

Comunicación 1

Los fibroblastos adultos humanos coexpresan los receptores AT1 y AT2 y son resistentes a los efectos de la angiotensina II sobre la transcripción y el crecimiento celular. M. Galindo, B. Santiago, J.L. Pablos. Servicio de Reumatología, Unidad de Investigación. Hospital 12 de Octubre. Carretera de Andalucía Km 5,4, 28041 Madrid

Objetivo:

La angiotensina II (ATII) está considerada como una verdadera citoquina debido a sus efectos celulares pleiotrópicos. Los efectos de la ATII están mediados por dos receptores específicos, AT1 y AT2. De acuerdo con los patrones de expresión in vivo, los modelos transgénicos y knockout, y los estudios in vitro, el receptor AT2 parece contrarrestar los efectos dependientes de AT1. En los fibroblastos humanos, se ha propuesto que la ATII ejerce un efecto proinflamatorio y profibrótico. Sin embargo, la información referente a la expresión de sus receptores en los fibroblastos adultos humanos y sus efectos celulares es escasa. El propósito de este estudio fue analizar la expresión de AT1 y AT2 en fibroblastos dérmicos humanos (FD) obtenidos de pacientes con esclerosis sistémica (ES) y de piel normal, fibroblastos sinoviales (FS), fibroblastos pulmonares (FP), así como su implicación en la expresión de colágeno, proliferación celular y apoptosis.

Material y métodos:

Los FD se obtuvieron de biopsias cutáneas de individuos sanos y con ES, los FS se aislaron de tejido sinovial procedente de pacientes con artrosis, y los FP se cultivaron de tejido pulmonar normal. Como control, se utilizaron células musculares lisas vasculares (CMLV) de rata aisladas de la aorta torácica. La expresión de AT1 y AT2 se analizó mediante Western Blot. En células tratadas con 0.1 μ M ATII en presencia de 10 μ M losartan o 10 μ M PD123319, se analizó la expresión de ARNm de procolágeno α 1(I) por Northern Blot, del péptido C de procolágeno tipo I por EIA específico, la proliferación celular mediante conteo celular directo y cuantificación de la incorporación de [3H]timidina, y la respuesta apoptótica por EIA para la detección de nucleosomas y por TUNEL.

Resultados:

Todos los fibroblastos y las CMLV expresaron AT1. Todos los fibroblastos expresaron igualmente AT2, pero no se detectó este receptor en las CMLV. La estimulación con ATII no indujo expresión de ARNm de procolágeno ni de su proteína en los FD normales y esclerodérmicos. El tratamiento previo con inhibidores específicos de AT1 y AT2, 10 μ M losartan y 10 μ M PD123319 respectivamente, no modificó la expresión de colágeno. Los ensayos de proliferación celular realizados en FD, FS, y FP no detectaron efecto proliferativo dependiente de ATII tanto en presencia como en ausencia de suero. Por el contrario, ATII sí indujo efecto proliferativo en CMLV. Por último, el tratamiento con ATII no modificó la respuesta apoptótica de los diferentes tipos de fibroblastos en condiciones basales o tras la deprivación de suero.

Conclusiones:

La ATII no induce efectos sobre la expresión de colágeno, la proliferación celular y la apoptosis en fibroblastos adultos humanos. La coexpresión de los receptores AT1 y AT2 es un posible mecanismo de resistencia de los fibroblastos humanos a la ATII.

Comunicación 2

Valor pronóstico de la determinación de il15, anticuerpos anti-péptido citrulinado y factor reumatoide en artritis de reciente comienzo M. Ibáñez. A.M. Ortiz. V. Núñez, R. Gómez Gil, A. García -Vadillo I. González - Álvaro. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. C/ Diego de León, 62. 28006. Madrid

Introducción:

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad de pronóstico muy variable por lo que se están buscando marcadores que permitan determinar qué pacientes van a precisar un tratamiento más agresivo a lo largo de su evolución. El objetivo de este estudio fue valorar la utilidad del factor reumatoide (FR), los anticuerpos anti-péptido citrulinado (anti-CCP) y los niveles séricos de IL-15 (sIL-15) para predecir la necesidad de tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FME) y la respuesta a éstos en pacientes con artritis de reciente comienzo (ARC).

Material y métodos:

Se estudiaron 69 pacientes con ARC de 51.6 ± 15 años de edad, el 74% mujeres y una evolución de la enfermedad de 6.43 [4.2-10.9] meses. En la visita basal 35 cumplían criterios de AR y 34 no tenían un diagnóstico preciso. Se excluyeron aquellos pacientes en los que se llegó a un diagnóstico concreto diferente a AR en el primer año de seguimiento (n=10). En la visita basal y al año se recogieron las siguientes variables: tratamiento recibido, DAS28, PCR (mg/dl) y HAQ. Se creó una variable consistente en la suma de la variable tratamiento (0: no tratamiento; 1: monoterapia; 2: terapia combinada) y la actividad de la enfermedad al año de seguimiento (0 si DAS28 < 2.6; 1 si DAS28=2.6-3.2; 2: si DAS28=3.2-5.1 y 3 si DAS28 >5.1). Esta variable osciló entre 0 y 5 y se consideró artritis grave si era ≥ 3 . Los anti-CCP e IL-15 se determinaron mediante ELISA (Euro-Diagnostica Immunoscan RA y R&D Systems respectivamente) en el suero de la primera visita. Se consideraron niveles elevados de IL15 si > 30 pg/ml (media + 2DE de una población normal analizada en un estudio previo). El resultado de estos 2 tests fue ciego para el investigador encargado de evaluar al paciente, de manera que no influyeron sobre el tratamiento prescrito a lo largo del año de seguimiento. El FR se determinó en la visita basal mediante nefelometría y era conocido, ya que constituye uno de los criterios diagnósticos de AR. Análisis estadístico: programa Stata 7 (Stata Corporation®, Texas, USA).

Resultados:

Un 82% de los pacientes recibió FME durante el primer año. En la subpoblación con FR + un 89.6% recibió FME, un 96% en los anti-CCP + y un 100% en los sIL15+. De todos los FME, metotrexato fue el más prescrito (60.6%) especialmente en FR o anti-CCP positivos. Además, el 34.7% recibió tratamiento con antipalúdicos, el 18.8% con salazopyrina y el 15.1% con leflunomida. La tabla muestra el % de pacientes con enfermedad grave así como la Sensibilidad (S) y Especificidad (E) de cada uno de los 3 tests para enfermedad grave.

Tabla 2	FR	Anti-CCP	IL-15
Sensibilidad	54.8 %	51.6 %	25.93 %
Especificidad	68.4 %	76.32 %	84.21 %
% de pac. Enf.Grave	58.62 % (p = 0.044)	64 % (p=0.016)	53.85 % (p=0.243)

Conclusiones:

La determinación de FR, anti-CCP y sIL-15 parecen determinar, dentro de los pacientes con ARC, a una subpoblación que va a recibir FME en el primer año de evolución y, a su vez, se asocian de forma positiva con la variable gravedad definida en nuestro estudio.

Comunicación 3

Cirugía en pacientes tratados con terapia anti-tnfa. Beatriz Joven, M. Angeles Matías, Alexia De Juanes, Noemí Garrido, Isabel Mateo. Servicio de Reumatología H. "12 de Octubre". Madrid.

Introducción:

La incorporación relativamente reciente de las terapias biológicas al esquema terapéutico de diversas enfermedades reumáticas deja todavía ciertos interrogantes en el manejo diario como pueden ser las recomendaciones en caso de someterse el paciente a una intervención quirúrgica programada. Objetivo: Establecer un protocolo de actuación en caso de cirugía programada en pacientes con terapia anti-TNFa .

Pacientes y métodos:

Se recogieron todas las intervenciones realizadas a pacientes en tratamiento con terapia anti-TNFa del Servicio de Reumatología de nuestro hospital. Se analizaron datos demográficos (sexo, edad), clínicos (tipo y duración de la enfermedad reumática, comorbilidad, terapia biológica empleada con dosis y duración, tratamiento concomitante) y con respecto a la propia cirugía (tipo de cirugía, cobertura antibiótica, complicaciones quirúrgicas o de la propia enfermedad reumática). Se registraron como complicaciones quirúrgicas los signos de infección postoperatoria incluyendo rubor, supuración, dehiscencia de sutura, infección sistémica u otras que requirieran reintervención. Se definió como reactivación de la enfermedad reumática el aumento del índice DAS28 \square 1,2, respecto al previo a la cirugía. Se realizó estadística descriptiva y se analizó mediante test exacto de Fisher la influencia de las variables en la evolución.

Resultados:

De 168 pacientes en terapia anti-TNFa (110 con infliximab-INF, 34 con etanercept-ET, 24 con adalimumab-AD) 9 (3varones, 6mujeres) han sido intervenidos (7 con INF, 2 con ET) con un total de 10 procesos quirúrgicos. La edad media de los pacientes era de 48 ± 15 años, con una evolución de 13 ± 8 de la enfermedad (AR en 7 casos, 1 EA, 1 Aps). Todos los pacientes recibían tratamiento concomitante con MTX (excepto el paciente con EA que recibía SSZ) que fue temporalmente interrumpido y esteroides a dosis por debajo de 10mg de Prednisona. En los 7 pacientes en tratamiento con INF la intervención se realizó 17 ± 10 sem del inicio de la terapia a 15 ± 4 días (mín 1-máx 50) de la administración del choque, con retraso de 10 días en el siguiente choque en 2 de los pacientes. En los 2 pacientes con ET en 1 caso se mantuvo el tratamiento y en otro se interrumpió 2 sem antes y se reanudó 2 sem después. Las intervenciones fueron todas ellas limpias: 7 ortopédicas (2 prótesis rodillas, 2 artrodesis, 3 trasposiciones tendinosas), 2 vasculares (fistula arteriovenosa, revascularización arterial) y 1 herniorrafia. En todas las cirugías ortopédicas se realizó profilaxis antibiótica con cefazolina 1g. 30 min antes y 3 dosis después de la cirugía según protocolo, en las vasculares no se realizó profilaxis y no hay datos en el caso de la herniorrafia. Los pacientes recibieron actocortina como profilaxis de insuficiencia suprarrenal durante el período de ayuno. Las complicaciones registradas fueron 1 caso de dehiscencia de la

herida en la paciente que interrumpió temporalmente ET y 2 casos de empeoramiento de la actividad inflamatoria (1 en la paciente que interrumpió el ET y otro en uno de los pacientes que sufrió retraso del siguiente choque de INF). No hubo relación entre las diferentes variables analizadas y la aparición de complicaciones, pero encontramos una tendencia a la reactivación de la enfermedad reumática en los pacientes que sufren retraso en la administración del tratamiento ($p=0,06$).

Conclusiones:

Nuestros resultados no sugieren un aumento del riesgo de complicaciones postquirúrgicas en los pacientes tratados con terapias anti-TNF α , y además el retraso en el tratamiento puede reactivar la enfermedad reumática. Sin embargo, el número reducido de casos limita las conclusiones del estudio, por lo que serían recomendables estudios multicéntricos prospectivos y aleatorizados para poder establecer un protocolo de actuación en estos casos.

Comunicación4

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

Introducción:

La fibromialgia tiene una prevalencia en la población general que varía entre el 2%-4%. En las consultas de reumatología constituye el 15,7% de las primeras consultas. La edad de aparición oscila entre los 30-50 años y predomina en el sexo femenino (80-90% de los casos). En ocasiones coincide con enfermedades reumáticas como la artritis reumatoide o el lupus eritematoso sistémico, sin demostrarse una relación directa con estos procesos. La asociación entre fibromialgia (FM) y espondilitis anquilosante (EA) es desconocida y en determinados casos puede plantear dudas diagnósticas. Objetivo: Determinar la prevalencia de FM en las mujeres con espondilitis anquilosante y evaluar las características clínicas y la respuesta al tratamiento en este grupo de pacientes.

Material y Métodos:

Se incluyeron de manera retrospectiva, todas las pacientes mujeres diagnosticadas de Espondilitis Anquilosante (según los criterios modificados de New York), seguidas en la unidad de Reumatología de un hospital universitario desde 1998 hasta 2004. De las historias clínicas se obtuvieron: datos demográficos (edad, tiempo seguimiento, actividad e incapacidad laboral), clínicos (rigidez, existencia de trastornos del sueño, parestesias, cefalea, colon irritable, depresión, psoriasis cutánea, uveitis y artritis periférica), datos de evaluación de la actividad (EVA dolor, EVA paciente, EVA médico, BASDAI y BASFI), antropométricos (Shober, DDS, OP, ET), analíticos (PCR, VSG y HLA B27), y de tratamiento (respuesta a AINES y uso de FAME y/o agentes biológicos). Se evaluó en esta cohorte de pacientes, la asociación de FM acorde a los criterios del American College of Rheumatology (ACR) de 1990. Se usó el test de Fisher para calcular la diferencia entre las frecuencias, y la odds ratio con un IC del 95% para medir la fuerza de asociación entre variables.

Resultados:

Un total de 30 pacientes mujeres diagnosticadas de espondilitis anquilosante con una edad media de 47,4 \pm 9,5 años y un tiempo de seguimiento de 4,6 \pm 1,3 años fueron evaluadas. Doce pacientes (40%) cumplían criterios de la ACR para fibromialgia. En dos de ellas (16,6%) el diagnóstico de fibromialgia fue previo al de espondilitis anquilosante. El grupo de pacientes con espondilitis anquilosante y fibromialgia tenían más trastornos del sueño (75%), parestesias (33,3%), cefalea (16,7%), síndrome de colon irritable (8,3%), depresión (25%), presencia de psoriasis cutánea (8,3%), un valor elevado de EVA del paciente (62,5%) y un BASFI por encima de 4 (58,3%), todo ello con significación estadística ($p < 0,05$). Respecto a las medidas antropométricas y los parámetros analíticos (VSG y PCR) no hubo diferencias significativas entre los grupos estudiados. La respuesta al tratamiento con AINES

fue peor en los casos con espondilitis anquilosante y fibromialgia, respondiendo solo un 25% de los casos frente a un 66,7% de pacientes del grupo con espondilitis anquilosante ($p < 0,001$).

Conclusión:

En nuestra área la asociación de espondilitis anquilosante femenina y fibromialgia es frecuente. Los cuestionarios que valoran la calidad de vida y la función, como el BASFI y la EVA, presentan en este grupo de pacientes (EA+FM) unos valores elevados. Además responden peor al tratamiento AINE. Todo ello condiciona el manejo clínico de este tipo de pacientes, pudiendo ocasionar dudas de diagnóstico y/o tratamiento en algunos casos.

Comunicación5

Terapia anti-tnf en el lupus eritematoso sistémico. Laura Nuño, Francisco Javier López-Longo, Julio Vázquez, María Montoro, Carmen Ortega, Laura Cebrián, Indalecio Monteagudo, Juan Bertó*, Luis Carreño. Servicios de Reumatología y Pediatría*, Hospital Gregorio Marañón, c/ Dr Esquerdo, 46, 28007 Madrid.

Objetivo:

Estudio abierto de la eficacia y seguridad del tratamiento anti-TNF en pacientes con LES.

Métodos:

Se han seleccionado pacientes diagnosticados de LES (ACR 1982), con enfermedad refractaria a los inmunosupresores convencionales o síndrome de solapamiento de LES y artritis reumatoide (AR) e indicación de tratamiento anti-TNF por la AR.

Resultados: Se han incluido 5 mujeres, 2 con solapamiento LES-AR, 1 con solapamiento LES-polimiositis, 1 con LES y 1 con EMTC y criterios de LES. La edad media es 30,6 años (16-44 años) y el tiempo medio de evolución 12,4 años (4-21 años). Las principales manifestaciones de LES eran artritis en 5 (2 con poliartritis crónica erosiva y criterios de AR), manifestaciones cutáneas en 5 (3 eritema malar, 2 vasculitis cutánea, 1 lupus discoide y 1 lupus subagudo), fiebre en 4, leucopenia en 4, fenómeno de Raynaud en 4, síndrome de Sjögren en 4, miositis en 3, manifestaciones pulmonares en 3 y nefropatía en 2 proteinuria y cilindros hialinos (1 glomerulonefritis membranosa). Todas recibían dosis altas de corticoides (superiores a 20 mg/día de prednisona o equivalente). Las 5 pacientes habían sido tratadas previamente con cloroquina y azatioprina, 3 con metotrexate, 2 con micofenolato mofetil, 1 con ciclosporina y 1 con ciclofosfamida, suspendidos por ineficacia o efectos adversos graves. Tres pacientes siguen tratamiento con etanercept (25 mg por vía subcutánea, 2 veces por semana) desde hace 2, 3 y 22 meses, respectivamente. Las dos pacientes con solapamiento LES-AR recibieron infliximab (3 mg/kg/infusión con la pauta habitual en la AR), una continua con dicho tratamiento desde hace 46 meses y la otra lo mantuvo durante 15 meses. Ésta última inició tratamiento con etanercept por exacerbación de la AR y lo mantiene desde hace 15 meses con buena respuesta. En todas las pacientes se ha conseguido el control de los síntomas de LES, en enero de 2004 siguen libres de síntomas, y la suspensión o una disminución significativa de la dosis de corticoides. En particular, se ha obtenido una reducción significativa de la proteinuria en las 2 pacientes con nefropatía. El tratamiento con etanercept o infliximab ha sido bien tolerado y no se han producido efectos adversos graves.

Conclusiones:

El bloqueo anti-TNF es bien tolerado y parece ser eficaz en el tratamiento de LES, controla los síntomas y permite reducir la dosis de corticoides.

Comunicación6

El tiempo hasta el inicio del primer fármaco modificador en pacientes con artritis reumatoide a lo largo de las últimas décadas en España. D. Clemente Garulo, E. Judez, E. Loza, C. Vadillo, L. Abasolo, J. A. Jover, C. Hernandez García, I. Morado. Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo:

La probabilidad de lograr una respuesta clínica en pacientes con artritis reumatoide (AR) depende críticamente del tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el inicio del tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FME). Nuestro objetivo será analizar la evolución del tiempo transcurrido hasta la utilización del primer FME en España a lo largo de los últimos 20 años en pacientes con AR.

Métodos:

El Estudio sobre el Manejo de la Artritis Reumatoide en España (emAR) es un estudio transversal realizado a partir de historias clínicas de 1.379 sujetos seleccionados aleatoriamente de un "pool" de pacientes atendidos en 46 servicios clínicos de 16 comunidades autónomas en España durante 1998-1999. Entre las variables recogidas se analizó el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta utilización del primer FME en función del año del inicio de los síntomas.

Resultados:

Globalmente, la mediana del tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el inicio del primer tratamiento con FME fue de 16,2 meses [7.07-48.70]. Sin embargo, este intervalo de tiempo fue muy superior en aquellos pacientes cuyo inicio de la enfermedad había sido previo al año 1.985 (99.9 meses [41.3-188.7]) en comparación con aquellos cuyos síntomas comenzaron entre 1.995 y 1.999 (8 meses [3-13.2]; $p < 0,0001$). En conjunto, se observó una disminución del tiempo hasta el primer FME de $7,3 \pm 0,18$ meses por cada año transcurrido ($R^2 = 0,61$, $p < 0,0001$).

Conclusiones:

A lo largo de las últimas décadas se ha producido una tendencia significativa a acortar el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas de la AR y la introducción del primer FME en el régimen terapéutico, y actualmente sólo un 25% de los pacientes comienza a utilizar FME después de un año de presentar síntomas de la enfermedad.

Comunicación 7

Efecto de diferentes fármacos modificadores de la artritis reumatoide (fmar) en la producción de il-17 por linfocitos y en la actividad colagenasa inducida en células thp-1 tras el contacto con linfocitos activados. C Domínguez Jiménez, AM. Ortiz García, V Nuñez González, R García-Vicuña, I González-Álvaro. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. C/Diego de León 62. 28006 Madrid.

Objetivo:

La IL-17 es una citoquina proinflamatoria producida por linfocitos (L) T inducida, entre otros estímulos, por IL-15, cuyos niveles están aumentados en el líquido sinovial de la artritis reumatoide (AR) respecto a otras artropatías. Muestra efectos aditivos y, a menudo, sinérgicos con IL-1 y TNF e incrementa la producción de metaloproteasas de matriz por los sinoviocitos. Por tanto, la IL-17 contribuiría al desarrollo del patrón proinflamatorio y destructivo característico de las articulaciones con AR.

Métodos:

1) Determinar los mecanismos implicados en la inducción de actividad colagenasa en células monocíticas (THP-1) por el contacto con L activados con IL-15. 2) Estudiar el efecto de diferentes FMAR tanto en la producción de IL-17 por L como en la actividad colagenasa inducida en células THP-1 tras el contacto con L activados.

Materiales y Métodos: Se aislaron células mononucleares de sangre periférica de donantes sanos y se deplecionaron de monocitos mediante adhesión a plástico. Los L obtenidos se estimularon con IL-15 (50 ng/ml durante 72 h) en presencia o no de los siguientes FMAR: Leflunomida (100 μ M), Ciclosporina A (1 μ g/ml), Metrotexato (50 μ g/ml), Salazopirina (1000 μ g/ml), Micofenolato mofetil (1 μ M), Aurotiomalato sódico (1 μ g/ml) y FK-506 (1 μ g/ml). Posteriormente se midieron los niveles de IL-17 en los sobrenadantes mediante ELISA (R&D). Para estudiar la producción de actividad colagenasa, los L se activaron con IL-15 (50 ng/ml durante 24 h) en presencia o no de los distintos fármacos o de los anticuerpos bloqueantes (R&D System $\text{\textcircled{R}}$): anti-IL-17 (MAB317, 10 μ g/ml), anti-TNF (MAB610, 10 μ g/ml). Posteriormente, los L se incubaron con las células THP-1 durante 24 h en ausencia de suero fetal. La actividad colagenasa se cuantificó en los sobrenadantes utilizando un kit específico de degradación fibrilar en sustrato fluoresceinado (Molecular Probes $\text{\textcircled{R}}$).

Resultados:

1) Los anticuerpos anti-IL-17 y anti-TNF inhibieron la actividad colagenasa inducida en células THP-1 tras el contacto con L activados en un 41 ± 5 y un 33 ± 5 % respectivamente. Dicha inhibición alcanzó 51 ± 10 % cuando se emplearon ambos anticuerpos simultáneamente. 2) El efecto de los diferentes FMAR en la producción de IL-17 producida por L y en la actividad colagenasa producida por las células THP-1 fue el siguiente:

	Medio	LEF	CsA	MTX	SZP	Micofenolato	Sales de oro
IL-17(%)	100	21 ± 7**	30 ± 6*	73 ± 16	101 ± 22	12 ± 4**	78 ± 11
Activ.Col.(%)	100	82 ± 5*	97 ± 7	90 ± 6	123 ± 28	96 ± 10	103 ± 14

*p<0.05 y **p<0.01 respecto a Medio (n=10), Test de Wilcoxon. LEF: Leflunomida; CsA: ciclosporina A; MTX: metotrexato; SZP: salazopyrina.

Conclusiones:

1) La producción de actividad colagenasa durante el contacto entre L activados y células THP-1 está mediada en parte por IL-17 y TNF. 2) Algunos FMAR (Leflunomida, Ciclosporina A y Micofenolato) inhiben la producción de IL-17 inducida por IL-15 en L, y éste podría ser uno de sus mecanismos de acción. Sin embargo, el efecto de la mayoría de FMAR sobre la producción de actividad colagenasa no es significativo, por lo que debe haber otros factores solubles o de contacto intercelular que intervienen en su regulación.

Comunicación8

Causas de muerte, mortalidad y supervivencia en las miopatías inflamatorias. Belmonte R, Torres C, Gómez-Reino FJ*, Galindo M, Carreira PE. Servicios de Reumatología y Reumatología pediátrica*. Hospital 12 de octubre, Madrid.

Objetivo:

Analizar la mortalidad, causas de muerte, y supervivencia en nuestra población de pacientes con miopatías inflamatorias (MI).

Pacientes y Métodos:

Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de MI en nuestro hospital, entre 1976 y 2003. Los datos demográficos (edad, sexo) y clínicos (tipo de afectación, terapia, mortalidad y causa de muerte), se obtuvieron retrospectivamente de las historias clínicas. Se definió afectación pulmonar como infiltrado intersticial en RX/TAC pulmonar, en ausencia de infección o insuficiencia respiratoria. La afectación cardiaca se definió por alteración en EKG. Se utilizó OR con 95% CI para medir fuerza de asociación entre variables y curva de Kaplan-Meier para estimar supervivencia.

Resultados:

Encontramos 99 pacientes (70 M, 19 V), con 42-22 años al diagnóstico, y 9-6 años de seguimiento. Cincuenta y nueve (60%) tenían afectación cutánea, 54 (55%) afectación articular, 27 (28%) afectación digestiva, 19 (19%) afectación cardiaca, 35 (36%) afectación pulmonar, 38 (39%) fenómeno de Raynaud, 10 (10%) vasculitis 10, y 9 (9%) calcinosis. Veinte pacientes (20%) tenían menos de 18 años al inicio de los síntomas. Cuatro pacientes (5%) tenían miopatía por cuerpos de inclusión. En 19 (20%) pacientes se detectó alguna neoplasia (4 pulmón, 3 mama, 2 gástricos, 2 ovario, 2 linfomas, 1 vejiga, 1 astrocitoma, 1 endometrial, 1 renal, 1 próstata, 1 origen desconocido). Serológicamente 48 (53%) tenían ANA, y 11 (12%) anti-sintetasa. Como terapia, 94 pacientes recibieron esteroides, 4 ciclofosfamida, 11 metrotexate, 33 azatioprina y 6 inmunoglobulina IV. Fallecieron 24 pacientes, y en 17 casos la causa de muerte se relacionó con la enfermedad (8 tumores, 3 afectación cardiaca, 3 afectación pulmonar, 2 complicaciones infecciosas). La mortalidad se asoció con afectación cardiaca (OR=10; 95%CI 3,1-31,9; $p<0,0001$) y con la presencia de neoplasia (OR=8,5; 95%CI 2,6-27; $p<0,0001$). La supervivencia media a los 10 años era de 70%, y a los 15 años de 60%. La supervivencia era menor en los pacientes con afectación cardiaca (Log rank 0,0009) y con neoplasia asociada (Log rank 0,002)

Conclusiones:

En nuestros pacientes con miopatía inflamatoria, la mortalidad está aumentada en aquellos con afectación cardiaca y con neoplasia asociada a la enfermedad.

Comunicación10

Influencia de la comorbilidad en el pronóstico vital de los pacientes con lupus eritematoso sistémico. Julio Vázquez, Carmen González-Montagut, Francisco Javier López-Longo, María Montoro, Laura Nuño, Carmen Ortega, Eugenia González-Díaz de Rábago, Inmaculada de la Torre-Ortega, Carlos Manuel González, Indalecio Monteagudo, Luis Carreño. Servicio de Reumatología, Hospital Gregorio Marañón, c/ Dr Esquerdo, 46, 28007 Madrid.

Objetivo:

Analizar los factores relacionados con la mortalidad en el lupus eritematoso sistémico (LES).

Métodos:

Entre 1987 y 2002 hemos estudiado prospectivamente 325 pacientes diagnosticados de LES (ACR 1982). Entre los parámetros evaluados se incluyen los factores de riesgo cardiovascular, las infecciones graves (que son causa de fallecimiento o ingreso hospitalario, dejan secuelas graves o son recurrentes) y las neoplasias malignas.

Resultados:

Durante el período de estudio, 88 pacientes han presentado manifestaciones cardiovasculares (27%), 152 infecciones graves (46,7%) y 16 neoplasias (4,9%). Un total de 21 pacientes han fallecido (6,4%) y las principales causas son cardiovasculares en 9 (42,8%), infecciosas en 6 (28,5%) y neoplasias en 3 (14,2%). El grupo de pacientes fallecidos presenta un aumento significativo ($p < 0,05$) de cardiopatía isquémica (4 de 21; 19% vs 6 de 304; 1,9%) (OR 11,6), insuficiencia cardíaca (7 de 21; 33,3% vs 20 de 304; 6,5%) (OR 7,1) y accidentes cerebrovasculares (6 de 21; 28,5% vs 18 de 304; 5,9%) (OR 6,3), hipertensión arterial (12 de 21; 57,1% vs 103 de 304; 33,8%) (OR 2,6) e hiperlipemia (12 de 21; 57,1% vs 101 de 304; 33,2%) (OR 2,6). No hay diferencias en cuanto a la hiperuricemia, la diabetes, la obesidad o el tabaquismo, aunque el número de fumadores es muy bajo. La mortalidad se relaciona también con neoplasias (3 de 21; 14,2% vs 13 de 304; 4,2%) (OR 3,7), sepsis (8 de 21; 38% vs 24 de 304; 7,8%) (OR 7,1) e infecciones del aparato locomotor (3 de 21; 14,2% vs 6 de 304; 1,9%) (OR 8,2), pero no neumonías y otras infecciones.

Conclusiones:

Las manifestaciones cardiovasculares, hipertensión arterial, la hiperlipemia, las septicemias, las infecciones del aparato locomotor y las neoplasias son factores de riesgo vital en los pacientes con LES.

Poster1

Características de las interconsultas hospitalarias en un servicio de reumatología de un hospital terciario. Formato Poster A. de Juanes, M. Román, M A. Matías, R. González, B. Ramos, B.Joven, L.González, I. Mateo. Servicio de Reumatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid

Introducción:

La patología de origen musculoesquelético es una causa frecuente de demanda de asistencia reumatológica en los pacientes ingresados en un hospital terciario, aunque en ocasiones no sea el principal motivo de ingreso o no se sospeche inicialmente patología reumática. El objetivo de nuestro trabajo fue describir las características de la asistencia del Servicio de Reumatología en las interconsultas hospitalarias realizadas por otros servicios para los pacientes ingresados, tanto del área médica como quirúrgica.

Material y Métodos:

Los resultados se han obtenido de la base de datos del Servicio de Reumatología, donde se recoge la actividad asistencial en la atención a partes de interconsulta, abarcando el periodo comprendido en los años 2002 y 2003.

Resultados:

Durante 2 años, se han recibido un total de 244 partes de interconsulta. La edad media de los pacientes era de 60 años (\square 17 DE) y el 60 % eran mujeres.

Del total de interconsultas recibidas, el 73% pertenecían al área médica y el 27% restante al área quirúrgica. Los servicios que más nos consultaron fueron: medicina interna (20.7 %), medicina del aparato digestivo (13.4 %), neurología (10.2 %), traumatología (9.3 %), cardiología (8.9 %) y cirugía del aparato digestivo (5.7 %).

El 69% de los pacientes consultados no tenían enfermedad reumatológica diagnosticada previamente, el 24% realizaban seguimiento en nuestro servicio, y el 6% presentaban una enfermedad reumática valorada por otros especialistas.

Los principales motivos de consulta fueron por sospecha de patología articular inflamatoria (49.6 %), autoinmune (18.8 %) y de partes blandas (13.9 %).

Los diagnósticos más frecuentemente realizados por nuestro servicio fueron: artropatía microcristalina (20%, de ellas el 80% gota aguda), artritis reumatoide (11 %), tendinitis del manguito de los rotadores/bursitis (12 %), artrosis (7 %), lupus eritematoso sistémico (5 %), polimialgia /arteritis de la temporal (4 %), artritis séptica (3 %), vasculitis (3 %), osteoporosis o fracturas osteoporóticas (4 %), espondiloartropatías seronegativas (3 %), esclerosis sistémica (4%) , artropatía psoriásica (2 %), tumoral (2%), infecciones partes blandas y osteomielitis (2%), síndrome antifosfolípido (2%), síndrome de Sjogren (2%), fibromialgia (1%) y otros (16%).

El 5% del total de pacientes falleció durante el ingreso y el 1 % requirió traslado a la planta de reumatología. Al alta, el 64% se siguieron en la consulta de Reumatología, el 2 % en otras consultas y un 12% se perdieron para el seguimiento.

Conclusiones:

Los servicios del área médica son los que más interconsultas hospitalarias piden al servicio de Reumatología para sus pacientes ingresados, siendo el Servicio de Medicina Interna el que mayor número de interconsultas solicitó. De los servicios del área quirúrgica el principal solicitante fue el servicio de traumatología. La mayoría de los pacientes no habían sido vistos antes por Reumatología. Los principales diagnósticos reumatológicos emitidos fueron las artropatías inflamatorias, incluidas las microcristalinas, seguidas de la patología autoinmune, siendo menos frecuentes la patología degenerativa y ósea metabólica. La mayoría de los pacientes fueron posteriormente seguidos en la consulta de Reumatología.

Poster2

Bursitis prerrotuliana complicada asociada a leiomiocarcinoma de partes blandas ¿asociación casual o reumatismo paraneoplásico?. Formato Poster L. González Hombrado, B. Joven Ibañez, M. Matías de la Mano, I. Mateo Bernardo. Servicio de Reumatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción:

La afectación del aparato locomotor como manifestación paraneoplásica es poco frecuente. Su etiología se desconoce y su diagnóstico y tratamiento no difiere de cualquier otra manifestación similar no asociada a tumor. Dentro de los síndromes paraneoplásicos, los dos más frecuentes son la polimiositis y la dermatopolimiositis aunque se han descrito muchos otros (osteoartropatía hipertrófica, artropatía de Jacoud, amiloidosis, poliartritis, etc.). Describimos el caso de un paciente que debuta con dolor y aumento de volumen de MII al que se le detecta una tumoración inguinal que se confirma como leiomiocarcinoma de partes blandas.

Presentación Clínica:

Varón de 53 años con únicos antecedentes de interés de hipercolesterolemia en tratamiento dietético y úlcera duodenal. Consulta por dolor y tumefacción inicialmente en rodilla izquierda y posteriormente aumento de volumen desde rodilla hasta pie. No refiere antecedente traumático previo. No antecedentes de hiperuricemia ni gota. No refiere fiebre ni síndrome constitucional asociado. En la exploración física se objetiva una rodilla izquierda globulosa con rubor y calor local con una movilidad conservada y un aumento importante del perímetro de MII desde rodilla hasta pie con aumento de la temperatura local. A nivel inguinal derecho presenta una tumoración dura no dolorosa que refiere notar en los últimos meses con crecimiento importante en las últimas semanas. Se realiza una analítica básica que no presenta alteraciones y una ecografía de partes blandas de rodilla donde se objetiva un aumento muy importante de la bursa prerrotuliana con imágenes hiperecogénicas en su interior, rota en su porción más inferior disecando todo el MII hasta pie. Cultivo de líquido bursal negativo y estudio de cristales negativo. Se realiza PAAF de tumoración inguinal congruente con tumor fusocelular maligno; tras exéresis quirúrgica se confirma un leiomiocarcinoma de partes blandas. El cuadro articular se resolvió con drenaje, vendaje compresivo y tratamiento antiinflamatorio.

Conclusiones:

Aunque se han descrito múltiples reumatismos paraneoplásicos, la bursitis no ha sido englobada como una manifestación típica. Presentamos el caso de un paciente con bursitis complicada en el que se han descartado otras causas y se ha presentado de forma paralela con un leiomiocarcinoma, lo cual nos hace pensar en su asociación no casual. Este caso nos plantea la posible inclusión de la bursitis dentro de los síndromes paraneoplásicos.

Poster 3

Afectación articular en la esclerosis sistémica . Formato Poster Beatriz E. Joven Ibáñez, Raquel Almodóvar González, Patricia E. Carreira Delgado. Hospital "12 de Octubre". Madrid.

Objetivo:

Analizar las características clínicas, serológicas y radiológicas de los pacientes con esclerosis sistémica (SSc) y afectación articular.

Pacientes y Métodos:

Estudio descriptivo transversal, basado en una muestra de pacientes consecutivos diagnosticados de SSc en nuestro servicio, entre 1980 y 2003. Se define afectación articular como la presencia de artralgias inflamatorias o por la presencia de artritis objetivada, de más de 6 semanas de duración. Los datos demográficos, clínicos, serológicos y radiológicos, se recogieron retrospectivamente de las historias clínicas. Se realizó estadística descriptiva, y se utilizó Odds ratio con 95%CI para medir la fuerza de asociación entre variables.

Resultados:

Encontramos 132 pacientes con SSc (117 M, 15 V), con edad media de 57 ± 18 años y tiempo de seguimiento de 8 ± 6 años. Quince pacientes (45%) tenían SSc limitada, 7 (21%) SSc difusa y 11 (33%) síndrome overlap. Cincuenta y tres (48,6%) presentaban afectación articular. De ellos, 33 (62%) presentaban artritis, en 26 casos (79%) ya en la primera visita. El patrón de presentación articular era bilateral y simétrico en la gran mayoría de los pacientes, con una media de NAD y NAI de $8,6 \pm 7$, $7,1 \pm 7$, respectivamente. Las articulaciones más afectadas por orden de frecuencia eran muñecas, rodillas, codos, MCFs, carpos y hombros. El 87,5% de los pacientes presentaban ANA (+), 22% anti-centrómero, 25% anti-Sc170, 19% anti-RNP y 29% FR. En el 33% de los casos la VSG estaba elevada. Radiológicamente se observó osteopenia (26%), erosiones (18,5%) y calcinosis (6%). El índice de Sharp/Van der Heidje era de $4,8 \pm 5,8$ para pinzamiento y de $0,67 \pm 1,6$ para erosiones. Los factores de riesgo para el desarrollo de afectación articular fueron: edad al inicio de la enfermedad > 30 años (OR=3; 95%CI 1,1-8,1; $p=0,02$), afectación pulmonar al inicio (OR=2,5; 95%CI 1-6,3; $p=0,03$), presencia de FR (OR=4,5; 95%CI 1,4-14,2; $p=0,005$), y de anti-RNP (OR=3,8; 95%CI 1-14,2; $p=0,03$), y síndrome seco (OR=2,5; 95%CI 1-6,1; $p=0,036$). Los pacientes con anti-centrómero tenían menor incidencia de artritis (OR=0,3; 95%CI 0,2-0,7; $p=0,006$).

Conclusiones:

La afectación articular aparece en cerca de la mitad de nuestros pacientes con SSc, principalmente al inicio de la enfermedad. El patrón es similar al que aparece en la AR,

bilateral y simétrico, con afectación predominante de las muñecas, aunque con mucha menor incidencia de erosiones articulares.

Poster 4

Afectación miocárdica en la esclerosis sistémica. Formato Poster Román M, Joven B, Almodóvar R, Arribas F*, Carreira PE. Servicios de Reumatología y *Cardiología, Hospital "12 de Octubre", Madrid.

Objetivo:

Analizar la incidencia, características clínicas y asociaciones de la afectación miocárdica de la esclerosis sistémica (SSc), en ausencia de hipertensión pulmonar.

Pacientes y Métodos:

Estudio descriptivo transversal, basado en una muestra de pacientes consecutivos, diagnosticado de SSc entre 1980 y 2003 en nuestro servicio, y a los que al menos se les había realizado EKG y ecocardiograma. Definimos la afectación miocárdica como: síntomas clínicos consistentes (palpitaciones, síncope, angor, muerte súbita), alteraciones en EKG/holter (arritmias, bloqueos, isquemia) o en ecocardiografía (disfunción o hipertrofia de VI), en ausencia de HTP moderada-grave (PAP estimada > 40 mm Hg). Los datos demográficos y clínicos se obtuvieron retrospectivamente de las historias clínicas. Se realizó estadística descriptiva, y se utilizó Odds ratio con un 95% CI para medir la fuerza de asociación entre variables. Se utilizó curva de Kaplan-Meier para estimar supervivencia.

Resultados:

Encontramos 116 pacientes (15 V, 101 M), con 56 ± 16 años en el momento del estudio, 49 ± 17 en el diagnóstico, y 6 ± 7 años de seguimiento. Sesenta y ocho (59%) tenían SSc limitada, 31 (27%) SSc difusa y 17 (15%) síndrome overlap. Treinta y cinco (30%) tenían afectación miocárdica. Clínicamente 9 (8%) referían palpitaciones, 6 (5%) síncope, 8 (7%) angor y 6 (5%) presentaron muerte súbita. En el EKG, 17 (15%) presentaban arritmias auriculares, 9 (8%) arritmias ventriculares, 13 (11%) bloqueos y 7 (6%) signos de isquemia. En el ecocardiograma, 12 pacientes (10%) presentaban disfunción de VI, con o sin hipertrofia. Globalmente, la afectación cardíaca tendía a ser más frecuente en pacientes con insuficiencia renal (IR) e HTA, y no se asociaba con ninguno de los subtipos de SSc. Los síncofes se asociaban a HTA (OR=17,2; 95%CI 2,8-103; p=0,006) e IR (OR=26,7; 95%CI 3-241; p=0,01), la isquemia a afectación renal (OR=9,4; 95%CI 1,8-49; p=0,02) y a miositis (OR=9,6; 95%CI 1,7-23; p=0,02), la arritmia ventricular a miositis (OR=6,3; 95%CI 1,2-31,5; p=0,04), el bloqueo cardíaco a pericarditis (OR=6; 95%CI 1,5-24,6; p=0,02), y la disfunción de VI a HTA (OR=6,1; 95%CI 1,3-29; p=0,04) y miositis (OR=24; 95%CI 4,6-125; p<0,0001). Los pacientes con disfunción VI recibieron más esteroides (OR=12,7; 95%CI 1,6-104; p=0,004) y tendían a presentar mayor mortalidad (OR=3,6; 95%CI 0,9-13,5; p=0,06). Ninguna otra afectación miocárdica aumentaba la mortalidad de los pacientes, ni influía en la supervivencia.

Conclusiones:

La afectación cardíaca, en ausencia de HTP, aparece en un tercio de los pacientes con SSc. Los diferentes tipos de afectación miocárdica se asocian a la presencia de HTA e IR, probablemente reflejando patología vascular secundaria, y también a miositis, lo que sugiere afectación intrínseca por la enfermedad.

Poster5

Asociación de mononeuritis múltiple y microaneurismas abdominales en un paciente sin panarteritis nodosa . Formato Poster de Juanes A, Garrido N, Carreira P, Mateo I. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Introducción:

La mononeuritis múltiple y los microaneurismas abdominales, se asocian a la panarteritis nodosa (PAN). No hay descritos en la literatura la asociación de este binomio con otras enfermedades. Objetivo: Presentación de un caso clínico en el que coexisten mononeuritis múltiple y microaneurismas abdominales, en un paciente cuyo diagnóstico fue el de melanoma con carcinomatosis meníngea.

Caso clínico:

Varón de 51 años, sano, que comienza con fiebre de 38-39° C intermitente de 20 días de evolución y malestar general. En los siguientes meses y de forma progresiva aparecen desequilibrio en la marcha, dolor neuropático en miembros superiores e inferiores, cofosis bilateral y parálisis facial periférica bilateral. La exploración general era normal y en la neurológica se objetivó parálisis facial derecha grave y paresia izquierda leve, cofosis bilateral, leve hipotonía generalizada, fasciculaciones en miembro superior izquierdo (MSI), afectación del plexo braquial izquierdo, ambos cuádriceps y pérdida de sensibilidad parcheada por todo el cuerpo. El EMG fue compatible con mononeuritis múltiple. Analítica elemental normal, sin anemia, leucocitosis ni elevación de reactantes de fase aguda; serología para virus de hepatitis B y C negativa. Ecocardiograma normal. Ante la sospecha clínica de panarteritis nodosa, se realizó arteriografía abdominal que mostraba múltiples microaneurismas dependientes de arterias renales y mesentéricas de pequeño y mediano calibre, compatibles con PAN. Se realizaron dos punciones lumbares (PL), con presión de apertura elevada y sin alteraciones significativas, con estudio microbiológico estéril y negativo para células malignas. El TAC craneal fue normal, y la RNM craneal objetivó neuritis del VIII par craneal izquierdo. La arteriografía cerebral y transcraneal fue normal. Con el diagnóstico de PAN, se inició tratamiento con altas dosis de esteroides y ciclofosfamida oral diaria. El paciente mejoró inicialmente, con recuperación variable de sus síntomas neurológicos, excepto de la sordera. Posteriormente comenzó con nuevos síntomas neurológicos, pérdida de peso, y pérdida fluctuante del equilibrio con caída al suelo sin patología vestibular. El paciente reingresó a los 3 meses en nuestro servicio. La analítica y el estudio inmunológico fueron normales. La PL mostró 116 cel/mm³ (30% PMN, 70% MN), glucosa 36 mg/dl, proteínas 2,5 gr/l. y atipia indeterminada celular, sospechosa de malignidad. En la RNM con contraste se observó lesión dorsal intramedular, aracnoiditis infiltrativa y neoplásica e ingente cantidad de lesiones intracerebrales que se continuaban a nivel cervical y lumbar. En la biopsia cerebral abierta se demostró melanoma maligno sin poder precisar si se trataba de una carcinomatosis metastásica o de una melanomatosis meníngea. Se descartaron la quimioterapia y la radioterapia, falleciendo a los 3 meses del diagnóstico.

Conclusiones:

Describimos, por primera vez en la literatura, un caso de melanoma maligno diseminado, que se manifiesta clínicamente como una PAN clásica. Aunque excepcional, este caso pone de manifiesto la posibilidad de otros diagnósticos ante el hallazgo de mononeuritis múltiple asociada a microaneurismas abdominales.

Poster6

Asociación de mononeuritis múltiple y microaneurismas abdominales en un paciente sin panarteritis nodosa . Formato Poster León,L*; Jover,J.A*; Abásolo,L*; Pérez-Nieto,M.,A**; Redondo,M.M***. *Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid;**Dpto. de Psicología. Universidad Camilo José Cela. ***Dpto. de Psicología Básica II.Universidad Complutense de Madrid

Introducción:

Las enfermedades musculoesqueléticas constituyen actualmente en nuestro país la segunda causa de discapacidad laboral a corto plazo, y la primera a largo plazo. En 1998 se puso en marcha en la Comunidad de Madrid el Programa IT-ME de intervención especializada de reumatólogos, en comparación con el sistema habitual de asistencia, logrando un ahorro en días de IT superior al 40%, con el consiguiente beneficio económico. Sin embargo el programa no soluciona con la misma eficacia todos los casos, produciéndose tras los primeros 30 días una disminución de la misma, lo que puede deberse a otros factores asociados al problema. El objetivo de nuestro estudio es determinar si las emociones negativas son uno de los factores que están influyendo en la percepción de dolor y discapacidad de los pacientes con Incapacidad Temporal de mala evolución.

Métodos:

Se seleccionó una muestra de pacientes que alcanzaban las 4 semanas de IT y un grupo control de trabajadores activos sanos. Para la evaluación se utilizaron los siguientes instrumentos: Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad Breve-ISRA.B; Cuestionario de Tristeza y Depresión-CTD; Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo-STAXI2; Frecuencia e Intensidad del Dolor-FID; Health Assessment Questionnaire-HAQ (Versión castellano); West Haven Yale Multidimensional Pain Inventory-WHYMPI.

Conclusiones:

Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a: Intensidad del Dolor, Discapacidad, Frecuencia de Ejecución de Actividades, Ansiedad y Depresión. Mediante regresión lineal se encontró que la Ansiedad ($p=0.031$) y la Depresión ($p=0.039$) fueron variables predictoras de la Intensidad del Dolor, y la Ira Estado-Rasgo ($p=0.034$) predictora de la Discapacidad.

Conclusiones. Los hallazgos del estudio muestran la importancia de las emociones negativas en estos pacientes, pudiendo estar interfiriendo en su recuperación. Una intervención complementaria que incluya el manejo de las emociones podría resultar de gran utilidad para los pacientes con Incapacidad Temporal de mala evolución, permitiendo un abordaje más completo del problema.

Poster 7

Asociación de mononeuritis múltiple y microaneurismas abdominales en un paciente sin panarteritis nodosa . Formato Poster León,L*; Jover,J.A*; Abásolo,L*; Pérez-Nieto,M.,A**; Redondo,M.M***. *Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid;**Dpto. de Psicología. Universidad Camilo José Cela. ***Dpto. de Psicología Básica II.Universidad Complutense de Madrid

Introducción:

Las enfermedades musculoesqueléticas constituyen actualmente en nuestro país la segunda causa de discapacidad laboral a corto plazo, y la primera a largo plazo. En 1998 se puso en marcha en la Comunidad de Madrid el Programa IT-ME de intervención especializada de reumatólogos, en comparación con el sistema habitual de asistencia, logrando un ahorro en días de IT superior al 40%, con el consiguiente beneficio económico. Sin embargo el programa no soluciona con la misma eficacia todos los casos, produciéndose tras los primeros 30 días una disminución de la misma, lo que puede deberse a otros factores asociados al problema. El objetivo de nuestro estudio es determinar si las emociones negativas son uno de los factores que están influyendo en la percepción de dolor y discapacidad de los pacientes con Incapacidad Temporal de mala evolución.

Métodos:

Se seleccionó una muestra de pacientes que alcanzaban las 4 semanas de IT y un grupo control de trabajadores activos sanos. Para la evaluación se utilizaron los siguientes instrumentos: Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad Breve-ISRA.B; Cuestionario de Tristeza y Depresión-CTD; Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo-STAXI2; Frecuencia e Intensidad del Dolor-FID; Health Assessment Questionnaire-HAQ (Versión castellano); West Haven Yale Multidimensional Pain Inventory-WHYMPI.

Conclusiones:

Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a: Intensidad del Dolor, Discapacidad, Frecuencia de Ejecución de Actividades, Ansiedad y Depresión. Mediante regresión lineal se encontró que la Ansiedad ($p=0.031$) y la Depresión ($p=0.039$) fueron variables predictoras de la Intensidad del Dolor, y la Ira Estado-Rasgo ($p=0.034$) predictora de la Discapacidad.

Conclusiones. Los hallazgos del estudio muestran la importancia de las emociones negativas en estos pacientes, pudiendo estar interfiriendo en su recuperación. Una intervención complementaria que incluya el manejo de las emociones podría resultar de gran utilidad para los pacientes con Incapacidad Temporal de mala evolución, permitiendo un abordaje más completo del problema.

Poster8

Diagnóstico precoz de artritis reumatoide. Utilidad de diferentes tests diagnósticos en una consulta de artritis de reciente comienzo (ARC). Formato Poster JA García Vadillo, I González-Álvaro, M Ibáñez Barceló, ML Quintana Quintana, F Rodríguez Salvanés, y S Castañeda Sanz. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. C/ Diego de León nº 62, 28006. Madrid.

Introducción:

Uno de los objetivos de nuestra Consulta Monográfica de artritis de reciente comienzo es valorar la utilidad, tanto en el diagnóstico como en el pronóstico, de la determinación de la masa ósea en las pequeñas articulaciones de manos. Como paso previo a este objetivo hemos desarrollado una técnica de determinación de la DMO en las articulaciones MCF cuya reproducibilidad se expone en este trabajo.

Material y Métodos:

Se determinó la DMO en las 2-5ª articulaciones MCF de la mano no dominante en 16 controles sanos (3 varones) con una edad media de 49,2 años (r: 37-60). En todos los controles un mismo técnico realizó 3 mediciones en días sucesivos para calcular el coeficiente de variación intraobservador. Un segundo técnico realizó una 4ª medición en el último día para estimar la variación interobservador. Las densitometrías se realizaron mediante DEXA con un Hologic-QDR-4500 Elite. El estudio estadístico se realizó mediante SPSS versión 8.01. Como medida de precisión se utilizó el coeficiente de variación intraobservador calculando el promedio y su desviación estándar para los 16 controles intrasujeto. Para estimar el grado de error interobservador calculamos el coeficiente de correlación entre la media del primer técnico y el segundo y describimos el grado de desacuerdo con el método descrito por Bland y Altman.

Resultados:

En la tabla se representan la media y rango de las DMO observadas:

ARTICULACIONES					
DMO (g/cm ²)	Global (2ª-5ª)	2ª MCF	3ª MCF	4ª MCF	5ª MCF
Media (rango)	0,294(0,23-0,36)	0,372(0,25-0,39)	0,367(0,25-0,38)	0,272(0,20-0,35)	0,253(0,18-0,33)

El CV promedio de las 3 determinaciones de la DMO realizadas por el primer observador fue 0,99%. El coeficiente de correlación de Pearson para las medidas interobservador en las diferentes MCF osciló entre 0,946 y 0,979 ($p < 0.0001$). El test de Bland-Altman mostró una media de diferencias entre los observadores de 0,0015-0,0047 en las distintas MCF analizadas.

Conclusiones:

Los resultados obtenidos en este estudio indican que la DEXA es un método preciso, fiable y reproducible para determinar la DMO en las articulaciones metacarpofalángicas.

Poster 9

Relación entre el índice de daño tisular (SLICC/ACR) y la mortalidad en el lupus eritematoso sistémico. Formato Poster Carmen Ortega, Carmen González-Montagut, Francisco Javier López-Longo, María Montoro, Julio Vázquez, Laura Nuño, Inmaculada de la Torre-Ortega, Eugenia González-Díaz de Rábago, Carlos Manuel González, Indalecio Monteagudo, Luis Carreño. Servicio de Reumatología, Hospital Gregorio Marañón, c/ Dr Esquerdo, 46, 28007 Madrid.

Introducción:

El índice SLICC/ACR (Systemic Lupus International Collaborating Clinics/ ACR) es una medida del daño tisular acumulado desde el inicio del lupus eritematoso sistémico (LES), definido como un cambio irreversible en un órgano o sistema causado por la enfermedad, el tratamiento o las enfermedades intercurrentes. Objetivo: Estudiar la relación entre el índice SLICC/ACR y la mortalidad en los pacientes con LES.

Métodos:

Entre 1987 y 2002 hemos estudiado prospectivamente 325 pacientes diagnosticados de LES (ACR 1982). El índice SLICC/ACR calculado retrospectivamente corresponde al mes de diciembre de 2003 o a la fecha del fallecimiento del paciente.

Resultados:

En 112 pacientes (34,4%) el índice es 0, en 83 (25,5%) es 1, en 52 (16%) es 2, en 25 (7,6%) es 3, en 21 (6,4%) es 4, en 15 (4,6%) es 5, en 4 (1,2%) es 6, en 8 (2,4%) es 7, en 3 (0,9%) es 8 y en 2 (0,6%) es 9. Durante el período de estudio han fallecido 21 pacientes (6,4%). El grupo de pacientes fallecidos tiene un índice SLICC/ACR medio significativamente mayor (3,61 vs 1,53) ($p < 0,05$), con un rango entre 0 y 9 en ambos grupos, mayor frecuencia de índices superiores a 2 (12 de 21; 57,1% vs 66 de 304; 21,7%) (OR: 4,8; $p < 0,05$; IC 95%: 2,07-11,09) y menor frecuencia de índice 0 (1 de 21; 4,7% vs 111 de 304; 36,5%) (OR: 11,5; $p < 0,05$; IC 95%: 2,28-57,94). Las diferencias se deben a las alteraciones oculares (OR: 4,4), neuropsiquiátricas (OR: 3,4), renales (OR: 3,6), cardiovasculares (OR: 6,5) o musculoesqueléticas (OR: 2,5) y al desarrollo de neoplasias (OR: 4,2).

Conclusiones:

El índice de daño tisular SLICC/ACR se relaciona con la mortalidad. Un índice superior a 2 es un factor de riesgo de mal pronóstico en pacientes con LES.

Poster 10

Ausencia de relación entre la detección de anticuerpos anti-Jo 1 Y anti-ENA y la mortalidad en pacientes con polimiositis. Formato Poster Laura Nuño, Francisco Javier López-Longo, Julio Vázquez, María Montoro, Carmen Ortega, Inmaculada de la Torre-Ortega, Eugenia González-Díaz de Rábago, Indalecio Monteagudo, Luis Carreño. Servicio de Reumatología, Hospital Gregorio Marañón, c/ Dr Esquerdo, 46, 28007 Madrid.

Introducción:

Los pacientes con síndrome anti-sintetasa parecen presentar peor pronóstico que el resto de los pacientes con polimiositis (PM). Por ellos nuestro objetivo fue estudiar la mortalidad en pacientes con PM y su relación con diferentes subgrupos clínicos y serológicos.

Métodos:

Entre 1988 y 2003 hemos estudiado 100 pacientes con PM (criterios de Tanimoto 1995), clasificados en 3 subgrupos clínicos: A- PM primaria, B- síndromes de solapamiento con PM y C- enfermedad mixta del tejido conjuntivo (EMTC) con criterios de PM (con anticuerpos anti-U1RNP), y 3 subgrupos serológicos: D- PM con anticuerpos anti-Jo1, E- PM con anticuerpos anti-ENA sin anti-Jo1 y F- PM sin ninguno de estos anticuerpos. Los anticuerpos han sido identificados por técnicas de ELISA e inmunotransferencia.

Resultados:

El 45% de los pacientes presenta PM primaria (grupo A), el 30% síndrome de solapamiento con PM (grupo B) y el 25% enfermedad mixta (grupo C). En el 10% de los pacientes se detectan anticuerpos anti-Jo1 (grupo D) y en el 47% anticuerpos anti-ENA (grupo E). En el 43% no se detectan estos anticuerpos (grupo F). El 14% de los pacientes han fallecido durante el período de estudio. Las causas han sido infecciones graves en 6 (sepsis, sepsis por *clostridium perfringens*, fascitis necrotizante y sepsis, neumonía, neumonía por citomegalovirus y aspergilosis pulmonar), vasculitis en 2 (intestinal y cerebral), shock anafiláctico en 2 (por contraste y por marisco), neumonitis en 1, cáncer de pulmón en 1, insuficiencia renal en 1 y hemorragia digestiva en otro. Han fallecido 6 de los 45 pacientes del subgrupo A (13,3%), 7 de los 30 del subgrupo B (23,3%) y 1 de los 25 del subgrupo C (4%). La mortalidad es significativamente mayor en los pacientes con síndromes de solapamiento con PM (OR: 2,73; IC 95%: 1,12-8,35) y menor en los pacientes con EMTC (OR: 5,03; IC 95%: 1,33-33,87). No hemos encontrado diferencias significativas al comparar la mortalidad de los 3 subgrupos serológicos: 2 de 10 (20%) en el grupo D, 4 de 47 (8,5%) en el grupo E y 8 de 43 (18,6%) en el grupo F.

Conclusiones:

La mortalidad es mayor en los pacientes con PM y síndrome de solapamiento, sin relación con la presencia de anticuerpos anti-Jo1, y menor en los pacientes con PM, y anti-U1RNP en el contexto de la EMTC.

Poster11

Anticuerpos anti-alfa-fodrina de clase IgA en pacientes con síndrome de Sjögren.
Formato Poster Carmen Ortega, Francisco Javier López-Longo, Julio Vázquez, María Montoro, Laura Nuño, Silvia Sánchez-Ramón*, Margarita Rodríguez-Mahou*, Indalecio Monteagudo, Carlos Manuel González, Luis Carreño. Servicios de Reumatología e Inmunología*, Hospital Gregorio Marañón, c/ Dr Esquerdo, 46, 28007 Madrid.

Introducción:

La alfa-fodrina forma parte de la membrana plasmática en la mayoría de las células de los mamíferos. La proteína se rompe durante la apoptosis por la acción de la caspasa 3 y el fragmento de 120 kD es un neoantígeno reconocido por sueros de pacientes con síndrome de Sjögren (SS). Hasta el 63% de los pacientes diagnosticados de SS según los criterios europeos (Vitali 1993) presentan anticuerpos anti-alfa-fodrina de clase IgA. Objetivo: Estudiar la frecuencia y las asociaciones clínicas de los anticuerpos anti-alfa-fodrina de clase IgA en pacientes con SS de nuestro entorno.

Métodos:

Estudio transversal. Se han seleccionado aleatoriamente sueros de 128 pacientes diagnosticados de SS según los criterios europeos. Los anticuerpos anti-alfa-fodrina de clase IgA se han detectado con un ELISA comercial que utiliza alfa-fodrina humana recombinante (AESKULISA alpha-fodrin ELISA).

Resultados:

Los diagnósticos son SS primario en 69 y SS secundario en 59, incluyendo 36 con artritis reumatoide (AR), 16 con lupus eritematoso sistémico (LES), 4 con enfermedad mixta del tejido conjuntivo (EMTC) y 3 con polimiositis. Se detectan anticuerpos anti-alfa-fodrina en 7 de los 128 pacientes con SS (5,4%), en 2 de 69 pacientes con SS primario (2,8%), 2 de 36 con AR (5,5%), 2 de 16 con LES (12,5%) y 1 de 4 con EMTC (25%). No hemos encontrado diferencias al comparar los pacientes con y sin anticuerpos anti-alfa-fodrina, ni en los datos epidemiológicos (sexo, edad de inicio de la enfermedad y edad en el momento del estudio), ni en el tiempo de evolución (media 15,5 años/1-24 años en los pacientes con anticuerpos y 10,6 años/0,5-36 años en los que no los tienen), ni en las manifestaciones clínicas.

Conclusiones:

En nuestro entorno, los anticuerpos anti-alfa-fodrina son poco frecuentes. No parecen tener una asociación clínica particular, aunque debe confirmarse en estudios con un mayor número de pacientes con anticuerpos anti-alfa-fodrina.

Poster12

Infliximab en el tratamiento de la enfermedad de Behçet. Formato Poster Julio Vázquez, Francisco Javier López-Longo, María Montoro, Carmen Ortega, Laura Nuño, Eugenia González-Díaz de Rábago, Inmaculada de la Torre-Ortega, Laura Cebrián, Indalecio Monteagudo, Luis Carreño. Servicio de Reumatología, Hospital Gregorio Marañón, c/ Dr Esquerdo, 46, 28007 Madrid.

Objetivo:

Estudio abierto de la eficacia y seguridad del infliximab en pacientes con enfermedad de Behçet.

Métodos:

Se han seleccionado pacientes diagnosticados de enfermedad de Behçet (ISG 1990), con enfermedad refractaria a los tratamientos inmunosupresores convencionales.

Resultados:

Son 4 pacientes, 3 mujeres y 1 hombre, con una edad media de 30 años (rango: 22-36) y un tiempo medio de evolución de 9,5 años (rango: 6-13) al final del estudio. Las principales manifestaciones clínicas eran aftas orales y genitales en 4, neurológicas en 3 (2 hemiparesia y 1 ACVA), cutáneas en 2 (pseudofoliculitis, erupción acneiforme), uveítis en 2, artritis en 2 (poliartritis y oligoartritis crónicas no erosivas, diarrea motora en 2 (más de 10 episodios/día), fenómeno de Raynaud en 2, trombosis en 1 y patergia en otro. Todos recibían dosis altas de corticoides (superiores a 20 mg/día de prednisona o equivalente). Los 4 pacientes habían sido tratados previamente con colchicina, 3 con ciclosporina, 2 con azatioprina, 3 con ciclofosfamida, 1 con cloroquina, 1 con metotrexate y otro con salazopirina, suspendidos por ineficacia o efectos adversos graves. Las manifestaciones clínicas en el momento de iniciar el tratamiento eran aftas orales, artritis, diarreas y pseudofoliculitis extensa con erupción acneiforme generalizada (caso 1); aftas orales y hemiparesia al reducir la dosis de prednisona por debajo de 20 mg/día (varón, caso 2); uveítis refractaria con pérdida progresiva de visión (caso 3); y aftas orales, artritis, diarreas y fibromialgia (caso 4). Los 4 pacientes recibieron infliximab (5 mg/kg/infusión con la pauta habitual en la AR) y lo mantienen después de un tiempo medio de 14,5 meses (rango: 3-27), con una buena tolerancia y sin efectos adversos. Una paciente realiza profilaxis con isoniacida. En todos los pacientes se ha conseguido el control clínico y en enero de 2004 siguen libres de síntomas de enfermedad de Behçet. El dolor relacionado con la fibromialgia no ha variado con la administración de infliximab. Todos los pacientes han reducido las dosis de prednisona, la han suspendido o toman menos de 10 mg/día.

Conclusiones:

El infliximab es bien tolerado y parece ser eficaz en el tratamiento de la enfermedad de Behçet, controla los síntomas y permite reducir la dosis de corticoides.

Poster13

Anticuerpos anticentrómero en las enfermedades inflamatorias sistémicas del tejido conjuntivo (EITC). Formato Poster María Montoro, Francisco Javier López-Longo, Julio Vázquez, Laura Nuño, Carmen Ortega, Eugenia González-Díaz de Rábago, Inmaculada de la Torre-Ortega, Carlos Manuel González, Indalecio Monteagudo, Luis Carreño. Servicio de Reumatología, Hospital Gregorio Marañón, c/ Dr Esquerdo, 46, 28007 Madrid.

Introducción:

Los anticuerpos anticentrómero (AAC) son característicos de la esclerosis sistémica cutánea limitada (ESCL) o síndrome CREST, pero pueden detectarse en otras EITC. Objetivo: Determinar la sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo (VP) de los AAC para el diagnóstico de esclerodermia en una consulta especializada.

Métodos:

Hemos estudiado 1365 pacientes con EITC. Los diagnósticos son esclerosis sistémica cutánea difusa (ESCD) en 42, ESCL en 39, esclerosis cutánea localizada/morfea en 11, artritis reumatoide en 965, lupus eritematoso sistémico en 336, polimiositis en 100, enfermedad mixta del tejido conjuntivo en 60 y síndrome de Sjögren primario en 294, sin tener en cuenta la existencia de síndromes de solapamiento. Los AAC se han identificado por inmunofluorescencia indirecta sobre células HEp-2.

Resultados:

Se han detectado AAC en 37 de los 1365 pacientes (2,7%). Sólo 19 de los 37 (51,3%) tienen esclerodermia (especificidad 98,5% y VP positivo 51,3%), 2 (4,7%) con ESCD (especificidad 97,3% y VP positivo 5,4%) y 17 (43,6%) con ESCL (especificidad 98,5% y VP positivo 45,9%). En total, se detectan AAC en 19 de los 92 pacientes con esclerodermia (20,6%), en 2 de los 42 con ESCD (4,7%) y en 17 de los 39 con ESCL (43,6%). Los otros 18 pacientes con AAC presentan artritis reumatoide (8 de 37; 21,6%), lupus eritematoso sistémico (6 de 37; 16,2%), enfermedad mixta (3 de 37; 8,1%) o polimiositis (1 de 37; 2,7%).

Conclusiones:

Los AAC son muy específicos de esclerodermia, en particular de la ESCL, pero el VP positivo es bajo. Sólo se detectan en un 43% de los pacientes con ESCL y pueden aparecer en otras EITC.

Poster 14

Anticuerpos anti-péptido citrulinado cíclico y anti-Sa en el diagnóstico de artritis reumatoide. Formato Poster María Montoro, Francisco Javier López-Longo, Ana Estecha*, Mónica Balsera*, Margarita Rodríguez-Mahou**, Julio Vázquez, Laura Nuño, Carmen Ortega, Indalecio Monteagudo, Luis Carreño. Servicios de Reumatología, Medicina Experimental* e Inmunología**, Hospital Gregorio Marañón, c/ Dr Esquerdo, 46, 28007 Madrid.

Introducción:

Diversos estudios han demostrado la utilidad diagnóstica de los anticuerpos anti-péptido citrulinado cíclico (PCC) y anti-Sa en la artritis reumatoide (AR), pero nunca se han estudiado simultáneamente en un mismo grupo de pacientes. Objetivo: Determinar la sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo de los anti-PCC y anti-Sa en una consulta monográfica de AR, enfermedades inflamatorias del tejido conjuntivo (EITC) y otras enfermedades inflamatorias sistémicas mediadas por mecanismos inmunológicos.

Métodos:

Estudio transversal. Se han seleccionado aleatoriamente sueros de 250 pacientes, siguiendo la distribución de diagnósticos observada en la consulta. Los anticuerpos anti-PCC y anti-Sa se han identificado mediante técnicas de ELISA e inmunotransferencia, respectivamente.

Resultados:

Se han estudiado sueros de 87 pacientes diagnosticados de AR (34,8%), 90 de EITC, 50 de espondiloartritis, 19 de polimialgia reumática y 4 de artritis idiopática juvenil. Se detectan anticuerpos anti-PCC en 63 pacientes con AR, 3 con polimialgia reumática, 2 con reumatismo palindrómico (RP), 1 con lupus eritematoso sistémico, 1 con conectivopatía indiferenciada (CI), 1 con espondilitis anquilosante (EA) y 1 con espondiloartritis indiferenciada (sensibilidad 72,4%, especificidad 94,4%, valor predictivo positivo 87,5% y valor predictivo negativo 86,5%). Se detectan anticuerpos anti-Sa en 38 pacientes con AR, 2 con CI, 1 con síndrome de Sjögren, 1 con RP, 1 con EA y 1 con artritis idiopática juvenil (sensibilidad 43,6%, especificidad 96,3%, valor predictivo positivo 86,3% y valor predictivo negativo 76,2%).

Conclusiones:

La especificidad y los valores predictivos de los anticuerpos anti-PCC y anti-Sa para el diagnóstico de la AR son similares, pero la sensibilidad de los anticuerpos anti-PCC es mayor como corresponde a la mayor sensibilidad de la técnica de ELISA.

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

Poster15

Pattern of expression, clinical associations and outcome in adult patients with intestinal vasculitis. Formato Poster A. de Juanes, N. Garrido, E. Garcia, F. Colina, PE. Carreira. Rheumatology and Pathology departments. Hospital "12 de octubre", Madrid, Spain.

Objective:

To analyze the pattern of clinical expression, disease association, outcome and mortality in patients with intestinal vasculitis, seen in the rheumatology department in a university hospital, between 1990 and 2004.

Patients and Methods:

All the patients diagnosed of bowel vasculitis, according to the following criteria, were included:

- 1) Definite histological diagnosis of vasculitis in intestinal tract; or
- 2) Compatible clinical picture (abdominal pain, diarrhea, rectorrhagia, bowel perforation), associated with: a) suggestive imaging data (endoscopy, arteriography, CT scan, ultrasound and/or surgery); and b) compatible bowel histology (inflammatory changes and/or ischaemia, in the absence of atherosclerosis), and c) histological evidence of vasculitis in other organs.

Resultados:

We found 14 patients (8 M, 6 F), with 52±21 years at the event. All patients but one presented with pain, 7 (50%) with diarrhea, 6 (43%) had bowel perforation, 6 (43%) rectorrhagia and 1 (7%) haematemesis. Clinical signs suggestive of vasculitis were found in 8/12 endoscopies, 2/7 abdominal ultrasound, 5/5 CT scans and 3/8 surgeries. The lesions were localised in colon in 8 cases, small bowel in 5 and both in 1 patient. Intestinal histology showed vasculitis in 5 patients, inflammatory changes in 9 patients with findings of ischaemia in 3 cases. Two patients presented granulomas highly suggestive of tuberculosis, but Ziehl-Nielsen stain and repeated tissue cultures were negative for *Mycobacterium tuberculosis*. In two of the cases, definite intestinal vasculitis was diagnosed in surgical pieces, while 6 and 2 previous biopsies respectively, taken by colonoscopy, had shown only inflammatory changes. Nine patients had vasculitis in other organs (8 skin, 1 CNS). Seven patients (50%) were treated with surgery, 11 (79%) with steroids, 5 (36%) with cyclophosphamide. Two patients had localised intestinal vasculitis, and 12 had other diseases: SLE 6 (46%), Behçet disease 1 (8%), Schönlein Henoch purpura 2 (15%) and other systemic vasculitis 3 (23%). The two patients with localised bowel vasculitis did not present relapses after surgery, without any other treatment. From the group with systemic diseases, 8 had a good outcome, without relapses, and 4 died in spite of aggressive treatment with high dose steroids and cyclophosphamide.

Conclusiones:

Intestinal vasculitis is a rare manifestation of systemic vasculitis. Although in many cases has a good response to high dose steroids, it can be fatal even in the presence of aggressive treatment. It can also appear as a localised and more benign form of vasculitis. The absence of typical vasculitic findings in intestinal biopsy does not exclude the diagnosis.