

XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Barcelona, 19-21 de mayo de 2004

Pósters

1ª Sesión

Miércoles 19 de mayo

1

RECIDIVA DE LA GOTA TRAS LA SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO HIPOURICEMIANTE: NUEVAS PERSPECTIVAS PARA EL TRATAMIENTO INTERMITENTE

F. Pérez Ruiz, M. Calabozo Raluy, J.I. Pijoan Zubizarreta, A. Alonso Ruiz, L. Garrido Courel, A. Ruibal Escribano, I. Hernando Rubio y A.M. Herrero Beites
Hospital de Cruces, Baracaldo. Hospital de Gortiz, Vizcaya.

Antecedentes: En los pacientes con gota se recomienda que, una vez instaurado, el tratamiento hipouricemiante debe mantenerse ininterrumpidamente. Quizá por ello, la tasa de cumplimentación del tratamiento con alopurinol en EEUU se ha estimado ser menor del 20% a los 2 años. No hay estudios prospectivos publicados sobre la tasa de recidiva de la gota tras la suspensión del tratamiento hipouricemiante.

Objetivo: Estudiar de forma prospectiva y en un grupo homogéneo de pacientes cuáles son los factores que influyen en la recidiva de la artritis gotosa tras la suspensión del tratamiento hipouricemiante.

Pacientes y método: Estudio prospectivo de pacientes con gota crónica con los siguientes criterios de inclusión: 1) diagnosticados por visualización de cristales de monourato sódico en muestras biológicas; 2) tratamiento hipouricemiante durante 60 meses consecutivos; 3) con nivel medio de uricemia durante todo el tratamiento < 7,0 mg/dl; 4) consentimiento para suspender el tratamiento; 5) revisión anual con análisis de control; 6) recidiva de gota confirmada por visualización de cristales de urato monosódico en muestras biológicas. Exclusiones del análisis: 1) pérdida de seguimiento o deseo de reiniciar el tratamiento sin recidiva gotosa; 2) nivel medio de uricemia < 7,0 mg/dl durante el seguimiento; 3) tratamiento habitual con AINE o colchicina. El análisis estadístico de supervivencia se realizó mediante curvas de supervivencia (Cox - log rank- y Wilcoxon-Breslow). El estudio ha sido evaluado y aprobado por la Comisión de Ética e Investigación Clínica.

Resultados: 58/62 pacientes que aceptaron participar cumplieron los criterios de inclusión y exclusión: todos varones,

edad media 55 ± 11 años, 16/58 (27,6%) con tofos antes del tratamiento, uricemia media inicial 8,78 mg/dl, durante el tratamiento 4,76 mg/dl, tras la suspensión 9,03 mg/dl. El 41% de los pacientes (24/58) han mostrado recidiva clínica: 23 monoartritis, 1 tofo sin artritis. Sólo dos parámetros mostraron influir en el tiempo hasta la recidiva: los niveles de uricemia medios más bajos durante el tratamiento se asociaron a una mayor supervivencia sin ataque (grupo dividido por mediana $p = 0,006$ o terciles $p = 0,005$), Tabla 1. De forma independiente, también los niveles medios de uricemia más elevados tras la suspensión del tratamiento hipouricemiante se asociaron a una recidiva más temprana (grupo dividido por mediana $p = 0,001$ o terciles $p = 0,009$), Tabla 1.

Resultados, grupos divididos por medianas

	Tratamiento	Tratamiento	Suspensión	Suspensión
Uricemia (mg/dl)	2,63- 5,09	5,10-6,29	7,14 - 8,80	8,81 - 12,9
Tiempo hasta recidiva (meses)	50	26	53	29
FDR (% pacientes/año)	12,96	25,2	9,72	29,16

Conclusiones: Los pacientes con niveles bajos de la uricemia durante 5 años de tratamiento y con niveles de uricemia no excesivamente altos postratamiento muestran una mediana de tiempo hasta la recidiva superior a los 4 años. La existencia de un objetivo terapéutico tanto en niveles de uricemia como de tiempo a tratar, favorecerían el interés del clínico por un adecuado control de la gota y la cumplimentación del tratamiento por el paciente, permitiendo así el tratamiento intermitente.

2

LA MONITORIZACIÓN DE LA CONCENTRACIÓN DE ÁCIDO ÚRICO NO DISOCIADO EN ORINA PERMITE MINIMIZAR EL RIESGO DE LITIASIS RENAL DURANTE EL TRATAMIENTO CON URICOSÚRICOS

F. Pérez Ruiz, M. Calabozo Raluy, A. Ruibal Escribano, A. Alonso Ruiz, L. Garrido Courel, I. Hernando Rubio y A.M. Herrero Beites
Hospital de Cruces, Baracaldo. Hospital de Gortiz, Vizcaya.

Antecedentes: La litiasis renal es un efecto adverso del tratamiento de la gota con fármacos uricosúricos, por lo que se recomienda la alcalinización a pH6,0 de la orina. Los estu-

dios publicados datan de la época previa al advenimiento del alopurinol, cuando todos los pacientes, hipoexcretores o hiperproductores, eran tratados con uricosúricos.

Objetivo: Determinar la incidencia y etiología de la litiasis renal en pacientes tratados con uricosúricos y estudiar los factores asociados a la misma.

Pacientes y método: Se estudiaron prospectivamente pacientes con gota, con o sin tofos, tratados con uricosúricos durante al menos 1 año o menos si efecto adverso, en los que no se alcalinizó la orina. Se excluyó del estudio a pacientes con antecedentes de litiasis o hiperproducción de úrico. Se recomendó una ingesta de líquidos abundante para mantener un volumen de orina cercano a los 2 litros/día. Antes del tratamiento y durante el mismo se calcularon los aclaramientos de urato y creatinina mediante orina de 24 horas y se estimó la concentración de ácido úrico no disociado (Aund) en orina mediante un nomograma basado en el pH y la concentración de ácido úrico urinarios. Asimismo, en las revisiones se examinó sedimento urinario para detectar hematuria o cristaluria. La incidencia de litiasis se comparó con un grupo control de pacientes tratados con alopurinol durante un período similar y que tampoco mostraban antecedentes previos de litiasis renal. El estudio fue valorado y aprobado por la Comisión de Ética e Investigación Clínicas.

Resultados: Se han estudiado 189 pacientes tratados con uricosúricos, con un tiempo medio de tratamiento de 35,1 meses (9-108), edad media 58 años (24-92), tiempo de evolución 6,8 años (1-30), presencia de tofos 59/189 (31%). Presentaron litiasis 15/189 pacientes (7,9%), obstructiva sólo en 1 caso, con una tasa global de 2,7 por 100 pacientes-año. En 12 pacientes se pudo determinar la etiología: 6 oxalato calcio, 6 urato. En el estudio multivariante, la concentración media de Aund disociado durante el seguimiento fue el único parámetro independientemente asociado a la incidencia de litiasis (Tabla1), si bien sólo para valores superiores a 20 mg/dl: 13/48 vs. 2/141, $p = 0,000$, OR 10,92 (2,93-44,1), tasa 8,5/100 pacientes-año vs. 0,95/100 pacientes-año. Sólo aquellos pacientes con pH medio $< 5,5$ mostraron un aumento del riesgo de litiasis: 9/37 vs. 6/152, $p = 0,000$, OR 7,69 (2,27-25), tasa 8,7/100 pacientes-año vs. 1,4/100-pacientes-año. Los 6 casos probados de litiasis por urato y 2/6 por oxalato se presentaron en pacientes con pH $< 5,5$. La incidencia de litiasis por oxalato no fue diferente al compararlo con un grupo control de 153 pacientes tratados con alopurinol durante una media de 33,2 meses (12-82): 2/153 vs. 6/189, no observándose ningún caso de litiasis por úrico en este grupo.

Concentración de Aund e incidencia de litiasis

Aund (mg/dl)	1-10	11-20	21-30	>30
Litiasis	0	2	8	5
No litiasis	71	68	27	8
Total pacientes	71	70	35	13

Conclusiones: 1) la litiasis por ácido úrico inducida por uricosúricos depende, como en la litiasis idiopática, de la concentración de ácido úrico no disociado en orina; 2) debe monitorizarse la concentración de ácido úrico no disociado, especialmente en aquellos pacientes con pH $< 5,5$, y alcalinizar la orina o aumentar el volumen de diuresis para aumentar este o reducir aquel; 3) la incidencia de litiasis por úrico podría ajustarse a $< 1/100$ pacientes-año con estas me-

didias; 4) la incidencia de litiasis por oxalato no parece ser estadísticamente distinta en pacientes tratados con uricosúricos o alopurinol.

3

TRATAMIENTO DE LAS TENDINOPATÍAS MEDIANTE ELECTRÓLISIS PERCUTÁNEA INTRATENDINOSA

J.M. Sánchez Ibáñez

Clínica Rehabilitación Deportiva. Barcelona.

La Electrólisis Percutánea Intratendinosa consiste mediante la aplicación de corriente galvánica de alta intensidad a través de agujas catódicas provocar una reacción electroquímica en la región del tendón degenerada. La disociación de las moléculas de agua y sal en sus elementos constitucionales dará lugar por inestabilidad iónica a la formación de moléculas de hidróxido de sodio. Se realiza un análisis de supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier dependiendo de la clasificación Victorian Institute of Sport Assessment (VISA) en 34 deportistas con tendinopatía rotuliana que se les aplica Electrólisis Percutánea Intratendinosa. El número total de rodillas tratadas fue de 39 y el rango de edad era de 16 a 53 años (media, 25,4 años). De los 34 pacientes, 33 eran diagnosticados de entesopatía del polo inferior de la rótula y sólo 1 caso presentaba entesopatía cuadriceps asociado a entesopatía rotuliana. El rango de evolución clínica era de 4 a 288 semanas (media, 19,7 meses) y el tiempo de inactividad deportiva como consecuencia de la tendinopatía marcaba un rango de 0 a 240 semanas (media, 12,6 meses). Durante la primera observación se les paso la escala VISA y dependiendo de la puntuación obtenida en los 34 pacientes categorizamos dos grupos: *Grupo 1* (17 pacientes que durante la primera observación puntuaron con una VISA < 50 = Pacientes de peor pronóstico) y *Grupo 2* (17 pacientes que en la primera observación puntuaron con una VISA > 50 = Pacientes de mejor pronóstico).

Resultados: De los 17 pacientes del GRUPO 1 o peor pronóstico, 7 abandonaron el tratamiento. A la 6ª semana de tratamiento el 50,2% de los pacientes habían curado y a las 8 semanas el 77%. Un 27% de pacientes no se habían curado a las 10 semanas del tratamiento. La media respecto al tiempo empleado para el grupo 1 de pacientes curados fue de 6,8 semanas y la media de sesiones realizadas para la curación fue de 17,4 sesiones. De los 17 pacientes del GRUPO 2, 15 curaron y 1 abandonó el tratamiento. El porcentaje de pacientes curados fue de 88% y de no curados del 11,7%. La media respecto al tiempo empleado para la curación fue de 2,45 semanas y la media del número de sesiones de 8,7. En la función de supervivencia respecto al tiempo en semanas desde la primera observación a la última para el grupo de peor pronóstico (VISA < 50) y el grupo de mejor pronóstico (VISA > 50) existen diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,001$). Igualmente en la función de supervivencia respecto al número de sesiones realizadas para el grupo 1 y grupo 2 existen diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,0006$).

Conclusiones: Se observa que la técnica de Electrólisis Percutánea Intratendinosa es muy eficaz en el tratamiento de las tendinopatías rotulianas, independiente de su tiempo de evolución clínica y clasificación Blazina et al (1972) 28 pacientes estaban en estadio III (82,3%) y 6 en estadio II (17,6%).

4

EFICACIA DE UN PROGRAMA ESPECÍFICO EN LA REINCORPORACIÓN LABORAL TRAS EPISODIOS DE DISCAPACIDAD POR TRASTORNOS DE MIEMBROS SUPERIORES

M.P. Collado Ramos, P. Richi, M. Revenga, F.J. Bachiller, G. Candela, M. Blanco, M. Crespo y J.A. Jover
H. Severo Ochoa. Madrid.

Objetivo: Evaluar el efecto de una intervención específica en la discapacidad por trastornos de miembros superiores.

Método: Estudio de intervención, prospectivo durante dos años, sobre pacientes en situación de incapacidad temporal de origen musculoesquelético que afecta a miembros superiores (MMSS) pertenecientes a las áreas sanitarias 4, 7 y 9 de Madrid. En el grupo intervención los pacientes eran seguidos según protocolos específicos por reumatólogos y en el grupo control, los pacientes seguían las vías habituales. El tiempo en situación de incapacidad temporal (IT) fue analizado por técnicas de supervivencia.

Resultados: El tiempo medio (\pm DE) a la reincorporación laboral fue menor en el grupo intervención ($34 \pm 71,3$ días frente a $39,8 \pm 79,5$ días en el grupo control; $p < 0,01$ por log rank). El análisis por grupos diagnósticos mostró una tasa relativa de reincorporación laboral en el grupo intervención con respecto al control muy alta en el síndrome del túnel del carpo (2,9 [IC 95%:1,7-5]) y algo menor, aunque estadísticamente significativa, para el resto de los diagnósticos: 1,6 (IC 95%: 1,4-1,9) en los trastornos del hombro, 1,7 (IC 95%: 1,2-2,3) para los trastornos del codo y 1,3 (IC 95%: 1,1-1,6) para los trastornos de la mano-muñeca.

Conclusión: Una intervención específica dirigida por reumatólogos tuvo un efecto positivo en la recuperación y reincorporación laboral de pacientes en situación de IT por trastornos de MMSS.

5

COMPARACIÓN INDIRECTA DE LA EFICACIA CLÍNICA DE FÁRMACOS QUE BLOQUEAN EL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA

A. Valenzuela Castaño, R. Criado Pizarro, R. Hernández Sánchez, C. Fernández Delgado y N. Cid Boza
H.U. Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Los fármacos que bloquean el factor de necrosis tumoral (anti-TNF) han producido un importante cambio en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR). Sin embargo, es difícil tomar una decisión sobre cuál de ellos utilizar, dado que no existen ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que los comparen de manera directa.

Objetivo: Determinar la eficacia relativa de los anti-TNF, a las dosis recomendadas para cada uno de ellos, comparados con metotrexato en ECA, entre 24 y 30 semanas, en pacientes con AR activa.

Métodos: 1) Identificación de ECA, doble ciego, que comparasen infliximab (INFX), etanercept (ETAN) o adalimumab (ADA) frente a (vs.) metotrexato (MTX). 2) Extracción de datos: criterios de enfermedad activa (CEA), características basales de los pacientes (CBPs), desenlaces ACR 50 y ACR 70 entre 24 y 30 semanas. 3) Medida de efecto: riesgos rela-

tivos (RR) comunes, con el método de efectos aleatorios, y constante = 1 para las casillas con cero eventos. 4) Comparación indirecta ajustada: diferencia de la transformación logarítmica de los RR comunes, intervalo de confianza del 95% (IC95%), y retrotransformación anti-logarítmica.

Resultados: Se identificaron 5 ECA que cumplieran los criterios de selección (INFX 2, ETAN 1, ADA 2). Los CEA de los ECA incluidos fueron similares en los 5 estudios: número de articulaciones inflamadas (6), dolorosas (6-9), y empleo permitido de corticoides (10 mg). Las CBPs en los 5 ECA también fueron similares: media de edad (50-56 años), mujeres (> 75%), duración de la AR (8-13 años), FR positivo (> 75%), articulaciones inflamadas (17-20) y dolorosas (28-31). La eficacia clínica, medida por los RR de los desenlaces ACR50 y ACR70, se muestra en la tabla:

Comparaciones			
	INFX vs. MTX	ETAN vs. MTX	ADA vs. MTX
ACR 50			
RR (IC 95%)	5,62 (2,3;14)	11,69 (1,6;82)	5,01 (2,7;9)
Log RR (EE)	1,727 (0,464)	2,459 (0,996)	1,612 (0,307)
ACR 70			
RR (IC 95%)	7,16 (0,9;57)	4,57 (0,6;34)	7,96 (3,7;17)
Log RR (EE)	1,97 (1,058)	1,521 (1,03)	2,07 (0,391)
Comparaciones indirectas			
	ETAN vs. INFX	ETAN vs. ADA	INFX vs. ADA
ACR 50			
RR (IC95%)	2,08 (0,24; 18)	2,04 (0,30; 18)	1,12 (0,38; 3)
ACR 70			
RR (IC95%)	1,11 (0,12; 10)	1,73 (0,2; 15)	1,57 (0,09; 28)

Conclusiones: Aunque los estimadores puntuales de eficacia clínica de los diferentes fármacos anti-TNF sugieren la existencia de diferencias entre los mismos, los IC95% de cada una de las comparaciones fueron amplios e incluyeron la unidad.

6

¿SABEMOS CÓMO MIDEN NUESTRO TRABAJO LOS GESTORES?

M. Calabozo Raluy, F. Pérez Ruiz, E. Garmendia Sánchez, I. Hernando Rubio, A. Ruibal Escribano, L. Garrido Courel y A. Alonso Ruiz
Hospital de Cruces, Baracaldo. Vizcaya.

Introducción: El médico clasifica los pacientes por su diagnóstico. El gestor lo hace por los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD). Éstos agrupan pacientes clínicamente similares con un consumo parecido de recursos (peso). Este peso determina la cantidad de trabajo que hemos realizado y el pago que recibe el hospital por ello.

Objetivo: Describir nuestro trabajo en términos de GRD y aumentar el conocimiento de esta herramienta de gestión entre los clínicos.

Método: A partir del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) y el informe de alta, el diagnóstico principal y los secundarios se condensan en un único GRD con un peso fijo. Ante un diagnóstico dado, este peso será mayor si existen comorbilidad o complicaciones (CC) que alarguen la estancia del paciente. Revisamos los GRD (versión AP-GRD 14.1) y las historias clínicas de los pacientes ingresados en nuestra sección durante el año 2002. Describimos los diag-

nósticos clínicos agrupados en el GRD más frecuente, así como las CC determinantes del aumento de su peso.

Resultados: Ingresaron 271 pacientes. La estancia media fue de 8,09 días. El Peso medio de 1,04 (rango 0,53-2,66). El coste por unidad de peso 2077 euros. No hubo ningún GRD no válido. El grupo homogéneo más frecuente (según la clasificación GRD) lo formaron 106 pacientes (39%) con artritis reumatoide, polimialgia reumática-arteritis de la temporal, espondiloartropatías y conectivopatías. Este grupo se distribuyó en tres GRD: 241, 240 y 560 (sin CC, con CC o con CC mayor, respectivamente). Su estancia media fue 6,38, 8,85 y 17,50. Su peso fue 0,91, 1,54 y 2,57. Fueron CC: fractura vertebral, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal crónica, diabetes e infección urinaria. Fueron CC mayor: sepsis, neumonía, insuficiencia respiratoria o renal agudas o úlceras de decúbito.

Comentario: Los GRDs no válidos incluyen aquellos con diagnóstico no codificable por la CIE-9-MC o sin informe de tras 15 días del alta. El peso asignado a estos pacientes es cero, con independencia del trabajo realizado. Por otra parte, el peso no solo depende del diagnóstico, sino también de la CC. Así, tratar un paciente con artritis reumatoide con un ingreso complicado nos supone 17 días. Olvidar citar su CC entre los diagnósticos al alta reduce su peso entre un 40% y un 64%.

Conclusiones: Si queremos que nuestro trabajo quede reflejado en los sistemas de información actuales, debemos: 1) Evitar diagnósticos inespecíficos (por ejemplo, artromialgias). 2) Redactar el informe de alta a tiempo, 3) citar la comorbilidad y las complicaciones como diagnósticos secundarios en el informe de alta y en el conjunto mínimo básico de datos.

7

ESTUDIO ECOGRÁFICO DE LA ARTROSIS DE RODILLA: COMPARACIÓN CON LA EVALUACIÓN CLÍNICA Y RADIOLÓGICA

E. Naredo Sánchez, F. Cabero del Pozo, M. Jiménez Palop, P. Collado Ramos, A. Cruz Valenciano y M. Crespo Echevarría
Sección de Reumatología, Hospital Severo Ochoa, Madrid.

Objetivo: Comparar los hallazgos ultrasonográficos (US) con la evaluación clínica y radiológica en pacientes con artrosis de rodilla.

Métodos: Se estudiaron 42 pacientes (p) (37 mujeres, 5 varones, edad media 63,6 años [51-78], tiempo de evolución medio 38,8 meses [1-120]) con artrosis (OA) primaria de rodilla (R) uni o bilateral, según los criterios del ACR. Ningún paciente había sido tratado con artrocentesis y/o infiltración intraarticular de esteroides en los 3 meses previos. La evaluación clínica fue realizada por el mismo reumatólogo que recogió los datos demográficos, peso, talla, índice de masa corporal (IMC), escala analógica visual (EAV) de dolor en movimiento y en reposo, alteraciones del alineamiento, dolor a la palpación en el compartimento interno (CI) y en la inserción anserina (IA) de las 2 R de todos los p. Un segundo reumatólogo, ciego a la evaluación clínica, realizó US de las R de los p, de 0 a 5 días tras ésta, con sonda lineal multifrecuencia 8-11 MHz. El espesor del cartílago articular femoral (CAF) de carga se midió con US en el CI y compartimento externo (CE). Se realizó radiografía simple antero-posterior en carga y lateral de las R a todos

los p, las cuales fueron evaluadas por un tercer reumatólogo, ciego a los hallazgos clínicos y US, respecto al estadio de Kellgren y Lawrence femorotibial (FT), presencia de signos degenerativos femoropatelares (FP) y medición del espacio FT, en su parte más periférica y en el punto medio de los CI y CE.

Resultados: 32 pacientes tenían OA sintomática bilateral y 10 unilateral (74 R sintomáticas). Las 10 R asintomáticas presentaban signos degenerativos radiológicos. Los hallazgos US más frecuentes en OA fueron: derrame (D) en 37 R (50%), quiste de Baker (QB) en 15 R (20%) y protusión del cuerno anterior del menisco interno (PMI) con distensión del ligamento colateral interno (DLCI) asociada en 46 R (62%). Se detectó D, PMI con DLCI sólo en R con OA sintomática ($p < 0,05$). No hubo diferencias significativas entre las R sintomáticas y asintomáticas respecto al alineamiento, lado afectado, presencia de signos degenerativos radiológicos FP, Kellgren ni espesor US del CAF. La presencia de PMI con DLCI se asoció a una mayor puntuación en la EAV de dolor en movimiento, presencia de QB, peor estadio de Kellgren y menor espacio radiológico FT del CI ($p < 0,05$). Las EAV de dolor no se correlacionaron con el Kellgren, medidas del espacio radiológico FT y US del CAF ni presencia de signos degenerativos radiológicos FP. El EAV de dolor en movimiento mostró una correlación débil con el tiempo de evolución ($r = 0,3$, $p < 0,001$) y el IMC ($r = 0,2$, $p < 0,05$). No hubo correlación entre las medidas US del CA y las radiológicas del espacio FT y el estadio de Kellgren.

Conclusión: La PMI y/o la DLCI contribuyen al dolor mecánico de la artrosis de rodilla y al pinzamiento radiológico del compartimento interno femorotibial. La US permite estudiar alteraciones peri e intraarticulares en la artrosis.

8

VALORACIÓN DE LA LEFLUNOMIDA COMO TRATAMIENTO DE FONDO DE LA ESPONDILITIS ANQUILOPOYÉTICA (EA). EXPERIENCIA DE LAS UNIDADES DE REUMATOLOGÍA DE LOS HOSPITALES GENERAL UNIVERSITARIO Y LA FE DE VALENCIA

J. Calvo Catalá, C. Campos Fernández, J.J. García Borrás, M. Muñoz Guillém, M.I. González Cruz Cervellera y J.L. Valero Sanz

Hospital General Universitario de Valencia y Hospital La Fe, Valencia.

Objetivo: Valorar la mejoría clínica y funcional tras un año de tratamiento con leflunomida (LFN) en pacientes con EA que no responden al tratamiento habitual, así como la seguridad con el uso de LFN.

Material: Se incluyen 34 pacientes diagnosticados de EA según los criterios modificados de Nueva York (1984), incluidos aleatoriamente en las Unidades de Reumatología de los Hospitales General Universitario y La Fe de Valencia.

Método: Se incluyen 34 pacientes mayores de edad que aceptan las normas del correcto uso de la LFN. Edad media 39,5 años (24-58). Distribución por sexos: 30 hombres y 4 mujeres. La evolución de la enfermedad, tenía una duración media de 9,5 años. En 7 casos (20,6%), existía afectación periférica. Se les realiza una revisión semestral (0 - 6 - 12 meses), además de analítica mensual en los primeros tres meses. En cada revisión, realizamos analítica estándar, BASFI,

BASDAI y HAQ modificado. En la primera visita, además, estudio Rx de columna y sacroilíacas, descartándose posible afectación hepática.

BASDAI (media)	BASFI (media)	
58	47	Visita 0
31	30	Visita 1 (6 meses)
23	21	Visita 2 (12 meses)

Resultados: Se suspendió el tratamiento en cuatro casos (11,7%): un caso por diarrea, dos por alopecia y uno por HTA. En dos casos, se detectó elevación de GOT/GPT, sin tener que suspender el tratamiento. De los 30 pacientes que finalizaron el tratamiento, a los 12 meses, se detectó mejoría, según los parámetros estudiados, en 19 pacientes (63,3%), habiéndose ya detectado mejoría en el 6º mes en 11 pacientes (36,7%).

Conclusiones: 1) La LFN como tratamiento de fondo de la EA, es un fármaco con una buena tolerancia. 2) Si bien la muestra es limitada, la LFN constituye un tratamiento eficaz de la EA. 3) Comparando su eficacia con el uso de tratamientos biológicos, parece inferior, pero teniendo en cuenta su precio, menos efectos secundarios y facilidad en su administración, el uso de la LFN antes de iniciar tratamientos biológicos, pensamos puede ser una buena indicación. 4) Tratamientos más prolongados, quizá nos orienten en este sentido.

9

OSTEOCONDROMA SOLITARIO Y BURSITIS REACTIVA. DIAGNÓSTICO POR RMN. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M.L. Horcada, M. Roca y B. Seral
H.C.U. Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción: El osteocondroma es el tumor óseo benigno más frecuente. La mayoría son asintomáticos. La formación de una bursa sinovial circundante es una rara complicación que aparece en un 1,5% de los casos. La aparición de procesos inflamatorios en este tejido sinovial da lugar a la aparición de síntomas que nos obligará a establecer el diagnóstico diferencial con la transformación maligna; las imágenes obtenidas mediante RMN nos permitirá diferenciar estas dos entidades

Caso 1: Niña de 13 años de edad, con osteocondroma solitario a nivel de trocánter femoral. (Figura 1). Presentó masa dolorosa a nivel de muslo derecho. RX: imagen de osteocondroma solitario en trocánter menor. RMN: imagen hiperintensa en T2, circundante a osteocondroma, compatible con bursitis (figura 2). Se realiza exéresis de lesión, confirmando el diagnóstico histológicamente.

Caso 2: Paciente de 20 años de edad. Presentó de forma brusca y sin relación con traumatismo previo, dolor y tumefacción, a nivel de cara superointerna de muslo derecho. RMN: osteocondroma complicado con bursitis peritumoral (Figura 3). La clínica mejora con tratamiento antiinflamatorio, realizándose posteriormente exéresis de la lesión y estudio histológico que descarta transformación maligna.

Comentarios: El osteocondroma solitario es el tumor óseo benigno más frecuente. La mayoría son asintomáticos. La aparición de síntomas nos hará sospechar la presencia de complicaciones, entre la que se incluyen deformidad ósea y estética, fractura, compromiso vascular, compromiso neuro-

lógico, bursitis y transformación maligna. La formación de bursa circundante ocurre en 1,5% de los casos. Es más frecuente en aquellos osteocondromas localizados en la escápula, trocánter menor y hombro. Esta bursa se encuentra tapizada por sinovial la cual puede sufrir procesos inflamatorios, infecciosos o hemorrágicos. La transformación maligna en condrosarcoma del cartílago de la lesión, sucede aproximadamente en 1%. La imagen radiológica del osteocondroma es patognomónica. La lesión esta compuesta de hueso cortical y medular en continuidad con el hueso subyacente; sin embargo no es útil para la valoración de complicaciones. La RMN nos permite visualizar las estructuras circundantes; El espesor del cartílago hialino (mayor de 1,5 cm.) es un importante criterio para determinar la transformación maligna del mismo.

Bibliografía:

- Murphey et al. Imagen of osteochondroma. Radiographis, Sep-Oct 2000, 1408-34.
Griffiths HJ, Thompson RC Jr, Gallovay HR. Bursitis en association whit solitary osteochondromas presenting as mass lesion. Skeletal Radiol 1991;20(7):513-6.
Ben Hamouda M, Allegue M, Bergaoui N, Danhemene J, et al. Scapular exostosis complicated by bursitis. A propose of a case. J Radiol 1993 Mar;74(3):143-6.

10

PREVALENCIA DE HIPOVITAMINOSIS D EN UNA POBLACIÓN CON SÍNDROME DE DOWN Y DE RIESGO PARA OSTEOPOROSIS. RELACIÓN CON DIFERENTES VARIABLES

L. Rosello Aubach, R. Torres Palou, T. Boronat, E. Puerto Linares y R. Llobet
Hospital Santa Maria de Lleida. Lérida.

Introducción: Se conocen bien diferentes factores favorecedores de padecer osteoporosis y algunos grupos de la población son más propensos a padecer esta enfermedad. El objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia de hipovitaminosis D en un grupo de personas afectadas por el Síndrome de Down (SD), si se relaciona con la presencia de osteoporosis y estudio de otros factores de riesgo.

Sujetos y métodos: Es un estudio transversal y observacional, de 51 personas con SD, de edad media: 42 ± 72 años ($DE 10 \pm 5$), 29 varones ($56 \pm 86\%$). 19 ($37 \pm 25\%$) trabajan en el Centro Especial de Trabajo ACUDAM y 32 ($62 \pm 75\%$) en ASPROS. Se les realiza analítica sérica de Calcio, fosfatasas alcalinas, 25-hidroxivitamina D3 (Vit D) y paratohormona intacta (PTHi). La evaluación de la densidad mineral ósea (DMO) es con densitómetro DEXA portátil y medición en calcáneo. Se relacionan los resultados con las variables: sexo, edad, centro de trabajo, índice de masa corporal (IMC), número de fracturas, actividad física y tratamiento con fármacos osteoporizantes.

Resultados: Fueron diagnosticados de osteoporosis (T score $d -2 \pm 5 DE$) 23 personas ($45 \pm 10\%$), osteopenia 15 ($29 \pm 41\%$) y normal 13 ($25,49\%$). Se encuentran niveles bajos de Vit D ($d 20 \text{ ng/ml}$) en 19 personas ($37 \pm 25\%$) y este valor de hipovitaminosis D se relacionó a su vez, y estadísticamente, con osteoporosis, sexo femenino y niveles altos de PTHi.

Conclusiones: 1) La prevalencia de osteoporosis es muy alta ($45 \pm 10\%$) en nuestra serie de individuos trabajadores con síndrome de Down. 2) La hipovitaminosis D con hiper-

paratiroidismo secundario es uno de los factores favorecedores de padecer osteoporosis. 3) Quizás la administración de suplementos de vitamina D podría ser una medida de prevención para evitar osteoporosis en grupos como la población estudiada.

11

AUSENCIA DE ASOCIACIÓN ENTRE EL LOCUS DE LA HORMONA LIBERADORA DE CORTICOTROPINA Y LA ARTRITIS REUMATOIDE

A. Julià, D. Gallardo, F. Vidal, C. Tomàs, P. Barceló y S. Marsal

Unitat de Reumatologia. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos: La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad auto-inmune con una prevalencia de ~0,5% en la población española. Existen evidencias que implican a la hormona liberadora de corticotropina (CRH) en la etiología de la enfermedad. Los primeros estudios del locus de la CRH con la AR, realizados con tests de asociación basados en familias y con los microsatélites CRHRA1 y CRHRA2, objetivaron una asociación positiva en población inglesa. Sin embargo, cuando llevamos a cabo la primera réplica en una población diferente no encontramos asociación. El objetivo de este estudio es el de clarificar el efecto real de la CRH en la etiología de la AR mediante el único estudio poblacional de los marcadores CRHRA1 y CRHRA2 con la AR, utilizando un número relativamente alto de pacientes y la estrategia de los controles hipernormales.

Métodos: Se estudiaron 257 pacientes que cumplían los criterios del ACR. A partir de un grupo control muy bien definido de 409 individuos, seleccionamos aquellos sujetos en la edad de riesgo para la AR (> 39 años). A su vez, seleccionamos de este subgrupo únicamente aquellos que pertenecían a la misma región geográfica que los pacientes (España), la misma etnia (Caucásicos) y el mismo origen (abuelos españoles). Para aumentar la divergencia entre los casos y los controles se excluyeron todos aquellos individuos controles con AR o con otra enfermedad auto-inmune. Además, incrementamos la hipernormalidad del grupo control excluyendo también todos aquellos individuos con mayor riesgo de padecer la enfermedad (liability), definido éste como la presencia de AR o de otra enfermedad auto-inmune en cualquier familiar de primer grado (padres, hermanos o hijos). El grupo de controles se redujo finalmente a 178 individuos hipernormales. El genotipado de ambos marcadores se llevó a cabo con la PCR multiplex diseñada en nuestro anterior estudio. Las diferencias entre las frecuencias alélicas para cada marcador entre los casos y los controles se analizaron mediante el método de Monte Carlo implementado en CLUMP, mientras que el estudio caso-control de los haplotipos estimados se realizó mediante el algoritmo "gene counting" que realiza FASTEHPLUS.

Resultados: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los casos y los controles hipernormales para los marcadores CRHRA1 y CRHRA2 utilizando CLUMP. El análisis de los haplotipos realizado por FASTEHPLUS no mejoró la significación.

Conclusión: En este estudio hemos reforzado nuestros resultados previos de ausencia de asociación entre el locus CRH y la AR y presentamos, por primera vez, un estudio de asociación poblacional empleando los marcadores CRHRA1

y CRHRA2. Utilizando la estrategia de los controles hipernormales es muy probable que hayamos alcanzado el mayor poder estadístico que permitan este tipo de estudios.

Agradecimientos: Este estudio ha sido realizado gracias a la concesión de una beca de la Societat Catalana de Reumatologia.

12

CALCIO Y VITAMINA D DE NUESTRAS LECHES

M. Mínguez Vega, R. Ramón Sapena y G. Panadero Tendoero
Hospital Universitario San Juan de Alicante. Alicante.

Objetivos: Analizar la cantidad de Calcio (mg/100 ml) y de Vitamina D ($\mu\text{g}/100\text{ ml}$) de diferentes leches comercializadas en España (exceptuando leches en polvo).

Método: Hemos revisado los envases de diferentes leches que podemos encontrar en los supermercados (y por tanto, al alcance de la mayoría) anotando, en caso de figurar en el envase, la cantidad de calcio y vitamina D que aportan.

Resultados: 1) Las cifras medias de calcio de las leches normales, independientemente de ser enteras, desnatadas o semidesnatadas son de 122,05 mg/100 ml (los valores de la variable calcio fluctúan entre 120-130). Las cifras medias de vitamina D en las leches de este grupo en que se especifica su contenido es de 0,75 $\mu\text{g}/100\text{ ml}$. 2) Las cifras medias de calcio de las leches enriquecidas con calcio es de 158 mg/100ml (los valores fluctúan entre 150-160), siendo las de vitamina D de 0,77 $\mu\text{g}/100\text{ ml}$ (0,75-0,80). 3) Las leches de crecimiento tienen una media de calcio de 113,625 mg/100 ml (104-140) y de vitamina D de 1,3 $\mu\text{g}/100\text{ ml}$ (0,75-2,0). 4) En las leches de soja no se indica la cantidad de calcio salvo en las suplementadas con Ca. En éstas, la media de calcio es de 118,22 mg/100 ml (102-140) y de vitamina D de 1,0 $\mu\text{g}/100\text{ ml}$ (0,75-1,5). 5) Existen otras leches (enriquecidas con fibra, bajas en lactosa...) cuya cifra media en calcio es de 118 mg/100ml (105-160) y de vitamina D de 0,75 $\mu\text{g}/100\text{ ml}$ (0,75-0,80).

Conclusiones: Como podemos observar las cifras de vitamina D de las diferentes leches es muy similar, exceptuando en las leches de crecimiento cuyas cifras son más elevadas. Las cifras de calcio también son muy similares en los diferentes grupos, salvo en las leches enriquecidas con calcio donde los valores son muy superiores, por lo que con estas leches se alcanza con menos mililitros ingeridos la cantidad diaria de calcio recomendada por grupos de edades.

13

NUESTRA EXPERIENCIA CON INFILIXIMAB EN ARTRITIS REUMATOIDE: ANÁLISIS DE EFICACIA A UN AÑO DE SEGUIMIENTO

A. Álvarez de Cienfuegos Rodríguez, R. Calíz, M.J. Pérez, J. Salvatierra, A. García, M. Ferrer y M. Guzmán
Hospital Virgen de las Nieves de Granada. Granada.

Objetivos: Evaluar la eficacia terapéutica de infliximab en la Artritis Reumatoide (AR) a un año de seguimiento.

Métodos: Se incluyen 28 pacientes con AR en tratamiento con infliximab durante 48 semanas. Todos los pacientes tienen enfermedad moderada o grave y no han respondido a un mínimo de dos FAME solos o en combinación (protocolo de la SER modificado), preferentemente metotrexate

(MTX), sulfasalazina o leflunomida (LF). Se administra una dosis de infliximab de 3 mg/kg de peso asociado a MTX o LF según protocolo habitual, a las 0, 2, 6 y cada 8 semanas. Según la respuesta se ajusta la dosis y el tiempo de infusión de infliximab. Se recogen los datos clínicos: NAD (nº de articulaciones dolorosas), NAT (nº de articulaciones tumefactas), EAV del dolor, global y médico, DAS 28 y HAQ para la AR.

Resultados: De los 28 pacientes, 22 son mujeres y 6 hombres. Con una edad media de 51 años. Tiempo medio de evolución de la enfermedad 10 años. Se observa en la mayoría de los pacientes una mejoría clínica y biológica con las primeras dosis del tratamiento. El valor medio del DAS 28 en la semana 0 fue de 7,26 y en la semana 48 de 4,48, con una reducción de 2,78 puntos. El valor medio del HAQ en la semana 0 fue de 1,52 y en la semana 48 de 0,80, con una reducción de 0,72 puntos.

Conclusión: En nuestra experiencia, el tratamiento con infliximab en pacientes con AR persistentemente activas y refractarias, proporciona una mejoría clínica y biológica de la enfermedad.

14

ANÁLISIS DEL INGRESO HOSPITALARIO POR FRACTURA VERTEBRAL

L. Mateo, J.M. Nolla, C. Gómez Vaquero y J. Valverde
CAP Just Oliveras y Hospital de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: La fractura vertebral (FV) es más frecuente que la fractura femoral, pero sólo un 10-20% de ellas son motivo de ingreso hospitalario. Recientemente habíamos comunicado una tasa de ingreso del 18% de los pacientes con FV atendidos en nuestro servicio, representando este diagnóstico el 4% del total de ingresos en un período de 10 años.

Objetivo: Analizar las características del ingreso hospitalario por FV no traumática, su distribución por servicios y la duración de la estancia hospitalaria.

Material y métodos: Análisis del registro informático hospitalario de las altas por FV patológica (ICD-9: 733,13) entre enero 1996-marzo 2003.

Resultados: Se produjeron en ese período 437 altas por FV, siendo en 184 el diagnóstico principal (42%) y en el resto un diagnóstico secundario. En los pacientes con diagnóstico principal de FV la distribución por servicios fue: 24% Reumatología, 15% Radioterapia, 14% Hematología, 13% Traumatología, 11% Oncología y 9% Medicina Interna y el resto en otros servicios. La edad media fue de 65 años (entre 26-100), y la distribución por sexos fue de 224 varones/ 213 mujeres. La duración media de la estancia hospitalaria fue de 16,7 días, siendo muy similar en los servicios con más casos. La estancia era más corta en los casos de FV como diagnóstico principal (14 días). El número medio de diagnósticos fue de 6,62. El número medio de procedimientos diagnósticos fue de 1,74. No se apreció correlación entre la duración del ingreso y el número de procedimientos diagnósticos ni con el número de diagnósticos secundarios.

Conclusiones: Aunque las FV son más frecuentes en mujeres, el ingreso hospitalario por FV es igual en ambos sexos. La mayor parte de los ingresos hospitalarios por FV patológica se ubican en Reumatología, Medicina Interna, Hemato-

logía, Oncología y Traumatología. Las causas más frecuentes de la FV no traumática son la osteoporosis, el mieloma múltiple y la metástasis. Los motivos fundamentales de ingreso son el estudio diagnóstico y el control del dolor.

15

ESTUDIO DE LA MASA ÓSEA EN UNA COHORTE DE ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO

M. Ibáñez, J.A. García Vadillo, M. Quintana, S. Castañeda, A. Laffon, J.P. López Bote y I. González Álvaro
H.U. La Princesa. Madrid.

Los enfermos con Artritis Reumatoide (AR) tienen mayor prevalencia de osteoporosis sistémica que la población general y de forma característica a nivel yuxtaarticular. Sin embargo, los factores relacionados con estos hallazgos no están bien determinados. Por este motivo, hemos iniciado un estudio prospectivo para determinar la evolución de la masa ósea en pacientes con artritis de reciente comienzo (ARC).

Pacientes y métodos: Se realizaron densitometrías de columna lumbar, cadera y antebrazo no dominante (Hologic QDR 4500 Elite) a 83 pacientes en la 1ª visita de nuestra consulta de ARC. El 71% de los pacientes eran mujeres, la edad media fue de 53 ± 15 años, siendo las mujeres más jóvenes (49 ± 2 vs. 61 ± 3 ; $p = 0,006$). La mediana de duración de la enfermedad fue 6,5 meses [4-9], el 48% cumplían criterios de AR, 36% no estaban filiadas en la 1ª visita, y el 16% restante presentaban conectivopatías o espondiloartropatías. Para evaluar el efecto local de la sinovitis se crearon 6 variables que relacionaban la densidad mineral ósea (DMO) en las tres regiones del antebrazo (ultradistal [UD], distal [D] y media [M]) con la de columna lumbar (CL) y cuello femoral (CF). El estudio estadístico se realizó con el programa Stata 7 (Stata Corporation®, Texas, USA), utilizando los test de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis para las variables continuas con distribución no normal, y los test de la t de Student o ANOVA si la distribución era normal. Para el análisis de variables discretas se utilizó el test de chi cuadrado.

Resultados: El 10,8% de los pacientes presentaban osteoporosis y un 28,9% osteopenia. No se observaron diferencias en la presencia de osteoporosis u osteopenia por sexo, ni diagnóstico en la primera visita. Tampoco se observó asociación entre la DMO, el DAS28, el HAQ, ni el tratamiento corticoideo. Un 32,5% de los pacientes presentaban una $Z < -1$ en cadera y/o CL. Respecto a la osteoporosis yuxtaarticular, se detectó una tendencia a una menor Z en las regiones UD y D, pero no en M, en los pacientes con sinovitis en carpo. Esta tendencia fue más evidente y significativa en la región UD cuando se analizaron las nuevas variables definidas:

Sinovitis Carpo	UD/CL	D/CL	M/CL	UD/CF	D/CF	M/CF
Presente	38 ± 6	56 ± 7	67 ± 8	48 ± 7	70 ± 9	85 ± 11
Ausente	41 ± 5	58 ± 8	69 ± 8	51 ± 7	73 ± 10	87 ± 13
p	0,05	0,22	0,45	0,04	0,22	0,46

Conclusión: Un tercio de los pacientes con ARC presentaban reducción de la masa ósea respecto a los controles de su edad independientemente del diagnóstico. Se confirma la presencia de una menor DMO yuxtaarticular en presencia de sinovitis (región UD de radio).

16

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA DETERMINACIÓN DE NIVELES SÉRICOS DE IL-15 Y SU CORRELACIÓN CON UNA RESPUESTA INFLAMATORIA DE MAYOR INTENSIDAD EN UNA COHORTE DE ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO (ARC)

I. González Álvaro, A.M. Ortiz, V. Núñez González, C. Domínguez Jiménez, R. García De Vicuña y A. Laffon H.U. La Princesa. Madrid.

Introducción y objetivos: IL-15 es una citoquina que puede ser detectada en líquido sinovial y suero de pacientes con artritis reumatoide. Esta citoquina activa determinados linfocitos, que a su vez son capaces de inducir la producción de TNF en células macrofágicas mediante contactos intercelulares. Los objetivos del estudio son establecer si la determinación de los niveles séricos de IL-15 (sIL15) pueden tener utilidad diagnóstica y su relación con el grado de actividad de la enfermedad en pacientes con ARC.

Pacientes y métodos: Se estudiaron 136 controles (edad 56 ± 17 años, mujeres 70%) y 81 pacientes con ARC (edad 53 ± 16 años, 78% mujeres, tiempo de evolución 7 meses [4,18]). Se recogieron datos epidemiológicos, las variables clínicas necesarias para el cálculo del DAS28 y la valoración global de la enfermedad por el médico (VGEM), analíticas (VSG y PCR), funcional (HAQ) y muestras de sangre para determinar sIL15 por ELISA. Al entrar en la cohorte un 41% de pacientes cumplía criterios de AR, un 35% presentaban una artritis indiferenciada y el 24% eran conectivopatías o espondiloartropatías. El análisis se realizó mediante Stata 7 y los datos se muestran como media \pm dt o mediana y rango intercuartílico según distribución de las variables.

Resultados: En la población control la mediana de sIL15 fue 0 pg/ml [0 \pm 10,7]. Se tomo como punto de corte para definir sIL15 elevada el percentil 90 de esta población: 30 pg/ml. La sIL15 fue superior en los pacientes que cumplían criterios de AR que en los otros grupos (Tabla 1). Se observó una correlación estadísticamente significativa entre sIL15 en la primera visita y las siguientes variables: PCR ($r = 0,87$, $p < 0,0001$; test de Pearson), VSG ($r = 0,42$, $p = 0,002$), NAT y VGEM ($r = 0,25$, $p = 0,05$). Por el contrario, sIL15 no se asoció de forma significativa a otras variables clínicas o epidemiológicas. Además, la variación de los niveles de sIL15 a lo largo del seguimiento fue mínima ($8,8 \pm 0,8\%$), a pesar de que el DAS28 mejoró de forma significativa en la 2ª y 3ª visitas.

	Artritis reumatoide	Indiferenciada	Otras	p
IL-15 alta (pacientes)	36%	7,1%	15%	0,032*
IL-15 (pg/ml)	12 [3 - 60]	3 [0 - 12]	1 [0 - 11]	0,032\$

* test de Fisher; \$ test de Kruskal-Wallis

Conclusión: Dado que los niveles de sIL15 no varían con la actividad clínica del paciente, ni con la instauración de tratamiento, podría ser una herramienta útil en el diagnóstico precoz de pacientes con AR. Su correlación con reactantes de fase y la apreciación de gravedad por parte del médico sugiere que podría ser útil para marcar formas más graves de AR, aunque un seguimiento más prolongado de esta cohorte será preciso para confirmar esta hipótesis.

17

DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

X. Esteve Vives, T. Pedraz, R. Aragón, V. García Rodríguez, E. Batlle, A. Martínez, P. Vela y E. Pascual Hospital General Universitari Alacant. Alicante.

Introducción: El hallazgo ecográfico fundamental en el Síndrome del Túnel Carpiano (STC) es el engrosamiento del Nervio Mediano. Los estudios publicados hasta ahora muestran una gran discrepancia en cuanto a los valores por encima de los cuales, dicho engrosamiento, se considera patológico.

Objetivo: Determinar, en nuestro medio, los valores de normalidad y patológicos de grosor del Nervio Mediano utilizando como prueba de referencia un estudio electro-fisiológico (EEF).

Métodos: Incluimos 22 pacientes (44 muñecas) con sospecha clínica de STC y EEF patológico y 23 controles (46 muñecas). Este grupo Control se constituyó por 14 personas asintomáticas (28 muñecas) y 9 pacientes (18 muñecas) con sospecha clínica pero EEF normal. El grosor del N. Mediano se evaluó ecográficamente con una Sonda de 8,5 MHz, determinando el área de sección de la zona hipoecogénica central del N. Mediano en el punto donde se halla más engrosado en el interior del Túnel Carpiano (generalmente a la altura del Hueso Semilunar). Empleamos la media de tres determinaciones consecutivas.

Resultados: Los casos de STC fueron clasificados en función del EEF en STC leve, moderado, severo y muy severo. La relación entre el área del N. Mediano medida por ecografía y el diagnóstico electrofisiológico se muestra en la siguiente tabla:

Área del N. Mediano según gravedad del STC

Diagnóstico	Área nervio mediano	Nº de muñecas
Control Normal	$5,89 \pm 1,23$ mm ²	46
STC Leve	$8,67 \pm 1,78$ mm ²	13
STC Moderado	$10,00 \pm 2,18$ mm ²	13
STC Severo	$11,01 \pm 2,83$ mm ²	13
STC muy Severo	$10,69 \pm 2,14$ mm ²	5

ANOVA: $F = 31,7$; $p < 0,0001$

El diagnóstico ecográfico de STC cuando el área del N. Mediano era mayor o igual a 7 mm² presentaba una sensibilidad del 95,5% y una especificidad del 84,5%. Si el punto de corte se establecía en 9 mm², la sensibilidad era del 59,1% y la especificidad del 100%. Quedaban 23 muñecas con áreas de N. Mediano entre 7 y 9 mm² que incluían 17 casos con STC y 6 controles.

Conclusión: En nuestra serie, áreas de N. Medianos inferiores a 7 mm² o superiores a 9 mm² descartan o confirman el diagnóstico de STC. Si el área del N. Mediano es de 7 a 9 mm², aunque la sospecha de STC es alta, es necesario el estudio electro-fisiológico.

18

SÍNDROME DE REYNOLDS: UNA ASOCIACIÓN A RECORDAR

R. Morlà Novell y M. Bonet Llorach Hospital de St. Pau i Sta. Tecla. Tarragona. Hospital de l'Alt Penedès. Vilafranca del Penedès. Barcelona.

Introducción: En la literatura se han reportado 13 casos de Síndrome de Reynolds (SR) en los últimos 7 años. Se define

como la coexistencia de dos alteraciones determinadas inmunogenéticamente: esclerodermia sistémica tipo CREST y cirrosis biliar primaria (CBP), relacionándose con un efecto protector del daño hepático. Se ha descrito asociada a Síndrome de Sjögren (SS).

Objetivo: Aportar dos casos más de SR, con presentación diferente, diagnosticados a raíz de una alta sospecha clínica.

Pacientes: *Caso 1:* Mujer de 51 años con historia clínica de SS y CBP diagnosticados por biopsia salivar y hepática. Refería dolor y tumefacción de manos, mialgias, astenia generalizada y síndrome de Raynaud de más de un año de evolución. En el examen físico destacaba un edema de manos y telangiectasias faciales. Las exploraciones radiológicas fueron negativas, a excepción del hallazgo de una hernia de hiato. También fueron negativas las pruebas funcionales respiratorias y la ecocardiografía. La inmunología mostró positividad para ANA (título 1/2560), anticentrómero y AMA (1/320) y negatividad para anti-Scl70, Ro, La, Sm y RNP. La paciente fue diagnosticada de esclerodermia con aspectos de síndrome de CREST. *Caso 2:* Mujer de 72 años que explicaba síndrome de Raynaud de larga evolución, poliartritis (manos y tobillos), impotencia funcional y poliartralgias generalizadas desde hacía 6 años. Como antecedentes, destacaba una alteración de pruebas hepáticas no filiada. En la exploración física se observaba una esclerodactilia, telangiectasias faciales y adelgazamiento labial con estriaciones cutáneas perilabiales. El estudio radiológico de manos mostraba calcificaciones en partes blandas y la capilaroscopia informaba de un Raynaud asociado. Los tests inmunológicos fueron positivos para ANA (título 1/160, patrón anticentrómero) y AMA (1/640). Se realizó el diagnóstico de síndrome de CREST. Posteriormente, el resultado de una biopsia hepática informó de una CBP. En ambos casos, el seguimiento analítico de enzimas hepáticas presentaban una normalización o una discreta alteración.

Conclusión: Los hallazgos clínicos de enfermedad sistémica sugerente de esclerodermia junto con la alteración de pruebas hepáticas o con el diagnóstico establecido de CBP deben alertarnos de la posibilidad de SR, de importancia pronóstica para la enfermedad hepática.

19

EFICACIA DEL PROGRAMA ITME EN TRES ÁREAS SANITARIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID EN LA DISCAPACIDAD LABORAL A LARGO PLAZO

G. Candelas Rodríguez, L. Abasolo, P. Collado, P. Richi, F.J. Bachiller, M. Revenga, C. Lajas Petisco, M. Blanco, L. Carmona y J.A. Jover Jover
H. Clínico San Carlos. Madrid.

Las enfermedades musculoesqueléticas son la primera causa de IP con un coste socioeconómico importante.

Objetivos: 1) Descripción de los tipos de IP y de las causas por las que se solicitaron y concedieron procesos de IP en los pacientes del programa ITME. 2) Describir la eficacia del programa ITME sobre la discapacidad a largo plazo o IP.

Material y métodos: El programa ITME (1998-2000) es un estudio prospectivo aleatorizado realizado en 3 áreas sanitarias de la comunidad de Madrid (4,7 y 9). Los pacientes fueron distribuidos en dos grupos: *a) control:* siguieron el sistema tradicional de asistencia y *b) intervención:* consulta específica y especializada llevada por reumatólogos contra-

tados para ese fin. Los datos referentes a los procesos de IP se obtuvieron tras la revisión de los expedientes de la Inspección médica de cada área y de datos aportados por el INSS en el año 2003. El análisis estadístico se hizo por intención de tratar. Se realizó un análisis descriptivo y posteriormente se realizó un análisis bivariado utilizando la chi cuadrado.

Resultados: Los pacientes incluidos en el estudio fueron 13,08 (17.809 en el grupo control y 5.272 en el grupo intervención).

	Control	Intervención	p
Nº propuestas IP	187	71	
Nº propuestas concedidas	97	37	
Nº propuestas denegadas	65	23	
Nº jubilaciones	17	7	
Nº propuestas pendientes resolución	8	4	
Nº total de propuestas con compensación	114	44	0,001

La mayor parte de las IP concedidas fueron IP totales (85,9%) y tan sólo un pequeño porcentaje fue en forma de IP absolutas (14%). Las causas por las que fueron solicitados procesos de solicitud de IP fueron, por orden de frecuencia: patología dorsolumbar (38,7%); OA artrosis periférica (18,22%); Hernia discal (10,08%); Patología inflamatoria (8,91%); Patología de partes blandas (8,14%); Patología cervical (6,20%); los tras tornos internos de rodilla (4,26%); Otras (3,49%) y la Fibromialgia (1,94%). Las causas más frecuentes por las que se concedieron procesos de IP fueron, por orden de frecuencia: patología dorsolumbar (40,6%); la artrosis periférica (16,5%); hernias discales (13,5%); patología inflamatoria (11,2%); patología de partes blandas (7,5%); trastornos internos de rodilla (4,5%); patología cervical (2,2%); y otras patologías y la fibromialgia en menor proporción. Hay un menor número de procesos de IP concedidas en el grupo de intervención con respecto al grupo control de forma significativa ($p = 0,001$).

Conclusiones: De los 206 procesos propuestos para IP, 158 recibieron algún tipo de compensación. La causa más frecuente por la que se solicitaron y se concedieron IP fueron los trastornos de la columna dorsolumbar. La patología inflamatoria fue una causa frecuente de concesión de IP. La mayor parte de IP concedidos fueron en forma de IP totales. El programa muestra una eficacia excelente en cuanto a la reducción de discapacidad a largo plazo.

20

PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS Y FACTORES RELACIONADOS CON LA APARICIÓN DE FRACTURAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

I. González Álvaro, L. Carmona, A. Balsa, M.A. Belmonte, R. Sanmartí y Grupo Emecar
Unidad de Investigación de la SER.

Introducción y objetivo: En España un 23% de las mujeres mayores de 50 años presentan osteoporosis densitométrica, uno de los factores asociados a la aparición de fracturas. Se ha sugerido que la osteoporosis puede ser más frecuente en pacientes con artritis reumatoide (AR). Nuestro objetivo es estudiar la prevalencia de osteoporosis en pacientes con AR, y analizar los factores implicados en la aparición de fracturas.

Pacientes y métodos: Se estudiaron 788 pacientes con AR en 34 centros hospitalarios (edad media 61 ± 13 años, 72%

mujeres, tiempo de evolución de la enfermedad 10 ± 8 años). La recogida de datos se realizó en 1999-2000, obteniéndose variables demográficas, DAS28, HAQ, y uso de fármacos modificadores de la enfermedad, corticoides (menos o más de 5 años de uso), bisfosfonatos y suplementos de calcio y/o vitamina D. Se realizó densitometría ósea (DMO) de columna lumbar en 143 pacientes de 8 centros. Este subgrupo era representativo del grupo total, salvo que la edad era menor en los pacientes con DMO (59 ± 1 vs. $62 \pm 0,5$; $p = 0,077$) y también presentaban una edad de menopausia menor (43 ± 14 vs. 47 ± 8 ; $p = 0,0003$). Se definió paciente con osteoporosis si tenía una $T < -2,5$ en la DMO o presencia de fracturas osteoporóticas. Los datos sobre fracturas se refirieron a los 788 pacientes, no existiendo diferencias significativas en su prevalencia con la subpoblación en la que se realizó DMO. Las estimaciones de prevalencia y sus intervalos de confianza se determinaron con el comando svy del programa Stata 7, para ajustar a la distribución de la población por centros hospitalarios. Se realizó un modelo de regresión logística en el que se incluyeron las variables asociadas a la presencia de fractura en el análisis univariante ($p < 0,01$).

Resultados: Un 26% de pacientes presentaban DMO normal, 43% osteopenia y 31% osteoporosis densitométrica. La prevalencia de osteoporosis fue de 37,7% [IC 95%: 29,8 – 45,6%] y un 12,7% [10,4 – 15%] de los pacientes tenían fracturas. En el análisis multivariante, los factores asociados a fracturas osteoporóticas fueron: osteoporosis densitométrica (OR 7,1 [1,9 – 26,8; $p = 0,004$]), la edad (OR 1,1 [1,06-1,13]; $p = 0,01$) y el uso de corticoides durante más de 5 años (OR 2,2 [1,1 – 4,3]; $p = 0,05$). La puntuación del HAQ fue la única variable relacionada con la AR próxima a la significación estadística (OR 2,6 [0,5 – 12,1]; $p = 0,15$). A pesar de la alta prevalencia de osteoporosis y de fracturas, solo un 11,5% de la población total recibían bisfosfonatos y un 55,7% calcio y/o vitamina D.

Conclusión: La osteoporosis es más frecuente en los pacientes con AR que en la población general, asociándose la presencia de fracturas al nivel de masa ósea, la edad, el uso de corticoides y probablemente la discapacidad funcional. A pesar de ello, muchos de estos pacientes no reciben tratamiento farmacológico adecuado contra la osteoporosis.

Este estudio ha sido patrocinado por la SER y financiado por Aventis Pharma

21

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO Y ABORDAJE CLÍNICO DE OSTEOPOROSIS (OP) EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

I. Moller Parera, N. Martí, C. Moragues y J. Sánchez
Instituto Poal de Reumatología, Barcelona.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de osteoporosis en una consulta de reumatología analizando estadísticamente diferentes factores de riesgo y actitud terapéutica.

Métodos: Mediante un programa informático destinado a este fin se han recopilado diferentes datos desde septiembre hasta diciembre del 2003 entre los pacientes cuyo motivo principal de consulta ha sido osteoporosis lumbar y/o de cadera confirmada con DEXA, recogiendo la prevalencia de los distintos factores de riesgo descritos en la literatura así como el tratamiento establecido.

Resultados: El total de pacientes estudiados ha sido de 457, 40% con osteoporosis, 50% con osteopenia y 10% normal distribuidos por rangos de edad siendo el grupo más numeroso el menor de 56 años. Los factores de riesgo valorados han sido: bajo peso, fractura vertebral, cadera, periférica, menopausia precoz, amenorrea, sedentarismo, consumo de alcohol, tabaco, café, tratamiento con benzodiazepinas, anti-comiciales, psicotropos, esteroides, inmunosupresores, disminución de estatura a partir de los 25 años, historia de fractura materna de cadera, pobre capacidad visual, dificultad para levantarse de la silla, trastornos tiroideos. Los factores de mayor prevalencia ha sido antecedente de fractura (23%) y uso actual de benzodiazepinas/psicotropicos 20%. Todos los pacientes con osteoporosis + factores de riesgo o fractura osteoporótica + factores de riesgo han recibido tratamiento, 288 con difosfonatos y 36 con SERM.

Conclusión: Llama la atención el porcentaje de pacientes 31% en los que no se encuentra ningún factor de riesgo conocido y que sin embargo presentan valores densitométricos de OP

Patrocinio: MSD

22

MEDICIÓN DE LA ALODINIA EN LA FIBROMIALGIA

Y. León, T. Mateu, E. Moreno, B. Rodríguez, S. Valero, P. Barceló y C. Alegre

Reumatología-Psiquiatría Hospital Vall d'Hebrón, Banc de Sang Hospital de Granollers. Barcelona.

La medición de la intensidad del dolor en la Fibromialgia (FM) es un problema mal resuelto, entre los métodos utilizados están los dolorímetros de presión que por su precio quedan relegados a ensayos clínicos, medida de presión por compresión de aire en una jeringa (1), siendo los sistemas más habituales el número de puntos dolorosos y la escala analógica visual del dolor, ambos sistemas muestran poca diferencia entre pacientes de dolor crónico osteoarticular (DC) con o sin FM. En la práctica clínica observamos que numerosos pacientes con FM manifiestan dolor al tomarles la presión arterial mediante un esfigmomanómetro, por lo que decidimos evaluar el nivel que explican como inicio de dolor.

Objetivo: Evaluar si los pacientes con FM tienen un menor umbral de dolor a la presión del esfigmomanómetro diferente que los pacientes con DC y secundariamente evaluar si el esfigmomanómetro es un método para medir la alodinia de estos enfermos.

Material y método: Se estudiaron tres grupos de población, un grupo con FM, otro de DC sin fibromialgia y un tercero sin enfermedad, provenientes de donantes de sangre, los tres grupos se analizaron según los pacientes que acudieron a consulta de forma correlativa, descartando los varones y los que tenían una FM asociada a otra enfermedad. Se midió el dolor a la presión del esfigmomanómetro en centímetros de presión, estandarizando la posición, siempre el mismo técnico y el mismo aparato. Se midió la escala analógica visual del dolor (EVA) y la edad.

Resultados: La edad media del grupo FM es 49,52 (DE = 8,94) años, en los donantes de sangre 37,94 (DE = 12,25) y el grupo con DC de 61,80 (DE = 11,56). Debido a la distribución heterogénea entre los tres grupos ($F = 40,87$, $p < 0,0005$) esta variable se ha incorporado a un análisis de la

varianza a modo de covariante. En este análisis la variable tipo de diagnóstico aparece relacionada con la tolerancia al dolor medida a través de esfigomanómetro ($F = 74,1$, $p < 0,0005$). Según contrastes a posteriori se observa que el grupo FM ($X = 11,52$, $DE = 4,47$) difiere de los otros dos con menor tolerancia al dolor ($p < 0,0005$, en ambos casos), no existiendo diferencias entre el grupo de DC ($X = 19,73$, $DE = 4,27$) y donantes ($X = 19,75$, $DE = ,78$). La escala EVA es de 56,29 ($DE = 20,68$) en la FM y de 53,09 ($DE = 22,20$) en el DC, no apareciendo diferencia significativa entre ambas.

Conclusión: La presión del esfigomanómetro es capaz de diferenciar a los pacientes de FM de los con DC y la población normal, observándose una menor tolerancia al dolor entre los pacientes de FM.

23

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA CITIDINA DEAMINASA PARA DIFERENCIAR ARAT DE PMR

S. Paira Paira, S. Roverano, O. Rillo, S. Mahieu y A. Barrionuevo
Santa Fe, Argentina.

Introducción: Existen problemas, sobre todo al inicio del cuadro, en el diagnóstico diferencial entre los pacientes con polimialgia reumática (PMR) y artritis reumatoidea de comienzo en el anciano. Kassimos y col. demostraron que la citidina deaminasa (CD) está elevada en el suero de los pacientes con artritis reumatoidea (AR), constituyendo un útil marcador diagnóstico en la diferenciación entre AR y PMR.

Objetivo: Determinar la utilidad de la CD en suero en el diagnóstico diferencial de pacientes con PMR con y sin sinovitis vs. artritis reumatoidea de aparición tardía (ARAT) seropositiva y seronegativa.

Material y métodos: Estudio prospectivo. Se incluyeron pacientes con PMR (criterios Hunder 1982) con y sin sinovitis, con AR (criterios ACR 1987) que hubieran iniciado su enfermedad e 60 años (ARAT), seropositiva (FR por el test del látex e 1/160), o seronegativa (FR < 1/160). Ninguno de los pacientes debía haber recibido tratamiento de base para ninguna las enfermedades investigadas. **Exclusión:** pacientes con insuficiencia renal, hepática, patología pulmonar e infecciones severas y/o crónicas. **Técnica:** se extrajo sangre pre-tratamiento, se separó suero y se congeló a -20°C inmediatamente y luego a -70°C hasta el dosaje de la CD. La misma se determinó por un método espectrofotométrico. **Método estadístico:** pruebas de normalidad; test t-Student análisis descriptivos de los distintos grupos, Anova, Dunnet y/o Kruskal-Wallis.

Resultados: Se incluyeron 24 pac. con PMR (10 con sinovitis y 14 sin ella) y 20 pac con ARAT (9 seropositivos, 10 seronegativos y 1 sin dato; 9 erosivos, 9 no erosivos y 2 sin datos) vistos entre octubre 2000 y julio 2002. También se incluyeron 48 sujetos sanos como grupo control, mayores de 50 años. El valor medio de CD en suero pre-tratamiento en los pac. con PMR: 5.12 UAE/ml (rango: 0,55-13,28); en ARAT: 5,89 UAE/ml (rango: 0,30-14,85) y 3,51 UAE/ml (rango: 1,25-5,66) en los controles sanos. Los pac fueron divididos en ARAT seropositivos y seronegativos y los con PMR con y sin sinovitis periférica. No hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar los pacientes ARAT seropositivos con los PMR sin sinovitis ($p = 0,410$: reproducción del trabajo de Kassimos), tampoco cuando se compararon

todos los pac. PMR vs. ARAT seronegativos ($p = 0,935$) ni al comparar los pacientes con PMR con sinovitis vs todos los ARAT. ($p = 0,910$). Al comparar el grupo ARAT vs controles sanos se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,023$), pero esta diferencia fue sólo al 10% ($p = 0,070$) cuando se compararon los PMR vs grupo control.

Conclusión: En este estudio la medición de CD sérica no fue un dato de laboratorio útil en el diagnóstico diferencial entre los pacientes con PMR (con y sin sinovitis) y ARAT (seropositiva y seronegativa). Las diferencias vistas entre los grupos de pacientes en estudio vs controles sanos podría indicar que la CD sería un posible marcador de enfermedad inflamatoria.

24

MANIFESTACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS EN POLIMIALGIA REUMÁTICA

S. Paira, F. Ceccato, S. Roverano y O. Rillo
Santa Fe, Argentina.

Objetivo: Evaluar frecuencia y características de las manifestaciones musculoesqueléticas en polimialgia reumática (PMR). Comparar los pacientes PMR con vs. sin sinovitis y las características clínicas y de laboratorio iniciales en los PMR de aquellos que evolucionaron a artritis reumatoidea de aparición tardía (ARAT).

Material y métodos: Se incluyeron 74 pacientes con diagnóstico de inicio PMR (criterios Hunder 1982). Pacientes con VES < 30 mm/1° hora fueron incluidos si tenían síntomas típicos y respuesta completa a los esteroides. **Exclusiones:** pacientes con infecciones crónicas, neoplasias u otras enfermedades del tejido conectivo (ETC), artralgias, OA y enfermedades por depósito de cristales. **Biopsia de arteria temporal:** sólo si había síntomas de ACG. **Se evaluó:** presencia y características de la sinovitis periférica y localización, respuesta a los esteroides; presencia de edema con fovea en manos y pies, túnel carpiano, tenosinovitis distal. Se compararon pacientes PMR con y sin sinovitis: datos demográficos, duración del tratamiento esteroideo, presencia de síntomas sistémicos, recaídas y recurrencias, compromiso de cintura escapular y pelviana, VES pre- tratamiento y Hb al inicio, y progresión a AR (criterios ACR 1987), neoplasias y ACG. En el grupo PMR vs. ARAT (diag.final) se evaluaron además sinovitis persistente, VES pre y post tratamiento. Todos los pacientes fueron tratados al inicio con 10 mg/día de prednisona. **Método estadístico:** t de Student, chi2, test exacto de Fisher.

Resultados: Se incluyeron 74 pacientes: 19 hombres y 55 mujeres, edad media al inicio: 69 años. Manifestaciones musculoesqueléticas se presentaron en 51% de los pacientes, sinovitis periférica en 29 pacientes: 25/29 al inicio y 4/29 durante la evolución (72% en muñecas, 34,5% en MCF, 31% en rodillas). Monoarticular 4/29, oligoarticular 19/29 y poliarticular 6 pacientes; simétrica en 15/29 y asimétrica 14/29; sinovitis persistente 8/29 y transitoria 21/29. Edema con fovea: 4/74 pacientes, túnel carpiano: 4/74, tenosinovitis distal: 1/74, VES normal 5/74 pacientes. Evolución a otras entidades: 2 ACG, 7 ARAT y 3 con neoplasia asociada durante la evolución. Al comparar PMR con y sin sinovitis no hubo diferencias estadísticamente significativas en las variables estudiadas. Al comparar los 67 PMR vs. 7 pacientes que evolucionaron a ARAT se observó sinovitis persistente en los ARAT ($p = 0,00013$) y > caída de la VES en los PMR ($p = 0,03$).

Conclusión: 51% de los pacientes presentaron manifestaciones músculoesqueléticas; 39% de las PMR presentaron sinovitis, la mayoría al inicio, oligoarticular y transitoria. El resto de las manifestaciones no difiere de la descrita en la literatura. La sinovitis no fue un marcador de severidad en PMR. Las PMR que evolucionaron a ARAT presentaron sinovitis persistente y menor caída de la VES de manera estadísticamente significativa.

25

BOSENTAN EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS DIGITALES REFRACTARIAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA Y OTRAS CONECTIVOPATÍAS. RESULTADOS A 24 SEMANAS

J.J. Alegre Sancho, J.A. Román Ivorra, C. Fernández Carballido, I. Chalmeta Verdejo, L. Abad Franch y C. Alcañiz Escandell
Hospital Universitario Dr Peset, Valencia.

Objetivo: Evaluar eficacia de bosentan vo en la prevención y tratamiento de úlceras digitales (UD) refractarias en pacientes con Esclerosis Sistémica (ES) y otras conectivopatías (LES).

Material y métodos: Desde feb-03, se ha iniciado bosentan vo, como uso compasivo, en el tratamiento de UD asociadas a ES/otras conectivopatías refractarias a tratamientos convencionales, incluyendo iloprost ev. Los pacientes han sido evaluados periódicamente y de forma protocolizada de acuerdo con las recomendaciones establecidas. Se ha evaluado eficacia a los 4, 12, 24 y 52 semanas, en términos de prevención (tiempo hasta la aparición de nuevas UD y número de éstas) y curación de UD previas. Se han recogido los acontecimientos adversos (AA). La monitorización de estos y el ajuste de tratamiento se ha llevado a cabo según las recomendaciones.

Resultados: Hasta dic-03 han iniciado el tratamiento 6 pacientes: 1 ESL (limitada), 3 ESD (difusa), 1 LES, 1 conectivopatía indiferenciada (CI). Todas son mujeres, con una edad media de 34 + 12 años, y una media de evolución de su enfermedad de 9 + 6 años (10 + 5 años en ES). *Características basales en pacientes con ES:* score cutáneo de Rodnan medio 25 + 18, afectación esofágica en 100%; afectación intersticial pulmonar, acroosteolisis y calcinosis difusa en 50% (ESD); ninguna de las pacientes presenta hipertensión pulmonar y/o afectación renal y/o cardíaca. *Tratamientos previos:* Todas reciben tratamiento con calcio-antagonistas, nitratos tópicos y antiagregantes. 1 paciente permanece anticoagulada (LES). 5/6 pacientes han requerido tratamiento periódico con iloprost ev. *Estado actual:* 4/6 pacientes han sido evaluados a las 24 semanas (7-10 meses de tratamiento); el resto llevan 2 meses. *Eficacia a los 6 meses:* En todos los casos se resolvieron las UD preexistentes y ha mejorado el fenómeno de Raynaud (frecuencia e intensidad). El número y frecuencia de aparición de nuevas UD ha sido menor, y la curación de éstas más rápida; pasando de una media de 1,75 UD a 0,5 UD /paciente. En dos pacientes (CI, ESD) no han vuelto a aparecer, a los 8 y 10 meses de tratamiento; 1 de ellas (ESD) ha abandonado resto de vasodilatadores. La tolerancia ha sido excelente, con escasos AA que han sido leves, transitorios y en los primeros meses de tratamiento. Al inicio, y con el cambio de dosis, ha aparecido "flushing" (50%), náuseas (1/6), cefalea (1/6) y ligera hipotensión (1/6), que se han resuelto espontáneamente en po-

cos días. En todos los pacientes se ha objetivado ligeros descensos de Hb, siempre < 15%. Sólo en un caso se ha detectado ligera elevación de ALT > AST (< 2x) al mes, resuelta espontáneamente sin modificar la pauta. No se ha producido ninguna retirada.

Conclusiones: Más allá de las 16 semanas (*estudio RAPIDS-1; ACR 2002*), Bosentan continua siendo eficaz, seguro y bien tolerado en la prevención y curación de UD isquémicas, tanto en la ES como en otras conectivopatías con Raynaud severo.

26

ESTUDIO COMPARATIVO DE DENSITOMETRÍA DE CALCÁNEO (DXL) CON DENSITOMETRÍA DEXA DE COLUMNA Y CADERA

J. Calvo Catalá, C. Campos Fernández, J. Quiles Izquierdo*, M. García Melgares Linares, A. Baixauli Rubio y M. González Cruz Cervellera

*Rumatología y Metabolismo Óseo. Hospital General Universitario de Valencia. *Dirección General Salud Pública. Valencia.*

El patrón de referencia para determinar la DMO es la absorciometría radiográfica de doble energía (DEXA), recomendándose su realización tanto en columna como en cadera. Por motivos económicos, de fácil manejo, etc., se buscan otros métodos que aunque con menor precisión, puedan ser útiles para el manejo del paciente con osteoporosis, considerándose el calcáneo como una zona efectiva para predecir fracturas de columna, antebrazo y cadera. Además, al tener un 95% de hueso trabecular, podría ser útil para el seguimiento terapéutico, (por su rápida regeneración). Para eliminar errores de medición de calcáneo por el tejido adiposo de dicha zona y las fibras blandas existentes, recientemente se ha establecido una nueva técnica de medición de calcáneo, mediante rayos X de energía dual y láser, que completa la exploración y determina el grosor del talón (DXL), pretendiendo así mejorar otras técnicas semejantes (PIXI).

Objetivo: Valorar la utilidad de la densitometría ósea de calcáneo DXL en el manejo del paciente con masa ósea patológica.

Material y método: Hemos estudiado 23 pacientes (3 hombres y 20 mujeres), con edad media de 65,6 años (41-75), que acuden a la consulta de osteoporosis. Se les realiza densitometría ósea de columna y cadera mediante densitómetro LUNAR y a la vez, densitometría de calcáneo mediante densitómetro DXL Calsan. Los parámetros de definición de normalidad, osteopenia y osteoporosis, son los que marca la OMS en ambos aparatos. Hemos comparado los resultados obtenidos con ambas mediciones, valorando la correlación entre masa ósea normal o baja masa ósea patológica (osteopenia y osteoporosis).

Correlación con columna y/o cadera

	Columna	Cadera
DXL	21 (91,3%)	13 (56,5%)

Resultados: Debemos tener en cuenta que el nº de pacientes es pequeño y no representativo de una población general, sino de una consulta de osteoporosis, motivo por el cual hay pocos diagnósticos de normalidad y no nos permite valorar correctamente la especificidad. En 21 casos, se correla-

cionan los resultados de DXL con columna (91,3%) y en 13 casos con cadera (56,5%). Si consideramos el resultado de DXL como un criterio para iniciar el tratamiento, la correlación con DEXA es de un 91,3%, existiendo en nuestra corta casuística un falso positivo y un falso negativo.

Conclusiones: 1) La correlación DXL es superior en columna ($S = 0,95$; $E = 0,33$) que en cadera ($S = 1$; $E = 0,18$). 2) Considerando la densitometría de calcáneo como otro factor de riesgo para iniciar el tratamiento, la valoración es positiva, ya que hay una correlación con DEXA de un 91,3%, con un falso positivo y un falso negativo. 3) Se precisarían valoraciones más amplias para obtener conclusiones más determinantes.

27

CONDOITÍN SULFATO REDUCE LA TRANSLOCACIÓN NUCLEAR DEL FACTOR DE TRANSCRIPCIÓN NF-KB Y NO MODIFICA EL ESTADO DE ACTIVACIÓN DE LA PROTEÍNA ACTIVADORA-1 (AP-1)

E. Montell*, G. Martínez*, J. Vergés*, L. Heroux** y P. Du Souich**

*Unidad de Investigación Clínica, Departamento Médico y Científico, Bioibérica Farma, Barcelona, España. **Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad de Montreal, Québec, Canadá.

Introducción: Condroitín sulfato (CS) es un fármaco de acción sintomática lenta efectivo en el tratamiento de la artrosis. Existen datos que sugieren que, además, CS modifica el curso de la enfermedad artrósica. No obstante, los mecanismos responsables del efecto anti-inflamatorio del CS aún no han sido totalmente establecidos.

Objetivos: Estudiar el efecto del CS sobre la activación de los factores de transcripción AP-1 (*Activator Protein-1*) y NF- κ B (*Nuclear Factor- κ B*).

Métodos: Condrocitos procedentes de rodillas de conejos fueron tratados con 200 μ g/ml de CS (Bioibérica Farma) o el vehículo correspondiente durante 24 horas. A continuación, se estimularon las células con 5 ng/ml de IL-1 β durante 48 horas más. La translocación nuclear de las proteínas AP-1 y NF- κ B, determinada por inmunofluorescencia, fue expresada como el cociente entre el número de núcleos teñidos con los anticuerpos secundarios respecto al número total de núcleos, parámetro que se cuantificó usando la técnica de tinción del ácido nucleico con la sonda azul fluorescente DAPI. Paralelamente, se determinaron las concentraciones de óxido nítrico (ON) en el sobrenadante de los cultivos celulares.

Resultados: Los datos obtenidos demuestran que la IL-1 β induce la translocación nuclear de NF- κ B. Así, el cociente NF- κ B/DAPI incrementa en células incubadas con IL-1 β ($0,870 \pm 0,035$) comparado con condrocitos no tratados ($0,013 \pm 0,003$) ($p < 0,05$). CS disminuye dicho cociente en células estimuladas con IL-1 β ($0,771 \pm 0,032$; $p < 0,05$). Los condrocitos tratados con IL-1 β presentan un mayor grado de activación de la proteína AP-1 respecto a células control (el cociente AP-1/DAPI aumenta de $0,18 \pm 0,12$ a $0,55 \pm 0,12$; $p < 0,05$). No obstante, al incubar los condrocitos con CS y IL-1 β simultáneamente, dicho cociente no disminuye, siendo de $0,48 \pm 0,15$. La concentración de ON en condrocitos tratados con IL-1 β ($8,49 \pm 2,20$ μ M/mg de proteína) es muy superior a la observada en cultivos controles ($0,47 \pm 0,13$ μ M/mg de proteína) ($p < 0,05$). El tratamiento con CS no im-

pide el incremento de los niveles de ON inducido por IL-1 β ($9,60 \pm 2,18$ μ M/mg de proteína).

Conclusión: El presente estudio sugiere que el efecto clínico del CS podría ser parcialmente causado por una reducción en la activación del factor de transcripción NF- κ B. Este efecto sobre el NF- κ B no está asociado a la disminución en la producción de ON, aunque la activación de NF- κ B induce la expresión de la enzima óxido nítrico sintasa-2 (NOS-2). Esta aparente contradicción podría explicarse por la regulación de la enzima NOS-2 por otros factores de transcripción, además de NF- κ B. En resumen, la disminución de la translocación nuclear-transactivación de NF- κ B inducida por CS podría constituir un nuevo mecanismo de acción del CS.

28

PROCESO INFLAMATORIO OCULTO COMO RESPONSABLE DE ALTOS NIVELES DE DISTRÉS PSICOLÓGICO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

J. Rivera Redondo y T. González Hernández
Instituto Provincial de Rehabilitación. Madrid.

Introducción: En pacientes con fibromialgia (FM), los trastornos psicopatológicos graves se pueden observar hasta en un tercio de ellos. Es frecuente que cuanto mayor sea el grado de afectación psicopatológica tanto mayor sea la tendencia a considerar a estos pacientes subsidiarios de tratamiento psicológico o psiquiátrico de forma preferente.

Objetivos: El propósito de este estudio es valorar el grado de afectación psicopatológica en un grupo de pacientes con FM y su relación con las alteraciones analíticas detectadas.

Pacientes y métodos: Durante un período de 7 meses se atendieron en la consulta externa de reumatología un total de 170 pacientes que cumplían con los criterios de clasificación de la ACR para la FM. Se excluyeron del estudio los varones, pacientes < 18 ó > 65 años, litigantes, y aquellos con enfermedades sistémicas, inflamatorias o psiquiátricas. Se determinó la capacidad funcional mediante los cuestionarios FIQ, HAQ y FHAQ; el estado de salud general mediante el SF36, y el grado de distrés psicológico mediante el SCL 90R. Asimismo, se les realizó una analítica sanguínea que incluía: hemograma, VSG, bioquímica general, proteinograma, proteína C reactiva, factor reumatoide, fracciones C3 y C4 y anticuerpos antinucleares. Según las alteraciones analíticas se dividió a las pacientes en 3 grupos: FM puras (ninguna alteración o alteraciones metabólicas solamente), FM con rasgos autoinmunes (citopenias, consumo de complemento, presencia de factor reumatoide o antinucleares) y FM con rasgos inflamatorios (aumento de los reactantes de fase aguda). Se compararon mediante un test de ANOVA las características demográficas, capacidad funcional, salud general y distrés psicológico, entre los diferentes grupos. Se consideró significativa una $p < 0,01$ aplicando la corrección de Bonferroni.

Resultados: Se incluyeron 102 pacientes en el estudio. Según las alteraciones analíticas se encontraron: FM puras, 60 pacientes; FM con rasgos auto-inmunes, 24 pacientes; FM con rasgos inflamatorios, 16 pacientes. No se encontraron diferencias significativas en las características demográficas, capacidad funcional o estado de salud general entre los diferentes grupos. Las pacientes con FM y rasgos analíticos inflamatorios presentaban un mayor número de puntos dolo-

rosos ($p < 0,002$) y unos índices de severidad global ($p < 0,002$) y de malestar ($p < 0,001$), pertenecientes al SCL 90R, significativamente mayores que los otros dos grupos.

Conclusiones: El estrés psicológico fue significativamente mayor en las pacientes con FM y rasgos analíticos inflamatorios asociados. Estos datos sugieren que un proceso inflamatorio oculto puede contribuir a incrementar el grado de estrés psicológico de las pacientes con FM.

29

AMAUROSIS EN PACIENTE CON ARTERITIS DE HORTON: TRATAMIENTO CON ANTI TNF- ALFA

V. Torrente Segarra, C. Pérez García, J. Maymó Guarch, J. García Miguel, A. Pros Simón, P. Benito Ruiz y J. Carbonell Abelló

Servicio de Reumatología IMAS. Hospital del Mar y de la Esperanza. Barcelona.

Introducción: La amaurosis por neuritis óptica isquémica (NOI) secundaria a la arteritis de células gigantes (ACG) es una complicación severa e infrecuente (2-23%) según las series y su tratamiento se realiza con dosis altas de corticoides. La respuesta es normalmente insatisfactoria si presenta más de 12 horas de evolución.

Objetivo: Describimos un caso de amaurosis unilateral secundaria a NOI en el contexto de ACG, corticoresistente, que presentó mejoría progresiva con anti-TNF alfa.

Caso clínico: Mujer de 80 años remitida de forma urgente por oftalmología por amaurosis derecha de diez días de evolución secundaria a NOI. Entre sus antecedentes patológicos destacan: hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo, polimialgia reumática diagnosticada hacía dos años sin clínica de ACG, que respondió a dosis de 30 mg de deflazacort, lo que permitió reducir totalmente la dosis de corticoides, quedando 22 meses sin tratamiento. La paciente refiere de nuevo síndrome polimialgico, acompañado de dolor témporo-mandibular, reactantes de fase aguda (RFA) elevados (VSG 91 y PCR 14,7) y amaurosis de diez días de evolución, habiendo iniciado, sin respuesta, prednisona 90 mg/día, a las 72 horas de iniciar la clínica ocular. Ante sospecha de ACG y amaurosis secundaria, se realiza biopsia temporal que resulta positiva para ACG. A las 24 horas de la biopsia, se administra, como medicación compasiva, una primera infusión de infliximab 3 mg/kg por falta de reapuesta clínica. A los 7 días, la paciente refiere agudeza visual a cuenta de dedos a 100 cm. Por normalización de los RFA, se procede a la reducción progresiva de prednisona a la semana de iniciar el tratamiento anti-TNF alfa. Tras una segunda infusión de infliximab y el paso a etanercept 25 mg/2 veces/semana (para mejoría de cumplimiento) la paciente permanece estabilizada, sin presentar empeoramiento clínico ocular al reducir la dosis de prednisona a 15 mg/día.

Discusión: Presentamos, tras la revisión extensa de la literatura, el primer caso de amaurosis secundaria a vasculitis de Horton que responde a terapia anti-TNF alfa. Este tratamiento fue administrado de forma compasiva, y, de acuerdo con la paciente, atendiendo al papel que juega el TNF alfa en los mecanismos pro-inflamatorios que se producen a nivel arterial en esta enfermedad. Dada la respuesta tanto clínica como biológica (disminución de VSG y PCR) tras su administración, se podría atribuir dicho efecto a la terapia anti-TNF alfa.

30

REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE INGRESOS TANTO POR ENFERMEDAD COMO POR COMORBILIDAD DURANTE EL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-TNF

L. Garrido Courel, A. Ruibal Escribano, I. Hernando Rubio, J. Duruelo Echevarrieta, F. Pérez Ruiz, M. Calabozo Raluy, E. Uriarte Isacelaya, E. Garmendia Sánchez y A. Alonso Ruiz
Hospital de Cruces, Baracaldo. Vizcaya.

Objetivo: Valorar la repercusión que tiene la administración de fármacos anti-TNF en el número de ingresos hospitalarios.

Métodos: Se recogieron datos de todos los pacientes que habían seguido tratamiento con anti-TNF (infliximab, etanercept, adalimumab) en una unidad hospitalaria. Se comparó el número de ingresos y estancias de los pacientes durante el período en el que estuvieron en tratamiento con anti-TNF con el número de ingresos y de estancias en un tiempo similar previo a la instauración del mismo (controles históricos).

Resultados: Fueron analizados un total de 88 pacientes, 28 (31,8%) hombres y 60 (68,2%) mujeres, con una edad media de 53 años (17-83): 69 con artritis reumatoide, 6 con espondilitis anquilosante, 11 con artritis psoriásica y 2 con artritis idiopática juvenil. 31 pacientes comenzaron tratamiento con infliximab, de los cuales 4 pasaron a etanercept y 7 a adalimumab; 37 pacientes empezaron con adalimumab cambiando posteriormente a etanercept uno de ellos y 20 iniciaron tratamiento con etanercept. El tiempo medio de tratamiento osciló entre 1 y 67 meses (M 15, mediana 8,5). El número total de ingresos previo a la instauración de los anti-TNF fue 57 (media 0,64 ingresos / paciente), 39 (0,44/ paciente) por la enfermedad o efecto adverso del tratamiento y 18 (0,20/paciente) por comorbilidad. El número total de ingresos durante el tratamiento fue 32 (M 0,36/ paciente), 16 (0,18/paciente) por la enfermedad y 16 (0,18/paciente) por comorbilidad, observándose una reducción del 59% en cuanto a ingresos por enfermedad y un 11% por comorbilidad. El número de estancias totales previas a los anti-TNF fue 361, 244 por la enfermedad y 117 por comorbilidad, y durante el tratamiento 195, 112 por la enfermedad y 83 por comorbilidad. La diferencia obtenida es de un 54% menos de estancias por enfermedad y de un 29% menos por comorbilidad. Todas las comparaciones entre los parámetros, previos y durante el tratamiento con anti-TNF, fueron estadísticamente significativas ($p < 0,01$) y favorables para los fármacos anti-TNF.

Conclusiones: La administración de los fármacos anti-TNF ha ocasionado una reducción del número de ingresos y de estancias tanto por actividad de la enfermedad como por comorbilidad, y una reducción en el coste.

31

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA INCAPACIDAD PERMANENTE (IP) EN EL PROYECTO ITME

G. Candelas Rodríguez, L. Abasolo, F.J. Bachiller, M. Revenga, P. Collado, P. Richi, C. Lajas, M. Blanco, L. Carmona y J.A. Jover Jover
H. Clínico San Carlos, Madrid.

En términos administrativos, la incapacidad permanente (IP) es la situación del trabajador que después de sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o fun-

cionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyen o anulan su capacidad laboral. Las enfermedades musculoesqueléticas son la primera causa de IP, con un coste socioeconómico importante. El proyecto ITME evalúa la eficacia de una intervención holística sobre la incapacidad laboral de origen musculoesquelético (ITME).

Objetivo: Conocer las características sociodemográficas de la IP de causa musculoesquelética.

Material y métodos: El proyecto ITME (1998-2000) era un estudio prospectivo de intervención en el que pacientes con nueva ITME en 3 áreas sanitarias de la comunidad de Madrid (4,7 y 9) eran aleatorizados en dos grupos: *a) control:* siguieron el sistema tradicional de asistencia y *b) intervención:* consulta específica y especializada llevada por reumatólogos contratados para ese fin. El estatus de IP se midió en el 2003. Para este subanálisis se utilizaron todos los pacientes, independientemente del grupo de estudio. Las diferencias entre grupos se analizaron mediante tablas de contingencia

Resultados: Los pacientes incluidos en el estudio fueron 13.081 (7.809 en el grupo control y 5.272 en el grupo intervención).

	No IP	IP	p
Edad (%)			
<30	22,6	1,93	0,000
30-50	45,6	38,22	
>50	31,73	59,85	
Sexo (%)			0,02
Hombre	52	42	
Mujer	48	58	
Régimen laboral (%)			0,000
Autónomo	4,96	13,23	
Empleadas hogar	0,80	3,11	
General	94,23	83,66	

Conclusiones: La solicitud de procesos de IP fue más frecuente en mujeres, en pacientes que pertenecían al régimen de autónomos y en el rango de edad comprendido entre 30-64 años.

32

TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE CON ADALIMUMAB. EXPERIENCIA HGU ELCHE

J.A. González Ferrández, J.R. Noguera Pons, F.J. Navarro Blasco y J.V. Tovar Beltran
Hospital General Universitario Elche. Alicante.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad a corto plazo del adalimumab (D2E7, ac monoclonal completamente humano anti-TNF alfa) en pacientes con artritis reumatoide (AR) activa a pesar del tratamiento con FAME convencionales.

Material y métodos: Estudio abierto, prospectivo, con inclusión de 38 pacientes (81,5% mujeres) con AR activa (DAS28 \geq 3,2) refractaria al tratamiento con FAMES convencionales. Características de los pacientes: 71% FR (+); edad media 57,3 años (36-75); tiempo medio de evolución de la AR 13,3 años (0,5-53); FAMES previos utilizados 3,42 (1-7); 5 pacientes habían recibido anteriormente tratamiento con otro agente biológico (influximab). En todos los pacientes se añadió Adalimumab (40 mg sc, 1 inyección cada 2 semanas) al tratamiento habitual. En la visita basal y en las semanas 2-

6-12-20-28 se recogieron los siguientes datos: NAD, NAT, VSG, HAQ, valoración global del estado de salud por el paciente y el médico, DAS 28 y aparición de efectos adversos. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS.

Resultados: Se muestran en la siguiente tabla:

Visita	Basal	Sem 2	Sem 6	Sem 12	Sem 20	Sem 28	p*
Nº pac	38	38	37	36	32	29	
NAD	12,36	5,15	2,97	2,4	2,34	2,48	<0,001
NAT	10,6	5,05	2,62	1,94	1,71	1,99	<0,001
VSG	34,13	23,9	24	21,2	21,75	18,34	<0,001
EGS PAC	56,2	41,4	31,4	25,4	23,3	23,6	<0,001
EGS MED	56,7	29,9	16,3	15,6	13,8	13,3	<0,001
DAS 28	5,95	4,34	3,6	3,03	3,22	3,2	<0,001
HAQ	1,76	1,18	0,86	0,95	0,87	0,79	<0,001
EF. ADV. -	3 (8%)	2 (5,4%)	1 (2,8%)	3 (9,4%)	4 (13,8%)		

*visita basal vs. semana 28

Un total de 29 pacientes completaron todas las visitas (semana 28). Un paciente abandonó el tratamiento tras la semana 20 por efectos adversos (infección VRA con reagudización de asma bronquial), se perdió el seguimiento de otro paciente tras la semana 2 y los 7 restantes aún no han completado todas las visitas. Todas las variables a estudio mejoraron de forma significativa tras tan sólo una inyección. La mejoría en el DAS 28 final fue independiente del tiempo de evolución de la AR y del HAQ inicial. Según los criterios de respuesta individual de la EULAR, un 22% de pacientes presentó buena respuesta en la semana 12, un 70% respuesta moderada y un 8% no respondió. En la semana 28 los porcentajes fueron 20, 69 y 11 respectivamente.

Conclusiones: 1) Adalimumab es un tratamiento eficaz en la AR y con un muy rápido inicio de acción. 2) En este estudio a corto plazo se muestra como un fármaco bien tolerado por la mayor parte de los pacientes.

33

REGRESIÓN DE LA FIBROSIS CUTÁNEA CON BOSENTAN EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

J.J. Alegre Sancho, J.A. Román Ivorra, C. Fernández Carballido, I. Chalmeta Verdejo, L. Abad Franch y C. Alcañiz Escandell
Hospital Universitario Dr Peset, Valencia.

Introducción: La Endotelina 1(ET1) es un potente vasoconstrictor endógeno, con acción mitógena sobre fibroblastos, músculo liso y endotelio. Se ha demostrado una expresión aumentada de ET1 y sus receptores en la piel de pacientes con Esclerosis Sistémica (ES). Bosentan es un antagonista dual de los receptores de ET1 (ETA y ETB) que podría, hipotéticamente, ser eficaz en la prevención y/o tratamiento de la afectación cutánea en la ES.

Objetivo: Evaluar la eficacia de bosentan en la prevención y tratamiento de la afectación cutánea (AC) en pacientes con Esclerosis Sistémica (ES), limitada (ESL) o difusa (ESD).

Material y métodos: Se han seleccionado los pacientes con ES que han iniciado tratamiento con bosentan y según la pauta habitual, recogiendo el diagnóstico y la indicación del tratamiento. Estos pacientes han sido evaluados periódicamente y de forma protocolizada desde el inicio del tratamiento de acuerdo con las recomendaciones establecidas. Se ha utilizado el "score" cutáneo de Rodnan en la monitorización de la AC, al tratarse de una técnica validada, sencilla y ampliamente utilizada. Este se ha recogido basalmente, al

mes, y a los 3, 6 y 12 meses; analizando las variaciones en el mismo. Todos los controles han sido realizados por el mismo reumatólogo para evitar la variabilidad interobservador (25%).

Resultados: Desde feb-03 hasta dic-03, se ha iniciado tratamiento con bosentan vo en 8 pacientes con ES (3 ESL, 5 ESD): 4 por hipertensión pulmonar asociada, y 4 por úlceras digitales refractarias (uso compasivo). En los 5 pacientes con un seguimiento > 3 meses, se ha evidenciado una mejoría progresiva y gradual de la AC, independientemente del tiempo de evolución de la enfermedad y del grado/extensión de la AC:

Rodnan medio	Basal (n: 5)	3 meses (n: 5)	6 meses (n: 4)
ESD (n: 4)	30 ± 5	24 ± 12	20 ± 10
ESL (n: 1)	4	4	2

La mejoría de la AC ha sido más evidente y precoz a nivel proximal (cara, tronco y región proximal de extremidades), extendiéndose luego distalmente. Paralelamente, se ha observado una recuperación rápida de anejos cutáneos, con hipertricosis en extremidades.

Conclusiones: Bosentan resulta eficaz en el tratamiento de la AC establecida en pacientes con ES. Una mejoría de la AC ya había sido señalada, aunque no cuantificada, por Humbert et al en un caso aislado (*Rheumatology* 2003; 42: 191-193). Dados los múltiples beneficios del fármaco, debería considerarse la posibilidad de su uso en el tratamiento de la ES "de inicio".

34

¿SON ADECUADAS LAS RECOMENDACIONES PARA LA MONITORIZACIÓN DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON BOSENTAN?

J.J. Alegre Sancho, C. Fernández Carballido, J.A. Román Ivorra, I. Chalmeta Verdejo, L. Abad Franch y C. Alcañiz Escandell
Hospital Universitario Dr Peset, Valencia.

Introducción: La alteración de la función hepática (AFH) es uno de los acontecimientos adversos más frecuentes del tratamiento con bosentan. Se atribuye a inhibición competitiva de la BSEP (bomba de secreción de sales biliares). Las guías para su monitorización recomiendan, únicamente, control de ALT y AST.

Objetivo: Describir la AFH en pacientes con hepatotoxicidad inducida por bosentan, evaluando la utilidad de estas guías en el diagnóstico precoz y seguimiento de estos pacientes.

Material y métodos: Pacientes que han iniciado bosentan vo, seleccionando los que han desarrollado AFH para su evaluación y análisis. La monitorización y ajuste de tratamiento se ha hecho según las recomendaciones establecidas. Se ha recogido: diagnóstico, tiempo de evolución y curso de su enfermedad; medicación; características y cuantía de la AFH, actitud ante ésta y evolución. Otras causas de AFH fueron descartadas.

Resultados: De feb a dic-03, han iniciado bosentan 10 pacientes: 4 por hipertensión pulmonar (HTP) asociada a esclerosis sistémica (ES), y 6 por úlceras digitales (UD) refractarias asociadas a ES / otras conectivopatías (uso compasivo); 3 ESL (limitada), 5 ESD (difusa), 1 LES y 1 conectivopatía indiferenciada. 3 pacientes han presentado AFH (30%); obligando a retirada en uno, y reducción de dosis en

otro. *Caso 1:* Varón de 70 años con ESD de 1 año de evol., crisis renal en marzo-03, fibrosis pulmonar (FP) e http (PsAP: 50 mmHg). Tratamiento: corticoides, calcio-antagonistas, iecas y omeprazol. Indicación: HTP. Inicio: mar-03. Retirada en jul-03, tras añadir sintrom, por hepatitis colostásica aguda (HCA) sintomática (ALT 4x, AST 2x, GGT 15x, FFAA 5x, Bil 3,25); recuperándose en 2 meses. Reinicio a 62,5 mg/12 h en oct-03, retirándose a las 3 sem por nueva HCA sintomática (ALT 3x, AST 1.5x, GGT 30x, FFAA 5x, Bil 2). Evolución (tras 1,5 meses): asintomático, GGT x4. *Caso 2:* Mujer de 59 años con ESL de 37 años de evol., con afectación cardíaca, FP, HTP (PsAP:42 mmHg) y Sjögren 2º. Tratamiento: corticoides, calcio-antagonistas y sintrom. Indicación: HTP. Inicio: mar-03. Desde may-03, presenta colostasis progresiva (GGT 5x, FFAA 1.5x). Evolución: mejor al reducir dosis (GGT 4x). *Caso 3:* Mujer de 31 años con ESL de 9 años de evol., con afectación esofágica y UD. Indicación: UD refractarias. Inicio: oct-03. Elevación de ALT 1,5x al mes. Evolución: resolución a pesar de aumentar dosis.

Conclusiones: 1) De acuerdo con su mecanismo de hepatotoxicidad, predomina la colostasis en la AFH inducida por bosentan. Esta puede detectarse antes y después de la alteración de ALT y AST, por lo que su monitorización resulta más útil en el diagnóstico precoz y seguimiento de estos pacientes. 2) Cabe considerar la posibilidad (no descrita) de un aumento de riesgo de AFH en pacientes que reciben Sintrom dado: a) la relación temporal en el caso 1, y b) la aparición de AFH en 2/4 pac. que reciben ambos fármacos.

35

COSTO EFICACIA DEL LAVADO ARTICULAR (LA) COMPARADO AL TRATAMIENTO CON AINE EN LA ARTROSIS DE RODILLAS

N. Barbero Castro, A. Acosta Pereira, I. Gich y A. Rodríguez de la Serna
Hospital Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Valorar el costo-eficacia y la seguridad del LA frente a AINE en el tratamiento sintomático de la artrosis de rodilla (OAR).

Métodos: Se compararon los resultados del LA realizado en 238 pacientes con OAR cumpliendo criterios ACR, realizado como estudio observacional, prospectivo, abierto de serie de casos con los resultados de 4 ensayos clínicos con AINE, controlados, con un total de 54 pacientes, doble ciego y aleatorizados frente a otro AINE comparador, practicado por el mismo equipo investigador, sobre pacientes que acuden a la consulta externa de reumatología en el mismo período de tiempo(1995-2000). Los AINE utilizados fueron: diclofenaco 150 mg/día; diclofenaco retard 100 mg/día; naproxeno 1000 mg/día; piroxicam 20 mg/día; tenidap 20 ó 40 mg/día y rofecoxib 12,5 mg/día. Se aplica el test T de Student para medidas repetidas, para analizar la significación de la diferencia de las medias entre las distintas poblaciones consideradas. Se utilizó mediante métodos lineales generalizados un análisis de la varianza (ANOVA) de 2 factores: factor tiempo (2 niveles: antes y después) de medidas repetidas y factor grupo, 2 niveles (AINE y LA) de medidas independientes, evaluando ambos factores y la interacción entre ellos. Se asumió un nivel de significación de un 5% ($\pm = 0,05$).

Resultados: Los grupos de pacientes eran similares salvo la edad media del grupo LA (68,5) contra el grupo AINE (65,3)

$p < 0,002$. El análisis de respuesta al tratamiento fue similar en los dos grupos respecto al tiempo con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,0005$) entre la basal y los tres meses para las variables: intensidad del dolor articular (medida por EVA), derrame articular y dolor a la presión articular, pero no se hallaron diferencias significativas con el análisis de la evaluación de ambos factores (tiempo-grupo) y la interacción entre ellos. La opinión del paciente respecto a la eficacia del tratamiento presenta una significación estadística a favor del LA ($p < 0,005$). *Seguridad*: la tasa de abandonos del LA fue del 7,42% frente al 11,11% del grupo AINE y los efectos adversos se observaron en 4 pacientes del LA (2,06%) frente a 9 pacientes del grupo AINE (16,6%) $p < 0,0005$. *Costo*: el material fungible del LA es de 6 euros. El coste medio del tratamiento con AINE durante 3 meses es de 243,68 euros (rango: 16,98-134,04), no incluyendo el gasto por gastroprotectores.

Conclusiones: El LA y los AINE se muestran como tratamiento sintomático eficaz en la OAR, durante un período de evaluación de hasta tres meses, sin diferencias entre ambos. El LA presenta un coste más económico, tanto por la menor presencia de efectos secundarios como por el coste directo del tratamiento.

36

PERFIL CLÍNICO DE LAS PACIENTES REMITIDAS POR LOS GINECÓLOGOS A LA UNIDAD DE DENSITOMETRÍA

D. Martínez Aguilà, J.M. Nolla, C. Gómez Vaquero, D. Reina, E. Sirvent y J. Valverde
Servicio de Reumatología. H. Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Objetivos: Estudiar el perfil clínico de las pacientes remitidas a una Unidad de Densitometría por especialistas en Ginecología y la prevalencia de osteoporosis.

Métodos: Entre junio de 1995 y junio de 1998, en la Unidad de Densitometría, se realizaron 1059 exploraciones solicitadas desde Ginecología. A todas estas mujeres, se les remitió por correo un cuestionario que incluía preguntas relacionadas con la osteoporosis. Para homogeneizar la muestra, no se consideraron las mujeres menores de 40 años y las mayores de 69. La DMO se midió por DXA en columna lumbar y fémur proximal.

Resultados: La muestra final contó con 987 mujeres, 694 contestaron y 293, no. Las pacientes que contestaron tenían una edad media superior ($54,2 \pm 5,4$ vs. $52,9 \pm 5,5$ años), una DMO inferior en todas las regiones estudiadas y una mayor frecuencia de diagnóstico de osteoporosis (22% vs 16%). En cuanto a los datos de la encuesta, la duración media del período posmenopáusico fue de $8,3 \pm 6,4$ años. El 23% de las mujeres estaban anejectomizadas. El 44% de las mujeres había recibido tratamiento hormonal sustitutivo y el 37%, suplementos de calcio. La DMO media en columna lumbar fue de $0,918 \pm 0,146$ g/cm²; en cuello femoral, $0,748 \pm 0,109$ g/cm²; en fémur total, $0,902 \pm 0,126$ g/cm². En 235 (34%) mujeres, la DMO fue normal; 302 (43%) presentaban osteopenia y 156 (23%), osteoporosis. La DMO en columna lumbar se relacionó con la edad, la altura, el peso, el número de hijos y la duración del período posmenopáusico; en fémur proximal, con la edad, la altura, el peso, la edad en la menarquia y la duración del período posmenopáusico. El diagnóstico de osteoporosis se relacionó con la edad, la edad en la menarquia y la duración del período posmenopáusico.

Conclusiones: La sensibilización de las mujeres posmenopáusicas por la osteoporosis parece ser alta. La prevalencia del diagnóstico de osteoporosis en las mujeres remitidas a la Unidad de Densitometría desde Ginecología es baja. La DMO de estas pacientes se relaciona con los factores de riesgo clásicamente descritos.

37

VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA (ES)

M. Núñez, J.A. Moreno, E. Núñez, S. Jiménez, J.L. del Val, C. Berges, P. Iranzo y J. Font

S. Reumatología ICAL Hospital Clínic, S. Dermatología Hospital Clínic, SAP Sants Montjuïc Institut Català de la Salut, Enfermedades autoinmunes ICII Hospital Clínic. Barcelona.

Objetivos: Determinar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de pacientes diagnosticados de ES según los criterios de la ACR y relacionarla con los valores poblacionales de referencia (VPR) e identificar la influencia de variables sociodemográficas y clínicas sobre las dimensiones de CVRS.

Pacientes: 28 pacientes consecutivos, diagnosticados 10 de ES difusa y 18 ES limitada, (6 hombres); edad media 53,2 DE (11,7); tiempo de evolución 144 meses (DE 90).

Métodos: Estudio observacional analítico. La CVRS se evaluó a través de la versión española del cuestionario SF-36 y VPR. Variables determinadas: género, edad, nivel educativo, profesión, nivel económico, tiempo de evolución, comorbilidad y dolor (EVA).

Resultados: Las puntuaciones obtenidas del SF-36 fueron para todas las dimensiones más bajas que los VPR (*)

Función física (FF)	Rol funcional (RF)	Dolor corporal (DC)	Salud general (SG)	Vitalidad (V)	Función social (FS)	Rol emocional (RE)	Salud mental
84,7*	83,2*	79,0*	68,3*	66,9*	90,1*	88,6*	73,3*
53,8	47,1	52,1	38,7	47,1	72,8	58,8	62,8

*Valores poblacionales de referencia

El género influyó en la CVRS. Las mujeres presentaron puntuaciones más altas en la FF, RF, DC, SG y V de las dimensiones del SF36 y los hombres en FS, RE y SM. El dolor influyó negativamente sobre la CVRS ($p < 0,05$).

Conclusiones: Los pacientes con ES presentaron una menor CVRS que la población de referencia. El dolor y el género influyeron en la CVRS de estos pacientes. Las medidas de CVRS pueden ser un instrumento útil en la evaluación de esta enfermedad.

38

¿OSTEOPOROSIS TRANSITORIA DE CADERA O NECROSIS AVASCULAR?

J. Moreno Morales, M.J. Moreno Ramos, C. Marras Fernández Cid y M. Castaño Sánchez
Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Objetivo: La Osteoporosis Transitoria de Cadera (OTC) es un cuadro clínico infrecuente en el que la mayoría de autores coincide que es un cuadro autolimitado con resolución espontánea en un tiempo variable, a diferencia de la Necrosis Avascular (NAV) que evoluciona de forma desfavorable.

Las pruebas de imagen actuales como es la Resonancia Magnética Nuclear (RNM) diferencian ambos cuadros en estadios no iniciales. El problema radica en diferenciar ambos cuadros en fases iniciales.

Material y métodos: Se describen 10 casos recogidos entre los años 1999 y 2002. Con carácter retrospectivo se procede a agrupar por sexo, factores de riesgo, técnicas de imagen practicadas, tratamiento aplicado, y evolución clínica, desde el momento del diagnóstico.

Resultados: Del total de los 10 casos recogidos, 7 fueron mujeres (gestantes todas), 3 fueron hombres (rango edad 38-45). El tiempo hasta diagnóstico desde la presentación de síntomas osciló entre 1 y 5 meses. Se encontraron alteraciones bioquímicas o fármacos previos en 2 casos; en un 3º caso existía una exposición a tóxicos. Tres de los 10 casos acabaron en Artroplastia de cadera (aquellos con mayor tiempo hasta el diagnóstico). Como tratamiento, en todos los casos se prescribió descarga de la articulación junto con AINEs; en 3 casos se trató con calcitonina, en 2 casos se prescribió calcio y vitamina D; en 2 casos se prescribió esteroides vía oral. Un caso recibió infiltración, y 1 caso fue tratado con bifosfonatos. Se practicó RNM en todos los casos, encontrando en 7 casos disminución de señal homogénea en T1, con aumento de señal en T2, que afectaba tanto a cabeza, como cuello y metáfisis femoral. En los 3 casos restantes se objetivaba la aparición de un defecto focal, y la doble línea hipodensa bordeando una zona de hipodensidad en T2 (característica de la NAV).

Conclusiones: Es fundamental el diagnóstico precoz de la OTC. Este es sencillo cuando, clínicamente, se sospecha la OTC. El manejo de la OTC requiere del empleo de RNM seriadas, a la hora de vigilar la evolución y diferenciar aquellos casos de NAV precoz de los de OTC.

39

CORRELACIÓN DEL CUESTIONARIO SF36 CON LAS VARIABLES BASDAI, BASFI Y GÉNERO EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

P. Font Ugalde, M.J. de la Torre, E. Muñoz, M. López Pardo, M. Sánchez, V. Pérez Guijo, M.C. Muñoz, M.C. Castro, G. Morote, M.D. Miranda y E. Collantes
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos: Valorar la Calidad de Vida en pacientes con EA. Detectar las áreas más alteradas de Calidad de Vida de los pacientes con EA.

Pacientes y métodos: Estudio transversal para evaluar la Calidad de Vida relacionada con la Salud, en enfermos con EA que cumplan los criterios de Nueva York, atendidos en consulta especializada del Hospital Universitario Reina Sofía, mediante el cuestionario de salud SF-36. Se realizaron 2 análisis de regresión lineal múltiple considerando como variable dependiente al componente físico y al mental del SF-36 respectivamente y como variables independientes: Género, edad, trabajo remunerado, tiempo de evolución, enfermedad concomitante, hábito tabáquico, BASFI y BASDAI.

Resultados: Se estudiaron 109 pacientes con una edad media de $44,41 \pm 11,26$ años, siendo el 84% hombres. El 33,7% tenía una actividad media en su ocupación, y más de la mitad eran trabajadores en activo. Cerca del 50% no realizaba ejercicio físico, el 59,3% sólo tenía estudios primarios y el 57,9% contaba con la familia como red de apoyo. Las enfermedades concomitantes más frecuentes fueron las gastrointestinales y la

hipertensión (22,9% y 22,2% respectivamente). El 41,4% eran fumadores. El retraso en el diagnóstico fue de $9,8 \pm 9,2$ años, la duración media de la enfermedad de $13,9 \pm 9,6$ años y el tiempo medio de evolución de $23,7 \pm 11,5$ años. Las variables BASDAI y BASFI correlacionaron con el componente físico, el sexo y BASDAI con el componente mental del SF36.

SF36	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Función social	Salud mental	Rol emocional	Vitalidad
Diferencia de medias	32,3	45,1	38,4	29	24-7	13,1	16,7	20,8
IC (95%)	28-37	36-54	35-42	25-33	21-28	8-18	11-22	17-25

Prueba t de Student (P = 0,000)

Conclusiones: 1) A igualdad de BASFI, por cada 10 unidades de aumento en el BASDAI, el componente físico disminuye por término medio 0,9 unidades (IC95% = 0,2 a 1,7 puntos). 2) A igualdad de BASDAI, por cada 10 unidades de aumento en el BASFI, el componente físico disminuye por término medio 2,4 unidades (IC95% = 1,7 a 3,1 puntos). 3) A igualdad de BASDAI, el hombre tiene por término medio 8,6 más puntos en el componente mental que las mujeres (IC95% = 1,4 a 15,8 puntos). 4) A igualdad de género, por cada 10 unidades de aumento en el BASDAI, el componente mental disminuye por término medio 2,0 unidades (IC95% = 0,9 a 3,1 puntos).

40

PREVALENCIA DE LUMBALGIA Y ARTROSIS DE CADERA Y RODILLA EN MUJERES CON OBESIDAD MÓRBIDA

J. Ivorra Cortés, R. Cámara, A.L. Abad, S. Navas, J. Gómez y F. Piñón

H. d'Ontinyent y Hospital General Universitario La Fe. Valencia.

La obesidad se considera un factor de riesgo para el desarrollo de diversas enfermedades entre ellas la artrosis en articulaciones de carga.

Objetivo: Valorar la prevalencia de lumbalgia y artrosis de cadera y rodilla en mujeres con obesidad mórbida (índice de masa corporal > 40 kg/m²).

Pacientes y métodos: Se evaluaron 64 mujeres (edad media: 44 + 12 años) con IMC de 50 + 7,6 kg/m² remitidas a la consulta hospitalaria de Endocrinología para valorar tratamiento quirúrgico con cirugía bariátrica. Se interrogó por la presencia de dolor lumbar (de más de 6 meses de evolución) o dolor en ingle o en rodillas con la movilización. Se realizaron radiografías AP de caderas, PA en carga y lateral de rodillas y AP y lateral de columna lumbar. Se consideró que un paciente cumplía criterios radiográficos de artrosis cuando se detectaba pérdida del espacio articular y/o presencia de osteofitos en cualquiera de las localizaciones estudiadas.

Resultados: 26 (40%) pacientes presentaban signos radiográficos de artrosis de rodilla y dolor de rodillas, 6 (9%) dolor de rodillas sin signos radiográficos y 17 (26%) signos radiográficos sin presencia de dolor. 3 pacientes (5%) presentaron dolor en ingles y signos radiográficos de artrosis de cadera y 12 (19%) presentaron signos radiográficos de artrosis de cadera sin síntomas. La prevalencia de dolor lumbar crónico con signos de artrosis lumbar fue del 7,8% (5 pacientes). 29 pacientes (45%) presentaron espondiloartrosis lumbar radiográfica asintomática. En el estudio EPISER la artrosis sintomática de rodilla para mujeres de 50-60 años se situaba en el 13,3%, y para el grupo de edad entre 40-49 años en el 4,4%. En el mismo estudio la prevalencia de lumbalgia crónica era

del 12% y 7% respectivamente, para los mismos grupos de edad. La prevalencia de artrosis sintomática de cadera, en diferentes estudios se sitúa entre el 2 y el 26%.

Conclusiones: En el grupo de mujeres con obesidad mórbida estudiado parece detectarse una elevada prevalencia de artrosis sintomática de rodilla. Otras patologías articulares como la lumbalgia y artrosis de caderas muestran una prevalencia dentro de los rangos habituales de la población general.

41

DÉFICIT DE VITAMINA D Y RIESGO DE FRACTURA DE CADERA: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

R. Mazzucchelli, J. Uson, P. Zarco, J. Quirós, R. Almodóvar y N. Crespi

U. Reumatología. Fundación Hospital Alcorcón, U. Reumatología. H. Móstoles, C.S. Granero Vicedo. Área 8. Madrid.

Objetivo: Comparar la prevalencia de déficit de vit D en mujeres con fractura de cadera y mujeres sin fractura remitidas a la consulta para valoración de osteoporosis.

Métodos: De un estudio previo (estudio FRACAAL) que incluía a 90 mujeres con fractura de cadera que habían ingresado en nuestro centro (FH Alcorcón) se les determinó los niveles de 25-OH-vit D (grupo fx). Como grupo control se tomaron 163 mujeres remitidas a la consulta de reumatología (H. Móstoles) para valoración de osteoporosis, en las que también se determinaron los niveles de 25-OH-vit D (grupo sin fx). Todas las determinaciones se realizaron en el mismo laboratorio. Se definió déficit de vitamina D unos niveles inferiores a 10 ng/ml. Se utilizó el test de la t-Student para la comparación de medias, y se calculó La odds ratio (OR) para comparar proporciones.

Resultados: La media de edad del grupo fx fue $85,8 \pm 6,20$ años y del grupo sin fx $61,09 \pm 9,08$ años ($p < 0,0001$). Los valores medios de 25-OH-vit D del grupo fx fue $15,18 \pm 13,46$ ng/ml y en el grupo sin fx de $15,80 \pm 8,3$ ng/ml ($p = 0,607$). El 52,1% de las mujeres del grupo fx y el 30,2% del grupo sin fx presentaban déficit de vit D ($p = 0,006$). La Odds Ratio (OR) para fractura de cadera si hay déficit de vit D es de 2,5 (95%IC: 1,418 – 4,421).

Conclusiones: La prevalencia de déficit de vitamina D (< 10 ng/ml) en mujeres ancianas con fractura de cadera es del 51%. El riesgo de sufrir fractura de cadera se duplica en aquellas mujeres que presentan déficit de vit D. (OR 2,5, con IC95%: 1,418-4,421).

42

ESTUDIO PRELIMINAR PARA VALORAR LA EFICACIA DEL LAVADO ARTICULAR EN AFECCIONES DE PARTES BLANDAS DEL HOMBRO COMPARADO CON INFILTRACIONES INTRAARTICULARES DE ÁCIDO HIALURÓNICO

E. Camargo Duque, M. Moreno, A. Acosta Pereira y A. Rodríguez de la Serna
Hospital Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Valorar la eficacia y tolerancia del lavado articular del hombro en afecciones de partes blandas, comparado con la infiltración intraarticular de ácido hialurónico.

Métodos: Se trataron 30 pacientes (24 mujeres), 15 en cada grupo (repartidos de forma aleatoria) no existiendo diferencias

entre ambos en las variables demográficas (edad, sexo, oficio, deporte, diagnóstico y tiempo con dolor). Se valoró al inicio, a la semana, al mes y a los tres y seis meses: dolor por EVA, movilidad (activa y pasiva) opinión del paciente y médico, capacidad para realizar actividades de la vida diaria (AVD) y efectos adversos. Se utilizó mediante métodos lineales generalizados, un análisis de la varianza (ANOVA) de dos factores: factor tiempo (2 niveles antes y después) de medidas repetidas y factor grupo 2 niveles (hialurónico y lavado) de medidas independientes, evaluando ambos factores y la interacción entre ellos. Se asumió un nivel de significación de un 5% ($\pm = 0,05$).

Resultados: No existieron diferencias entre los grupos para las variables: dolor, movilidad, opinión paciente y médico y AVD, en todos los tiempos valorados, aunque ambos grupos mejoraron de forma estadísticamente significativa en todos los tiempos con relación a la basal ($p < 0,0001$). No hubo abandonos y ningún paciente experimentó efectos adversos con los tratamientos.

Conclusión: Tanto el lavado articular como las infiltraciones con ácido hialurónico, se mostraron útiles, de forma inicial y a largo plazo (seis meses) en el tratamiento de las afecciones de partes blandas del hombro. Ambos tratamientos presentaron buena tolerancia.

Agradecimiento: El ácido hialurónico utilizado, fue proporcionado de forma desinteresada por los laboratorios Tedec-Meiji Farma S.A.

43

SENSIBILIDAD DE UNA BATERIA DE PRUEBAS EXPLORATORIAS EN LA CIÁTICA CAUSADA POR HERNIA DISCAL

J. Belzunegui Otano, C. Rodríguez Escalera, L. López Domínguez, C. González Benítez y M. Figueroa Pedrosa
Hospital de Donosita. San Sebastián.

Objetivo: Determinar la sensibilidad de una serie de maniobras exploratorias realizadas en sedestación y en decúbito supino en pacientes con ciática causada por hernia discal.

Métodos: Fueron explorados 64 individuos con ciática L5 ó S1. Las maniobras realizadas fueron: A. *En decúbito supino, sin apoyar los pies en el suelo:* 1) Naffziger (compresión de las yugulares 30 segundos). 2) Neri (agachar el cuello). 3) Valsalva (contraer los abdominales). 4) Bechterew (extender la rodilla). 5) Kemp (con los brazos en jarras extender y girar la espalda hacia atrás). B. *En decúbito supino:* 1) Lasègue (elevar la pierna afectada sin doblar la rodilla). 2) Lasègue contralateral (elevar sin doblar la rodilla la pierna contralateral). 3) Lasègue con rebote (tras realizar Lasègue, soltar bruscamente la extremidad afectada). 4) Bragard (tras realizar Lasègue, bajar la extremidad hasta que desaparece el dolor y dorsiflexionar el pie). 5) Milgram (elevar el paciente ambas piernas 20º durante 30 segundos sin doblar las rodillas). 6) Bowstring (elevar la pierna, doblar la rodilla y comprimir en el hueso poplíteo), Fajerstanz (elevar la pierna y dorsiflexionar el pie de la pierna contralateral). La compresión radicular fue confirmada en todos los casos por medio de resonancia nuclear magnética. Se consideró positiva una maniobra cuando desencadenó dolor lumbar irradiado por la pierna hasta más allá de la rodilla.

Resultados: Fueron positivos: A. *En sedestación:* 1. Naffziger 1/64 (1,5%), Neri 3/64 (4,8%), Valsalva 10 (15%), Bechterew 48/64 (75%), Kemp 5/64 (7,8%). B. *En decúbito supino:* 1. Lasègue 49/64 (76%), 2. Lasègue contralateral 1/64 (1,5%),

Lasègue con rebote 2/64 (3,1%), Bragard 21/64 (32%), Milgram 5/64 (7,8%), Bowstring 8/64 (12,5%), Fajezstan 1/64 (1,5%).

Conclusiones: 1) En la ciática causada por hernia discal, las maniobras de Bechterew y Lasègue, son, de las estudiadas, las más sensibles con notable diferencia. 2) La sensibilidad de ambas maniobras es similar. 3) Ante la sospecha de ciática causada por hernia discal la maniobra de Bechterew es de notable interés para explorar a pacientes que no toleren el decúbito, y la de Lasègue lo es para explorar a aquellos que no toleren la sedestación.

44

¿QUÉ VALOR DE 25-OH-VIT D HAY QUE UTILIZAR PARA DEFINIR DÉFICIT DE VIT D?

R. Mazzucchelli, J. Uson, J. Quirós, R. Almodovar, P. Zarco y N. Crespi

U. Reumatología. Fundación Hospital Alcorcón, U. Reumatología. H. Móstoles, C.S. Granero Vicedo. Area 8. Madrid.

Introducción: Se suele aceptar que el término de hipovitaminosis D refleja una disminución de la concentración sérica de calcidiol por debajo de un umbral de riesgo. Actualmente no existe unanimidad en cual es este nivel.

Objetivo: Analizar que nivel de 25-OH-vit D mejor discrimina entre mujeres con fractura de cadera y controles sin fractura.

Métodos: A un total de 90 mujeres que ingresaron en nuestro centro (FHAlcorcón) por fractura de cadera se les determinó los niveles de 25-OH-vit D (grupo fx). Como grupo control se tomaron 163 mujeres remitidas a la consulta de reumatología (H. Móstoles) para valoración de osteoporosis (grupo sin fx). Se realizó un análisis de curvas ROC y se calcularon la sensibilidad, especificidad y valores predictivos para 3 puntos de corte (10, 15 y 20 ng/ml). También se calculó la Odds Ratio (OR) y su Intervalo Confianza (IC) para estos puntos.

Resultados: La media de edad del grupo fx fue $85,8 \pm 6,20$ años y del grupo sin fx $60,7 \pm 9,54$ años ($p < 0,0001$). Los valores medios de 25-OH-vit D del grupo fx fue $15,18 \pm 13,46$ ng/ml y en el grupo sin fx de $15,8 \pm 8,3$ ng/ml ($p = 0,607$). Los valores de sensibilidad, especificidad, valores predictivos y OR se resumen en la siguiente tabla:

Sen, Esp, VP+, VP-, OR e IC para puntos de corte

Nivel vit D (ng/ml)	Sensibilidad	Especificidad	VP+	VP-	OR	IC 95%
10	52,1	68,9	40	78,3	2,5	1,4-4,3
15	68,5	42,6	32,7	77,2	1,5	0,8-2,7
20	74	25,1	28,3	70,8	0,9	0,5-1,7

Conclusiones: De los 3 puntos de corte clásicos (10, 15 y 20 ng/ml) para establecer déficit vit D, es el punto de corte de 10 ng/ml el que muestra mayor poder de discriminación entre mujeres con y sin fractura de cadera.

45

TERAPIA CON ANTAGONISTAS DEL TNF ALFA Y DISFUNCIÓN TIROIDEA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

M. Almirall Bernabé, J. Maymó Guarch, C. Pérez García, M.P. Lisboa Pérez, A. Conesa Mateo y J. Carbonell Abelló
Hospitales del Mar y la Esperanza (I.M.A.S.). Barcelona.

Objetivos: Entre los efectos secundarios de los antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa no está bien establecida

su acción sobre la glándula tiroidea. Por ello, describimos cuatro casos clínicos de disfunción tiroidea durante el tratamiento con infliximab (INF) o etanercept (ETN) en pacientes con artritis reumatoide (AR) y función tiroidea previa normal.

Métodos: Estudio descriptivo de cuatro pacientes diagnosticadas de AR según los criterios de la ARA en las que se ha objetivado disfunción tiroidea no presente antes de iniciar la terapia biológica con INF o ETN. Describimos sus características clínicas, parámetros analíticos, pruebas de imagen y diagnóstico endocrinológico.

Resultados: *Caso 1:* Mujer de 52 años diagnosticada de AR en 1980. Tras 4 dosis de ETN se detecta un hipertiroidismo asintomático con anticuerpos anti-tiroideos negativos y gammagrafía marcada con tecnecio-99 que no muestra captación de radiofármaco. Se realiza el diagnóstico de tiroiditis subaguda silente. *Caso 2:* Mujer de 59 años diagnosticada de AR en 1997. Tras 20 dosis de INF se objetiva hipotiroidismo subclínico con inmunología negativa. *Caso 3:* Mujer de 54 años diagnosticada de AR en 1986. Tras 10 dosis de INF se detecta un hipotiroidismo subclínico. Se suspende el tratamiento durante 6 meses por herpes zoster sobreinfectado. Tras administrar 1 nueva dosis de INF se objetiva hipotiroidismo con clínica compatible y anticuerpos anti-tiroideos positivos. La ecografía muestra lóbulos tiroideos atroficos sin lesiones focales. Se realiza el diagnóstico de tiroiditis de Hashimoto. *Caso 4:* Mujer de 70 años diagnosticada de AR en 1961. Tras 2 dosis de INF ingresa por síndrome febril siendo diagnosticada de tuberculosis miliar. Analíticamente se detecta un hipotiroidismo con clínica no valorable por la infección concomitante. Debido al éxitus de la paciente no se puede proseguir el estudio con inmunología y pruebas de imagen.

	TSH (mUI/ml)	T4 libre (ng/dl)	Ac anti-tiroideos
Caso 1	0,02	2,08	Negativos
Caso 2	7,58	1,10	Negativos
Caso 3	68,83	0,40	Positivos
Caso 4	140	0,33	No determinados

Conclusión: Debemos considerar el tratamiento con antagonistas del TNF alfa como una causa potencial de disfunción tiroidea, estudiar su etiopatogenia y monitorizar la función tiroidea de los pacientes que reciben estos fármacos.

46

INFLIXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE LAS ESPONDILOARTROPATÍAS. RECAÍDAS AL MODIFICAR LA PAUTA DE ADMINISTRACIÓN

M.P. Lisboa Pérez, J. Maymó Guarch, C. Pérez García, N. Segalés Plana, M. Almirall Bernabé y J. Carbonell Abelló
Hospital del Mar y la Esperanza (I.M.A.S.). Barcelona.

Introducción: En pacientes afectos de espondiloartropatía, no está establecida la dosis y pauta de administración más idónea del infliximab en fase de mantenimiento de la respuesta ni la actitud terapéutica adecuada en los casos de remisión.

Objetivo: Evaluar la repercusión clínico-biológica tras modificar la frecuencia de administración del infliximab a 10 semanas en aquellos pacientes con espondiloartropatía en remisión.

Métodos: Estudio prospectivo en 42 pacientes afectados de espondiloartropatía (19 EA, 1 EP-I, 17 ApS, 4 EII, 1 Reiter) y en tratamiento con infliximab (3 mg/kg de peso siguiendo la pauta de 0, 2, 6 y cada 8 semanas) durante un período de seguimiento de 3 años. En cada infusión se recogieron las siguientes variables: biología (hemoglobina, leucocitos totales, VSG, PCR, ANA, ADN), medidas de actividad de la enfermedad incluyendo rigidez matutina en minutos, EVA dolor (0-100 mm), evaluación global de la enfermedad por el médico y paciente (EVA 0-100 mm), BASDAI, BASFI, DAS28, cuestionario de salud según HAQ y tratamiento. Se definió remisión según los criterios de grupo ASAS para espondilitis anquilosante y/o un DAS28 < 1,6 en el resto de los casos. En aquellos pacientes con remisión mantenida, se decidió prolongar la frecuencia de administración del infliximab a 10 semanas. En la semana de recaída se registró la sintomatología y la actitud terapéutica.

Resultados: 7 pacientes (6 hombres/1 mujer, edad media 33,8 años) y duración media de la enfermedad de 16,4 años, alcanzaron remisión (3 EA, 3 ApS, 1 Ep-I) entre las semanas 2-30, mantenida durante un período aproximado de casi 2 años (media 93,7 semanas). En todos ellos, se modificó la frecuencia de administración del infliximab a 10 semanas. En 6 pacientes y entre las 8-12 semanas (media 9,1) tras la última infusión, se registró recaída en forma de uveítis (2), raquialgia inflamatoria (1) monoartritis (1) y oligoartritis (2). En todos estos casos se decidió posteriormente, proseguir con la frecuencia de administración habitual (3 mg/kg de peso cada 8 semanas) no presentando recaída posterior y con resolución de la sintomatología. Las características clínicas, medidas de actividad, biología y tratamiento se presentan en la tabla 1. En 3 pacientes se objetivó ANA + y dsDNA (2 de estos casos) no presentes al inicio del tratamiento. Tabla 1: Recaída clínico-biológica a dosis de 3 mg/kg/10 semanas de Infliximab.

Conclusiones: 1) En nuestra serie, la prevalencia de remisión en los pacientes con espondiloartropatía y en tratamiento con infliximab 3 mg/kg/8 semanas es del 16,6%. 2) En el 85,7% de los pacientes se objetivó una rápida recaída tras modificar la pauta de administración a 10 semanas.

47

BURSITIS SÉPTICA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE CASOS

C.O. Sánchez González, A. Bardal Ruiz, P. de Abreu Trigueros, M.E. Brito Brito, A. Rodríguez García, C. Díaz Miguel Pérez
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivo: Describir las características demográficas, clínicas, analíticas y microbiológicas, así como el tratamiento y la evolución de una serie de 8 pacientes diagnosticados de bursitis séptica aguda (BSA) en nuestro hospital.

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo, de los pacientes que presentaron BSA en nuestro hospital entre Julio y Noviembre de 2003, mediante la revisión de historias clínicas.

Resultados: De los 8 pacientes evaluados, 7 (87,5%) eran varones con una edad media de 53 años [25-80]. En 5 (62,5%) hubo un antecedente traumático, previo al desarrollo del cuadro. Dos eran diabéticos, uno había precisado meniscectomía en rodilla izquierda y otro osteosíntesis por

fractura de fémur izquierdo. Respecto a la localización, la más frecuente fue la bolsa olecraneana en 5 casos (62,5%), en 2 la infrarrotuliana, y en uno la bolsa trocánterea superficial. Todos los casos tuvieron la misma presentación clínica: calor, rubor, tumefacción, dolor e impotencia funcional; y en 5 se objetivó fiebre termometrada. La VSG y la PCR estaban elevadas en todos los pacientes con una media de 38,5 mm y 56,44 mg/dl respectivamente. Los leucocitos/mm oscilaron entre 5400 y 16900 (media 9987) y los neutrófilos entre 3100 y 13900 (media de 7236). Se realizó bursocentesis y estudio microbiológico en 5 casos (62,5%), siendo el *S. Aureus* meticilín sensible el microorganismo más frecuentemente aislado. En 4 casos se realizaron hemocultivos siendo positivos 2 de ellos (25%): *E. coli* y *S. Coagulasa -*, los mismos que se aislaron en cultivo de líquido sinovial. Se realizó RX simple en 7 de los 8 casos, objetivando aumento de partes blandas en 5 casos (71,4%). En 5 pacientes se practicó ecografía confirmando el diagnóstico (3 BSA olecraneanas, una trocánterea superficial y una infrarrotuliana). El tiempo medio de tratamiento antibiótico fue de 27 días [19-50]. Siete de los ocho casos precisaron ingreso y tratamiento antibiótico (ATB) intravenoso (IV). El ATB más usado fue la cloxacilina IV (6 de 8 casos, 75%), asociada a gentamicina IV en 5 casos (62,5%). Un paciente (12,5%), precisó burssectomía y retirada de material de osteosíntesis. Todos fueron dados de alta sin recidivas.

Conclusiones: La BSA ocurre con mayor frecuencia en varones de edad media por un traumatismo único o repetido e interrupción de la barrera cutánea como medio de penetración de los microorganismos. La localización más frecuente es la bolsa olecraneana (62,5%). La ecografía fue el método diagnóstico de elección. La mayoría de nuestros pacientes (87,5%) precisaron tratamiento IV prolongado y la cloxacilina fue el ATB más usado (87,5%).

48

EL ROL DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA EN EL ST MARYS HOSPITAL, LONDRES, REINO UNIDO

S. García Díaz y C. Tench
St. Mary's Hospital, Londres, Reino Unido.

Introducción: Debido al incremento de la monitorización de los pacientes con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMEs) y terapias biológicas (Anti-TNF), el papel de la enfermera especialista para monitorizar estos pacientes se ha extendido en el Reino Unido en los últimos años.

Objetivo: Analizar la actividad clínica y el tipo de FAME, ya sea como monoterapia o en combinación, en las clínicas de monitorización de la enfermera especialista en reumatología en el St. Marys Hospital, Londres, (Reino Unido).

Material y métodos: La enfermera especialista en reumatología trabaja bajo la supervisión de los reumatólogos, valorando, planificando, implementando y evaluando la seguridad y la eficacia de los FAMEs y de las nuevas terapias anti-TNF. Cuando el reumatólogo inicia al paciente en algún FAME, el paciente es remitido a las clínicas de la enfermera para la adecuada monitorización, siguiendo los protocolos de la Sociedad Británica de Reumatología (BSR). Los datos se han analizado a partir de la base de datos clínicos (Dawn DMARD System).

Resultados: Actualmente, Enero 2004, hay 263 pacientes monitorizados en las clínicas de enfermería (Tabla). Basándonos en el último informe anual de la enfermera especialista en reumatología (Agosto 2002- Julio 2003), hubieron 1134 citas en las clínicas de enfermería: 842 atendieron para la monitorización de FAMES, 157 para la clínica de valoración de terapias biológicas y 135 infusiones anti-TNF fueron administradas.

Número de pacientes tomando FAMES. Enero 2004

Fármaco	Número de pacientes	Porcentaje
Metotrexato	157	59,7%
Sulfazalazina	47	17,9%
Azatioprina	4	1,6%
Hidroxicloroquina	2	0,7%
Leflunomida	1	0,4%
Ciclosporina	1	0,4%
Etanercept	13	4,9%
Infliximab+metotrexato	18	6,7%
Metotrexato+sulfazalazina	8	3%
Metotrexato+hidroxicloroquina	6	2,3%
Hidroxicloroquina+sales de oro	3	1,2%
Sulfazalazina+sales de oro	1	0,4%
Sulfazalazina+ hidroxicloroquina	1	0,4%
Metotrexato+leflunomida	1	0,4%
TOTAL	263	100%

Consultas de enfermería

Conclusiones: 1) La principal carga de trabajo para la enfermera especialista en reumatología fue la monitorización de FAMES convencionales. 2) Como monoterapia, el metotrexato fue la droga modificadora antirreumática más utilizada en los pacientes vistos en la clínica de monitorización de FAMES de enfermería. 3) La terapia combinada más utilizada fue infliximab con metotrexato. 4) La monitorización de FAMES es importante para minimizar el daño potencial que la toxicidad del fármaco puede ocasionar, siendo seguro y eficaz haciéndolo en las clínicas de monitorización de la enfermera especialista en reumatología.

49

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN A ENFERMOS CON ARTRITIS REUMATOIDE DE RECIENTE INICIO REALIZADO POR ENFERMERO ENTRENADO

F.G. Martínez, J. Vacas, J. Carrasco, M.D. Miranda, G. Morote, I. Gómez, J. González y P. Font

Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos: Evaluar eficacia de un programa de educación realizado por enfermero especializado en pacientes con Artritis reumatoide de inicio inferior a un año (ARRI) frente a otro grupo de pacientes educados con folleto informativo detallado (LIRE).

Material y métodos: Estudio prospectivo en pacientes con ARRI, aplicando a un grupo de ellos mediante muestreo aleatorio un programa de educación realizado por enfermero adiestrado y a otro la información aportada por un folleto educacional. Las variables estudiadas fueron: edad al inicio, sexo, presencia o ausencia de FR, PCR, Hemoglobina, variables del DAS 28 y HAQ. Las variables Hb, PCR, DAS 28 y HAQ se estudiaron al inicio y cada 6 meses hasta 18 meses. Para las variables cualitativas nominales se calcularon frecuencias y porcentajes correspondientes y media \pm desviación típica para las numéricas. Se realizó análisis de varianza de medidas repetidas para contrastar el DAS 28, HAQ, Hb y

PCR a los distintos tiempos de evolución en relación si el paciente recibió el programa de educación o no. Los datos fueron analizados con SPSS v. 11.0.

Resultados:

Valores medios de DAS28, HAQ, Hemoglobina y PCR

Variable	Basal	6 meses	12 meses	18 meses	P
DAS28	5,51	4,37	3,53(a)	3,32(a)	0,000
HAQ	1,32	1,14	0,85(b)	0,82(b)	0,012
Hb	12,93	13,05	13,1	13,12	0,613
PCR	28,07	24,35	19,58	12,05	0,083

ANVAR med.rep., a) no dif. entre si b) dif con basal

Conclusiones: 1) Los valores medios de DAS28 y HAQ disminuyen a lo largo del estudio, no así los de Hb y PCR. 2) No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los contrastes en función de que el paciente hubiese o no recibido programa de educación. 3) El tamaño de los grupos comparados y el tiempo de evolución no permiten establecer conclusiones definitivas ya que el estudio sigue con la incorporación de nuevos pacientes.

50

EXPERIENCIA CON EL USO DE ANTI-TNF PARA TRATAMIENTO DE ARTROPATÍA PSORIÁSICA REFRACTARIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

R. Roselló Pardo, C. Vázquez Galeano

y M.D. Fábregas Canales

Hospital San Jorge. Huesca.

Objetivos: Revisar los tratamientos con terapias biológicas en una serie de 9 pacientes afectados de Artropatía Psoriásica en nuestro centro.

Método: Se trata de un total de 9 pacientes con A.P., con afectación periférica en todos los casos. 8 (88%) de los pacientes tratados con Infliximab (INF) a dosis de 3 mg/kg/sección y el último (12%) con etanercept (ETN) Se evalúa el impactodel tratamiento sobre el DAAS-28 y los distintos parámetros que lo conforman, habiéndose elegido esta referencia por tratarse de afectación periférica en todos los casos.

Resultados:

A Psoriásica e INF

Semana	S-0	S-30	S-54	S-78	S-102	S-126	S-150	S-30 con ETN*
NAD	10	2,75	2,86	3,14	4,33	4	0,66	1
NAT	10,12	1,75	3,85	2	1,66	1	1	2
VSG	22,25	10,75	9,85	14,86	18,33	14,16	14,33	45
DAS-28	5,32	3,85	3,77	3,06	3,63	27,50	13,33	2
Afectación piel	8/8	6/8	3/7	2/7	2/6	1/5	2,88	71
Afectación uñas	6/8	6/8	5/7	2/7	1/6	1/5	1/3	1
nº pacientes	8	8	7	7	6	5	3	1
nº abandonos		0	0	0	0	0	0	0

*1 paciente con ETN

Conclusión: INF y ETN resultan muy eficaces en el tratamiento de las A.P. refractarias, tanto a nivel articular como cutáneo, existiendo una reducción en el número de articulaciones inflamadas y dolorosas, así como del área de piel afecta, y de los reactantes de fase aguda, tanto con INF como con ETN (aunque de éste último tenemos sólo un enfermo).

Agradecimiento: a S-P por dotar con una beca a la Dra. Fábregas para realizar la recogida de los datos.

51

EXPERIENCIA CON INFILIXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTES REFRACTARIAS EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

R. Roselló Pardo, M.D. Fábregas Canales y C. Vázquez Galeano
Hospital San Jorge. Huesca.

Material y métodos: En el HSJ se han tratado 5 pacientes con EA. Todos cumplen criterios de la ACR, son varones, 4 HLA-B 27 positivos, todos con afectación axial y periférica, de edades comprendidas entre 27 y 54 años y con una evolución de la enfermedad entre 3 y 15 años. Todos han llevado previamente tratamiento con AINEs, corticoides, SLZ y MTX estando la enfermedad activa. Ninguno presenta uretritis, uveítis, enfermedad inflamatoria intestinal concomitante, ni psoriasis cutáneo. INF se administra a la dosis de 5 mg/kg/sesión en las semanas 0, 2, 6 y luego cada 8 semanas. Según la mejoría del paciente se reduce la dosis de los otros fármacos concomitantes (AINEs, corticoides, SLZ y/o MTX) a criterio del médico). Se evalúa el efecto del tratamiento en función de los parámetros clínicos y de actividad de Bath. No se realiza estudio sobre la progresión radiológica. Se observa una clara tendencia a la mejoría tanto del índice de actividad como funcional. Ningún paciente ha presentado reacciones adversas. En dos pacientes fue necesario realizar quimioprofilaxis con INH por PPD positivo y en otro se realizó quimioprofilaxis posterior por contacto con tbc familiar.

Resultados: En la tabla 1 vemos los datos evolutivos:

Evolución E.A. en tratamiento con INF:

Semana	S-0	S-2	S-6	S-14	S-30	S-54
NAD	3,2	2,1	1,25	1,12	0,5	0
NAT	1,8	1	1,2	1,2	0	0
VSG	13	9	15,6	9	4,5	4
BASFI	4,86	3,87	4,02	3,06	1,51	0
BASDAI	5,21	5,10	4,87	4,99	3,32	0,73
Nº enfermos	5	5	5	5	2	1

Conclusiones: En nuestra experiencia INF resulta muy eficaz en el tratamiento de la EA refractaria, notando los pacientes la mejoría tras la primera infusión, lo que es un resultado mucho mejor que el que obtenemos en los pacientes con AR. Todos nuestros pacientes están en edad laboral, tres estaban en situación de ILT al inicio del tratamiento, y dos gravemente incapacitados aunque activos al ser autónomos. Cuatro de los pacientes están llevando una vida laboral activa sin problemas y el quinto ha conseguido la I.L. Permanente a pesar de haber mejorado objetivamente de su limitación en la movilidad de articulaciones periféricas y caquis.

52

ESTUDIO PROSPECTIVO DE FRACTURAS EN PACIENTES CON FRACTURA OSTEOPORÓTICAS PERIFÉRICAS PREVIAS CON O SIN TRATAMIENTO DE ESTATINA

J.M. Sánchez Burson, M. Beltrán, J. Angulo, J. del Río, J.M. Rodríguez y J. González Herranz
Hospital de Valme. Sevilla.

Estudios epidemiológicos han asociado el uso de hipolipemiente como la sinvastatina con una disminución del riesgo de fracturas de cadera.

Objetivos: Analizar la presentación de nuevas fracturas osteoporóticas periféricas, en pacientes con fracturas previas tratadas con bifosfonatos, que reciban tratamiento hipolipemiente con sinvastatina. Valorar la densidad mineral ósea y la cinética de un marcador de formación y otro de reabsorción en estos pacientes.

Método: *Diseño:* Estudio prospectivo de cohortes. *Sujetos de estudio:* Se incluyeron 268 pacientes con fracturas osteoporóticas periféricas, para realizar seguimiento por 36 meses. Homogeneizamos la población mediante criterios de inclusión y exclusión. Una cohorte recibía tratamiento con alendronato semanal más sinvastatina, según las recomendaciones del NECP III, de riesgo cardiovascular y la otra cohorte alendronato semanal y medidas higiénico-dietéticas. Analizamos los datos con un error alfa del 5%, una potencia del 80% y una diferencia mínima del 7,5% entre ambas cohortes.

Resultados: En este primer corte un total de 40 pacientes han completado 24 meses de seguimiento. Todas eran mujeres, con una edad media de 71,97 años. Entre los factores desencadenantes de las fracturas destacaban: 40% alteraciones visuales junto al uso de benzodiazepinas y el 30% los antecedentes familiares de fractura. El 20% tenían fractura de cadera y el 80% de colled, además el 15% objetivamos fracturas vertebrales asintomáticas. No encontramos reacciones adversas importantes con la medicación ni alteraciones analíticas de transaminasas y CPK entre el inicio y el final de este período. Como esperamos había un descenso significativo en los niveles de colesterol ($p = 0,02$) y triglicéridos ($p = 0,01$), en el grupo tratado con estatinas. Aunque con las limitaciones del tamaño muestral hasta la fecha, la tasa de refractura ha sido del 5% sin diferencias significativas entre ambos grupos. Tampoco hemos encontrado diferencias respecto la densidad mineral ósea entre ambas cohortes. Objetivamos un aumento de los niveles de osteocalcina en el grupo que toma estatina ($p = 0,013$) y estos no eran significativos con respecto al telopeptido C.

Conclusiones: No hay diferencias en cuanto al índice de nuevas fracturas entre los pacientes tratado con sinvastatina junto a un bifosfonato como el alendronato, que los tratados con alendronato sólo. Tampoco objetivamos diferencias en cuanto a al contenido mineral óseo y los marcadores del turnover óseo entre ambas poblaciones, excepto el aumento de osteocalcina. El uso de estatinas no disminuye el riesgo de fractura ósea periférica ni son una medicación válida para el tratamiento de la osteoporosis

53

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-ANALÍTICAS, EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON CONECTIVOPATÍA INDIFERENCIADA (C.I)

M. Romero Jurado, M.A. Aguirre Zamorano, P. Font Ugalde, C. Fernández Crisóstomo y E. Collantes Estévez
Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

Introducción: El término de C.I fue utilizado por primera vez por LeRoy en 1980, al observar que hasta un 25% de los pacientes con Conectivopatía presentaban en fases iniciales síntomas, signos y/o parámetros analíticos, sugestivos de enfermedad auto-inmune sistémica, pero sin cumplir criterios de clasificación para ninguna Conectivopatía Definida.

Objetivos: Describir las principales características clínicas y de laboratorio de una población de pacientes con Conectivopatía Indiferenciada.

Pacientes y métodos: Nuestra muestra está formada por 50 pacientes con C.I, 45 mujeres y 5 varones. La edad media de los pacientes es de $38 \pm 15,9$ años. Los datos fueron codificados, introducidos y analizados en el programa SPSS® versión 11.0 para Windows.

Resultados:

Variable	N (%)	Variable	N (%)
Artralgias	38 (76)	ANA	37 (74)
Artritis	24 (48)	Linfopenia	15 (30)
F. Raynaud	17 (34)	Descenso C4	10 (20)
Aftas Orales	12 (24)	Leucopenia	8 (16)
Fotosensibilidad	9 (18)	aCL	8 (16)
Fiebre	9 (18)	F. Reumatoide	7 (14)
Xerostomía	7 (14)	ENA	3 (6)

Conclusiones: Las manifestaciones clínicas más frecuentes de los pacientes con C.I, son las osteoarticulares, artralgias y artritis, seguidas del F. de Raynaud, aftas orales, sensibilidad y fiebre. En cuanto a los parámetros analíticos que presentan los pacientes con C.I, destacan la presencia de ANA, linfopenia y leucopenia. Resultados semejantes a los nuestros fueron observados en otras series publicadas sobre Conectivopatías Indiferenciadas.

54

ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS Y CARACTERÍSTICAS DE UNA ASOCIACIÓN DE JUBILADOS. ESTUDIO PRELIMINAR

J. Rosas, G. Santos, R. Cortés, J. Ivorra, C. Cano, N. Llahí y G. Porcar
Hospital Marina Baixa, Villajoyosa. Alicante.

Objetivos: Analizar los factores de riesgo para osteoporosis (OP) y las características generales presentes en una población de mujeres mayores de 65 años, pertenecientes a una asociación privada de jubilados de Benidorm (Alicante), invitados a participar en el estudio.

Métodos: Estudio descriptivo, mediante entrevista realizada el mismo día a toda la población participante, en el que se recogieron: datos epidemiológicos generales, profesión, comunidad autónoma de origen, cálculo de la ingesta alimentaria de calcio del día anterior de la entrevista, talla, peso y cálculo del índice de masa corporal (IMC), factores de riesgo para OP (consumo de tabaco y alcohol, ejercicio físico, edad de menopausia, antecedentes de fractura en la participante o en la madre, enfermedades y consumo de fármacos osteopenizantes), diagnóstico previo de OP, especialidad del facultativo que realizó el diagnóstico y método realizado y si se seguía en estos pacientes tratamiento actual para OP. El diagnóstico de OP se basó en el resultado de índice de T de la densitometría ósea de calcáneo mediante DEXA (PIXI bone densitometer. Lunar Corporation. USA): normal: $T < -0,6$ DE, osteopenia: T : entre $> -0,6$ y $-1,6$ DE y osteoporosis: $> -1,6$ DE.

Resultados: De los 120 sujetos pertenecientes a la asociación, acudieron 48. Se, rechazaron 7 mujeres por ser < 65 años y a 11 varones. De las 30 mujeres > 65 años analizadas (edad media: 71 años), 47% tenían PIXI normal, 23% osteopenia y en el 30% correspondía a OP. El 30% de las mujeres eran amas de casa, la Comunidad Valenciana era la de origen en el 17%, fumaban el 3% y consumían alcohol 13%, la ingesta media de calcio de los alimentos del día anterior fue de 645 mg, realizaban ejercicio frecuente el 83%. Sólo el 7% padecían alguna enfermedad osteopenizante o seguían trata-

mientos osteopenizantes. Al comparar las participantes según el resultado del PIXI, en las que se obtuvo OP, observamos menor hábito de realizar ejercicio (67%), menor edad de menopausia (46 años), mayor porcentaje de menopausia precoz (67%), mayor frecuencia de fracturas OP tanto en las participantes (71%) como en las madres de las mismas (22%) y el 67% estaban diagnosticadas previamente de OP siguiendo tratamiento antiresortivo todas ellas. En el grupo de mujeres con OP, el 83% se diagnosticó mediante densitometría ósea (lumbar, cadera o calcáneo) y el 17% mediante radiología simple.

Conclusiones: Si bien el número de sujetos estudiados en las tres categorías impide dar diferencias estadísticamente significativas, el grupo de participantes con OP, realizaban menos ejercicio, presentaban menor edad de menopausia con mayor porcentaje de menopausia precoz y de fracturas OP tanto en las participantes como en las madres de las mismas (22%).

55

LA FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE MANTIENE LA CAPACIDAD FUNCIONAL. ESTUDIO DE 206 PACIENTES

J. Díaz Petit, R. Camp Puerto y A. Rodríguez de la Serna
Hospital Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Investigar la eficacia de la fisioterapia en la evolución de la movilidad de columna y de la capacidad funcional.

Material y métodos: Hemos cogido pacientes con espondilitis anquilosante entre los años 1980-1983. La capacidad funcional la evaluamos en orden decreciente en una escala del 1 al 5 (clase 1 movilidad normal, clase 5 marcada rigidez de la columna). La valoración incluye: test de Schöber, expansión torácica movilidad cervical y distancia dedos-suelo. El tratamiento incluye: educación sanitaria, ejercicios respiratorios, flexibilizaciones, tonificación muscular, estiramientos y curas posturales.

Resultados: De un total de 206 pacientes, 195 hombres y 11 mujeres (de una media de edad de 42 años; entre 25 y 72 años) 26 estaban en una clase funcional 1; 24 en la 2; 35 en la 3; 49 en la 4; 68 en la 5. El test de Shöber incrementó en 2 cm. La expansión torácica en 2,5 cm. Todos los pacientes disminuyeron la distancia dedos-suelo; y no hubieron cambios en la movilidad cervical. Todos los pacientes mantuvieron la misma clase funcional durante los 12 años del estudio.

Conclusiones: El tratamiento de fisioterapia es efectivo reduciendo la actividad de la enfermedad (aumentando los valores de movilidad vertebral; incluyendo: test de Shöber, expansión torácica, distancia dedos -suelo), así como aumentando la capacidad funcional

56

AUSENCIA DE RELACIÓN ENTRE LA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-JO 1 Y ANTI-ENA Y LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON POLIMIOSITIS

L. Nuño Nuño, F.J. López Longo, S. Gómez, J. Vázquez Pérez Colleman, M. Montoro Álvarez, C. Ortega de la O, I. de la Torre Ortega, E. González Díaz de Rábago e I. Monteagudo Saez

Servicio de Reumatología, Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

Los pacientes con síndrome anti-sintetasa parecen presentar peor pronóstico que el resto de los pacientes con polimiositis (PM).

Objetivo: 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.

57

PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATIAS NO RESPONDEDORAS A RÉGIMEN DE INFlixIMAB CADA 8 SEMANAS MEJORAN CUANDO SE LES ADMINISTRA CADA 6 SEMANAS

M.C. Muñoz Villanueva, E. Collantes Estévez, J. Gratacós Masmitjà, R. Sanmartí i Salá, J.D. Cañete Crespillo, P. Zarco Montejo, J.C. Torre Alonso y C.M. González Fernández
Hospital Universitario Reina Sofía, Corporación Sanitaria Parc Taulí, Hospital Clínic, Fundación Hospital de Alcorcón, Hospital Monte Naranco, Hospital Universitario Gregorio Marañón.

Objetivo: Evaluar la eficacia terapéutica de Infliximab administrado cada 6 semanas en pacientes con espondiloartropatías que no responden al régimen clásico de 5 mg/Kg cada 8 semanas.

Pacientes y métodos: Tras la administración de seis infusiones intravenosas de 5 mg/kg de peso de Infliximab (en las semanas 0, 2, 6, 14, 22 y 30), 28 pacientes con espondiloartropatía participantes en un estudio prospectivo multicéntrico fueron clasificados en dos grupos de acuerdo con la evaluación de la eficacia terapéutica observada. *Pacientes respondedores* (grupo A): BASDAI, PCR y VSG similares o mejores que en la semana 6; y *Pacientes no respondedores*

(grupo B): empeoramiento > 20% en BASDAI, PCR y/o VSG respecto a los valores de la semana 6. De acuerdo a estos criterios, los pacientes del Grupo A (n = 16) mantuvieron el régimen terapéutico de 5 mg/kg cada ocho semanas y los pacientes del Grupo B (n = 12) recibieron 5 mg/kg cada seis semanas. En todos los pacientes, antes de cada infusión, se realizaron medidas de actividad de la enfermedad: BASDAI, EVA del dolor (0-100 mm), inflamación (0-100 mm) como media de la intensidad y duración de la rigidez indicadas en el BASDAI, y valoración global del paciente (vGP). La discapacidad funcional fue valorada con el BASFI; y como parámetros biológicos inflamatorios se analizaron VSG y PCR.

Resultados: El grupo A lo formaron 16 pacientes (11 hombres, 5 mujeres): 9 pacientes con espondilitis anquilosante, 2 con espondiloartropatía psoriásica, 3 con espondiloartropatía de enfermedad inflamatoria intestinal y 2 con espondiloartropatía indiferenciada; edad media de 37 ± 11 años (Min-Max: 21-58) y una duración media de enfermedad de 12 ± 6 años (Min-Max: 3-24). Cinco pacientes tenían afectación axial exclusivamente (31%). El grupo B estaba formado por 12 pacientes (10 hombres, 2 mujeres): 11 pacientes con espondilitis anquilosante y 1 con espondiloartropatía indiferenciada; edad media de 46 ± 9 años (Min-Max: 31-64) y una duración media de enfermedad de 21 ± 12 años (Min-Max: 7-44). Cinco pacientes tenían afectación axial exclusivamente (42%). En la tabla se indican los valores medios de eficacia terapéutica obtenidos en cada grupo de pacientes. Las diferencias estadísticamente significativas observadas entre ambos grupos después de las primeras 6 infusiones, desaparecen tras la administración de cinco infusiones de Infliximab a intervalos regulares de 6 semanas en el grupo B y 8 semanas en el grupo A, excepto en los valores de BASFI, que aunque disminuyen, mantienen la diferencia.

	Inicio extensión (m ± DS)	Final extensión (m ± DS)
Dolor (0-100mm EVA)		
Grupo A (INF/8sem)	47 ± 28	50 ± 32
Grupo B (INF/6sem)	74 ± 24*	60 ± 28
Inflamación (0-100mm)		
Grupo A (INF/8sem)	33 ± 23	34 ± 25
Grupo B (INF/6sem)	56 ± 23*	39 ± 23
BASDAI (0-100mm)		
Grupo A (INF/8sem)	30 ± 22	36 ± 24
Grupo B (INF/6sem)	58 ± 19**	47 ± 24
vGP (0-100mm EVA)		
Grupo A (INF/8sem)	41 ± 27	46 ± 30
Grupo B (INF/6sem)	71 ± 19**	59 ± 32
BASFI (0-100 mm)		
Grupo A (INF/8sem)	37 ± 22	43 ± 27
Grupo B (INF/6sem)	70 ± 16***	63 ± 26*
VSG (mm 1 ^h)		
Grupo A (INF/8sem)	21 ± 27	26 ± 29
Grupo B (INF/6sem)	56 ± 43*	33 ± 31
PCR (mg/L)		
Grupo A (INF/8sem)	10,2 ± 13,7	10,3 ± 11,9
Grupo B (INF/6sem)	21,4 ± 14,8*	13,3 ± 8,6

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001 en relación al grupo A

Conclusión: Pacientes con espondiloartropatías activas persistentes que no responden a la pauta de 5 mg/Kg peso cada ocho semanas, mejoran su respuesta cuando se les acorta el tiempo entre infusiones y se les administra cada 6 semanas.;

RELACION ENTRE EL ÍNDICE DE DAÑO TISULAR (SLICC/ACR) Y LA MORTALIDAD EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

C. Ortega De La O, C. González Montagut, F.J. López Longo, S. Gómez Castro, M. Montoro Álvarez, J. Vázquez Pérez Coleman, L. Nuño Nuño, I. De La Torre Ortega, E. González Díaz De Rábago, C.M. González, I. Monteagudo y L. Carreño

Servicio de Reumatología, H.G.U. Gregorio Marañón, Madrid.

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 vital en pacientes con LES.

INCREMENTO DE LA CALIDAD DE VIDA TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE CELECOXIB EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS CON ARTROSIS

S. Fernández Anaya, J. Soto, V. Gil, D. Orozco, F. Quince y J. Merino

Unidad Médica Pfizer S.A. Madrid, Universidad Miguel Hernández. Alicante.

Objetivo: Evaluar el impacto del uso de celecoxib en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en los pacientes mayores de 65 años que padecen artrosis así como el impacto de diferentes estrategias de educación sanitaria (EES) en el cumplimiento terapéutico.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo efectuado en pacientes mayores de 65 años con artrosis tratados en centros de atención primaria con celecoxib durante 6 meses a las dosis necesarias según criterio médico. La CVRS fue eva-

luada a través del cuestionario genérico COOP/WONCA validado al castellano, formado por 9 láminas que exploran diferentes dimensiones físicas y psicosociales y cuyas opciones de respuesta se ilustran con un dibujo que representa un nivel de funcionamiento. El instrumento se administró en la visita inicial, a los 3 y 6 meses. Los cambios de puntuación (global y por dimensión) fueron evaluados por el Índice de Tamaño del Efecto. En la visita intermedia se aplicaron diferentes EES, evaluándose la adherencia terapéutica en el momento previo y 3 meses después, a través del recuento objetivo de cápsulas y mediante un cuestionario específico dirigido al paciente (Morisky-Green).

Resultados: 8.711 pacientes evaluables fueron incluidos en el análisis. La edad media fue de 72,6 años y el tiempo de evolución medio de la artrosis fue de 10 años. Un 55% de los pacientes presentaban una afectación tanto axial como periférica. El 97% de los pacientes siguieron tratamiento con 200 mg/ día. Un 4% precisó modificación de dosis. Las puntuaciones totales medias (\pm DE) del COOP/WONCA en las diferentes visitas fueron 25,97 (\pm 5,15), 22,49 (\pm 5,30) y 21,18 (\pm 5,30) para la visita basal, a los 3 y a los 6 meses, resultando en un tamaño del efecto de 0,67 (moderado) y 0,93 (grande) entre visita basal y 3 meses, y visita basal y 6 meses respectivamente. En el análisis por dimensiones se obtuvo un tamaño del efecto al menos moderado para todas las dimensiones, siendo el dolor y el estado de salud los que obtuvieron un tamaño del efecto grande. El porcentaje de pacientes normocumplidores (contaje objetivo) previo a la aplicación de las EES fue $\geq 94\%$. En la valoración subjetiva (Morisky-Green), el porcentaje de pacientes con un grado de cumplimiento basal alto o medio fue $\geq 79\%$. Tras la aplicación de la EES se observó un incremento $< 2\%$ en el porcentaje de pacientes normocumplidores (valoración objetiva) o en el nivel de cumplimiento medio-alto (subjetivo) independientemente del tipo de EES administrada.

Conclusiones: El uso de celecoxib a dosis de 200 mg/día en pacientes mayores de 65 años con artrosis, se asocia a una mejoría clínicamente relevante y significativa de su calidad de vida tras 3 y 6 meses de tratamiento. Se ha observado un alto índice de cumplimiento basal con 1 cápsula/día de celecoxib lo que ha podido condicionar la ausencia de una mejoría relevante en la adherencia terapéutica tras la aplicación de las estrategias de educación sanitarias aplicadas en este estudio.

TRATAMIENTO CON FISIOTERAPIA EN LA RIZARTROSIS

R. Camp Puerto, J. Díaz Petit, G. Vadrí Bulló, I. Proubasta Renart y A. Rodríguez De La Serna

Hospital Sant Pau. Barcelona.

Objetivo: Valoración del tratamiento con fisioterapia en la rizartrrosis.

Material y métodos: El estudio comprende un total de 100 mujeres entre 45 y 60 años de edad diagnosticadas de artrosis trapecio-metacarpiana del pulgar que siguieron un protocolo fisioterapéutico previo a la intervención quirúrgica. Según la clasificación de Eaton-Littler, el 30% del total de los pacientes observados tenían un grado I, 27% grado II, 35% grado III y un 8% grado IV. El tratamiento estaba dirigido a disminuir el dolor y mejorar: fuerza, elasticidad muscular y prevenir la deformidad, y se componía de: 1) Educación del

gesto; 2) Terapia manual pasiva; 3) Ejercicios de propiocepción y coordinación; 4) Tratamiento analgésico y 5) Ejercicios e instrucciones en domicilio. La duración total del tratamiento fue de tres meses y se practicaron evaluaciones programadas cada dos semanas. No se administró ni AINE ni otros analgésicos por ninguna vía. Se estableció un período de seguimiento post-tratamiento de 14 meses.

Resultados: Al final del seguimiento (6 meses mínimo 14 meses máximo) ningún paciente con grado I de afectación articular precisaban cirugía y mantenían mejoría y disminución del dolor. Los pacientes de grado II, un 75% no necesitaron cirugía; un 20% la postpusieron y un 5% necesitaron ser operados. Los pacientes de grado III, un 15% no necesitaron cirugía y el 85% fueron operados. Los pacientes de nivel IV, 75% necesitaron cirugía y un 25% presentó clara mejoría.

Conclusiones: Con la correcta utilización del pulgar en oposición (estabilidad máxima) durante los movimientos repetitivos y los procedimientos fisioterapéuticos se disminuye el dolor significativamente y se retarda la aparición de la deformidad en la articulación trapezio-metacarpiana del pulgar en cualquiera de los distintos estadios evolutivos. En muchos casos el tratamiento con fisioterapia retrasa o evita el tratamiento quirúrgico.

61

INFLIXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET

S. Gómez Castro, F.J. López Longo, J. Vázquez Pérez Colleman, M. Montoro Álvarez, C. Ortega de la O, L. Nuño Nuño, E. González Díaz de Rábago, I. de la Torre Ortega, L. Cebrían y L. Carreño
Servicio de Reumatología, Hospital Gregorio Marañón, 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, 2 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.

62

REHABILITACIÓN DE LA MANO EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

R. Camp Puerto, J. Díaz Petit, A. Rodríguez de la Serna e I. Proubasta Renart
Hospital Sant Pau, Barcelona.

Objetivo: Disminuir la inflamación y el dolor, conservar la movilidad articular, fuerza muscular y prevenir la ruptura de los tendones.

Métodos: Se realiza un estudio prospectivo con 530 pacientes, mujeres, de un promedio de 45 años (rango 25 – 69), afectadas de Artritis Reumatoide, quienes presentaban sinovitis bilateral en las manos. El tratamiento (Fase aguda: crioterapia y reposo con ortésis en posición funcional. Fase crónica: termoterapia; parafina por inmersión y ejercicios activos y pasivos y educación para ahorro articular) se aplicó durante 2-3 sesiones por semana con una duración total de 8 semanas.

Resultados: El dolor disminuye en 366 pacientes (69%) y aumenta la capacidad funcional en 435 pacientes (82%). Con ello se consigue: una mayor independencia para las actividades de la vida diaria (AVD) con adaptaciones en el entorno doméstico.

Conclusión: En la mano con A.R. las técnicas de Fisioterapia disminuyen el dolor, mejoran la movilidad articular y la calidad de vida aunque con las mismas no es posible determinar el progreso de la enfermedad.

63

INFLUENCIA DE LA COMORBILIDAD EN EL PRONÓSTICO VITAL DE LOS PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

J. Vázquez Pérez Colleman, C. González Montagut, F.J. López Longo, S. Gómez Castro, M. Montoro Álvarez, L. Nuño Nuño, C. Ortega de la O, E. González Díaz de Rábago, I. de la Torre Ortega, C.M. González, I. Monteagudo y L. Carreño
Servicio de Reumatología, Hospital Gregorio Marañón, 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: La hipertensión arterial, la hiperlipemia, las septicemias, las infecciones del aparato locomotor y las neoplasias son factores de riesgo vital en los pacientes con LES.

64

EL BLOQUEO ANTI-TNF ES EFICAZ Y SEGURO EN EL TRATAMIENTO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M. Montoro Álvarez, F.J. López Longo, S. Gómez Castro, L. Nuño Nuño, J. Vázquez Pérez Coleman, C. Ortega de la O, L. Cebrián Méndez, I. Monteagudo, J. Berto y L. Carreño Pérez *Servicios de Reumatología y Pediatría, Hospital Gregorio Marañón, 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.

65

MICROALBUMINURIA COMO PREDICTOR DE AMILOIDOSIS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

M. Sallés Lizarzaburu, V. Ortiz Santamaria, M. Valls Roc, M. Sanmartí, S. Holgado, J. Teixidó, C. Biosca, A. Olivé y X. Tena

Hospital Universitari Germans Trias I Pujol. Badalona. Barcelona.

Objetivo: Determinar los valores de microalbuminuria en pacientes con artritis reumatoide (AR) como posible predictor de amiloidosis.

Métodos: *Lugar:* Hospital Universitario. *Referencia:* Área de 700.000 habitantes. *Diseño:* Transversal en distintos puntos del tiempo. Se determinaron los valores de microalbuminuria en orina de 24 horas en pacientes con AR (criterios ACR), descartándose aquellos que padecían diabetes mellitus (glicemia > 140 mg/dl), HTA (TA $> 140/90$) y/o insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal (creatinina sérica $> 1,3$ mg/dl, urinoanálisis patológico, proteinuria > 150 mg/día) y sin tratamiento en los últimos 6 meses con sales de oro o penicilamina. Se realizaron determinaciones seriadas de análisis de sangre y orina, con una media de 9 meses entre cada una, obteniendo 87 determinaciones. Los pacientes que presentaron microalbuminuria en orina > 28 mg/día, se les realizó biopsia de grasa abdominal para descartar amiloidosis.

Resultados: Se analizaron 49 pacientes con AR (43 mujeres y 6 varones) con edad media de $58,1 \pm 12,4$ años (límites 27-83). El tiempo medio de evolución de la AR fue de $13,5 \pm 10,3$ años (límites 3-54). El factor reumatoide (FR) fue positivo en 35 pacientes. Las erosiones articulares se hallaron en 35 pacientes de los que 27 tenían FR positivo. El valor medio de la proteína C reactiva (PCR) fue de $17,9 \pm 34,1$ mg/dl (límites 3-230). En 81 determinaciones la microalbuminuria fue negativa con valor medio de $8,3 \pm 5,1$ mg/24 horas (límites 0,4 - 24,6). En 6 determinaciones fue positiva con un valor medio de $66,1 \pm 19,2$ mg/24 horas (límites 36,9 - 92,5). Se realizó posteriormente biopsia de grasa abdominal que fue negativa para amiloide en todos ellos, sin poder demostrar la utilidad de la microalbuminuria como marcador precoz de amiloidosis. La microalbuminuria se correlacionó positivamente con la PCR y los años de evolución de la AR ($p < 0,001$), asimismo también se correlacionó con el FR y la presencia de erosiones, pero no de forma significativa.

Conclusiones: La microalbuminuria en la AR es muy poco frecuente. Su utilidad en la detección precoz de la amiloidosis renal no se puede concluir ya que no hemos obtenido ningún resultado positivo para amiloide. Existe una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la microalbuminuria, la PCR y los años de evolución de la AR.

66

ANTICUERPOS ANTI-PÉPTIDO CITRULINADO CÍCLICO Y ANTI-SA EN EL DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA CONSULTA DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS SISTÉMICAS MEDIADAS POR MECANISMOS INMUNOLÓGICOS

S. Gómez Castro, F.J. López Longo, M. Escalona Monge, A. Estecha, M. Rodríguez Mahou, M. Montoro Álvarez, J. Vázquez Pérez Coleman, L. Nuño Nuño, C. Ortega de la O y L. Carreño

Servicios de Reumatología, Medicina y Cirugía Experimental e Inmunología, Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

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.

Patrocinio: Financiado por FIS (PIO21026 y PIO21079), Red G03/152 y beca FER/Abbott.

67

CORRELACIÓN ENTRE LA AFECTACIÓN NEUROFISIOLÓGICA BASAL Y LA RESPUESTA CLÍNICA A DIFERENTES TERAPIAS EN EL SÍNDROME DEL TÚNEL DEL CARPO

D. Ly Pen, J.L. Andreu, I. Millán, G. De Blas y A. Sánchez Olaso

Centro de Salud Gandbi; Servicios de Reumatología y de Bioestadística del H. Puerta de Hierro; Servicios de Neurofisiología y de Cirugía Plástica del H. Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivo: Estudiar si el grado de afectación neurofisiológica basal condiciona una respuesta clínica diferencial a la ciru-

gía (C) o a la infiltración local (I) en el síndrome del túnel del carpo (STC).

Métodos: Se incluyeron pacientes con síntomas sugestivos de STC de al menos 3 meses de evolución. Se excluyeron los carpos con atrofia tenar o debilidad muscular. Se confirmó la presencia de STC mediante electroneurograma del nervio mediano, clasificándose su grado de afectación, según criterios de Kimura et al, en leve, moderado o grave. Los carpos fueron aleatorizados a recibir infiltración local o descompresión quirúrgica. La respuesta clínica se definió como al menos un 70% de mejoría sobre los valores basales de las escalas visuales analógicas para los dominios de parestesias nocturnas, dolor global e incapacidad funcional. La significación estadística se calculó mediante la prueba de Chi cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 163 carpos. Ochenta carpos fueron intervenidos quirúrgicamente y el resto recibió infiltraciones locales. Ambos grupos presentaban características basales similares, sin diferencias estadísticamente significativas. Con respecto a las parestesias nocturnas, en el grupo de carpos con afectación neurofisiológica leve, el 66,7% del grupo C y el 67,4% del grupo I respondieron clínicamente ($p = 0,942$). En el grupo con afectación neurofisiológica moderada, el 76% del grupo C y el 57,1% del grupo I respondieron clínicamente ($p = 0,174$). En el grupo con afectación neurofisiológica grave, el 84,2% del grupo C y el 52,6% del grupo I respondieron clínicamente ($p = 0,036$).

Conclusiones: En los carpos con afectación neurofisiológica basal leve o moderada se obtiene una mejoría similar con ambos tratamientos aunque parece existir una tendencia a favor de la cirugía en los casos moderados. En cambio, la cirugía es superior a la infiltración local en aquellos carpos con afectación neurofisiológica basal grave.

68

CARACTERÍSTICAS DE LAS PETICIONES DE INTERCONSULTAS CURSADAS EN CONSULTAS DE REUMATOLOGÍA A OTRAS ESPECIALIDADES

J. Rosas, G. Santos, R. Cortés, J. Ivorra, N. Llahí, C. Cano y G. Porcar

Hospital Marina Baixa, Villajoyosa. Alicante.

Objetivos: Conocer las características de las peticiones de interconsulta cursadas desde las consultas de reumatología hacia otras especialidades, en el área de la Marina Baixa.

Método: Durante el año 2003, se analizaron las peticiones de interconsulta, cursadas a otras especialidades de pacientes en estudio o seguimiento en las consultas de reumatología del Hospital Marina Baixa y del Centro de Especialidades de Benidorm, atendidas por dos facultativos a tiempo completo, desarrolladas en 4 consultas semanales en cada centro. Se recogieron las características generales de los pacientes (edad, sexo), motivo de la interconsulta, servicio consultado y la proporción de pacientes con patología inflamatoria/sistémica.

Resultados: Durante el año 2003, se atendieron 5.760 visitas (1.639 primeras visitas y 4.121 revisiones) en las consultas de reumatología del hospital Marina Baixa (2.834 visitas) y del centro de especialidades de Benidorm (2.926 visitas). Durante el mismo período, se cursaron 331 (6%) peticiones de interconsulta a otras especialidades: 169 (51%) procedían de la consulta de reumatología del Centro de especialidades

y las 162 restantes (49%) de la consulta de reumatología del hospital. La edad media de los pacientes era de 54 años (rango: 18-81 años), 77% de ellos mujeres. Noventa y cinco (29%) de las consultas correspondían a patología inflamatoria/sistémica, siendo las causas más frecuentes la artritis reumatoide (34%) y del LES (32%), seguido de las artritis inespecíficas (11%) y de las Espondiloartropatías inflamatorias (9%). La especialidad más consultada fue Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT), con el 38% de las peticiones, seguido del Servicio de Rehabilitación con el 32%, las especialidades de Medicina Interna el 20% (más del 3%: Digestivo/5% y Neurología/3%) y Oftalmología el 10%. De las interconsultas remitidas a COT, los procesos motivo de consulta > 5% fueron: síndrome de túnel carpiano (23%), seguido de artrosis grave de rodilla (19%), patología discal lumbar (9%), patología del pie (9%), meniscopatía (6%) y patología del manguito de rotadores (6%). Los procesos más frecuentes remitidos para tratamiento rehabilitador fueron: patología del manguito de los rotadores (43%), patología discal lumbar (36%) y patología cervical (16%).

Conclusiones: El 6% de las visitas realizadas en las consultas de reumatología generan peticiones de interconsulta a otras especialidades. La especialidad más consultada es COT - principalmente para evaluación de cirugía del síndrome del túnel carpiano y artrosis de rodilla grave -, seguido del Servicio de Rehabilitación, para fisioterapia del manguito de rotadores y patología discal lumbar.

69

VALORACIÓN CLÍNICA, RADIOLÓGICA Y ECOGRÁFICA DE LA ENTESOPATÍA DE MIEMBROS INFERIORES EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

R. Veroz, J.L. Andreu, J. Sanz, E. Ormilla, M. Fernández Castro, P. Muñoz y J. Mulero
Servicio de Reumatología. Hospital Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivo: La entesopatía es una de las manifestaciones más características de las espondiloartropatías (EspA). El diagnóstico habitualmente se basa en datos clínicos, en particular en la presencia de dolor o sensibilidad dolorosa a la presión en las inserciones de los tendones, cápsulas y ligamentos. El objetivo de nuestro estudio es comparar la evaluación clínica, radiológica y ecográfica de las entesis de miembros inferiores de pacientes con EspA.

Materiales y métodos: Se estudiaron treinta pacientes consecutivos atendidos en nuestras consultas externas previamente diagnosticados de EspA (15 con espondilitis anquilosante, 5 con artritis psoriásica, 5 con EspA indiferenciada y 5 con artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal). Se evaluó la presencia de entesopatía en miembros inferiores mediante exploración clínica, radiológica y ecografía (ecógrafo Sonosite 150-plus con una sonda multifrecuencia de 5 a 10 MHz). Las entesis evaluadas fueron la inserción del tendón rotuliano en la tuberosidad anterior tibial, así como la inserción del tendón de Aquiles y de la fascia plantar en el calcáneo.

Resultados: El examen físico evidenció un 22% de entesis sintomáticas. Se observó entesopatía ecográfica en 56 entesis. El edema en la inserción del tendón rotuliano fue el hallazgo más frecuente en la tuberosidad anterior tibial. La ecografía también puso de manifiesto calcificaciones, particularmente en el tendón de Aquiles. El examen radiológico

demostró entesitis en 47 localizaciones: 26 en el tendón de Aquiles y 15 en la fascia plantar. Solamente el 17,86% de los hallazgos ecográficos y el 12,76% de los hallazgos radiológicos eran clínicamente sintomáticos.

Conclusiones: La ecografía es una técnica sensible para la valoración de alteraciones morfológicas de las entesis en pacientes con EspA. La mayoría de estos hallazgos aparecen en entesis asintomáticas.

70

ANTICUERPOS ANTICENTRÓMERO EN LAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS SISTÉMICAS DEL TEJIDO CONJUNTIVO (EITC)

M. Montoro Álvarez, F.J. López Longo, S. Gómez Castro, J. Vázquez Pérez Colleman, L. Nuño Nuño, C. Ortega de la O, E. González Díaz de Rábago, I. de la Torre Ortega, C.M. González y L. Carreño
Servicio de Reumatología, Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

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 94,5% y VP positivo 20,6%), 2 (4,7%) con ESCD (especificidad 96,9% y VP positivo 4,7%) y 17 (43,6%) con ESCL (especificidad 98,3% y VP positivo 43,5%). En total, se detectan AAC en 19 de los 82 pacientes con esclerodermia (23,1%), en 2 de los 42 con ESCD (4,7%) y en 17 de los 39 con ESCL (22,9%). 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 23% de los pacientes con ESCL y pueden aparecer en otras EITC.

71

CONSULTA AMBULATORIA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA: EVALUACIÓN POR REUMATOLOGÍA DE LA LISTA DE ESPERA DE LA PATOLOGÍA NO TRAUMÁTICA

G. Santos, J. Rosas, R. Cortés, C. Cano, G. Porcar y N. Lahí
Hospital Marina Baixa, Villajoyosa. Alicante.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes remitidos por Atención Primaria sin patología traumática, en espera de ser atendidos como primera visita, en la consulta ambulatoria de Cirugía Ortopédica (COT) del Centro de Es-

pecialidades de Benidorm, que por acuerdo son evaluados por Reumatología.

Método: Estudio descriptivo prospectivo realizado en los primeros 100 pacientes evaluados por Reumatología, que por acuerdo comprendían a pacientes tanto en edad infantil como adultos, sin patología traumática, patología ortopédica infantil del pie, escoliosis, síndrome del túnel carpiano y dolor cérico-lumbar. Se recogieron las características generales de los pacientes (edad, sexo), Centro de Salud remitente, motivo de consulta, diagnóstico inicial de Reumatología, comparación entre Atención Primaria y Reumatología respecto a pruebas complementarias utilizadas y tratamiento prescrito, número de consultas precisadas en Reumatología y destino final de los pacientes.

Resultados: De los 100 pacientes analizados, el 70% eran mujeres, con edad media de 52 años (rango: 7-92 años), el 60% de ellos entre los 35 y 65 años. La demora en el 85% era mayor de 6 meses. Los motivos más frecuentes de remisión fueron: patología de partes blandas en el 52% (33% patología del hombro, 29% patología del pie, 19% de la mano, 8% codo, 8% rodilla y el 3% restante a patología en cadera), artrosis periférica (25%), artrosis del esqueleto axial (13%), osteoporosis (4%), artralgiás (3%) y artropatía inflamatoria (3%). El 22% había sido evaluado previamente por el mismo motivo por COT, el 6% por Reumatología, el 2% por Rehabilitación. Al 34% de los pacientes no se les habían realizado pruebas complementarias y al 12% no se le había aconsejado tratamiento farmacológico. Tras la evaluación por Reumatología: no se precisaron más pruebas complementarias de las aportadas en el 72% de los pacientes; el tratamiento aconsejado fue: AINEs en el 52%, paracetamol en el 44%, analgésicos opioides en el 8%, fisioterapia en domicilio y medidas ergonómicas en el 42%, fármacos condroprotectores en el 8%, antirresortivos y calcio con vitamina D en el 8% e hipouricemiantes en el 2%. En el 14% se realizó una infiltración local con esteroides. No se precisó ningún tratamiento en el 7%. Tras la primera visita, el 71% de los pacientes se derivó como alta a su médico de Atención Primaria, el 25% permanecieron en seguimiento en Reumatología, el 3% se derivó a COT para evaluación de indicación de cirugía y el 1% restante se derivó al Servicio de Rehabilitación.

Conclusiones: Con excesiva frecuencia se deriva patología reumática desde Atención Primaria a la consulta ambulatoria de COT. Al 34% de los pacientes se les remite sin pruebas complementarias y en el 12% no se ha iniciado ninguna medida terapéutica. La mayor parte de la patología analizada es de carácter leve, con un porcentaje de alta en la primera visita del 71%. En la población analizada sólo el 3% precisó evaluación por COT tras evaluación por Reumatología.

72

FRACTURAS POR INSUFICIENCIA DE CALCÁNEO Y ASTRÁGALO: CONFUSIÓN DIAGNÓSTICA CON LA ARTRITIS DE TOBILLO

P. Alonso Bartolomé, V.M. Martínez Taboada, A. Canga, R. Blanco y V. Rodríguez Valverde
H.U. Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivo: Las fracturas por insuficiencia (FI) de calcáneo y astrágalo son menos frecuentes que las FI en otras localizaciones y por lo tanto son menos diagnosticadas, y a menudo confundidas con otras patologías. Su presentación clínica y

el hecho de que las radiografías simples suelen ser normales, hacen que el diagnóstico sea difícil. Presentamos 5 pacientes con 6 FI de calcáneo y astrágalo que fueron referidos a consultas de Reumatología en los últimos tres años por sospecha de artritis de tobillo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de las historias clínicas y de los hallazgos de la resonancia magnética. Los principales factores de riesgo, hallazgos clínicos, tratamiento y evolución fueron recogidos. Se consideró FI cuando ocurrió espontáneamente o después de mínimo traumatismo.

Resultados: Todas las pacientes fueron mujeres, con una edad media de 72,6 años (rango, 66-83). Todas ellas fueron referidas con la sospecha de artritis de tobillo. La media de retraso en el diagnóstico fue de 6,7 semanas (rango, 0,5-20). Dos de ellas tenían antecedentes personales de FI en otras localizaciones. Dos pacientes tenían historia clínica previa de enfermedad auto-inmune (AR seropositiva y PAN clásica) en tratamiento con esteroides. Tres estaban en tratamiento o profilaxis para la osteoporosis antes de la FI. Todas se quejaban de dolor, de moderado a importante, con dificultad para realizar las actividades diarias, que mejoraba con el reposo. Ninguna refirió dolor nocturno. La exploración física reveló inflamación del tobillo en todos los casos, con moderado edema periarticular en cuatro y dolor importante a la palpación selectiva del calcáneo. La radiografía simple inicial fue normal en 4 pacientes. La RM fue diagnóstica en todas: 1 fractura de astrágalo, 5 fracturas de calcáneo. En todas ellas las imágenes de la RM mostraban bandas irregulares de baja intensidad de señal con cantidad variable de edema óseo alrededor. Una paciente sufrió una fractura del calcáneo contralateral 7 meses después de la primera FI. La densitometría ósea fue realizada en todas las pacientes: tres de ellas tuvieron criterios densitométricos compatibles con osteoporosis y dos de osteopenia. Todas recibieron tratamiento conservador con reposo, analgésicos e inmovilización de la articulación con resolución completa de los síntomas sin secuelas.

Conclusión: Las FI de calcáneo y astrágalo son probablemente más frecuentes de lo que pensamos y a menudo se confunden con artritis de tobillo. La RM puede ser necesaria para el diagnóstico porque este tipo de fracturas son difíciles de detectar en la radiología simple. A pesar del retraso diagnóstico, tienen buen pronóstico con tratamiento conservador. Sin embargo, un mayor índice de sospecha de este tipo de FI es importante para un diagnóstico temprano y un tratamiento precoz.

73

SUPERVIVENCIA DE LOS ANTAGONISTAS DEL TNF ALFA: PRIMER AÑO DE TRATAMIENTO

C. Pérez García, J. Maymó Guarch, M.P. Lisbona Pérez, M. Coll Batet, N. Segalés Plana y J. Carbonel Abelló
Servicio Reumatología IMAS. Hospital del Mar y Hospital de la Esperanza. Barcelona.

Introducción: El uso de las terapias anti-TNF alfa, ha supuesto un gran avance en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (Apso) y espondilitis anquilosante (EA), han demostrado en múltiples estudios su eficacia y seguridad, pero es imprescindible conocer la supervivencia de dichos tratamientos a largo plazo y compararla con la de los otros FAME.

Objetivo: Cálculo de la supervivencia en el primer año de tratamiento con etanercept (ETN) e infliximab (INF). Conocer si existen diferencias entre ambos tratamientos y analizar las causas de abandono de dichas terapias.

Métodos: Se han incluido todos los pacientes en tratamiento con INF y ETN por diferentes patologías (INF: 64 AR, 21 EA, 17 Apso, 8 otros ETN: 69 AR, 20 EA, 16 Apso, 4 otros) desde abril de 2000 hasta enero 2004. Se han analizado las variables clínicas, analíticas y los causas de abandono del primer año de tratamiento. Se han comparado ambos tratamientos para valorar si existen diferencias entre ambos. Se ha realizado el estudio estadístico con SPSS 10.

Resultados: Se han incluido un total de 227 tratamientos: 116 INF, 111 ETN (139 llevan más de 1 año de tratamiento 91 INF / 48 ETN). Se ha producido un total de 39 abandonos de tratamiento en el primer año (24 con INF (26,6%) y 15 con ETN (31,5%). La media semanas de supervivencia en el primer año es de 47,7 con INF y 40,3 con ETN sin que existan diferencias estadísticamente significativas $p = 0,185$. La causa más frecuente de abandono con ETN es la ineficacia (8/15-53%) y con INF es la reacción alérgica (12/24 50%) seguido de la infección (5/24 20,8%) respecto al 6% con ENT.

Conclusiones: La supervivencia media de los tratamientos anti-TNF alfa se aproxima a los 10 meses de tratamiento y es del 73% en el INF y 68,5% en el ETN, ligeramente inferior a los valores de BIOBADASER (86% terapias biológicas en el primer año). La causa más frecuente de abandono en INF es la reacción alérgica seguida de la infección, mientras que en ETN es la falta de respuesta al tratamiento.

74

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS CON PAMIDRONATO ENDOVENOSOS A 60 MG CADA 6 MESES

V. Torrente Segarra, C. Pérez García, A. Conesa Mateos, I. Padró Blanch, M. Ciria Recasens y L. Pérez Edo
Servicio de Reumatología. Hospital del Mar y Hospital de la Esperanza. Barcelona.

Introducción: La introducción de nuevas pautas de tratamiento de los bifosfonatos (alendronato y risedronato semanal), con eficacia demostrada, permiten un mayor cumplimiento terapéutico y disminuyen los efectos adversos (EA) gastrointestinales, que son la mayoría de las causas de abandono. Pero en ocasiones, estos tratamientos resultan ineficaces o presentan EA que obligan a suspender el tratamiento. El pamidronato también ha demostrado en estudios clínicos la eficacia como tratamiento antiosteoporótico a diferentes dosis y diferentes ciclos de administración. Presentamos como opción terapéutica pamidronato administrando 60 mg cada 6 meses por vía endovenosa.

Objetivo: Valorar la seguridad y eficacia del pamidronato a dosis de 60 mg /6 meses endovenoso en pacientes diagnosticados de OP que han presentado ineficacia o efecto adverso con bifosfonatos por vía oral.

Métodos: Desde abril 2002 hasta enero 2004, 48 pacientes (25 hombres/ 23 mujeres) diagnosticados de OP por los criterios de la OMS de 1994, con una edad media de $68,9 \pm 11,9$, con una evolución media de $5,4 \pm 3,68$ años, han recibido, como mínimo, una infusión de pamidronato. Se indicó pamidronato por las siguientes situaciones: ineficacia (24, 50%), mal cumplimiento terapéutico (3, 6,2%), efecto adver-

so (19, 39,5%). Se recogieron las variables antropométricas, clínicas, analíticas, densitométricas y efectos adversos (EA) mediante la revisión de historias clínicas (Tabla 1). Se realiza el estudio estadístico con SPSS 10 para Windows.

Metabolismo óseo y densitometría ósea

	Inicio	1 año	p
Ca p (mg/dl)	9,5 \pm 0,7	9,55 \pm 0,59	NS
Ca o 24 h	187 \pm 130	146 \pm 88,3	NS
P	3,47 \pm 0,55	1,97 \pm 1,68	NS
OC	4,76 \pm 3,22	4,66 \pm 3,3	NS
PTH	49,6 \pm 34,2	57,4 \pm 37,9	NS
FA ósea	13,0 \pm 5,6	10,1 \pm 3,97	NS
FATR	8,0 \pm 2,72	7,35 \pm 3,06	NS
NTX o 24h	39,6 \pm 2,99	29 \pm 9,3	0,03
FA total	206 \pm 51	175,9 \pm 40,2	0,001
Vit D 25OH	27,6 \pm 17,7	29,8 \pm 18,9	NS
DMO c. lumbar	0,723 \pm 0,13	0,740 \pm 0,008	NS
DMO c. fémur	0,600 \pm 0,234	0,600 \pm 0,210	NS
DMO c. total	0,603 \pm 0,366	0,710 \pm 0,250	NS

Resultados: Se han realizado un total de 95 infusiones con pamidronato en 48 pacientes con OP, con una media de tratamiento de 10,5 meses. 35 pacientes han cumplido 1 año de tratamiento. Se han objetivado una disminución de NTX orina 24 h y fostatasa alcalina total estadísticamente significativos en pacientes al año de tratamiento (tabla 1). A 5 pacientes se les ha realizado DMO basal y al año de tratamiento, mostrando una mejoría de 2,7% en columna lumbar y 18% en cadera total sin significancia estadística (tabla 1). Se han presentado 2 EA: síndrome febril a las 24 h de la infusión autolimitada e HTA durante la infusión.

Conclusiones: El tratamiento endovenoso con pamidronato a dosis de 60 mg cada 6 meses se muestra seguro y efectivo como terapia antiresortiva con disminución de NTX orina al año de tratamiento y muestra tendencia al aumento de DMO en pacientes diagnosticados de OP con ineficacia o efectos adversos de los bifosfonatos por vía oral.

75

A PROPÓSITO DE UN CASO DE BRONQUIOLITIS OBLITERANTE CONSTRICTIVA TRATADO CON ANTI-TNF

N. Garrido Puñal, A. de Juanes, M.A. Matías, J.I. Saéñz del Castillo, M. Galindo e I. Mateo
Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: Entre las bronquiolitis, la bronquiolitis obliterante constrictiva (BOC) es una variante infrecuente y grave asociada a la artritis reumatoide (AR), a determinados tratamientos (D-penicilamina), secundaria a infecciones (CMV), secundaria a tóxicos o idiopática. Es una inflamación inespecífica de las vías aéreas distales cuyo mecanismo de producción es desconocido, aunque ciertos modelos animales apuntan al TNF- α como un factor esencial en su patogenia. Se caracteriza por un deterioro brusco, rápido y progresivo de la función pulmonar con insuficiencia respiratoria global en la gasometría, patrón obstructivo en la espirometría y radiológicamente sin alteraciones patognomónicas. Aunque el diagnóstico de certeza se basa en hallazgos histológicos, el cuadro clínico, radiológico y funcional orienta al diagnóstico.

Objetivos: Relacionar la administración de anti-TNF con la supervivencia de estos pacientes.

Material y métodos: Se revisan las historias de bronquiolitis de los pacientes de los servicios de Reumatología y Neumología de este Hospital durante el período comprendido entre 1993-2003. De un total de 70 pacientes estudiados, 6 (4,2%) presentaron BOC (2 hombres y 4 mujeres). Entre estos 6 pacientes diagnosticados de BOC: 3 (50%) presentaban AR. 1 (16,6%) presentaba AR y tratamiento con D-penicilamina. 1 (16,6%) presentaba una enfermedad injerto contra huésped (postransplante de médula ósea). 1 (16,6%) se relacionó con patología postinfecciosa (CMV). En todos los pacientes se revisaron los tratamientos realizados así como su evolución respiratoria.

Resultados: Todos los pacientes (100%), fueron tratados con esteroides a dosis altas (1 mg/Kg/día). 2 de ellos (33,3%) habían recibido previamente choques de metilprednisolona (solumoderin 1gr/día por 3 días). 4 (66,6%) recibieron además un inmunosupresor (azatioprina), siendo estos pacientes los que tenían como diagnóstico AR, además de la BOC. De estos 4, 1 (25%) fue tratado además posteriormente con anti-TNF (Infliximab a dosis de 3 mgr/día, mensualmente). En los pacientes tratados únicamente con esteroides (2), se objetivó una mala evolución respiratoria, presentando uno de ellos evolución hacia el éxito y otro tuvo que ser transplantado (transplante pulmonar). De los 4 pacientes tratados con azatioprina, excepto uno que mejoró, el resto presentó una mala evolución. De estos tres últimos, sólo en uno se inició tratamiento con anti-TNF, objetivándose una estabilización gasométrica y espirométrica (VEMS) durante 10 meses.

Conclusiones: Aunque son necesarios estudios más prolongados y con mayor número de pacientes para poder obtener resultados estadísticamente valorables, el tratamiento con anti-TNF se puede considerar como una alternativa útil en pacientes con BOC y mala respuesta a los tratamientos habituales.

76

ESTUDIO COMPARATIVO DE UNA SERIE DE PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO Y SECUNDARIO

M.A. Aguirre, M.D. Miranda, I. Gómez, R. Roldán, J. González y E. Collantes
Servicio Reumatología Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Objetivo: Comparar las características demográficas, clínicas y serológicas de una serie de pacientes con Síndrome Antifosfolípido primario y secundario.

Pacientes y métodos: Incluimos 87 pacientes (15 varones y 72 mujeres), diagnosticados de Síndrome Antifosfolípido (SAF) según los criterios de Sapporo (1999). Presentaban SAF primario (SAF 1º) 41 pacientes y SAF secundario (SAF 2º) 46 pacientes. Se compararon las características clínicas y serológicas.

Resultados: No hubo diferencias significativas en cuanto a la edad entre SAF primario y secundario ($41,7 \pm 13$ versus $42,6 \pm 17$ años), ni en cuanto a su distribución por sexos (80,5% mujeres en SAF 1º vs. 84,8.1% en SAF 2º). Presentaron Trombosis arterial el 41,5% de los pacientes con SAF 1º frente al 63% de los SAF 2º ($p < 0,05$). No hubo diferencias significativas en el porcentaje de trombosis venosas (31,7% en SAF 1º frente a 31,8% en SAF 2º). Otras características como la Trombopenia fue más frecuente en el SAF 2º frente al SAF 1º (31,7% vs. 10,3%, $p < 0,05$). Los Anticuerpos Anti-

cardiolipina (aCL) isotipo IgG fueron más prevalentes en el SAF 2º frente al SAF 1º (77,3% vs. 53,7%, $p < 0,05$). La prevalencia de aCL isotipo IgM fue similar entre los dos grupos (47,5% en SAF 1º vs. 40,5% en SAF 2º, N.S.) así como la presencia de Anticoagulante Lúpico (AL), (52,6% en SAF 1º vs. 52,8% en SAF 2º, N.S.).

Conclusión: No observamos diferencias significativas en cuanto a la edad y sexo entre SAF1º y SAF2º. La prevalencia de Trombosis arterial, Anticuerpos Anticardiolipina IgG positivos y trombopenia fue superior en el grupo de SAF 2º frente al SAF 1º.

77

USO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN EL ESTUDIO DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

R. Morlà Novell, I. Reñaga Rubin y M. Tormo Tormo
Hospital de St. Pau i Sta. Tecla. Tarragona.

Objetivo: Describir y comparar los hallazgos obtenidos del estudio por radiología simple y por RMN de la articulación temporomandibular (A.T.M.).

Material y métodos: Se han recogido 44 pacientes (38 mujeres y 6 hombres), de edad media: 50,52 años (DE: 12,69), remitidos a la Unidad de Reumatología por dolor temporomandibular (unilateral: 31 y bilateral: 13). Se han realizado dos pruebas diagnósticas: radiología simple y RMN. Los resultados se han distribuido y comparado en 5 grupos (Normal, Degenerativo, Alteración estructural, Subluxación o Luxación y Otros). Los datos se han procesado mediante el paquete estadístico SPSS, y la prueba de chi cuadrado se ha utilizado para la comparación de distribuciones.

Resultados: La normalidad estructural es el hallazgo más frecuente, en 10 casos (22,72%). En 17 casos (38,63%), resultados normales en radiología simple han mostrado alteraciones en RMN y en 7 casos (15,90%,) RMN normales han resultado patológicos en radiología simple.

RMN:	Normal	Alteración estructural	Degenerativo	Sub/luxación	Otros	Total
RX Simple:						
Normal	10	4	3	0	0	17
Degenerativo	7	1	3	0	0	11
Sub/luxación	8	0	2	2	0	12
Otros	2	0	1	0	1	4
Total	27	5	9	2	1	44

Conclusión: De forma global, la RMN informa de un mayor número de patología que la radiología simple, pero ésta, en ocasiones, aporta información adicional a la RMN. Estas dos técnicas son de utilidad complementaria en el estudio de la patología de ATM.

78

TRATAMIENTO EN GRUPO CON FISIOTERAPIA MANTENIDA (TGFM) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

J. Díaz Petit, R. Camp Puerto y A. Rodríguez de la Serna
Hospital Sant Pau. Barcelona.

Objetivo: Valorar la eficacia de la fisioterapia mantenida, en grupos de pacientes con AR en: la movilidad articular, la fuerza muscular, la capacidad funcional y autonomía para las actividades de la vida diaria (AVD).

Pacientes y métodos: Cincuenta pacientes femeninas, participan en el estudio por un período de seguimiento de 18 años. La edad media es de 48 años (rango 40-65). La clase funcional de Steinbrocker en el inicio era: clase II: 36 pacientes; clase III 14 pacientes. Al inicio y cada año se valoran: cuestionario de capacidad funcional (HAQ), opinión del paciente sobre su estado general de salud (GH) y la opinión del fisioterapeuta sobre el estado general del paciente (PO) ambos medidos por una escala visual analógica de 0 a 10 (0= lo mejor; 10 = lo peor). El tratamiento incluye: ejercicios respiratorios, flexibilizaciones, estiramientos, tonificación muscular suave y reeducación postural, con una periodicidad semanal y una duración aproximada de 30 minutos, repartidos en grupos de diez.

Resultados: El valor medio del HAQ era: 1,87 al inicio y 1,12 en la última evaluación, lo que representa un 6% de mejoría. El GH presentó un valor inicial de 8 y un final de 4,5 (20% de mejoría). El PO resultó con un valor inicial de 7 y un final de 5 (14% de mejoría). Ver tabla. Los pacientes refieren un aumento subjetivo de la autoestima, y un mejor cumplimiento de los ejercicios domiciliarios.

Valores medios de medidas en TGFM

Prueba	Inicio	Final	% mejoría
HAQ	1,875	1,125	6
GH	8	4,5	20
PO	7	5	14

Conclusión: El Tratamiento en Grupo con Fisioterapia, de forma mantenida en pacientes con AR mejora la calidad de vida y la capacidad funcional valorada por HAQ. Además aumenta la movilidad articular, la fuerza muscular y la autonomía para AVD junto con la autoestima. Estos cambios retrazan la deformidad articular. El TGFM no evita la progresión de la enfermedad.

79

CONDROITÍN SULFATO Y ÁCIDO HIALURÓNICO (500-730 KDA) INHIBEN LA SÍNTESIS DE ESTROMELISINA (MMP-3) EN CONDROCITOS HUMANOS

M. Nacher*, J. Monfort**, E. Montell***, J. Vila*, J. Vergés**** y P. Benito**

*Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Universitat Pompeu Fabra.

**Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Universitat Autònoma de Barcelona.

***Unidad de Investigación Clínica, Departamento Médico y Científico, Bioibérica Farma, Barcelona.

Introducción: Condroitín sulfato (CS) y el ácido hialurónico de 500-730 kDa (AH) son fármacos de acción sintomática lenta efectivos en el tratamiento de la artrosis. Existen datos que sugieren que, además, CS y AH modifican el curso de la enfermedad artrósica. Su eficacia terapéutica radica en distintos mecanismos de acción, como: aumento de la síntesis de proteoglicanos, disminución de los niveles de radicales libres y de PGE2, reducción de la producción de óxido nítrico e inhibición de la apoptosis. La estromelina (MMP-3) es una enzima destructora del cartílago que juega un papel relevante como mediador en la respuesta inflamatoria articular. No obstante, hasta la fecha, no se han realizado estudios que valoren el efecto del CS y del AH sobre la síntesis de MMP-3 en cultivos de condrocitos procedentes de pacientes afectados de artrosis.

Objetivo: Analizar el efecto del CS y del AH (500-730 kDa) sobre la síntesis de MMP-3 inducida por IL-1 β en condrocitos obtenidos de pacientes con artrosis primaria.

Métodos: El modelo *celular* in vitro de estudio utilizado fueron condrocitos obtenidos a partir de cartílago procedente de pacientes afectados de artrosis de cadera sometidos a artroplastia. Los cultivos de condrocitos (n = 3) se utilizaron en el segundo subcultivo y se incubaron durante 48 horas con 2,5 ng/ml de IL-1 β en ausencia o presencia de distintas concentraciones de AH (500-730 kDa, Bioibérica Farma) ó, alternativamente, de CS (Bioibérica Farma) (10, 50, 100, 150, 200 y 1000 μ g/ml). Los niveles de expresión de la MMP-3 fueron determinados en el sobrenadante de los cultivos mediante la técnica ELISA.

Resultados: Los datos obtenidos revelan que tanto CS como AH inhiben la síntesis de MMP-3 inducida por IL-1 β . Concretamente, CS reduce la expresión de MMP-3 a todas las concentraciones testadas (p < 0,05), siendo los valores de 2092 \pm 546 ng/ml en ausencia de CS y AH, 1686 \pm 89 ng/ml (10 μ g/ml de CS), 1544 \pm 420 ng/ml (50 μ g/ml de CS), 1511 \pm 314 ng/ml (100 μ g/ml de CS), 1492 \pm 392 ng/ml (150 μ g/ml de CS), 1535 \pm 314 ng/ml (200 μ g/ml de CS) y 1611 \pm 209 ng/ml (1000 μ g/ml de CS). Los condrocitos tratados con AH también presentan una inhibición de la síntesis de estromelina a distintas concentraciones de AH (p < 0,05): 1526 \pm 339 ng/ml (50 μ g/ml de AH), 1602 \pm 365 ng/ml (100 μ g/ml de AH), 1601 \pm 668 ng/ml (150 μ g/ml de AH), 1560 \pm 349 ng/ml (200 μ g/ml de AH) y 1490 \pm 145 ng/ml (1000 μ g/ml de AH).

Conclusión: El presente trabajo demuestra que el CS y el AH inhiben la síntesis de MMP-3 (enzima proteolítica inductora de la destrucción del cartílago) en cultivo de condrocitos procedentes de pacientes con artrosis primaria. Este efecto aporta un nuevo dato respecto al mecanismo de acción de dichos fármacos que contribuiría a explicar su efecto clínico en pacientes artrósicos.

80

AUSENCIA DE VALOR PRONÓSTICO DE LOS ANTICUERPOS ANTICITRULINA EN LOS PACIENTES CON AR DE NUESTRO ENTORNO. RESULTADOS PRELIMINARES

A. Pérez, T. Ruiz Jimeno, G. Rodríguez, M. López Hoyos, C. Mata, J. Calvo Alén

Hospital de Sierrallana. Torrelavega. Santander..

Antecedentes y objetivos: La determinación de anticuerpos anti-péptidos citrulinados (AAPC) ha mostrado ser un test diagnóstico altamente específico para la artritis reumatoide (AR). Asimismo diversos trabajos han observado que la presencia de estos anticuerpos pueden ser un marcador de mal pronóstico. Nuestro grupo está investigando esta posibilidad en los pacientes con AR seguidos en nuestra unidad.

Métodos: De forma consecutiva y no seleccionada, pacientes diagnosticados de AR, de acuerdo a los criterios clínicos del ACR, están siendo evaluados de forma protocolizada en nuestra consulta. En cada caso se han hecho las determinaciones necesarias para el cálculo del índice de actividad clínica DAS, se ha evaluado el grado de discapacidad funcional mediante el cuestionario HAQ y se han obtenido radiografías para el cálculo del daño radiológico mediante el índice de Sharp (IS) y muestras de sangre para las diferentes determinaciones analíticas.

Resultados: Hasta el momento se han evaluado 29 pacientes (52% mujeres). La edad media (\pm DE) de los pacientes

ha sido de 54 (\pm 22) años y la duración media (\pm DE) de la enfermedad desde el momento del diagnóstico de 69,9 (\pm 77) meses. El 72% de los pacientes han resultado positivos para el factor reumatoide (FR) y los AACP se observaron en el 67% de los casos. Los pacientes AACP positivos tuvieron una edad media menor (49 ± 24 vs. 68 ± 7 años; $p = 0,15$) y un mayor tiempo de evolución de la enfermedad ($85,3 \pm 88,2$ vs. 42 ± 42 meses; $p = 0,067$). En el momento de la evaluación los pacientes negativos para los AACP presentaron un índice DAS de actividad clínica significativamente más elevado ($3,9 \pm 1,9$ vs. $3,5 \pm 1,1$; $p = 0,036$). Por lo que respecta a las principales medidas de desenlace HAQ e IS presentaron peores resultados en los pacientes con AACP ($0,8 \pm 0,7$ vs. $0,5 \pm 0,7$ y $34,9 \pm 30,9$ vs. $23,8 \pm 26,4$), aunque estas diferencias no alcanzaron significación estadística.

Conclusiones: Los datos preliminares de este estudio no parecen apoyar que los AACP constituyan un marcador de mal pronóstico de la AR en nuestro entorno. No obstante, el todavía reducido tamaño muestral así como las diferencias de índole demográfica observadas entre los dos grupos de pacientes obligan a analizar estos datos con la debida cautela.

81

ANTICUERPOS ANTINUCLEARES COMO DESCRIPTOR DE EVOLUCIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

C.O. Sánchez González, P. de Abreu Trigueros, G. Ruiz Bonilla, S. Rodríguez Rubio, N. Vázquez Fuentes y M.L. Gámir Gámir
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivo: Describir las características clínicas y la evolución de la enfermedad en pacientes con Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) y serología positiva para anticuerpos antinucleares (ANA).

Método: Revisamos 250 pacientes diagnosticados de AIJ, según la clasificación de ILAR, en nuestro hospital entre 1980 y 2004. Excluimos a los pacientes de los grupos: Sistémico, Poliarticular-FR+, Artritis-Entesitis y Artritis-psoriasis, quedando 131 pacientes que los agrupamos en: Oligoartritis persistente y ANA+ (47), Oligoartritis expandida y ANA+ (14), Poliarticular-FR- y ANA+ (8) y el resto de los pacientes, todos ANA- (Oligoartritis persistente, Oligoartritis expandida y Poliarticular), en un cuarto grupo (62). Evaluamos los siguientes parámetros: Porcentaje de niñas, edad media al inicio de la enfermedad, edad media al diagnóstico, el desarrollo de uveitis anterior crónica, la implantación de prótesis o cirugía osteoarticular y la necesidad de tratamiento con anti-TNF.

Resultados: Revisamos un total de 131 pacientes con AIJ (100 niñas y 31 niños). Los resultados de los parámetros analizados se muestran en la siguiente tabla:

	Oligoartritis Persistente ANA+	Oligoartritis Extendida ANA+	Poliarticular ANA+	ANA+	ANA-
n	47	14	8	69	62
Porcentaje de niñas	89,36%	92,85%	62,5%	79,71%	72,58%
Edad media al inicio	4a y 3m	4a y 5m	7a y 3m	4a y 8m	6a
Edad media al Dco	7a y 6m	14a y 1m	10a y 7m	9a y 3m	9a y 2m
Uveitis anterior crónica	12 (25,5%)	6 (42,8%)	1 (12,5%)	19 (27,54%)	0
Prótesis/Cirugía	10 (21,3%)	4 (28,6%)	2 (25%)	16 (23,19%)	12 (19,3%)
Anti-TNF	4 (8,5%)	4 (28,6%)	2 (25%)	10 (14,49%)	7 (11,3%)

Conclusiones: Hemos observado que los pacientes con ANA+ constituyen un subgrupo homogéneo respecto a sus características clínicas y evolución articular, con respecto a los ANA-; apareciendo con mayor frecuencia en niñas, con

un comienzo más temprano de la enfermedad, y con peor pronóstico, mayor prevalencia de uveitis anterior crónica, implantación de prótesis articulares o cirugía y necesidad de tratamiento con anti-TNF.

82

ESTUDIO PROSPECTIVO DE 82 CASOS DE FIBROMIALGIA: EVOLUCIÓN Y FACTORES PRONÓSTICOS

J. Guitart Boixader
Centro Reumatológico Sant Gervasi. Barcelona.

Introducción: Aunque la Fibromiálgia (FM) no tiene tratamiento específico, un mejor conocimiento de los factores pronósticos nos ayudará a su manejo.

Objetivo: Estudio de la evolución de la FM de forma global y en relación con diversos factores pronósticos.

Pacientes y métodos: En una serie de N = 82 pacientes, una media de edad de 51,7 años, 78 mujeres, 4 varones, diagnosticados según los criterios de Wolfe de 1993, se solicita la autoevaluación global del paciente a los 12 meses. Las variables se evalúan de forma dicotómica o semicuantitativa, partiendo de cuestionarios o por exploración clínica. Se compara la proporción de casos favorables en cada uno de los dos niveles en que se clasifica cada variable o en dos grupos clasificatorios, por las pruebas de independencia de dos caracteres cualitativos (χ^2) y la intensidad de la relación por el cálculo de la Odds Ratio (OR).

Resultados: En conjunto los casos evolucionaron de forma favorable ("mejor" o "algo mejor") en el 43,9% y de forma desfavorable ("peor" o "algo peor") en el 36,5%. Resultaron factores pronósticos negativos (inversamente relacionados con la evolución favorable), de forma significativa ($P < 0,05$): el grado clasificatorio III, la mala calidad del sueño y el número elevado de puntos dolorosos ($e13$); de forma menos intensa ($P < 0,1$): la ansiedad (OR = 0,31) y la mala observancia (OR = 0,38) y, de forma débil, los puntajes altos de estrés inicial (OR = 0,59), la tensión muscular elevada (OR = 0,82) y la edad de 53 años (OR = 0,83). Y sin prácticamente influencia reesultaron los antecedentes alérgicos (OR = 0,81), la no práctica de ejercicio (OR = 1) y los puntajes altos de depresión (OR = 1,2).

Conclusiones: Los factores pronósticos negativos más determinantes son la severidad del cuadro inicial, el elevado número de puntos dolorosos, la mala calidad del sueño y los niveles elevados de ansiedad.

83

PUNCIÓN-ASPIRACIÓN DIRIGIDA POR ECOGRAFÍA DE LA TENDINITIS CALCIFICANTE DE HOMBRO: DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y RESULTADOS OBTENIDOS (2 MESES Y 1 AÑO)

I. Torre Salaberri, J. del Cura Rodríguez, M. Santisteban Bocos, R. Expósito Molinero, E. Ucar Angulo, J.M. Gorordo Olaizola y J.M. Aranburu Albizuri
Hospital de Basurto, Bilbao.

Introducción: La punción-aspiración percutánea de la tendinitis calcificante de hombro (T.C.H.) guiada por ecografía pese a ser una técnica ya descrita previamente, su uso clínico en nuestro medio es casi nulo. Desde Mayo del año 2002 la venimos desarrollando en el Hospital de Basurto.

Objetivo: Describir la técnica de realización, los efectos adversos asociados a dicho tratamiento y los resultados obtenidos al de 2 meses y 1 año.

Material y métodos: Técnica realizada en un grupo de 60 pacientes diagnosticados de TCH. Utilizamos un ecógrafo con sonda de 7,5 mH, aguja de 20G, jeringas de 5 cc, anestésico local (lidocaína al 2%, 10 cc) y corticoide (depomoderín 40 mg). *Técnica:* El paciente permanece sentado con el brazo relajado en rotación interna. Tras la localización ecográfica de la calcificación se introduce la aguja por vía anterior del hombro anestesiando el trayecto y la bursa subacromial-subdeltoidea. Se realiza un lavado con lidocaína aspirando la calcificación hasta lograr la máxima cantidad de material posible. Finalmente se infiltra corticoide en bursa. Se indica reposo relativo de la articulación y uso de analgésicos a demanda. Se valora clínica y radiológicamente antes del tratamiento y al cabo de 2 meses y 1 año del mismo.

Resultados obtenidos: Es una técnica que ofrece las ventajas de bajo coste, no requiere equipamiento especial a excepción de un ecógrafo, rápida (tiempo medio de 10 minutos) y eficaz, hace desaparecer la calcificación en un porcentaje elevado de pacientes. Como efecto adverso de la técnica, destacamos ocasionales mareos y una crisis convulsiva en un paciente epiléptico conocido. No ha habido ningún caso de complicación séptica. Existe una mejoría clínica y radiológica, estadísticamente significativa al de 2 meses del tratamiento ($p = 0,004$), persistiendo la evolución favorable en los pacientes seguidos durante 1 año.

Conclusiones: La aspiración de la T.C.H. constituye una técnica sencilla, rápida, de bajo coste y efectiva, que supone una alternativa al tratamiento quirúrgico, ofreciendo un claro beneficio terapéutico respecto a técnicas tradicionales. Destacamos la ausencia de complicaciones infecciosas y la escasez de efectos adversos destacables. La mejoría obtenida al de 2 meses del tratamiento se acentúa en los pacientes al cabo de 1 año.

84

LA PROGRESIÓN DE LA DISCAPACIDAD FUNCIONAL EN LA ARTRITIS REUMATOIDE DEPENDE DE LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA PERO NO DE LA PROGRESIÓN DEL DAÑO ESTRUCTURAL

M.A. Belmonte Serrano, P. Ramos López, L. Carmona Ortells, I. González Álvaro, A. Balsa Criado, R. Sanmarti y X. Tena Marsa

H. General de Castellón, RX, H. Alcalá Henares, Sociedad Española de Reumatología, H. de la Princesa, H. La Paz, H. Clínic Barcelona, H. Can Ruti. Badalona.

Objetivo: Conocer si los cambios de capacidad funcional se deben principalmente a cambios de la actividad inflamatoria o a la progresión del daño estructural, en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide (AR).

Métodos: Seguimiento longitudinal de la cohorte EMECAR - muestra representativa de pacientes con artritis reumatoide de 34 hospitales españoles. Recogida de datos basal (v1) y a los dos años de seguimiento (v3). Análisis de correlación bivariable de valores basales e incrementos en el tiempo de HAQ (discapacidad), DAS28 para 3 variables (DAS28.3), y el índice de Larsen, entre sí y respecto a edad y tiempo de evolución. Estudio estadístico realizado con SPSS 10.

Resultados: De los 788 pacientes seleccionados inicialmente para el estudio de seguimiento, disponemos de datos completos para 313 sujetos. Los resultados se exponen en la

tabla adjunta. 1) En la visita basal, las tres variables de estudio correlacionaron significativamente entre sí (R rango 0,33 a 0,52). 2) Se encontró una correlación positiva y significativa entre los cambios del DAS28 y del HAQ ($r = 0,40$ $p < 0,001$) pero no entre estos parámetros y los cambios del índice de Larsen ($r < 0,04$ en ambos casos, $p > 0,5$). 3) La progresión global de estas tres variables fue muy escasa para la cohorte en estos dos años (incrementos medios: HAQ = +0,09, DAS28,3 = -0,35, Larsen = +2,47) aunque debido al tamaño muestral alcanzó significación en los tres casos (Student T para datos apareados). 4) Ni la edad de inicio ni el tiempo de evolución mostraron correlación significativa con la progresión de estos parámetros, aunque sí lo hicieron en la visita basal con el tiempo de evolución de la AR (HAQ $r = 0,29$, DAS28,3 $r = 0,20$ y Larsen $r = 0,54$). 5) En el estudio de regresión múltiple usando como variable dependiente el cambio del HAQ, solo entraron en el modelo final las variables de incremento del DAS28,3 y el valor de Larsen basal (no el incremento en el tiempo). La correlación fue moderada, justificando solo un 17,6% de la varianza.

Correlaciones bivariadas HAQ, DAS28,3 y Larsen

	DAS28,3 dif	HAQ dif	Larsen dif	DAS28,3 v1	HAQ v1	Larsen v1	edad v1	edad ini	T.evol v1
DAS28,3 dif	1	0,405**	-0,024	-0,463**	-0,168**	-0,061	0,019	0,086	-0,108
HAQ dif		1	0,035	-0,132*	-0,222**	0,085	0,102	0,067	0,040
Larsen dif			1	0,167**	-0,008	-0,132*	-0,095	-0,050	-0,56
DAS28,3 v1				1	0,520**	0,328**	0,100	-0,039	0,201**
HAQ v1					1	0,436**	0,223**	0,016	0,288**
Larsen v1						1	0,297**	-0,80	0,541**

Coef. corr Pearson(R); * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Conclusión: Tradicionalmente se ha sugerido que la discapacidad en la AR se debe tanto a la actividad inflamatoria como a la destrucción progresiva de las articulaciones. Nuestros datos sugieren que la progresión de la discapacidad está más relacionada con la progresión de la actividad que con la destrucción radiológica. El valor basal de HAQ correlaciona con ambos parámetros, pero la progresión de discapacidad lo hace fundamentalmente con la actividad, no con la destrucción radiológica. Esto contradice algunos conceptos arraigados hasta ahora en el juicio clínico de la reumatología tradicional.

Agradecimientos: Al equipo EMECAR de recogida y análisis de datos, así como a Aventis y la Sociedad Española de Reumatología.

85

LA ENFERMEDAD DE KIKUCHI Y SU ASOCIACIÓN CON EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE INICIO JUVENIL

N. Vázquez Fuentes, C.L. Urrego Laurín, J. Rubio García, S. Rodríguez Rubio, M.L. Gámir Gámir y A.C. Zea Mendoza Hospital Ramon y Cajal. Madrid.

Introducción: La Enfermedad de Kikuchi (EK) o linfadenitis histiocitaria necrotizante, es una enfermedad infrecuente aunque bien caracterizada. Su diagnóstico de sospecha es clínico si bien requiere de confirmación anatomopatológica. Se han comunicado numerosos casos de EK en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), aunque las relaciones entre ambas entidades constituyen un tema de debate.

Pacientes: Estudio descriptivo anatomoclínico a partir de los datos obtenidos de la Consulta de Conectivopatías de nuestro hospital en el período 1990-2003.

Resultados: Identificamos 2 casos de EK entre nuestros pacientes con LES, lo cual representa una incidencia de 0,3%. Ambos casos recayeron en niñas cuyo LES comenzó a los 14 años de edad. La presentación clínica (fiebre y adenopatías en un período superior a una semana) y los hallazgos anatómopatológicos (linfadenitis histiocitaria necrotizante en la biopsia de una adenopatía cervical) fueron los característicos de EK. En 1 de los casos el diagnóstico de EK fue posterior al de LES y en el otro lo precedió. Ambos casos compartían como criterios de LES afectación cutánea y renal, serositis, leucopenia, ANAs y aDNA positivos y se resolvieron con tratamiento esteroideo. Múltiples serologías infecciosas resultaron negativas.

Conclusiones: Nuestros casos confirman la asociación de EK y LES de la literatura pudiendo ser su diagnóstico anatomoclínico anterior, posterior o simultáneo al del LES (en estos últimos casos se postula la posibilidad de linfadenitis lúpica). El tratamiento esteroideo resultó eficaz para la resolución de los síntomas de EK.

86

VALORACIÓN DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE POLIMIALGIA REUMÁTICA

N. Vázquez Fuentes, S. Rodríguez Rubio, J. Rubio García, A. Rodríguez García y M. Vázquez Díaz
Hospital Ramon y Cajal. Madrid.

Objetivo: La Polimialgia Reumática (PMR) es una enfermedad bien caracterizada, si bien no existe uniformidad de criterios en cuanto a su diagnóstico. Nuestro objetivo es analizar la validez de los criterios actuales y la posible utilidad de nuevos parámetros clínicos y analíticos.

Material y métodos: Estudio observacional-secuencial a partir de la base de datos obtenidos de la Consulta Externa de Reumatología General de nuestro hospital en el período Enero 2002-Diciembre 2003. Seleccionamos pacientes diagnosticados de PMR según los criterios de Healey y Chuang. Analizamos la frecuencia de los distintos criterios en nuestra serie. Valoramos la posible utilidad de nuevos parámetros clínicos (síndrome constitucional, debilidad muscular generalizada, pérdida de peso, edema de manos y artritis) y analíticos (proteína C reactiva, fibrinógeno, plaquetas, hemoglobina, leucocitos, transaminasas, fosfatasa alcalina, hormonas tiroideas, creatinfosfoquinasa, factor reumatoide y anticuerpos antinucleares).

Resultados: De los 100 pacientes diagnosticados de PMR (65% mujeres, 33% hombres, edad media $75 \pm 7,5$ años) el 100% de los pacientes eran mayores de 50 años, el 97% presentaba afectación de cintura escapular y el 56% de pelviana. Hasta un 80% tenían VSG mayor de 40 y tan solo un 25% mostraban rigidez matutina (RM). De entre los parámetros clínicos propuestos ninguno de ellos fue estadísticamente significativo. Entre los analíticos encontramos que la proteína C reactiva (PCR) estaba aumentada hasta en un 82% de los casos. Un 5% de los casos evaluados que presentaban elevación persistente de reactantes de fase aguda (VSG y PCR) desarrollaron algún tipo de neoplasia.

Conclusiones: 1) De entre los criterios diagnósticos aceptados de PMR, la RM ha demostrado ser el de menor utilidad en nuestra serie. 2) De entre los parámetros clínicos y analíticos propuestos, únicamente el aumento de PCR ha

demostrado su utilidad como criterio diagnóstico. 3) Serán necesarios nuevos estudios prospectivos para confirmar estos datos.

87

TRATAMIENTO CON TILUDRONATO EN LA ENFERMEDAD ÓSEA DE PAGET. EFECTO A LARGO PLAZO E INTERVALOS DE MONITORIZACIÓN RECOMENDADOS PARA EL SEGUIMIENTO

P. Peris, L. Álvarez, N. Guañabens, A. Monegal, S. Vidal, L. Quintó, I. Vázquez, F. Pons, A.M. Ballesta y J. Muñoz Gómez

Servicios de Reumatología, Bioquímica y Medicina Nuclear. Hospital Clínic de Barcelona. IDIBAPS. Barcelona.

Objetivos: 1) Estudiar la evolución de la actividad de la enfermedad ósea de Paget (EP) a largo plazo tras tratamiento con tiludronato y comparar la utilidad de varios marcadores del remodelado óseo en el seguimiento (FA total [FAT], FA ósea [FAO], PINP, NTX); 2) Analizar los factores predictivos de la respuesta al tratamiento; 3) Estudiar los intervalos de monitorización más apropiados para valorar la respuesta al tratamiento.

Métodos: Se incluyeron 32 pacientes con EP. Todos recibieron tto con tiludronato (400 mg/d x 3 meses). Se determinaron: FAT, FAO y PINP séricos y NTX en orina al inicio y tras 1, 6, 12 y 24 m de finalizar el tto. Se realizó una gammagrafía ósea cuantificada al inicio, 12 y 24 meses y se obtuvo el índice de actividad gammagráfico (IAG). Los pacientes se clasificaron en 2 grupos según la respuesta a tto. G-I: pacientes con una disminución persistente de la actividad de la EP a los 24 m (57%); G-II: pacientes con una reactivación de la actividad de la EP a los 24 m (43%). La reactivación de la actividad de la EP se definió por un aumento significativo del IAG (> 13%) entre los 6 y 24 m y la respuesta al tto por una disminución del IAG > 13% a los 6 m de acabar el tto. Los resultados se compararon con la evolución de los marcadores, valorando la respuesta significativa como aquella variación en el valor del marcador superior a su diferencia crítica.

Resultados: Tras el tto con tiludronato se observó una disminución significativa del IAG y de todos los marcadores del remodelado óseo (nadir a los 6 m). El 100% de los pacientes respondieron al tto a los 6m. La respuesta a largo plazo se asoció con una menor actividad basal de la enfermedad (FAO <60 ng/mL o FAT < 600 U/L). Los intervalos de monitorización dependieron del marcador utilizado. Así, ningún paciente del G-I presentó un incremento significativo de los valores de FAT al año y 2 años de finalizar el tto, mientras que el 33% y 45% de estos pacientes presentaron un aumento de los valores de FAO en estos períodos de tiempo. Todos los pacientes del G-II presentaron un aumento significativo de los valores de FAO a los 2 años, mientras que sólo un 33% de estos pacientes presentaron un aumento en los valores de FAT. Conclusión: La mayoría de pacientes con EP tratados con tiludronato presenta una respuesta prolongada que persiste a los 2 años de finalizar el tratamiento. La respuesta nadir se observa a los 6 m tras tratamiento. La monitorización de la actividad de la enfermedad depende de la actividad basal de la enfermedad y del marcador utilizado, siendo la FAO el marcador que detecta los cambios en la actividad de la enfermedad de forma más precoz.

88

CORRELACIÓN ENTRE DENSITOMETRÍA ÓSEA DEXA EN COLUMNA LUMBAR Y CADERA Y ULTRASONOGRAFÍA CUANTITATIVA DEL CALCÁNEO (QUS) EN LA VALORACIÓN DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA (DMO) EN UNA POBLACIÓN CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS

E. Cuende Quintana, J.R. de Dios Jiménez de Aberasturi y J.C. Vesga Carasa
Hospital Txagorritxu. Vitoria, Hospital Aranzazu. San Sebastián.

Objetivos: 1) Evaluar si la determinación de DMO mediante QUS puede ser una técnica útil para el screening de osteoporosis en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias. 2) Evaluar el grado de coincidencia sobre la misma muestra de individuos, tanto intraprueba como entre dos pruebas (QUS y DEXA). 3) Estimar la validez interna de QUS a la hora de clasificar correctamente a los individuos estudiados.

Material y métodos: Durante el año 2003, a 78 mujeres con artritis reumatoide (AR), artropatía psoriásica (APs) y espondiloartropatía (EA) se les realizó determinación de la DMO en columna lumbar y extremidad proximal del fémur por sistema DEXA y 3 determinaciones de ultrasonidos en ambos calcáneos mediante un sonómetro Sahara. La reproductibilidad del QUS se determinó mediante el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) y su intervalo de confianza. Para estudiar la validez se considera DEXA como prueba de referencia estimándose sensibilidad (S) especificidad (E), razón de probabilidades, y valores predictivos positivos y negativos de cada uno de los parámetros. La relación entre S y E se representa mediante la curva ROC estimando así el grado de clasificación correcta de la prueba y permitiendo elegir un punto de corte comparando ambas pruebas.

Resultados: 1) Se ha comprobado una buena reproductibilidad en todos los parámetros de ultrasonidos observados en las 3 mediciones efectuadas a cada paciente (gr/cm², BUA, SOS, QUI y t-score). El CCI es mayor de 0,75 lo que indica una buena reproductibilidad de la prueba. En nuestra población, hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en las mediciones de ultrasonidos realizadas en calcáneo derecho e izquierdo, siendo estas últimas de mayor cuantía. 2) La concordancia de la t-score entre DEXA y QUS es baja. 3) Analizando la S y E diagnóstica para diferentes cortes de t-score en calcáneo, el mejor par S/E se obtiene con una t-score de -0,8 y un BUA (broadband ultrasound attenuation en dB/Mhz) < 70 en calcáneo izquierdo y t-score de -1,15 y BUA < 69 en calcáneo derecho, utilizando como referencia de osteoporosis una t-score por DEXA de -2,5 en columna lumbar. 4) El parámetro BUA en calcáneo derecho mostró una mayor área bajo la curva ROC con un par S/E para un BUA de 70 de S = 83 y E = 57 en columna lumbar y S = 100 y E = 53 en cadera lo que nos permite asegurar que con un valor de BUA < de 70 tenemos una alta seguridad diagnóstica y constituiría una indicación para solicitar DEXA.

Conclusiones: 1) La concordancia de la t-score entre QUS Y DEXA es baja al igual que sucede entre DEXA periférico y DEXA de columna y cadera. 2) En patologías inflamatorias la mayor DMO valorada por QUS corresponde al lado no dominante. 3) El mejor corte, como herramienta diagnóstica

sería una t-score en calcáneo derecho entre -0,8 y -1,15 y un BUA < 70,4. Los ultrasonidos pueden tener su lugar como prueba de screening de DMO en pacientes con patologías reumáticas inflamatorias.

89

EFFECTO DE LA TITULACIÓN INICIAL SOBRE LA TOLERABILIDAD DEL TRAMADOL RETARD EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO ARTICULAR

E. Sirvent, D. Reina, O. Codina, C. García y J. Valverde
Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Objetivo: Estudiar el efecto de dos esquemas de titulación sobre la tolerabilidad de tramadol retard en pacientes con dolor crónico articular. Determinar si la titulación lenta inicial permite reducir la frecuencia de abandonos por efectos adversos.

Material y métodos: Se diseña un estudio piloto observacional prospectivo unicéntrico, incluyendo a 59 pacientes con dolor crónico articular. Se siguieron durante 4 semanas. Los pacientes se asignaron sin aleatorización previa en un grupo 1 (con titulación de tramadol lenta inicial y posterior dosis de 200 mg de tramadol retard al día) y un grupo 2 (sin dicha titulación lenta inicial). La variable principal de evaluación fue el efecto sobre tolerabilidad del fármaco de los dos esquemas de titulación de dosis. Las variables secundarias fueron evaluadas según la eficacia, tolerabilidad y seguridad. Se realizó el test exacto de Fisher para la equivalencia de proporciones estableciendo si existían diferencias significativas entre tratamientos.

Resultados: Recibieron tratamiento 59 pacientes con edad media de 62 años (13 hombres, 46 mujeres). El tiempo medio desde el inicio del dolor fue de 9 años y el dolor articular más frecuente fue la artrosis periférica. La intensidad media del dolor fue 7,3/10. Se produjeron 7 abandonos por acontecimientos adversos relacionados con la medicación en el grupo 1 (24%) y 16 en el grupo 2 (53%), existiendo diferencias significativas en el tratamiento según esta variable. Los efectos secundarios más frecuentes fueron: vómitos, náuseas, mareo, cefalea, somnolencia.

Conclusiones: La utilización de dosis iniciales bajas de tramadol con un aumento progresivo presenta menos efectos secundarios y por lo tanto mejor tolerabilidad y menor número de abandonos.

90

PERFIL OSTEOPORÓTICO DE LOS PACIENTES CON FRACTURAS AGUDAS

R. Expósito Molinero, M. Santisteban Bocos, I. Torre Salaberri, J.R. Estébanez Aparicio, I. Magro Sánchez, J. Lara Fernández, E. Galíndez Aguirregoikoa, E. Ucar Angulo y J.M. Gorordo Olaizola
Hospital de Basurto. Bilbao.

Objetivo: Analizar el perfil de los pacientes con fracturas agudas y contrastarlo con los factores de riesgo descritos en la literatura, que tienen mayor influencia en la pérdida de masa ósea.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 200 pacientes mayores de 50 años, que acudieron al Servicio de Urgencias de nuestro hospital con fracturas de muñeca, cadera o verte-

brales durante los 6 últimos meses del año 2003. Excluimos politraumatizados y fracturas provocadas por un mecanismo de alta energía, al considerar que la baja densidad mineral ósea no es un factor relevante en su producción. Nuestra base de datos incluye: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), fracturas previas, fumador/a, años transcurridos desde la menopausia, corticoterapia prolongada, y tratamiento previo de osteoporosis (OP).

Resultados: Del total de la muestra, 174 pacientes fueron mujeres (87%) y 26 hombres (13%). El tipo de fractura más común fue la de muñeca (42%), seguido de la cadera el 38% y las vertebrales el 20%. En el intervalo de edad de 50 a 65 años objetivamos 28 fracturas, de 66 a 80 años: 80 y en mayores de 81 años: 92. En las mujeres, el 8% de las fracturas suceden antes de 10 años post-menopausia, entre 11 y 20 años el 9%, entre 21 y 30 años el 25% y el 45% después de 31 años del climaterio. Entre los restantes factores de riesgo destacamos la importancia del antecedente de fractura previa (27%), ser fumador (9%), IMC < 20 (7%) y corticoterapia crónica (6%). Se habían realizado una densitometría previa únicamente un 7%. Nunca habían recibido tratamiento para la OP 132 pacientes, 44 eran tratados de forma discontinua y sólo 12 recibían tratamiento correcto.

Conclusiones: El perfil más común de una fractura aguda es: mujer mayor de 65 años, posmenopáusica hace más de 20 años, sin diagnóstico, ni tratamiento previo para la OP y con antecedente de fractura previa. Estos datos coinciden con los factores que más influyen en la pérdida de masa ósea encontrados por otros autores, el resto tiene menor relevancia estadística. Por lo tanto, consideramos fundamental el estudio sistemático de los pacientes con las características expuestas, debido a la alta probabilidad de tener OP y por tanto, de producirse una fractura aguda.

91

AFECTACIÓN TORÁCICA Y LUMBAR EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

P. Mesa del Castillo Bermejo, M. Castellón Pérez, J. Giménez, E. Soriano, F.A. Martínez Angosto y L.F. Linares
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

La afectación disvertebral en la columna dorsal y lumbar es muy rara en relación a la frecuencia de la afectación cervical presente prácticamente en la totalidad de las A.R. con actividad mantenida más de diez años. El interés de esta comunicación reside fundamentalmente en los estudios con TC y RMN con imágenes muy demostrativas y de las que hay pocas publicaciones. Presentamos dos pacientes con Artritis Reumatoide de larga evolución y afectación de la práctica totalidad de los discos y vértebras dorsales y lumbares. Han sido estudiadas con radiología simple, tomografía convencional, TC y RMN. En tórax se muestran lesiones discales, en platillos y cuerpos vertebrales y articulaciones costovertebrales, costotransversas e interapofisarias. En región lumbar se muestran lesiones en platillos y cuerpos vertebrales, articulaciones interapofisarias y un quiste sinovial procedente de una articulación interapofisaria que dio lugar a lumbociática que no mejoró con tratamiento y tuvo que ser intervenida quirúrgicamente.

92

ANTICUERPOS CITRULINADOS (PCC) Y ARTRITIS REUMATOIDE

R. Roselló Pardo, C. Vázquez Galeano y M. Ferrer Giménez
Hospital San Jorge. Huesca.

Desde oct-03 disponemos de la técnica de detección de ac anticitrulinados (pcc). Para comprobar su validez hemos solicitado dicha determinación en pacientes con AR, artropatía psoriásica y otras enfermedades inflamatorias crónicas del aparato locomotor. Se han realizado 180 determinaciones que corresponden a 100 pacientes con A.R., 24 con A pso, y 56 con otras patologías del aparato locomotor. En la tabla 1 vemos la distribución por sexos y edad y valor pcc de las distintas patologías:

Distribución por patologías y valor pcc

Patología	nº pacientes	sexo (v/m)	edad	Tiempo evolución	Valor pcc (X)
A. R. "leves"	31	16/15	58,5 (17 a 78)	15,47 (1 a 52)	0,27 a 81,7 (31,8)
A.R. "severas"	69	23/46	73,7 (19 a 89)	17,49 (1 a 47)	1 a 587 (128,6)
A psoriásica	24	14/10	61,7 (21 a 78)	12,67 (1 a 30)	1 a 16,7 (6,14)
Otras enf. inflamatorias	56	15/41	57,8 (23 a 75)	7,67 (1 a 10)	1,6 a 19,3 (6,42)

Observamos: *a)* Que los valores de pcc en los enfermos con artritis reumatoide son ampliamente variables. *b)* Los enfermos con patología articular que no sea artritis reumatoide tiene valor de pcc inferior a 20. *c)* Los valores de pcc > 100 indican gravedad de la artritis reumatoide, por lo que estos pacientes serían susceptibles de un tratamiento más agresivo desde el inicio del cuadro.

Conclusiones: *1)* La detección de pcc resulta útil para el diagnóstico temprano de artritis reumatoide. *2)* Ningún paciente con A Pso u otras artropatías inflamatorias ha tenido valor de pcc mayor de 18,9. *3)* Un título alto de pcc (> 100) es sugestivo de AR de mala evolución. *4)* Sin embargo los títulos de pcc en la AR de mala evolución son muy variables, por lo que un valor normal de éste no indica que la evolución sea buena.

93

EFICACIA Y TOXICIDAD DEL TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS EN UNA COHORTE DE ENFERMOS REUMÁTICOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

B. Hernández Cruz, M. Sianes Fernández, R. Ariza Ariza, J.V. Montes De Oca Mercader, I. García Rodríguez, J. Toyos, D. Mendoza Mendoza y F. Navarro Sarabia
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos: Conocer la eficacia y la toxicidad asociadas al empleo de terapias biológicas (TB) en una cohorte de enfermos atendidos de Diciembre de 1999 hasta Septiembre del 2003.

Pacientes y Métodos: Se incluyeron todos los pacientes que recibieron al menos una dosis de TB. *Eficacia:* respuesta EULAR (o equivalente, según diagnóstico). Se recogieron los eventos adversos (EA). Se definió evento adverso grave (EAG) como aquel que requirió ingreso hospitalario o provocó muerte, incapacidad o amenazó la vida. Evaluaciones cada 8 semanas. Estadística descriptiva y análisis.

Resultados: Se incluyeron 92 pacientes, 57 mujeres, edad promedio 45,9 años (4,3 – 78,1). Los diagnósticos fueron: AR

(n = 60, 65%), AIJ (12, 13%), EA (8, 9%), A-Ps (7, 8%), enfermedad de Still (3, 3%) y enfermedad de Crohn (2, 2%). Cincuenta y nueve pacientes (64%) realizaban tratamiento con Infliximab y 33 (36%) con Etanercept; la duración de la TB fue de 15,4 meses (0,5 - 46,3). Se obtuvo mejoría entre la evaluación basal y final en las siguientes variables (media \pm desviación estándar): articulaciones inflamadas 13,6 (\pm 9,9) vs. 4,4 (\pm 5,9), p < 0,001; articulaciones dolorosas 15,6 (\pm 12,0) vs. 5,6 (\pm 8,3), p = 0,001; HAQ 1,36 (\pm 0,72) vs. 0,75 (\pm 0,67), p = 0,01; DAS28 6,5 (\pm 1,5) vs. 4,2 (\pm 1,7), p < 0,0001; Escala visual análoga (EVA) de dolor (0 sin dolor - 100 máximo dolor) 56,7 (\pm 25,6) vs. 34,7 (\pm 26,7), p = 0,04; EVA de actividad (0 sin actividad - 100 actividad máxima) 56,8 (\pm 23,9) vs. 35,0 (\pm 25,5), p = 0,0006; VSG (mm/Hra) 66,7 (\pm 37,0) vs. 32,9 (\pm 25,4), p = 0,0006; PCR (mg/L) 33,8 (\pm 34,6) vs. 11,4 (\pm 13,6) p = 0,001. Remisión en 19,4%, respuesta parcial en 23,3% y la TB se suspendió en seis pacientes por ineficacia. Mediana de supervivencia del tratamiento: 14 meses. EA en el 73% de los pacientes, 88% leves y 12% graves. Los EA leves más frecuentes fueron: infección de vías respiratorias altas (15), cefalea (14), astenia y mialgias (7), eritema/urticaria (6), abscesos de partes blandas (5), herpes (5), dispepsia (5), micosis (4) e hipertransaminasemia (4). Los EA graves: 2 neumonías, una artritis séptica, un absceso en herida quirúrgica occipital, una pancreatitis, una enfermedad de Waldenstrom y dos sepsis, una secundaria a neumonía nosocomial y otra sin foco primario. Las dos septicemias fueron mortales. Hubo 25 interrupciones de la terapia (27%); 16 temporales (11 por EA leve y 5 por EA grave) y 9 definitivas (5 por EA leves y 4 por EA graves). Previo al inicio de las terapias biológicas, se efectuó prueba de Mantoux en 76 pacientes, que fue positiva en 15 casos. En todos se descartó tuberculosis activa y se realizó quimioprofilaxis con INH 300 mg/día/6 meses.

Discusión: La eficacia y los eventos adversos de las TB en práctica clínica habitual son similares a los observados en los ensayos clínicos. Los eventos adversos más frecuentes fueron infecciones, que provocaron dos éxitos.

94

ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL TEJIDO CONECTIVO EN LA INFANCIA

J.M. Gorordo Olaizola, I. Torre Salaberri, M. Santisteban Bocos, R. Expósito Molinero, A. Ruano, R. Fernández, J. Zaballa Gorordo y J.M. Aranburu Albizuri
Servicios Reumatología y Pediatría. Hospital de Basurto. Bilbao.

Objetivo: Analizar las enfermedades más frecuentes del tejido conectivo en niños así como las variables: sexo, edad, presentación clínica, evolución radiológica y tratamientos empleados.

Material y métodos: Revisión de forma retrospectiva de nuestra serie de 37 casos diagnosticados de enfermedades inflamatorias del tejido conectivo en el período comprendido entre los años 1999 al 2003.

Resultados: La edad estaba comprendida entre los 2,5 años y los 14 años, con una edad media de 6 años. En cuanto al sexo predominaba el femenino con 27 casos (72,9%) sobre el masculino 10 casos (27,1%). El proceso más frecuente fue la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) en 34 casos, con sus formas de inicio: A) En 19 casos inicio oligo- pauciarticular. 10 con HLA B 27 (+) (7 mujeres- 3 varones). 3 con ANA (+) 2 con uveítis anterior aguda. B) En 8 el inicio fue en forma de

poliartritis. 3 seropositivas. 5 seronegativas. C) En 4 casos de biartritis de rodillas. D) En 2 casos de monoartritis en rodillas. E) Un caso, varón, AIJ sistémica, de inicio a los 4 años. En los 3 casos restantes encontramos 2 casos de Esclerodermia lineal y 1 caso de LES en paciente varón, de inicio a los 11 años (con afectación pleural y nefropatía). Queremos destacar en las formas de AIJ poliarticular seronegativas 4 casos, de evolución radiológica desfavorable y en las formas oligo- pauciarticular HLA B 27(+) hubo 6 mujeres, con afectación axial incipiente (sacroileitis de inicio precoz, con RM positiva).

Conclusiones: La AIJ de inicio oligo-pauciarticular, ha sido la enfermedad inflamatoria del tejido conectivo más frecuente con 19 casos (51%). Objetivamos una evolución radiológica desfavorable en 4 casos de AIJ poliarticular seronegativa, así como en 6 mujeres con afectación oligo-pauciarticular (HLA B 27 +) que presentaron una afectación axial incipiente. Respecto al tratamiento en las formas poliarticulares, en 5 pacientes ha sido necesario el empleo de nuevas terapias biológicas (etanercept) ante la falta de respuesta con otros tratamientos.

95

LAS ARTRITIS SÉPTICAS EN LA PROVINCIA DE CÁDIZ. ESTUDIO DESCRIPTIVO

D. Soria Martín de la Vega, D. Toledo Coello, S. García Pérez
Sección de Reumatología. H. Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Se define artritis séptica como la reacción inflamatoria causada por la penetración de un germen en la cavidad articular. Ello provoca un daño tisular rápido e importante, que afecta preferentemente al cartílago y que si no se actúa con la suficiente contundencia y rapidez pueden provocar un deterioro articular que puede ser irreversible. En el presente trabajo se exponen las características así como los factores de riesgo de los enfermos afectados de artritis sépticas en la provincia de Cádiz entre los años 1996 y 2003. Se han revisado las historias clínicas de 28 pacientes que fueron ingresados en el Hospital Universitario Puerta del Mar con el diagnóstico de artritis séptica. La mayor parte de ellos fueron hombres (60,7%) de 58,7 años de edad y que permanecieron ingresados una media de 34 días en los Servicios de Reumatología (35,7%) y Traumatología (42,9%). Las características de los cuadros clínicos aparecen resumidos a continuación:

Articulación afectada:

Rodilla	71,4%
Columna	10,7%
Codo	7,1%
Hombro	7,1%
Pie	3,6%

Tipo de germen causal

Coco Gram +	67,9%
Bacilo Gram -	17,9%
Micobacterias	10,7%
Hongos	3,6%

Microorganismo

<i>Staphylococcus aureus</i>	32,1%
<i>Streptococcus epidermidis</i>	14,3%
<i>Streptococcus viridans</i>	10,7%
<i>Escherichia coli</i>	10,7%
<i>Micobacterium tuberculosis</i>	10,7%
<i>Bacterioides fragilis</i>	3,6%
<i>Candida krusei</i>	3,6%
<i>Serratia marcescens</i>	3,6%

Enfermedades asociadas	
Enfermedades Reumáticas no AR	28,6%
Diabetes Mellitus	21,4%
Neoplasias	17,9%
Artritis Reumatoide	7,1%
Inmunodeficiencia No SIDA	7,1%
SIDA	7,1%
Cirrosis	3,6%
Infección urinaria	3,6%
Factores de riesgo	
Prótesis articular	25%
Traumatismo previo	10,7%
Artrocentesis previa	7,1%
ADVP	7,1%
Alcoholismo	3,6%
Cirugía articular previa	3,6%

Como conclusión podemos decir que nuestro "Enfermo Tipo" es un varón de 58 años, con antecedentes de alguna enfermedad reumática previa o con prótesis articular que ingresa durante un mes por una artritis séptica de rodilla provocada por un *Staphylococcus aureus*.

96

EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ILAR EN LA AIJ

P. De Abreu Trigueros, C.O. Sánchez González,
G. Ruiz Bonilla, S. Rodríguez Rubio, N. Vázquez Fuentes
y M.L. Gamir Gamir
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivo: Validar los criterios de clasificación de pacientes con Artritis Idiopática Juvenil (AIJ), propuestos por ILAR respecto a los ya aceptados por EULAR.

Método: Estudio retrospectivo realizado por medio de revisión de historias clínicas. Se clasificaron 220 pacientes diagnosticados de AIJ en nuestro hospital entre 1983 y 2004, según los criterios EULAR y su correlación con los actuales de ILAR.

Resultados: Se revisaron 220 pacientes diagnosticados de AIJ (96 niños y 124 niñas). La edad media de inicio de la enfermedad es de años y 10 meses y la edad media de diagnóstico es 12 años y 3 meses. En la tabla siguiente se muestran los cambios de clasificación presentados en los pacientes estudiados.

Correlación clasificación EULAR-ILAR

	Sistémica	Oligo-articular	EA indif	Poliart FR -	Poliart FR +	Art psor def	Esp anq juv	Art enter
EULAR								
Sistémica	19	-	-	-	-	-	-	-
Oligo persis	-	72	12	-	-	-	-	-
Oligo extend	-	10	3	-	-	-	-	-
Poliart FR+	-	-	-	-	14	-	-	-
ILAR								
Poliart FR-	-	-	-	37	-	-	-	-
Art-psor	-	-	3	1	-	6	-	-
Art-entes	-	1	27	3	-	-	8	-
No cumple criterios	-	1	-	-	-	-	-	-
Crit + DE I	-	-	2	-	-	-	-	1

Se ha observado una mayor prevalencia en la forma Oligoarticular según EULAR de niñas (66/85) y de ANA+ (57/79), frente a la Espondiloartropatía indiferenciada que presenta un predominio de niños (34/45) y HLA B27+ (35/55). Estos datos se mantienen en la de ILAR siendo mayor, en la Oligoartritis persistente, el número de niñas (58/80) y ANA+ (46/79); y en la Artritis-entesitis de niños, (33/40) y B27+

(36/55). En la serie estudiada quedaron 5 pacientes sin clasificar según los criterios de ILAR. Se observa una correlación entre los criterios de EULAR e ILAR al clasificar los pacientes de los siguientes grupos: Sistémica, Poliarticular FR+ y Artritis psoriásica, siendo estos grupos homogéneos en sus características clínicas y evolutivas. Los 8 pacientes con Espondiloartropatía juvenil cumplen criterios de Artritis-entesitis. De los 84 pacientes del grupo Oligoarticular, 82 (97,6%) se continúan clasificando como Oligoartritis por la clasificación ILAR (72 en la forma Persistente y 10 en la Extendida), 1 paciente cumple criterios de Artritis-entesitis y otro queda inclasificado por no cumplir criterios de ninguna categoría. 4 de 41 pacientes (9,7%) de Poliarticular FR- se reclasifican en Artritis-psoriasis (1) y en Artritis-entesitis (3). Del grupo de las Espondiloartropatías indiferenciadas 27 de 47 (57,4%) cumple criterios de Artritis-entesitis pero 17 de 47 (36,2%) pasan a formar parte de otros grupos (12 en Oligoartritis persistente, 3 en Oligoarticular extendida, 3 en Artritis-psoriasis y 2 cumplen criterios para más de una categoría).

Conclusión: Se concluye que según la clasificación de ILAR, los niños con AIJ se distribuyen en grupos más homogéneos. Los factores que excluyen a los pacientes de sus correspondientes categorías son los antecedentes familiares de psoriasis y enfermedad relacionada con B27, y la Oligoartritis-FR+. Son necesarios más estudios epidemiológicos para la validación internacional de estos criterios.

97

EVALUACIÓN DE ARTROCENTESIS E INFILTRACIÓN CON ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA EN HEMARTROS AGUDO DE PACIENTES HEMOFÍLICOS

N. Cid Boza, C. Aguilera Cros, A. García López,
A. Valenzuela Castaño y J. Povedano Gómez
H.U. Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La Hemofilia es una enfermedad de herencia ligada al cromosoma X que se caracteriza por el déficit específico de un Factor de la coagulación (FC); FC VIII o FC IX según se trate de Hemofilia A o B. En los casos de Hemofilia moderada-severa se producen sangrados de forma espontánea, siendo en un 90% de ellos de localización musculoesquelética, y de estos un 80% constituyen hemartros.

Objetivos: Analizar el tiempo medio de resolución del hemartros agudos, así como el consumo de factor y gasto asociado en pacientes hemofílicos atendidos por el servicio de Reumatología en la Unidad de Hemofilia de nuestro centro, en los que se ha realizado artrocentesis con evacuación del hemartros agudo y administración intraarticular de A. de Triamcinolona.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron las historias de todos los pacientes hemofílicos atendidos por nuestro servicio en la U. de Hemofilia entre 1999 y 2002 en los que se llevó a cabo la artrocentesis e infiltración con A. de Triamcinolona en el episodio de hemartros agudo.

Resultados: Se incluyeron un total de 28 pacientes, de los cuales un 64,7% presentaban Hemofilia A moderada-severa y un 14% Hemofilia B grave. La edad media de los pacientes fue de 23 +/- 12 años y las articulaciones afectadas con mayor frecuencia fueron la rodilla con un 57,1% y el codo con un 25%. Como indicadores del daño articular se recogieron el número de hemartros sufridos en la articulación diana en el

año previo a la intervención, con un valor medio de 5 (1,21), así como la evaluación radiológica de la articulación diana siguiendo la escala de Pettersson (0-13) con valor medio de 6 (0,13). El tiempo medio de resolución del hemartros fue de 4,1 ± 2,1 días y el gasto medio asociado al consumo de factor/hemartros fue de 4685,1 (0,20054) euros. El análisis del consumo de factor en función del tipo de hemofilia fue el siguiente: en el caso de los hemofílicos tipo A un 59,09% se encontraba en tratamiento con F VIII plasmático, con un consumo medio/hemartros de 15000 (9000,34000) UI y un 40,9% con F VIII recombinante y consumo medio de factor/hemartros de 8000(2500,28000) UI. En hemofílicos tipo B un 66,6% seguía tratamiento con FC IX plasmático y un 33,3% con FC IX recombinante con consumo medio/hemartros de 33000 (18000, 48000) UI y 6000 UI respectivamente.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que aquellos hemofílicos que no pudieran acceder a una terapia con FC dentro de un programa de profilaxis mantenida, podrían beneficiarse de la artrocentesis con evacuación del hemartros agudo, asociando o no la administración intraarticular de A. de Triamcinolona, con disminución del tiempo medio de resolución del episodio, así como del consumo de factor asociado.

98

META-ANÁLISIS DE LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE CADERA, VERTEBRALES Y DE MUÑECA, DE LAS MUJERES CON OSTEOPOROSIS POSMENOPÁUSICA CON RISEDRONATO Y RALOXIFENO

L. Pérez Edo, M. Ciria, C. Rubio Terrés, A. Raber, I. Arístegui y A. Casado

53D-Health Research S.L. Barcelona.

Fundamento: Se presenta una revisión sistemática con metaanálisis de los efectos del uso de Risedronato (RIS) y Raloxifeno (RAL) en las fracturas y en la densidad mineral ósea, de cadera, vértebra y muñeca, en las mujeres con osteoporosis posmenopáusica.

Material y métodos: Se revisaron los ensayos clínicos publicados desde 1966 hasta septiembre de 2002 en las bases de datos MEDLINE, Cochrane Library, EMBASE, Pascal Biomed, y en publicaciones de la Sociedad Española de Reumatología, Sociedad Española de la Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral y Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas.

Resultados: Se incluyeron 8 ensayos clínicos con RIS y 6 con RAL. A las dosis recomendadas (5 mg RIS y 60 mg RAL) y en un período de seguimiento de dos o más años, el riesgo relativo (RR) de fracturas de cadera fue de 0,74 (IC 95% 0,58; 0,93) y 1,13 (IC 95% 0,65; 1,95) con RIS y RAL respectivamente; en fracturas vertebrales fue de 0,61 (IC 95% 0,50; 0,75) y 0,65 (IC 95% 0,53; 0,76) y en fracturas de muñeca de 0,67 (IC 95% 0,42; 1,07) y 0,88 (IC 95% 0,67; 1,14) respectivamente. El incremento de la densidad mineral ósea (DMO) en vértebra fue del 4,72% (IC 95% 3,87; 5,60) y del 2,61% (IC 95% 2,39; 2,84); 2,76% (IC 95% 2,37; 3,16) y 2,16% (IC 95% 1,95; 2,37) en fémur; y 3,93% (IC 95% 3,29; 4,58) y 1,7% (IC 95% 0,59; 2,85) en trocánter, con RIS y RAL respectivamente.

Conclusiones: Con las dosis recomendadas de Risedronato y Raloxifeno, mantenidas durante un período de dos o más

años de tratamiento, ambos fármacos redujeron el riesgo de fracturas. Risedronato disminuyó un 39% el RR de fracturas de cadera, un 4% el de fracturas vertebrales y un 21% las de muñeca respecto a Raloxifeno. El aumento en la DMO en vértebra, duplicó aproximadamente al de Raloxifeno, mientras que los incrementos en la DMO resultaron ligeramente mayores en fémur y aproximadamente estuvieron duplicados en trocánter.

99

FACTORES DETERMINANTES DE LA DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD PARA EL TRABAJO EN LA PATOLOGÍA LUMBAR

F.J. Bachiller Corral, P. Richi Alberti, M. Revenga Martínez, P. Collado, G. Candelas, M. Blanco, A. Zea Mendoza y J.A. Jover Jover

Hospital Ramón y Cajal, Severo Ochoa y Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: La lumbalgia y la lumbociática (L/L) son patologías con alta incidencia en la población general y suponen la causa más frecuente de incapacidad temporal para el trabajo (IT) de origen musculoesquelética (ME) en España. Distintos factores sociolaborales pueden estar asociados a la mayor duración de la IT por lumbalgia.

Objetivo: Describir y analizar las características sociales, administrativas y laborales de los sujetos con L/L en situación de IT, vistos en una consulta de Reumatología.

Pacientes y método: Dentro del programa IT-ME que se realiza en las áreas 4, 7 y 9 de Madrid, entre marzo 1999 y marzo de 2000 se atendieron 1288 pacientes que sufrieron 1423 episodios de L/L. Todos ellos fueron atendidos por un Reumatólogo. Se realizó estudio y tratamiento del proceso hasta su resolución y reincorporación laboral. Las variables estudiadas fueron: variables sociales (edad, sexo, estado civil, nivel educativo), variables administrativas (tipo de contrato, régimen laboral, sustitución laboral) y laborales (tipo de trabajo, esfuerzo físico, carga de pesos, cambios posturales, movimientos repetidos, vibraciones, posición durante el trabajo), días en IT y tiempo hasta la atención reumatológica. La influencia de estas variables sobre la duración de la incapacidad laboral (días en IT) se ha analizado mediante un modelo de regresión de Cox.

Resultados: Se incluyeron 669 (52%) varones y 617 (48%) mujeres y la edad media (± DE) fue de 41,8 (± 11,7) años. La duración media de la baja laboral (IT) por L/L fue de 26,5 ± 51 días (mediana 13 días). De todos los trabajadores en situación de incapacidad por L/L el 61% realizaban esfuerzo físico laboral, el 30% trabajaban en posición estática mantenida (de pie o sentados), mientras que el 62% realizaban flexión lumbar repetida. Un 17% sufrían vibraciones al utilizar herramientas o vehículos. El tiempo medio en días hasta ser atendidos por el Reumatólogo fue de 6,7 ± 7,4 días. En el modelo final de regresión de Cox la edad (> 50 años), sexo (mujer), el nivel de estudios (bajo/sin estudios), el régimen laboral (autónomos) y la suplencia en el trabajo durante el proceso de baja, fueron las variables que se asociaron a mayor duración de la IT. Ninguna de las variables descriptivas del tipo de trabajo tenía capacidad predictora de la duración de la IT.

Conclusiones: La duración media de incapacidad laboral por episodio de L/L en los pacientes atendidos en nuestro programa es de 26,5 días. Las variables sociales y adminis-

trativas (edad, sexo, nivel de estudios, régimen laboral y sustitución durante la baja)) son mejores predictores de la duración de la IT que las variables propiamente laborales.

100

HERNIA DISCAL EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

P. Navarro Alonso, R.M. Hortal Alonso, M. Salido Olivares, G. Candelas Peña y L. Abasolo Alcazar
Clínica Castelló. Madrid.

Objetivo: Describir las características de los pacientes con hernia discal que acuden a una consulta de Reumatología.

Pacientes y métodos: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de hernia discal cervical o lumbar por RMN, que mantuvieron seguimiento en nuestras consultas en los últimos 15 meses. Se recogieron datos demográficos, clínicos, tratamiento y tipo de actividad física que realizaban en su trabajo diferenciando entre movimientos repetidos de flexo-extensión de columna, coger peso, bipedestación prolongada o trabajo sedentario. Se valoró si el paciente se encontraba en situación de incapacidad laboral temporal (IT) y la duración de la misma. Para el estudio estadístico se utilizó la t de Student para datos pareados.

Resultados: De un total de 83 pacientes, 70 (84,3%) fueron mujeres y 13 (15,6%) varones, con una edad media de 47,25 años (DE: 7,71) (rango: 31-62). En 51 (61,45%) la hernia discal era lumbar y en 32 (38,55%) cervical. Durante el período de seguimiento doce pacientes (14,46%) se encontraban asintomáticos y 71 (85,54%) presentaron cervicalgia o lumbalgia. Todos los sintomáticos fueron tratados con analgésicos y ejercicios, 49 (59,04%) recibieron tratamiento rehabilitador en un centro especializado, 21 (25,30%) habían sido intervenidos quirúrgicamente de su hernia discal. La RMN mostró datos de compromiso radicular y/o medular en 34 (40,96%). La duración de la IT fue más prolongada en los pacientes con imágenes de compromiso neurológico en RMN ($p = 0,0417$) y en los tratados con cirugía ($p = 0,0004$). La duración de los síntomas fue mayor en los operados ($p < 0,05$). No encontramos datos estadísticamente significativos que relacionaran el tipo de actividad laboral con la duración de la IT, aunque existía una tendencia de mayor duración en los pacientes con trabajos sedentarios.

Conclusiones: En nuestra serie, la localización más frecuente de la hernia discal fue lumbar. Los pacientes con tratamiento quirúrgico de su hernia discal, tenían IT más prolongada y una mayor persistencia de la clínica.

101

RUTA DE SEÑALIZACIÓN INTRACELULAR IMPLICADA EN LA INDUCCIÓN DE iNOS: EFECTO DE LA LEPTINA Y DE LA IL-1

M. Otero Adrán, R. Lago Cabaleiro, J.J. Gómez Reino y O. Gualillo
H.C. Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. A Coruña.

Propósito del estudio: Determinar si la leptina tiene un efecto sinérgico con la IL-1 en la inducción de la nitróxido sintasa tipo II en condrocitos y delinear la ruta de señalización implicada en dicha inducción.

Métodos: La actividad de la nitróxido sintasa inducible se estudió en el sobrenadante del medio de cultivo de las célu-

las condrogénicas murinas ATDC5 mediante el ensayo colorimétrico de Griess. Las células fueron tratadas durante 48 horas con leptina (800nM) e IL-1 (0,025 ng/ml), solas o en combinación. Con el fin de delinear la ruta de señalización, se utilizaron los inhibidores específicos para PI-3K (Wortmannin y LY 294002 10mM), MEK-1 (PD 098059 30mM) y p38 kinasa (SB 203580 30mM). Todos los inhibidores se añadieron una hora antes de la estimulación con citocinas. La expresión del ARNm de iNOS se estudió, tras los distintos tratamientos, mediante RT-PCR. Finalmente, se evaluó la actividad metabólica (proliferación) de los condrocitos tras la co-estimulación con leptina e IL-1 mediante el ensayo colorimétrico MTT (3-[4,5-dimethylthiazol-2-yl]-2,5-diphenyl tetrazolium bromid).

Resultados: La estimulación de los condrocitos con IL-1 provocaba una producción de óxido nítrico (NO) dosis dependiente. Individualmente, la leptina no era capaz de inducir ni la producción de NO ni la expresión del ARNm de iNOS. La co-estimulación de leptina con IL-1 provocaba un incremento significativo de la producción de NO inducida por IL-1. Los pretratamientos con Wortmannin, LY 294002, PD 098059 y SB 203580 causaban una disminución significativa tanto en la producción de NO como en la expresión del ARNm de iNOS. La actividad metabólica de las células después de su estimulación con leptina, sólo o en combinación con IL-1, disminuía significativamente con respecto a las células no tratadas.

Conclusiones: La leptina, en asociación con la IL-1, induce iNOS de manera sinérgica. La ruta de transducción implicada en dicha inducción involucra a PI-3K, MEK1 y p38 kinasa. En conclusión, este trabajo confirma el papel pro-inflamatorio de la leptina y su actividad biológica similar a la de las citocinas.

102

AUMENTO DE LA EXPRESIÓN DE CCR5 Y CXCR4 EN LINFOCITOS DE SANGRE PERIFÉRICA DE PACIENTES AFECTADOS DE SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

E. Perucha Martínez, P. Prieto, C. López, A.B. Mallo, E. San Antonio, L. Manzano, E. Reyes, A. Rodríguez, A. Zea, M. Mellado, C. Martínez y M. Álvarez de Mon
Dpto. Medicina-Unidad Asociada al CSIC-CNB, UAH. Madrid.

Introducción: El Síndrome de Sjögren (SS) es una exocrinopatía auto-inmune de etiología desconocida. Su principal rasgo patológico es la infiltración de las glándulas exocrinas por parte de las células del sistema inmune. La migración de éstas células desde sangre periférica al tejido diana está mediada por múltiples mecanismos que implican proteínas solubles y de membrana, entre las que destaca la familia de las quimioquinas. Las quimioquinas median la migración leucocitaria mediante su unión a los receptores de quimioquinas (CRs) expresados en la membrana de diferentes tipos celulares. CCR5 y CXCR4 son CRs de importante función conocida: El CCR5 ha sido implicado en la migración de células activadas hacia el tejido diana, donde se está desarrollando la respuesta inmune; y CXCR4 ha sido descrito como un mediador de migración hacia órganos linfoides secundarios. Alteraciones en la expresión de CRs han sido detectadas en diversas entidades patogénicas, como Artritis Reumatoide, pero poco se conoce sobre su papel en el SS. Estudios publicados han descrito un incremento en la expresión de quimioquinas y CRs en biopsias glandulares de pacientes afect-

tados con SS: Ampf y cols. detectaron un aumento en la expresión de CXCR4 en células T infiltradas y Cuello y cols detectaron un incremento en la expresión de ligandos de CCR5 en células del epitelio ductal.

Objetivos: En este contexto, nos planteamos el análisis de posibles alteraciones en la expresión de CCR5 y CXCR4 en linfocitos de sangre periférica (PBLs) de pacientes con SS Primario (SSp) respecto a controles, así como la expresión de dichos CRs en las subpoblaciones linfocitarias T, NK y B.

Materiales y métodos: Se incluyeron en el estudio 15 pacientes SSp y 15 individuos sanos como grupo control. Se obtuvieron células mononucleares de sangre periférica purificadas en gradiente de densidad en las que se determinó la expresión de antígenos de superficie mediante citometría de flujo de cuatro colores en un citómetro FACScalibur. Los resultados fueron valorados en términos de porcentajes de células positivas.

Resultados: Hemos objetivado un aumento estadísticamente significativo en el porcentaje de PBLs que expresan CCR5 y CXCR4 en pacientes afectados de pSS con respecto al gru-

po control. En el estudio de la expresión de estos quimiorreceptores en las distintas subpoblaciones linfocitarias CD3+CD56- (células T no citotóxicas); células CD3+CD56+ (células T citotóxicas); células CD56+CD3- (células NK) y células CD19+ (células B), observamos un aumento estadísticamente significativo de la expresión de los dos quimiorreceptores en todas las poblaciones estudiadas con respecto al grupo control.

Conclusión: Los resultados obtenidos muestran un incremento en el porcentaje de células que expresan CCR5 y CXCR4 en PBLs de pacientes pSS en todas las subpoblaciones linfocitarias estudiadas. Este aumento podría estar relacionado con el reclutamiento de los PBLs hacia las glándulas afectadas. El incremento en el porcentaje de células CCR5+ podría explicar, al menos en parte, la infiltración de las glándulas afectadas por parte de células inmunes activadas. El CXCR4 podría estar implicado en la formación y/o mantenimiento de estructuras características de las glándulas de estos pacientes, semejantes al tejido linfoide secundario, descritas como un rasgo patológico del SS.