Anales de Reumatología

vol. 2 / nº 4

XX CONGRESO de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid

Madrid, 1 y 2 de diciembre de 2016

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

sorcom

Sumario

Comité Editorial pág. 03

Editorial pág. 05

Comunicaciones Orales 2016 pág. 06

Pósters 2016 pág. 13

Índice de Autores pág. 39

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 Perez Gómez
- **Presidente Electo:** Vacante
- **Vicepresidenta:** Carmen Barbadillo Mateos
- **Secretario General:** José Campos Esteban
- **Tesorero:** Eugenio de Miguel Mendieta

Vocales:

- Carlos Acebes Cachafeiro
- Enrique Calvo Aranda
- Alberto Díaz Oca
- Beatriz Joven Ibáñez
- Teresa Navío Marco
- Alejandro Prada Ojeda
- Ana Rodríguez García
- Luis Rodríguez Rodríguez
- Eva Tomero Muriel
- Marta Valero Expósito

Editorial

El túnel del tiempo: Todo camba, todo queda

En un mundo globalizado y con unos niveles de conectividad que a veces borran las fronteras del individuo, los problemas también se han hecho comunes a casi todos los estamentos y organizaciones. Mantener el difícil equilibrio entre el pasado y el futuro, entre la tecnología y el humanismo, entre la ciencia y el arte, entre la solidaridad y los derechos individuales, es cada día más difícil o al menos más confuso. Los avances y cambios son tan rápidos que a veces no podemos percibirlos, superan nuestra capacidad de discriminar.

Asumir la situación facilita en cierta medida afrontarla, y las sociedades científicas son un buen canalizador y catalizador de estos flujos, a veces turbulentos.

La Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid ha servido desde su fundación como nexo entre el presente y el pasado. Es importante que los reumatólogos jóvenes sepan de dónde venimos, y aprendan a valorar el legado de los "clásicos". Por otra parte, es fundamental la implicación de las nuevas generaciones en el funcionamiento de la SORCOM, para continuar manteniéndola y para introducir poco a poco su ilusión y también la tecnología y su visión del mundo.

Y a pesar de la agresividad del mundo exterior, la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid sigue siendo un lugar acogedor, exento de conflictos, que recoge inquietudes y voluntades, novedades e iniciativas de sus socios y que es mantenida con un especial afecto en la independencia e ingenuidad de todos nosotros. Preservar este carácter es el cometido de los que asumimos su mantenimiento, en un intento de devolver al menos algo de lo que consideramos nos han regalado nuestros antecesores.

Y el agradecimiento por el trabajo de los demás, la admiración hacia nuestros maestros y la esperanza en el futuro son sentimientos que no deberían cambiar jamás, ni siquiera en el siglo XXI.

Ana Pérez Gómez
Presidenta de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid

Comunicaciones orales

Comunicación 01

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS ASOCIADAS A CÁNCER EN EL REGISTRO REMICAM

Isabel de la Cámara Fernández, Beatriz Joven Ibáñez, Laura Nuño, María Jesús García de Yébenes, Francisco Javier López-Longo, Valentina Maldonado, Carmen Larena, Irene Llorente, Eva Tornero, María Carmen Barbadillo, Paloma García-de la Peña. Lucía Ruíz, Juan Carlos López Robledillo, Henry Moruno, Ana Pérez, Tatiana Cobo, Raquel Almodóvar, Leticia Rojo, Patricia E Carreira

Hospital Universitario 12 de Octubre. i.delacamarafdez@gmail.com.

Objetivo: Describir la presentación y asociaciones clínicas de los pacientes con miopatía inflamatoria (MI) asociada a cáncer en el registro REMICAM.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio multicéntrico restrospectivo del registro REMICAM. Se seleccionaron pacientes mayores de 40 años, diagnosticados de MI según los criterios de Bohan y Peter, seguidos entre enero de 1980 y diciembre de 2004 y clasificados en 7 subgrupos clínicos: dermatomiositis primaria (DM), polimiositis primaria (PM), miositis asociada a cáncer (CAM), síndromes de superposición (OM), miositis por cuerpos de inclusión (IBM) y miositis necrotizante (NM). Sólo los cánceres diagnosticados 3 años antes o después del diagnóstico de la IM se consideraron como CAM. Se realizó estadística descriptiva y análisis univariante y multivariante. Se utilizaron curvas de Kaplan Meyer con análisis log-rank para el análisis de supervivencia.

Resultados: De 283 pacientes incluidos en el estudio (72% mujeres, 60±11 años al diagnóstico, 9±7 años de seguimiento, 39% DM, 61% PM), 64 (23%) presentaron algún tipo de cáncer: 11 de pulmón, 8 hematológicos, 8 cutáneos, 7 de mama, 4 de colon, 4 de estómago, 4 de ovario, 4 de vejiga, 3 de endometrio, 3 de próstata y 8 de otros orígenes. El tiempo medio entre el diagnóstico de IM y cáncer fue de 5 meses. En el análisis multivariante, los pacientes con cáncer fueron más frecuentemente varones (p<.0001), con DM (p=.005) y presentaron con mayor frecuencia lesiones isquémicas (p<.0001). No se encontraron otras diferencias clínicas entres los pacientes con y sin cáncer. La mortalidad fue mayor entre los pacientes con cáncer, con una media de supervivencia de 10±3 años, comparado con 22±3 años en pacientes sin cáncer (p<.0001). Del grupo con CAM, 41 (64 %) pacientes fallecieron, principalmente a consecuencia del cáncer.

Conclusiones: En el registro REMICAM, más del 20 % de pacientes mayores de 40 años presentaron IM asociada a cáncer. Este tipo de IM es más frecuente en varones y se presenta clínicamente como dermatomiositis con úlceras isquémicas. Como era esperable, la mortalidad está aumentada en los pacientes con cáncer.

Comunicación 02

TRATAMIENTO CON METOTREXATO Y RIESGO DE RECAIDAS EN PACIENTES CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

D. Freites; C. León; J. Font; L. Rodríguez-Rodríguez; L. León; I. Morado; Z. Rosales; B. Fernández; J. Jover; L. Abásolo. Servicio de Reumatología. Fundación de Investigación Biomédica, Hospital Clínico San Carlos, 28040 Madrid.

Objetivo. Evaluar el riesgo de recaídas en una cohorte de pacientes con ACG tratados con y sin MTX. Además, se analizaron otros factores asociados.

Métodos. Estudio observacional longitudinal retrospectivo de 23 años de seguimiento. Sujetos: pacientes atendidos en las consultas de Reumatología del HCSC, diagnosticados de ACG desde enero de 1991 hasta septiembre de 2013. Variable principal: recaídas, definida como la presencia síntomas o signos de ACG o elevación de la VSG y la necesidad de aumentar los corticosteroides al menos 7,5mg, tras haber logrado una mejoría objetiva (ausencia de los síntomas de ACG y normalización de la VSG). La variable independiente fue la exposición al MTX (No exposición, exposición en el primer mes, y después del primer mes del diagnostico). Variables secundarias: 1) sociodemográficas; 2) clínicas y analíticas; 3) tratamiento; 4) tiempo calendario. Para estimar la incidencia de recaídas (IR) se utilizaron técnicas de supervivencia expresándose en 100 pacientes-año con su respectivo intervalo de confianza 95 % [IC 95%]. El periodo de exposición comprendía desde el diagnóstico hasta la ocurrencia de: pérdida de seguimiento, recaída, o el final del estudio (sept 14). La influencia del MTX en las recaídas, se llevó a cabo mediante modelos de regresión de Cox. Los resultados se expresaron en Hazard ratio (HR) con [IC 95%].

Resultados. 168 pacientes fueron incluidos (675 pacientes-año). 80,3% eran mujeres con una edad media de 76±7 años. El 65% de los pacientes estaba con MTX, de ellos el 45% inicio el MTX el primer mes. 32,7% de los pacientes (n=55) presentaron 93 recaídas con una IR de 13,7 [11,2-16,8]. La mediana [p25-75] del número de recaídas fue de 1 [1-2], con una mediana de tiempo hasta la recaída de 1,8 [0.6-5.8] años. En el análisis multivariado, los pacientes con MTX en el primer mes del diagnóstico presentaron menor riesgo de recaídas en comparación con los no expuestos (HR: 0,44 [0,2-0,9], p = 0,02), mientras que el análisis de los pacientes con exposición al MTX después del primer mes (p = 0,6) no alcanzo significación estadística. Otras variables incluidas en el modelo fueron: el debut clínico con cefalea (HR: 4,6 [1,6-13,5], p = 0,004), y alteraciones visuales (HR: 2,3 [1.3 a 4.1], p = 0,004). Tomar aspirina (HR: 0,6 [0,3-1,1], p = 0,1), y la hemoglobina (HR: 0,8 [0,7-1,0], p = 0,1) no alcanzaron significación estadística.

Conclusión. El uso temprano de MTX parece disminuir el riesgo de recaídas. Se observa una tendencia a la reducción del riesgo de recaídas con el tratamiento con aspirina. También hemos encontrado otros factores que pueden influir en el riesgo de recaídas.

Comunicación 03

VALIDACION DE LA PROCALCITONINEMIA COMO DISCRIMINADOR DIAGNOSTICO DE LA ARTRITIS INFECCIOSA Y GOTOSA

Carlos Guillén Astete, María Terán Tinedo
Hospital Universitario Ramón y Cajal (Ctra. Colmenar Viejo, Km 9.100, 28034 Madrid)

Objetivos. Determinar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de la procalcitoninemia (PCT) en pacientes con monoartritis de rodilla en el diagnóstico de artritis infecciosa.

Metodos. Se revisaron los registros de pacientes que consultaron por monoartritis aguda de rodilla en el periodo 2013-2015 en los que figuraba una determinación de PCT. Se agruparon los pacientes en función de haber sido finalmente diagnosticados de monoartritis gotosa solamente (grupo I) y artritis infecciosa (grupo II) con o sin monoartritis gotosa. Se utilizó como prueba diagnóstica el valor de 1.47 ng/mL basado en un estudio previo. Se calcuraon las pruebas de validez y se ajustaron a variables demográficas y clínicas.

Resultados. Se incluyeron los registros de 121 pacientes con gota, y 47 pacientes con artritis infecciosa de articulación nativa (ASAN). De los 47 pacientes con ASAN, 9 eran pacientes con diagnóstico previo de gota. Todos los diagnósticos incluyeron estudios microbiológicos y la observación de cristales de UMS en líquido sinovial según la correspondientes guías de manejo diagnóstico de ASAN (Coakley et al. Rheumatology, 2006) y EULAR (Zhang et al. Ann Rheum Dis, 2006). Aplicando el punto de corte de 1.47 ng/dL se determinó una sensibilidad de 87.2%, especificidad de 92.5%, valor predictivo positivo (VPP) de 82.0% y valor predictivo negativo (VPN) de 94.9%. Excluyendo a los pacientes con menos de 48 horas de evolución se analizaron los datos de 44 pacientes con gota y 83 pacientes con ASAN. En este grupo los resultados fueron: Sensibilidad de 93.1%, especificidad de 96.3%, VPP de 93.1% y VPN de 96.38%. Excluyendo a todos los pacientes con temperatura corporal documentada en los registros, superior a 37.5ºC se incluyeron a 11 pacientes con ASAN y 81 pacientes con gota. En este grupo los resultados fueron: Sensibilidad 72.7%, especificidad 95.1%, VPP 66.6% y VPN 96.2%.

Conclusiones. Este es el primer estudio que valida la observaciones previas de nuestro grupo de investigación sobre la utilidad del uso de la determinación de PCT en pacientes con monoartritis aguda de rodilla en quienes el diagnóstico diferencial incluye la gota y la ASAN. Si bien los resultados globales de validación de la prueba son discretamente menores que los referidos en el estudio original, el VPN se mantienen por encima del 95% situaciones en las que el diagnóstico diferencial podría ser más complicado como en brotes de corta evolución o en aquellos en los que no se haya producido un síndrome febril asociado.

Comunicación 04

SÍNDROME DE SOLAPAMIENTO EN LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS

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

Objetivos: Analizar las características clínicas y la supervivencia de pacientes con diagnóstico de síndrome de solapamiento/overlap con miositis (SOM), y comparar con otros subgrupos de miopatía inflamatoria idiopática (MII).

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

Resultados: Se han incluido 479 pacientes con MII, de los cuales 94 pacientes se clasificaron como SOM (32 con enfermedad mixta del tejido conectivo o EMTC, 29 esclerosis sistémica, 21 LES, 8 Síndrome de Sjögren, 8 AR). La mayoría de pacientes con SOM fueron mujeres (83%), con una edad media al diagnóstico menor respecto al resto de las MII (45,5±17 vs. 53,4±16,4; p<0,001). Respecto a las demás MII y excluyendo las miopatías asociadas a cáncer, los SOM presentaron más infecciones severas (41,3% vs. 19,9%; p<0,001) y mayor mortalidad (37% vs. 19,9%; p=0,01), principalmente debido a infecciones y eventos cardiovasculares. Presentaron más enfermedad pulmonar intersticial (48% vs. 24,9%, p<0,001), así como más manifestaciones articulares (44,9% vs. 29,7%; p<0,001), hematológicas (53,6% vs. 22%, p<0,001), renales (13,4% vs. 2,4%, p<0,001) y digestivas (71,4% vs. 28,6%).

Conclusiones: En el registro REMICAM de 479 miopatías inflamatorias se han incluido 94 casos de miositis con síndrome de solapamiento, presentando una enfermedad más severa respecto a las demás miopatías, con una mayor mortalidad, más infecciones severas y más complicaciones extramusculares.

Comunicación 05

AFECTACIÓN CARDIACA EN LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS EN EL REGISTRO REMICAM

Rina Aicxa Molina[1], Beatriz Joven[1], Laura Nuño[2], María Jesús García de Yébenes[3], Francisco Javier López-Longo[4], Valentina Maldonado[5], Carmen Larena[5], Irene Llorente[6], Eva Tomero[6], María Carmen Barbadillo[7], Paloma García-De la Peña[8], Lucía Ruiz[9], Juan Carlos Lopez Robledillo[9], Henry Moruno[10], Ana Pérez [10], Tatiana Cobo[11], Raquel Almodóvar[12], Leticia Lojo[13] Patricia Carreira[1] [1]Servicio de Reumatología, H.U. Doce de Octubre [2]Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Paz (Madrid). [3]Instituto de Salud Musculoesquelética. [4]Servicio de Reumatología,H.G.U. Gregorio Marañón.. [5]Servicio de Reumatología, H.U.Ramón y Cajal. [6]Servicio de Reumatología, H.U.Puerta de Hierro. [7]Servicio de Reumatología, H.U.La Princesa. [8]Servicio de Reumatología, H.U.Madrid Norte Sanchinarro. [9]Servicio de Reumatología, H.Infantil Niño Jesús. [10]Servicio de Reumatología, H.U.Príncipe de Asturias. [11]Servicio de Reumatología, H.U.Infanta Sofía. [12]Servicio de Reumatología, H.U.Fundación Alcorcón. [13]Servicio de Reumatología, H.Infanta Leonor.

Objetivo: describir las características y asociaciones clínicas de la AC en las MI, en el registro multicéntrico REMICAM.

Pacientes y Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico retrospectivo del registro REMICAM. Se diagnosticaron de acuerdo a los criterios de Bohan y Peter, entre ene/80 y dic/14, y se clasificaron en 7 subgrupos diferentes: dermatomiositis primaria (DM), polimiositis primaria (PM), dermatomioisitis juvenil (JuvM), miositis asociada a cáncer (CAM), miositis en superposición (OM), miositis por cuerpos de inclusión (IBM) y miositis necrotizante (NM). Se definió arritmias cardiacas (EKG +/-Holter), miocarditis y/o pericarditis (ecocardiograma). Se realizó estadística descriptiva y análisis univariante y multivariante. La superviencia se analizó mediante curvas de Kaplan Meyer

Resultados: De 478 pacientes (74% m, 44±23 a al diagnóstico, 10±8 a de seguimiento, 28% PM, 22% DM, 19,9% OM, 19,2% JuvM, 8,4% CAM, 1,3% IBM, 1,3% NM), 98 (21%) presentaban AC: 53 arritmia, 25 miocarditis y 30 pericarditis. Los pacientes con AC eran mayores al diagnóstico (55 vs 40 a, p<,0001), y presentaban más frecuentemente DM (p=,003). La AC globalmente se asociaba con mayor edad (p=,003), enfermedad cardiovascular (ECV) (p<,0001), hipertensión pulmonar (HP) (p=,005), disfagia (p=,016), menor presencia de calcinosis (p=,004) y mayor velocidad de sedimentación (p=,003). La arritmia se asociaba con mayor edad (p=,008), ECV (p<,0001) y menor calcinosis. La miocarditis se asociaba con HP (p=,03), HTA (p=,008) y disfagia (p<,001). La pericarditis se asociaba con ECV (p=,002), Raynaud (p=,008) y cáncer (p=,03). La supervivencia media fue de 16±3 y 35±10 años para pacientes con o sin AC (p<,0001). Siete pacientes se perdieron para el seguimiento, y 47 (52%) fallecieron, principalmente por evento CV (32%), infección (28%), cáncer (17%) y afectación intersticial pulmonar (4%).

Conclusiones: La AC aparece en el 20% de los pacientes con MI, y confiere mal pronóstico, con elevada mortalidad. La arritmia se asocia con mayor edad y ECV, lo que sugiere que otros factores pudieran influir en la supervivencia, pero la miocarditis se asocia con disfagia, lo que sugiere la presencia de una enfermedad más grave.

Comunicación 06

SUSPENSIÓN DE PRIMER ANTI-TNF EN ARTRITIS REUMATOIDE: PRINCIPALES CAUSAS Y CORRELACIÓN ENTRE INEFICACIA SECUNDARIA Y DESARROLLO DE INMUNOGENICIDAD

P. Bogas, C. Plasencia; D. Pascual-Salcedo; G. Bonilla; E. Moral, C. Tornero, I. Monjo; L. Nuño, A. Villalba, D. Peiteado, A. Martinez, F. Arribas, A Balsa. Dpto de Reumatología e Inmunología Hospital La Paz. Pº de la Castellana, 261. MADRID. CP: 28046.

Introducción: La terapia anti-TNF ha supuesto una gran mejoría en el pronóstico de la Artritis Reumatoide (AR), sin embargo, aproximadamente el 40% de los pacientes (pts) presentan ineficacia. El desarrollo de anticuerpos anti-fármaco (ADA) se asocia con pérdida de respuesta, pero no está claro la proporción de ineficacias 2ª asociadas a ADA.

Objetivos: Analizar en nuestra cohorte de pts con AR de la Unidad de biológicos del Hospital Universitario La Paz tratados con Adalimumab (Ada), Infliximab (Ifx), Etanercept (Etn) y Certolizumab (Czp) como 1º anti-TNF, la frecuencia de suspensión del fármaco, así como las principales causas de interrupción y el porcentaje de ineficacia secundaria asociado al desarrollo de inmunogenicidad**.**

Métodos: De los de 412 pts con AR que iniciaron por primera vez terapia anti-TNF, se incluyeron en este estudio 231 (56,2%) pts que los habían suspendido definitivamente [Ifx (n 107, 46,3%), Ada (n 60, 26%), Etn (n 42, 18,2%) y Czp (n 22, 9,5%)]. Se midió la actividad clínica mediante DAS28 y Delta-DAS28. Se midieron los niveles de fármaco (NF) y/o ADA mediante ELISA en los primeros 6 meses en 66 pts y al suspender en 100 pts. Se definió ineficacia 1ª como DAS28 >3,2 y delta-DAS 28 < 1,2 a los 6 meses con NF detectables, e ineficacia 2ª como DAS > 3,2 con delta-DAS28 < 1,2 a los 6 meses sin fármaco detectable (ADA+) y si Delta-DAS28 > 1,2 o DAS28<3,2 a los 6 meses que posteriormente pierden eficacia. El análisis estadístico se realizó mediante el sistema SPSS versión 20.0.

Resultados: El 39% de los pts suspendieron por ineficacia 2ª (9,1% asociaban efecto adverso u otras causas) y el 39% por efectos adversos (presentando el 28,6% a su vez ineficacia 2ª). Los principales efectos adversos fueron las reacciones infusionales (26,6%) y las infecciones (25,5%). El 50% de los pacientes con NF/ADA determinados que suspendieron por ineficacia 2º, eran ADA+. Dentro del grupo ADA+ la ineficacia 2º fue la causa más frecuente de suspensión (68%). En cambio, los pts ADA- suspendieron por ineficacia 2º un 41%.

Conclusiones: En nuestra cohorte de AR el 44,2% suspendió por ineficacia. Las principales causas de abandono de tratamiento anti-TNF fueron la ineficacia 2ª y los efectos adversos (siendo las reacciones infusionales y las infecciones los más frecuentes). El desarrollo de ADA parece ser una de las causas principales de ineficacia 2ª en nuestra población de AR en tratamiento anti-TNF**.**

Comunicación 07

RELACIÓN ENTRE LA MASA ÓSEA Y LA INFLAMACIÓN EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR INFLAMATORIO DE RECIENTE COMIENZO

L. Martínez-Quintanilla, P. Moreno, I. González-Álvaro, A. Ortíz, R. García-Vicuña, E. Tomero. Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de la Princesa de Madrid.

Objetivo: Analizar los factores que se relacionan con diferencias en la densidad de masa ósea (DMO) basal en una cohorte de pacientes con dolor lumbar inflamatorio (DLI) con sospecha de espondiloartritis (EspA) axial de inicio.

Material y métodos: Estudio transversal realizado con datos de la primera visita del Registro de Espondiloartritis Precoz del Hospital de la Princesa (PERSEO). En la cohorte se incluyen pacientes menores de 45 años, con DLI crónico, de menos de 24 meses de evolución. Se estudian variables demográficas, clínicas, analíticas, densitométricas y de imagen. La medición de la DMO se realizó mediante densitometría dual de rayos X con un densitómetro HologicQDR4500. El análisis estadístico se llevó acabo con Stata 12.1, utilizando los test de Spearman, chi^{2}de Pearson, U de Mann Whitney y Kuskall Wallis, para determinar la relación bivariable entre la DMO en columna lumbar o cadera total y diferentes características de pacientes o de la enfermedad. Posteriormente se realizó un análisis de regresión lineal multivariable con aquellas variables que alcanzaron nivel de significación > 0,15 en el análisis bivariable.

Resultados: Se estudiaron 68 pacientes con una mediana de edad de 36 años (rango 31.5-40.5), de los cuales un 54.4% eran varones. La mayoría estaban activos laboralmente (85.3%), y un 51.5% tenían estudios superiores. El 33.8% eran fumadores activos, y un 11.43% reconocía consumo diario de alcohol. En lo que respecta a la enfermedad, el 51,5% cumplían criterios ASAS de EspA y el 16,2% de EA de NY, un 48,5% eran HLA-B27 +, y el 35.3% tenían edema de médula ósea en RM de sacroilíacas. La mediana de BASDAI fue 3.65 (rango 2,65-5,1) y de BASFI 1.7 (rango 0.9-3.6). En el análisis bivariable, tanto la DMO en columna lumbar como en cadera se correlacionaron negativamente con el BASDAI (r^2 -0.314, p 0.009 y r^2-0,232, p 0.056; respectivamente) y consumo de alcohol (r^2 p 0.117, p 0.049; respectivamente) , mientras que lo hicieron positivamente con niveles séricos de vitamina D (r^2 0.213, p 0.09 y $r^2$0.250, p 0.05; respectivamente). Solo en cadera se observó una tendencia a que los pacientes de sexo femenino (p 0.102), HLA B27 + (p 0.128) y laboralmente no activos

(p 0.585) tuviesen menor DMO. En el análisis multivariable, en DMO en columna lumbar y cadera , se confirma que hay tendencia a mayor puntuación en el BASDAI en los pacientes que tienes menor DMO (r^2 -0.0185, p 0.035 y r^2 -0.0187, p 0,045; respectivamente), y por el contrario, a mayores niveles de vitamina D, se detecta mayor DMO (r^2 0.0029, p 0.08 y r^2 0.004, p 0.019; respectivamente)

Conclusión: Aunque nuestra población es limitada, parece que al reclutamiento, un estado de mayor actividad (medido con BASDAI) determina una menor DMO, tanto en columna lumbar como en cadera, y niveles más altos de vitamina D se relacionan con mayor DMO.

Comunicación 08

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA SOBRE EL TRATAMIENTO SISTÉMICO DE LAS UVEITIS ANTERIORES (FAMES SINTÉTICOS Y BIOLÓGICOS)

Alejandro Gómez[1], Estíbaliz Loza[2], Mª Piedad Rosario[2], Loreto Carmona[2]. 1. Hospital Universitario Madrid Sanchinarro, Hospital Universitario Infanta Sofía. 2. Instituto de Salud Musculoesquelética (inMusc)

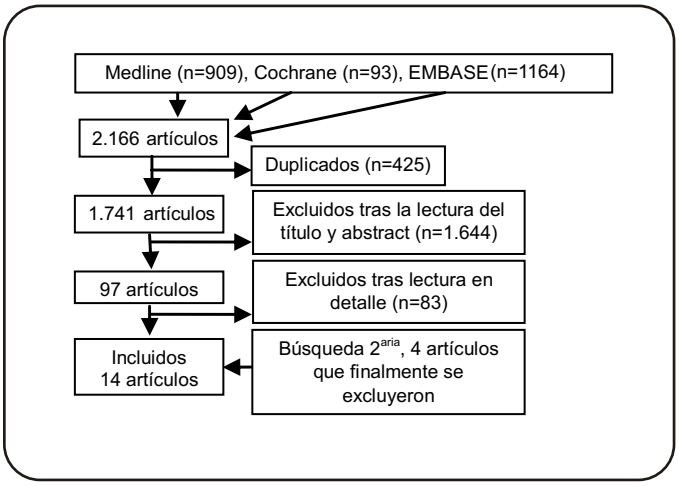
Objetivos: Revisar sistemática y críticamente la literatura disponible sobre el uso de fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) sintéticos y biológicos en pacientes adultos con uveítis anterior (UA) no infecciosa.

Métodos: Se seleccionaron **estudios** con datos clínicos, de seguridad y/o costo-efectividad sin ser preciso un comparador. Finalmente se incluyeron meta-análisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y estudios observacionales (EO).

Estrategia de búsqueda: generada con una documentalista para artículos (en humanos, inglés o español) en *Medline*, *Embase* y *Cochrane Library* desde su inicio hasta Marzo de 2016, utilizando términos *Mesh* y texto libre. Posteriormente, búsqueda manual de la bibliografía de los artículos incluidos.

Resultados: 14 artículos de calidad baja o moderada, 2 ECAs y 12 EO prospectivos/retrospectivos, con duración media y pacientes (nº y características) muy variables. Las UA se trataron con FAME sintéticos (metotreaxato (MTX), salazopirina (SSZ), azatioprina (AZA), cicloxporina A (CsA)) y aTNFα (Adalimumab (ADA), Golimumab (GLM)) a dosis habituales. Las medidas más utilizadas fueron nº de brotes, actividad de la enfermedad y ahorro de corticoides (cces.) sistémicos. **MTX** en UA idiopática (UAi) y UA relacionada con enfermedad sistémica (UAs) es eficaz en remisión, actividad, nº de brotes, mayor tiempo hasta el brote y ahorro de cces. en pacientes con o sin HLA-B27. **SSZ**, de uso habitual en UAi y EspA, mejoró el nº de brotes y la agudeza visual (AV) en UAA asociada a EA hasta 3 años. **AZA** no mostró diferencias en AV, células en cámara anterior (Tyndall), nº brotes o PIO a 3 meses. AZA (EO prospectivo) y **CsA** mejoraron la inflamación y ahorraron cces. Se registraron los eventos adversos habituales para estos FAME y ninguno relevante para SSZ. **ADA** dismuniyó el nº de brotes, incluyendo UA crónica, en 2 EOs, Puede ser eficaz en AV, Tyndall o ahorro de cces. **GLM** en UA refractaria ahorró cces. en 2 estudios, y en uno de ellos mejoró AV y Tyndall (no OCT ni nº de brotes) con 87% en remisión a 2 años.

Conclusiones: 1.Calidad de la evidencia baja. 2.Gran variabilidad en pacientes, definiciones o variables de resultado. 3. MTX en 1ª línea eficaz en UAi y UAs a corto y largo plazo (NE2c; GR B). 4.SSZ eficaz en UAi y UAs a corto y largo plazo (NE3a; GR B-C). 5.AZA en UA naïve y refractaria a FAME parece eficaz a corto y largo plazo (NE3a; GR C) .6.CsA eficaz en UAi y UAs a corto y largo plazo (NE2c; GR B-C). 7.ADA eficaz en UAi y UAs, naïve o refractarios a otros aTNFα a corto y largo plazo (NE2c; GR B). 8.GLM eficaz en refractarios a FAME (2ª línea y posiblemente posteriores) a corto y largo plazo (NE3a; GR B-C).



Comunicación 09

ABATACEPT EN ARTRITIS REUMATOIDE CON ENFERMDAD PULMONAR INTERSTICIAL: ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO DE 55 PACIENTES

Carlos FernándezDíaz [1] , Javier Loricera [1] , Santos Castañeda [2] , Clara OjedaGarcia [3] , Alejandro Olivé [4] , Patricia E. Carreira [5] , Trinidad Perez Sandoval [6] , Miriam Retuerto [6] , Evelin Cecilia Cervantes Pérez [7] , Bryan Josue Robles Flores [8]Victor MoraCuesta [1] , Natalia PalmouFontana [1] , Miguel Angel GonzalezGay [1] , José Luis Hernandez [1] Ricardo Blanco [1].[1]Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL, [2]Hospital de la Princesa , [3]Hospital Virgen de la Macarena, [4]Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, [5]Unit. Hospital Universitario 12 de Octubre, [6]Hospital de León, [7]Hospital Santiago de Compostela, [8]Hospital Universitario Puerta de Hierro

Objetivo: El objetivo de este estudio es comprobar la eficacia y seguridad del tratamiento con Abatacept.

Métodos: La EPI se diagnosticó por técnicas de imagen TAC de Alta Resolución(TACAR).La AR según los criterios de clasificación del ACR 1987 y/o del EULAR/ACR del 2010.. La eficacia del tratamiento se evaluó según las siguientes medidas de desenlace a) Disnea clasificada mediante escala modificada del Medical Research Council (MRC); considerando significativas variaciones de 1 punto y asintomático cuando MRC=0; b) Pruebas de Función respiratoria (PFR); considerando significativas variaciones de >10% en la Capacidad Vital Forzada (CVF) y una variación de la Capacidad de difusión(DLCO) 10%, c) prueba de imagen (TACAR) y d) evaluación articular mediante DAS28. Se realizó un estudio comparativo para las variables cuantitativas (Wilcoxon test) y para las cualitativas (test exacto de Fisher) entre la visita basal y a los 3, 6 y 12 meses

Resultados: Se incluyeron 55 pacientes con EPI asociada a la AR 30 mujeres/25 varones con edad media de 61,41±9,85 años. En el momento del diagnóstico de la EPI la AR tenía una evolución de 7 [2.33-14.00] (0-25) años. La AR era seropositiva en 46 casos (83,6%) .El diagnóstico de EPI se estableció por TACAR en los 34 casos. Se observó una mejoría de la disnea estadísticamente significativa a los 3, 6, 12 meses; los pacientes que no tenían disnea al inicio del ABA permanecieron asintomáticos. Se observó una mejoría estadísticamente significativa de la CVF a los 6 meses y 12 meses. La DLCO mostró una mejoría significativa a los 12 meses. El TACAR mostró una mejoría significativa a los 6 y 12 meses. En la actividad de la AR por DAS28 se observó una mejoría estadísticamente significativa a los 3,6 y 12 meses.

Conclusión: El tratamiento con ABA podría ser un tratamiento efectivo y relativamente seguro en pacientes con AR y EPI asociada.

Comunicación 10

EFECTIVIDAD A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO CON ACIDO ZOLEDRONICO EN LA ENFERMEDAD DE PAGET.

Alía Jiménez A, Villalobos Sánchez L, Bachiller Corral J. Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra. de Colmenar Viejo Km 9,100, 28034 Madrid.

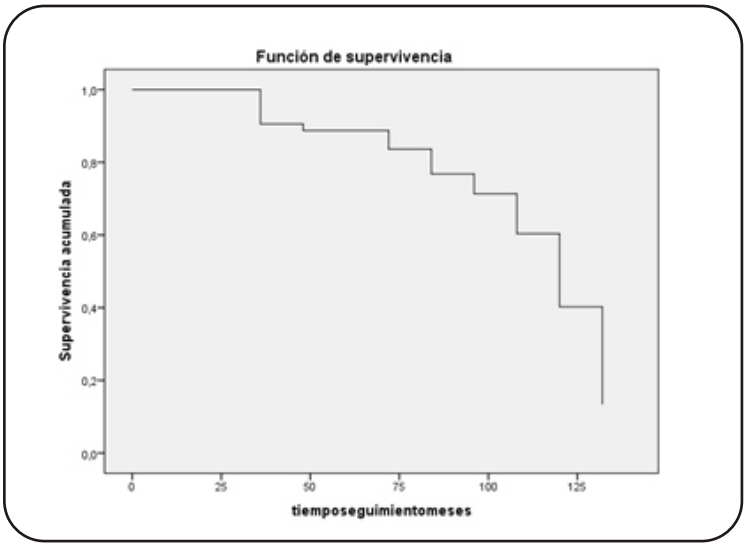
Introducción: En la última década el ácido zoledrónico (AZ) se ha posicionado como el tratamiento de elección en la Enfermedad de Paget (EP) tanto por su eficacia, como por su adherencia, duración y coste, siendo superior en todos estos aspectos al resto de bifosfonatos. En los ensayos clínicos el AZ ha demostrado conseguir un control prolongado de la actividad metabólica en la EP, pero en la práctica clínica habitual no hay estudios de seguimiento a largo plazo.

Objetivos: Estudiar la duración de la respuesta terapéutica en pacientes con EP tratados con una infusión de AZ y seguidos en una consulta hospitalaria. Analizar las variables asociadas a dicha respuesta.

Pacientes y metodos: Se incluyeron todos los pacientes con EP que presentaban fosfatasa alcalina (FA) elevada (FA > 128 UI/L) y que fueron tratados con AZ en los últimos 12 años (de 2003 a 2015). A todos los pacientes se les administró una infusión única intravenosa de 5 mg de ácido zoledrónico y fueron seguidos de forma periódica en una consulta monográfica. Se excluyeron los pacientes que habían recibido bifosfonatos en el último año y aquellos con menos de un año de seguimiento posterior al tratamiento con AZ. En todos los pacientes se recogió la FA basal, a los 6, 12 y 18 meses y posteriormente de forma anual. Se consideró que el paciente mantenía la respuesta cuando la FA se encontraba dentro del rango normal en nuestro laboratorio (40-128 UI/L). Se recogieron además variables sociodemográficas, clínicas y analíticas. Se realizó un estudio de supervivencia de Kaplan-Meier para el tiempo de respuesta y un análisis univariable según regresión de Cox para estudiar las variables clínicas y epidemiológicas relacionadas.

Resultados: Se incluyeron 72 pacientes tratados, un 64% eran varones, y la media de edad fue de 73.6 ± 8,5 años. La FA basal fue de 323 ± 141 UI/L y la mediana de tiempo de seguimiento de 5 años (rango 2-11años). A los 6 meses tras el tratamiento la FA se había normalizado en 71/72 pacientes (respuesta 98,6%) y a los 12 meses la respuesta fué del 100%. Durante el seguimiento hubo 9 recaídas de FA, 5 fallecimientos y 11 pérdidas de seguimiento. En el seguimiento a largo plazo (Figura 1. Curva de supervivencia), un 84% de los pacientes mantenían FA normal a los 5 años, un 77% a los 6 años, y un 64% a los 8 años, tras la infusión única de AZ. No se encontró relación estadísticamente significativa entre perdida de respuesta y ninguno de los factores epidemiológicos ni clínicos analizados.

Conclusiones: En nuestro estudio de práctica clínica habitual, el AZ tiene una efectividad cercana al 100% para conseguir normalización de la FA a los 6 meses, similar a los resultados de otras series y ensayos clínicos. A largo plazo nuestros resultados indican una mayor duración de la respuesta hasta ahora descrita, alcanzando una supervivencia de un 64% a los 8 años. Estos datos confirman que el AZ permite conseguir el objetivo de remisión prolongada de la enfermedad para así evitar las complicaciones a largo plazo.



Comunicación II

VALOR PREDICTIVO DE RESPUESTA TERAPEUTICA DE LA ECOGRAFIA MUSCULOESQUELETICA EN PACIENTES CON CLINICA DE TRONCATERITIS AGUDA

Carlos Guillén Astete, María Terán Tinedo
Hospital Universitario Ramón y Cajal (Ctra. Colmenar Viejo, Km 9.100, 28034 Madrid)

Objetivos. Determinar la probabilidad de éxito terapéutico del manejo terapéutico de la trocanteritis en función de los hallazgos ecográficos.

Metodos. Se accedió a los registros electrónicos de pacientes atendidos y diagnosticados de trocanteritis entre junio de 2015 y junio de 2016 y que contaban con una exploración ecográfica de la región trocantereana documentada. Se recogieron datos dicotómicos sobre hallazgos ecográficos específicos en los siguientes dominios: bursitis superficial, bursitis profunda, irregularidades corticales, entesofitosis y presencia de señal PD cortical. Se revisaron los datos de la ficha de seguimiento y comunicación con atención primaria para determinar la respuesta al tratamiento. La tasa de éxito se calculó en función de los pacientes con una mejoría del dolor de al menos el 50% respecto de su EVA basal. Las correlaciones se realizaron en variables ecográficas independientes y compuestas.

Resultados. Se revisaron los datos de las historias de 126 pacientes con diagnóstico de trocanteritis, con estudios ecográficos disponibles y ficha de seguimiento accesible a los 6-9 días del abordaje terapéutico. Del total de los registros revisados, 119 correspondieron a pacientes del sexo femenino (94.4%). En las imágenes ecográficos se identificaron 43 estudios con bursitis superficial, 39 con bursitis profunda, 47 con irregularidades corticales, 32 con entesofitosis y 6 con señal PD positiva. Se practicaron 37 infiltraciones, 64 prescripciones de AINEs sistémicos y 66 prescripciones de AINEs transdérmicos. Se comprobó un éxito terapéutico superior al 75% en los pacientes infiltrados en los que se demostró bursitis superficial o bursitis profunda y en los pacientes tratados con AINEs transdérmicos con entesofitosis o presencia de irregularidades corticales. Por otro lado, se documentó fracaso terapéutico en más de la mitad de pacientes en pacientes en quienes se hizo una infiltración y que mostraron entesofitosis o irregularidades corticales y en quienes fueron tratados con AINEs transdérmicos y presentaban cualquier forma de bursitis. En general los AINEs sistémicos tuvieron una tasa de éxito inferior al 40% en pacientes con bursitis e inferior al 75% en pacientes con irregularidades corticales o entesofitosis. En el estudio de variables compuestas se identificó que pacientes con cualquier bursitis o ambas, independientemente de la presencia de irregularidades corticales o entesofitosis tuvieron un RR de 2.66 de éxito terapéutico respecto del uso de AINEs sistémicos y de 2.26 respecto del uso de AINEs transdérmicos ($P<0.001$ y $P<0.01$, respectivamente). El único factor independiente de éxito que alcanzó el 100% fue la infiltración en pacientes en quienes se detectó señal PD positiva.

Conclusiones. La presencia de signos ecográficos de agudeza se asocian a una tasa significativamente mayor de éxito terapéutico al tratar con infiltraciones mientras que la presencia de signos ecográficos de cronicidad parecen relacionarse con mejor respuesta terapéutica con el uso de AINEs sistémicos o transdérmicos.

Pósters

Póster 01

IDENTIFICACIÓN DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE MEDIANTE "RANDOM SURVIVAL FOREST"

JM Lezcano[1], L Rodriguez-Rodriguez[1], E Soudah[2], JA Jover[1], M Cerrolaza[2], I González-Álvaro[3], L Abásolo[1], F Salazar[2]. [1]UGC de Reumatología, Hospital Clínico San Carlos (c\ Prof. Martín Lagos s/n, 28040, Madrid); [2]Centro Internacional de Métodos Numéricos en Ingeniería (Pº General Martínez Campos 41, 28010, Madrid); [3]Hospital Universitario de la Princesa e IIS-IP (c/ Diego de León 62, 28006, Madrid).

Objetivos: Evaluación, en pacientes con Artritis Reumatoide (AR), de la capacidad predictiva del riesgo de mortalidad de diversas variables demográficas y clínicas, mediante el paradigma de clasificación no paramétrico "Random Survival Forest" (RSF).

Métodos: Estudio longitudinal retrospectivo que incluyó a 2.271 pacientes diagnosticados de AR (según los criterios ACR de 1986) entre enero de 1994 y febrero de 2013 y seguidos por la Unidad de Gestión Clínica de Reumatología del Hospital Clínico San Carlos. El tiempo de seguimiento se prolongó desde su diagnóstico hasta su fallecimiento o Septiembre de 2013. Variables independientes: Sexo, edad y año de diagnostico de la AR, nacionalidad, presencia de factor reumatoide, número de ingresos hospitalarios, tratamiento con terapias biológicas durante el seguimiento, nivel de discapacidad al inicio de la enfermedad [mediana del "Health Assesment Questionnaire" (HAQ) durante los dos primeros años tras el diagnóstico] y nivel de actividad inflamatoria al inicio de la enfermedad [mediana de la velocidad de sedimentación glomerular (VSG) durante los dos primeros años tras el diagnóstico]. El RSF fue implementado utilizando el paquete de R "randomForestSRC", basado en 1.000 árboles. La regla de corte más efectiva fue "logrank". Los valores faltantes fueron imputados mediante una de las funciones implementadas por el propio paquete.

Resultados: 431 pacientes fallecieron (19%) durante un periodo de observación de 18.482 personas-año. El modelo de clasificación construido mostró una bondad del 81,8%. La variable predictiva más importante fue la edad del paciente en el momento del diagnóstico de AR [importancia relativa (IR) 100%], seguida por el año en el que fue diagnosticado (IR 21,8%) y el número de ingresos hospitalarios (IR 19,4%). VSG, el tratamiento con terapias biológicas y HAQ también mostraron cierta capacidad predictiva, aunque considerablemente inferior a las tres primeras (IR 5,4%, 3,7% y 2,8% respectivamente).

Conclusiones: RSF demostró ser un método con gran potencial para identificar los factores de riesgo de mortalidad más relevantes en pacientes con AR.

Póster 02

¿INFLUYE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LAS CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO? ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA VISITA BASAL DEL ESTUDIO PEARL

P. Moreno Fresneda, L. Martínez-Quintanilla, A. M. Ortiz, E. Tomero, R. García Vicuña, I. González-Álvaro
HU La Princesa IIS La Princesa, C/Diego de Leon 62 Madrid

La obesidad se ha propueso como un factor de riesgo relacionado con el desarrollo de artritis reumatoide (AR) y con una peor respuesta a diferentes fármacos modificadores de la enfermedad (FAME).

Objetivo: Estudiar las diferencias en las características basales según el índice de masa corporal (IMC) de los pacientes de la cohorte PEARL (Princesa Early Artritis Register Longitudinal).

Material y Métodos: Se incluyeron pacientes del registro PEARL en el que se recogen, de forma sistematizada, en distintas visitas durante cinco años de seguimiento, datos sociodemográficos, relacionados con la enfermedad y el tratamiento. Para este estudio se seleccionaron los pacientes con diagnóstico, tras dos años de seguimiento, de artritis reumatoide (AR) según criterios ACR de 1987 y artritis indiferenciada (AI) y se analizaron los datos correspondientes a la visita de inclusión en el registro. Se utilizó la definición de la OMS para peso normal, sobrepeso y obesidad (IMC < 25, 25 - 30 o ≥ 30 Kg/m2 respectivamente). Se utilizaron los test de Chi-Cuadrado y Kruskal-Wallis. El análisis se realizó con Stata 12.1.

Resultados: Se incluyeron 411 pacientes (79.8% mujeres), de los cuales 290 (70.56%) cumplían criterios de AR y 121 (29.44%) eran AI. La edad era de 54.5 [44.2-67.2] (mediana, p25, p75) años, con un tiempo de evolución de la enfermedad de 5.3 [3.1-8.4] meses. Las variables con diferencias significativas que resultaron relacionadas con el IMC, se muestran en la Tabla 1. No se observaron diferencias estadísticamente significativas según el IMC ni en el número de articulaciones tumefactas, ni en los niveles de velocidad de sedimentación globular ni los niveles de proteína C reactiva. Tampoco en el tratamiento FAME utilizado.

Conclusión: En nuestro registro de artritis de reciente comienzo los pacientes obesos son, con mayor frecuencia, mujeres, de edad más avanzada, con un mayor NAD, un mayor HAQ y una menor frecuencia de ACPA positivos. Es necesario profundizar en la relación de estos factores entre sí para aclarar la relevancia del IMC en ellos.

Tabla 1. Variables relacionadas con el IMC.

IMC	Edad (años)	Sexo (M/H)	Estudios (N/P/Se/Su; %)	ACPA+ (%)	HAQ	EVA d	NAD
Normal	50 [38.5-63.9]	147/24	1.2/20.6/35.3/43	55%	0.87 [0.4-1.5]	41 [20-62]	3 [0-7]
Sobrepeso	57.8 [47-68.4]	117/40	7.7/36.5/32.7/23.1	42.90%	0.9 [0.5-1.6]	49 [20-60]	3 [0-9]
Obesidad	58.7 [50.7-68.6]	64/19	12/38.5/26.5/22.9	41.20%	1.2 [0.6-1.7]	50 [36-65]	5 [1-12]
	p≤0.001	p=0.028	p≤0.001	p = 0.04	p=0.0064	p = 0.028	p=0.07

* ACPA: anticuerpos antipéptido citrulinado; HAQ: Health Assessment Questionnaire; EVA d: escala visual analógica del dolor en mm; NAD: número de articulaciones dolorosas; M: mujeres; H: hombres; N: sin estudios; P: estudios primarios; Se: estudios secundarios; Su: estudios superiores.

Póster 03

COMPARACIÓN DEL RIESGO DE FRACTURA POR FRAX EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH SEGUIDOS EN UN HOSPITAL MADRILEÑO TERCIARIO CON RESPECTO A LA COHORTE ESOSVAL

F López Gutierrez[1], WA Sifuentes Giraldo[1], JL Casado Osorio[2], M Vázquez Díaz[1]
Centro de trabajo: [1]Servicios de Reumatología y [2] Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Ramón y Cajal
Dirección postal: Ctra. Colmenar Viejo Km. 9,100, 28034, Madrid.

Objetivos: Evaluar los valores de densidad mineral ósea (DMO) y riesgo de fractura a 10 años según el Fracture Risk Assessment Tool (FRAX) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) seguidos en un hospital madrileño terciario y compararlos con los de la cohorte valenciana ESOSVAL, la cual incluyó 11035 pacientes y es representativa de la población atendida en centros españoles terciarios.

Métodos: Se trata de una determinación corte-tranversal del FRAX en una cohorte prospectiva en la que se incluyeron pacientes con infección por VIH atendidos en el Servicio de Enfermedades Infecciosas de nuestro centro en el período de 2010 a 2015. Se recogieron datos correspondientes a demografía, comorbilidades, tratamiento, factores de riesgo incluidos en el cálculo del FRAX y variables densitométricas.

Resultados: Se identificaron 311 pacientes, de los cuales 97 tenían recogidos datos de densitometría ósea (DXA) y se les había realizado la estimación del FRAX. La edad media de los pacientes era de 55,4 años (rango: 50-80), 75 de ellos varones (77%). El 89% de los pacientes eran caucásicos, con una media de índice de masa corporal 24,2 (rango: 15-32,7), la mediana del tiempo de infección por VIH fue de 194 meses (rango IQ: 155,2-259), mediana de nadir de linfocitos CD4+ de 168 (rango IQ: 81-308) y coinfección por virus de hepatitis C en 40%. Dentro de los factores de riesgo recogidos en el FRAX, 44% referían tabaquismo, 10% consumo inadecuado de alcohol y 3% hipertiroidismo; no había antecedente de corticoterapia, ni fracturas previas en ningún caso y sólo uno tenía antecedente familiar de fractura de cadera. La media de DMO lumbar fue de 0,9 g/cm^2 (rango: 0,83-0,99) y en cuello femoral (CF) 0,74 (rango: 0,65-0,82). Para la comparación con la cohorte ESOSVAL se escogió el peor valor de T-score lumbar o en CF y se clasificó a los pacientes según las definiciones de la OMS (osteoporosis ≤ -2,5, osteopenia -1 a -2,5); los resultados son presentados en la Tabla 1. Sólo se compararon los datos para el grupo de 50 a 64 años debido a un número reducido de pacientes con VIH en rangos de edad mayores en nuestro centro. No se encontraron diferencias significativas entre las categorías de osteopenia y osteoporosis entre ambas cohortes en función del sexo, pero hubo diferencia significativa respecto al riesgo de fractura tanto mayor como de CF en los varones, siendo mayor en pacientes con infección por VIH respecto a la población de ESOSVAL.

Conclusiones: Los pacientes con infección por HIV seguidos en nuestro centro no presentan diferencias significativas respecto a la prevalencia de osteopenia y osteoporosis en comparación con población española no VIH representada por la cohorte ESOSVAL. Sin embargo, el riesgo de fractura estimado por FRAX es significativamente mayor en los varones con infección VIH de nuestro centro probablemente debido a una mayor frecuencia de factores riesgo asociados.

Variable	Varones 50-64a VIH+ (n=68)	Varones 50-64a ESOSVAL (n=2983)	*p*	Mujeres 50-64a VIH+ (n=21)	Mujeres 50-64a ESOSVAL (n=3043)	*p*
T-score ≤ -2,5	5%	12,6%	0,043	14%	21%	0,451
T-score -1 a -2,5	51%	48,9%	0,676	57%	50,1%	0,515
FRAX fractura mayor ≥ 10	1,8% (0,4-5,1)	0,1% (0,0-0,2)	0,002*	2,36% (1,3-4,1)	0,6% (0-1)	0,015

Póster 04

ESTRATEGIA DE OPTIMIZACIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB

C. Tornero[1], C. Plasencia[1], D. Pascual , T. Jurado[2], , I. Monjo[1], E. Moral[1], A. Pieren [1], G. Bonilla[1], D. Peiteado[1], P. Bogas[1], L. Nuño[1], A. Villalba,, A. Balsa Criado[1]. [1], Sº Reumatología [2] Servicio de Inmunología. Hospital La Paz. Paseo de la Castellana, 261. 28046, Madrid.

Introduccion: El Tocilizumab (TCZ) es un fármaco anti-receptor de la IL6 que ha demostrado ser eficaz en la Artritis Reumatoide (AR). Recientes publicaciones han evaluado la posibilidad de reducir la dosis de fármacos biológicos en pacientes en remisión o baja actividad mantenida sin perder el control de la enfermedad. Escasa evidencia existe sobre las estrategias de optimización en pacientes en tratamiento con TCZ.

Objetivos: Analizar la evolución clínica de pacientes con AR tratados con TCZ en remisión o baja actividad que realizan una estrategia de optimización del fármaco. También se evalúa la influencia de dicha estrategia sobre los niveles séricos de TCZ.

Material y métodos: De una cohorte de 35 pacientes con AR tratados con TCZ se incluyeron 13 pacientes en los que se optimizó la terapia biológica por presentar remisión o baja actividad de forma mantenida (DAS 28< 3,2). Se evaluó la actividad clínica (evaluada mediante DAS-28, CDAI y SDAI), analítica (PCR y VSG) y los niveles séricos de TCZ en el momento previo a la optimización (visita optimización =VO) y en la última visita disponible tras el inicio del tratamiento en un periodo de seguimiento de 3 años (visita final=VF). La estrategia de optimización consistió en una disminución de la dosis y/o en un aumento del intervalo de administración. Se definió brote como DAS 28 =3,2 y delta-DAS28 = 0,6. Se recogió el número de brotes entre VO y VFG, así como la actividad en el peor brote en dicho periodo (visita brote=VB). En el momento del brote se pudo intensificar tratamiento con TCZ y/o FAMEs. Las muestras séricas se obtuvieron en el momento previo a cada infusión y los niveles de fármaco se analizaron mediante la técnica ELISA.

Resultados: En la tabla adjunta se resumen las características demográficas de los 13 pacientes. No se observaron diferencias significativas en los índices de actividad clínica entre VO y VF (DAS28: 2,28 ± 0,8 en VO vs 2,5± 0,7 en VF, p=0,25; CDAI 4,71: ± 5,1 en VO vs 5,71± 5,1 en VF, p= 0,08 ; SDAI (4,99 ±5,3 en VO vs 5,0 ± 4,8en VF, p= 0,052), número de articulaciones dolorosas (NAD:1,69±3,2 en VO vs 1,46± 1,8 en VF; p=0,091) y tumefactas (NAT:0,69± 1,1 en VO vs 0,62± 0,96 en VF; p=0,243) y tampoco en los reactantes de fase aguda (PCR: 0,48 ± 0,6 en VO vs 0,54 ± 0,6 en VF, p= 0,219 ; VSG: 7,69 ± 3,1 en VO vs 10,3 ± 5,4 en VF, p=0,152). El descenso de los niveles de TCZ entre VO y VF no fue significativo (15,4 ± 9,31 vs 3,02 ± 5,99, p=0,867). A lo largo del seguimiento, 6 (43%) pacientes tuvieron brotes. El número medio de brotes tras la optimización fue de 1,2 ± 1,6 y el tiempo hasta el primer episodio, de 1± 0,4 años. En el peor brote entre VO y VG, se registraron los siguientes datos clínicos, de actividad y niveles séricos de TCZ: NAD: 6,7 ± 7,4 y NAT: 1,83 ± 1,2; DAS28: 3,99 ± 0,6, CDAI: 14,7 ± 8,2 y SDAI: 14,5 ± 9,08; niveles de TCZ: 0,86 ± 1,78. La mayoría de los pacientes que tuvieron brotes permanecieron en remisión o baja actividad en la VF (DAS-28 VF < 3,2: 4/6 (66,7%), p=0,097; CDAI VF<10: 4/6 (66,7%),p=0,42; SDAI VF<11: 4/6 (66,7%), p= 0,097), todos continuaban a pauta optimizada y ninguno abandonó el tratamiento por ineficacia.

Conclusión: La estrategia de optimización de TCZ en pacientes con AR en remisión o baja actividad es factible, dado el bajo porcentaje de recaídas y el buen control de la enfermedad a largo plazo.

Póster 05

ARTROPATIA LUPICA SUBCLINICA DE LA MANO

Carlos Guillén Astete, Marcelino Revenga Martínez, Antonio Zea Mendoza
Hospital Universitario Ramón y Cajal (Ctra. Colmenar Viejo, Km 9.100, 28034 Madrid)

Objetivo. Determinar la prevalencia de sinovitis en una cohorte de pacientes con LES sin artropatía clínicamente evidente.

Metodo. Se realizó un estudio prospectivo sobre 96 pacientes con LES sin síntomas articulares (Grupo 0), con artralgias intermitentes (Grupo I) y con artritis intermitente sin deformaciones ni erosiones (Grupo II). Se realizó una ecografía sistemática del carpo, 2º y 3ºMCF de la mano no dominante. Los hallazgos ecográficos se organizaron siguiendo las recomendaciones de nomenclatura de sinovitis y señal PD estándar de EULAR de forma categórica y semicuantitativa por medio del índice compuesto de sinovitis (ICT).

Resultados. Seis pacientes del grupo 0 presentaron algún grado de sinovitis (30%), 13 del grupo I (38.2%) y 18 del grupo II (42.8%). del total de pacientes, la proporción de sujetos con al menos un hallazgo ecográfico indicativo de sinovitis fue 38.5%. A nivel de la 2MCF, 4 pacientes (20%) del grupo 0 presentaron con algún grado de sinovitis, uno de los cuales 1 (5%)

presentó señal PD positiva. El índice compuesto de sinovitis y señal PD (ICSa) fue 0.3 DE 0.36. En el grupo I, 9 pacientes (26.5%) presentaron algún grado de sinovitis, 4 de los cuales, además presentaron señal PD positiva (11.8%). El ICSa para este grupo fue 0.44 DE 0.48. En el grupo II 15 pacientes presentaron algún grado de sinovitis (35.7%) y 6 presentaron señal PD positiva (14.3%). El ICSa para este grupo fue 0.59 DE 0.55. En total, se detectó sinovitis en 28 de los 96 pacientes (29.2%) y señal PD en 11 (11.5%). A nivel de la 3MCF, 5 pacientes (25%) del grupo 0 presentaron con algún grado de sinovitis, uno de los cuales 1 (5%) presentó señal PD positiva. El índice compuesto de sinovitis y señal PD (ICSa) fue 0.3 DE 0.36. En el grupo I, 8 pacientes (23.5%) presentaron algún grado de sinovitis, 3 de los cuales, además presentaron señal PD positiva (8.8%). El ICSa para este grupo fue 0.38 DE 0.46. En el grupo IIa, 15 pacientes presentaron algún grado de sinovitis (35,7%) y 4 presentaron señal PD positiva (9.5%). El ICSa para este grupo fue 0.57 DE 0.61. En total, se detectó sinovitis en 27 de los 96 pacientes (28.1%) y señal PD en 8 (8.3%). En el estudio de la región dorsal del carpo se identificó sinovitis en 5 pacientes del grupo 0 (25%) y señal PD en 3 (15%). El ICSa para este grupo fue 0.5 DE 0.54. En el grupo I se identificaron 12 pacientes con sinovitis (35.3%) y 5 con señal PD (14.7%). El ICSa para este grupo fue 0.58 DE 0.54. En el grupo IIa se identificaron 16 pacientes con sinovitis (38.1%) y 8 pacientes con señal PD (19.0%). El ICS para este grupo fue 0.61 DE 0.51. En total, de los 96 pacientes, 33 (34.4%) presentaron algún grado de sinovitis en el carpo y 16 tuvieron señal PD (16.7%).

Conclusiones. Este es el primer estudio ecográfico de pacientes lúpicos en el que se excluyen las formas deformantes o con erosiones. Hemos demostrado que aproximadamente un 1/3 de pacientes sin clínica articular presentan sinovitis. Estudios de seguimiento son necesarios para determinar el impacto a futuro de este hallazgo.

Póster 06

PREVALENCIA Y CAUSAS DE LA INTERRUPCIÓN DE LA TERAPIA ANTI-TNF EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN PRÁCTICA CLÍNICA

E. Moral, C. Plasencia, V. Navarro, D. Pascual-Salcedo, C.Tornero, P. Bogas, G. Bonilla, I. Monjo, L. Nuño, A. Villalba, D. Peiteado, S. Ramiro, T. Jurado, E. Martín-Mola, A Balsa. Servicio de Reumatología e Inmunología Hospital Universitario La Paz. Paseo de la Castellana, 261. MADRID. 28046.

Objetivos. Analizar la frecuencia de interrupción y principales causas de suspensión del primer anti-TNF con Adalimumab (Ada), Infliximab (Ifx), Etanercept (Etn) o Golimumab (Goli). Analizar las principales causas de suspensión en la población de EsP-ax con niveles de anticuerpos antifármaco (ADA) determinados.

Material y métodos. De 326 pacientes con diagnóstico de EspA-ax de la Unidad de biológicos del Hospital La Paz tratados con Ada, Ifx, Etn o Goli, se estudian 172/326 (53%) pacientes que suspendieron el 1º anti-TNF. Se evaluaron los parámetros de actividad clínica y analítica mediante BASDAI, PCR y VSG en el momento basal, 3 meses, 6 meses y última visita.

Resultados. En nuestra población de 172 pacientes, las principales causas de interrupción de la terapia anti-TNF fueron las siguientes: 37% fallo secundario, 32% fallo primario, 12% remisión, 10% efectos adversos (EA) y 9% otros. Las causas de suspensión por EA fueron: 40% reacción infusional (RI), 21% neoplasias, 16% digestivas, infecciones 9%, respiratorio 5% y otros 9%. Se determinaron los niveles de fármaco (NF) y/o ADA en 133 pacientes (77%). De los pacientes ADA + (31; 23%), el 58% suspendió por fallo secundario, 20% remisión, 13% fallo primario; de los pacientes ADA- (102; 77%), el 37% suspendió por fallo secundario, 34% fallo primario, 13% remisión. En los pacientes ADA+ la proporción de EA fue la siguiente: RI 76%, digestivo 12% y neoplasias 12%; en los ADA-: 26% RI, 26% neoplasias y digestivo 16%, respiratorio, infecciones y otros en menor porcentaje.

Conclusiones. En nuestra cohorte pacientes con EsP-ax la ineficacia fue la principal causa de abandono del tratamiento, siendo más frecuente la ineficacia secundaria. La ineficacia 1ª y los efectos adversos fueron las principales causas de abandono los primeros años de tratamiento. Se observó que el 58% de nuestros pacientes ADA+ suspendieron el anti-TNF por ineficacia secundaria. Los efectos adversos más frecuentes en nuestra población de EsP-ax fueron las reacciones infusionales (RI) y las neoplasias, encontrando las RI en el 76 % de los pacientes ADA+.

Póster 07

CARACTERISTICAS DE LA PROLIFERACION SINOVIAL EN LA RODILLA DE PACIENTES CON BROTES AGUDOS DE GOTA

Carlos Guillén Astete, María Terán Tinedo
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivos. Determinar las características de la sinovitis identificada en pacientes con clínica compatible de monoartritis aguda de rodilla y diagnóstico previamente conocido de artritis por depósito de microcristales de ácido úrico.

Metodos. El presente estudio se realizó sobre la base de registros ecográficos de pacientes valorados por sinovitis aguda procedentes de un estudio previo. Se revisaron 165 estudios ecográficos de rodilla de pacientes con diagnóstico certero de crisis de artritis gotosa y 68 estudios ecográficos de seguimiento. Los estudios ecográficos se analizaron en función a la escala semicuantitativa de sinovitis EULAR. Se realizó un estudio de la ocupación sinovial del corte sagital del receso prerotuliano medido en proyección longitudinal sobre la parte más profunda del valle intercondileo a nivel de la tróclea. Se trazaron dos líneas imaginarias, una perpendicular a la cortical femoral medida a 30mm del borde cortical visible en el extremo rotuliano, y otra paralela a la cortical del fémur con origen 5m por debajo del borde rotuliano superior. El cruce de las dos líneas delimitó cuatro cuadrantes. Se realizaron pruebas de correlación con datos clínicos y demográficos.

Resultados. Un total de 165 estudios ecográficos correspondientes a 145 pacientes distintos obtenidos entre 2013 y 2015 fueron revisados junto con sus correspondientes datos clínicos y demográficos. Se identificó hipetrofia sinovial (HS) en 150 estudios (90.9%) y señal PD en 93 (56.3%). De los 150 estudios con HS, el número de cuadrantes ocupados al menos un 33% fue 4 en 3 estudios, 3 en 24 estudios, 2 en 100 estudios y 1 en 23 estudios (2%, 16%, 66,6% y 15,3% respectivamente. El cuadrante más afectado fue el profundo-distal (88%). La gradación de señal PD fue la siguiente: Grado III en 28 estudios (30,1%), Grado II en 42 (45,1%) y Grado I en 23 (24.7%). Existió una correlación positiva estadísticamente significativa entre el índice compuesto de sinovitis y el tiempo de evolución en días (Coef. P 0.88, P<0.001) y el tiempo de evolución y el grado de señal PD (Coef P=0.67, P<0.05). La ocupación de cuadrantes no correlacionó con ninguna variable clínica ni demográfica, ni tampoco la predominancia de un cuadrante u otro. La edad de los pacientes correlacionó débilmente con el grado de sinovitis (Coef P=0.61 P=0.0487). En los estudios evolutivos sin clínica, el 17 (25%) pacientes mostraban una ecografía normal, 17 (25%) con sinovitis grado I mientras que el resto grados superiores y en ninguno señal PD.

Conclusiones. En pacientes con monoartritis gotosa, la proliferación sinovial y la intensidad de la señal PD depende del tiempo de evolución en el índice compuesto. Esto indica que en etapas precoces del brote los hallazgos ecográficos podrían ser superponibles a otras enfermedades con sinovitis manifiesta de menor intensidad. Encontramos también cambios ecográficos relevantes una vez en el periodo intercrítico.

Póster 08

REPRODUCIBILIDAD Y VALIDACIÓN DE LA DETERMINACION DE LA MASA ÓSEA DE METACARPIANOS MEDIANTE DENSITOMETRÍA DUAL DE RAYOS X EN VOLUNTARIOS SANOS Y PACIENTES CON ARTRITIS DE INICIO

Irene Llorente[1], Alberto García-Vadillo[1], Elena García Lorenzo[1], Eugenio Escolano[2], Ana M. Ortiz[1], Isidoro González-Álvaro[1], Santos Castañeda[1]. Servicios de Reumatología[1] y Radiodiagnóstico[2], Hospital Universitario de La Princesa, IIS-IP, 28006-Madrid

Introducción: La disminución de la masa ósea cortical en metacarpianos (MC) mediante radiogrametría dual (DXR) es un factor de mal pronóstico en la artritis reumatoide (AR). Sin embargo, esta técnica no está accesible en nuestro entorno. Nuestro grupo ha comprobado que la valoración de la densidad mineral ósea (DMO) en las articulaciones metacarpofalángicas (MCF) determinada mediante densitometría dual de rayos X (DXA) presenta una aceptable correlación con la DXR de MC. Dado que la DXR valora DMO cortical, y la DXA de MCF evalúa principalmente hueso trabecular, hemos desarrollado un procedimiento que permite evaluar, mediante DXA convencional, la masa ósea a nivel del tercio medio diafisario de los 3 MC centrales (2º a 4º), con contenido principalmente cortical.

Objetivo: Validar y reproducir la medición de los MC mediante DXA.

Métodos: Se incluyeron 15 voluntarios (10 con artropatía inflamatoria y 5 voluntarios sanos), a los que se realizó una DXA (Hologic©QDR4500) de la mano no dominante 3 veces consecutivas con reposición completa de la mano. Se realizó el análisis de las DXA por 3 evaluadores distintos, de manera que se obtuvieron 3 medidas de cada MC (2-4) por cada evaluador, con un total de 9 mediciones por cada MC.

Estadística: Se calculó el grado de acuerdo intra e interobservador mediante Stata 12 para Windows. Se analizó la correlación intra e interclase con un intervalo de confianza del 95%. Para valorar la concordancia entre las medidas realizadas por los distintos evaluadores se desarrollaron gráficas de Bland-Altman.

Resultados: Los resultados obtenidos muestran una excelente correlación de las medidas realizadas tanto intra como interobservador (coeficiente de correlación intraobservador: 0.97-0.99; correlación interobservador: 0.99).

Conclusiones: Los resultados obtenidos muestran una buena reproducibilidad en las medidas de los MC mediante DXA, por lo que esta técnica podría ser una herramienta útil, accesible y económica para la valoración precoz de la osteoporosis cortical y estudio de factores pronósticos en AR.

Financiación: Proyectos RD12/0009/0017, PI12/01578, PIE13/00041 y PI14/00442 del ISC-III y FEDER. También ha recibido ayuda de PFIZER España.

Póster 09

CALIDAD DE VIDA VISUAL EN PACIENTES CON UN UVEITIS NO INFECCIOSA: ESTUDIO TRANSVERSAL.

D. Freites; P. Arriola-Villalobos; J. Font; L. Abásolo; J. García-Feijoo; B. Fernández-Gutiérrez; Rosalía Méndez-Fernández; E. Pato; D. Díaz-Valle; L. Rodríguez-Rodríguez. Servicio de Reumatología, Servicio de Oftalmología. Hospital Clínico San Carlos. C/Profesor Martín Lagos, 28040 Madrid.

Objetivo. Analizar la influencia de variables sociodemográficas, comorbilidades y clínicas en la calidad de vida visual de los pacientes con uveítis no infecciosa.

Métodos. Estudio observacional transversal que incluyó pacientes diagnosticados de uveítis no infecciosa, reclutados desde agosto de 2015 hasta marzo de 2016, en seguimiento en las consultas externas de uveítis del Hospital Clínico San Carlos. La variable dependiente fue la transformación logarítmica del índice compuesto del Cuestionario de Funcionamiento Visual de 25 ítems (IC-VFQ25). Las variables independientes incluidas se clasificaron en sociodemográficas, comorbilidades y variables clínicas relacionas con la uveítis. Se aplicaron modelos de regresión bivariados y multivariados por mínimos cuadrados ordinarios y los resultados fueron expresados usando el tamaño del efecto con sus intervalos de confianza del 95% (IC).

Resultados. 156 pacientes fueron incluidos en el estudio. En el modelo final multivariado, después de la corrección de Bonferroni, la agudeza visual corregida (AVC) y la presencia de comorbilidades oculares mostraron una asociación estadísticamente significativa con el IC-VFQ25. Respecto a la AVC, un aumento de una unidad en la escala LogMAR (es decir, una peor AVC) se asoció a un tamaño del efecto de 0,14 [IC: 0,07-0,27] (es decir, el IC-VFQ25 fue 7 veces menor por para cada incremento en una unidad LogMAR). En cuanto a la presencia de comorbilidades oculares, el IC-VFQ25 fue 1,64 veces o un 64% menor en aquellos pacientes con comorbilidades oculares en comparación con aquellos que no las sufrieron (tamaño del efecto: 0,61[IC: 0,49-0,77]). Otras variables incluidas en el modelo multivariado final, como la localización de la uveítis y el tratamiento concomitante, mostraron un valor de p inferior a 0.05 pero mayor al umbral de corrección múltiple ($2.3x10^{-3}$). El modelo final explicó un 37,1% de la variabilidad del IC-VFQ25, ajustado por el número de variables incluidas. Teniendo en cuenta la variabilidad explicada por este modelo y el tamaño de la muestra, la potencia de nuestro estudio fue del 80%.

Conclusiones. La baja agudeza visual y la presencia de comorbilidades oculares tuvieron un efecto significativo, independiente y deletéreo sobre la calidad de vida visual de los pacientes con uveítis no infecciosa.

Póster 10

INCIDENCIA DE REEMPLAZO ARTICULAR COMPLETO DE CADERA Y RODILLA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: UN ESTUDIO DE SUPERVIVENCIA.

Judit Font, Dálifer Freites, L. León, B. Fernández, L. Abásolo. L. Rodríguez-Rodríguez. Servicio de Reumatología, Hospital Clínico San Carlos, c/Profesor Martín Lagos s/n (28040 Madrid).

Objetivos: Analizar la evolución temporal de la tasa de incidencia (TI) de reemplazo completo de cadera y/o rodilla en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide (AR).

Métodos: Estudio longitudinal retrospectivo que incluyó pacientes diagnosticados de AR (criterios ACR 1986) entre 1994 y 2009, seguidos en consultas externas de nuestro centro hasta diciembre de 2013. Variable principal: Primer reemplazo articular total (RAT) de cadera y/o rodilla. Variables secundarias: características clínicas y demográficas. El seguimiento se prolongó hasta RAT de ambas rodillas y caderas, perdida de seguimiento o transcurso de 5 años (para garantizar un tiempo de seguimiento similar en todos los pacientes). La TI de RAT se expresó por 1.000 pacientes-año con intervalo de confianza (IC) del 95%. Se emplearon curvas de supervivencia de Kaplan-Meier así como modelos de regresión de Cox. Se consideraron tres intervalos de tiempo, definido por el año de diagnóstico de la AR: 1994-1999, 2000 a 2004 y 2005-2009. Los análisis estadísticos se realizaron con STATA v12.

Resultados: Se incluyeron 1.812 pacientes, 74% mujeres, con una edad mediana (rango intercuartílico) al diagnóstico de la AR de 60 (48-72) años. 85% de los pacientes eran españoles, el 65% factor reumatoide (FR) positivo, y el 48% anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (APCC) positivos. En cuanto al período de diagnóstico: 526 pacientes habían sido diagnosticados entre 1994-1999, 551 entre 2000-2004 y 735 entre 2005-2009. Se realizaron 69 RAT (25 caderas y 44 rodillas) durante un seguimiento de 7.522,0 pacientes-año, lo que resultó en una TI de 9,2 [IC: 7,2 a 11,6]. Para los períodos de tiempo 1994-99, 2000-04 y 2005-09, la TI fue de 10,8 [IC: 7,3 a 16,2], 10,5 [IC: 7,4 a 15,7] y 6,9 [IC: 4,5 a 10,6], respectivamente. En el análisis bivariado sólo la edad al momento del diagnóstico de la AR mostró una asociación estadísticamente significativa con un mayor riesgo de RAT ($p = 1.0x10^{-4}$). En el análisis multivariado (ajustado por sexo, edad al diagnóstico de la AR, país de nacimiento, presencia de la APCC y FR), el año de diagnóstico de la AR no se asoció con la tasa de RAT (2000-2004 vs. 1994-1999: HR 0,97 [IC: 0,55 a 1,71], p = 0,91; 2005-2009 vs. 1994-1999: HR 0,67 [IC: 0,37 a 1,21], p = 0,18).

Conclusión: La TI de colocación de prótesis total en nuestra cohorte de AR fue de 9,2 por cada 1.000 pacientes-año. A pesar de que la TI fuera menor en pacientes diagnosticados más recientemente, las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Póster I1

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE FRACTURA DE CADERA SEGÚN LA HERRAMIENTA FRAX V/S LAS RECOMENDACIONES DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Miguel Bernad Pineda[1], Mª Victoria Garcés Puentes[2].
[1]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz, Madrid. [2]Servicios Integrales de Gestión Médica, Madrid.
[mbernadp@hotmail.com]

Objetivo: Evaluar la herramienta FRAX[1] y las recomendaciones para la valoración y tratamiento de la osteoporosis primaria en mujeres de la Comunidad de Madrid (rCAM)[2] en población femenina de Madrid, mayor de 50 años.

Métodos: Estudio retrospectivo y aleatorizado, realizado en 100 mujeres incluidas en una base de datos de 1.835 pacientes, seleccionadas al azar, utilizando la herramienta de generación de muestra aleatoria del programa MedCalc versión 16.4.1. Se recogieron la edad, los datos antropométricos y clínicos basales de la historia clínica. Se aplicaron las herramientas FRAX con densitometría y las recomendaciones de valoración de riesgo de la rCAM.

Resultados: La media de edad fue de 72,1 ± 9,7 años [I.C.95% 70,2; 74,0], IMC: 24,9 ± 3,7; T-score: -2,317 ± 0,86 y Z-score: -0,238 ± 0,99. El 71% había tenido alguna fractura (Fx) después de los 50 años (60,6% vertebrales, 4,2% cadera, 14,1% Colles y 21,1% otras localizaciones). El T-score era similar en las mujeres con y sin Fx (p>0,05). Según el FRAX, el 17% tenía riesgo de Fx mayor ≥20 y el 65%, riesgo de Fx cadera ≥3. La media de riesgo de Fx de cadera fue de 3,14 ± 3,27% y de 7,55 ± 8,63% en mujeres sin y con Fx basal, respectivamente (p<0,001). Según los criterios de rCAM el 42% de las pacientes presentaba una puntuación de riesgo de Fx de cadera >10%, lo que significa que solo se podría considerar iniciar tratamiento farmacológico en este grupo de pacientes. Entre las demás pacientes (58%), que presentaban riesgo de Fx de cadera según rCAM<10%, en el 46,6% el riesgo FRAX de Fx de cadera era ≥3, el 40,8% había tenido alguna fractura previa y, sin embargo, según los criterios rCAM no estaría indicado ni solicitar densitometría ni poner tratamiento farmacológico.

Conclusiones: En nuestra población la herramienta FRAX identifica mejor a las mujeres con riesgo de fractura de cadera que las recomendaciones de la Comunidad Autónoma de Madrid.

1. Fracture Risk Assessment Tool.
2. Servicio Madrileño de Salud. Recomendaciones para la valoración y tratamiento de la osteoporosis primaria en mujeres de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2015.

Póster I2

PREVALENCIA DE DEFORMIDADES MORFOMETRICAS EN PACIENTES CON LUMBALGIA O DORSALGIA AGUDA

Carlos Guillén Astete, Cristina Pijoán Moratalla, Jose Renato Quiñones Torres
Hospital Universitario Ramón y Cajal (Ctra. Colmenar Viejo, Km 9.100, 28034 Madrid)

Objetivos. Determinar la prevalencia de deformidades morfométricas en pacientes postmenopáusicas valoradas radiológicamente por lumbalgia y dorsalgia de origen no traumático.

Metodos. Se realizó una aleatorización simple de los registros de pacientes femeninas de más de 65 años que consultaron por dorsalgia o lumbalgia, no relacionada con traumatismos y con estudios radiológicos accesibles, entre 2014 y 2015 inclusive hasta alcanzar el 120% del tamaño muestral calculado para una población teórica no finita de consultas urgentes, precisión del 3% y una proporción hipotética estimada del 7% a partir de datos de estudios propios locales previos sobre prevalencia de aplastamientos vertebrales. Se realizaron medidas morfométricas vertebrales de los cuerpos D9 a L5 siempre que fue posible y se aplicaron los criterios de clasificación de deformación morfométrica de Genant.

Resultados. Se aleatorizaron 275 registros de pacientes con dorsalgia y 275 con lumbalgia. Entre los estudios radiológicos de los pacientes con dorsalgia se identificaron 62(22.5%), 30(10.9%) y 18(6.5%) deformaciones morfométricas de grado I, II y III respectivamente. Entre los pacientes con lumbalgia se identificaron 31(11.2%), 49(17.8%) y 33(12%) deformaciones morfométricas de grado I, II y III respectivamente. La proporción de una deformación morfométrica cualquiera dorsal fue 40.00% (IC 34.39 45.89) y lumbar fue 41.09% (IC 95% 35.44 46.99). Las deformaciones lumbares grado I y II totalizaron el 70.7% de todas las identificadas mientras que las dorsales grado I y II el 83.6%. De las 93 deformaciones morfométricas grado I, 6.4% fueron reconocidas como tales en los informes médicos, 20.2% de las grado II y 92.1% de las grado III (P<0.001).

Conclusiones. Aunque nuestra base poblacional se circunscribe a pacientes sintomáticos, nuestro estudio aporta prevalencias de deformaciones morfométricas en población femenina a predominio de los grados I y II de la clasificación de Genant y que fueron subdiagnosticadas en la mayor parte de los casos. La correcta identificación de deformaciones morfométricas es relevante al momento de la toma de decisiones terapéuticas en pacientes con osteoporosis por lo que estudios poblacionales que subrayen la prevalencia de estos hallazgos contribuirán a evitar su subdiagnóstico.

Póster I3

SEGURIDAD DE LA PUNCION ARTICULAR Y PERIARTICULAR EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON DABIGATRAN

Carlos Guillén Astete, José Renato Quiñones
Hospital Universitario Ramón y Cajal (Ctra. Colmenar Viejo, Km 9.100, 28034 Madrid)

Objetivos. Describir la experiencia acumulada en 4 años de punciones articulares y periarticulares en pacientes anticoagulados con Dabigatrán.

Metodos. Se realizó una revisión sistemática de registros de pacientes en quienes se practicó una punción articular de rodilla o periarticular de hombro con fines diagnósticos o terapéuticos y que se encontraban en tratamiento con dabigatrán entre 2012 y 2016. Para este fin se recurrió a una búsqueda de registros electrónicos dentro del periodo demarcado utilizando los términos de búsqueda “infiltración” o “artrocentesis” o “punción articular” y “hombro” o “rodilla” y “dabigatrán” o su nombre comercial. Se identificaron las visitas posteriores tanto a atención primaria (Aplicación HORUS®) o a urgencias (Aplicación CAJAL®) por cualquier causa y se recogieron datos clínicos de sus correspondientes historiales electrónicos.

Resultados. Entre 2012 y 2016 se practicaron 68 punciones articulares de rodilla y 49 punciones periarticulares de hombro en pacientes usuarios de dabigatrán. De los 117 procedimientos, 78 (66.6%) fueron realizados por FEAs de Traumatología, Reumatología o Medicina Física y Rehabilitación y el resto por médicos internos residentes (MIRes). De las 68 punciones de rodilla, en 48 (70.5%) se realizó una centesis de líquido sinovial y una infiltración mientras que en el resto solamente se practicó una infiltración. De las 49 punciones de hombro, en 12 (24.4%) se realizó una bursocentesis y en el resto se practicó únicamente una infiltración. Se utilizó la asistencia ecográfica en 16 punciones de rodilla y 17 de hombro (23.5% y 34.6%). De todos los pacientes con punción de rodilla, 11 (16.1%) consultaron antes de los primeros 15 días en relación al procedimiento realizado. De ellos 9 lo hicieron por persistencia del síntoma o queja dolorosa principal y 2 por aumento del dolor. Ambos pacientes fueron estudiados ecográficamente y uno de ellos tuvo un hemartros tratado de forma conservadora. De todos los pacientes con punción de hombro, 7 (14.2%) consultaron antes de los primeros 15 días. El total lo hizo por persistencia del síntoma. Ningún paciente fue hospitalizado. Ningún paciente cuyo procedimiento fue asistido por ecográfica consultó antes de los primeros quince días. Ningún paciente consultó por sangrado después de los primeros quince días. La condición de FEA o MIR no influyó significativamente el resultado del procedimiento sin embargo todos los procedimientos ecoguiados fueron realizados por un FEA.

Conclusiones. Aunque se trata de una población pequeña, es a nuestro saber, la serie de pacientes anticoagulados con dabigatrán y tratados con una punción articular o periarticular más grande publicada. Podemos concluir que la realización de punciones de este tipo y en esta clase de pacientes son seguras. Por otro lado existe evidencia a favor de que los procedimientos ecoasistidos son más eficaces al menos en este grupo de pacientes.

Póster 14

TRATAMIENTO INICIAL (MÉDICO VRS QUIRÚRGICO) EN ARTRITIS SÉPTICA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DURANTE 8 AÑOS

Merino Argumanez C, Flores Robles BJ, Jiménez Palop M, Espinosa Malpartida M, Ramos Giráldez, Villa Alcázar LF, Andréu Sánchez JL, Godoy Tundidor H, Campos Esteban J, SanzSanz J, BarbadilloMateos C, Isasi Zaragoza CM, Mulero Mendoza J.
Departamento de Reumatología Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda CP: 28222

Objetivo: Comparar los resultados funcionales en dos diferentes tipos de procedimiento (médico vrs quirúrgico) utilizado en el manejo inicial de artritis séptica en articulación nativa.

Material y Métodos: Revisión de los registros clínicos de pacientes ingresados y diagnosticados de artritis séptica, en un único hospital de tercer nivel durante el período del 1 de enero de 2008 al 31 de enero de 2016.

Resultados: De un total de 63 pacientes con diagnóstico de artritis séptica. El abordaje inicial en 49 pacientes fue médico (artrocentesis) y en 14 pacientes quirúrgico (artroscopia/artrotomía). De los pacientes con tratamiento médico (TM) 15/49 (30%) requirieron posteriormente la realización de tratamiento quirúrgico (TQ) por evolución inadecuada. La media de edad fue de 60 años ± 18 (intervalo 18-93), los pacientes del brazo médico eran mayores respecto al brazo quirúrgico [mediana (IQR), 64 (54-76) vrs 48 (30-60)]. El porcentaje de pacientes varones fue mayor en el grupo quirúrgico 78% vrs 42% *(p=0.018)* y el 30% del grupo médico se encontraba con tratamiento corticoideo *(p=0.018).* En cuanto a resultados de recuperación completa de la funcionalidad no se encontraron diferencias significativas tras un año de seguimiento (68% con tratamiento médico vrs 67% con tratamiento quirúrgico, *p*= 0.91). Ambos grupos fueron similares en cuanto a días de síntomas hasta el diagnóstico, número total de días de antibiótico [mediana (IQR), 30 (28-49) vrs 29.5 (27-49)] y mortalidad (3 en el grupo médico y 2 en el grupo quirúrgico).

Conclusiones: Nuestro estudio no muestra diferencias significativas en cuanto a mejoría funcional respecto a tratar a pacientes inicialmente con aspiraciones con aguja diarias frente a artroscopia/artrotomía, obteniendo resultados similares aún cuando en el grupo médico los pacientes tenían una media mayor de edad y mayor número de comorbilidades. En aquellos Centros en donde no se disponga de los medios necesarios para un abordaje quirúrgico inicial, los drenajes articulares diarios con aguja han demostrado ser tan efectivos como estos. Sin embargo, aún hace falta estudios prospectivos, aleatorizados y con mayor número de pacientes**.**

Póster 15

NIVELES BAJOS DE FOSFATASA ALCALINA: ¿PUEDE SER HIPOFOSFATASIA?

C. Tornero (1), P. Aguado (1), S García (1), A. Buño (2), J.M Iturzaeta (2), C Plasencia (1), I. Monjo (1), A. Balsa (1). 1 Servicio de Reumatología. Hospital La Paz. Madrid; 2. Servicio Análisis Clínicos. *Hospital La Paz. Paseo de la Castellana, 261, 28046 Madrid.*

Introducción: La hipofosfatasia (HPP) es una enfermedad metabólica producida por mutaciones en el gen que codifica la isoenzima no específica de tejido de la fosfatasa alcalina (FANET). La presentación clínica es variable y la forma del adulto puede cursar con sintomatologia menos expresiva, pudiendo pasar desapercibida o llevar a errores diagnósticos y abordajes terapéuticos equivocados. Objetivo: Estudiar la prevalencia de fosfatasa alcalina (FA) sérica baja en adultos de un hospital terciario y analizar las características clínicas que pudiera sugerir el diagnóstico de HPP en pacientes pertenecientes al Servicio de Reumatologia.

Material y Métodos: Estudio transversal en el que se revisaron 1.536.711 determinaciones de FA del Laboratorio de Bioquímica pertenecientes a 386.356 pacientes en un periodo de 6 años (2009-2015). Se identificaron 19 pacientes procedentes de Reumatología, excluyéndose 5 con hipofosfatasemia secundaria. Todos presentaron al menos 2 determinaciones de FA con valores inferiores a 35 UI/l y ninguna superior a 45 UI/L. Se estableció un grupo control (3:1) de pacientes con determinación de FA normal de la misma edad y sexo estudiados en Reumatología en el mismo periodo. Mediante revisión de historias clínicas, se analizó la prevalencia de sintomatología potencialmente relacionada con HPP. Se realizó un Test χ^2cuadradado para la comparación de las variables categóricas.

Resultados: El grupo de casos incluyó a 14 pacientes (85% mujeres; edad media: 45,3 ± 9,8) y el de controles a 42 (83% mujeres; edad media: 46,1 ± 11,4 años). La prevalencia de hipofosfatasemia en nuestro hospital terciario fue 0,11%. Al comparar los datos clínicos, el 42,9% de los pacientes con hipofosfatasemia presentó dolor osteomuscular de etiología no filiada, frente a un 10% en el grupo control (p=0,013). Asimismo, se objetivó una mayor prevalencia de fractura periférica en el grupo de FA baja (14,3%) con respecto al grupo control (2,4%), con tendencia a la significación estadistica (p=0,058). No hubo diferencias en la prevalencia de condrocalcinosis, debilidad muscular, periartritis calcificante y antecedente de fractura vertebral. La FA baja se investigó sólo en el 21,4% de pacientes, confirmándose HPP mediante estudio genético en 2 pacientes.

Conclusión: La hipofosfatasemia está infravalorada en la práctica clínica. Dicho hallazgo asociado a dolor osteomuscular no filiado y, posiblemente, la existencia de fracturas periféricas, debe hacernos excluir el diagnóstico de HPP.

Póster 16

AFECTACIÓN ORAL EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

Mónica Fernández Castro[1], Rosa María López-Pintor[2], Julia Serrano[2], Lucía Ramírez[2], Elisabeth Casañas[2], Gonzalo Hernández Vallejo[2], Mariano Sanz Alonso[2], Jose Luis Andreu[3], Francisco Javier López Longo[4], Sheila Melchor[5], Sheila Recuerdo[6], Maria Ángeles Blázquez[7], Emilio Martín Mola[8], Marta Valero[9], Cristina Bohórquez[10], Maria Teresa Navío[11], Maria Carmen Ortega[12], Ana Rodríguez[13], Santiago Muñoz Fernández[1], Grupo EPOX-SSP. H. Infanta Sofía[1], Departamento de Estomatología III de la Universidad Complutense[2], H. Puerta de Hierro[3], H. Gregorio Marañón[4], H. Doce de Octubre[5], Fundación Jiménez Díaz[6], H. Severo Ochoa[7], H. La Paz[8], H. San Chinarro[9], H. Príncipe de Asturias[10], H. Infanta Leonor[11], H. Infanta Elena[12], H. Ramón y Cajal[13], Madrid.

Objetivos: Describir en los pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSP) las características clínicas asociadas a la boca seca, el daño acumulado y la calidad de vida en relación a la salud oral del paciente.

Métodos: Estudio multicéntrico transversal de pacientes con SSP. Se recogieron síntomas y lesiones orales, la EVA para la xerostomía (1-80), el índice OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) de calidad de vida del paciente respecto a su salud oral (1-70); el índice CAOD (dientes con caries, ausentes, obturados), flujo salival no estimulado (FSNE) y estimulado (FSE). Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: Se han incluido 41 pacientes, todos mujeres, con una edad media de 56.8 años (32-82). Trece pacientes (31,7%) habían recibido tratamiento periodontal previo (limpiezas, raspaje y alisado radicular) y 7 (19,5%) presentaban prótesis parcial removible. Treinta y ocho pacientes (92,7%) refirieron xerostomía, 15 (36,6%) glosodinia, 18 (43,9%) disfagia y 16 (39%) disgeusia. Veintiséis pacientes (63,4%) presentaron hiposialia en el flujo salival no estimulado (FSNE); 22 (53,7%) hiposialia en el flujo salival estimulado (FSE). Veintidós (53,6%) pacientes presentaron lesiones de la mucosa oral: 2 hiperqueratosis friccional, 3 estomatitis aftosa recurrente, 3 candidiasis intraoral, 1 lesión traumática, 1 depapilación lingual, 3 lengua saburral, 1 petequias, 1 máculas melanóticas, 2 candidiasis comisural, 2 lengua fisurada, 1 diapneusia y 1 herpes labial. La media total de la EVA para xerostomía fue de 47,1. La media del OHIP limitación funcional fue 5,7, OHIP dolor físico 6,6, OHIP discapacidad psicológica 5,8, OHIP discapacidad física 4,4, OHIP discapacidad psicológica 4,6, OHIP discapacidad social 3,9, OHIP incapacidad 4,1, el resultado del OHIP total fue de 35,7. La media del índice CAOD total fue de 19,4.

Conclusiones: Más de un tercio de los pacientes con SSP presentaron complicaciones orales, más de la mitad lesiones en la mucosa oral. El deterioro dental fue importante. El FSNE estaba disminuido en más del 60%. El grado de severidad de la xerostomía percibida fue elevado e influye negativamente en la calidad de vida del paciente.

Póster 17

Desarrollo de un Cuadro de actuaciÓN Para la evaluaciÓN de paciEntes con espondiloartritis en consultas externas para El personal de enfermerÍA De reumatologÍA

Lourdes Hernández Cano[1], Mª Jesús Bañuelo[2], Margarita Temprano Andrés[3], Concha Criado[3], Mar Prado García[3], Ana Jiménez[4], Irene Gutiérrez Gómez[2], Amparo López[5], Flor García[5], Antonia Beltrán[5], Paloma Nieto Quintas[6], Marta Llarena[6], Marta Nieto Fernández[6], Mª Jesús Torres[7], Pilar Abad[7], Esther Ledesma[8], Rocío Puertas Martín[9], Pilar Marín Gil[9], Mª Elena del Barrio Rodríguez[10], María Rodero[11], Teresa Mulero[11], Teresa Soriano Ruiz[12], Pilar García Emper[13], Laudelino Casado Oblanca[14], Inmaculada del Pilar Estevez[14], Miguel Ángel Martín Rodríguez[14], Mª José Díaz Albariño[15], Carmen Herrero Manso[15], Nuria Tejada Hernández[15], Virginia Hipólito Herrero[15], Lourdes Martín Salgado[15], Consuelo Pariente Matamala[15], Elena Rodríguez Arteaga[11], Esther Ramírez Fernández[16], Mª Ángeles Alonso Espada[17].

[1] Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Calle Budapest, 1, 28922 Alcorcón, Madrid. [2] Hospital Universitario La Paz. Paseo de la Castellana, 261, 28046 Madrid. [3] Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra. Colmenar Viejo, km. 9,100, 28034 Madrid. [4] Hospital Universitario Infanta Sofía. Paseo de Europa, 34, 28703 San Sebastián de los Reyes, Madrid. [5] Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Calle del Dr. Esquerdo, 46, 28007 Madrid. [6] Hospital Gómez Ulla - Carabanchel. Glorieta Ejército, 1, 28047 Madrid. [7] Hospital El Escorial. Ctra. M-600, Km. 6,255, 28200 San Lorenzo de El Escorial, Madrid. [8] Hospital Universitario de Getafe. Carretera de Toledo Km 12,500, 28905 Getafe, Madrid. [9] Hospital Universitario del Tajo. Av. Amazonas Central, s/n, 28300 Aranjuez, Madrid. [10] Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Av. Ramón y Cajal, 3, 47003 Valladolid. [11] Hospital Universitario Clínico San Carlos. Calle del Prof Martín Lagos, s/n, 28040 Madrid. [12] Hospital Universitario Infanta Elena. Av. de los Reyes Catolicos, 21, 28342 Valdemoro, Madrid [13] Hospital Universitario Infanta Cristina. Av. 9 de Junio, 2, 28981 Parla, Madrid. [14] Hospital Universitario de Fuenlabrada. Calle Camino del Molino, 2, 28942 Fuenlabrada, Madrid. [15] Hospital Universitario 12 de octubre. Av. de Córdoba, S/N, 28041 Madrid. [16] C.S. Villa de Vallecas. Calle Fuentidueña, 12, 28031 Madrid. [17] C.S. Presentación Sabio -Calle de Alonso Cano, 8 - 28933 Móstoles.

Objetivos: Mejorar la asistencia y seguridad del paciente con espondiloartritis (EspA) en las consultas externas de enfermería en reumatología.

Métodos: Estudio cualitativo basado en la metodología de grupo nominal. Se seleccionó un grupo de 35 enfermeras de la Comunidad de Madrid. Previa a la reunión de grupo nominal, se realizó una revisión de la literatura sobre las variables utilizadas para evaluar al paciente con EspA y sobre las competencias de enfermería en las consultas externas de reumatología. Todos sus resultados se presentaron y discutieron en la reunión de grupo nominal. Posteriormente, las enfermeras votaron cada variable si ésta en su opinión habría o no que implementarla en la práctica clínica habitual. Se seleccionaron como variables básicas aquellas donde más del 70% de las enfermeras consideró que habría que implementarlas y el resto como variables de excelencia.

Resultados: Se generó un cuadro de actuación para pacientes con EspA para el personal de enfermería que incluye a) Antecedentes personales y familiares; b) Comorbilidades; c) Características de la EspA; d) Exploración física e índices de actividad; e) Evolución general de la enfermedad y en relación al tratamiento (respuesta, acontecimientos adversos, cumplimiento y satisfacción con plan terapéutico); d) Pruebas complementarias; e) Calendario vacunal, impacto psicológico, laboral, en actividades lúdicas y sociales, vida afectiva y sexual; f) Educación e información al paciente incluyendo Información sobre la enfermedad (características clínicas, síntomas de alarma, pronóstico, comorbilidades), tratamientos no farmacológicos, ejercicio físico/deporte y protección articular, promoción de la salud (abandonar hábitos tóxicos, control de estrés, etc), tratamientos farmacológicos (características, eventos adversos, auto-administración, adherencia), asociaciones de pacientes/web de interés para información, funcionamiento del servicio y consulta enfermería, apoyo psicológico en el manejo del dolor, afrontamiento de la enfermedad, automanejo, gestión de citas, informe, cuestionario de satisfacción.

Conclusiones: Este cuadro de actuación del paciente con EspA puede ayudar a mejorar la evaluación de los mismos por parte del personal de enfermería en la consulta lo que repercutirá en un manejo más global y satisfactorio de la enfermedad.

Póster 18

SÍNDROME ANTISINTETASA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E INMUNOLÓGICAS DE 24 PACIENTES EN UNA SERIE IBÉRICA

Carlos Costa[1], E. García-Lorenzo[2*], E. F. Vicente[2], M. Santiago[1], I. Llorente[2], C. Valenzuela[3], P. Moreno Fresneda[2], M. D. Martínez-Quintanilla[2], R. García de Vicuña[2], José A. Pereira da Silva[1], S. Castañeda[2]*
Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal; [2]Servicios de Reumatologia y [3]Neumología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

Objetivo: Determinar las características demográficas, clínicas, perfil inmunológico y tratamientos efectuados en pacientes con SAS seguidos en dos Hospitales de la Península Ibérica.

Métodos: Se evaluaron retrospectivamente los pacientes con SAS seguidos en los Servicios de Reumatología del Hospital Universitario de Coímbra, Portugal (CHUC) y del Hospital Universitario de La Princesa, Madrid (HUP). El diagnóstico de SAS se basó en las manifestaciones clínicas y en el perfil de autoinmunidad.

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes con SAS, de los cuales 13 fueron reclutados en el CHUC y 11 en el HUP; 20 mujeres (83.3%) y 4 varones. La edad media al diagnóstico fue de 54.9 ± 14.4 años. La mediana de retraso diagnóstico fue de 6 meses. Los ANA fueron positivos en 96% de los pacientes (57.9% patrón moteado, 26.3% homogéneo y 10.5 % anti-centrómero). El anticuerpo anti-Jo1 se detectó en 15 pacientes (62.5%), anti-PL12 en 5 (16.7%), anti-PL7 en 3 (12.5%) y un paciente con anti-EJ. Quince pacientes (62.5%) tenían anticuerpos anti-SSa/Ro. De estos 24 pacientes, 4 tenían superposición con otras enfermedades sistémicas (3 con Esclerosis Sistémica y uno con LES). Como primera manifestación, 9 pacientes presentaron artritis, 10 miositis y 8 EPI. Diecisiete pacientes desarrollaron artritis durante la evolución (forma poliarticular en 12 y oligoarticular en 5), 22 miositis (forma clásica en 14 pacientes) y 20 EPI (forma aguda en 6, crónica en 9 y subclínica en 5). Tres pacientes presentaron MM, 3 fiebre (> 38ºC durante > 10 días sin otra causa) y 9 FR. Como tratamiento de inducción, todos los pacientes recibieron corticoterapia, asociada a ciclofosfamida iv en 3, metotrexato en 3 y azatioprina en 1. La azatioprina fue el FAME más utilizado (45.8%) como terapia de mantenimiento. Se requirió la asociación de dos FAMES en 6 casos. Tres pacientes (12.5%) fallecieron por causas relacionadas con la enfermedad o el tratamiento.

Conclusión: El SAS es una entidad rara, pero con alta morbilidad. Esta colaboración ibérica permitió reunir 24 pacientes que confirman la alta prevalencia de las manifestaciones más típicas y de anti-Jo-1 como marcador inmunológico principal, así como el requerimiento de una terapia inmunosupresora intensiva.
(*ambos autores han contribuido igualmente en la preparación de este trabajo)

Póster 19

EVOLUCIÓN DE UNA SERIE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO PEDIÁTRICO TRATADOS CON RITUXIMAB EN UN HOSPITAL TERCIARIO

S. Garrote Corral, A. Alía Jimenez, A. Boteanu, M.A. Blazquez Cañamero, M.J. García Villanueva, M. L. Gamir Gamir, A. Zea Mendoza. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal Ctra. de Colmenar Viejo, km. 9,100, 28034 Madrid, España

Objetivos: Evaluar la respuesta clínica y analítica de una serie de 9 pacientes diagnosticados de LES pediátrico que recibieron Rituximab, en seguimiento en una Unidad de Reumatología Pediátrica de un Hospital terciario.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo que incluye 9 pacientes tratados con Rituximab entre noviembre 2007 y octubre 2016, valorando la respuesta al tratamiento a los 6 meses y un año tras la primera infusión de Rituximab. Se han excluido los pacientes con síndromes de solapamiento.

Resultados: Los 9 pacientes fueron mujeres con una media de edad al diagnóstico de 15,22 años con una media de duración de la enfermedad de 87,55 meses (5-255meses) previo all tratamiento con Rituximab. 7 pacientes eran caucásicas y 2 mestizas. La indicación de Rituximab fue en 6 pacientes la Nefritis lúpica tipo IV, en 1/9 la nefritis lupica tipo III, en 1/9 pacientes la afectación cutánea grave (lupus ampolloso) y en 1 caso manifestaciones hematológicas graves (anemia hemolítica). Además 6/9 pacientes presentaban manifestaciones mucocutaneas y articulares. El índice de actividad previo al tratamiento con rituximab, calculado con SELENA-SLEDAI fue de 17,11 puntos (8 33). Todos los pacientes presentaban disminución del complemento y 8/9 aumento de anti-DNA. En 8/9 pacientes el Rituximab se utilizó como tratamiento de rescate y en único caso como primera línea. La pauta ha sido de 1 gramo x 2 en 7/9 pacientes, de 375mg/m2x 4 en 1/9 casos y de 600mg mensual durante 5 meses en el caso de la anemia hemolítica. Cinco pacientes recibieron más de 1 ciclo. Tras la administración de Rituximab el índice de actividad SELENA-SLEDAI fue de 4,5 puntos. A los 6 meses se ha obtenido respuesta completa en el caso de las manifestaciones hematológicas y cutáneas, en 2 casos de nefritis lupica (proteinuria < 0,5g/dia) y parcial en otros 2 casos. No se han analizado los datos en 2 pacientes (fallecimiento y menos de 6 meses de la primera dosis de rituximab). Los pacientes con respuesta parcial y falta de respuesta alcanzaron respuesta completa a los 12

meses. 2/9 pacientes tuvieron efectos secundarios (neumonitis por Rituximab en 1 caso e infecciones en 2 casos). La mortalidad fue de 11,11% (1/9 pacientes, por infección y actividad lupica, SLEDAI pre rituximab = 33).

Conclusiones: En nuestro estudio aunque consta de escasos pacientes, se objetiva que la terapia con Rituximab en pacientes con LESp es eficaz sobre todo en casos de afectación renal, cutánea y hematológica. Pudiendo plantearse en un futuro como alternativa eficaz frente a otros tratamientos con mayores efectos secundarios.

Póster 20

COMPARACIÓN DE LA FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD DE CASTLEMAN MULTICÉNTRICA CON LA ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO

Andrés González García[1], Walter Alberto Sifuentes Giraldo[2], José Luis Morell Hita[2], José Luis Patier de la Peña[1]
Centro de trabajo: Servicios de Medicina Interna[1] y Reumatología[2], Hospital Universitario Ramón y Cajal
Dirección postal: Ctra. Colmenar Viejo Km. 9,100, 28034, Madrid.

Introducción: La enfermedad de Castleman multicéntrica (ECM) es un trastorno caracterizado por una proliferación policlonal de linfocitos B que se asocia frecuentemente con manifestaciones autoimunes y conectivopatías. Cursa con niveles altos de IL-6 y síntomas sistémicos como fiebre, artralgias, hepatoesplenomegalia y serositis, por lo que se recomienda incluirla en el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Still del adulto (ESA). Sin embargo, no se dispone de estudios que comparen ambos grupos de pacientes.

Objetivo: Comparar el perfil de manifestaciones clínicas iniciales de pacientes con ECM con las de la ESA atendidos en un hospital terciario madrileño.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico de ambas entidades atendidos nuestro centro entre enero 1989 y diciembre 2015. Las variables evaluadas incluyeron demografía, manifestaciones clínicas, alteraciones analíticas y criterios de Yamaguchi. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 21.0.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes, 17 con ECM y 17 controles con ESA. La comparación de las características de ambos grupos se presenta en la Tabla 1. No hubo diferencias respecto a la edad, duración de la enfermedad, retraso diagnóstico, presencia de artritis, mialagias, pleuritis y síndrome de activación macrofágica, pero la fiebre persistente, rash, artralgias, faringitis y pericarditis fueron significativamente más frecuentes en la ESA mientras que el sexo masulino, la infección por HIV y/o HHV8, hepatoesplenomegalia y linfadenoadenopatías lo fueron en la ECM. Dentro de las variables analíticas la leucocitosis y la hipertransaminasemia fueron significativamente mayores en la ESA. 52,9% de los pacientes con ECM cumplían 5 ó más criterios de Yamaguchi para ESA.

Conclusiones: Los pacientes con ECM pueden presentar manifestaciones comunes con la ESA y hasta la mitad de ellos casos cumplen criterios de Yamaguchi para esta enfermedad, por lo que debería tenerse en cuenta en su diagnóstico diferencial.

	Enfermedad de Castleman multicéntrica (n = 17)	Enfermedad de Still del adulto (n = 17)	p-valor
Relación hombre:mujer	2,4:1	0,4:1	0.0163
Edad al diagnóstico (media ± DS)	46,4 ± 13,1	37,5 ± 13,5	0.0598
Infección por VIH	35,2%	0%	0,0154
Infección por HHV8	35,2%	0%	0,0154
Duración de síntomas (días)	158,6	250,5	0,3919
Retraso diagnóstico (días)	18,4	52,2	0.2711
Fiebre persistente	47,1%	94,1%	0.0078
Rash	29,4%	64,7%	0.0392
Artralgias	35,3%	88,2%	0.0014
Artritis	0%	17,6%	0.0696
Mialgias	23,5%	5,9%	0.1463
Faringitis	0%	41,2%	0.0029
Hepatoesplenomegalia	47,1%	5,9%	0.0065
Pericarditis	0%	23,5%	0.0332
Pleuritis	17,6%	11,7%	0,6217
Linfadenopatías	100%	17,6%	0,0001
Síndrome de activación macrofágica	11,7%	17,6%	0,6282
Leucocitos > 10000/mm^3	35,2%	76,5%	0,0156
Aumento de transaminasas	0%	58.8%	0,0002
VSG (mm/Hg)	52	77,5	0.1104
PCR (md/dl)	75,1	109.5	0.3699
Ferritina (ng/ml)	240	1926	0,1234
Hipergammaglobulinemia policlonal	41,2%	41,2%	1,000
Factor reumatoide	5,9%	0%	0,3101
ANA	11,7%	0%	0,1449
Cumple criterios de Yamaguchi	52,9%	100%	-

Póster 21

HIPOVITAMINOSIS D EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Consuelo Ramos, José Luis Andreu, Bryan Josué Flores, María Espinosa, Carolina Merino, Carmen Barbadillo, Jose Campos, Hildegarda Godoy, Carlos Isasi, Mercedes Jiménez, Juan Mulero, Jesús Sanz, Luis Villa.
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro C/Manuel de Falla, 1, 28222, Majadahonda (Madrid)

Objetivo. Determinar la prevalencia de insuficiencia y deficiencia de vitamina D en una población de LES atendida en consultas de un centro de tercer nivel.

Métodos. Se incluyeron pacientes consecutivos atendidos en la clínica de LES de un servicio de Reumatología perteneciente a un centro hospitalario de tercer nivel del sistema sanitario público español. Los pacientes debían cumplir los criterios de clasificación ACR 1997. Se recogieron diferentes características epidemiológicas, clínicas, analíticas y serológicas de los pacientes. En todos ellos se realizó sistemáticamente determinaciones de niveles de vitamina D y de PTH, así como de calcio, fósforo y fosfatasa alcalina séricos. Se consideró insuficiencia unos niveles de vitamina D <75 nmol/l y deficiencia unos niveles <25 nmol/l. El estudio fue autorizado por el CEIC de nuestro centro. Se ha utilizado estadística descriptiva para la presentación de los resultados así como las pruebas de *chi cuadrado*, *t de Student* y *U de MannWhitney* para establecer la significación estadística. Una p <0,05 fue considerada significativa. El análisis estadístico se realizó con el programa *Stata* versión 12.0.

Resultados. Se incluyeron 120 pacientes, con una edad media de 51 años. El 89% eran mujeres y el 89% de raza blanca. El tiempo medio de evolución del LES era de 13 años. El 76% de los pacientes estaba recibiendo hidroxicloroquina y el 42% estaba siendo tratado con glucocorticoides. El 37% estaba recibiendo suplementos de calcio y vitamina D. El 9% de los pacientes presentaba deficiencia de vitamina D y el 56% insuficiencia de vitamina D. La presencia de niveles elevados de PTH se detectó en el 18% de los pacientes con insuficiencia de vitamina D y en el 45% de los pacientes con deficiencia, sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas con respecto a los pacientes con niveles óptimos de vitamina D. No se objetivó asociación estadísticamente significativa entre ambos estados de hipovitaminosis D y la afectación cutánea, la fotosensibilidad, el uso de medida de fotoprotección, el uso de glucocorticoides, el uso de antipalúdicos o el uso de anticonvulsivantes.

Conclusiones. A pesar del aporte de suplementos de calcio y vitamina D, la deficiencia y, sobre todo, la insuficiencia de vitamina D son frecuentes entre los pacientes con LES por lo que podría ser aconsejable monitorizar los niveles de vitamina D con el objetivo de ajustar la dosis de vitamina D aportada.

Póster 22

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN ARTROSIS Y PATOLOGIA DE TEJIDOS BLANDOS

Aramburu F, Montero M, Rubio C, Valero M, Rodríguez S, González J, Calvo E, Marín C, García de la Peña-Lefebvre P.
Hospital Universitario HM Sanchinarro. C/Oña 10, 28050 Madrid.

Objetivo: El objetivo principal del estudio es valorar si el tratamiento con radioterapia de partes blandas (RTPB) es efectivo a largo plazo para el tratamiento del dolor dichas patologías. Los objetivos secundarios son valorar pre y postratamiento la necesidad de fármacos analgésicos.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo que incluyó 53 pacientes con diagnóstico de artrosis de rodilla (N=10) artrosis de cadera (N=2), artrosis de mano (N=16), bursitis trocantérea (N=10), epicondilitis (N=1), patología de manguito rotador y artrosis de hombro (N=4), calcinosis asociada a dermatomiositis (N=1). El 92% eran mujeres y el 8% hombres. Inicialmente se administró un tratamiento con una dosis total de 6 Gray (Gy) de RTPB en 6 sesiones de 1 Gy 3 veces por semana, aquellos enfermos que no respondieron inicialmente recibieron un segundo ciclo de las mismas características. Se evaluó la modificación en la Escala Visual Analógica (EVA) de dolor y consumo de analgésicos pre y postratamiento.

Resultados: No se observaron efectos secundarios. El 64% de pacientes tenía más de 60 años. Todos los pacientes concluyeron el primer ciclo de RTPB. Hasta la fecha, 16 pacientes completaron 6 meses de seguimiento, presentando una mejoría en la EVA de dolor el 81% de los mismos, refiriendo encontrarse igual un 19%. Respecto a la demanda analgésica, 38% refirieron necesitar menos analgésicos, 31% ningún analgésico en absoluto, 6% la misma cantidad que previa al tratamiento y 25% sin datos.

Conclusión: El tratamiento con RTPB a bajas dosis fue efectivo para el tratamiento del dolor en dichas patologías en nuestra cohorte. La mejoría del dolor podría mantenerse durante periodos de al menos 6 meses.

Póster 23

ASOCIACIÓN DE TIMOMA CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN UNA SERIE DE 83 CASOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO MADRILEÑO

Andrés González García[1], Walter Alberto Sifuentes Giraldo[2], José Luis Morell Hita[2], José Luis Patier de la Peña[1]
Centro de trabajo: Servicios de Medicina Interna[1] y Reumatología[2], Hospital Universitario Ramón y Cajal
Dirección postal: Ctra. Colmenar Viejo Km. 9,100, 28034, Madrid.

Objetivos: Estudiar la frecuencia de enfermedades autoinmunes (AI) en pacientes con timoma y describir sus características clínicas y desenlace.

Métodos: Estudio longitudinal observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes diagnosticados de timoma entre enero de 1985 y septiembre de 2016. Las variables evaluadas incluyeron demografía, características del timoma, manifestaciones clínicas y analíticas de autoimunidad, tratamiento y desenlace. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 21.0.

Resultados: Se incluyeron 83 pacientes, 56,6% de ellos mujeres, con una media de edad al diagnóstico del timoma de 58,4 ± 15,8 años (rango: 16-94), correspondiendo 31,3% al tipo I de la clasificación de Masaoka, 39,1% al II, 17,2% al III y 10,9% al IV. Hubo una o más EA asociadas en 41 casos (49,4%), siendo los diagnósticos más importantes encontrados miastenia gravis (19), lupus eritematoso sistémico (LES) (4), lupus cutáneo subagudo (1), síndrome de Sjögren (2), esclerosis sistémica cutánea limitada (1), urticaria-vasculitis (1), artritis reumatoide (1), espondiloartritis (1), sarcoidosis (1), anemia hemolítica (2), anemia perniciosa (1), anemia aplásica (1), eritroblastopenia (1), pericarditis recurrente (1), enfermedad atoinmune tiroidea (2) y liquen plano (1). El diagnóstico de EA precedió al del timoma en 38,2% de los casos y fue posterior en los restantes. En 4 casos existía además una inmunodeficiencia primaria concomitante (3 inmunodeficiencia común variable, 1 inmunodeficiencia CD4). Los autoanticuerpos identificados con mayor frecuencia fueron los anti-receptor de acetilcolina (14/41, 34,1%), anti-músculo estríado (3/41, 7,3%), ANA (11/41, 26,8%), anti-DNA (3/41, 7,3%), factor reumatoide (3/41, 7,3%), anti-tiroideos (3/41, 7,3%), antifosfolípidos (2/41, 4,9%) y anticentrómero (1/41, 2,4%). En la comparación de los pacientes con y sin EA asociada no se encontraron diferencias significativas respecto a la edad, sexo o clasificación de Masaoka. Hubo 6 fallecimientos, 4 en grupo con EA asociada y 2 en el grupo sin EA, pero sin diferencia significativa (p=0,3797).

Conclusiones: En la población analizada de pacientes con timoma de nuestro centro, casi la mitad de ellos desarrollaron EA, que en un grupo importante precedió el diagnóstico de la neoplasia. El espectro de autoimunidad asociada con timoma fue bastante amplio, incluyendo EA órgano-específicas como la miastenia gravis (que es la más frecuentemente descrita en la literatura) y las citopenias autoinmunes, pero también a las EA sistémicas, siendo la más común entre ellas el LES. El estudio de autoinmunidad debería ser incluido en la valoración del paciente con timoma ya que podría contribuir al diagnóstico precoz de EA asociadas.

Póster 24

SINDROME DE EDEMA OSEO MEDULAR PRIMARIO Y TRATAMIENTO CON ACIDO ZOLEDRONICO

Merino Argumanez C, Flores Robles BJ, Jiménez Palop M, Espinosa Malpartida M, Ramos Giráldez, Villa Alcázar LF, Andréu Sánchez JL, Godoy Tundidor H, Campos Esteban J, SanzSanz J, BarbadilloMateos C, Isasi Zaragoza CM, Mulero Mendoza J.
Departamento de Reumatología Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda CP: 28222

Objetivo: El síndrome de edema óseo medular primario es una entidad clínico-radiológica caracterizada por dolor articular agudo-subagudo y con rasgos carácterísticos en RM. Aún permanece desconocida su etiología y es una entidad que condiciona deterioro en la calidad de vida. Recientemente se ha demostrado que el uso de bifosfonatos disminuye la intensidad de los síntomas. Nuestro objetivo fue revisar los casos de pacientes con diagnóstico síndrome de edema óseo medular en los últimos 6 años y que además hubieran recibido al menos una dosis de ácido zoledrónico 5mg IV.

Material y Métodos: Se accedió a la base de datos de Farmacia para obtener el listado de prescripciones de acido zoledrónico de enero de 2010 a diciembre de 2015. Posteriormente se seleccionó a los que cumplieran criterios de síndrome de edema óseo medular tanto clínicos (dolor articular) como por RM (área de hipointensidad en secuencia T1 e hiperintesidad en secuencia T2 o STIR). Se cuantificó la intensidad del dolor de 0 a 3 grados (grado 0: sin dolor, grado1: leve, grado 2: moderado y grado 3: severo) y se hizo basal, a los 3 y 12 meses. En cuanto al edema óseo en RM se valoró según la siguiente escala: Grado 0: Sin cambios en el edema, grado 1: Disminución de < del 50% del edema inicial, grado 2: Disminución de > 50% del edema inicial, grado 3: Desaparición del edema. La funcionalidad se valoró en base a si el paciente había vuelto a realizar sus actividades diarias. Por último se definió como respuesta completa a los que cumplieran las siguientes características: Desaparición del dolor, recuperación de su vida basal y disminución en del edema óseo >50% en la RM de control

Resultados: De los 633 pacientes que recibieron ac. zoledrónico, 17 presentaban criterios para ser seleccionados (8 hombres/ 9 mujeres), con una media de edad de 54 años. La localización más frecuente fue el tobillo con 9 casos (52.9%) seguido de la cadera con 5 casos (29.4%). En cuanto al dolor basal 16/17 pacientes presentaban dolor moderado o severo y de esos pacientes a los 12 meses de tratamiento en 13/17 el dolor desapareció. Respecto a los pacientes con RM control en 8/17 se observó que a los 3 meses en 5 pacientes (62%) el edema óseo había desaparecido y en el resto las RM presentaban una disminución del edema >50%. Por último, 13 de los 17 pacientes (76.4%) presentaron una respuesta global completa.

Conclusiones: El presente trabajo pone de manifiesto que el ac. zoledrónico es una opción terapéutica razonable en el síndrome de edema óseo medular ya que >75% de los pacientes tratados tuvieron una respuesta completa. Esta es la mayor serie de pacientes con síndrome de edema óseo medular tratados con zoledrónico que hemos identificado, sin embargo se necesitan estudios prospectivos y controlados

Póster 25

EROSIONES VERTEBRALES ASOCIADAS CON ANEURISMAS AÓRTICOS. DESCRIPCIÓN DE 6 CASOS ATENDIDOS EN UN CENTRO MADRILEÑO TERCIARIO.

Autores: Sixto Zegarra Mondragón[1], Walter Alberto Sifuentes Giraldo[1], Cristina Bernal Bernal[2], Mónica Vázquez Díaz[1]
Centro de trabajo: [1]Servicio de Reumatología, [2]Servicio de Cirugía Vascular Hospital Universitario Ramón y Cajal
Dirección postal: Ctra. Colmenar Viejo Km. 9,100; 28034. Madrid.

Objetivos: Describir las características de pacientes con erosiones vertebrales asociadas con aneurismas aórticos (AA).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes con AA ingresados en un hospital madrileño terciario desde enero 2003 hasta diciembre 2015. Se recogieron los datos demográficos, manifestaciones clínicas, características radiológicas del AA y las erosiones vertebrales asociadas, tratamiento y desenlace.

Resultados: Durante este período se encontraron 553 casos de AA, de los cuales 6 (1,08%) presentaban erosiones en uno o más cuerpos vertebrales. La edad media fue de 74 ± 7,2 años (rango: 64-81), siendo todos hombres. En 16% había antecedente de AA intervenido y ninguno había sido diagnosticado previamente de enfermedad inflamatoria sistémica, vasculitis o infección concomitante. El síntoma más frecuente fue el dolor lumbar (4 casos, 66%), con una duración media de 8 meses (rango: 1-24), con dolor neuropático irradiado a extremidades inferiores en 2 casos. Otros síntomas referidos incluyeron dolor abdominal (16,6%), inestabilidad hemodinámica (33,3%), embolismo distal (16,6%) y edema de extremidades inferiores (16,6%), evidenciándose masa abdominal pulsátil en 2 de ellos. Todos los casos correspondieron a aneurismas verdaderos con roturas contenidas, con una media de diámetro mayor de 8,3 cm (rango: 7-12) y erosiones en cuerpos vertebrales lumbares en todos, presentando un caso también erosiones dorsales. El nivel de las erosiones vertebrales fue especificado en 4 casos, correspondiendo a L2 y L3 33,3% y D11, D12, L1, L4 y L5 en 16,6% cada uno. Un caso presentaba además esclerosis reactiva en un cuerpo vertebral afectado. En 2 pacientes se detectó fibrosis retroperitoneal asociada, pero no tenían otras manifestaciones sugestivas de enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4). La estancia hospitalaria media fue de 13,8 días (rango: 3-33), habiendo sido tratados 5 casos con reparación quirúrgica por laparotomía y 1 por vía endovascular. Ninguno requirió manejo ortopédico. Hubo complicaciones en el post-operatorio en 4 casos, con fallecimiento a consecuencia de éstas en 3 de ellos (50%).

Conclusiones: La frecuencia de erosiones vertebrales asociadas con AA encontrada en nuestra serie fue menor que la estimada en la literatura (7-25%), pudiendo haber sido infradiagnosticadas debido a que se obtuvieron mediante la revisión retrospectiva de los informes radiológicos. Las erosiones vertebrales asociadas con AA deberían de ser tenidas en cuenta en el diagnóstico diferencial del paciente con factores de riesgo para enfermedad vascular que consulta por lumbalgia con o sin dolor neuropático en extremidades inferiores, ya que puede ser el síntoma inicial de un AA y preceder varios meses a la aparición de otros signos de rotura. Aunque en todos los casos se asumió un probable origen ateroesclerótico, en dos de ellos el hallazgo de fibrosis retroperitoneal lleva a plantear la posibilidad de que se hayan tratado de aneurismas secundarios a aortitis por ER-IgG4, sin que se sospechara en el momento en que se diagnosticaron ya que se trataba de una entidad poco conocida.

Póster 26

FACTORES DE RIESGO DE UVEÍTIS EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL Y ANA +. ESTUDIO OBSERVACIONAL PRELIMINAR

Maria Llop Vilaltella, María Andreína Terán Tinedo, Alina Boteanu, María Ángeles Blázquez Cañamero, W. Alberto Sifuentes Giraldo, María Luz Gamir Gamir, Mónica Vázquez Díaz. Unidad de Reumatología Pediátrica, Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Carretera de Colmenar Viejo Km 9,100. 28049. Madrid.

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es una de las enfermedades reumáticas más frecuente en la infancia. La manifestación extra articular más frecuente es la uveítis anterior crónica. Usualmente tiene un comienzo insidioso, asintomático, con un curso recidivante y crónico, siendo la ceguera la principal complicación. Entre los factores de riesgo se han descrito: edad temprana al inicio de la artritis (antes de los 6 años), corta duración de la enfermedad y algunos subtipos de AIJ (oligoarticular persistente y extendida, psoriática, indiferenciada). La presencia de anticuerpos antinucleares (ANA) positivos es uno de los factores de riesgo más importantes. En algunas ocasiones los ANA son presentes al debut de la enfermedad, negativizándose posteriormente.

Objetivo: Determinar si la presencia de ANA de forma mantenida (>2 determinaciones) a lo largo de evolución de la enfermedad se asocia con un aumento de riesgo desarrollar uveítis.

Métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo incluyendo 53 pacientes con AIJ de alto riesgo para desarrollar uveítis y al menos una determinación de ANA positivo en seguimiento en la Unidad de Reumatología Pediátrica de nuestro hospital. Se consideró un punto de corte de 1/80 para positividad de los ANA. Se realiza el test de chi cuadrado con ajuste de Fisher. El nivel de significación se fija por el intervalo de confianza (IC) y p<0,05.

Resultados: Se incluyeron 5 pacientes niños y 48 niñas, con una mediana de edad al diagnóstico de 3 años. Un total de 16 pacientes tuvieron uveítis (31.25% niñas y 20% niños), sin encontrar diferencia estadística entre el porcentaje de pacientes que desarrollaron uveítis entre los sexos ni en la edad**.** En la repartición por grupos, 52% de las niñas tuvieron una o dos determinaciones de ANA positivo y 48% tres o más determinaciones; en los niños 40% tuvieron una o dos determinaciones positivas y 60% tres o más determinaciones positivas. Analizando por grupos, en el grupo con 3 o más determinaciones vs el grupo con una o dos determinaciones presentan una OR: 4,93; 95% IC: 1,32-18.31.

Conclusiones: Nuestros hallazgos confirman lo descrito previamente en la literatura en cuanto a la ausencia de asociación de la uveítis con el sexo femenino, basándose la diferencia de frecuencia en el mayor número de niñas con AIJ que debuta en edad temprana. Tradicionalmente, se considera que dos determinaciones de ANA positivos se relacionan con un alto riesgo de uveítis. Además, los resultados de nuestro estudio sugieren que la persistencia de ANA se asocia a un riesgo todavía más alto de desarrollar uveítis. Limitaciones del estudio: escaso número de pacientes. Se necesitan más estudios con cohorte más larga para confirmar estos hallazgos.

Póster 27

ENFERMEDAD DE KIENBÖCK: ENTIDAD INFRAVALORADA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA. REPORTE DE 4 CASOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO MADRILEÑO

Sixto Zegarra Mondragón, María Llop Vilaltella, Walter A. Sifuentes Giraldo, Carlos de la Puente Bujidos, Mónica Vázquez Díaz
Centro de trabajo: Servicio de Reumatología Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid)
Dirección postal: Ctra. Colmenar Viejo Km. 9,100; 28034. Madrid.

Objetivo: Describir las características de los pacientes con esclerosis sistémica (ES) que presentan hallazgos de osteonecrosis del semilunar (enfermedad de Kienböck).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a los pacientes con ES de un hospital terciario madrileño seguidos entre enero 2010 y diciembre 2015. Se recogieron datos demográficos, manifestaciones clínicas y analíticas, factores de riesgo asociados, pruebas de imagen, tratamiento y evolución.

Resultados: Se encontraron 115 casos de ES, de los cuales 4 (3,47%) presentaron osteonecrosis (ON) del semilunar. La edad media fue de 59,5 ± 12,6 años (rango: 52-73), siendo todas mujeres. El 50% de los casos correspondían a ES cutánea limitada y el 50% restante fueron difusas. Tres casos mostraban anticuerpos anticentrómero y una antitopoisomerasa, ninguna presentó anticuerpos anticardiolipina ni tuvieron eventos trombóticos previos. La media de evolución de la enfermedad fue 13,5 años (rango: 7-17). Un paciente era ex-fumadora, ninguna tenía hábito etílico y una era hipertensa. Todas las pacientes tenían manifestaciones vasculares (fenómeno de Raynaud severo, úlceras digitales en tratamiento con antagonistas de endotelina y perfusión de prostaglandinas iv, y un caso con isquemia crítica digital); todas presentaban calcinosis moderada-severa en miembros superiores, además de compromiso articular (50%), gastrointestinal (100%) y pulmonar (50%). El 100% de las pacientes recibió corticoterapia prolongada a dosis bajas (prednisona 5-10 mg/día) antes

del diagnóstico de ON del semilunar, y en un caso se suspendió un año antes de la aparición del mismo. La ON del semilunar fue unilateral derecha en 3 casos y bilateral en un caso. Las pacientes presentaron clínica de dolor y/o tumefacción en el carpo afectado en los meses previos al diagnóstico de ON, la cual se evidenció mediante radiografía simple, RMN y gammagrafía ósea en los casos con sintomatología compatible. Uno de los casos presentó además sinovitis extensa en el carpo afectado y otro ON avanzada con colapso del semilunar con fragmento desplazado y edema. El tratamiento fue quirúrgico en 25% de los casos (carpectomía proximal), en el resto fue conservador. Cabe señalar que entre las pacientes estudiadas hubo un caso adicional de ES cutánea limitada que presentó ON del escafoides tarsiano izquierdo.

Conclusiones: En la literatura se han descrito 15 casos de enfermedad de Kienböck asociada con ES. Consideramos que la ON en nuestros casos debe tener relación con la vasculopatía de la ES, ya que todas presentaban Raynaud severo y úlceras digitales refractarias. La localización y vascularización del semilunar debe ser tomada en cuenta, ya que ningún caso había presentado ON en las localizaciones habituales de esta complicación a pesar de la corticoterapia, habiéndose descrito en 3 casos publicados la oclusión completa de la arteria cubital distal. La presencia de dolor, con o sin inflamación en carpos en pacientes con ES nos debe hacer plantear este diagnóstico, que probablemente sea más frecuente de lo esperado, especialmente cuando hay vasculopatía grave asociada a esta patología.

Póster 28

MUTACIONES DEL GEN DE LA FIEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR: UNA CAUSA POCO ESTUDIADA DE HIDRARTROSIS INTERMITENTE

Espinosa Malpartida M, Barbadillo Mateos C, Flores Robles BJ, González Vioque E [(*)], Ramos Giráldez C, Merino Argúmanez C, Villa Alcázar LF, Andréu Sánchez JL, Jiménez Palop M, Godoy Tundidor H, Campos Esteban J, Sanz Sanz J, Isasi Zaragoza CM, Mulero Mendoza J.
Departamento de Reumatología Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda C/Manuel de Falla 1, 28222 Majadahonda, Madrid. [(*)] Departamento de Bioquímica Hospital Puerta de Hierro Majadahonda.

Introducción: La Fiebre mediterránea familiar (FMF) es un trastorno autoinflamatorio hereditario causado por mutaciones en el gen MEFV codificador de pirina, caracterizado por episodios recurrentes de fiebre y serositis. Algunas pacientes con FMF presentan formas de penetrancia incompleta de la enfermedad pudiendo manifestarse únicamente como artritis intermitente.

Objetivo: Caracterización de manifestaciones clínicas músculoesqueléticas en pacientes portadores de mutaciones del gen MEFV en nuestro hospital.

Material y Métodos: Se revisaron retrospectivamente historias clínicas de pacientes con mutaciones detectadas en el gen MEFV de Fiebre Mediterránea Familiar en nuestro hospital desde el 1 de enero de 2008 hasta 1 de octubre de 2016. Se recogieron parámetros como edad al diagnóstico, edad de inicio de los síntomas, sexo, articulaciones afectadas, otras manifestaciones extra-articulares y tipo de mutación del gen MEFV.

Resultados: Se revisaron 7 pacientes portadores de mutaciones para el gen MEFV, todos ellos mujeres, con un rango de edad entre 14 y 61 años. 2 de ellas presentaban monoartritis recurrente de rodilla, 1 un antecedente de artritis en manos y artralgias erráticas, 1 artralgias erráticas, otras 2 sin manifestaciones músculoesqueléticas. Los 2 pacientes con hidrartrosis intermitente respondieron de forma satisfactoria a colchicina, no así el resto de los pacientes con otras manifestaciones músculoesqueléticas.

Conclusiones: En pacientes con episodios recurrentes de monoartritis sin causa que lo justifique (reumatismo palindrómico, hidrartrosis intermitente, etc) se debe considerar realizar pruebas genéticas de las mutaciones comunes del gen MEFV.

Paciente	Sexo	Edad diagnóstico	Edad inicio	Artritis	Localización	Otras manifestaciones MSK	Manifestaciones extraarticulares	Mutación MEFV	Homo/Heterozigosis
1	M	47	40	Sí	Rodilla	No	No	p Glu148Gln	Heterozigosis
2	M	14	13	Sí	Rodilla	No	No	R202Q	Homozigosis
3	M	22	22	No		No	Miocarditis linfocítica	p Glu148Gln	Heterozigosis
4	M	52	47	No		Artralgias	Dolor abdominal. Pleuritis	R202Q	Heterozigosis
5	M	39	20	Sí	IFs	Artralgias	Dolor abdominal	R202Q	Heterozigosis
6	M	61	54	No		Tendinopatía	Pericarditis recidivante	R202Q	Homozigosis
7	M	17	16	No		No	Dolor abdominal	R202Q	Heterozigosis

Póster 29

COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON Y SIN ARTROPATÍA DE JACCOUD ASOCIADA

Walter Alberto Sifuentes Giraldo, María Jesús García Villanueva, Antonio Zea Mendoza, Mónica Vázquez Díaz
Centro de trabajo: Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal
Dirección postal: Ctra. Colmenar Viejo Km. 9,100, 28034, Madrid.

Objetivos: Comparar el perfil de manifestaciones clínicas y serológicas de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) con artropatía de Jaccoud (AJ) asociada respecto al de pacientes lúpicos sin esta alteración seguidos en un hospital terciario madrileño.

Métodos: Estudio longitudinal observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes diagnosticados de LES (4 ó más criterios ACR) entre junio de 1977 y diciembre de 2015. Las variables evaluadas incluyeron demografía, manifestaciones clínicas, analíticas y radiológicas. La definición de AJ se basó en la presencia de criterios clínicos (deformidades articulares reversibles) y ausencia de erosiones radiográficas típicas de artritis reumatoide. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 21.0

Resultados: Se incluyeron 108 pacientes que representan una muestra del 24% del total de pacientes con LES atendidos en nuestro centro durante ese período. La mayoría de pacientes era mujeres (89,8%), con una media de edad al diagnóstico era 30 ± 12,29 años (rango: 7-75) y de duración de la enfermedad de 127 meses (rango: 2-411). Trece pacientes (12,03%) tenían hallazgos compatibles con AJ. No se encontraron diferencias significativas respecto a la edad, sexo o raza, pero sí en la duración de la enfermedad que era mayor en los pacientes con AJ (190 vs. 118,2 meses, p=0,0299). En la comparación de las manifestaciones clínicas se encontró diferencias significativas en cuanto a la presencia de rash malar (p=0,0009), fotosensibilidad (p=0,0050), aftas orales (p=0,0032) y pericarditis (p=0,000001), las cuales fueron más frecuentes en pacientes sin AJ, pero la artritis, nefritis, pleuritis, convulsiones, psicosis, fenómeno de Raynaud y síndrome antifosfolípido tuvieron una distribución similar en ambos grupos. Dentro de las variables analíticas no se encontró diferencia significativa en relación con anemia hemolítica, linfopenia, trombocitopenia, positividad para ANA, ENA, anti-DNA, anticardiolipina, anti-β2 glicoproteína I y anticoagulante lúpico, pero la leucopenia fue igualmente más frecuente en pacientes sin AJ (p=0,0041).

Conclusiones: En la muestra analizada de pacientes de nuestro centro la AJ fue un hallazgo relativamente frecuente y se asoció con una mayor duración de la enfermedad. No se pudo corroborar otras asociaciones de la AJ sugeridas en estudios previos tales como una menor frecuencia de nefritis lúpica o mayor de síndrome antifosfolípido secundario, probablemente debido al tamaño muestral limitado, pero también hay otros trabajos que no demuestran diferencias significativas en relación con las manifestaciones clínicas y serológicas en pacientes con LES con AJ respecto a quienes no la presentan. Se requieren de estudios que involucren a un número mayor de pacientes con AJ asociada con LES para poder identificar mejor estas diferencias, por lo que una iniciativa multicétrica podría ser de gran ayuda.

Póster 30

ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: COMPARANDO EL MANEJO ENTRE DOS HOSPITALES DE DISTINTO NIVEL ASISTENCIAL

C. Peña, F. Rey, M. A. Blázquez, R. Blanco (1), A. Cruz, P. Collado
Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Severo Ochoa (HUSO). Avenida de Orellana s/n, Leganés, Madrid.
(1) Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV). Avenida Valdecilla, 25, 39008 Santander, Cantabria.

Objetivo: Describir las características clínicas, analíticas y manejo de pacientes diagnosticados de Arteritis de células gigantes (ACG) en dos centros sanitarios con diferente nivel asistencial y establecer si existen diferencias significativas entre ellos.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo desde enero 1990 a noviembre de 2015 de pacientes diagnosticados de ACG en dos centros de distinto nivel asistencial. Se revisaron las variables demográficas, clínicas, analíticas, el diagnóstico, tratamiento y evolución de estos pacientes durante el primer año de seguimiento.

Resultados: Se identificó un total de 109 pacientes, 48 pacientes del HUMV y 61 pacientes del HUSO. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre las variables clínicas y analíticas entre ambos grupos.
La realización de biopsia temporal se indicó en un alto porcentaje de pacientes de ambas poblaciones. Se observaron diferencias significativas en cuanto a la confirmación histológica, siendo positiva en más de un 75% del HUMV.
Al analizar el manejo terapéutico, se encontraron diferencias significativas en la dosis de metilprednisolona (MP) inicial, siendo mayor en el HUSO. La dosis de esteroides al año del diagnóstico, el uso de bolos de MP y Metotrexato fue similar en ambos grupos.

Conclusiones: Nuestros datos reflejan que el manejo de pacientes con ACG es similar independientemente del nivel asistencial del centro sanitario. Aunque una biopsia de arteria temporal concluyente es requisito para la confirmación diagnóstica, el resultado es claramente dependiente de la habilidad del anatomopatólogo.

Póster 31

"SWITCH" DE TERAPIA ANTI TNF-A EN PACIENTES CON UVEITIS SECUNDARIA A ENFERMEDAD DE VOGT-KOYANAGI-HARADA (DESCRIPCIÓN DE 2 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA)

Merino Argumanez C, Flores Robles BJ, Ricardo Blanco Alonso (*)
Departamento de Reumatología Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda CP: 28222
(*) Departamento de Reumatología Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Objetivo: Localizar a los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada en un período de 15 años en una unidad de uveítis y valorar la respuesta a terapia anti-TNF y revisión de la literatura de los casos reportados.

Material y Métodos: Se realizó una búsqueda de pacientes en una unidad de uveitis valorados desde el 1 de enero del 2000 hasta 30 de octubre de 2015 con diagnóstico de síndrome de Vogt-Konayagi-Harada (criterios completos), que presentaran refractariedad a al menos un inmunosupresor convencional y que hubieran sido tratados con al menos un anti TNFα.

Resultados: Del total de registros clínicos se obtuvieron 5 pacientes con diagnóstico de síndrome de Vogt-Konayagi-Harada, de los cuales 2 habían sido refractarios a al menos un agente inmunosupresor convencional y con fracaso terapéutico a al menos un anti TNF-α, habiendo presentado respuesta clínica sostenida posterior al cambio a un segundo anti-TNFα (adalimumab en los dos casos). Por último se hizo una revisión extensa en Pub-Med, embase y Medline de pacientes con síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada tratados con terapia anti-TNFα encontrando un total de 9 artículos (tabla 1).

Conclusiones: Al parecer el tratamiento con un segundo anti anti-TNFα (switch) puede constituir una opción terapéutica en pacientes con uveítis por síndrome de Vogt-Koynagi-Harada que no hayan presentado respuesta clínica adecuada a terapia inmunosupresora convencional y a fracaso terapéutico a un primer anti TNF-α.

Tabla: Series previas publicadas o reportes aislados de casos en pacientes con síndrome de Vogt-Konayagi-Harada tratados con terapia anti-TNFα

	Martínez-Berriotxoa et al (España)	**Díaz-Lagares et al (España)**	**Zmuda et al (Francia)**	**Khan et al (USA)**	**Díaz-Llopis et al (España)**	**Nicolli et al (Italia)**	**Jeroudis et al (USA)**	**Díaz –Llopis et al (España)**	**Yosuf et al (USA)**
Número de casos	3	4	2	2	1	2	1	8	2
Edad (media)	40 años	No se especifica	35.5 años	14.5 años	36 años	39.5 años	15 años	No se especifica	11 años
Tratamientos inmunosupresores previos y/o biológicos	Metotrexato (2 casos) Ciclosporina (3 casos)	Ciclosporina (4 casos) Metotrexato (2 casos) Azatioprina (1 caso)	Metotrexato (uso concomitante con infliximab)	Metotrexato (1 caso) Ciclosporina (1 caso) Tacrolimus (1 caso) Azatioprina (1 caso) Micofenolato (1 caso)	Ciclosporina	Azatioprina (2 casos) Ciclosporina (2 casos)	Metotrexato	Al menos uno (no se especifica en el estudio cuál)	Metotrexato (2 casos) Micofenolato (1 caso) Ciclofosfamida (1 caso)
Biológico utilizado	Infliximab (3 casos)	Adalimumab (4casos)	Infliximab (2 casos)	Infliximab	Adalimumab	Infliximab	Adalimumab	Adalimumab	Infliximab
Razón de inicio de anti-TNF	Fracaso a Inmunosuopresor	Fracaso a Inmunosuopresor	Primera Elección	Fracaso a Inmunosuopresor	Fracaso a ciclosporina	Fracaso a inmunosupresor	Fracaso a metotrexato	Fracaso a inmunosupresor	Primera elección
Pacientes con respuesta clínica	3	3	2	2	1	2	1	8	1
Efectos adversos por anti-TNF	Ninguno	Ninguno	Colestasis (1 caso)	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	No se especifica	Ninguno
Meses con respuesta clínica	No se especifica	9.5 meses	7 meses	17 meses	8 meses	27 meses	26 meses	No se especifica	12 meses (1 paciente)

Póster 32

PREVALENCIA DE INFECCIONES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO SUBCUTÁNEO

F. Rey(1), I. Montes (2), A. Rubio (1), C. Bonilla (1), G. Candela (2), P. Del Valle (2), M. Alcalde (1)
(1) Servicio de Reumatología, (2) Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Severo Ochoa. Avenida de Orellana s/n, Leganés (Madrid)

Objetivos: La gestión del riesgo en el uso de medicamentos biológicos es una parte importante de la farmacovigilancia. En el registro Español de reacciones adversas a las terapias biológicas (BIOBADASER) se ha encontrado una mayor incidencia de infecciones en los pacientes con estas terapias, independientemente de la enfermedad de base. Nuestro objetivo es evaluar la prevalencia de infecciones en pacientes externos con enfermedades reumatológicas (ER) que reciben tratamiento biológico por vía subcutánea en el Hospital Universitario Severo Ochoa, determinar las características de dichos procesos infecciosos y la mortalidad asociada.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y transversal, que incluyó todos los pacientes con ER que han recibido terapia biológica por vía subcutánea desde enero 2003 hasta diciembre 2015. Se analizó la aparición y severidad del proceso infeccioso, si condujo a la suspensión del tratamiento y la mortalidad.

Resultados: De la base de datos de la Sección de Reumatología se extrajeron 198 pacientes, todos ellos recibían terapia biológica por vía subcutánea como tratamiento de las siguientes enfermedades Artritis Reumatoide (AR 108), Espondilitis Anquilosante (EA 54), Artritis Psoriásica (APs 32), Artritis idiopática juvenil (AIJ 4). Recibieron tratamiento con Etanercept (ETN) 111, Adalimumab (ADA) 101, Golimumab (GOL) 12, Certolizumab (CTZ) 16, Abatacept (ABT) 10, Tocilizumab (TCZ) 5, Ustekinumab (UST) 1. Encontramos 102 casos de infecciones, precisando ingreso 22 (21.57%).
Dentro de las infecciones leves, 43,75% fueron infecciones de vías respiratorias/neumonías (IVRS) , 22,5% infecciones del tracto urinario, 13,75% infecciones del tracto gastrointestinal y 20% de piel y mucosas. 46,5% de las infecciones leves fueron con ADA, 42,5% con ETN, 5% con CTZ, 2,5% con GOL, 2,5% con GOL y 1,25% con TCZ.
De los casos que precisaron ingreso, 45,45% fueron con ADA, 41,9% con ETN, 9,1% con ABT y 4,5% con CTZ.
De las 102 infecciones totales, ADA fue el fármaco más frecuente (47), seguido de ETN (43 casos), CTZ (5) y ABT (4).

Conclusiones: La terapia biológica ha pasado a ser un pilar fundamental en el tratamiento de enfermedades inflamatorias reumatológicas. A pesar de que está descrita una mayor incidencia de infecciones en pacientes con terapia biológica, en nuestro estudio son más frecuentes las infecciones leves, sobre todo las IVRSA, de manejo ambulatorio.

Póster 33

CARACTERISTICAS CLÍNICAS E INMUNOLÓGICAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO, EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE MADRID.

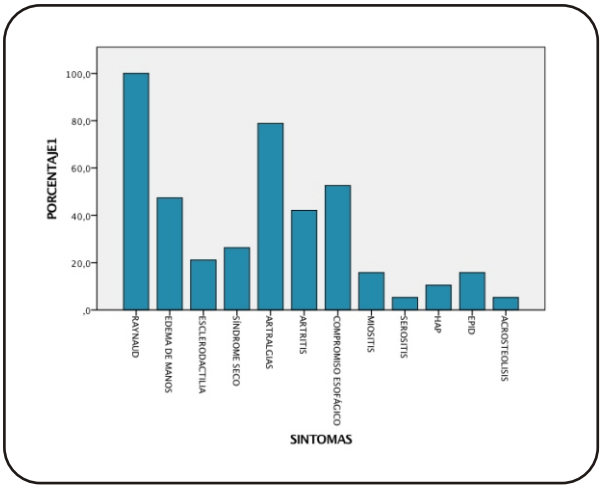
BouroncleAlaluna C.P[1]; Botello-Corzo D[1]; Roy Ariño G[1]; De La Puente Bujidos C[1].
FILIACIÓN:Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra. de Colmenar Viejo, km. 9,100, 28034 Madrid, España.

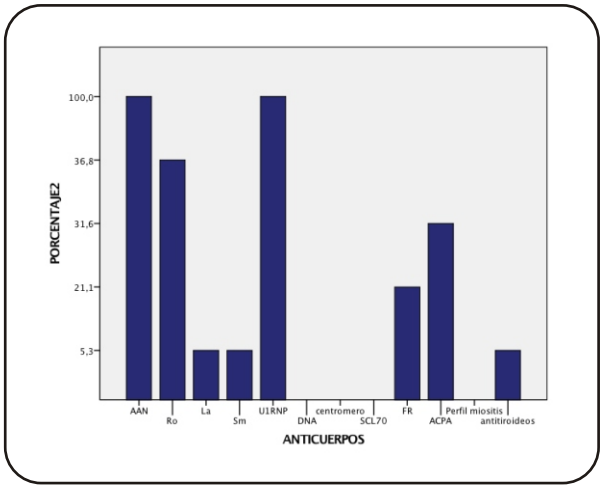
Introducción: La enfermedad mixta del tejido conectivo(EMTC) descrita por Sharp en 1972, se caracteriza por la presencia de hallazgos sugestivos de Lupus Eritematoso Sistémico, Esclerosis Sistémica, Artritis Reumatoide y Polimiositis en presencia de anticuerpos anti U1 RNP. Existen a la fecha 4 grupos de criterios de clasificación (Sharp 1987, Alarcón-Segovia y Villareal 1987, Kasukawa 1987 y Kahn 1991), ninguno de los cuales es unánimemente aceptado.

Objetivo: Describir las características clínicas e inmunológicas de los pacientes con diagnóstico de EMTC en nuestro hospital.

Metodos: Se realizo un estudio observacional retrospectivo de corte trasversal, de los enfermos adultoscon diagnóstico de EMTC por criterios de Kasukawa, evaluados entre 2010 y 2016.
RESULTADOS:Se incluyeron 19 pacientes. La edad media al momento del diagnóstico fue de 34,6 años (DS16,1) yel 89,5% (17/19) de los pacientes fueron mujeres. El síntoma de debut fue fenómeno de Raynaud en 38,9% (7/18), artralgias/artritis 38,9% (7/18) y miositis 5,6% (1/18). El valor medio de anti U1 RNP fue de 272,44 (DS 171,9). La prevalencia de fenómeno de Raynaud fue del 100% (19/19), edema de manos del 47,4% (9/19), esclerodactilia del 21,1% (4/19), miositis del 15,8% (3/19), artritis del 42,1% (8/19), trastorno de la movilidad esofágica 52,5% (10/19), hipertensión arterial pulmonar del 10,5% (2/19) y de enfermedad pulmonar intersticial de 15,8% (3/19). La mortalidad fue del 5,3% (1/19). En las graficas 1 y 2 se exponen las característicasclínicas y serológicas de los pacientes.

Conclusión: En nuestra serie se confirma la heterogeneidad clínica e inmunológica de los enfermos con EMTC y la presencia de manifestaciones potencialmente mortales.





Póster 34

RESPUESTA TERAPEUTICA FAVORABLE EN PACIENTES CON SINOVITIS COLINERGICA TRATADOS CON HIDROXIZINA: SERIE DE CUATRO CASOS

Carlos Guillén Astete, Cristina Pijoán Moratalla, Mónica Luque Alarcón, Miguel Zamorano Serrano.
Hospital Universitario Ramón y Cajal (Ctra. Colmenar Viejo, Km 9.100, 28034 Madrid)

Introduccion. Aunque el término no está oficialmente acuñado, entendemos por sinovitis colinérgica (SC) al cuadro clínico caracterizado por la aparición de lesiones urticariformes en la piel en pacientes expuestos a incrementos de temperatura ambiental y que además presentan artritis transitoria asociada a sinovitis de distinto grado, sin hiperemia sinovial y que resuelve pocos días después del episodio. En un estudio previo dimos cuenta de este fenómeno en tres pacientes. El interés del presente estudio es informar de los resultados del tratamiento con hidroxicina en términos de la reacción sinovial.

Presentacion clinica. Cuatro mujeres de entre 22 y 34 años fueron valoradas por aparición urticaria localizada en manos, codos, rodillas o pies en situaciones de exposición al calor por ejercicio o temperatura ambiental, en los últimos 2 años. Todas ellas fueron valoradas por un alergólogo y sometidas al test de metacolina que fue informado como positivo. En todas se estableció el diagnóstico de urticaria colinérgica y en todas se demostró sinovitis asociada a las articulaciones vecinas. Caso 1: Mujer de 22 años con SC en ambos carpos, 2º, 3º y 4º MCF de ambas manos. Se inició tratamiento con Hidroxizina 12,5mg/8 horas con respuesta cutánea parcial y ninguna respuesta sinovial. A las 2 semanas se inició ascenso de la dosis hasta alcanzar 150mg/día con completa desaparición de los síntomas cutáneos y sin hallazgos ecográficos de sinovitis. Ha presentado síntomas el verano siguiente que han respondido a la misma pauta. Caso 2: Mujer de 28 años con sobrepeso y SC en codos, carpos y MCFs. Se inició Hidroxizina 75mg/día con respuesta cutánea y sinovial parcial. Se añadió prednisona 5mg y se incrementó la Hidroxizina a 150mg/día de forma paulatina con desaparición de la clínica y la sinovitis. No ha recurrido hasta ahora y no toma ninguna medicación. Caso 3: Mujer de 31 años con SC en ambas rodillas. Se inició tratamiento con Hidroxizina 75mg/día con respuesta cutánea y sinovial completa. Ha pasado el siguiente verano sin síntomas y no ha requerido nuevo tratamiento. Caso 4: Mujer de 34 años con SC en ambas rodillas y tobillos. Se inició Hidroxizina 75mg/día y prednisona 7.5mg. Presentó respuesta parcial en piel y ninguna a nivel de sinovia. Se inició aumento hasta 150mg/día a lo largo de 2 semanas con mejoría completa en piel y sinovia. A la retirada de la medicación volvió a presentar clínica cutánea y articular por lo que se prolongó el tratamiento 1 mes más. Actualmente está asintomática y sigue sin tratamiento pero ha reducido significativamente su actividad deportiva.

Conclusiones. La hidroxizina es un tratamiento eficaz para el manejo de la urticaria colinérgica y de acuerdo con nuestra limitada experiencia en SC parece ser una herramienta útil en este tipo de pacientes. Al parecer, la signología articular y cutánea siguen un curso paralelo por lo que se podría optar por un manejo basado en el estado de la urticaria con el objetivo de controlar también la sinovitis.

Póster 35

CARACTERISTICAS CLINICAS E INMUNOLÓGICAS DE PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTITOPOISOMERASA POSITIVOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

S. Garrote Corral[1], A. García Fernandez[1], Roy Ariño G[2], C. de La Puente Bujidos[1]
[1] Servicio de Reumatología e Inmunología [2] Hospital Universitario Ramón y Cajal
Ctra. de Colmenar Viejo, km. 9,100, 28034 Madrid, España

Objetivos: Analizar las características clínicas e inmunológicas de los pacientes con determinación de anticuerpos antitipoisomerasa positiva, en un centro español de tercer nivel. Los anticuerpos antitopoisomerasa I (anti Scl70), son muy específicos de la esclerosis sistémica sobre todo de su variante cutánea difusa, a pesar de ello no son exclusivos de esta entidad.

Metodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes con anticuerpos antiScl 70 positivos determinados por ELISA e Inmunofluorescencia, en el periodo comprendido entre enero 2011 y mayo 2016. Las variables demográficas, clínicas, inmunológicas y bioquímicas fueron obtenidas de la revisión de historias clínicas.

Resultados: Se incluyen un total de 20 pacientes. La edad media en el momento de la determinación fue de 62,9 años. El predominio femenino fue 4:1. La mayoría eran de raza caucásica 18 (90%) frente a 10% mestizos. Un 50% de los pacientes (10) tenían diagnóstico de esclerosis sistémica, 9 de ellos la variante cutánea difusa y un caso tenía diagnóstico de la forma cutánea limitada. El otro 50% tenían diferentes diagnósticos, 4 (20%) fenómeno de Raynaud,, 2 casos (10%) hepatopatía por virus C, 1 caso (5%) de lupus cutáneo, síndrome de Sjogren primario 1 y polimialgia reumática 1. En el total de los pacientes 4 de ellos tenían diagnóstico de neoplasia. En cuanto a las variables analíticas en sólo un caso se encontró una determinación positiva de otro ENA siendo éste **Anti-Ro**/SS-A. En 3 de los pacientes con diagnóstico de esclerosis sistémica se objetivo aumento de CK y en 3 casos se detectó consumo de complemento. Dentro del grupo de pacientes con diagnóstico de esclerosis sistémica un 60% de los pacientes presentó fenómeno de Raynaud severo con presencia de úlceras digitales y un 60% desarrollo enfermedad pulmonar intersticial.

Conclusiones: El estudio demuestra la mayor especificidad de los anticuerpos antitopoisomerasa por la esclerosis sistémica sobre todo cutánea difusa, aunque también se observe en otras patologías como la hepatopatía por virus C. Ante esto cabría destacar la importancia de un seguimiento en los pacientes con fenómeno de Raynaud y antiScl 70 positivo, sin otros datos de conectivopatía ante la muy probable evolución a una forma de esclerosis sistémica.

Póster 36

TOCILIZUMAB EN VASCULITIS GRANDES VASOS Y POLIMIALGIA REUMÁTICA: SERIE 4 CASOS

Blázquez Cañamero M[1]; Larena Grijalba C[1]; Boteanu Lucica A [1]; Macia Villa C[2]; Loarce Martos J[1]; Vázquez Díaz M[1]
Hospital Universitario Ramón y Caja[1]; Hospital Universitario Severo Ochoa[2] Ctra. Colmenar Viejo Km 9,100. 28034

Introducción. La arteritis de células gigantes (ACG) y la arteritis de Takayasu (AT) son vasculitis sistémicas que se caracterizan por la afectación de vasos de gran y mediano tamaño. La ACG es la más frecuente y afecta principalmente a las ramas extracraneales de la carótida. La polimialgia reumática (PMR) es un trastorno inflamatorio que se relaciona de forma estrecha con la ACG. La AT afecta fundamentalmente las arterias subclavias, arco aórtico, aorta descendente, carótidas y femorales. La patogenia es desconocida pero diferentes estudios han demostrado la existencia de una producción anómala de citoquinas proinflamatorias como la IL 6. El pilar del tratamiento sigue siendo los glucocorticoides (GC). En los últimos años son numerosos los trabajos que presentan el bloqueo de IL 6 como una alternativa eficaz en el tratamiento de las vasculitis de gran vaso refractarias al tratamiento convencional.

Presentación clínica. Presentamos una serie de 4 casos diagnosticados de PMR (1), ACG(1) y AT (2) tratados con Tocilizumab (TCZ) a dosis de 8 mg/kg cada 4 semanas iv. Caso 1. Mujer de 62 años diagnosticada de PMR corticorresistente, pese a metotrexate (MTX) 20 mg/día, complicada con síndrome de Cushing, fractura de L4 y ONA rodilla. Tras inicio de TCZ, reducción de GC al 50% a los 3 meses, manteniendo RFA normales. Caso 2. Mujer de 72 años diagnosticada de ACG, corticorresistente pese a MTX 20 mg/sem, manteniendo actividad en PET TAC. Tras inicio de TCZ, normalización de RFA tras 1ª infusión. Caso 3. Mujer de 20 años diagnosticada de AT con afectación de las arterias subclavias, aorta torácica distal y abdominal. RFA siempre normales. Se inició tratamiento con GC a dosis altas y MTX 20 mg/sem con desarrollo de sd de Cushing y progresión de la estenosis en subclavia dcha, iniciando tratamiento con TCZ con buena tolerancia, permitiendo disminuir los GC al 50% a los 4 meses. Caso 4. Mujer de 35 años diagnosticada de AT con afectación de carótidas comunes, subclavia dcha, aorta abdominal e infrarrenal. RFA siempre normales. Recibió tratamiento con MTX 25 mg/sem y GC a dosis altas con progresión de la estenosis en subclavia dcha por lo que se introdujo tratamiento con TCZ, permitiendo bajada de GC al 50 % a los 3 meses.

Conclusiones. El tratamiento con anti IL6 en las vasculitis de grandes vasos y PMR es una opción a tener en cuenta en los casos refractarios al tratamiento convencional. Al igual que en los trabajos publicados, hemos observado que permite disminuir dosis de GC sin recidivas y lograr una rápida normalización de los RFA, siendo además una opción a valorar como tratamiento de 1ª línea en casos con comorbilidad asociada. En nuestros casos de AT es todavía pronto para valorar su eficacia en la progresión del daño vascular.

Póster 37

EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL USO DE BIOSIMILARES EN UN HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Almudena Román Pascual, Juan Carlos Acebes Cachafeiro.
Servicio de Reumatología. Hospital General de Villalba.
Carretera de Alpedrete a Moralzarzal M-608 Km 41. Collado Villalba. Madrid.

Objetivos: El objetivo del estudio es conocer la experiencia en práctica clínica habitual del uso de biosimilares en enfermedades reumatológicas según indicaciones en ficha técnica en el Servicio de Reumatología en un hospital de media complejidad.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal, unicéntrico y de ámbito local. Se realiza un análisis retrospectivo de las historias clínicas de pacientes que han iniciado tratamiento con biosimilares entre el 1 de Enero y el 31 de Octubre de 2016 en el Servicio de Reumatología. Análisis de los datos mediante el programa estadístico SPSS v22.0.

Resultados: Se analizan 14 pacientes. 56% niños. Edad media 49.71 años (35-74). El 100% de los pacientes recibieron tratamiento con Inflectra intravenoso. Diagnósticos: Espondiloartropatía axial y periférica: 50%, Espondiloartropatía psoriásica 21.4%, Artritis Reumatoide: 28.6%. Intervalo de administración inicial para el 100% de los pacientes: cada 8 semanas. Número de infusiones medias recibidas: 5.79%. Suspensión del tratamiento en el 35.7% de los pacientes: 20% por fallo primario, 80% por fallo secundario. Se intensifico el tratamiento en el 40% de los pacientes previo a su suspensión y en todos ellos consistió en acortar el intervalo de administración.

Conclusiones: Es necesario aumentar el conocimiento de la eficacia y seguridad de los biosimilares en práctica clínica habitual con la puesta en común de la experiencia de múltiples centros. Con ello, se podría dar luz a las incertidumbres que existen respecto a estos fármacos y en consecuencia optimizar su uso desde un punto de vista tanto clínico como de gestión.

Póster 38

LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA EN EL PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO: REPORTE DE 4 CASOS

Merino Argumanez C, Flores Robles BJ, Espinosa Malpartida M, Ramos Giráldez, Villa Alcázar LF, Andréu Sánchez JL, Jiménez Palop M, Godoy Tundidor H, Campos Esteban J, SanzSanz J, BarbadilloMateos C, Isasi Zaragoza CM, Mulero Mendoza J, Roustan G. (*)
Departamento de Reumatología Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda CP: 28222
(*) Departamento de Dermatología Hospital Puerta de Hierro Majadahonda

Objetivo: La afectación de mucosa por Leishmania en Europa es excepcional. El objetivo del estudio fue describir las características clínicas y de tratamiento en 4 pacientes inmunosupresos y diagnosticados de Leishmaniasis con afectación mucosa/mucocutánea

Material y Métodos: Se revisaron retrospectivamente historias clínicas de pacientes con diferentes lesiones en piel/mucosa y con diagnóstico confirmado anatomopatológico como Leishmaniasis cutánea (LC) o mucocutánea (LMC). La revisión fue desde el 1 de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2015. Se recogieron parámetros como edad, sexo, tipo, número y localización de la lesión, tiempo al diagnóstico, origen (autóctona, o importada), estado inmunológico, tipo de tratamiento y evolución al año del diagnóstico.

Resultados: En nuestro estudio se recogieron un total de 18 pacientes con diagnóstico de LC/LMC de los cuales 9 (50%) fueron varones y 9, con un rango de edad comprendido entre 9-84 años y tiempo medio hasta el diagnóstico de 10 meses. Se encontró un pico de afectación entre los 40-50 años, 6/18 de los pacientes fueron diagnosticados de leishmaniasis importada, mientras que el resto fueron autóctonos. El 33% de los pacientes (6/18) se encontraban inmunocomprometidos por diversas causas (DM, ICC, trasplante hepático, **enfermedad de Crohn, artropatía psoriásica, LES**). 4/18 de los pacientes presentaban lesiones en mucosa (paladar, sublingual, párpado, labio), estos 4 pacientes se encontraban inmunocomprometidos (LES, artropatía psoriásica, ICC y trasplante hepático)

Conclusiones: En nuestras consultas es relativamente frecuentes enfrentarse a pacientes inmunocomprometidos. En el caso que se observen lesiones mucosas (única o múltiple) cuyo origen no se ha aclarado es importante descartar a la leishmania como agente causal. Los 4 pacientes con afectación en mucosa eran autóctonos así como inmuocomprometidos por diversos procesos. En este sentido hay que señalar que este tipo de afectación (mucosa/mucocutánea) es muy infrecuente en España ya que el agente causal en la mayoría de casos es la L. braziliensis (no presente en esta región), sin embargo, el reporte de casos con afectación a mucosa es creciente.

Póster 39

Deficiencia de mevalonato quinasa (síndrome de hiper-IgD) y solapamiento con mutación de fiebre mediterránea familiar

Carolina Merino Argumanez, Bryan Josué Flores Robles, María Enriqueta Peiró Callizo (*), Carlos Fernández Díaz (*), María Consuelo Ramos Giráldez, María Espinosa Malpartida,
Departamento de Reumatología Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda CP: 28222
(*) Departamento de Reumatología Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Introducción: Presentamos el caso de un paciente de 10 años con diagnóstico de deficiencia de mevalonato quinasa/síndrome hiper-IgD (p.V377I) y solapamiento con la mutación p.148Q de la fiebre mediterránea familiar (FMF) con respuesta clínica a canakinumab tras refractariedad a otros tratamientos.

Presentación de caso: Varón de 10 años quien desde el cuarto mes de vida presenta, cada 2 a 8 semanas, episodios febriles de 3 días de duración, acompañados de aftas orales, dolor abdominal y emesis, leucocitosis, aumento de velocidad de sedimentación y proteína C reactiva, siendo la analítica restante normal. El estudio genético reveló dos mutaciones, la primera p.V377I homocigoto (déficit de mevalonato quinasa) y la segunda p.E148Q homocigoto (FMF). Los niveles de inmunoglobulina D fueron normales (37 mg/dl) Ante la confirmación genética de déficit de mevalonato quinasa pautamos colchicina 1mg día que fue ineficaz por lo que iniciamos Anakinra a 2mg/kg sin respuesta. Posteriormente recibió Etanercept con respuesta clínica parcial, pero se suspendió 3 meses después por eccema cutáneo. Tampoco respondió al Metotrexato y, dada la importante repercusión en su calidad de vida, iniciamos Canakinumab (2mg/kg/4 sem) con supresión completa y mantenida de la clínica hasta hoy.

Conclusión: El presente caso es el primero descrito en la literatura de la asociación de las mutaciones homocigoto p.V377I (hiper-IgD) y homocigoto p.E148Q. Aún faltan estudios para concluir que la coexistencia de dos mutaciones en un mismo paciente confieran resistencia al tratamiento aunque en los casos hiper-IgD de difícil control el canakinumab parece ser un tratamiento satisfactorio

Póster 40

CONSULTA DE REUMATOLOGÍA PRIVADA PARA PACIENTES CON PÓLIZAS MÉDICAS.

Juan Carlos Nieto González[1,2]
1- Hospital RUBER internacional. Calle de la Masó 38, 28034, Madrid.
2- Clínica AMSTRONG internacional. Calle Guzmán el Bueno, 280, Madrid

Objetivos: El objetivo de esta comunicación es describir el desarrollo de una consulta de reumatología privada `de novo´ vs `heredada´ para pacientes con una póliza médica desde su inicio a lo largo de los primeros años.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se describe el inicio de una consulta de reumatología en un centro que no disponía de reumatólogo para pacientes con pólizas de salud y en otro centro que disponía de una agenda consolidada. Se registraron datos demográficos y clínicos, incluyendo fecha, edad, género, consulta nueva o revisión y compañía de seguros. Se recogió el diagnóstico clínico y las pruebas solicitadas. Se consideró consulta nueva todo paciente atendido por primera vez, y revisiones todas las consultas posteriores, independientemente del tiempo trascurrido entre ellas.

Resultados: Consulta `de novo´ Se registraron 595 citas en 133 días de consulta (4,47 pacientes/día consulta), de las cuáles 291 (49%) fueron consultas nuevas, 244 (41%) fueron revisiones y 60 (10%) pacientes citados no acudieron a consulta. El 71,5% (208) fueron mujeres. La edad media fue 46,9 (rango 8-88).

Consulta `heredada´ Se registraron 442 citas en 50 días de consulta (8,84 pacientes/día consulta), de las cuáles 234 (52,9%) fueron consultas nuevas, 171 (38,7%) fueron revisiones y 37 (8,4%) pacientes citados no acudieron a consulta. El 73,5% (172) fueron mujeres. La edad media fue 39,7 (rango 3-93).
Los diagnósticos y la frecuencia en ambas consultas se muestran en la tabla 1. El porcentaje de consultas nuevas, revisiones y que no acuden fueron similares en ambas consultas, así como el porcentaje de mujeres y la edad media.

Conclusiones: La reumatología privada ofrece una oportunidad para desarrollar la especialidad. La patología que se atiende es mayoritariamente osteoporosis, artrosis y artromialgias.

Tabla. Diagnósticos y su frecuencia en consulta `de novo´ vs `heredada´.

Diagnósticos	`De novo´ (Nº/%)	`Heredada´ (Nº/%)
Artrosis	75/26,2	35/15,2
Artromialgias	37/12,9	32/13,9
Osteopenia/Osteoporosis	42/14,7	43/18,6
Patología mecánica	23/8	27/11,1
Fibromialgia	7/2,4	9/3,9
Alteración analítica	15/5,2	7/3
Conectivopatías (LES, Scl, DM, SSp)	8/2,7	1/0,4
Dolor lumbar	19/6,6	20/8,7
Artritis inflamatorias (Aps, AR, EA, AIJ)	21/7,3	20/8,7
Microcristalinas (gota/pirofosfato)	14/4,9	12/5,2
Otros	25/8,6	28/11,5
Total	286/100	234/100

Póster 41

CCADENAS LIGERAS LIBRES EN SUERO COMO MARCADOR DE ACTIVIDAD EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

A.B. Rodríguez Cambrón1, M.A. Blázquez Cañamero1, J. Jiménez Jiménez2, Mª Jesús García Yebenes3 , F. Rey Pazos1, P. Collado Ramos1, M. Alcalde Villar1, F.M. Cabero del Pozo1, A. Cruz Valenciano1. 1 Servicio de Reumatología 2 Servicio de Bioquímica del Hospital Universitario Severo Ochoa de Madrid 3 Instituto de salud musculoesquelética (InMusc)

Objetivos: el objetivo principal es valorar la utilidad de la determinación de cadenas ligeras libres (CLL) en suero como marcador de actividad en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Para ello se comparará su utilidad con los marcadores serológicos de actividad tradicionales como son el complemento y los títulos de anti DNA y se correlacionará con medidas de actividad clínica del LES (SELENA-SLEDAI y SFI).

Metodos: se trata de un estudio observacional, prospectivo y longitudinal a 2 años realizado con la colaboración del servicio de Bioquímica en el Hospital Severo Ochoa de Madrid. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años que cumplen criterios ACR o SLICC de LES independientemente de la actividad en el momento de la inclusión. Criterios de exclusión: pacientes con enfermedad hematológica o infección severa que pueda interferir en la interpretación de los resultados, pacientes con enfermedad renal severa (Creat > 2 mg/dl o hemodiálisis) por su interferencia con el aclaramiento de las CLL en suero y pacientes con inmunodeficiencia congénita.

Resultados: se han incluido hasta Septiembre de 2016, 52 pacientes con LES a los que se les había solicitado determinación del protocolo de CLL, de ellos 11 no cumplían criterios ACR o SLICC y 3 han sido pérdidas de seguimiento por lo que hasta la actualidad la muestra está conformada por 38 pacientes y está compuesta mayoritariamente por mujeres (95%), de raza caucásica (97%). Las manifestaciones hematológicas (82%) son las más frecuentes seguidas de las cutáneas (66%) y las articulares (53%). Los anticuerpos más frecuentes son los ANA (97%), seguidos por los anti-DNA (63%) y por otros anti-ENA (47%). El 55% y el 42% de los pacientes presentan niveles bajos de C3 y C4 respectivamente. Sólo el 3% tiene proteinuria y el 18% están en brote. La descripción de las variables continuas se realiza en función de la mediana debido al pequeño número de casos estudiados. Los pacientes presentan un tiempo de evolución desde el diagnóstico de 152 semanas y un número de criterios ACR y SLICC de 4 y 5. Los valores de C3 y C4 eran de 90,9 y 14,4. En cuanto a las CLL, los valores mediana son de 14,4 para las cadenas ligeras lambda (CLL), 18,8 para las cadenas ligeras Kappa (CLK) y 43 para la suma de ambas. Los valores de PCR y VSG son de 2 y 20, respectivamente. En cuanto a los parámetros hematológicos, la Hb basal promedio es de 13,3 con 5.270 leucocitos, 1.235 linfocitos y 196.000 plaquetas. La EVA del médico y el valor del SLEDAI son de 2 en ambos casos. El tratamiento más utilizado en la visita basal es la hidroxicloroquina (87%) seguido por los corticoides (37%) y la azatioprina (24%). Ningún paciente recibía cloroquina ni anti-TNFs.

Conclusiones: la mayoría de los pacientes desde marzo (fecha de aprobación del proyecto por el CEIC) hasta septiembre de 2016 (prevista la inclusión hasta enero de 2017) sólo tenían una determinación analítica con protocolo de CLL por lo que la muestra disponible no es representativa ni se pueden extraer, en estos momentos, ninguna conclusión preliminar, está previsto continuar con el reclutamiento, con la recogida de datos de segunda y sucesivas visitas (18 meses de seguimiento) y la realización del análisis estadístico final en octubre de 2017.

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