. Bonilla, E. Álvarez, A. Cruz, P. Collado
Servicio de Reumatología, H. U. Severo Ochoa, Av. Orellana s/n, 28911, Leganés, Madrid

Objetivo: La Púrpura de Schólein Henoch (PSH) es la vasculitis sistémica más frecuente de la infancia. Aunque, con frecuencia, está precedida de una infección del tracto respiratorio, su etiopatogénesis es desconocida. Se manifiesta por una púrpura palpable no trombocitopénica, artralgias o artritis, dolor abdominal y hematuria que puede acompañarse de proteinuria. Dado que no existen alteraciones analíticas específicas, su diagnóstico se basa en hallazgos clínicos y histológicos. Nuestro objetivo es describir la prevalencia de las manifestaciones clínicas en adultos y niños al diagnóstico.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo de todos los pacientes hospitalizados identificados por el diagnóstico de "PSH" en nuestro hospital entre Enero de 1976 y Junio del 2015. Se utilizaron los criterios de clasificación de Michel que incluyen la edad de los 20 años como criterio diagnóstico. Las variables demográficas, clínicas, de laboratorio y tratamiento fueron revisadas.

Resultados: Se identificaron 51 pacientes, con predominio de varones (64.7%) y una mediana edad de 18 años (IQR 13-41 años) al diagnóstico. Treinta y nueve pacientes eran menores de 20 años. Todos los pacientes del estudio presentaron púrpura palpable. En el 51% se recogió el antecedente de infección respiratoria, y en particular dentro de la población infantil (56,4%), pero sin significación estadística (p=0.19). El 66,7% de la población de estudio (34 pacientes) presentaron clínica articular, manifestándose como artritis en el 41.2% de ellos. Esta clínica se produjo en su mayoría en la población infantil (53% del total), donde la artritis supuso el 84,21% de los mismos (p=0.5). Las manifestaciones abdominales estuvieron presentes en un 60,8% de los pacientes, sin observarse diferencias significativas entre niños y adultos (47% y 13% respectivamente) (p=0.8). Las manifestaciones renales no fueron tan frecuentes. El 66,7% de la población se mantuvo sin afectación renal, donde 31 pacientes eran niños y 3 adultos resultando estadísticamente significativo (p=0.001). La afectación renal (33,3%) con secuelas se presentó principalmente entre adultos. La hematuria y la proteinuria aisladas se detectaron en el 3,9% y el 2% de los pacientes del estudio, respectivamente. Mientras que la asociación de ambas constituyó la manifestación más comúnmente detectada (21,6%).

Conclusiones: Aunque el tamaño muestral es pequeño, parece existir ciertas diferencias clínicas al debut entre los adultos y los niños, con predominio de la clínica renal en los adultos y de la clínica articular en la infancia.

Póster 09

RELACIÓN ENTRE NIVELES DE VITAMINA D Y DENSIDAD MINERAL ÓSEA (DMO) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL

Carolina Tornero; Amara Pieren; Pilar Aguado; Gema Bonilla; Alejandro Balsa; Emilio Martin-Mola.
Servicios de Reumatología y Neumología Hospital La Paz. Paseo de la Castellana 261, 28046. Madrid, España.

Objetivos: Examinar la prevalencia de DMO y factores asociados, así como los niveles calcidiol en los diferentes subgrupos de pacientes con enfermedad pulmonar intersticial (EPI).

Material y métodos: Estudio retrospectivo de revisión de historias clínicas en pacientes con EPI, derivados desde Neumología a nuestra Unidad Metabólica Ósea. Se han recogido datos sociodemográficos y antropométricos, factores de riesgo para fractura y relacionados con la enfermedad pulmonar, parámetros bioquímicos del metabolismo óseo y medidas de DMO determinadas por densitometría. La asociación entre DMO y factores asociados se evaluó mediante análisis de regresión lineal.

Resultados: Se incluyeron 44 pacientes. La edad media fue de 65,6±13 años, con predominio de mujeres (68.2%), de las cuales un 47,7% fueron postmenopáusicas y un 20.5%, premenopáusicas. El 45.5 % presentó una EPI idiopática (4,5% tipo NIU, 11,3% tipo NINE y 31,8% tipo NOC); el 34,1%, sarcoidosis y el 20,5% restante está conformado por una miscelánea de neumopatías intersticiales: vasculitis ANCA (4,5%), Alveolitis Alérgica Extrínseca (9,1%) y enfermedad pulmonar asociada a conectivopatías (AR 6,8%). El 33,3% presentó una DMO normal,un 47,6%, osteopenia y un 19%, osteoporosis. Con respecto a los niveles de vitamina D, el 77,3% de los pacientes presentó niveles insuficientes (<30 ng/ml) y el 40.9%, deficitarios (<20 mg/dl), siendo un 6,8 %, de éstos inferiores a 10 mg/dl. Con respecto a dichos parámetros, se correlacionó de forma significativa la edad con el calcidiol sérico así como la DMO medida en cadera total, triángulo de Wards, trocánter y región intertrocantérea con la función renal. Asimismo, se demostró una asociación inversa entre DMO en cadera y VSG. En el análisis por grupos, se objetivó una población más joven, con una media de edad de 55±1, en el subgrupo de sarcoidosis frente al de EPI idiopática (67,6±11) y miscelánea (73,5± 8). Dicho subgrupo presentó una mayor DMO en cadera total, trocánter y región intertrocantérea, así menor índice FRAX. No hubo diferencias significativas según el tipo de neumopatía en la prevalencia de osteoporosis u osteopenia, en los niveles medios de calcidiol y tampoco en el resto de parámetros de metabolismo óseo.

Conclusión: A diferencia de resultados de estudios previos, no se encontraron diferencias entre los niveles de calcidiol sérico en los distintos grupos de neumopatía intersticial. La mayor DMO en los pacientes con sarcoidosis pudiera estar en relación con ser una población más joven. Tiene especial interés la relación indirecta entre DMO y VSG, concluyendo que la propia actividad de la enfermedad puede jugar un papel determinante en la regulación del metabolismo óseo.

Póster I0

CARACTERISTICAS Y MORTALIDAD DE NUESTROS PACIENTES INGRESADOS EN UCI

*JA García-Vadillo. E García-Lorenzo, *DA Rodríguez-Serrano, I Llorente, L Merino, *MI López-Fernández, *JE Cereijo, I González-Álvaro.*
S de Reumatología y UCI del Hospital Universitario de la Princesa de Madrid. C/ Diego de León nº 62. Servicio de Reumatología. 28006. Madrid*

Objetivo: Determinar las características y mortalidad de los pacientes con enfermedades inflamatorias reumatológicas ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye todos los pacientes con enfermedades inflamatorias reumatológicas ingresados en UCI de un hospital madrileño terciario desde enero de 2004 hasta diciembre de 2014. Se excluyeron los pacientes con una estancia inferior a 24 horas. Los pacientes que reingresaron en la UCI durante el mismo ingreso hospitalario se consideraron un único ingreso. De forma retrospectiva se recogieron las características de la enfermedad, tratamientos recibidos hasta su ingreso en UCI y actividad de la enfermedad en los 3 últimos meses previos a su ingreso en UCI. El análisis estadístico se realizó con Stata 12.1.

Resultados: Un total de 56 enfermos precisaron 62 ingresos (6 pacientes requirieron ingreso en 2 ocasiones) en UCI. La edad media fue 58,6 ± 14 años. El 55% fueron mujeres. El 41% de los enfermos (23) presentaron vasculitis sistémicas 7 de ellas ANCAS positivos, el 28,5% (16) enfermedades del tejido conectivo, 10 pacientes espondiloartritis, 3 artritis reumatoide y otros 4 diferentes procesos. El promedio desde el diagnostico hasta su primer ingreso en UCI fue de 127 ± 176 meses. El 67% de los pacientes ingresados en UCI habían precisado anteriormente glucocorticoides durante un promedio de 13 meses a unas dosis de 7 mg (p50) de prednisona/día. Un 14% de los enfermos habían recibido bolos de glucocorticoides, el 20% terapias biológicas y el 18% ciclofosfamida. El 63% de los pacientes ingresados presentaron signos de actividad de su enfermedad en el momento de entrar en la UCI.
En el ingreso en UCI el índice de gravedad APACHE II era p50:20 (p25-p75: 13.5-26) y el SAPSII p50: 34,5 (p25-p75: 24-43). Las causas más frecuentes de ingreso en UCI fueron insuficiencia respiratoria (58% de los episodios) y shock séptico (14,5%). Durante su estancia en UCI el 79% de los pacientes precisaron glucocorticoides, el 35% bolos de glucocorticoides, el 20% ciclofosfamida y el 11% plasmaféresis. 41 pacientes (68%) precisaron ventilación mecánica, en 38 de los cuales fue invasiva. La estancia media en UCI fue de 5,8 ± 4 días. El 28,5% (16) de los pacientes fallecieron durante su estancia en UCI y el 11% (7 pacientes) en el hospital durante su ingreso hospitalario tras salir de la UCI. En el análisis multivariante el éxitus se relaciona de forma significativa con la edad (OR: 1.09), sexo femenino (OR: 3.7), APACHE II (OR: 1.15) y la administración i.v de gammaglobulinas en UCI (OR: 16.6).

Conclusiones: Las vasculitis y las enfermedades del tejido conectivo son los principales procesos que obligan a nuestros pacientes con enfermedades reumatológicas inflamatorias al ingreso en UCI. En el momento del ingreso en UCI presentan elevados índices de gravedad. La mortalidad se relaciona con la edad, sexo femenino, gravedad medida por el APACHE II y la necesidad de administrar gammaglobulinas i.v. en la UCI.

Póster II

CARACTERIZACION ECOGRAFICA DE LA ENTESOPATIA ANSERINA AGUDA

Carlos Guillén Astete, Gala Silvestre Egea
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal

Introducción: La patología inflamatoria de la inserción del tendón conjunto del músculo gracilis, semitendinoso y sartorio en la cara anterointerna del tercio proximal de la tibia se manifiesta como dolor, aumento de volumen y limitación funcional para la extensión de la rodilla a dicho nivel y se conoce globalmente como tendinitis anserina o bursitis anserina. Estudios previos han asociado este síndrome con la artrosis demostrando una escasa prevalencia de bursitis ecográficamente demostrada. El propósito de este estudio de describir los hallazgos ecográficos en procesos inflamatorios anserinos de muy reciente inicio.

Material y método: Se revisaron las imágenes ecográficas de todos los registros de la Unidad de Urgencias Reumatológicas de nuestro hospital entre 2013 y 2014 identificados como “tendinitis anserina”, “bursitis anserina”, “síndrome anserino”, “entesitis anserina”. Los resultados fueron agrupados en función del tiempo de evolución (<7 días, entre 7 y 15 días y más de 15 días), excluyéndose casos con evoluciones superiores a un mes. La valoración ecográfica se ajustó a las definiciones EULAR.

Resultados: Se valoraron 113 registros con sus correspondientes imágenes ecográficas. La media de edad fue de 58 DE 4 años. La proporción de mujeres fue 75.2%. La proporción de pacientes identificados como obesos en la exploración física o en el juicio clínico fue 45.1%. 29 pacientes consultaron antes de la primera semana con síntomas, 45 lo hicieron entre el día 7 y 14 y 39 entre el día 15 y 30. La tabla 1 discrimina los hallazgos ecográficos registrados según los grupos de pacientes. La bursitis y entesitis no fueron mutuamente excluyentes.

	<7 días N=29	%	De 7 a 14 N=45	%	De 15 a 30 N=39	%
Bursitis	16	55.17%	3	6.67%**	1	2.56%**
Entesitis	10	34.48%	21	46.67%*	25	64.10%**
Sin hallazgos	3	10.34%	21	46.67%	14	35.90%

Discusion y conclusiones: A diferencia de estudios previos, los pacientes atendidos en nuestra unidad y valorados ecográficamente constituyen una población con síntomas de corta duración. El diagnóstico de patologías anserinas es fundamentalmente clínico sin embargo estudios ecográficos han demostrado que una muy pequeña proporción de pacientes tienen una verdadera bursitis anserina, mientras que en la mayor parte no se demuestran alteraciones ecográficas. Nuestra serie de paciente demuestra una notable proporción de bursitis ecográficamente demostrable en pacientes con evolución muy reciente y progresiva disminución en periodos posteriores. Esto se correlaciona con una progresiva proporción de entesopatía/tendinopatía según el tiempo de evolución se aproxima al mes. Este fenómeno podría explicarse mediante la hipótesis de que en los procesos entésicos de origen mecánico, la bursitis precede a la entesopatía.

Póster I2

HALLAZGOS CAPILAROSCÓPICOS EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

Atusa Movasat , Ana Isabel Turrión, Henry Moruno, Cristina Bohorquez, Ana Pérez, Eduardo Cuende, Fernando Albarran, Ana Isabel Sánchez, María Liz Romero, Melchor Alvarez Mon Soto.
Servicio de Reumatología, Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.

Introducción: La capilaroscopia (CP) es una prueba simple que junto con el estudio de autoanticuerpos es de gran utilidad en el diagnóstico de la esclerosis sistémica (ES). Sin embargo, otras enfermedades autoinmunes sistémicas (EAI) carecen de un patrón específico, aunque se han descrito ciertas alteraciones como tortuosidades y ramificaciones.

Objetivo: Descripción de los hallazgos capilaroscópicos en distintas EAI.

Pacientes y métodos: En el estudio se incluyen a 211 pacientes remitidos para realización de CP. Se consideró patrón esclerodermiforme la evidencia de pérdida local o global de capilares, hemorragias capilares: dos o más, en al menos dos dedos y capilares dilatados: dos o más capilares con doble calibre o más, en al menos dos dedos diferentes. La evidencia de abundantes tortuosidades sin evidencia de otras alteraciones se consideró como Patrón sospechoso de conectivopatía. El estudio estadístico se realizo con el programa SPSS 19.0.

Resultados: La CP fue realizada en 211 pacientes, 24 varones(11%) y 187 (88.6%) mujeres. 22 pacientes (10.5%) tenían el diagnóstico de ES, 6 pacientes (2.8%) de LES, otros 6 (2.8%) de SS, 6 (2.8%) de EMTC, 3 (1.4%) de miopatía inflamatoria y 1 (0.5%) de síndrome de overlap. 14 pacientes (6.6%) tenían ANA positivos y Raynaud, sin otros datos de conectivopatía, 53 de Raynaud primario (25.1%) y 59 pacientes (27.9%) con miscelánea de otras patologías. Así mismo, 26 pacientes (12.3%) fueron remitidos para realización de CP ante sospecha de ES y otros 13 pacientes (6.2%) por presentar anticentrómero positivo. La CP resultó normal en 151 pacientes, mientras que en 41 pacientes se objetivó un patrón esclerodermiforme y 15 sugestivas de conectivopatía. En cuanto a los hallazgos capilaroscópicos en cada patología autoinmune, de los 22 pacientes diagnosticados de ES, 20 tenían un patrón esclerodermiforme. De los 6 pacientes con LES, la CP resultó normal en 4 pacientes, mientras que una paciente tenía abundantes tortuosidades. Así mismo, de los 6 pacientes con SS, solamente una paciente tenía patrón sugestivo de conectivopatía. De los 6 pacientes con EMTC, tres tenían una CP normal, dos patrón esclerodermiforme y una sugestiva de conectivopatía. La única paciente con síndrome de overlap (miopatía-esclerodermia) tenía CP patológica con patrón esclerodermiforme.

Conclusiones: La evidencia de patrón esclerodermiforme es muy específico de la ES. Sin embargo, en determinadas patologías, como EMTC, miopatías inflamatorias y síndromes de superposición, también se pueden objetivar este patrón. En otras EAI, la CP suele ser normal, o bien se pueden evidenciar algunos cambios inespecíficos.

Póster I3

VALOR PREDICTIVO DE LA CAPILAROSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSIS SISTÉMICA PRECOZ EN PACIENTES CON ANTICENTRÓMERO O ANTITOPOISOMERASA POSITIVO

Atusa Movasat Hajkhan, Henry Moruno, Ana Isabel Turrión , Cristina Bohorquez , Ana Pérez , Eduardo Cuende, Fernando Albarran, Ana Isabel Sánchez, María Liz Romero, Melchor Alvarez Mon Soto.
Servicio de Reumatología, Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.

Introducción: el diagnóstico de la esclerosis sistémica(ES) se hace generalmente en fases tardías, cuando ya se ha establecido daño irreversible. Recientemente, se han establecido nuevos criterios de clasificación para detectar casos precoces de la enfermedad. La realización de la capilaroscopia (CP) y sus hallazgos son cruciales para el diagnóstico de la "preesclerodermia", pudiendo existir cambios capilares en pacientes todavía sin afectación dérmica.

Objetivo: Analizar los hallazgos capilaroscópicos en pacientes con anticentrómero o antitopoisomerasa positivo y evaluar su utilidad para el diagnóstico de la ES precoz.

Pacientes y métodos: De 212 CP realizadas, se seleccionaron a pacientes con anticentrómero o antitopoisomerasa positivo. Se consideraron patológicos la evidencia de pérdida local o global de capilares, hemorragias: dos o más en al menos dos dedos y capilares dilatados: dos o más con al menos doble calibre, en al menos dos dedos diferentes. El estudio estadístico se realizo con el programa SPSS 19.0.

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes: 4 (6.6%) varones y 57 (93.4%) mujeres, 14 (23%). 19 (31.1%) estaban diagnosticados previamente de ES (18 limitadas y 1 difusa), de los cuales 4 (21%) tenían concomitantemente CBP, 1 paciente con CBP con anticentrómero positivo sin Raynaud, 1 paciente con síndrome de Sjögren con anticentrómero positivo sin presencia de Raynaud, 22 pacientes con sospecha de ES precoz y 18 pacientes con autoanticuerpos específicos en ausencia de Raynaud. Las úlceras digitales se objetivaron en 6 pacientes (9.8%), todas en pacientes con diagnóstico previo de ES. La CP fue normal en 28 pacientes (45.9%) y patológica en 33 pacientes (54.1%). Todos los pacientes diagnosticados previamente de ES tenían una CP patológica excepto uno. Sin embargo, no se apreciaron alteraciones en pacientes que presentaban únicamente autoanticuerpos en ausencia de fenómeno de Raynuad. Mientras que de los 22 pacientes con presencia de Raynaud y autoanticuerpos,, en 15 (68.2%) de ellos se observó patrón esclerodermiforme con consecuente diagnóstico de ES precoz.

Conclusiones: La CP es una herramienta útil para el diagnóstico de la ES, mediante la cual podemos hacer un diagnóstico precoz en pacientes que únicamente tienen autoanticuerpos y Raynaud, en ausencia de otras manifestaciones de la enfermedad. Así mismo, la ausencia de Raynaud se relaciona con un resultado normal en la CP.

Póster I4

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE UVEÍTIS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: EL PAPEL DEL REUMATÓLOGO

A. Pieren [1], D. Peiteado[1] , K. Franco[1], A Schlinker[2] , V Hidalgo[2] , E. De Miguel[1], G. Bonilla[1], E. Martín Mola[1].
[1]Servicio de Reumatología, Hospital Universitario la Paz, Madrid, España. [2]Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario la Paz, Madrid, España.

Introducción: Se define como uveítis aquel proceso inflamatorio del ojo que afecta a la úvea (iris, cuerpo ciliar o coroides). Suponen en torno al 10% de las causas de ceguera reversible en el mundo occidental. El abordaje inicial de las uveítis se presenta como un reto diagnóstico y terapéutico que va a precisar de un abordaje multidisciplinar entre Oftalmólogos y Reumatólogos.

Material y métodos: Estudio descriptivo de una consulta multidisciplinar, monográfica de uveítis en un hospital de tercer nivel entre junio de 2012 y diciembre de 2014. Se incluyen exclusivamente los pacientes evaluados por el reumatólogo. Se recogen datos demográficos, patrones de distribución anatómica, afectación ocular y curso evolutivo así como terapias farmacológicas utilizadas.

Resultados: Se recogen los datos de 171 pacientes. El 64% fueron mujeres con una edad media de 54 años. Las uveítis más frecuentes fueron anteriores (65.50%) frente a un 31% de posteriores y un 12.28% de intermedias. El patrón de afectación más frecuente fue unilateral de curso agudo recidivante. El 59.65% fueron uveítis de origen propiamente ocular, siendo las idiopáticas, las más frecuentes dentro de este grupo (79.41%). Hasta el 40.35% se asociaron a enfermedades autoinmunes siendo la principal causa las espondiloartritis (48.44%) seguidas del Vogt-Koyanagi-Harada (10.94%), el Behçet (10.94%) y la EII (7.81%). El HLA-B27 fue positivo en el 48% de los pacientes. El 96% de los pacientes HLAB27 positivos presentaron uveítis anteriores. Por otro lado, se evaluó la diferencia entre los pacientes incidentes (primera consulta desde Enero 2013-Diciembre 2014) y prevalentes. Entre los pacientes nuevos, predominan las uveítis anteriores y las agudas recidivantes suponen un 25% del total. En comparación, en las revisiones, fueron más frecuentes las uveítis

posteriores (15.29% Vs 30%) de curso crónico (84.4%). Finalmente, el 50.3% de los pacientes recibió por lo menos un FAME a lo largo de la evolución de la enfermedad, siendo el Metotrexate (61.63%) el más utilizado, seguido por la Azatioprina y la Ciclosporina. El 48.84% de dichos pacientes, presentaban uveítis de origen ocular. Igualmente, el 17.54% recibieron al menos un FAMEbiológico (Infliximab 70% y Adalimumab 28%).

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes, las uveítis más frecuentes fueron las formas anteriores, sin asociación sistémica. Hasta el 40% de los pacientes presentaron enfermedad autoinmune subyacente. La etiología y el patrón de las uveítis varían según los pacientes prevalentes e incidentes. Finalmente, hasta el 50% de los pacientes de la consulta reciben FAMEs, lo que respalda el papel del Reumatológo no solo en el apoyo diagnóstico, sino como experto en terapias inmunosupresoras.

Póster I5

EFICACIA Y RESOLUCION DE LA PATOLOGIA DEL MANGUITO ROTADOR DEL HOMBRO CON INFILTRACIONES DE TRIAMCINOLONA

Navarro Alonso P, Diaz Oca A, Cantalejo Moreira M, Veiga Cabello R.
Unidad de Reumatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

Objetivo: Valorar la eficacia de las infiltraciones locales de Triancinolona (IT) en pacientes con síndrome de hombro doloroso por patología del manguito rotador (MR) a efectos de conocer la necesidad de seguimiento postinfiltración.

Método: Estudio observacional prospectivo. Un total de 87 pacientes acudieron a consulta como primera visita durante 6 meses consecutivos con exploración y clínica compatible con lesión del MR. A todos los pacientes se les ofreció la opción de tratamiento con IT (40 MG de Triancinolona + 1 cc de mepivacaina 2%). A los pacientes que dieron su consentimiento y no existía contraindicación para IT, se realizó tras la infiltración un seguimiento telefónico a las 4 semanas. Se recogen datos demográficos, clínicos y radiográficos.

Resultados: De los 87 pacientes, 59M y 28V con edad media de 53.25 años (rango 35-82), 63 tenían realizada Rx, en las que se observó: disminución del espacio subacromial en 13, cambios degenerativos acromio-claviculares en 6, asociaban las 2 patologías 2, calcificación en territorio del MR 9 y en 33 pacientes la rx no mostró alteraciones significativas. En 8 pacientes se diagnosticó capsulitas adhesiva, remitiéndolos a rehabilitación (RHB) tras IT. 5 de los 8 pacientes con tendinitis calcificante, no quisieron IT y se remitieron para lavado de la calcificación guiada por ECO. Se realizó seguimiento telefónico a los 74 pacientes restantes: se encontraban asintomáticos 60 (68.9 %), no se localizó a 3 pacientes y se recitaron 11 pacientes a los que se les ofreció una segunda IT o RHB (4 quedaron asintomáticos tras 2ª IT y 7 fueron remitidos a RHB y se solicitó ECO). En total se resolvieron en la primera visita 73 pacientes (83.9%)

Conclusiones: La IT es eficaz en patología tendinosa del manguito rotador. En aproximadamente el 69 % de los pacientes no es necesaria ninguna otra opción terapéutica o diagnostica. El control telefónico disminuye el número de revisiones en estos pacientes.

Póster I6

PAPEL INDIVIDUAL DE LOS ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPIDOS EN EL PRONÓSTICO DEL SAF

C. Peña, F. Rey, E. Álvarez, A. Rubio, R. Rodriguez A. Cruz , P. Collado.*
*Servicio de Reumatología, *Servicio de Hematología, H.U. Severo Ochoa, Avda de Orellana s/n, 28911, Leganés (Madrid)*

Objetivo: El síndrome antifosfolípido (SAF) es un estado de hipercogulabilidad caracterizado por la aparición de trombosis de repetición y complicaciones obstétricas junto con la presencia de al menos un anticuerpo antifosfolípido(AAF) en 2 determinaciones separadas al menos 12 semanas1. Los AAF más importantes son el anticoagulante lúpico (AL), los anticuerpos anticardiolipina(ACA) y anti-beta-2-glucoproteína I (anti-β2-GPI) A pesar de que los criterios de clasificación otorgan una igual importancia a los tres AAF, la realidad clínica es otra2. El AL es el AAF con mayor significación pronóstica3. Asimismo, la triple positividad de los AAF incrementa el riesgo de manifestaciones clínicas asociadas4. Objetivo: Describir la presencia de complicaciones obstétricas en relación a los diferentes anticuerpos AAF detectados en nuestro hospital.

Métodos: Estudio retrospectivo en mujeres con diagnóstico de SAF que hubieran presentado al menos una gestación en los últimos 10 años, independiente de la actividad de la enfermedad. Variables demográficas, clínicas, laboratorio y tratamiento fueron revisadas y analizadas con un paquete estadístico SPSS V.22.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes con una edad media de 35,9 años al momento del embarazo. Un 26,6% presentaban SAF secundario a LES. De estas (4), el 75% tuvieron trombosis venosa durante el curso de su enfermedad y complicaciones obstétricas (insuficiencia placentaria grave, preeclampsia y síndrome de HELLP). Durante la gestación, el 80% de la cohorte de estudio estaba bajo tratamiento antiagregante con AAS a dosis bajas, un 86,6% con anticoagulantes y en aproximadamente un 20% de los casos se recogió tratamiento con corticoides sistémicos. El 40% (6) de las gestaciones

presentaron abortos antes de la semana 10 de gestación, un 6,6% tuvieron feto muerto intraútero a las 39 semanas, 6,6% preeclamsia y síndrome de HELLP, 6,6% un sufrimiento fetal intraútero y TEP en la gestante y un 26,6% (4) no tuvieron ninguna complicación y tuvieron niños sanos. De las 11 pacientes que tuvieron alguna complicación obstétrica, 36,6% tenían AL positivo detectado en plasma. EL 45,4% tenían ACA positivo tipo IgM (> 30 GPL) y el 18,1% IgG a título medio. La positividad para el anti-B2-GPI se recogió en un 27,7% de las gestantes. 18,8% (2) pacientes tenían positivo más de dos anticuerpos a la vez. En las 4 pacientes que no tuvieron ninguna complicación obstétrica, el 50% tenían un AL positivo, un 75% ACA tipo IgM a título alto (> 45 GPL) y tipo IgG un 25% a título bajo y el 25% tenían positivo el anti-B2-GPI. Un 50% de estas pacientes tenían positivo más de dos anticuerpos a la vez.

Conclusión: Nuestro estudio muestra que el 45% de las mujeres con complicaciones obstétricas asociadas al SAF tuvieron títulos medios de ACA tipo Ig M en ausencia de AL positivo en más de la mitad de estos casos. La presencia de LES concomitante resultó ser un factor de riesgo en la clínica obstétrica.

Póster I7

CARACTERÍSTICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTI-RNA POLIMERASA III: UNA FORMA ATÍPICA DE ESCLEROSIS SISTÉMICA

L Santacruz Orué[1], P Borges Deniz[1], MC Vegas Sánchez[2], MJ Martínez-Becerra[2], O Sánchez-Pernaute[1]
[1]Servicio de Reumatología y [2]Departamento de Inmunología. Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Avda. de los Reyes Católicos, 2. 28040, Madrid

Objetivos: La presencia de Ac frente a la RNA-polimerasa III (aRNA-pol-III) se asocia de forma estrecha a la esclerosis sistémica. Nuestro objetivo ha sido revisar los casos con presencia de aRNA-pol-III en seguimiento en nuestras consultas de enfermedades autoinmunes sistémicas, con objeto de comparar sus manifestaciones clínicas y respuesta al tratamiento con lo descrito en la literatura. Métodos: estudio retrospectivo basado en los pacientes con aRNA-pol-III confirmados mediante inmunocap y dot-blot entre 2012 y 2015. Se registraron las manifestaciones desde el inicio, el diagnóstico según criterios ACR-EULAR 2013, los tratamientos empleados, la progresión y la presencia de manifestaciones graves. Las frecuencias se expresan en número (%) y las variables numéricas en mediana (límites).

Resultados: De un número inicial de 18 pacientes, 8 positivos débiles fueron descartados tras las técnicas de confirmación. En los 10 casos restantes (6 mujeres) se confirmó la presencia de aRNA-pol-III a título significativo 89,75 (28,9-192,0) AU/ml. De éstos, 9 pacientes cumplían criterios diagnósticos de esclerosis sistémica. El fenómeno de Raynaud estuvo presente en 60% de los casos. El primer síntoma diferente del Raynaud fue parestesia (40% casos) y esclerodactilia (también en 40%), y la edad de presentación del mismo fue 53 (36-80) años. Tras un seguimiento de 27 pacientes-año, las manifestaciones más prevalentes fueron esclerodactilia (90 %) y esclerosis dérmica distal (60 %). Sólo una paciente (10 %) presentó afectación dérmica proximal. Entre las manifestaciones graves, dos pacientes (20 %) desarrollaron una crisis renal (ambos durante el primer año tras el diagnóstico), mostrando una evolución estable y no progresiva tras el tratamiento. En 7 pacientes (70 %) se utilizó corticoterapia, 5 de ellos en pauta de inducción y 2 a dosis bajas/intermedias. Seis pacientes (60 %) recibieron inmunosupresores y en 3 casos (30 %) se requirió el uso de un segundo inmunosupresor.

Conclusiones: En nuestra cohorte, observamos una baja incidencia de fenómeno de Raynaud lo que podría diferir el diagnóstico. La afectación cutánea, aunque considerada predominante en los pacientes con Ac aRNA-pol-III, no progresó durante el período de seguimiento. Finalmente, a pesar de la relación entre estos Ac y el desarrollo de crisis renal, ésta presentó una evolución favorable en nuestros pacientes tras el tratamiento.

Póster I8

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE TRANSICIÓN PARA PACIENTES CON PATOLOGIA REUMÁTICA INFANTIL: EXPERIENCIA DE 4 AÑOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Cristina Sobrino Grande, Maria Llop Vilaltella, Cynthia Bouruncle Alaluna, Sandra Garrote Corral, Maria Teran Tinedo, Walter Alberto Sifuentes Giraldo, María Luz Gámir Gámir.
Unidad de Reumatología Pediátrica - Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra. Colmenar Viejo Km. 9,100, 28034, Madrid

Objetivo: Describir la experiencia de una unidad multidisciplinar de transición para enfermos con patología reumática infantil en un centro español de tercer nivel.

Métodos: Se realizó la revisión retrospectiva de la actividad asistencial de la unidad de transición de nuestro centro durante el periodo 2011-2014. Se incluyeron pacientes rango de edad 16-24 años (población atendida por la unidad).

Resultados: La consulta monográfica de la unidad se realiza una vez por semana y durante el periodo evaluado se atendió un total de 110 pacientes, 63% mujeres, con una media de edad de 20.8±2,8 años. El origen de los pacientes era: 47%

consulta de reumatología infantil del servicio, 13% atención primaria, 4% pediatría del hospital, 4% reumatología pediátrica de otro centro, 8% otro reumatólogo no pediátrico y 5% ortopedia infantil. Un 54% de pertenecían al área asignada al hospital, 32% otras áreas y 14% otras comunidades. Los diagnósticos más frecuentes fueron: artritis idiopática juvenil 33%, lupus eritematoso sistémico 13%, otras conectivopatías 7% y fenómeno de Raynaud primario 7%. El 53% de los pacientes se atendieron en forma coordinada con otros servicios. Al final periodo continuaron el seguimiento 62%, se dio alta a 22%, perdieron el seguimiento 15% y fallecieron 1%.

Conclusiones: En nuestro centro se emplea un modelo de transición secuencial dentro del mismo servicio, pasando los pacientes de forma continua de la consulta reumatológica infantil a la de transición, ambas a cargo del mismo especialista, quien coordina el equipo multidisciplinar. Las unidades de transición cumplen un papel fundamental para optimizar el manejo de pacientes diagnosticados en la edad pediátrica una vez que alcanzan la adolescencia, favoreciendo su independencia en la vida adulta y la participación activa en el cuidado de su salud. Aunque hay descritos varios modelos de transición, aún se requiere de más estudios para definir cuál es el ideal.

Póster 19

PROCESOS CLAVE (PC) ATENDIDOS EN UNA CONSULTA AMBULATORIA DE REUMATOLOGÍA Y CONSULTAS REVERBERANTES (CR) EN ESPECIALIDADES RELACIONADAS CON ENFERMEDAD MUSCULOESQUELÉTICA (EM)

F. Rey, C. Peña, E. Álvarez, A. Rubio, C. Bonilla, M. Alcalde, A. Rodríguez, M. Blázquez, N. Guzmán, A. Cruz
Servicio de Reumatología, H.U. Severo Ochoa, Avda. de Orellana s/n, 28911, Leganés (Madrid)

Objetivos: Las enfermedades musculoesqueléticas (EM) degenerativas son de carácter crónico y se relacionan con la edad. Sin tratamiento curativo, demandan atención en múltiples ocasiones y especialistas, a veces de forma simultánea. El objetivo del estudio es conocer cuáles son los procesos atendidos con más frecuencia (PC) en nuestro centro de especialidades (MALG) y cuantas citas (consultas reverberantes) en varias especialidades que atienden EM como Traumatología (COT), Rehabilitación (RHB) y Unidad del Dolor (UD) tienen los pacientes. Esto nos ayudaría a planificar una gestión por procesos.

Métodos: Estudio transversal de todas las citas nuevas en las consultas del MALG durante el mes de febrero de 2015. Se revisaron qué citas tenían en COT, RHB y UD en los 12 meses previos a nuestra cita y los 6 meses posteriores (12PRE/6 POST) a la misma. Tras la visita se recogieron las variables demográficas, clínicas y juicio diagnostico al que se había llegado para el análisis.

Resultados: El número total de citados fue de 288, de estos 271 derivados desde atención primaria (AP). No acudieron a la consulta 44, de ellos 12 estaban citados como preferentes, y 32 eran citas normales. De los 44 pacientes que no acudieron, 30 tenían CR que sumaron un total de 95 (76 COT, 12 UD y 7 RHB). Las consultas nuevas atendidas fueron 244 (241 derivados de AP), 120 pacientes tenían CR con un total de 296 (224 COT, 35 RHB y 37 UD).

Conclusiones: La mayoría son derivaciones de AP. Los procesos clave son el hombro doloroso, la osteoporosis y los procesos relacionados con la artrosis. Casi el 50% de los pacientes tiene consultas reverberantes (>4 año) y un 68% en los que no acuden. Estas CR generan listas de espera y bosas de ineficiencia que se pueden mejorar con una gestión organizada por proceso. Los pacientes con PI sufren estas demoras que impiden su diagnóstico y tratamiento precoz.

Póster 20

"INFECCIONES SECUNDARIAS" UN ASPECTO IMPORTANTE EN PACIENTES CON TERAPIA INMUNOSUPRESORA

Samantha Kanaffo Castelblanco; Hospital Universitario Doce de Octubre, C.P. 28041 Madrid/España

Objetivo: El objetivo de este estudio es establecer las diferencias en la incidencia de Infecciones Secundarias en dos poblaciones socio-económicamente y culturalmente diferentes (Bogotá/Colombia y Madrid/España) en pacientes con terapia inmunosupresora, valorando las infecciones mas frecuentes y otras emergentes con riesgo epidemiológico potencial.

Materiales y métodos: Se realizo un estudio retrospectivo, en el que se incluyeron 531 pacientes con diagnostico de: artritis reumatoide(AR), artritis idiopática juvenil(AIJ), espondilitis anquilosante(EA), artritis psoriasica(AP), que recibieron tratamiento inmunosupresor (TI), determinando así la presencia de infecciones secundarias, incluyendo infecciones virales poco frecuentes como: dengue y fiebre por Chicungunya e infecciones parasitarias como la infección por el Trypanosoma Cruzy (CHAGAS) y el Strongyloides.

Resultados y Discusión: De los 531 pacientes, 419/531 correspondían al centro Español(CE) y 112/531 al centro Colombiano(CC); de forma aleatorizada se seleccionaron 121/419 pacientes de España, obteniendo un total de 233 pacientes. De los 233 pacientes la patología mas frecuente fue la AR (66.52%), con una mayor prevalencia en mujeres

(74.67%). El FAME mas utilizado fue el Metotrexate (50.64%) y el tratamiento biológico mas empleado fue el Etanercep (33.04%). La tuberculosis latente fue mas prevalente en el centro Español (19.83%), respecto al colombiano (8.03%), el 100% de los pacientes con esta patología recibieron tratamiento de forma adecuada. Las infecciones virales y parasitarias se presentaron en un 1.71% y en un 0,429% respectivamente.

Conclusión: La terapia Biológica y el uso de FAME, permiten un control de la enfermedad, sin embargo su uso se debe pautar de forma individualizada, ya que aumentan el riesgo de infecciones y por lo tanto la importancia de establecer una correcta anamnesis que incluya migraciones, no solo para tratar las infecciones comunes, sino también para establecer protocolos de screening previo al uso del biológico, que prevengan complicaciones futuras, sin olvidar las patologías poco frecuentes en nuestro medio.

Póster 21

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UN BROTE DE CASOS DE LEISHMANIASIS EN FUENLABRADA EN RELACIÓN CON EL USO DE ANTITNF-ALFA.

Raúl Veiga Cabello, Miguel Cantalejo Moreira. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Camino del Molino, Nº 2. 28942. Fuenlabrada.
Pilar Ahijado Guzmán. Hospital Universitario Infanta Elena. Avda. Reyes Católicos Nº 21. 28340. Valdemoro.

Introducción y objetivos: Los parásitos protozoarios del género Leishmania pueden causar infecciones oportunistas en pacientes en tratamiento con fármacos anti-factor de necrosis tumoral (anti-TNF), por lo que algunos autores recomiendan pruebas serológicas previas de detección en áreas endémicas.
Se produjo un brote de Leishmaniasis cutánea (LC) y visceral (LV) en el área de Fuenlabrada durante el periodo 2010-2012, afectando a pacientes en tratamiento con anti-TNF, por lo que el objetivo del trabajo, fue revisar los casos de Leishmaniais en pacientes en tratamiento con anti-TNF y hacer una revisión de la literatura.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica de casos de Leishmaniasis de pacientes con tratamiento anti-TNF en la literatura, y dentro del departamento de Medicina Interna, Servicio de Infecciosas, del Hospital de Fuenlabrada e Infanta Elena, realizando un análisis descriptivo de los casos obtenidos, con sexo, edad, patología base, anti-TNF utilizado y otros tratamientos acompañantes, y tipo de afectación de la Leishmaniasis.

Resultados: Los casos descritos en la literatura se enumeran la tabla 1.

A partir de Junio de 2009 hasta Julio de 2012, se detectaron 127 casos de LV y 194 de LC en el área de Fuenlabrada, de los que 5 pacientes estaban utlizando anti-TNF: 2 LV en tratamiento con Etanercept (36%) y 3 LC (64%). No se han producido casos en el área de Valdemoro.

El uso de Anti-TNF en el Hospital de Fuenlabrada en ese momento, en porcentajes, se describe en la tabla 2.

Conclusiones: Esta es una pequeña serie, pero la más extensa descrita hasta la fecha, por lo que las conclusiones no pueden ser sólidas. En la literatura hay menos casos con el receptor que con los otros anti-TNF, aunque desconocemos tasas locales de utilización, cosa que nuestros resultados, con tasas de uso, no confirman. Llama la atención que no hay Leishmaniasis en enfermedad inflamatoria intestinal con anti-TNF, que podría sugerir la implicación del tratamiento concomitante, en concreto el metotrexato. Éste fármaco está implicado en casos más severos, no suele utilizarse en la enfermedad inflamatoria intestinal, y de forma aislada ha provocado 3 casos adicionales de LV y 1 de LC en nuestro área.

La utilización de test serológicos de detección de Leishmaniasis en áreas endémicas, previas al uso de anti-TNF, no parece ser útil, y dado el carácter intracelular, esperamos la llegada de una "Leishmanina". Y por otro lado, está sin respuesta cuando reintroducir el anti-TNF una vez tratado y recuperado el paciente.

Table 1. Number of detected cases of leishmaniasis in the literature (L) and cases in Fuenlabrada Hospital (FH) according to rheumatic condition and TNFα inhibitor.

Case	Sex	Age	Condition	anti-TNF	CL/ VL	Other treatment	Publication/ Clinical Details
1 (L)	M	55	AS	IFX	CL	MTX	Emerg Infect Dis, 2009;15:956-959.
2 (L)	F	71	Giant Cell Arteritis	IFX	VL	metil-PRED, MTX	Emerg Infect Dis, 2009;15:956-959.
3 (L)	M	45	PsA	IFX	VL	MTX, Corticosteroids	Clin Rheumatol, 2008; 27:541–542
4 (L)	M	63	PsA	IFX	VL	MTX	Clin Exp Rheum 2009;27:503-506
5 (L)	M	55	PsA	IFX	VL	*No details*	Enferm Infecc Microbiol Clin, 2004; 22:310
6 (L)	M	60	RA	ADA	VL	MTX, PRED (prior treatment discontinued)	Joint Bone Spine, 2010;77:271–273
7 (L)	F	69	RA	ADA	VL	MTX, corticosteroids	Reumatismo, 2007; 59:235-239
8 (L)	F	77	RA	IFX	VL	MTX, PRED (prior treatment discontinued)	J Clin Rheumatol, 2010;16: 38-39.
9 (L)	M	50	RA	*No details*	VL	MTX, corticosteroids	An Med Interna 2003;20:276–7.
10 (L)	F	53	RA	INF	VL	Azathioprine, corticosteroids	Clin Exp Rheumatol. 2005;23:891–2
11 (L)	F	60	RA	ETN	VL	CSA, corticosteroids, anakinra	Clin Rheumatol. 2007;26:1344-5
12 (L)	F	69	RA	ADA	VL	MTX, DMARDs	Med J Aust 2013; 198: 331-333.
13 (L)	F	8	JIA, uveitis	IFX	VL	corticosteroids	J Fr Ophtalmol 2012 Nov;35(9):695-9
14 (L)	M	48	AS, uveitis	IFX	CL	*No details*	J Fr Ophtalmo. 2012; 35:695-9
15 (L)	F	36	AS	ADA	CL	MTX	Rev Bras Reumatol 2012; 52:447-52.
16 (L)	F	56	RA	ADA	CL	MTX corticosteroids	Acta Derm Venereol 2009;89:432-3
17(L)	M	31	AS	IFX	CL	*No details*	Am J Trop Med Hyg 2009;81:52-54
18 (L)	F	69	RA	ADA	VL	MTX, PRED	Rheumatology 2006; 45: 1446-1448.
19 (FH)	M	54	PsA	ETN	VL	MTX, SSZ (prior, discontinued)	
20 (FH)	F	61	PsA	ADA	CL	Prior: EFA, ETN MTX, SSZ (prior, discontinued)	Prior anti-TNF agents: EFA, ETN (Adverse effects)
21 (FH)	F	64	RA	ADA	CL	MTX (discontinued)	non-necrotizing granulomatous disease
22 (FH)	M	32	PsO (not rheum.)	IFN	CL	MTX, CSA Acitetrin	
23 (FH)	F	55	RA	ETN	VL	MTX PRED Folic Acid	ETN and MTX discontinued 1 mo before: myelodisplasic syndrome.

AR, rheumatoid arthritis; AS, ankylosing spondylitis; JIA, juvenile idiopatic arthritis; PsA, Psoriatic arthritis; PsO, Psoriasis; ADA, adalimumab, ETN, etanercept; EFA, efalizumab; IFX, infliximab; MTX, methotrexate, PRED, prednisone; SSZ, sulphasalazine; CSA, Cyclosporine A

Table 2. frequency of use of TNFα in Fuenlabrada Hospital for different conditions

	Etanercept	Adalimumab	Infliximab	Golimumab	Certolizumab
Rheumatoid Arthritis (RA)	10.43	2.37	2.37	0.47	5.21
Psoriatic Arthropathy (PsA)	5.69	2.37			
Ankylosing Spondylitis (AS)	7.58	8.06	1.9	4.74	5.69
Cutaneous psoriasis	4.74	5.69	1.9		
Ulcerative colitis	0		3.32		
Crohn disease	0	8.06	13.74		
Juvenile arthritis	0.95				
Compassionate use	0.95	3.32	0.47		

*In all cases identified in the literature anti TNF treatment was combined with methotrexate, except the AR case with infliximab, that was combined with azathioprine.

Póster 22

DESARROLLO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATIAS TRAS EL INICIO DE TERAPIA BIOLÓGICA. DECRIPCIÓN DE 5 CASOS

María Llop Vilaltella, Javier Bachiller Corral, Antonio López-San Román, Mónica Vázquez Díaz.
Servicio de Reumatología Hospital Universitario Ramón y Cajal. Carretera de Colmenar Viejo Km 9,100. 28049. Madrid.

Introducción: Los fármacos anti-TNF se utilizan en diferentes enfermedades inflamatorias crónicas. Pero durante su uso se ha comunicado la aparición de efectos secundarios paradójicos, como son la psoriasis, la uveítis y la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). En concreto se han publicado casos de debut de EII tras el inicio de la terapia anti-TNF, fundamentalmente pacientes con espondiloartropatías tratados con adalimumab y etanercept (ETN). Se sabe que etanercept no controla adecuadamente la actividad inflamatoria de la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU), por lo que a diferencia de otros anti-TNF no tiene indicación de uso en EII.

Objetivo: Describir las características clínicas de los pacientes de nuestra cohorte hospitalaria que desarrollaron EII tras el inicio de terapia biológica.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de todos los pacientes con terapias biológicas del Servicio de Reumatología de nuestro hospital. Se incluyeron 853 pacientes que en total habían recibido 1184 tratamientos biológicos. De ellos se seleccionaron los pacientes que durante el seguimiento habían presentado clínica intestinal y biopsia de mucosa intestinal compatible con EII. Se describieron las características clínicas de los pacientes seleccionados mediante revisión de sus historias clínicas.

Resultados: Se encontraron 5 pacientes con desarrollo de EII tras el inicio de la terapia biológica. Eran 3 mujeres y 2 varones con una edad media de 41 años (rango 23-56 años) en el momento del diagnóstico. Todos los pacientes pertenecían al grupo diagnostico de espondiloartritis (4 pacientes con espondilitis anquilosante y 1 paciente con espondiloartritis indiferenciada) y todos ellos con HLA B27 (+). En 2 de los 5 casos existían antecedentes familiares de EII. Todos los pacientes estaban en tratamiento con ETN. La EII fue EC en 3 casos y CU en 2. El tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta el desarrollo de EII fue variable, entre 2 y 60 meses. Sólo 1/5 había recibido previamente otro anti-TNF (Adalimumab). Un paciente debuto con perforación intestinal y el resto con diarrea. En los cinco pacientes se cambio el ETN por otro anti TNF con evolución favorable de la EII en 4 casos mientras que en otro fue preciso tratar con dosis altas de infliximab durante 8 meses hasta controlar la proctitis.

Conclusiones: En nuestra serie de casos, 3 pacientes desarrollaron Enfermedad de Crohn y 2 Colitis Ulcerosa en el contexto de espondiloartritis tratada con ETN. El antecedente familiar de EII y el tipo de terapia biológica podrían ser factores relacionados con la aparición de esta enfermedad. Son necesarios más estudios para confirmarlo e identificar subgrupos de pacientes con mayor predisposición a desarrollar EII.

Póster 23

INMUNOSUPRESIÓN Y FRECUENTACIÓN EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA HOSPITALARIA

C. Peña, F. Rey, E. Álvarez, A. Rubio, C. Bonilla, M. Alcalde, A. Rodríguez, M. Blázquez, A. Cruz
Servicio de Reumatología, H.U. Severo Ochoa, Avda. de Orellana s/n, 28911, Leganés (Madrid)

Objetivos: Los pacientes con enfermedad reumatológica inflamatoria (ERI) son pacientes crónicos que precisan seguimiento a largo plazo y en los que diagnóstico precoz y control estrecho de su enfermedad ha demostrado que mejoran su pronóstico. Estos pacientes precisan fármacos modificadores del curso de su enfermedad (FAME), corticoides y terapias biológicas (TB) para su controlar. Deben por tanto considerarse en muchos casos como inmunodeprimidos. Presentan frecuentes problemas de seguridad que debemos controlar y coordinar con otros niveles asistenciales y precisan controles periódicos de toxicidad. El objetivo del estudio es conocer las características, inmunosupresión y frecuentación, que tienen nuestros pacientes de la consulta hospitalaria, donde mayoritariamente se atienden pacientes con ERI, para planificar mejores estrategias y controles de seguridad.

Métodos: Estudio transversal de una muestra recogida durante dos semanas en los meses de marzo y abril de 2015 de los pacientes que acudieron a las consultas de reumatología del HUSO. Las variables demográficas, clínicas, juicio diagnostico y tratamiento fueron recogidos y analizadas. Se recogió también el número de consultas en el año previo.

Resultados: El total consultas atendidas fue 230, con una media de 14 pacientes por consulta. 70% eran mujeres con una edad media de 59 años. Las patologías atendidas son fundamentalmente ERI (88%) y el resto 12% de otras patologías (mecánicas y enfermedades metabólicas). En la muestra recogida, el 61% de los pacientes analizados está tomando al menos un FAME, un 58% que ha tomado otros FAME previamente (que se han retirado por toxicidad, ineficacia o, excepcionalmente, por remisión mantenida). El 37% toma corticoides, el 20% está con un TB en la actualidad y un 13% han tenido otro TB previo (que igualmente se retiró, por toxicidad, ineficacia o excepcionalmente por remisión mantenida). El 43% de los pacientes llevan más de 10 años de seguimiento y 46% de 1-10 años y 11% menos de 1 año. La media de consultas médicas es 3,6 /año y de enfermería 0,44/ año.

Conclusiones: En nuestra cónsula hospitalaria atendemos pacientes cónicos, 89% más de un año de evolución. Fundamentalmente con ERI (88%) e inmunodeprimidos (FAME 61%, corticoide 37% y TB 20%). Estos pacientes son crónicos complejos y por su patología y tratamiento. Requieren unas 4 visitas/año para los controles de su enfermedad y seguridad.

Póster 24

RITUXIMAB EN PACIENTES CON QUERATITIS ULCERATIVA PERIFÉRICA (PUK) REFRACTARIA A TRATAMIENTO CONVENCIONAL ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

L. Cebrián[1], T. Navío[1], L. Lojo[1], MA. Matías[1], M Casal[2], MJ León[2]
Sección de Reumatología[1], S. Oftalmología[2]. Hospital Universitario Infanta Leonor. Gran Vía el Este 80, 28031 Madrid.

Introducción: La queratitis ulcerativa periférica es una inflamación y ulceración de la córnea que suele aparecer en personas que padecen enfermedades del tejido conectivo como la artritis reumatoide. Presentamos dos pacientes con artritis reumatoide con FR y antiCCP +, que desarrollaron una queratitis ulcerativa periférica refractaria y que fueron tratados con rituximab con buena respuesta ocular y articular.

Presentación clínica: Primer caso clínico: Mujer de 44 años diagnosticada de ojo seco en seguimiento por oftalmología, y artritis reumatoide en Agosto 2011 con FR y antiCCP +, antiSSA +. Inicialmente recibió tratamiento con corticoides e hidroxicloroquina siendo suspendido por intolerancia. Posteriormente recibió tratamiento con metotrexate a dosis crecientes hasta 20 mg semanales con buena respuesta desde el punto de vista articular. En Mayo 2014 la paciente presenta queratitis ulcerativa periférica (PUK) con mala respuesta a dosis altas de corticoides, ciclosporina tópica, tapones lagrimales y lente terapéutica, con riesgo de perforación inminente, por lo que se decide iniciar tratamiento con rituximab a las dosis habituales para la AR, con importante mejoría de las lesiones corneales y manteniendo el control de los síntomas articulares.
Segundo caso clínico: Varón de 58 años diagnosticado de ojo seco y úlcera corneal periférica OI en Diciembre 2010, con FR y antiCCP +, sin clínica articular en ese momento. En Mayo 2012 presenta poliartritis simétrica con FR y antiCCP +, siendo diagnosticado de AR, y tratado con corticoides y metotrexate a dosis crecientes hasta 15 mg semanales, desarrollando en Enero 2014 PUK, por lo que se aumentó la dosis de metotrexate a 20 mg semanales junto con corticoides orales a dosis altas sin mejoría ocular por lo que se inició tratamiento con rituximab alcanzando buena respuesta ocular y articular.

Conclusión: En pacientes con artritis reumatoide el desarrollo de una queratitis ulcerativa periférica es una manifestación sistémica poco frecuente pero grave que requiere la intensificación del tratamiento sistémico inmunosupresor para su control. La utilización de rituximab parece ser una alternativa terapéutica eficaz en el tratamiento de las queratitis refractarias al tratamiento convencional manteniendo la respuesta articular en pacientes con artritis reumatoide.

Póster 25

RADIOTERAPIA DE BAJA DOSIS EN OSTEOARTRITIS DEGENERATIVA DOLOROSA

Payano Hernandez S., Montero Luis A., Valero Exposito M., Rodriguez Rubio S., Amil Casas I., Gonzalez Martin J., Aramburu Muñoz F., Blázquez Cañamero M., Calvo Aranda E., Sifuentes Giraldo W., Marin Huertas C., Sanguesa Gomez C., Ruiz Gutierrez L., Polo y La Borda Chumpitaz J., Valero Albarran J., Sanchez Saugar E., Lopez Gonzalez M., Hernando Requejo O., Garcia-Aranda M., Chen X., Álvarez Rodríguez B., Rubio Rodriguez C., Garcia De La Peña Lefebyre P.
Hospital Universitario Madrid Sanchinarro

Introducción: Evaluar la eficacia y seguridad de la radioterapia antiálgica en artrosis degenerativa refractaria al tratamiento habitual.

Material y métodos: Entre el 01/04/2015 y 30/09/2015 se incluyeron 11 pacientes (13 localizaciones), 10 mujeres y 1 hombre, con una mediana de edad de 69 años (rango 43-89). El tratamiento consistió en radioterapia conformada mediante planificación 3D con TC que incluyó la articulación afecta y los tejidos blandos periarticulares, administrando una dosis total de 6 Gy con fraccionamiento de 1 Gy 3 días/semana. La intensidad del dolor se evaluó previo al tratamiento, a la finalización del mismo y en las revisiones sucesivas mediante la Escala Aanalógica Visual (EVA). Las localizaciones tratadas fueron: (6 bursitis, 7 artrosis): 4 trocanteritis, 5 rodillas, 1 rizartrosis del pulgar izquierdo, 2 articulaciones metacarpofalángicas, y 1 epicondilitis derecha.

Resultados: Mediana de seguimiento: 3 meses (rango 0-6 meses). Valores medianos de EVA: pretratamiento 7 (rango 4-9); post-tratamiento 2 (rango 0-7). En 3 casos con respuesta parcial escasa o sin respuesta se realizó un segundo tratamiento idéntico a las 8 semanas. La mayoría de los pacientes redujo la frecuencia de toma de medicaciones analgésicas, la percepción subjetiva de mejoría del dolor fue en el 88% de los pacientes. No se observó complicaciones asociadas al tratamiento de radioterapia.

Conclusión: La radioterapia es efectiva para el tratamiento de enfermedades benignas degenerativas, con mínimos efectos secundarios y a un bajo coste. Es un tratamiento con resultados excelente para estas patologías en comparación con la cirugía y otros métodos convencionales.

Este estudio confirma la eficacia antiinflamatoria de la radioterapia a bajas dosis.

Póster 26

LISINURIA CON INTOLERANCIA A PROTEINAS: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

Cristina Sobrino Grande, Walter Alberto Sifuentes Giraldo, Diana Botello Corzo, Amaya Belanguer Quintana, María Luz Gámir Gámir
Unidad de Reumatología Pediátrica - Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra. Colmenar Viejo Km. 9,100, 28034, Madrid

Introducción: La lisinuria con intolerancia a proteínas (LIP) es una enfermedad genética autosómica recesiva rara, que condiciona una inadecuada absorción intestinal de aminoácidos cationicos (AA+) y una elevada excreción renal de los mismos.

Presentación clínica: Describimos los casos de 2 hermanos de origen marroquí, portadores de la misma mutación en homocigosis (p.Arg410Ter) del gen SCL7A7, implicado en la expresión del transportador de AA+.
Caso 1: Niño de 7 años con antecedentes de síncopes antes de los 2 años de edad y acropaquias. Posteriormente desarrolló retraso pondero-estatural grave, hepatoesplenomegalia y rechazo a ingesta de alimentos proteicos. Se trató sin éxito con hormona del crecimiento. A los 6 años presentó fractura en tallo verde de cúbito y radio izquierdos. La densitometría evidenció osteoporosis lumbar grave (Z-score: -3,94). En la analítica destacaba hipoaminoacidemia (↓AA+), hipertrigliceridemia e hiperferritinemia moderadas, sin citopenias. En los últimos controles se detectó proteinuria en probable relación con tubulopatía. Tras realizar el diagnostico de LIP se instauró tratamiento con restricción dietética y suplementos, presentando mejoría de los parámetros analíticos y encontrándose actualmente asintomático.
Caso 2: Niña de 6 años, diagnosticada de LIP tras detectar la mutación genética en su hermano. Había presentado episodios de bajo del nivel de conciencia, hepatoesplenoegalia leve y rechazo a alimentos proteicos tras retirada de lactancia materna. Posteriormente desarrolló fracturas de tibia, peroné y supracondílea izquierdas. Su crecimiento había sido normal pero también tenía osteoporosis lumbar grave (Z-score: -3,54). Analíticamente mostraba hipertrigliceridemia e hiperferritinemia leve/moderadas, que se normalizaron tras iniciar el tratamiento.

Comentarios: Los pacientes con LIP presentan un cuadro clínico caracterizado por alteraciones multiorgánicas a nivel musculoesquelético, renal, pulmonar, gastrointestinal y sistema nervioso central, algunas de ellas potencialmente fatales. El compromiso pulmonar grave (proteinosis alveolar, fibrosis y/o hemorragia alveolar), así como el síndrome de activación macrofágica, deben sospecharse en casos con clínica compatible.

Póster 27

OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (OHB) COMO TRATAMIENTO ADYUVANTE EN ESPONDILODISCITIS POR MYCOBACTERIUM AVIUM ATÍPICO MULTIRRESISTENTE

Moreno Fresneda, Pablo; García Lorenzo, Elena; Martínez-Quintanilla Jiménez, Dolores; Merino Meléndez, Leticia; Llorente Cubas, Irene María; Gutiérrez Liarte, Ángela; Brinquis Crespo, Miguel Ángel; Ortiz García, Ana María; González Álvaro, Isidoro; Tomero Muriel, Eva; Humbría Mendiola, Alicia; Patiño Ruiz, Esther.
H. U. La Princesa, Calle Diego de León, 62. CP. 28006 Madrid

Introducción: Las infecciones por mycobacterias multiresistentes constituyen un desafío terapéutico, agravado con frecuencia por la toxicidad de una politerapia prolongada. En el caso de espondilodiscitis y osteomielitis crónicas, la evolución se complica por el ambiente hipóxico y casi inaccesible a los antibióticos. La OHB se ha demostrado eficaz en casos de osteomielitis crónicas refractarias, como tratamiento complementario a la antibioterapia y la cirugía.

Presentación clínica: Mujer de 70 años con Síndrome de Sjögren primario complicado con queratitis ulcerativa periférica de 30 años de evolución por el que ha recibido múltiples tratamientos inmunosupresores (metotrexate, hidroxicloroquina, azatioprina y rituximab), que acude a urgencias por lumbalgia refractaria de características mixtas (predominantemente inflamatoria) de 3 meses de evolución y signos de compresión radicular. Se realiza RM lumbar inicial donde se observan datos radiológicos de espondilodiscitis L5-S1 y sacroileitis izquierda con colección líquida, visualizando en líquido sinovial aspirado bacilos ácido-alcohol resistentes, por lo que se inicia tratamiento con tuberculostáticos habituales. En RM de control realizada por mala evolución clínico-analítica y con progresión del déficit neurológico compatible con síndrome de cola de caballo, se objetiva aumento de la discitis en los espacios L2-L3 y L5-S1 con masa de partes blandas prevertebral y epidural anterior izquierda que desplaza las raíces de la cola de caballo y con progresión de la sacroileitis bilateral. La paciente requiere cirugía descompresiva en dos ocasiones, tomándose muestras para microbiología y anatomía patológica en las que se aísla 6 semanas después Mycobacterium Avium Multirresistente sensible únicamente a claritromicina, linezolid y cicloserina. La evolución es tórpida, con múltiples complicaciones farmacológicas (alteración hepática por macrólido, citopenias y alteraciones neuropsiquiátricas por cicloserina). Todo ello obliga a disminuir la dosis y suspender la cicloserina. Ante la mala evolución tras varios meses de tratamiento con antibiótico, de acuerdo con el Servicio de Enfermedades Infecciosas, se inicia tratamiento con OHB, realizándose 50 sesiones con control de la progresión de la discitis y de la sintomatología.

Conclusiones: A pesar de tratarse de una terapia poco convencional y con indicaciones restrictivas, el tratamiento coadyuvante con OHB podría ser útil en casos de espondilodiscitis crónicas refrcatarias a tratamiento convencional.

Póster 28

EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD, A LOS 12 MESES DE TRATAMIENTO CON CERTOLIZIMAB PEGOL DE UNA COHORTE DE 36 PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE DIFERENTES HOSPITALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Lamúa, JR[1], Aragón A[2], Veiga, R[3], Navarro P[4], Sánchez C[5], Castro, P[6].
H del Henares[1], H U de Getafe[2], H de Fuenlabrada[3,4], H del Sureste[5], H Infanta Cristina[6]. Avda Marie Curie, 28822 Coslada[1], Carr. Madrid - Toledo, Km 12,500, 28905 Getafe[2], Comunidad de Madrid 10, 28944 Fuenlabrada[3,4], Ronda del Sur, 10, 28500 Arganda del Rey[5], Avenida 9 de junio, 2, 28981 Parla[6]

Introducción: Certolizumab Pegol (CZP) es un fármaco anti-TNF que ha demostrado eficacia clínica y seguridad en ensayos controlados en artritis reumatoide (AR).

Objetivo: Evaluar datos de efectividad y seguridad de CZP en la práctica clínica habitual, tras 12 meses de tratamiento. Determinar el impacto que supone CZP sobre tratamientos concomitantes del paciente.

Métodos: Se evaluaron datos demográficos y clínicos de los pacientes con AR, variables de respuesta y seguridad, número de FAMEs previos, número de biológicos previos, fecha de inicio y fin del tratamiento con CZP y tratamientos administrados. Además se recogió información basal, a los 3, 6 y 12 meses sobre: uso y dosis de corticoides, nº de articulaciones dolorosas, inflamadas, EVA del paciente y parámetros de laboratorio. Para medir las variaciones a lo largo del periodo de observación se han utilizado el test de Friedman o el test de Cochran, según si las variables eran cuantitativas o dicotómicas respectivamente. Para estudiar las variaciones de la visita a 3 meses, 6 meses y 12 meses respecto a la situación basal se han utilizado el test de Wilcoxon o el test de McNemar, según si las variables eran cuantitativas o dicotómicas respectivamente. Los pacientes respondedores se definen de 3 formas: ∇ DAS28>1.2 puntos, Respuesta EULAR buena/moderada y ∇SDAI>16 puntos. El valor de significación estadística se establece en $p<0.05$.

Resultados: 36 pacientes con AR tratados con CZP (72,2% mujeres, edad media 50,5 años, tiempo de evolución medio de la AR es de 7,7 años, 73,5% FR+, 69,2% aCCP+, media DAS 28 basal 4,9). El 63,9% de los pacientes no había recibido

ningún biológico previo. El 86.1% de pacientes habían recibido al menos un FAME previo al inicio de CZP. En cuanto a la actividad de la enfermedad, el índice DAS28 varió significativamente durante el periodo de observación ($p<0.001$) respecto a la situación basal, el descenso en el DAS28 se observó a los 3, 6 y 12 meses ($p<0.001$). A los 12 meses el 41,7 y el 11,1% de los pacientes alcanzaron remisión y baja actividad de la enfermedad respectivamente. Respecto a la situación basal, el descenso en el índice SDAI se observó a los 3, 6 y 12 meses ($p<0.001$). En cuanto a los criterios de respuesta estudiados a los 12 meses (DAS28, EULAR, SDAI) se observaron tasas de respuesta del 58,3; 63,9 y 55,9 % respectivamente. No se registraron efectos adversos graves. Se obtuvo una variación significativa en la dosis de corticoides a lo largo del tiempo ($p<0.001$). Respecto a la situación basal, esta reducción se observó tanto a los 3 meses ($p=0.012$) como a los 6 meses ($p=0.002$) y a los 12 meses ($p=0.004$).

Conclusiones: Nuestra cohorte de pacientes con AR tratados con CZP consiguen a los 12 meses de tratamiento mantener una reducción significativa de la actividad de la enfermedad, conservando un buen perfil de seguridad y permitiendo una reducción significativa de la dosis de corticoides empleados.

Premios Armando Laffon

1. PREMIO AL MEJOR TRABAJO EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA

- Efficacy and safety of rituximab in the treatment of non-renal systemic lupus erythematosus: A systematic review.

Tatiana Cobo-Ibáñez, Estíbaliz Loza-Santamaría, José María Pego-Reigosa, Alejandro Olivé Marqués, Íñigo Rúa-Figueroa, Antonio Fernández-Nebro, Rafael Cáliz Cáliz, Francisco Javier López Longo, Santiago Muñoz-Fernández
Seminars in Arthritis and Rheumatism 44 (2014) 175-185

2. PREMIO AL MEJOR TRABAJO EN INVESTIGACIÓN BÁSICA

Este premio ha quedado desierto al no participar ningún trabajo en esta categoría.

3. PREMIO AL MEJOR TRABAJO BÁSICO Y CLÍNICO DE RESIDENTES:

Este premio ha quedado desierto al no participar ningún trabajo en esta categoría.

Mejor trabajo clínico

Seminars in Arthritis and Rheumatism 44 (2014) 175–185

Contents lists available at ScienceDirect

Seminars in Arthritis and Rheumatism

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

Efficacy and safety of rituximab in the treatment of non-renal systemic lupus erythematosus: A systematic review

Tatiana Cobo-Ibáñez, MD, PhD[a,*], Estíbaliz Loza-Santamaría, MD[b], José María Pego-Reigosa, MD, PhD[c], Alejandro Olivé Marqués, MD, PhD[d], Íñigo Rúa-Figueroa, MD[e], Antonio Fernández-Nebro, MD, PhD[f], Rafael Cáliz Cáliz, MD[g], Francisco Javier López Longo, MD, PhD[h], Santiago Muñoz-Fernández, MD, PhD[a]

[a] Rheumatology Department, Hospital Universitario Infanta Sofía, Paseo de Europa, 34, San Sebastián de los Reyes 28702, Madrid, Spain
[b] Institute for Musculoskeletal Health, Madrid, Spain
[c] Rheumatology Department, Vigo, Department, Instituto de Investigación Biomédica de Vigo (IBIV), Vigo, Spain
[d] Rheumatology Department, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, Spain
[e] Rheumatology Department, Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, Spain
[f] Rheumatology Department, Hospital Regional Universitario de Málaga, Universidad de Málaga, Instituto de Investigación biomédica de Málaga (IBIMA), Málaga, Spain
[g] Rheumatology Department, Hospital General Universitario Virgen de las Nieves, Granada, Spain
[h] Rheumatology Department, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Spain

ARTICLE INFO

Keywords:
Systemic lupus erythematosus
Rituximab
Systematic review

ABSTRACT

Objective: To analyse the efficacy and safety of rituximab in the treatment of non-renal systemic lupus erythematosus (SLE).

Methods: We systematically searched MEDLINE, EMBASE and the Cochrane Central Register of Controlled Trials up to June 2013. The following were the selection criteria: (1) adult patients with SLE, (2) rituximab treatment, (3) placebo or active comparator, (4) outcome measures assessing efficacy and/or (5) safety. Meta-analysis, systematic literature reviews, randomised control trials (RCT), open clinical trials and cohort studies were included.

Independent extraction of articles by 2 authors using predefined data fields was performed. The quality of each study was graded using the Oxford Levels of Evidence and Jadad's scale.

Results: A total of 26 articles met our inclusion criteria: one RCT and its exploratory analysis, 2 open studies and 22 cohort studies, which analysed 1,231 patients. Overall, patients had active disease refractory to steroids and/or immunosuppressant drugs. Acceptable evidence suggested improvements in disease activity, arthritis, thrombocytopaenia, complement and anti-dsDNA, with a steroid-sparing effect. But relapses of disease were demonstrated too. Weak evidence suggested a response in anaemia, cutaneous and neuropsychiatric manifestations. Available evidence revealed few major adverse events. Studies had medium methodological quality and in general were applicable to current practice.

Conclusion: Rituximab has been shown to be safe and effective in the treatment of non-renal SLE, especially in terms of disease activity, immunologic parameters and steroid-sparing effect. However, it can only be recommended for organ-specific manifestations such as arthritis and thrombocytopaenia. High-quality studies are needed in order to consider the long-term effects of re-treatment on different organ-specific manifestations.

© 2014 Elsevier Inc. All rights reserved.

Índice de Autores

A

Abasolo L 8, 11
Aguado P 15, 17
Ahijado P 24
Ahijon M 13
Albarran F 19, 20
Alcalde M 23, 26
Almodóvar R 7
Alvarez B 27
Álvarez E 17, 21, 23, 26
Álvarez de Mon M 19, 20
Aragón A 28
Arietti L 9, 11
Arribas F 15
Arriola P 9

B

Bachiller J 25
Balsa A 8, 10, 13, 15, 17
Barbadillo MC 7
Belanguer A 27
Beltrán-Catalán E 6
Blanco R 6
Blázquez M 23, 26
Bohórquez C 19, 20
Bonilla C 26
Bonilla G 8, 10, 13, 15, 17, 20, 23
Borges P 22
Botello D 27
Bouruncle C 22
Brinquis MA 28

C

Caliz R 30
Caloto T 16
Cantalejo M 21, 24
Carmona L 16
CarrascoJM 6
Carreira P 10, 16
Casal M 26
Castelló A 6
Castro P 6, 28
Cebrián L 6, 26
Cereijo JE 18
Cerrolaza M 8
Cobo T 7
Cobo-Ibáñez T 30
Collado P 17, 21
Cordero-Coma M 6
Cruz A 17, 21, 23, 26
Cuende E 19, 20

CH

Chen X 27

D

De la Puente C 12
De las Heras E 12
De Miguel E 20
Diaz A 21
Díaz-Antón B 10
Díaz-Valle D. 6
Díaz-Valle T. 6
Diego C 8
Díez J 8, 10, 13

E

Escribano P 10, 16
Esteban M 6

F

Fernández-Espartero C 6
Fernández-Gutiérrez B 11
Fernández-Nebro A 30
Fonollosa A. 6
Francisco F. 6
Franco K 20
Freites D 9, 11

G

Gamir ML 12, 22, 27
García C 6
García de Yébenes MJ 7
García E 28
García-Aranda M 27
García de la Peña P 7
García-Lorenzo E 18
García-Vadillo JA 18
Garrote S 22
Gómez A 6, 9, 11
Gómez-Carrera L 15
González CM 16
González I 8, 28
González L 6
González-Alvaro I 18
Guillen C 14, 18
Gutiérrez A 28
Guzmán N 23

H

Hernández MªV 6

Hernández-Garcella M. 6
Hernando O 27
Hidalgo V 20
Humbria A 28

J

Jiménez A 6, 12
Jiménez C 10, 16
Jóven B 7, 10
Jover JA 8, 11
Jurado T 8, 10, 13

K

Kanaffo S 23

L

Lamana A 8
Lamua JR 28
Larena C 7
León C 9, 11
León MJ 26
Llop MA 22, 25
Llorente I 7, 18, 28
Llorente J 6
Lojo L 6, 7, 26
López FJ 30
López M 27
López-Fernández MI 18
López-Longo FJ 7
López-San Román A 25
Loza E 10
Loza-Santamaría E 30

M

Maldonado V 7, 13
Martín M 6, 10, 16
Martín MD 6
Martínez N 13
Martínez-Becerra MJ 22
Martínez-Costa L 6
Martínez-Quintanilla D 28
Martín-Mola E 8, 10, 13, 15, 17, 20
Matías MA 26
Méndez-Fernández R 6
Merino C 16
Merino L 18, 28
Monjo I 8, 10, 13
Montero A 27
Morado I 11
Moral E 8, 10, 13, 15
Moreno P 28
Moruno H 7, 19, 20
Movasat A 19, 20
Muñoz-Fernández D 30
Muñoz-Fernández S 6

N

Navarro P 21, 28
Navarro V 15
Navío T 6, 26
Nuño L 7, 8, 10, 13

O

Olivas O 10, 16
Olive A 30
Ortíz A 8, 28

P

Paredes B 8, 10, 13
Pascual-Salcedo D 8, 10, 13, 15
Patiño E 28
Pato E 6, 9
Payano S 27
Pego-Reigosa JM 30
Peiteado D 8, 10, 13, 20
Pelegrín C 6
Peña C 17, 21, 23, 26
Pérez A 19, 20
Pieren A 8, 10, 13, 15, 17, 20
Plasencia C 8, 10, 13, 15

Q

Quezada C 16

R

Ramiro S 10, 13
Ramos J 16
Rey F 17, 21, 23, 26
Reyes M 6
Richi P 6
Rodríguez A 23, 26
Rodríguez L 8, 9, 11
Rodríguez M 16
Rodríguez R 21
Rodríguez-Serrano DA 18
Romero ML 19, 20
Rosales Z 9
Rua-Figueroa I 30
Rubio A 17, 21, 23, 26
Rubio C 27
Ruiz L 7

S

Saa C 6
Salazar González F 8
Salido M 6
Sánchez AI 19, 20
Sánchez C 28
Sánchez E 27
Sánchez-Alonso F 6
Sánchez-Pernaute O 22
Santacruz L 22

Sanz D 6
Schlinker A 20
Silvestre G 18
Sobrino C 12, 22, 27
Soudah E 8

T

Terán M 14, 22
Thuissard IJ 6
Toledano E 8
Tomero E 28
Tornero C 8, 10, 13, 15, 17
Turrión AI 19, 20

V

Valero J 27
Valls E 6
Vazquez M 13, 25
Vegas MC 22
Veiga R 21, 24, 28
Velasquez C 13
Villalba A 8, 10, 13
Villalobos L 12

X

Xifuentes WA 12, 13, 22, 27

Y

Yuste J 6

Fotografía: Alberto Díaz Oca

sorcom