

## 2ª Sesión

Jueves 20 de mayo

### 103

#### FACTORES DETERMINANTES DEL ABANDONO DEL TRATAMIENTO HIPOURICEMIANTE EN PACIENTES CON GOTA CRÓNICA

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

**Antecedentes:** La cumplimentación del tratamiento hipouricemiente en pacientes con gota es preocupantemente baja en la medicina primaria (Wortman, J Musculoskel Med; Riedel, A&R 2003).

**Objetivo:** Estudiar si la cumplimentación del tratamiento hipouricemiente es mayor en una consulta especializada y cuales son los factores que contribuyen a la suspensión del tratamiento.

**Pacientes y método:** Estudio de pacientes con gota seguidos prospectivamente en una consulta de Reumatología. Se incluyeron como posibles factores contribuyentes la edad, la comorbilidad vascular, la forma clínica y la presencia de tofos y la ingesta previa habitual de etanol superior a 20 g/día y el tipo de fármaco hipouricemiente. Se analizaron sólo aquellos pacientes a los que se les prescribieron fármacos hipouricemiantes. Se analizaron los resultados mediante  $\chi^2$  y Kaplan-Meier log-rank.

**Resultados:** Se analizaron 399 pacientes que aceptaron iniciar el tratamiento hipouricemiente: 378 varones (95%), edad media 57 (24-92), 31% con tofos, tiempo de evolución 8 años (1-32), 88% con formar oligo-poliarticulares durante la evolución, 33% con ingesta elevada de etanol, 28% con comorbilidad vascular significativa. La cumplimentación durante el seguimiento fue del 69,7%. Nunca iniciaron el tratamiento, 17/399 (4,3%). La cumplimentación en el primer año fue del 330/399 (69%), en el segundo 284/312 (91%), en el tercero 224/241 (93%) y posteriormente 163/170 (96%). La ingesta habitual de etanol se asoció a una mayor frecuencia de abandono del tratamiento (RE 1,96, IC 95% 1,21-5,0), FDR 13,68 vs 8,04 por 100 pacientes-año,  $p = 0,009$ . La comorbilidad mostró una influencia paradójica, edad-dependiente: los mayores de 60 años con comorbilidad mostraron mayor tasa de abandono (RE 3,22, IC95% 1,51-7,14), FDR 21,6 vs. 4,92 por 100 pacientes-año,  $p > 0,001$ , mientras que los más jóvenes con comorbilidad abandonaron el tratamiento con menor frecuencia (RE 0,40, IC95% 0,14-0,97), si bien la tasa de supervivencia no fue significativa: FDR 5,76 vs. 10,44,  $p = 0,171$ .

**Conclusiones:** La frecuencia de abandono del tratamiento en una consulta especializada es un tercio de la comunicada en Atención Primaria. La ingesta de etanol y la comorbilidad parecen ser factores que modulan la adherencia al tratamiento. Es preocupante la peor cumplimentación de los ancianos con comorbilidad, teniendo en cuenta que los efectos adversos del tratamiento de los ataques agudos parecen ser mayores que los del tratamiento hipouricemiente en estos pacientes (Perez Ruiz y cols. Rev Esp Reumatol 2001).

### 104

#### ¿CUÁNTO TIEMPO TARDA LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN DETECTAR UNA OSTEONECROSIS?

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

**Introducción:** La Resonancia Magnética (RM) es actualmente la técnica de mayor rentabilidad diagnóstica en la detección de estadios precoces de osteonecrosis (ON), es decir previos al colapso detectable en las radiografías. No se conoce el tiempo necesario desde el inicio de los síntomas hasta que se detectan alteraciones significativas en la RM (período ventana).

**Objetivo:** Describir el período ventana en tres casos clínicos con ON y RM inicial normal.

**Métodos:** Se revisaron tres casos clínicos con osteonecrosis de rodillas asociada a tratamiento corticoideo, que presentaron un inicio agudo del dolor y en los que una RMN inicial fue informada como normal y se requirió una segunda RM durante el seguimiento para establecer el diagnóstico. En la RM se realizaron secuencias en T1, T2 y supresión grasa, con cortes sagitales, axiales y coronales. Se consideró "diagnóstico" de ON el hallazgo de edema focal en la médula ósea y la imagen característica en T2 de doble densidad (signo de la doble línea). Se consideró "Normal" cuando no se encontraron alteraciones significativas que pudieran hacer sospechar la presencia de una ON y en los que el informe radiológico fue de "RM normal".

**Resultados:** Las características clínicas de los tres pacientes, el momento de la realización de las resonancias y la localización de las lesiones se exponen en la tabla adjunta:

Caso nº	1	2	3
Sexo	Mujer	Varón	Mujer
Edad	35	39	32
Fact. de riesgo vascular	tabaco	tabaco, homocisteinemia	Anticoag. Lúpico
Enfermedad de BASE	Crohn	Edema periocular tras picadura de insecto	LES
Inicio corticoides*	- 40 días	- 17 días	- 25 días
Inicio síntomas*	"0"	"0"	"0"
1ª RM: "normal"	+ 9 días	+ 14 días	+ 16 días
2ª RM: "Diagnóstica"	+ 116 días	+ 34 días	+ 51 días
Localización	ambas rodillas	ambas rodillas	ambas rodillas

\*: Período de tiempo desde inicio síntomas

**Conclusiones:** La Resonancia Magnética tiene un período de ventana superior a dos e inferior a cinco semanas para detectar una osteonecrosis de rodillas.

### 105

#### ANTICUERPOS ANTICITRULINA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO RECIENTE. EXPERIENCIA TRAS UN AÑO DE SEGUIMIENTO

R. Hernández Sánchez, R. Criado Pizarro, A. García López, A. Valenzuela Castaño, S. Reneses Cesteros y J. Uceda Montañes

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Introducción:** La Artritis Reumatoide (AR) se clasifica según los criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR) del año 1987. No existiendo un estándar oro para el diagnóstico de la misma.

**Objetivos:** Revisar el papel de los anticuerpos anticitrulina, en el diagnóstico de la Artritis Reumatoide en fases iniciales, menos de 1 año de evolución, determinados en la unidad de Poliartritis de inicio reciente (UPIR) de nuestro hospital y comparación con los datos existentes en la literatura actualmente.

**Material y métodos:** Determinación del péptido citrulinado mediante la técnica de Elisa, en los pacientes remitidos a la UPIR y valorar las características diagnósticas del test. Búsqueda de artículos en bases de datos de Medline con los siguientes límites: en inglés, humanos y sin límite de fecha. **Criterios de inclusión:** AR de menos de un año de evolución. **Criterios de exclusión:** aquellos cuyo contenido no fuera el determinado en los objetivos del estudio y artículos que fueran cartas al director o revisiones. **Variables de medición:** los datos valorados son las características diagnósticas del test en forma de sensibilidad (S) especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) y cociente de probabilidad positivo (CPP) y negativo (CPN).

**Resultados:** A continuación se muestran los resultados comparativos de los distintos estudios seleccionados, referencias (1,2,3) junto con los obtenidos en la UPIR.

Anti	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
SCHELLEKENS	48	96	84	81
GOLDBACH	40	90,9	78	63
XIAOFENG	43	NC	NC	NC
UPIR	50	96	96,3	48

**Conclusiones:** Nuestros datos no varían en relación a los existentes en la literatura. Los resultados obtenidos muestran la alta especificidad de estos anticuerpos y la baja sensibilidad, de manera que el cambio en la probabilidad pre-post prueba es moderado para el cociente de probabilidad positivo e insignificante para el negativo.

#### Referencias

1. The diagnostic properties of rheumatoid arthritis antibodies recognizing a cyclic citrullinated peptide de: Schellekens GA, Visser H, de Jong BA, Van den Hoogen FH, Hazes JM, Breedveld FC, Van Venrooij WJ. (Arthritis & Rheumatism January 2000).
2. Rheumatoid arthritis associated autoantibodies in patients with sinovitis of recent onset. Goldbach-Mansky, J. Lee, A Mc Coy, J. Hoxworth, C Yarboro, Van Venrooij. (Arthritis research 2000).
3. Diagnostic value of ACCP in patients with Rheumatoid Arthritis. Xiaofeng Zeng, Maixing ai, Xinping tian, Xiaodan Gan, Yanping Shi, Ginfang Song and Fulin Tang. Journal of Rheumatology sep de 2003.

## 106

### CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: PERCEPCIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

M. Núñez, E. Núñez, M.D. Muñoz, J.L. del Val, L. Quintó y J. Muñoz

*S Reumatología ICAL Hospital Clínic Barcelona, SAP Sants Montjuic Institut Català de la Salut, Institut d'Estudis de la Salut, Bioestadística Hospital Clínic. Barcelona.*

**Objetivos:** 1) Evaluar el dolor en un grupo de pacientes con artritis reumatoide (AR) y, 2) Identificar la influencia de las variables sociodemográficas y clínicas sobre el dolor.

**Pacientes:** 115 pacientes, 85 mujeres, edad media 54 años (DE 16), 68% FR+, tiempo de evolución: 24% < de 2 años y 76% > de 2 años.

**Métodos:** Estudio observacional analítico. Se determinaron variables sociodemográficas; tiempo de evolución; comorbilidad; nº articulaciones dolorosas y tumefactas; proteína C reactiva (PCR) y VSG. El dolor se midió a través de la di-

mensión dolor corporal del cuestionario SF-36. **Análisis estadístico:** Se calculó la media y la desviación estandar para las variables continuas, porcentajes para las categóricas y modelos de regresión lineal para la relación de las variables.

**Resultados:** El dolor en los pacientes estudiados se encontró aumentado en un 35% (puntuación media = 50,72, 95% IC 44,6-56,9) con respecto a los valores poblacionales de referencia. La regresión lineal mostró con significación estadística ( $p < 0,05$ ) que el tiempo de evolución menor a dos años y el mayor nº de articulaciones dolorosas influyeron negativamente sobre la intensidad del dolor, por el contrario, la comorbilidad actuó de forma positiva respecto a la sensación dolorosa. No hubo correlación con el número de articulaciones tumefactas ni con el resto de parámetros evaluados.

**Conclusiones:** Los pacientes con AR presentaron un nivel de dolor más elevado que la población de referencia. El mayor tiempo de evolución de la enfermedad y el padecer patologías asociadas determinaron en estos enfermos una percepción del dolor menos acusada, lo que podría sugerir una adaptación a la experiencia dolorosa.

## 107

### ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTAS EXTERNAS DE REUMATOLOGÍA (CER), PROCEDENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

M. Romero Jurado, P. Font Ugalde, M. A. Hernández Collados, C. García Giménez y C. Fernández Crisóstomo  
*Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.*

**Introducción:** Los estudios epidemiológicos de las enfermedades reumáticas son escasos en nuestro país, y aún más en Andalucía, a pesar de tener un gran impacto socioeconómico y ser causas frecuentes de incapacidad.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia y el diagnóstico de los procesos reumáticos que llegan a CER, procedentes de AT. Determinar en qué medida, y cuáles son, las pruebas complementarias y tipo de fármacos empleados en ambos niveles.

**Material y métodos:** Estudiamos 125 pacientes (100 mujeres y 25 hombres), remitidos a CER por Ap en un período comprendido de 90 días, cuya edad media fue de  $53,6 \pm 14,6$ . Se analizaron datos referentes al motivo de consulta, diagnóstico emitido por el reumatólogo, pruebas complementarias (analíticas e imagen) por AP y CER, tratamientos utilizados por AP y CER; así como el número de pacientes que fueron dados de alta en la primera visita.

**Resultados:** El 70,7% no presentaban analíticas al llegar a CER. Al 68,8% de los pacientes no se le había practicado ninguna prueba de imagen. A ningún enfermo se le había infiltrado en atención primaria, precisando de infiltración en CER el 29,6%. Fueron dados de alta en la primera visita el 63,2% de los pacientes. Se diagnosticaron n: 4 (3,2%) Artritis Reumatoides. Otros datos se expresan en la tabla.

Motivo de consulta	n	%	Diagnóstico de presunción 1ª visita	n	%	Tratamiento de atención primaria	n	%	Tratamiento por reumatología	n	%
Gonalgia	21	16,8	Fibromialgia	19	15,5	Sin tratamiento	61	48,8	Analgésicos	60	48
Poliartralgias	19	15,2	Lumbosartrosis	16	12,8	Analgésicos	29	23,3	AINES	48	38,4
Dolor generalizado	18	14,4	Poliartritis	14	11,2	AINES	26	20,8	Sin tratamiento	20	16
Lumbalgia	13	10,4	Gonartrosis	13	10,4	Antidepresivos	4	3,2	Antidepresivos	6	4,8
Hombro doloroso	10	8	Tendinitis supraespinosa	10	8	Corticoides	2	1,6	Corticoides	3	2,4

**Conclusiones:** La patología más prevalente en reumatología es la artrosis. La fibromialgia constituye una patología sobre

la que se conoce poco y de gran repercusión socioeconómica. La gran mayoría de los pacientes remitidos a Reumatología por AP, llegan sin tratamiento, estudio analítico y radiológico, enlenteciendo el diagnóstico y la instauración del tratamiento específico.

## 108

### ANTICUERPOS ANTI-ALFA-FODRINA DE CLASE IGA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN.

J. Vázquez Pérez Colleman, F.J. López Longo, S. Gómez Castro, M. Montoro Alvarez, L. Nuño Nuño, C. Ortega de la O, S. Sánchez Ramón, M. Rodríguez Mahou, J.L. Ruíz Tiscar, C.M. González y L. Carreño

*Servicios de Reumatología e Inmunología, Hospital Gregorio Marañón, Madrid.*

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

**Objetivo:** Estudiar la frecuencia y las asociaciones clínicas de los anticuerpos anti-alfa-fodrina de clase IgA en pacientes con SS de nuestro entorno.

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

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

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

## 109

### DETECCIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-DSDNA MEDIANTE UNA NUEVA TÉCNICA DE INMUNOFLUORESCENCIA

M. López Hoyos, H. Lopez Escribano, R. Cabezas, J. Crespo, R. Blanco, M. Peña, V. M. Martínez Taboada y V. Rodríguez Valverde

*H.U. Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Introducción:** Los anticuerpos anti-DNA de cadena doble (Ac anti-dsDNA) son de gran interés en el diagnóstico y ma-

nejo clínico del lupus eritematoso sistémico (LES). Las técnicas más utilizadas son el RIA (Farr) y la inmunofluorescencia indirecta sobre *Chritidia Luciliae* (CLIFT). No obstante, ambas técnicas son laboriosas y en ocasiones de difícil interpretación. Recientemente, se ha desarrollado una nueva técnica que detecta Ac anti-dsDNA mediante un inmunoensayo fluorescente automatizado. Este inmunoensayo emplea como antígeno un DNA recombinante de *E. coli* (EliA dsDNA, Pharmacia Diagnostic, Friburgo, Alemania).

**Objetivo:** En el presente trabajo se cuantificaron los niveles de Ac anti-dsDNA con este nuevo método y comparamos los resultados con los obtenidos con el CLIFT, utilizado rutinariamente en nuestro laboratorio, y con un test propio de ELISA para cuantificar Ac anti-nucleosomas. Así mismo, analizamos la asociación de estos Ac con otros datos de laboratorio, como los niveles de C3 y C4.

**Material y métodos:** En 559 sueros de 159 pacientes con LES se cuantificaron los títulos de Ac anti-dsDNA mediante EliA dsDNA y CLIFT. En estos mismos sueros se cuantificaron las concentraciones de C3 y C4. Como grupo control se emplearon 101 pacientes con otras enfermedades autoinmunes, 103 pacientes con enfermedades no autoinmunes y 57 sujetos sanos.

**Resultados:** Los resultados fueron similares en cuanto a sensibilidad para el EliA dsDNA (26,7%) y el CLIFT (29,7%), aunque este último mostró algo más de especificidad (96,1% vs 99%). Se observó una buena correlación positiva entre ambos métodos ( $r = 0,423$ ;  $p < 0,001$ ). Además, se observó una correlación negativa significativa entre la detección de Acs anti-dsDNA mediante EliA dsDNA o CLIFT con las concentraciones séricas de C3 y C4:  $r = -0,203$  y  $r = -0,150$ , respectivamente, para el EliA dsDNA; y  $r = -0,217$  y  $r = -0,111$ , respectivamente, para el CLIFT ( $p < 0,001$  en todos los casos).

**Conclusión:** El EliA supone una técnica cuantitativa objetiva que guarda una buena correlación con el CLIFT, lo que sugiere que esta técnica se pueda emplear como test alternativo al CLIFT para la detección de Ac anti-dsDNA.

## 110

### PREVALENCIA DE ANTICUERPOS ANTI-SACCHAROMYCES CEREVISIAE EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍAS

M. Lopez Hoyos, V. M. Martínez Taboada, J. Crespo, C. Ruiz de Alegría, T. Pina, R. Blanco, M. Peña, R. Cabezas y V. Rodríguez Valverde

*H.U. Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Objetivo:** Los anticuerpos anti-Saccharomyces Cerevisiae (ASCA) han adquirido un papel importante como marcadores serológicos en el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad de Crohn (EC). Aunque estos anticuerpos no parecen tener un papel patogénico, son considerados como altamente específicos de EC aunque con una sensibilidad limitada. Además, el uso combinado de ASCA y ANCA puede ayudar a discriminar entre EC y colitis ulcerosa. Puesto que la EC y las espondiloartropatías (SpA) son dos patologías que comparten determinados mecanismos patogénicos, nuestro objetivo fue investigar la presencia de ASCA (IgA e IgG) en el suero de pacientes con SpA.

**Material y métodos:** Se determinó la presencia en suero de ASCA por medio de ELISA (Medipan Diagnostica) en 41 pacientes con SpA: 24 SpA indiferenciadas (uSpA), 6 artritis

psoriásicas (APs), 7 espondilitis anquilosantes (EA), y 4 con SpA secundaria a enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Como controles se utilizaron 20 pacientes con artritis reumatoide (AR) y 10 controles sanos. La presencia de ANCA se determinó por inmunofluorescencia indirecta (Hemagen Diagnostics). La VSG y la PCR se determinaron por técnicas de rutina. Los datos clínicos y de laboratorio se analizaron de acuerdo a la positividad de los ASCA.

**Resultados:** El 22% de los pacientes con SpA fueron positivos para IgG e IgA ASCA: 6/24 uSpA, 1/7 EA, 2/4 SpA secundaria a EII. Ninguno de los pacientes con APs fue ASCA+. Sólo un paciente con EA fue ANCA+. Ninguno de los sujetos con AR o de los controles sanos fue ASCA+. La presencia de ASCA en suero se asoció con un menor tiempo de evolución de la enfermedad. Los pacientes con SpA IgA ASCA+ presentaron una mayor frecuencia de artritis periférica. La producción de ASCA se asoció con valores más elevados de VSG y PCR, aunque las diferencias no fueron significativas.

**Conclusión:** Nuestros resultados muestran una mayor prevalencia de ASCA en pacientes con SpA comparado con individuos sanos o pacientes con AR. En desacuerdo con una publicación reciente (Hoffman IEA et al. Ann Rheum Dis 2003), encontramos una frecuencia similar de los isotipos IgA e IgG. La posible asociación de los ASCA con la duración de la enfermedad y algunas formas clínicas de la misma debe ser confirmada en una serie más amplia de pacientes.

## 111

### ESCLEROSIS SISTÉMICA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. ESTUDIO DESCRIPTIVO

J.J. Alegre Sancho, J. A. Roman Ivorra, A. Carro Martínez, J.A. Castellano Cuesta, C. Fernández Carballido, J. Calvo Catalá, J. Ivorra Cortés, I. Chalmeta Verdejo, L. Abad Franch, C. Alcañiz Escandell

*H. Universitario Dr Peset, Valencia, H. La Plana, Castellón, H. Arnau de Vilanova, Valencia, H. General, Valencia, H. Ontinyent.*

**Objetivo:** Análisis descriptivo de las características epidemiológicas, clínicas e inmunológicas de los pacientes con esclerosis sistémica (ES) en la C.Valenciana.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, transversal. Se incluyeron los pacientes diagnosticados de ES, forma limitada (ESL) o difusa (ESD), en las consultas de Reumatología de cinco hospitales de la C.Valenciana hasta dic-03. La recogida de datos se realizó revisando las historias clínicas y según un protocolo establecido. Se han comparado resultados entre ESD y ESL; expresando los más significativos, entre paréntesis, como ESD vs ESL.

**Resultados:** Se han recogido 78 pacientes con ES, 91% mujeres, con una edad media de 60+16 años. El 76% ESL y 24% ESD, con una media de 17 (1-73) años de evolución (10 vs 19), 11 (1-65) años de retraso diagnóstico (3 vs 13), y 7+5 años de seguimiento. El fenómeno de Raynaud fue la clínica inicial en un 83%. Se realizó capilaroscopia al 74%, siendo los hallazgos más frecuentes las megaasas (86%) y las áreas avasculares (71%). Manifestaciones clínicas: 96% presentaron Raynaud, con úlceras digitales en el 36%. 35% tenían calcinosis, 26% acra (11 vs 31) y 9% difusa (16 vs 7); y 72% telangiectasias. 42% presentaron afectación articular, 24% tendinosa (42 vs 19), 26% acroosteolisis (37 vs 22), y 4% miopatía proximal. 72% tenían afectación esofágica. 24% presentaban afectación cardíaca (47 vs 17); alteración de la contractilidad

el 12%(32 vs 5), y del ritmo el 10%; derrame pericárdico el 10%. 55% tenían afectación pulmonar: 36% fibrosis pulmonar (74 vs 24), y 30% hipertensión pulmonar (47 vs 24). 12% presentaron afectación renal, con crisis renal en un paciente(ESD). 27% asociaron Sd.Sjögren, 5%(0 vs 7) cirrosis biliar primaria (CBP), y 12% hipotiroidismo. Perfil inmunológico: 83% tenían ANA (+), 19% (42 vs 12) Ac anti-Scl70 (+) y 51% (5 vs 66) Ac anticentrómero (+). El 19% tenían FR (+), Ro (+) el 4% (Sd. Sjögren), y Ac antimitocondriales (+) el 3% (CBP). En un 7% no se detectó ningún autoanticuerpo. Tratamientos: 45% corticoides(63 vs 39), 30% D-penicilamina (58 vs 20), 76% calcio-antagonistas, 22% IECA (42 vs 15), 13% ARA-II, 13% iloprost ev(26 vs 9), 39% nitratos tópicos, 36% antiagregantes (53 vs 30), 9% sintrom (16 vs 7), 48% IBP(58 vs 44), 40% procinéticos (47 vs 37), y 13% bosentan (37 vs 5). Mortalidad: Han fallecido 5 pacientes (6%), por la ES o patologías asociadas: 1 ICC y 1 muerte súbita (ambos por HTP), 2 HDA (CBP) y 1 sepsis. La supervivencia a los 10 años desde el diagnóstico ha sido del 80%, tanto en ESD como en ESL.

**Conclusiones:** En nuestra serie, la ESD se asocia a manifestaciones clínicas más graves y tratamientos más intensivos. Resulta habitual el retraso diagnóstico, sobre todo en la ESL; pese a ello, la mortalidad es baja comparado con otras series.

## 112

### AFECTACIÓN ARTICULAR PERIFÉRICA EN LA ESPONDILOARTRITIS PSORIÁSICA

M. López Montilla, G. Morote, C. Castro, D. Miranda, I. Gómez y E. Collantes  
*H.U. Reina Sofía. Córdoba.*

La artritis psoriásica (Aps) es una artritis inflamatoria enmarcada en el grupo de las espondiloartropatías por las numerosas características que comparte con este grupo, de ellas la más importante es la presencia de sacroileitis. Pero a diferencia de estas, la APs presenta una mayor frecuencia de afectación articular periférica.

**Objetivos:** Describir el patrón de afectación articular periférica en una serie de pacientes con artritis psoriásica y afectación axial, definida esta por la presencia de sacroileitis radiológica grado II o superior.

**Métodos:** Se estudiaron una serie de pacientes con artritis psoriásica y afectación axial, seguidos en nuestra consulta de artritis psoriásica. Se investigó si habían presentado artritis periférica a lo largo de la evolución de la enfermedad y en que localización. Se excluyeron la artritis de IFD por ser muy específica y exclusiva de APs

**Resultados:** Se recogieron un total de 50 pacientes, con una media de evolución de la enfermedad de 9 años. De estos 34 habían presentado, en algún momento de la evolución, artritis periférica (14 formas oligoarticulares y 20 poliarticulares). Las articulaciones afectadas fueron: Hombros: 5; codos: 5; carpos: 20; MCF: 17; IFP: 17; Caderas: 2; rodillas 15; Tobillos: 11; MFT: 7 (el nº se refiere a pacientes que presentaron artritis en esa localización).

**Conclusiones:** La afectación articular periférica más frecuente, en nuestra serie fue: carpos, MCF e IFP, en este orden. Estas articulaciones no suelen afectarse en otras espondiloartropatías. Aunque la APs tiene características comunes a otras espondiloartropatías, hay características propias que la definen.

## 113

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 150 PACIENTES CON ARTRITIS PSORIASICA**

M.D. López Montilla, D. Miranda, C. Castro, G. Morote, J. González, F. Martínez y E. Collantes  
H.U. Reina Sofía. Córdoba.

**Objetivo:** Describir las características de una serie de pacientes seguidos en una consulta de artritis psoriásica

**Métodos:** Se incluyeron 150 pacientes con artritis psoriásica, definida por los criterios de Moll y Wright. En ellos se evaluaron características: clínicas, demográficas y radiológicas.

**Resultados:** A continuación se detallan los resultados obtenidos.

- Sexo: 78 Varones, 69 Mujeres
- Edad media de inicio de la artropatía: 39,8 años (3-83 años)
- Edad media de inicio de Psoriasis cutánea: 32,9, Intervalo: 10-62 años
- Características radiológicas:
- Afectación de IFD: 39
- Sacroileitis: 52 (36 asimétrica)
- Características clínicas:
- Onicopatía: 67 -Dactilitis: 61;
- Entensitis aquilea: 19; -Artritis esterno-clavicular: 5
- Forma clínica Moll y Wright:
- Artritis IFD: 1
- Oligoartritis: 29 -Mutilante: 1
- Espondilitis: 56 -Poliartritis: 57
- Forma de inicio: -Cutánea: 97; Articular: 17; Simultánea: 33
- Extensión cutánea: -Menor del 10% de superficie corporal: 100, Entre el 10-25%: 24 Más del 25%: 23
- El HLA B27 positivo 5 pacientes

**Conclusiones:** En nuestra serie destaca una mayor frecuencia de espondiloartropatías, a pesar de tener un bajo porcentaje de pacientes HLA B27+.

## 114

**ESTUDIO DE ALELOS HLA DE CLASE II EN PSORIASIS CUTANEA Y ARTRITIS PSORIASICA**

M. López Montilla, R. González, P. Font, D. Miranda, G. Morote, C. Castro y E. Collantes  
Servicio de Reumatología e Inmunología, H.U. Reina Sofía. Córdoba.

**Objetivo:** Evaluar la relación entre el perfil de antígenos HLA de clase II en la artritis psoriásica y en la psoriasis cutánea, en nuestro medio, para identificar alelos asociados a artritis psoriásica independientes de psoriasis cutánea.

**Pacientes y métodos:** Se estudiaron 60 pacientes con artritis psoriásica (APs). Se les realizó tipaje HLA de clase II por el método PCR-SSO. Como grupo control se utilizaron los datos de 60 donantes de médula ósea de la misma población y 60 pacientes con psoriasis cutánea de más de 10 años de evolución, sin evidencia clínica de artritis. En los tres grupos se excluyeron los sujetos HLA B27 +, por la fuerte asociación de este alelo a la espondilitis anquilosante. El análisis estadístico se realizó por la prueba de Chi cuadrado para datos independientes.

**Resultados:** Se incluyeron pacientes con psoriasis cutánea aislada de más de 10 años de evolución, ya que en estos la

posibilidad de que aparezca artritis es baja. Así, podríamos identificar alelos asociados a artritis psoriásica independientes de psoriasis cutánea

	APS	Controles	Ps cutánea	P
DRB1*02	0	7	0	-
DRB1*05	0	6	0	-
DRB1*07	23 (38,3%)	15 (25%)	22 (36,7%)	0,241
DRB1*13	18 (30%)	5 (8,3%)	14 (23,3%)	0,011

**Conclusiones:** Este estudio demostró relación entre los alelos DR2 y DR5 con el grupo control, no apareció en ningún paciente con psoriasis cutánea ni con artritis psoriásica, por lo que podría ser protector para el desarrollo de psoriasis. Así mismo, se encontró una asociación significativa entre el alelo DR 13 y el grupo de pacientes con APs (30%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los otros alelos.

## 115

**ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 310 PACIENTES CON ARTROPATÍA PSORIÁSICA: ÍNDICES DE ACTIVIDAD, OSTEOLISIS Y DIFERENCIAS EN LOS NIVELES ASISTENCIALES**

D. Reina, E. Sirvent, N. Busquets, N. Montalà, J. del Blanco, M. Bonet, C. Castaño, T. Clavaguera, L. Mateo, D. Roig Vilaseca, J. Ruiz y J. Rodríguez Moreno  
Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

**Objetivo:** Analizar la correlación entre los índices articulares y los reactantes de fase aguda en pacientes con artropatía psoriásica (AP). Estudiar los factores asociados a la osteolisis y las diferencias entre los pacientes con artropatía psoriásica según el nivel asistencial donde son atendidos.

**Material y métodos:** Entre junio de 2002 y diciembre de 2003 se aplicó un protocolo en 310 pacientes con AP atendidos en 8 centros diferentes. Se estudiaron los índices articulares y los reactantes de fase aguda (PCR y VSG). Se comparó el grupo de pacientes con osteolisis con el resto de la muestra, y se agruparon los 8 centros participantes en 3 niveles asistenciales, estudiándose las siguientes variables: género, patrón de afectación articular, dactilitis, afectación de interfalángicas distales (IFD), espondiloartritis, osteolisis, datos analíticos, grado de actividad inflamatoria y tratamientos recibidos. Se realizó un estudio estadístico mediante SPSS.

**Resultados:** Se recogieron 310 pacientes (159 mujeres, 151 hombres) con una edad media de 52 años y una duración media de la AP de casi 11 años. La VSG media fue de 22,8 y la PCR de 11,9, el número de articulaciones dolorosas fue de 4,7 y de tumefactas de 1,6, siendo las correlaciones entre dichos valores significativas. La osteolisis mostró una asociación estadísticamente significativa con la afectación de IFD, presencia de onicopatía y con formas poliarticulares simétricas y un peor estadio funcional. De los 310 pacientes, 64 fueron atendidos en Atención Primaria Especializada, 134 en Hospitales Comarcales y 112 en Hospital Terciario. Se encontraron diferencias significativas únicamente entre los niveles de atención asistencial y la forma clínica o la presencia de espondiloartritis.

**Conclusiones:** Los reactantes de fase aguda y los índices articulares se correlacionan entre sí de forma estadísticamente significativa. La osteolisis en la AP se asocia con las for-

mas poliarticulares simétricas, peor estadio funcional, presencia de onicopatía y afectación de IFD. Los hospitales terciarios atienden pacientes con una enfermedad más activa o evolucionada.

## 116

### EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON CORTICOESTEROIDES EN LA POLIMIALGIA REUMÁTICA

N. Vázquez Fuentes, S. Rodríguez Rubio, J.L. Morell Hita, C. Díaz Miguel y A. Rodríguez García  
*Hospital Ramon y Cajal. Madrid.*

**Objetivos:** La Polimialgia Reumática (PMR) es una enfermedad caracterizada por su rápida respuesta al tratamiento con corticoesteroides (CE) a dosis bajas. Nuestro objetivo es analizar la eficacia del tratamiento con CE mediante la evaluación de la frecuencia de remisión, recurrencia y corticodependencia

**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 100 pacientes diagnosticados de PMR según los criterios de Healey y Chuang. Analizamos el tiempo medio entre el diagnóstico de la enfermedad y el inicio del tratamiento (TDT), la dosis de CE empleada, el tiempo medio entre el inicio del tratamiento y la mejoría clínica, la frecuencia de remisiones (ausencia de síntomas y normalización de la velocidad de sedimentación globular tras 3 meses de suspensión de CE), de recurrencias (clínica y/o analítica) y de corticodependencia (recurrencia tras la disminución de dosis de CE)

**Resultados:** En nuestros pacientes, el TDT fue de 2,86 días, la dosis de CE empleada de 10-15 mg/día. Un 32% tuvo una mejoría clínica en menos de 48 horas. De los 26 casos en seguimiento durante un período superior a un año, un 88,56% presentaron remisión, recurriendo un 53,85% de los mismos (15,39% clínica, 7,69% analítica y 30,77% clínica y analítica). El 15% del total de pacientes presentaron corticodependencia, siendo tratados con metotrexate. Objetivamos buena respuesta en 2/3 de los casos, el 1/3 restante presentó recurrencia analítica encontrándose en todos ellos algún tipo de neoplasia tras estudio.

**Conclusiones:** a) El tratamiento con CE es el que ha demostrado una mayor eficacia en la PMR en estudios previos con una elevada frecuencia de remisión en nuestra serie si bien también objetivamos un elevado índice de recurrencias, b) El tratamiento con metotrexate parece ser una alternativa eficaz en pacientes corticodependientes, c) Debe tenerse en cuenta, en pacientes corticodependientes que no responden a metotrexate, la posibilidad de neoplasias subyacentes.

## 117

### VALORES DISMINUIDOS DE COMPLEMENTO Y AUMENTO DE LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

R. Belenguer, N. Nardi, P. Brito Zerón, G. Claver, M. García Carrasco, M. Ramos Casals y J. Font  
*Servicio de Enfermedades Autoinmunes, Hosp Clínic. Barcelona.*

**Objetivo:** Analizar la prevalencia y el significado clínico de la hipocomplementemia en pacientes con Síndrome de Sjögren primario (SS).

**Métodos:** Se estudiaron 253 pacientes con SS primario (235 mujeres y 18 hombres, con una edad media de 52,6 años), visitados en nuestro servicio desde el año 1994. Se definió como hipocomplementemia la existencia de niveles disminuidos de C3 < 0,82 g/L, C4 < 0,11 g/L y/o de CH50 < 34 U/mL en al menos dos determinaciones.

**Resultados:** Se detectó hipocomplementemia en 62 pacientes (25%), 42 (17%) pacientes presentaron niveles disminuidos de CH50, 32 (13%) niveles disminuidos de C3 y 30 (12%) niveles disminuidos de C4. Respecto a los pacientes con valores normales de CH50, aquellos con valores < 34U/mL mostraron una mayor prevalencia de compromiso pulmonar, vasculitis cutánea y crioglobulinas. Además, los pacientes con niveles bajos de C3 presentaron una mayor prevalencia de fiebre, adenopatías y compromiso articular, mientras que aquellos con C4 < 0,11 g/L presentaron mayor prevalencia de neuropatía periférica. El análisis de 157 pacientes con SS seguidos prospectivamente desde 1994 mostró una menor supervivencia en aquellos con CH50 disminuido al comienzo del estudio (78,9% vs 96,4% en aquellos con valores normales de CH50, p = 0,004), y también en aquellos con niveles disminuidos de C4 (77,8 vs 95,2% en aquellos con niveles normales de C4, p = 0,005). No se encontraron diferencias significativas respecto a los valores de C3.

**Conclusión:** Los pacientes con SS primario y niveles bajos de C4 o CH50 presentan una mortalidad aumentada. La hipocomplementemia se asoció también con algunas manifestaciones extraglandulares, como la crioglobulinemia y la trombocitopenia. Estos resultados aconsejan incluir la determinación de los factores de complemento en el perfil inmunológico de los pacientes con SS primario.

## 118

### AUTOANTICUERPOS CONTRA ANTÍGENOS NUCLEARES Y NO NUCLEARES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. PREVALENCIA Y SIGNIFICADO CLÍNICO EN 335 PACIENTES

N. Nardi, R. Belenguer, P. Brito Zerón, G. Claver, M. Ramos Casals, R. Cervera y J. Font  
*Servicio de Enfermedades Autoinmunes, Hospital Clínic. Barcelona.*

**Objetivo:** Analizar la prevalencia y el significado clínico de los anticuerpos contra antígenos nucleares y no nucleares en pacientes con Síndrome de Sjögren (SS) primario.

**Métodos:** Se estudiaron 335 pacientes diagnosticados de SS primario visitados en forma consecutiva en nuestro servicio desde el año 1994, a los que se determinó los siguientes anticuerpos: antinucleares (ANA), anti SS-Ro/A, anti SS-La/B, anti Sm, anti RNP, anti-músculo liso (AML), anti-células parietales (ACP), anti LKM-1 y anti-mitocondriales (AMA).

**Resultados:** Se detectaron ANA en 278 (83%) pacientes. La asociación de un resultado ANA positivo con la presencia de anti SS-Ro/A y SS-La/B alcanzó significado estadístico para títulos de ANA e 1/80 (p < 0,001), mientras que la presencia de Sm y anti RNP se asoció con títulos de ANA e 1/320 (p = 0,037 para Sm y p = 0,016 para RNP). Así mismo se detectó una estrecha relación entre mayor título de ANA y mayor número de anticuerpos contra antígenos nucleares, (p < 0,001), pero no con el número de anticuerpos contra antígenos no nucleares. Se detectaron anticuerpos anti RNP en 8 (2%) y anti Sm en 4 (1%) pacientes, aunque ninguno de es-

tos pacientes cumplía criterios de clasificación para EMTC o LES. Se detectaron anticuerpos AML en 208 (62%) pacientes, sin asociación significativa con características clínicas o analíticas, mientras que los anticuerpos ACP fueron positivos en 90 (27%) pacientes, y se asociaron con una mayor frecuencia de afectación hepática y tiroidea. Se detectaron AMA en 28 (8%) pacientes, aunque solo 14 tenían evidencia clínica y/o analítica de hepatopatía. Finalmente, ningún paciente presentó anticuerpos anti LKM-1.

**Conclusión:** Hemos detectado una gran heterogeneidad en la presentación inmunológica de los pacientes con SS primario, que incluye la presencia de múltiples anticuerpos contra antígenos tanto nucleares como no-nucleares. Los ANA poseen un importante papel en la expresión inmunológica de SS primario, tanto por su frecuencia como por la estrecha asociación con la presencia de uno o más anticuerpos anti ENA. En cambio, solo un 2% de los pacientes presentaron anticuerpos Anti Sm/RNP. La positividad para atc contra antígenos no-nucleares como ACP y AMA se asocia a la existencia de enfermedad autoinmune órgano-específica (hepática y tiroidea), mientras que la detección de anticuerpos AML, a pesar de su alta prevalencia, no se relaciona con las manifestaciones clínicas del SS primario.

## 119

### LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ASOCIADO A INFECCIÓN CRÓNICA POR EL VHC: DESCRIPCIÓN DE 42 PACIENTES (REGISTRO HISPAMEC)

R. Belenguer, N. Nardi, P. Brito Zerón, M. Ramos Casals, L. J. Jara, F. Medina, M. García Carrasco, J. Rosas, J.M. Anaya y J. Font

*Servicio de Enfermedades Autoinmunes, Hospital Clinic. Barcelona.*

**Objetivos:** Describir las características de la coexistencia del Lupus eritematoso sistémico (LES) con la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) y analizar el papel de las manifestaciones extrahepáticas del VHC en el cumplimiento de los criterios de clasificación de LES.

**Métodos:** Se han analizado aquellos pacientes incluidos en el registro internacional HISPAMEC con el diagnóstico de LES e infección crónica por el VHC, visitados de forma consecutiva en nuestros centros como pacientes ambulatorios o ingresados. El diagnóstico de LES se basó en los criterios revisados del Colegio Americano de Reumatología.

**Resultados:** Se analizaron 42 pacientes con LES e infección por el VHC, 35 (83%) mujeres y siete (17%) hombres, con una media de edad en el momento del diagnóstico de LES de 38 años y al diagnóstico de la infección por el VHC de 46 años. Las principales manifestaciones observadas, incluidas en los criterios de LES, fueron ANA en 37 (88%) pacientes, artritis en 36 (86%) pacientes, hemocitopenias en 30 (71%) pacientes, anti DNA en 18/39 (46%) pacientes, eritema malar en 16 (38%) pacientes, serositis en 15 (36%) pacientes, nefropatía en 12 (29%), úlceras orales en 12 (29%), fotosensibilidad en 11 (26%), AAF positivos en 7/38 (23%), lupus discoide en 2 (5%) y anti Sm positivo en 1 (2%) paciente. La mayoría de estos pacientes cumplían un mínimo de 4 (18 casos, 43%) o 5 criterios (15 casos, 36%), y solo 9 (21%) cumplían 6 o más. En 19 (45%) pacientes las manifestaciones fueron altamente específicas de LES. Sin embargo, la existencia de manifestaciones extrahepáticas asocia-

das al VHC (en la mayoría de los pacientes debidas a la existencia de un síndrome crioglobulinémico), contribuyeron a la clasificación de los restantes 23 (55%) pacientes HCV como LES.

**Conclusión:** Hemos encontrado dos patrones diferentes de asociación entre LES y VHC. Un primer grupo de pacientes LES-VHC presentan manifestaciones consideradas como altamente específicas de LES, lo que sugiere la coexistencia de ambas patologías. Un segundo grupo de pacientes presentó manifestaciones incluidas en los criterios de LES como afectación articular, citopenias, ANA, anti DNA y AAF, que se observan con frecuencia en pacientes VHC con afectación extrahepática. Estos pacientes pueden cumplir los criterios de clasificación de LES, debido a la existencia de un síndrome crioglobulinémico asociado.

## 120

### INMUNOGLOBULINAS MONOCLONALES CIRCULANTES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN: ASOCIACIÓN CON INFECCIÓN POR EL VHC Y DESARROLLO DE PROCESOS LINFOPROLIFERATIVOS

R. Belenguer, P. Brito Zerón, N. Nardi, M. Ramos Casals y J. Font

*Servicio de Enfermedades Autoinmunes, Hosp Clinic. Barcelona.*

**Objetivo:** Analizar la prevalencia y significado clínico de inmunoglobulinas monoclonales circulantes (Igm) en pacientes con Síndrome de Sjögren (SS), y estudiar su asociación con manifestaciones extraglandulares, marcadores inmunológicos, infección por el VHC y desarrollo de neoplasia hematológica.

**Pacientes:** Se realizó inmunoelectroforesis (IE) en 200 pacientes con SS primario y 37 con SS asociado a infección por VHC. Todos los pacientes cumplían 4 o más de los criterios Europeos de clasificación del SS del año 1993.

**Resultados:** De los 200 pacientes con SS primario, 35 (18%) presentaron Igm circulantes. Las bandas monoclonales identificadas en la IE fueron 20 IgG (13  $\kappa$ , 7  $\lambda$ ), 10 IgM (5  $\kappa$ , 5  $\lambda$ ), 2 IgA  $\kappa$  y 3 cadenas ligeras circulantes libres. De los 37 pacientes con SS asociados al VHC, 16 (43%) presentaban Igm circulantes. Las bandas monoclonales identificadas fueron 10 IgM  $\kappa$ , 5 IgG  $\lambda$  y una cadena ligera libre  $\lambda$ . En comparación con los pacientes con SS primario, aquellos con SS asociado al VHC presentaron una mayor frecuencia de IE positiva ( $p = 0,001$ ) con una mayor frecuencia de IgM ( $p < 0,001$ ) pero una menor prevalencia de IgG ( $p = 0,004$ ). Cinco (10%) de los 51 pacientes con SS y banda monoclonal desarrollaron neoplasia hematológica, de los cuales 4 presentaron crioglobulinas positivas. Además, en 2 (40%) pacientes se observó un cambio en el tipo de cadena pesada monoclonal previo al desarrollo del proceso linfoproliferativo.

**Conclusión:** Hemos detectado banda monoclonal en cerca del 20% de los pacientes con SS primario, siendo el isotipo IgG el más frecuente. En pacientes con SS asociado a VHC, la prevalencia de banda monoclonal fue mayor (43%) siendo el isotipo IgM el más frecuente. Tres pacientes presentaron un cambio en el componente monoclonal, que se asoció con el desarrollo de neoplasia hematológica en 2 casos. Por tanto recomendamos la inclusión de la IE sérica en las pruebas inmunológicas que deben realizarse durante el seguimiento de los pacientes con SS.

## 121

**MANIFESTACIONES ARTICULARES DE LA ENFERMEDAD DE WHIPPLE EN UNA SERIE DE OCHO CASOS**

M. Valero Expósito, A. Bardal Ruiz, F.J. Bachiller Corral, P. García de la Peña Lefebvre, P.A. Zurita Prada, M.E. Brito Brito y A.C. Zea Mendoza  
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos:** Describir la afectación articular en la enfermedad de Whipple.

**Pacientes y método:** Revisión retrospectiva de las historias clínicas de 8 pacientes diagnosticados de enfermedad de Whipple en nuestro hospital entre 1986 y 2003. En todos los casos el diagnóstico se confirmó mediante biopsia duodenal y estudio anatomopatológico.

**Resultados:** De los 8 pacientes 6 (75%) eran varones. La edad al diagnóstico osciló entre 45 y 75 ( $62 \pm 12$ ). Se realizó seguimiento de los pacientes durante 66 meses de media (rango de 5 a 161 meses). El tiempo medio de evolución desde el inicio de los síntomas articulares hasta el diagnóstico fue de 36 meses, con un rango de 8 meses a 6 años. Siete de los 8 pacientes (87,5%) presentaron algún tipo de manifestación articular previa al diagnóstico. De ellos 2 (28,5%) refirieron únicamente artralgias migratorias y 5 (71,5%) presentaron artritis intermitente en alguna localización: tres desarrollaron una poliartritis simétrica, otro una oligoartritis de carpos y el último oligoartritis de MMIII. Los episodios de artritis se localizaron más frecuentemente en carpos, rodillas, tobillos, hombros y MCFs con afectación no erosiva y no deformante. Todos los pacientes presentaron clínica digestiva, fundamentalmente dolor abdominal y diarrea, en algún momento de la evolución. Así mismo el 42,8% presentaron adenopatías retroperitoneales y/o mesentéricas y el 71,4% fiebre. En todos los pacientes existía una elevación de reactantes de fase aguda (VSG media de  $71 \pm 27$  mm/hora) y en un 50% leucocitosis. Ninguno de los pacientes estudiados presentó positividad de FR ni de AAN. En dos pacientes se realizó tipaje HLA, siendo los dos B27 negativos. Cuatro de los ocho pacientes (50%) recibieron atención por un reumatólogo en algún momento. Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico prolongado, con mejoría clínica articular, aunque en algún caso se precisó tratamiento con corticoides inicialmente. Se produjo el fallecimiento de un paciente a los 5 meses del diagnóstico por el desarrollo de un glioblastoma multiforme.

**Conclusiones:** La enfermedad de Whipple en la mayoría de los casos presenta algún tipo de afectación articular previa al diagnóstico, fundamentalmente artralgias o artritis de curso intermitente, seronegativa, con AAN negativos y elevación importante de VSG. Frecuentemente la diarrea es un síntoma relativamente tardío. Por lo tanto, es un diagnóstico a tener en cuenta en la consulta de reumatología en aquellos pacientes con esos síntomas articulares acompañados de manifestaciones como dolor abdominal, fiebre y leucocitosis, que no cumplan criterios de otras enfermedades.

## 122

**UTILIZACIÓN DE OXCARBACEPINA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO POR RADICULOPATÍAS**

F. Pérez Torres, D. Ybañez García y P. Pérez Caballero  
Hospital General de Requena. Valencia.

**Objetivos:** Determinar eficacia y tolerancia de oxcarbacepina en el dolor neuropático.

**Métodos:** Estudio prospectivo, observacional, abierto y en monoterapia con oxcarbacepina. Pacientes con dolor neuropático secundario a lesión nerviosa periférica sin tratamiento con otro fármaco antiepiléptico (FAE). Tras titulación período de tratamiento de 12 semanas con OXC y dosis de 600-1200 mg/24 h. Se miden las variables de eficacia con Escala Visual Analógica (EVA), cuestionario de dolor de McGill y cuestionario de incapacidad de Sheenan. Opinión del paciente y del médico en eficacia y tolerancia. En el estudio estadístico utilizamos la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para pruebas no paramétricas.

**Resultados:** Varones 5 (33,3%) y mujeres 10 (66,6%). Con una edad media de  $63,5 \pm 13,72$  años rango (28-81). La dosis de OXC fue en 4 casos (26,6%) de 600 mg/24 h y en el resto de casos (60%) de 1200 mg/24 h. Se suspendió en 2 casos (13,4%) por acontecimientos adversos (AA). En 7 casos (46,6%) se suspendió a las 12 semanas por remisión de síntomas, en 8 casos (53,3%) se prolongó el tratamiento por persistir síntomas. Todos los pacientes presentan una reducción de la intensidad del dolor con remisión total en 4 pacientes (30,7%). El valor medio de EVA antes del tratamiento era de 73,1 (rango 50-90) y después del tratamiento era de 17,7 (rango 0-60), con un descenso medio de 55,4/100 puntos. El descenso fue significativo para un valor de p de 0,001. Todos los pacientes en la escala de McGill mejoran tanto en el componente sensorial como en el emocional. Los valores basales del componente sensorial tenían una media de 13,4 (rango 21-9) que tras el tratamiento pasa a 2,1 (rango 12-0). Significativo para un valor de p de 0,002. Los valores basales del componente emocional fueron de 4,5 (rango 11-0) que tras el tratamiento con OXC pasa a un valor medio de 0,8 (rango 3-0, Significativo para un valor de p de 0,007. En las 4 cuestiones que se planteaban en el cuestionario de Sheenan hubo una reducción del valor medio desde 68,50 (rango 81-52) basal a 12,50 (rango 18-10) tras tratamiento con OXC. Presentó un valor de p de 0,06. La Eficacia fue buena en el 92% y la tolerancia en el 80% de los casos, tanto en la opinión por parte del Médico como del Paciente. En 2 casos de suspendió el tratamiento por AA. Los efectos secundarios que aparecieron fueron mareo y somnolencia. En 1 caso apareció disminución de la libido e irritabilidad.

**Puntuación del dolor según EVA**

Paciente	Visita basal	Semana 4	Semana 12
Caso nº 1	70	0	0
Caso Nº 2	90	30	30
Caso Nº 3	70	20	20
Caso Nº 4	80	20	0
Caso Nº 5	90	20	10
Caso Nº 6	50	20	10
Caso Nº 7	80	50	20
Caso Nº 8	80	60	30
Caso nº 9	60	50	20
Caso nº 10	70	70	60
Caso Nº 11	70	10	0
Caso Nº 12	50	0	0
Caso Nº 13	90	40	30

**Conclusiones:** 1) El resultado del estudio confirma la efectividad de la OXC en el tratamiento del dolor neuropático por radiculopatía. 2) Se consiguió una reducción importante tanto del dolor como de la incapacidad. 3) La tolerancia fue aceptable y hubo una muy buena cumplimentación terapéutica. 4) Los AA se presentaron en la fase de titulación y consistieron en mareo.

*Agradecimiento:* Laboratorios NOVARTIS por su ayuda y colaboración.

123

### IMPACTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE SOBRE LA ACTIVIDAD SEXUAL DE LOS PACIENTES. CORRELACIONES CON LOS CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA

F.J. Ballina García, R. Hernández Mejía, J.A. Fernández López, L. Carmona Ortells, B. Hernández, R. Ariza Ariza y F. Navarro Sarabia

Hospital Universitario Central de Asturias, Facultad de Medicina de Oviedo, Hospital Virgen Macarena de Sevilla.

**Objetivos:** Investigar el impacto de la Artritis Reumatoide en la presencia de alteraciones en la vida sexual (AVS) de una muestra representativa de pacientes españoles.

**Material y métodos:** Estudio transversal con una muestra representativa de la población española con artritis reumatoide, seleccionada mediante muestreo aleatorio estratificado en los servicios de Reumatología de 10 hospitales. Se recogieron variables demográficas, cuestionarios de calidad de vida (SF-36, PECVEC; HAQ) y medidas clínicas: EVA Dolor, Rigidez matutina, EVA Actividad Paciente y Médico, Recuento de Articulaciones Dolorosas y Tumefactas, VSG, PCR, y Disease Activity Score (DAS).

**Resultados:** Del total de la muestra de 301 pacientes con artritis reumatoide, un 29,2% (88 casos) refirió AVS (disminución de la libido o dificultad realización del acto sexual), frente a un 41,5% (125 casos) que no los relataba. En 75 casos (24,9%) la pregunta no era aplicable por inactividad sexual de larga duración, y no hubo respuesta en un 4,3% de la muestra (13 casos). La AVS fue significativamente más frecuente en las mujeres que en los varones (44,9% vs 28,3%;  $p < 0,05$ ). No existieron diferencias entre los pacientes con relación a la edad o al tiempo de evolución de la enfermedad. Se constató una fuerte asociación estadística de AVS con todas las variables de actividad de la enfermedad (EVA dolor ( $p < 0,01$ ), Rigidez Matutina ( $p = 0,05$ ), EVA actividad paciente ( $p = 0,01$ ), EVA actividad médico ( $p = 0,05$ ), Recuento de articulaciones dolorosas ( $p = 0,001$ ), Recuento de articulaciones tumefactas ( $p = 0,05$ ), VSG ( $p < 0,05$ ) y DAS ( $p < 0,001$ )) y con la discapacidad medida por el cuestionario HAQ ( $p < 0,05$ ). Los pacientes con cambios en su actividad sexual tuvieron, de forma estadísticamente significativa, una peor calidad de vida en todas las escalas de los cuestionarios SF-36 (Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional, Salud Mental) y PECVEC (Capacidad Física, Función Psicológica, Ánimo Positivo, Ánimo Negativo, Función Social, Bienestar Social).

**Conclusión:** Un amplio porcentaje de los pacientes españoles con Artritis Reumatoide refiere cambios en su actividad sexual en relación con su enfermedad, estando las mujeres más afectadas que los varones. Se constató una fuerte asociación con los parámetros de actividad y discapacidad. Estas alteraciones se producen tanto en pacientes jóvenes como en los de mayor edad, y en las enfermedades recientes y en las de más largo tiempo de evolución. La presencia de estos cambios en la actividad sexual se correlaciona con importantes cambios en todas las esferas (física, psíquica y social) de la calidad de vida.

**PATROCINIO:** Proyecto SER de "Costes y Calidad de Vida en pacientes con Artritis Reumatoide en España" con el patrocinio de Laboratorios Wyeth-Lederle.

124

### DISTRIBUCIÓN DE ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINA (ACL) Y ANTICOAGULANTE LÚPICO (AL) EN UNA SERIE DE PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

M.A. Aguirre, M.D. Miranda, I. Gomez, R. Roldan, J. González y E. Collantes

Servicio Reumatología Hospital Reina Sofía. Córdoba.

**Objetivo:** Analizar la asociación entre el Anticoagulante lúpico (AL) e isotipos de Anticuerpos Anticardiolipina (aCL) y las manifestaciones clínicas en una serie de pacientes con Síndrome Antifosfolípido (SAF).

**Pacientes y métodos:** Incluimos 87 pacientes (15 varones, 72 mujeres) de  $42,2 \pm 15,1$  años, diagnosticados de SAF, (41 pacientes con SAF primario y 46 con SAF secundario). Se determinaron los aCL, isotipos IgG e IgM y el AL. Estudiamos las posibles asociaciones mediante Chi cuadrado o Test de Fisher.

**Resultados:** Presentaron trombosis arterial el 52,9% de los pacientes, trombosis venosa el 31,8% y pérdidas fetales el 44,8%. En cuanto a las características serológicas: el 65,8% de los pacientes presentaba aCL IgG positivo, el 43,9% aCL IgM positivo y el 52,7% Anticoagulante Lúpico positivo. Otras características observadas fueron trombopenia en el 21,3% de los pacientes, Ulceras cutáneas en el 11,3%, Epilepsia en el 9,3% y Anemia Hemolítica en el 8,2%. Observamos asociación estadísticamente significativa entre trombosis arterial y aCL IgG positivo y entre trombopenia y aCL IgG. Las pérdidas fetales se asociaron de forma significativa con la presencia de aCL IgM ( $p < 0,05$ ) (\*estudio realizado solo en mujeres con embarazos). No se demostró ninguna otra asociación significativa.

**Conclusión:** El aCL isotipo IgG es el anticuerpo más prevalente entre nuestros pacientes con APS. Observamos asociación entre la presencia de aCL IgG con trombosis arterial y trombopenia. Las pérdidas fetales se asociaron a presencia de aCL IgM.

125

### TRATAMIENTO CON LEFLUNOMIDA EN MONOTERAPIA VS LEFLUNOMIDA MÁS METOTREXATE EN ARTRITIS REUMATOIDE

A. Carro Martínez, V. Vila Fayos, A. Lozano Saez y A. Forner Canós

Hospital de la Plana. Villarreal. Castellón.

La intervención precoz en la Artritis Reumatoide (AR) es esencial a fin de preservar la máxima funcionalidad articular. Entre los fármacos más relevantes para su tratamiento se encuentra el Metotrexate (MTX) y la Leflunomida (LF). La seguridad de éste último ha sido probada tanto a corto como a largo plazo; pero muchos de los abandonos que se producen son debidos a la aparición de efectos secundarios cuando se utiliza una dosis de carga de 100 mg/día durante tres días consecutivos.

**Objetivo:** Comprobar si la modificación de la dosis de carga de LF en la AR conlleva una disminución de la frecuencia e intensidad de aparición de efectos adversos.

**Material y método:** Se trata de un estudio clínico abierto, observacional, longitudinal, comparativo y prospectivo. Se incluyeron 69 pacientes con AR, con una edad media de  $55 \pm 2$  años. 35 pacientes se han tratado con LF en monoterapia, 100 mg un día a la semana, durante tres semanas consecutivas más 20

mg/día excepto los días de la toma de 100 mg. 34 pacientes han sido tratados con 20 mg/día de LF sin dosis de carga más 20 mg/semanal de MTX. Se han realizado una visita basal, a los dos meses y a los seis meses registrando el DAS 28, la aparición de efectos secundarios y el tratamiento coadyuvante.

**Resultados:** Se ha observado una disminución estadísticamente significativa en el DAS 28 a los seis meses, tanto en pacientes con monoterapia como con tratamiento combinado. En el grupo de monoterapia se han presentado efectos secundarios (palpitaciones y erupción cutánea) en 2 pacientes (5,71%), no siendo necesario la retirada del fármaco. En el grupo de MTX+LF se presentaron efectos adversos (neutropenia, aftas orales, inapetencia y diarrea) en 3 pacientes (8,82%). En dos de los pacientes fue necesario retirar la LF.

**Conclusiones:** La LF en monoterapia usando la dosis de carga expuesta en la metodología es efectiva en la modificación de la sintomatología de la AR, disminuyendo considerablemente la tasa de efectos secundarios y abandonos.

## 126

### NIVELES SÉRICOS DE VITAMINA D EN MUJERES REMITIDAS A LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA PARA ESTUDIO DE OSTEOPOROSIS

J. Usón, R. Míguélez, E. de las Nieves, C. Fernández Bordoy, M. Fernández Espartero y R. Mazzucchelli  
*Hospital de Móstoles, Hospital Fundación Alcorcón. Madrid.*

Un reconocido factor patogénico de la osteoporosis es el déficit de vitamina D (VD) siendo este muy prevalente en España. Sin embargo, en la práctica clínica habitual, se determinan los niveles séricos VD si la masa ósea es baja y/o si existen alteraciones del metabolismo fosfo-calcico.

**Objetivo:** 1) Determinar los niveles séricos de VD en mujeres con sospecha clínica de osteoporosis. 2) Conocer si los niveles de VD se relacionan con algún parámetro clínico o biológico estudiado.

**Material y métodos:** De manera prospectiva, a todas las mujeres con sospecha clínica de osteoporosis se determinó los niveles séricos de VD, calcio en orina 24 h, edad, talla, peso, índice de masa corporal (IMC), la existencia o no de factores de riesgo de osteoporosis, y se realizó una densitometría ósea dexta de cadera y columna. Se clasificó a las mujeres según los criterios de la OMS en: no osteoporosis, osteopenia, osteoporosis y osteoporosis establecida.

**Resultados:** Se estudió 198 mujeres de edad  $62 \pm 9$  años con peso  $68 \pm 14$  kg. El 32% tenían déficit de VD ( $< 10$  ng/dl). El 43% tenían insuficiencia de VD (10-20 ng/dl) y el 22% presentaban hipovitaminosis D (20-40 ng/dl). En tan solo el 3%, los niveles de VD eran los deseables ( $> 40$  ng/dl). El 51,8% presentaban factores de riesgo para osteoporosis. El 45% y el 13% tenían osteoporosis y osteoporosis establecida respectivamente mientras que el 22% no tenían osteoporosis. El restante 20% presentaba osteopenia. La calciuria en 24 h fue  $183 \pm 109$  mg/dl. Los niveles de VD no se correlacionaron con: la edad, IMC, calciuria 24 h, osteopenia, osteoporosis, osteoporosis establecida, presencia de factores de riesgo, ausencia de factores de riesgo.

**Conclusión:** En el estudio inicial de osteoporosis en la mujer, recomendamos determinar los niveles séricos de vitamina D dado que su disminución es muy prevalente y que no se relaciona con la edad, calciuria, osteoporosis ni con factores de riesgo.

## 127

### ¿JUSTIFICA LA EDAD LA PRÁCTICA DE RADIOLOGÍA EN CASO DE LUMBALGIA AGUDA?

N. Caritg Bach, J. Forcada Gisbert, A. Olivé Marquès, R. Perez y N. Montella

*ABS 4 Badalona, El Gorg. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.*

**Objetivos:** Describir los hallazgos radiológicos en la radiografía simple de columna lumbar en pacientes que consultan por lumbalgia aguda y no presentan otras señales de alerta. Correlacionar los hallazgos radiológicos y las características clínicas.

**Resultados y métodos:** Estudio descriptivo observacional y transversal. Realizado en 3 consultas de atención primaria de una ABS urbana.

**Población a estudio:** población atendida e 55 años con lumbalgia aguda, sin otras señales de alerta. Se estudiaron variables clínicas (frecuencia, forma de inicio, irradiación por debajo de la rodilla, maniobra de Lasegue, intensidad del dolor), variables radiológicas (alteraciones de la estática, listesis, lesiones líticas, lesiones blásticas, esclerosis, osteopenia, colapso, artrosis, hernias intraesponjosas, lisis, hiperostosis (DISH), anomalías de transición)

**Muestra:** toda la población a estudio atendida entre enero y julio 2003. Se calcularon los porcentajes, con los intervalos de confianza: 95%, y las medianas de las variables demográficas, clínicas y de los hallazgos radiológicos. Se analizó la asociación entre los datos radiológicos y las características demográficas y clínicas mediante la prueba  $\chi^2$  (chi cuadrado).

**Resultados:** 82 pacientes (@DB = 66/34), edad media: 66 años (D.S: 8,16), intervalo: 55-90 años. El 100% de nuestros pacientes mostraron signos radiológicos de artrosis en la radiografía de columna lumbar, aunque no hay evidencia de relación entre lumbalgia aguda y signos radiológicos de espondiloartrosis. Baja prevalencia de DISH comparado con otros estudios. Se observaron signos radiológicos de colapso vertebral en 16% de los pacientes. Existió una tendencia a la asociación, estadísticamente no significativa, entre la lumbalgia de inicio súbito o agudo y el colapso vertebral (OR: 2,69, con IC de OR de 95%).

**Conclusión:** La práctica de una Rx simple de columna lumbar tiene un rendimiento notable para el diagnóstico de las fracturas vertebrales en pacientes e 55 años con lumbalgia aguda sin otras señales de alerta. El diagnóstico radiológico de espondiloartrosis lumbar en lumbalgias agudas no debe modificar la actitud diagnóstica o terapéutica ya que no hay evidencia de relación entre lumbalgia aguda y cambios degenerativos en la radiografía simple de columna lumbar.

## 128

### CAUSAS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB

C. Fernández Carballido, J.J. Alegre Sancho, J.A. Román Ivorra, I. Chalmeta Verdejo, L. Abad Franch, C. Alcañiz Escandell y S. Fernández Martínez

*Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.*

**Objetivo:** Analizar los factores que influyen en el abandono del tratamiento con Infiliximab en pacientes con enfermedades inflamatorias.

**Pacientes y métodos:** 76 pacientes tratados con Infliximab (Enero 2000-Diciembre 2003): 51 Artritis Reumatoide (AR), 12 Espondilitis Anquilosante (EA), 9 Artritis Psoriásica (APs) y 4 artritis asociada a Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). Número medio de bolos/paciente: 9 (1-26). 5 pacientes han alcanzado el 4º año de tratamiento (todos AR), 11 el 3º año (todos AR) y 33 el 2º año (AR; APs y EA). Número medio de bolos por enfermedad: AR: 10; EA 7; APs: 7 y EII: 4. Variables analizadas: 1) supervivencia en el tratamiento y 2) análisis de las variables asociadas con ésta (Chi2, Kaplan-Meier, log rank test).

**Resultados:** Se han producido 26 retiradas: 25 en pacientes con AR (49%) y 1 con APs (11%). Causas de retirada: En AR: 9 ineficacia, 5 reacción transfusional, 5 infecciones, 3 voluntarias, 2 LES-like, 1 ICC y en APs: Sdre. de Sweet y celulitis. La curva de supervivencia muestra una frecuencia de abandonos superior en el grupo de AR ( $p = 0,002$ ; log rank rest:  $p = 0,06$ ). El sexo; la mejoría en las variables de actividad (recuento articular, EVAS de dolor, paciente y médico, HAQ o VSG/PCR) no se han asociado significativamente con el mantenimiento del tratamiento. La respuesta al tratamiento (valorada mediante índices ACR 20, 50 ó 70) tampoco se ha asociado significativamente con el mantenimiento del tratamiento. Los pacientes que interrumpieron el tratamiento presentaban al inicio del mismo mayor número de articulaciones inflamadas (13 vs 8), mayor puntuación en la EVA de dolor (63 vs 53) y mayores concentraciones de PCR (31 vs 22), aunque las diferencias no fueron significativas. Las variables asociadas con la interrupción del tratamiento son la pérdida de eficacia ( $p = 0,000$ ), la aparición de efectos adversos ( $p = 0,003$ ) y el diagnóstico de AR ( $p = 0,001$ ). Efectos adversos clínicamente relevantes: 1) AR: 30 pacientes, los más frecuentes: 14 reacciones transfusionales, 9 infecciones (Bacterianas: 6 pacientes - 2 artritis sépticas estafilocócicas-; TBC en 1 paciente y Herpes zoster en 2 pacientes) y 2 LES-like. 2) EA: 1 paciente reacción transfusional y 1 amigdalitis. 3) A Ps: 1 reacción transfusional y 1 sdre de sweet y celulitis antebrazo y 4) EII: 1 reacción transfusional. Sólo 5 de los pacientes con reacciones transfusionales fueron retirados por este motivo; el resto se controlan hasta el momento con premedicación.

**Conclusiones:** Existe una tendencia a una menor supervivencia en el tratamiento con Infliximab en los pacientes con AR, especialmente en el primer año de tratamiento, resultado acorde con el comunicado en BIOBADASER. La pérdida de eficacia y los efectos adversos, más frecuentes en éste grupo, parecen los responsables de ésta diferencia; a los que posiblemente contribuyan una enfermedad más activa, la mayor edad de los pacientes con AR y la mayor comorbilidad de los mismos.

## 129

### SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO: MANIFESTACIONES EXTRAGLANDULARES SEGÚN LA EDAD

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

**Objetivo:** Analizar si la edad es un factor asociado a la presentación de manifestaciones clínicas diferentes en pacientes con Síndrome de Sjögren Primario (SSP).

**Pacientes y métodos:** Se incluyeron 121 pacientes con SSP (todos ellos con  $\geq 4$  criterios EU modificados y con confirmación histológica ( $\geq 1$  focus), 116 mujeres y 5 varones; con una edad media de inicio de los síntomas de 53 años (d.e. 12,5) y de 59 años (d.e. 11,2) en el momento del diagnóstico y un tiempo medio de seguimiento en nuestro Centro en el momento del estudio de 3,5 años (d.e. 2,83). Variables analizadas: alteraciones serológicas, autoanticuerpos y manifestaciones clínicas, con especial atención a las extraglandulares. Para el análisis de las asociaciones se dividieron los pacientes en: 45 jóvenes ( $\leq 60$  años) y 76 mayores ( $> 60$  años); utilizándose el análisis de varianza y la Chi2 para la comparación de las variables.

**Resultados:** Alteraciones serológicas: no se encontraron diferencias entre ambos grupos, ni en la prevalencia de anti-Ro/SSA, anti-La/SSB, FR o ANA ni en las concentraciones plasmáticas de LDH, Beta-2-microglobulina, IgG, IgM, IgA, VSG o PCR. Manifestaciones clínicas: existe una tendencia a que los pacientes jóvenes presenten más frecuentemente manifestaciones pulmonares, tiroideas, vasculíticas y renales; y los pacientes mayores alteraciones neurológicas; pero en ningún caso las diferencias fueron estadísticamente significativas.

Manifestaciones extraglandulares según la edad

	Mayores (n = 45;37%)	Jóvenes (n = 76;63%)	Valor p
Artralgias/itis	91,1%	90,7%	0,935
Raynaud	33,3%	32,9%	0,960
Pulmonares	11,1%	20,8%	0,174
Tiroideas	36,4%	48,7%	0,190
Neurológicas	31,1%	21,3%	0,231
Pancreáticas	4,4%	6,7%	0,615
Renales	2,2%	8,1%	0,186
Vasculitis	2,3%	9,3%	0,138

**Conclusiones:** En ésta serie los pacientes mayores con SSP presentan la misma prevalencia de manifestaciones extraglandulares que los pacientes jóvenes, como ya se ha comunicado en otros estudios (Lupus 1999;8:20-3), por lo que no debe considerarse "a priori" que los pacientes mayores con SSP presentan una enfermedad más leve.

## 130

### INFECCIÓN POR VHC Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA FIBROMIALGIA

C. Beltrán Audera, M. Medrano San Ildefonso, E. Giménez Úbeda y F.J. Manero Ruiz

*Servicio de Reumatología Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

La infección crónica por VHC puede asociarse a diversas manifestaciones musculoesqueléticas, entre ellas la fibromialgia (FM). A la inversa, algunos autores han evaluado la frecuencia de infección crónica por VHC en pacientes con FM, habiéndose comunicado prevalencias de hasta el 15%. Objetivos: El objetivo primario de nuestro estudio fue evaluar la prevalencia de infección por VHC en las pacientes con FM, y de manera secundaria analizar si existían diferencias clínicas entre las pacientes con FM VHC positivos y el resto de pacientes FM.

**Métodos:** Se incluyeron en la evaluación todas las pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de FM visitadas en consultas externas de nuestro Hospital en un período de dos

meses. Se excluyeron de inicio pacientes con hipotiroidismo, sind. de Sjögren o lupus conocido previamente. A todas las pacientes se les realizó exploración clínica y anamnesis dirigida, así como análisis que incluían de manera específica el estatus sobre infección por VHC. Finalmente todas las pacientes rellenaron el cuestionario FIQ específico de FM y el SF-36 de salud general.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 71 pacientes. De entre ellas solamente en un caso se objetivó serología positiva para VHC. Otra paciente fue excluida por hallazgo de hipotiroidismo primario. La edad media de las 69 pacientes restantes fue de  $51,45 \pm 7,4$  años (mínimo 36, máximo 74), con un tiempo de evolución de FM de año y medio de promedio. El nº de puntos dolorosos fue de  $14,5 \pm 2,2$  (11-18). Respecto a las características clínicas destaca la alta prevalencia de astenia/cansancio (67 ptes de 69), sueño inadecuado (62/69), ansiedad (50/69) y depresión (49/69). Son también muy frecuentes las cefaleas (47/69), rigidez matutina (47/69) y túnel del carpo (42/69). Menor frecuencia presentaron colon irritable o síndrome seco (13/69 ambos), así como dismenorrea (2 ptes) y Raynaud (1 pte). De entre los parámetros analíticos determinados destaca hipertransaminasemia en una paciente, VSG elevada en otra (sin causa aparente) y ANAs positivos en 11 casos, generalmente con patrón homogéneo débil. La puntuación media obtenida en el FIQ fue de  $7,0 \pm 1,8$  (1,4-9,8), y respecto al SF-36 nuestros pacientes mostraban peores resultados en todos los parámetros que los correspondientes a la población general española.

**Conclusión:** La prevalencia de infección por VHC en nuestra muestra es similar a la esperada. No encontramos asociación entre FM y VHC. Las características clínicas de nuestros pacientes son similares a las reseñadas en otras series, y destaca la importante repercusión funcional que tiene la enfermedad en las pacientes, medida por el FIQ y el SF-36. Por último, no hemos podido comprobar si las pacientes con FM VHC+ difieren clínicamente del resto, ya que sólo hemos encontrado un caso de infección por VHC en nuestra serie.

## 131

### DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA GRÁFICA ÚTIL PARA EL REGISTRO DE VALORES DE DIFERENTES VARIABLES Y SU POSTERIOR CÁLCULO Y ANÁLISIS EN PACIENTES AFECTOS DE ARTRITIS REUMATOIDE

A. Juan Mas, I. Ros Vilamajó, A. Contestí Coll\*  
*Unidad de Reumatología. \*Informática. Hospital Son Llatzer. Mallorca.*

**Objetivo:** Desarrollo de una herramienta informática gráfica de registro de valores demográficos, analíticos, de exploración física, respuesta a diferentes preguntas de evolución de la enfermedad y cálculo de DAS 28 en pacientes afectados de artritis reumatoide (AR)

**Introducción:** El Hospital Son Llatzer es un hospital con gestión informatizada de las historias clínicas y de la solicitud y visualización de exploraciones complementarias. Puede ser útil la creación de un modelo tipo muñeco para la anotación rápida de la exploración del paciente, asimismo al cumplimentar el resto de variables que interesen de los pacientes, se puede desarrollar una herramienta para ordenar esos datos, calcular su interacción (por ejemplo DAS 28) y analizarlos al poder exportarlos a una base de datos.

**Material, características del programa** (ver imágenes de HIS, web, gráfico de persona con desplegable, preguntas con desplegable de respuestas, VSG, resultados de NAD, NAT, NAD28, NAT28, DAS28). El programa es un proyecto que relaciona la unidad de Reumatología con Informática, sus características integran un desarrollo en entorno web que se adapta perfectamente a aplicaciones de telemedicina, presenta un cumplimiento estricto de la LOPD. Conforman un entorno gráfico de selección de parámetros facilitando al facultativo el registro de los parámetros: se indican automáticamente los datos demográficos del paciente, se van seleccionando sobre un gráfico de una persona (muñeco) con 28 o 68 articulaciones (previamente seleccionado) las articulaciones tumefactas y/o dolorosas, se responde a una serie de preguntas estandarizadas de evolución de la enfermedad, valoración del dolor y de la enfermedad por el médico y por el paciente y se anota el valor de la VSG. El programa calcula automáticamente los valores del recuento de articulaciones dolorosas, tumefactas tanto en el recuento de 28 como de 68 articulaciones y el DAS28. Es una completa herramienta de tratamiento y gestión de los pacientes, incorpora una integración transparente con el HIS del hospital presentando un acceso directo desde la estación médica de trabajo. Asimismo es una completa herramienta para la investigación al disponer de un módulo de explotación estadística de los resultados.

**Conclusión:** Obtención de un programa sencillo que se adapta a las necesidades de los reumatólogos con una sencilla y rápida selección e introducción de variables, un cálculo predeterminado y el ulterior análisis de los resultados.

## 132

### LEFLUNOMIDA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: EFICACIA Y TOLERANCIA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS DE INICIO

M. Alperi López, F.J. Ballina García, J.L. Riestra Noriega, J.A. Fernández Sánchez, S. Martínez Ríos y A. Rodríguez Pérez  
*Hospital Universitario Central de Asturias. Asturias.*

**Objetivos:** Analizar la eficacia, tolerancia y progresión radiográfica en el tratamiento de la artritis de reciente comienzo con Leflunomida.

**Pacientes y métodos:** Cohorte prospectiva de 66 pacientes con artritis de inicio en el Departamento de Reumatología del Hospital Central de Asturias entre junio de 2002 y noviembre de 2003 que fueron tratados de forma abierta con Leflunomida 100 mg/3 días seguido de 20 mg/día. Se registraron datos clínicos (índice de Ritchie, recuento de articulaciones tumefactas, VAS de dolor y fatiga, valoración global de la enfermedad por el paciente y por el médico), analíticos (VSG, PCR, FR, ANA y DAS), capacidad funcional (HAQ) y radiográficos (RX manos y pies).

**Resultados:** De los 66 pacientes (65,1% mujeres, edad media 55 años, duración media de la artritis antes del tratamiento de 16,5 semanas), 55 cumplían los criterios de la ACR para AR y 11 se clasificaron como artritis indeterminada. Presentamos los datos de 49 y 28 pacientes que han completado 24 y 52 semanas, respectivamente, con dicho tratamiento. En el análisis a las 24 semanas, se produjo una respuesta satisfactoria, estadísticamente significativa, en las siguientes variables: Rigidez matutina ( $p < 0,001$ ), Índice de Ritchie ( $p < 0,001$ ), número de articulaciones tumefactas ( $p < 0,001$ ), VAS de dolor ( $p < 0,001$ ), valoración global de la

enfermedad por el paciente ( $p < 0,001$ ) y por el médico ( $p < 0,001$ ), VSG ( $p < 0,005$ ), PCR ( $p < 0,005$ ), FR ( $p = 0,01$ ), DAS ( $p < 0,001$ ) y HAQ ( $p < 0,001$ ). Las tasas de respuesta ACR 20,50 y 70 fueron respectivamente: 82,8; 42,8% y 22,8%. Un 21,6% de los pacientes alcanzó una remisión completa de la enfermedad valorada por DAS  $< 1,6$ . En el análisis a 52 semanas, la respuesta se mantuvo, no existiendo diferencias estadísticamente significativas respecto a las 24 semanas. Se asociaron esteroides u otros DMARD por respuesta moderada a Leflunomida en el 66,6% de los pacientes. Resultaron no respondedores según criterios DAS original 8 pacientes (12,1%). La Leflunomida fue suspendida por efectos secundarios (diarrea, leucopenia, elevación de tensión arterial, vértigo, taquicardia y cefalea) en 8 pacientes (12,1%). En ningún paciente se objetivó elevación relevante de transaminasas que obligara a la suspensión del tratamiento. Enfermedad erosiva fue encontrada en el 14,2% al inicio y sólo en 7,1% se desarrollaron nuevas erosiones. Progresión radiográfica (incremento en el Índice de Larsen e2) fue observada en el 17,8% de los pacientes al cabo de las 52 semanas.

**Conclusiones:** 1) Los resultados muestran que la Leflunomida es eficaz y bien tolerada en pacientes con artritis de inicio no tratadas con FARME previo. 2) Un porcentaje sustancial de pacientes precisa añadir nuevos fármacos para controlar satisfactoriamente la enfermedad, lo que sugiere que la terapia en combinación es superior a la monoterapia en el tratamiento de la artritis precoz. 3) Los datos muestran que la Leflunomida retrasa la progresión radiográfica en la artritis de inicio.

### 133

#### LAS CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR PREDICEN LA PRESENCIA DE UNA FRACTURA DE ESTRÉS DE ALA DE SACRO

R. Cortés Verdú, T. Pedraz, R. Aragón, P. Vela, A. Martínez, O. Caballero, E. Pascual, J. Esteve, E. Batlle y R. Jover  
*Hospital General de Alicante. Alicante*

**Introducción:** Las fracturas de stress de ala sacra y/o pélvis son una causa de dolor lumbo-sacro intenso e incapacitante difícilmente diagnosticable con radiología convencional.

**Objetivos:** Determinar de manera prospectiva mediante gammagrafía la frecuencia con la que las pacientes que presentan estos síntomas sufren este tipo de fractura.

**Métodos:** Criterios de inclusión: 1) mujeres recogidas correlativamente que presentaron dolor lumbo-sacro intenso e incapacitante (modificando los hábitos de vida) cuya radiografía de pelvis y columna lumbar no mostrara hallazgos que justificaran el dolor, y exploración normal de caderas. 2) Duración del dolor: inferior a 3 meses y mayor de 1 semana; 3) dolor de inicio datable, súbito o progresivo llegando a la máxima intensidad en no mas de 1 semana. Técnicas de imagen Gammagrafía ósea con técnica estándar. RM y TC del área de captación gammagráfica con técnica estándar.

**Resultados:** Se incluyeron 25 mujeres (edad 73; rango 55-91). 14/25 (56%) tenían aumento de captación gammagráfica (ala de sacro: bilateral: 6, bilateral + rama púbica: 2, unilateral: 5, unilateral + rama púbica: 2. Solo púbica: 1). En 13/14 pacientes con gammagrafía anormal se realizaron RM y/o TC, confirmando la fractura en 10/13 (76,9%). [RM + TC 6 pacientes, mostrando fractura en 5; Solo RM mostrando fractura en 3/3; TC 4 mostrando fractura en 2].

**Conclusiones:** La presencia de un dolor lumbo-sacro reciente e incapacitante en una paciente de edad avanzada y con radiografía pélvica y de columna lumbar sin hallazgos que lo justifiquen tiene alta probabilidad de deberse a una fractura osteoporótica de ala de sacro combinada o no a fractura de una rama púbica.

### 134

#### CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LA ESCLEROSIS SISTÉMICA EN UNA SERIE HOSPITALARIA: MANIFESTACIONES SISTÉMICAS, TRATAMIENTOS Y ENFERMEDADES ASOCIADAS

J. García Miguel\*, E. Beltrán Catalán\*, A. Pros Simón\*, M. Ciria Recasens\*, A. Toll Abelló\*\* y P. Benito Ruiz\*  
*\*Servicio Reumatología. \*\*Servicio Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona.*

**Objetivo:** Caracterización clinicoanalítica de una serie hospitalaria de Esclerosis sistémica (ES) y síndromes de superposición (SS). Prevalencia de complicaciones sistémicas, tratamientos y enfermedades asociadas.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas. Se hallaron 82 pacientes (edad media:  $61,6 \pm 14$ ; H/M: 12/70), 62 con ES y 20 con SS (ES + colagenopatía definida) desde 1987 hasta la actualidad. Variables: datos epidemiológicos, radiológicos (ecocardiograma transtorácico (ET), TCAR), clínica, funcionalismo respiratorio (PFR) y esofágico, capilaroscopia, autoanticuerpos y tratamientos. El fenómeno de Raynaud (fR) asociado a úlceras digitales se catalogó como grave. La hipertensión pulmonar (HTP) se definió por ET como PAP  $> 35$  mmHg. El diagnóstico de fibrosis pulmonar (FP) se estableció por PFR y TCAR. Se realizó análisis estadístico mediante SPSS para Windows.

**Resultados:** La ES limitada (ESL) fue más prevalente que la difusa (71% vs 29%). Prevalencia de SS: AR-ES (3/20); LES-ES (5/20); PM-ES (3/20); EMTC (7/20), otros (2/20). La demora en el diagnóstico fue de  $74,1 \pm 86,2$  meses en la ESL y  $48,9 \pm 71,7$  en la ESD. El fR, presente en el 90,2%, presentó criterios de gravedad en un 27% de los casos (20/74). El 31,6% de ellos se asociaba a HTP ( $p = 0,085$ ). Se indicaron 29 TCAR, siendo diagnósticos de FP el 31% de ellos (11% del total de la serie). La prevalencia de HTP fue del 17,1%, de aperistalsis esofágica del 29,3%, y de artritis del 31,7%. El Ac-Scl 70 fue positivo en 68,7% de las ESD, el Ac-anticentrómero en 81,4% de la ESL y los AMA en un 7% del total. La prevalencia de VHC fue del 6,1%, de cirrosis biliar primaria (CBP): 8,5%, y de sd de Sjögren: 20,6%. Se reportaron 8 neoplasias (colon: 6, mama: 2). Se realizaron 16 biopsias de grasa subcutánea, hallando amiloidosis en un solo caso. Dos pacientes con ESD fueron exitus. Se indicó D-Penicilamina (DP) en un 29,3% de los casos, y prednisona en un 56,1%. Las prostaglandinas IV se indicaron en el 50% de los fR graves. La capilaroscopia fue patológica en el 95% de los casos estudiados (58/61), sin hallarse diferencias significativas en el tipo de lesión entre la ESD y la ESL. Se halló relación estadísticamente significativa entre el fR grave e HTP y la presencia de áreas avasculares (AAV) ( $p = 0,047$ ;  $p < 0,06$ ).

**Conclusiones:** La ES más prevalente y con mayor demora en el diagnóstico fue la ESL. El fenómeno de Raynaud fue la manifestación clínica más frecuente, presentando la forma grave una mayor tendencia a asociarse con HTP. La presencia de AAV en la capilaroscopia correlacionó significativa-

mente con el fR grave y la HTP. No se hallaron diferencias en el tipo de lesión capilaroscópica entre la ESL y la ESD. La prevalencia de fibrosis pulmonar fue del 11%, y la de HTP del 17,1%. Las enfermedades asociadas con más frecuencia fueron CBP, neoplasias y sd de Sjögren. El tratamiento con PG IV se indicó en el 50% de fR grave.

## 135

### ARTRITIS GOTOSA SOBRE NODULOS DE HEBERDEN: DESCRIPCION DE 4 NUEVOS CASOS

R. Almodóvar González, P. Zarco Montejo, R. Mazzucchelli y F.J. Quirós Donate  
*Fundacion Hospital Alcorcón. Madrid.*

**Introducción:** El desarrollo de artritis gotosa sobre nódulos de Heberden, es infrecuente. Los mecanismos patogénicos serían: 1) precipitación de cristales de urato monosódico (UMS) en las falanges, debido a la menor temperatura existente en ellas; 2) depósito a nivel de las articulaciones dañadas por artrosis ó traumas repetitivos. Parecen existir factores predisponentes asociados: sexo femenino, edad avanzada, uso de diuréticos, HTA, insuficiencia renal (IR) y bajas dosis de AAS.

**Objetivo:** Revisar las características clínicas y radiológicas de pacientes con artritis gotosa sobre nódulos de Heberden.

**Material y métodos:** Se han revisado todos los pacientes diagnosticados de artritis gotosa (n = 258), en nuestra unidad en los últimos 6 años. Encontrando sólo 4 pacientes que habían desarrollado artritis sobre nódulos de Heberden.

**Resultados:** El cuadro se desarrolló en 4 pacientes, todas ellas mujeres. La edad media al diagnóstico fué de 79,7 ± 11 años. Tres, tenían además artritis gotosa en codo y rodillas. Una paciente presentaba un tofo en la 2ªIFD. Los cristales de UMS se demostraron en el material aspirado del tofo del dedo en una paciente, y del líquido sinovial de la IFD en las otras 3. Todos los casos tenían hiperuricemia 8,1 ± 1,6 mg/dl, al diagnóstico. Tres pacientes tenían una cifra media de creatinina en sangre de 2,2 ± 0,7 mg/dl. Todas tomaban diuréticos (3 furosemida, 1 indapamida) y una de ellas AAS. Las radiografías de manos mostraban cambios degenerativos en IFDs, en todos los casos. En 3 pacientes se objetivó lesiones erosivas en "sacabocados" en la IFD afectada.

**Conclusión:** Es importante reconocer esta asociación, para establecer un diagnóstico y tratamiento correctos; sobre todo en mujeres ancianas con IRC y uso de diuréticos.

## 136

### SARCOIDOSIS PULMONAR EN UN PACIENTE CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE TRATADO CON INFILIXIMAB

R. Almodóvar González, P. Zarco Montejo, F.J. Quirós Donate y R. Mazzucchelli  
*Fundacion Hospital Alcorcón. Madrid.*

**Introducción:** La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica caracterizada por la formación de granulomas no caseificantes. Su etiología no está clara, pero parece que el TNFa contribuye al inicio y a la progresión de la enfermedad. El infliximab produce mejoría clínica, en casos aislados de pacientes con sarcoidosis refractaria. Además, la coexistencia de sarcoidosis y espondilitis anquilosante (EA), es poco fre-

cuente; sólo 14 casos publicados. La rareza de este caso, reside en el desarrollo de una sarcoidosis pulmonar, en un paciente con EA tratado con infliximab.

**Caso clínico:** Varón de 34 años de edad, con antecedentes de discectomía L5-S1 y cirugía de varices; diagnosticado de EA en 1994. En tratamiento crónico con AINES hasta Mayo/01 donde por empeoramiento, se inició terapia con Infliximab a dosis de 5mg/Kg/peso cada 6 sem. En Sept/03, el paciente ingresa por cuadro de 1 semana de evolución, de disnea progresiva y dolor pleurítico dorsal. La GAB presentaba una pO<sub>2</sub> de 70 mmHg. La espirometría no presentaba alteraciones significativas. En la Rx tórax destacaban unos hilios pulmonares prominentes. Se completó el estudio con un TC helicoidal, con múltiples adenopatías hiliares y mediastínicas; junto con áreas de pequeño tamaño, en vidrio deslustrado, en lóbulos superiores; y datos de TV en vena poplitea izquierda sin datos de TEP. Se realizó biopsia de parénquima pulmonar mediante toracostomía, con fines diagnosticos. Los cultivos del BAL para micobacterias fueron negativos. El diagnóstico fué de sarcoidosis pulmonar estadio II. Se inició anticoagulación y se suspendió definitivamente el infliximab, con una actitud conservadora.

**Conclusión:** Este es el primer caso, de sarcoidosis pulmonar como efecto adverso de la terapia con infliximab, en un paciente con EA.

## 137

### FACTORES PREDICTORES DE HIPERTENSION PULMONAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

R. Almodovar Gonzalez, B. Joven Ibañez y P.E. Carreira  
*Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivo:** Identificar las características clínicas y de laboratorio asociadas al desarrollo de hipertensión pulmonar (HTP) en esclerosis sistémica (SSc).

**Pacientes y métodos:** Se incluyeron, todos los pacientes con SSc, seguidos entre 1980 y 2003; que se les había realizado en algún momento de su evolución un Ecocardi Doppler. De las historias se obtuvieron: datos demográficos, clínicos, serológicos y ecocardiográficos. La HTP se definió, como una presión pulmonar sistólica > 30 mmHg. Los pacientes fueron divididos en 3 grupos: pacientes con HTP primaria (HTPp), con HTP secundaria (HTPs) y sin HTP. Se usó el test de Fisher para calcular la diferencia entre las frecuencias, y la odds ratio con un IC 95% para medir la asociación entre variables.

**Resultados:** Un total de 118 pacientes con SSc (13v, 90m) con una edad media de 56 ± 18 años. De 28 pacientes (24%) con HTP, 21 tenían HTPp. En este grupo (2v, 19m): 4 (19%) tenían SSc difusa, 15 (71%) SSc limitada, y 2 (10%) síndrome overlap. En el grupo de pacientes con HTPs (1v, 6m): 5 (71%) tenían SSc difusa y 2 (28%) síndrome overlap. El test skin score (TSS) era más alto en HTPs que en HTPp y que en pacientes sin HTP (p < 0,001). La DLCO and FVC disminuidas era más frecuente en HTPs (86%/ 100%) que en HTPp (10%/ 5%) y que en el grupo sin HTP (24%/ 27%) (p < 0,001). Los pacientes con HTPp tenían mayor frecuencia de arritmias cardíacas (24% vs 6%; p < 0,02) y anticuerpos anticentrómero (45% vs 34%; p = 0,003) que pacientes sin HTP. 25 pacientes (21%) murieron: 9 (8%) tenían HTPp, 4 (3%) HTPs and 12 (10%) sin HTP. La mortalidad se asoció con HTPs (p = 0,002).

**Conclusión:** En nuestro estudio, los anticuerpos anticentrómero y las arritmias cardíacas eran frecuentes en pacientes con HTPp. Mientras que un TSS elevado y una DLCO y FVC disminuidas se asociaron a HTPs.

## 138

### TRATAMIENTO CON TIAZIDAS: ¿DESENCADENANTES O CAUSANTES DE HIPERPARATIROIDISMO?

R. Almodóvar González, P. Zarco Montejo, F.J. Quirós Donate y R. Mazzucchelli

Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.

**Introducción:** Las tiazidas pueden provocar hipercalcemia, a través de dos mecanismos: 1) Directamente, aumentando la reabsorción tubular de calcio a nivel renal. 2) De forma indirecta, estimulando la secreción de PTH ó potenciando su acción periférica a nivel óseo.

**Objetivo:** Analizar la influencia de diuréticos tiazídicos, sobre el metabolismo Ca/P y la producción de PTH.

**Material y métodos:** Se han revisado todos los pacientes diagnosticados de hiperparatiroidismo 1º (HPT) (n = 25), en nuestra unidad en los últimos 6 años; encontrando 9 pacientes en tratamiento con tiazidas previo al diagnóstico de HPT. De las historias clínicas se recogieron datos demográficos (edad, sexo), clínicos, de laboratorio (calcio/Fósforo, calciuria de 24 horas y PTH al inicio y tras suspender tiazidas) y pruebas de imagen.

**Resultados:** Sintetizando tenemos los siguientes resultados: Resultados de los 9 pacientes

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
Edad	58	68	69	83	73	58	59	83	81
Sexo	M	M	M	M	M	V	M	M	M
Litiasis	No	Si	No	Si	Si	No	No	No	No
Adenoma paratiroideo	Si	No	Si	ND	No	Ca medular tiroideas	Si	ND	No
Ca/P S inicio (mg/dl)	11/27	10,7/2,5	12,3/2,1	10,9/3,4	10,8/2,8	11/4,7	11,7/2,8	8,9/3	10,3/3,3
Ca/P S postto (mg/dl)	10,8/2,4	9,6/2,5	11,9/2,1	10,4/3,3	11/2,8	8,5/2,4	11,3/2,5	ND	103
Ca O inicio (mg/24h)	249	168	227	36,4	361	16	248	13,6	70,9
Ca O postto (mg/24h)	218	142	120	104	354	19,4	349	ND	103
PTH inicio (pg/ml)	90	115	139	105	124	135	170	102	70
PTH postto (pg/ml)	83,5	153	185	101	ND	99,8	148	60	50
Osteoporosis	No	Si	Si	No	Si	No	No	Si	ND

**Conclusión:** En dos de nuestros pacientes (P.8 Y 9), el tratamiento con tiazidas, parece ser el causante del HPT; mientras que en el resto de pacientes, actuaría como un factor desencadenante. En base a esto se deberían monitorizar los niveles de calcemia y de PTH antes y durante el tratamiento; para detectar precozmente los casos de HPT, y evitar sus consecuencias.

## 139

### ANÁLISIS FARMACOECONÓMICO DEL TRATAMIENTO DE LA ARTROSIS CON CONDROITÍN SULFATO EN COMPARACIÓN CON AINES

C. Rubio\*, I. Möller\*\*, E. Tomàs\*\*\* y J. Vergés\*\*\*

\*HERO Consulting. Health Economics and Research of Outcomes. Madrid, \*\*Instituto Poal de Reumatología. Barcelona \*\*\*Unidad de Farmacoeconomía. Departamento Médico y Científico. Bioibérica Farma. Barcelona.

**Objetivo:** Comparar la eficiencia de los siguientes tratamientos farmacológicos: condroitín sulfato –CS- (Condro-san, Bioibérica Farma), diclofenaco sódico –DS-, ibuprofeno –IB-, celecoxib –CC- o rofecoxib –RC- en pacientes españoles afectos de artrosis.

**Métodos:** Modelo de minimización de costes que comparó los tratamientos, administrados con las dosis y pautas recomendadas, durante un período de seis meses. La utilización de recursos y los costes unitarios se estimaron a partir de fuentes españolas. La efectividad y la incidencia de efectos adversos, se estimaron a partir de metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados. Se hicieron análisis de sensibilidad simples univariantes del caso básico.

**Resultados:** El coste semestral por paciente tratado con CS, DS, IB, CC o RC se estimó en 85,88 euros, 96,42 euros, 88,27 euros, 270,68 euros y 285,93 euros, respectivamente. En el tratamiento con CS de una cohorte hipotética de 10.000 pacientes con artrosis, el Sistema Nacional de Salud podría ahorrarse entre 23.900 euros y 2.000.500 euros semestrales, en comparación con los tratamientos alternativos. Además, se evitarían numerosos casos de efectos adversos gastrointestinales en su totalidad (1.782 a 2.730) y graves (17 a 90), así como posibles infartos de miocardio (5 a 29). El análisis de sensibilidad confirmó la estabilidad del caso básico en la gran mayoría de los supuestos considerados.

**Conclusiones:** Condroitín sulfato es un tratamiento de la artrosis más eficiente, con menores costes y mejor tolerancia gastrointestinal, que diclofenaco sódico, ibuprofeno, celecoxib o rofecoxib.

## 140

### DEFICIENCIA DE VITAMINA D, HIPERPARATIROIDISMO Y RECAMBIO ÓSEO AUMENTADO EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

J. Medina Luezas, I. Arribas, F. Fernández Santiago,

C. Montilla, A. Cordova y V. del Villar

Hospital General de Soria, Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, Complejo Hospitalario de Salamanca.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de la deficiencia de vitamina D en ancianos y su relación con la función paratiroidea y los niveles de los marcadores bioquímicos de recambio óseo.

**Personas y métodos:** Estudio transversal de prevalencia realizado en 211 ancianos válidos (72 varones y 139 mujeres), edad media 83,4 años, residentes en instituciones para la 3ª edad, tras excluir personas encamadas, sin capacidad ambulatoria, con fractura de cadera previa y enfermedades o tratamientos que puedan alterar el metabolismo óseo. Entre los meses de marzo-mayo se determinaron los niveles de 25 hidroxivitamina D (25OHD), hormona paratiroidea intacta (PTHi), fosfatasa alcalina (FA), fosfatasa ácida tartrato resistente (FATR), desoxipiridinolinas (D-Pyr), telopéptidos aminoterminales del colágeno tipo I (NTx) y función renal (formula de Cockroft y Gault).

**Resultados:** Se evidenció deficiencia de vitamina D en 21,8% de las personas, siendo el riesgo superior en los mayores de 84 años: OR 7,78 (3,2-18,9), hiperparatiroidismo en 55,3% y recambio óseo acelerado en 39,5%. La prevalencia de hipovitaminosis y recambio óseo acelerado fue significativamente superior en las mujeres (Tabla).

	Mujeres	Varones	OR
Deficiencia vitamina D	27,2%	12,5%	2,62 (1,11-6,33)
Hiperparatiroidismo	51%	65,2%	0,55 (0,18-1,71)
Recambio óseo acelerado	49,1%	17,4%	4,57 (1,22-20,6)

No se evidenció correlación entre PTHi y 25OHD, las cifras de PTHi y la prevalencia de hiperparatiroidismo tienden a ser superiores en las personas con hipovitaminosis pero sin alcanzar significación estadística. PTHi se correlacionó con la edad ( $r$  0,32;  $p$  < 0,01) y con aclaramiento de creatinina ( $r$  -0,45;  $p$  < 0,001). Los niveles de todos los marcadores excepto D-Pyr son significativamente superiores en las personas con deficiencia vitamínica así como el riesgo de recambio óseo acelerado: OR 5,1 (1,5-18,5). Esta relación difiere en varones y mujeres: en los primeros es intensa: OR 54 (1,62-2977) y en las segundas más débil y no significativa: OR 2,75 (0,68-12,15). El 42,1% de las mujeres con niveles normales de 25OHD tienen un recambio óseo acelerado.

**Conclusiones:** La deficiencia de vitamina D es frecuente en los ancianos institucionalizados aunque la prevalencia observada es inferior a la encontrada en otras regiones de España. Es más frecuente en mujeres que en varones y en las personas de edad más avanzada. No hemos evidenciado que este problema influya de forma importante en la aparición de hiperparatiroidismo, alteración más relacionada con el declive de la función renal y probablemente otros problemas asociados con el envejecimiento (ej. deterioro de la absorción de calcio independiente de vitamina D). Las personas con deficiencia tienen un recambio óseo más acelerado pero esta asociación es más importante en varones y un elevado porcentaje de mujeres sin hipovitaminosis lo presentan, esto sugiere la existencia de otros factores que lo condicionan en el género femenino.

## 141

### COMPARACIÓN DE LA DETERMINACIÓN DE ISOTIPOS DE FACTOR REUMATOIDE POR TÉCNICA ELISA, NEFELOMETRÍA Y ANTICUERPOS ANTI-PÉPTIDOS CITRULINADOS EN PACIENTES AFECTOS DE ARTRITIS REUMATOIDE

A. Juan Mas, A. Etxagibel\*, I. Ros Vilamajó, M. Servera Gornals\*\* y M.R. Julià\*

Unidad Reumatología. Hospital Son Llàtzer. \*Unidad Inmunología. Hospital Son Dureta. \*\*Unidad básica Ca'n Pastilla. Mallorca.

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) carece de momento de un marcador serológico completamente sensible y específico para asegurar su diagnóstico. La determinación del factor reumatoide (FR) isotipo IgM es la prueba más utilizada en la actualidad presentando una moderada especificidad y sensibilidad. Se ha estudiado la presencia de otros isotipos, alguno de ellos con implicaciones pronósticas (IgA). La determinación del FR por nefelometría, a diferencia de la técnica ELISA, no discrimina entre isotipos mostrando básicamente el IgM. Los anticuerpos anti-péptidos cíclicos citrulinados (anti-CCP) han demostrado una mayor especificidad diagnóstica.

**Objetivos:** Valorar la sensibilidad y especificidad de la determinación de FR por nefelometría y por ELISA y la presencia de anti-CCP para diagnóstico de AR, y el posible beneficio de su combinación. Correlacionarlo con los años de evolución de la enfermedad.

**Material y métodos:** Estudio de 96 pacientes afectados de AR y un grupo control de 40 afectados de otras conectivopatías y 96 sujetos sanos. Determinación de FR por nefelometría e isotipos de FR en suero de todos ellos. Se utiliza la técnica ELISA para FR de isotipo IgG, IgA e IgM, en placas recubier-

tas con IgG de conejo, nefelometría láser de partículas de látex recubiertas de inmunocomplejos de gammaglobulina humana/anti-gammaglobulina de carnero. Determinación por técnica ELISA de la presencia de anti-CCP. Correlación entre las diferentes determinaciones y su combinación, y con años de evolución de la AR (<5 años, 5-10 años, > 5 años)

**Resultados:** (Ver tabla)

	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo +	Valor predictivo -
FR nefelometría	64,5	92,2	86,1	77,6
IgM ELISA	69,8	89	83	80
IgA ELISA	70,8	86,7	80	80
IgG ELISA	41,5	97,5	97,5	42
anti-CCP	65,6	95,2	94	70,8
IgM/A	79	82	76,7	84
Nefelometría/IgA ELISA	77	84,4	78,7	83,1

La sensibilidad es similar en todas las determinaciones practicadas siendo la más alta la del FR IgA y la más baja la del FR IgG. La mayor especificidad es de los anti-CCP y del FR por nefelometría. La combinación de varias determinaciones aumenta la sensibilidad y especificidad de los resultados. La presencia de todas las determinaciones aumentó a partir de los 10 años de evolución de la AR, no así en los 2 otros grupos.

**Conclusiones:** En nuestra serie el FR por nefelometría y el anti-CCP presentan la mejor correlación para el diagnóstico de la AR. Los isotipos FR IgA e IgM muestran las sensibilidades más altas y el IgG y los anti-CCP son los más específicos. Las combinaciones, principalmente el FR IgA/nefelometría, FR IgA/IgM y nefelometría/anti-CCP, pueden aumentar la eficacia diagnóstica. Existe un aumento de la presencia de los autoanticuerpos estudiados a partir de los 10 años del inicio de la enfermedad.

## 142

### IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

R. Belenguer, J. del Pino, P. Brito Zerón, N. Nardi, M. García Carrasco, M. Ramos Casals y J. Font

Servicio de Enfermedades Autoinmunes, Hospital Clinic. Barcelona.

**Objetivo:** Analizar la prevalencia de la asociación de la fibromialgia en pacientes diagnosticados de síndrome de Sjögren primario (SSP), así como el impacto que produce su presencia en la calidad de vida del paciente.

**Pacientes:** Se han estudiado 100 pacientes consecutivos (97 mujeres y tres hombres, con una edad media de 52 años) diagnosticados de SSP según los criterios Europeos de 1993. En todos los pacientes se ha analizado la presencia de fibromialgia según los criterios de la ACR y se ha valorado de forma individual la calidad de vida percibida por el paciente, con la aplicación de cuestionarios de evaluación subjetiva de las manifestaciones del SSP, percepción y conocimiento de la enfermedad, esfera familiar y social y valoración global (SF-36).

**Resultados:** Hemos detectado la presencia de fibromialgia en 28 (28%) pacientes, todos ellos mujeres con una edad media de 56 años. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la xerostomía (100%), xeroftalmía (100%), fatiga (93%), artralgias (46%) y alteraciones del sueño (32%). Se compararon los diversos parámetros incluidos en el cuestio-

nario SF-36 de acuerdo a la presencia o no de fibromialgia. Comparados con los pacientes sin fibromialgia, los pacientes con SSP y fibromialgia manifestaron tener un peor estado de salud respecto al referido un año atrás ( $p = 0,001$ ), así como una mayor sensación de estar deprimidos ( $p = 0,003$ ), tristes ( $p = 0,016$ ) o agotados ( $p < 0,001$ ). Respecto a la valoración global del estado de salud mediante puntuación E.V.A (considerando un valor de 10 como el mejor estado de salud posible), los pacientes con fibromialgia presentaron una puntuación media de 4,57 frente a 6,38 de los pacientes sin fibromialgia ( $p < 0,001$ ).

**Conclusión:** Cerca de un 30% de los pacientes con SSP presentan una fibromialgia asociada, que origina un impacto claro sobre la calidad de vida de estos pacientes, con una mayor frecuencia de síntomas depresivos y fatiga. La existencia de fibromialgia en un subgrupo de pacientes con SSP obliga a un enfoque multidisciplinario de los síntomas sumatorios de ambas patologías, centrado en mejorar el importante deterioro en la calidad de vida que sufren dichos pacientes.

## 143

### ANÁLISIS DE EFICACIA DE 2 AÑOS DE EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB EN ARTRITIS REUMATOIDE

M. Freire González, C. Fernández, J. Pinto, A. Miranda, N. Oreiro, J. Graña, J. de Toro, A. Atanes, F. Blanco, L. Fernández Sueiro y F. Galdo  
*Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.*

**Introducción:** El TNF alfa es una citocina implicada en la patogénesis de la Artritis Reumatoide (AR) y el bloqueo del mismo conduce a un beneficio clínico en la AR. El Infiliximab es un anticuerpo monoclonal anti TNF alfa quimérico que ha demostrado, en diversos ensayos clínicos, eficacia y mejoría de los síntomas y signos de los pacientes con AR.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia del tratamiento con Infiliximab en 40 pacientes con AR, desde Junio de 2000 hasta Octubre de 2003

**Material y métodos:** Pacientes diagnosticados de AR que no respondieron a un mínimo de 2 FARAL solos o en combinación, según el protocolo recomendado de la SER. Todos los pacientes se trataron con Infiliximab a una dosis inicial de 3 mg/ Kg peso y se aumentó hasta 5 mg/Kg según respuesta terapéutica, asociado a MTX. El tratamiento se administró en el Hospital de Día del CHUJC. Como criterio de eficacia se utilizó la disminución del DAS 28  $> 1,2$  con respecto a su valor basal, para lo cual se realizó la valoración del DAS 28 a las semanas 0, 30, 54, 102. El seguimiento máximo fue de 102 semanas en 31 pacientes y de 54 semanas en los 40 pacientes. Se analizaron los datos con el programa estadístico SPSS 11.5.

**Resultados:** Se incluyeron en total 40 pacientes, siendo 34 de ellas mujeres y 6 varones, edad media 40,9 años (DE: 11,35). El FR fue positivo en el 75% de los pacientes y negativo en 25% y los ANA fueron positivos desde el inicio en un 67,5% y negativos en 32,5%. Todos los pacientes habían recibido tratamiento con Metotrexato, el 2º fármaco utilizado en frecuencia fue la Leflunomida (50%), seguido de la Cloroquina (47,5%), la Ciclosporina A (42,5%), la Sulfasalazina (32,5%) y por último la Azatioprina (22,5%). La media del DAS 28 de la semana 0 fue de 6,5, en la semana 30 de 5,1,

en la 54 de 4,8 y en la semana 102 de 4,6. Comparando la media del DAS 28 a la semana 0 con las medias del DAS 28 a las semanas 30, 54 y 102 la diferencia fue estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Analizando los datos individualizados del DAS 28 en cada paciente encontramos que a la semana 30, tenían una respuesta satisfactoria el 50% de los pacientes; a la semana 54, el 60% de los pacientes, y a la semana 102, el 74,2%.

**Conclusiones:** El tratamiento con Infiliximab es clínicamente eficaz para tratar la AR refractaria a otros tratamientos. En nuestra serie encontramos una respuesta clínica y analíticamente satisfactoria, valorada por el DAS 28, del 74,2% a las 102 semanas, siendo ineficaz en el 25,8% de los pacientes. Esta eficacia va aumentando a medida que se mantiene el tratamiento, puesto que a la semana 30 habían respondido solo el 50% y a la semana 54 el 60%.

## 144

### ECOGRAFÍA DE ALTA FRECUENCIA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO DE FRACTURA DE ESTRÉS DE METATARSIANOS

I. Möller Parera, C. Moragues Pastor, E. Naredo Sanchez, E. de Miguel, J. Usón Jaeger, L. Mayordomo, J.J. de Agustín, E. Rejón, J.C. Acebes Cachafeiro, J.J. Lerma Garrido  
*Grupo de Ecografía de la Sociedad Española de Reumatología (ECOSER).*

**Introducción:** Las fracturas de estrés, ya sean de fatiga (sobre hueso sano) o de insuficiencia (sobre hueso patológico) son una patología poco frecuente en la práctica clínica reumatológica. Su localización en metatarsianos es común y la sintomatología es inespecífica. La radiología simple puede ser normal. La Gammagrafía ósea con Tc 99 y la Resonancia Magnética por su mayor sensibilidad han sido hasta ahora los métodos de elección para el diagnóstico. La Ecografía con sonda de alta frecuencia permite identificar la discontinuidad de la cortical ósea, la hemorragia adyacente y la reacción perióstica focal.

**Objetivo:** Evaluar la utilidad de la Ecografía de alta frecuencia en el diagnóstico de fracturas de estrés del pie en la práctica diaria clínica.

**Pacientes y métodos:** Se han revisado los pacientes evaluados con Ecografía de alta frecuencia para estudio de metatarsalgia en centros Hospitalarios de Madrid, Sevilla y Barcelona. En todos los pacientes se realizó una Ecografía con sonda lineal de 7,5-13,5 MHz. Todos los estudios Ecográficos fueron realizados por Reumatólogos durante la consulta clínica del paciente. Mediante "palpación ecográfica" se localizó la región sintomática identificándose la discontinuidad cortical, la hemorragia perilesional (imagen de halo anecoico o hipoecoico) y según el tiempo de evolución la reacción perióstica del callo de fractura (engrosamiento e hipoecogenicidad).

**Resultados:** En 12 casos el diagnóstico Ecográfico fue de fractura de metatarsianos. Todos los pacientes presentaban dolor de inicio súbito en antepie, exacerbado con la deambulación y tumefacción de partes blandas. La radiología simple inicial fue normal o no se había realizado. Los hallazgos ecográficos fueron: solución de continuidad de cortical en diáfisis de metatarsiano, halo hipoecoico perilesional en los casos más recientes y reacción perióstica en los más evolucionados. La ecografía permitió establecer el diagnóstico di-

ferencial con tenosinovitis, artritis y otras patologías de partes blandas. El diagnóstico se confirmó posteriormente con radiología simple.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia, la Ecografía de alta frecuencia parece ser una técnica más sensible en el diagnóstico de fracturas de estrés de metatarsianos que la radiología simple, con la ventaja de ser inocua, económica, rápida y realizable en la propia consulta de Reumatología. Además permite establecer el diagnóstico diferencial con tenosinovitis, artritis y otras patologías de partes blandas.

## 145

### VARIABLES PREDICTORAS DE INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

E. Loza Santamaría, E. Juez, D. Clemente, L. Abasolo y C. Hernandez García

*Servicio de Reumatología. Hospital Clínico de San Carlos. Madrid.*

**Objetivo:** Analizar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con AR que precisan hospitalización. Determinar posibles predictores de ingreso hospitalario.

**Material y métodos:** Población emAR: Estudio transversal, a partir de historias clínicas de 1379 sujetos seleccionados aleatoriamente de un "pool" de pacientes atendidos en 46 servicios clínicos de 16 comunidades autónomas españolas durante 1998-1999. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, tratamientos recibidos y haber tenido algún ingreso. Se realizó un análisis bivariante y multivariante, que se ajustó por el muestreo (16 estratos correspondientes a 16 comunidades autónomas).

**Resultados:** Se analizaron 1.379 pacientes. 356 (25,8%) tuvieron un total de 530 ingresos. El 47,7% en servicios médicos, 44% quirúrgicos. La mediana de los días de ingreso fue de 8. La causa más frecuente de hospitalización fue la cirugía (53,9%) seguida de la actividad de la enfermedad (30,5%). Los pacientes ingresados tenían una mediana de edad de 66 años, los 2/3 eran mujeres, el 61% AR activas, 51,63% en clase funcional I y II. La probabilidad de haber sufrido al menos un ingreso aumentó: en mayores de 65 años (OR 1,59 [IC 95% 1,24-2,02]), a mayor edad al diagnóstico de la AR (OR 1,01 [IC 95% 1-1,02]), en AR de más de 5 años de evolución (OR 1,59 [IC 95% 1,14-2,22]), con clase funcional III-IV (OR 2,44 [IC 95% 1,89-3,15]), las AR activas (OR 1,69 [IC 95% 1,31-2,18]), si existía alguna cirugía ortopédica previa (OR 5,1 [IC 95% 3,93-6,67]), la presencia de manifestaciones extraarticulares (OR 1,80 [IC 95% 1,41-2,31]), si comorbilidad asociada (OR 1,95 [IC 95% 1,53-2,5]) y el haber estado en tratamiento con corticoides (OR 2,31 [IC 95% 1,69-3,16]). La probabilidad de ingreso fue un 58% menor en los Servicios de Reumatología. No se relacionaron el sexo, el nivel de estudios, la profesión, el factor reumatoide y el uso de fármacos modificadores de enfermedad. En el análisis multivariante (ajustando por comunidades autónomas), se encuentran como variables independientes predictivas de ingreso: la edad mayor de 65 años (OR 1,6 [IC 95% 1,15-2,34]), la cirugía traumatológica previa (OR 5,2 [IC 95% 3,5-7,6]), la presencia de comorbilidad (OR 1,8 [IC 95% 1,29-2,65]), la clase funcional III-IV (OR 1,49 [IC 95% 1,03-2,17]), y la actividad de la AR (OR 1,59 [IC 95% 1,1-2,16]).

**Conclusiones:** Los pacientes con AR, en España, tienen mayor probabilidad de ingreso hospitalario en relación a su

edad avanzada, AR activas, en clase funcional III-IV, de mayor tiempo de evolución, con comorbilidad asociada y cirugía traumatológica previa.

## 146

### ANTICUERPOS ANTIPÉPTIDO CITRULINADO CICLICO EN ARTRITIS REUMATOIDE: RELACIÓN CON AGRESIVIDAD Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD.

N. del Val del Amo, R. Gutiérrez Polo, E. Loza Cortina, C. Fito Manteca y R. Ibañez Bosch

*Hospital de Navarra. Pamplona. Navarra.*

**Objetivo:** Analizar el valor de los anticuerpos anti-peptido citrulinado cíclico (anti-CCP) en pacientes con artritis reumatoide (AR) como factor pronóstico, así como su relación con la actividad de la enfermedad.

**Material y métodos:** Se realiza un estudio transversal sobre 89 pacientes diagnosticados de artritis reumatoide, en los que se determinan los siguientes valores: VSG, proteína C reactiva (PCR), factor reumatoide (FR), anti-CCP, Disease Activity Score 28 (DAS 28), Modified Health Assessment Questionnaire score (M-HAQ) e índice radiológico de Sharp/van der Heijde simplificado (SENS: simple erosion narrowing score).

**Resultados:** El 64% de los pacientes tenía anti-CCP positivo, de los cuales un 36,8% tenía FR negativo. El 54% de los pacientes con FR(-) tenía anti-CCP(+). Presentaron erosiones un 78,9% de los pacientes anti-CCP positivo frente a un 53,1% de los anti-CCP negativo (pd0,011). El índice radiológico SENS en los pacientes con anti-CCP(+) era significativamente mayor que en los pacientes con anti-CCP(-), 22,6 (DE 20,7) versus 13,88 (DE 19,24) (pd0,054). Los pacientes con títulos elevados de anti-CCP (> 200) tenían un SENS más elevado (pd0,05) que el resto de pacientes. El valor medio del DAS 28 en los pacientes anti-CCP positivo fue de 4,31 (DE 1,27) frente a 3,30 (DE 1,55) en los anti-CCP negativo (pd 0,001). Se halló una correlación significativa entre el título de anti-CCP y el valor de la PCR (pd 0,011), pero no con el título de FR. No hubo correlación entre M-HAQ y anti-CCP.

**Conclusión:** Los pacientes con anticuerpos anti-CCP presentan una mayor actividad de la enfermedad, con valores más elevados en el DAS-28 y en la PCR, así como una enfermedad más agresiva con mayor presencia de erosiones e índice radiológico (SENS) más elevado.

## 147

### LAS CONDICIONES METEOROLÓGICAS INFLUYEN EN LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS

I. Möller\*, N. Martí\*, E. Montell\*\*, E. Tomàs\*\*, G. Cumelles\*\*, G. Castañeda\*\* y J. Vergés\*\*

*\*Instituto Poal de Reumatología, Barcelona. \*\*Unidad de Salud Articular, Departamento Médico y Científico, Bioibérica Farma, Barcelona.*

**Introducción:** En la práctica clínica habitual, muchos pacientes con dolor articular lo atribuyen a ciertas condiciones meteorológicas. Existe poca información publicada al respecto y la mayoría es contradictoria.

**Objetivo:** El objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de las condiciones climáticas en pacientes reumáticos.

**Material y métodos:** El presente trabajo se realizó con pacientes del Instituto Poal de Reumatología de Barcelona y

los datos fueron analizados por Bioibérica Farma. Consistió en un estudio prospectivo, a doble ciego que incluyó 92 pacientes con afecciones reumáticas (80 con artrosis, 12 con artritis reumatoide) comparados con un grupo control de 42 sujetos. La evaluación del dolor (EAV de Huskisson) y la capacidad funcional (Health Assessment Questionnaire -HAQ-) se determinaron diariamente durante un mes y las variables climáticas estudiadas fueron: temperatura, humedad y presión atmosférica.

**Resultados:** Los resultados obtenidos se sometieron a análisis de regresión binaria. Nuestros datos demuestran que los pacientes artrósicos experimentan un aumento del dolor articular en respuesta a una disminución de la presión, indicando que las condiciones de baja presión atmosférica exacerban el dolor en estos pacientes. El presente estudio también sugiere que algunas variables meteorológicas inciden en la aparición del dolor en la artritis reumatoide, pues hemos observado que las bajas temperaturas aumentan el riesgo de dolor articular.

**Conclusión:** Estos datos sugieren que en el futuro podría ser factible modular los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para algunos pacientes artrósicos en función de la previsión meteorológica y evitar, en la medida de lo posible, el dolor articular y la incapacidad funcional asociados a la enfermedad, mejorando así la calidad de vida de estos pacientes.

## 148

### LOCALIZACIÓN ARTICULAR Y MICROORGANISMOS IMPLICADOS EN 158 CASOS DE ARTRITIS SÉPTICAS

J.M. Gorordo Olaizola, M. Santisteban Bocos, I. Torre Salaberri, R. Expósito Molinero, E. Ucar Angulo, M. L. García Vivar, E. Galindez Aguirregoikoa y J.M. Aranburu Albizuri  
*Servicio de Reumatología. Hospital de Basurto. Bilbao.*

**Objetivo:** Estudiar la incidencia de los microorganismos implicados en 158 casos con sospecha de artritis séptica (AS) en función de su cultivo en líquido articular, sangre o en un foco a distancia y la localización articular más frecuente.

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de 158 pacientes con diagnóstico de artritis séptica en nuestro Hospital durante el período de enero de 1995 a mayo del 2004.

**Resultados:** De los 158 casos la rodilla fue la localización articular más frecuente con 69 casos (43%), seguida del hombro, tobillo, codo, cadera, esternoclavicular, interfalángicas proximales y tarso. Se identificó el germen responsable con cultivo positivo en 116 casos (73%), siendo en 96 casos (60%) positivo en líquido sinovial y en 20 casos (13%) en sangre o en foco a distancia. No se identificó el germen en 42 casos (27%). De los 116 casos con cultivo positivo, el microorganismo responsable del mayor número de casos fue el *Staphylococcus aureus* (S.A.) en 62 (53%), seguido en orden de frecuencia por Bacilos gram negativos (B.G.N.), *Streptococcus*, *Staphylococcus coagulasa* negativo, *Mycobacterium tuberculosis*, *Cándida*, *Meningococo* y *Brucella*. En líquido sinovial fue de nuevo el S.A. con 40 casos (41%) el germen más frecuentemente implicado, seguido por los B.G.N. y el *Streptococcus*. En sangre o en foco a distancia el S.A. también fue el agente causal más aislado con 12 casos (60%).

**Conclusiones:** La rodilla se sitúa como la articulación más frecuentemente afectada en nuestra revisión de A.S. seguida por el hombro y el tobillo. El *Staphylococcus aureus* destaca

como el microorganismo más frecuentemente aislado tanto en líquido sinovial como en hemocultivos y en foco a distancia. En un 27% del total de casos de artritis sépticas, no se logró aislar el germen responsable. Destacamos la ausencia total de artritis gonocócicas, dato que no se correlaciona con la literatura revisada.

## 149

### INFLIXIMAB NO ACTIVA LA REPLICACIÓN DE HERPESVIRUS LINFOTROPOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

M. Castro villegas, J.J. Castón Osorio, M. Castillo Jarilla, V.C. Pérez Guijo, G. Morote Ibarrola, M.D. Miranda García, J. de la Torre Cisneros y E. Collantes Estévez  
*Servicio Reumatología y Sección Infecciosos. H.U. Reina Sofía. Córdoba.*

**Introducción:** Los herpesvirus linfotropos (HVL) humanos incluyen las familias herpesvirus (CNV, HHV-6, HHV-7) y gherpesvirus (EBV, HHV-8). El principal factor que modula su replicación es la intensidad de la inmunosupresión, que incluso puede inducir la correplicación simultánea de varios virus. En pacientes inmunodeprimidos, como transplantados de órgano sólido y de médula ósea, se ha relacionado la replicación de herpesvirus, fundamentalmente CMV, con la aparición de cuadros clínicos producidos por EBV (relacionado con la enfermedad linfoproliferativa postransplante) y entre CMV y HHV-8 (relacionado con sarcoma de Kaposi). Debido a la interacción descrita entre los HVL en distintas condiciones de inmunosupresión y la alteración en la modulación de la respuesta inmunitaria celular inducida por Infliximab (anticuerpos antiTNFa) con el que se han descrito incremento en la incidencia de infecciones relacionadas con el deterioro de las células T (reactivación de TBC e infecciones oportunistas como coccidiomicosis, histoplasmosis, listeriosis y Pneumocystis, nos parece pertinente conocer el riesgo relacionado con el uso de estos nuevos fármacos para indicar profilaxis en caso de ser necesario.

**Objetivo:** Determinar la importancia de la replicación de HVL en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con antiTNFa, y su posible relación con la intensidad de la inmunosupresión utilizada.

**Pacientes y métodos:** Se analizaron muestras de suero de 15 pacientes con AR tratados con Infliximab (3 mg/kg), administrado en las semanas 0, 2 y 6. Se recogieron muestras de plasma y de células mononucleares en sangre periférica (PBMC) en situaciones pretratamiento (semana 0) y antes de cada infusión a semanas 2 y 6. De los 15 pacientes seleccionados 5 tenían tratamiento concomitante con leflunomida (20 mg/día), 7 con metotrexate (media 10 mg/sem) y 1 sin fármaco inductor de base. La media de prednisona fue de 8,5 mg/día. Las muestras se analizaron con una PCR cualitativa múltiple de HVL, realizándose cuantificación de la carga viral (copias/ml) mediante una PCR cuantitativa si se detectaba la presencia de CMV. Se consideró que existía replicación activa cuando se detectó DNA viral en plasma o PBMC obtenidos en semana 6 si no se detectaron en PBMC de la muestra basal. Cuando el DNA aparecía en PBMC basales y semana 6 se consideró que existía infección latente.

**Resultados:** Se detectó infección latente para CMV en 8 pacientes de los 15 analizados (53,3%), HHV-6 en 2 (13,3%), EBV en 7 (46,6%), CMV + HHV-6 en 1 (6,6%). Hubo un caso de replicación por HHV-6 que ya replicaba basalmente.

**Conclusión:** El tratamiento con Infiximab no parece inducir replicación de HVL por lo que no consideramos necesario realizar profilaxis.

## 150

### ANÁLISIS DE LA ASOCIACIÓN DE CTLA-4 CON SUSCEPTIBILIDAD A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

F. Coteló Romar, E. Pérez Pampín, E. Balada, J. Ordi, P. Carreira, J.J. Gómez Reino y A. González

*H.C. Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. A Coruña.*

**Objetivos:** Analizar si CTLA-4, una molécula inmunoinhibidora esencial para prevenir la autoinmunidad, influencia la susceptibilidad genética a Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Esta posibilidad había sido analizada previamente con resultados discordantes pero recientemente se ha realizado un estudio de grandes dimensiones que parece haber identificado la mutación causal en CTLA-4: CT-60 A>G (Nature 423:506-511, 2003). Este nuevo polimorfismo de nucleótido único (SNP) se encontró fuertemente asociado a tres enfermedades autoinmunes: enfermedad de Graves-Basedow, tiroiditis de Hashimoto y diabetes tipo 1. Su efecto se relacionó con la eficiencia de producción de una de las dos isoformas de CTLA-4.

**Métodos:** Se han estudiado 6 SNPs en CTLA-4: CT-60 A>G y otros que habían mostrado asociación con susceptibilidad a LES u otras enfermedades autoinmunes en trabajos previos: -1722, +49, MH30, JO30 y JO31. Las muestras provinieron de tres colecciones obtenidas independientemente en ciudades distintas y que incluyen 315 pacientes con LES según los criterios de la ACR y 615 controles. El genotipado se realizó mediante PCR-RFLP validado por secuenciación.

**Resultados:** Se encontraron diferencias significativas en las frecuencias alélicas del SNP -1722, como ya habíamos descrito en un estudio más reducido. Los SNPs que habían mostrado asociación con enfermedad de Graves, hipotiroidismo autoinmune y diabetes tipo 1, CT-60, MH30, JO30 y JO31, y que no se habían analizado con anterioridad en relación con LES no mostraron ninguna desviación en las frecuencias alélicas. Tampoco se observó asociación con el SNP +49.

**Conclusión:** Sólo se encontró asociación de LES con el SNP -1722 que no había mostrado asociación con ninguna otra enfermedad autoinmune y que probablemente no es la mutación causal debido a que el alelo asociado con LES es diferente en distintas poblaciones como hemos descrito (Arthritis Rheum 50:328-9, 2004). Los SNPs de CTLA-4 asociados con otras tres enfermedades autoinmunes no mostraron cambios. Estos resultados indican que o bien los factores genéticos del LES y de estas enfermedades son distintos o que existe una notable heterogeneidad genética en este gen entre la población española y otras poblaciones europeas.

## 151

### EFICACIA DE LA EDUCACIÓN SANITARIA EN LA EVOLUCIÓN A MEDIO Y LARGO PLAZO DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

M.J. de la Torre, M. López Pardo, M. Sánchez, P. Font, E. Muñoz, M.C. Castro, M.C. Muñoz y E. Collantes  
*Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Introducción:** La educación para la Salud puede definirse como "Adquisición de unos conocimientos sanitarios y el

aprendizaje de unos comportamientos frente a los problemas de salud". En la Espondilitis Anquilosante (EA), la educación del paciente se contempla como un requisito básico para favorecer el cumplimiento terapéutico y mejorar el pronóstico de la enfermedad.

**Objetivos:** 1) Evaluar la eficacia de la Educación Sanitaria en pacientes con EA, frente a la actuación habitual. 2) Comparar resultados, en términos de evolución de Calidad de Vida y Actividad de la Enfermedad, en dos grupos de pacientes.

**Pacientes y metodología:** Se ha realizado un estudio de intervención educativa, en pacientes diagnosticados de EA atendidos en Consultas de Reumatología del H.U.R.S. Se han incluido 71 pacientes en dos grupos: Intervención (GI 35) y Control (GC 36). Los pacientes del GI, durante 3 años, recibieron una intervención educativa, desarrollada por un grupo de enfermeras, mientras que el GC recibieron la pauta habitual, sin la intervención de enfermería. Ambos grupos siguieron recomendaciones terapéuticas médicas y control de variables similares. Se valoró, al inicio y final del estudio las variables: Principal HAQ-EA y VSG y PCR como parámetros biológicos de Inflamación. Al inicio del estudio ambos grupos no diferían en las variables de seguimiento

**Resultados:** No se han detectado diferencias en las variables de actividad biológica antes y después de la intervención. Las comparaciones post-hoc fueron realizadas mediante el test de Bonferroni encontrándose una disminución de la puntuación HAQ-EA de 0,16 puntos (IC95% = -0,01 a 0,339) ( $p = 0,066$ ) en el GI, en el GC por el contrario se observó un ligero aumento de 0,08 puntos ( $p = 0,391$ ).

**Conclusiones:** Una intervención como la que aquí se propone podría ser útil en la mejora de la calidad de vida de los pacientes, por lo que se puede considerar, una herramienta terapéutica eficaz y aplicable, a la vez que permitiría un abordaje más completo del problema

## 152

### CALIDAD DE VIDA EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. ESTUDIO COMPARATIVO CON PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EMPLEANDO EL CUESTIONARIO PECVEC

I. Fidalgo, F.J. Ballina, R. Hernández Mejía, T. Pérez Sandoval, L. Pantoja, V. Pinillos y J.M. Arribas  
*Hospital Universitario Central de Asturias, Facultad de Medicina de Oviedo, Hospital de León, Hospital del Bierzo.*

**Objetivos:** Describir la Calidad de Vida (CV) en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) utilizando los cuestionarios PECVEC (Perfil de Calidad de Vida de Enfermedades Crónicas) y HAQ, y compararla con la de un grupo de controles portadores de Artritis Reumatoide.

**Material y métodos:** Estudio transversal de pacientes lúpicos diagnosticados y controlados en consultas externas de Reumatología. Se midió la actividad de la enfermedad mediante el "Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index" (SLEDAI) y el daño/lesión con el "Systemic Lupus International Collaborative Clinics/American College Rheumatology Damage Index for Systemic Lupus Erythematosus" (SLICC/ACR). La CV se analizó mediante los cuestionarios PECVEC y HAQ. Los controles portadores de Artritis Reumatoide (AR) se seleccionaron con semejantes características de sexo, edad y duración de la enfermedad.

**Resultados:** Se incluyeron 65 pacientes con LES (edad media 40,8 años, 86% mujeres, media años de evolución 7,98, 12,3% criterios de fibromialgia). Los síntomas más frecuentes fueron: fatiga (72,3%), el nerviosismo (67,7%), dolor articular (61,5%), y lesiones cutáneas (52,3%). La puntuación media del SLEDAI fue de 7,03 (rango: 0-27) siendo los dominios más afectados el inmunológico, articular, y cutáneo-mucoso. La puntuación media del SLICC/ACR fue de 0,82 (rango: 0-5) siendo los dominios más afectados el cutáneo, musculoesquelético, ocular y vascular periférico. Con el HAQ se obtuvo una puntuación media de 0,25 (rango: 0-1,55). La edad ( $p > 0,001$ ) y la presencia de fibromialgia ( $p < 0,001$ ) influyen de forma negativa en todas las escalas de CV. Existió correlación significativa entre la actividad del LES (SLEDAI) y las escalas de "Función Física" ( $p < 0,01$ ), "Función Psicológica" ( $p < 0,05$ ), y "Función Social" ( $p < 0,05$ ). La presencia de enfermedad activa en el aparato locomotor se correlacionó con peor CV en la escala de "Función Física", y la actividad cutánea con peor CV en la "Función Social", "Función Psicológica" y "Bienestar Social". Una mayor discapacidad (HAQ) condiciona significativamente una peor CV en todas las escalas. No hubo correlaciones de la CV con la medición del daño mediante el SLICC/ACR. Con respecto al grupo de controles con AR, los enfermos con LES tienen mejor valoración en las escalas "Función Física" ( $p < 0,05$ ), "Función Psicológica" ( $p < 0,05$ ), "Bienestar Físico" ( $p > 0,001$ ), y "Función Social" ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** La CVRS de los pacientes con LES está moderadamente afectada, y empeora con la edad en todas las escalas. La actividad de la enfermedad y la fibromialgia influyen en las distintas escalas de CVRS y no la presencia de daño o lesión. La capacidad física autopercebida mediante el HAQ se correlaciona con todas las escalas del PECVEC. Los pacientes con LES presentan, con respecto a los enfermos de AR, presentan mejor CVRS en las tres esferas: física, psíquica y social.

## 153

### DENSIDAD MINERAL ÓSEA, CUESTIONARIO "FRACTURE" Y PREVALENCIA DE FRACTURA EN UN ABS URBANO. ESTUDIO POBLACIONAL

M. Ciria Recasens, J. Fernandez Velazquez, M. Coll Batet, I. González Saavedra, L. Perez Edo, J. Blanch Rubio, P. Benito Ruiz  
*Hospital del Mar. Hospital de la Esperanza. IMAS. Barcelona.*

**Objetivos:** Valorar la prevalencia de osteoporosis y de fracturas en mujeres mayores de 65 años de un área urbana mediante equipo accuDEXA. Valorar el valor del densitómetro accuDEXA y del cuestionario FRACTURE para discriminar una población con fracturas prevalentes de la población general.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de base poblacional. Universo: mujeres ambulatorias mayores de 65 años de un ambulatorio urbano. Incluye encuesta con datos antropométricos, fracturas previas, ingesta de calcio, hábitos tóxicos, fármacos osteopenizantes, fractura femoral en madre, edad de menarquía y menopausia y tratamiento antiresortor previo. Se realiza cálculo del cuestionario FRACTURE sin incluir densidad mineral ósea. Se realiza densitometría en segunda falange de mano no dominante

(accuDEXA). Dintel diagnóstico: OP1: T-score  $< -2,5$  DE, OP2: T-score  $< -1,65$  DE.

**Resultados:** Población diana: 1390 mujeres. Pacientes contactadas: 1.077 (77,5%). Realizadas: 789 (73,3%). Negativas a participar: 7%, exitus: 1,1%, no ambulatorias: 18,6%. No contacto: 313; errores de censo: 7,6%. Edad:  $72,9 \pm 6$  años, peso:  $67,8 \pm 11$  kg, talla:  $1,52 \pm 0,06$  cm, IMC:  $29 \pm 4,5$ , menarquía:  $13,6 \pm 2$  años, menopausia:  $48,6 \pm 5,7$  años, calcio dieta:  $0,848 \pm 0,34$  gr/día. DMO:  $0,439 \pm 0,076$  gr/cm<sup>2</sup>, T-score:  $-1,25 \pm 1,3$  DE. Prevalencia osteoporosis: OP1: 18,3%; OP2: 37,5%. Fract. previas: 21,9%, Colles: 10,5%, húmero: 4,6%, vertebral: 3,4%, costales: 1,8%, fémur: 1,6%. El Odds Ratio para fracturas según el diagnóstico de osteoporosis (OP1 y OP2) se detalla en Tabla 1. Índice "FRACTURE". Incluyendo fracturas previas: FR1; excluyendo fracturas previas FR2. En ambos casos el punto de corte usado para definir alto riesgo de fractura es 4 unidades. Las Odds Ratio para cada fractura se muestran en Tabla 1. Tto. antiresortor previo: 8,9%. Osteoporosis con tto. previo: 18%. Fracturas con tto. previo: 9,8%, fract. fémur: 0%, fract. vertebral: 22%, fract. Colles: 9%.

Tabla 1: ODDS RATIO FRACTURAS

Tipo de fractura	Total	Colles	Costal	Húmero	Femoral	Vertebral
OP1 OR (IC95%)	2,4 (1,8-3,2)	2,4 (1,8-3,3)	2,4 (1,3-4,5)	NS	2,6 (1,4-4,7)	2,1 (1,3-3,5)
OP2 OR (IC95%)	1,8 (1,5-2,2)	1,9 (1,6-2,3)	1,7 (1,2-2,6)	1,4 (1,1-2)	NS	1,7 (1,3-2,3)
FR1 OR (IC95%)	2,6 (2,1-3,1)	1,9 (1,5-2,4)	2,05 (1,3-3,2)	2,2 (1,7-2,9)	2,86 (2,2-3,7)	2,23 (1,6-3,01)
FR2 OR (IC95%)	1,5 (1,1-1,9)	NS	1,88 (1,1-3,43)	NS	2,87 (1,9-4,2)	1,74 (1,1-2,78)

**Conclusiones:** la prevalencia de osteoporosis en nuestra muestra es similar a la hallada en el estudio EPISER-2000. La prevalencia de fracturas es del 21,9%. La mayoría de fracturas detectadas no han recibido tratamiento antiresortor pese a ser conocidas por el paciente. El equipo accuDEXA es capaz de discriminar una población con una mayor prevalencia de fractura, con los dos puntos de corte usados (OP1 y OP2). El cuestionario FRACTURE se muestra igualmente capacitado para discriminar una población fracturada de otra no fracturada, aun retirando del cuestionario la pregunta acerca de la existencia de fracturas previas.

## 154

### PÉRDIDA DE VISIÓN EN PACIENTES CON LES. ANÁLISIS DE 4 CASOS

J.L. Marengo de la Fuente, J. Sanchez Bursón, E. Rejón, S. Rodríguez Montero, L. Velloso, P. González Moreno y L. Mayordomo  
*Hospital Universitario de Valme. Sevilla.*

Presentamos 4 pacientes con Lupus eritematosos Sistémico, que han presentado en su evolución pérdida de visión uni o bilateral. En todos los casos se han observado diferentes causas de la afectación ocular.

**Caso 1:** Mujer de 26 años diagnosticada de LES 1 año antes por cuadro de vasculitis necrotizante cutánea y poliartritis. Destaca aCL +. Pérdida de visión brusca en OIposteriormente bilateral. Se aprecia vasculitis retiniana severa. Revolución favorable con ciclosporina. Posteriormente desarrolla GN proliferativa difusa

**Caso 2:** Mujer de 46 años. LES diagnosticado 8 años antes por pericarditis, ANA y DNA aCL +. A los 6 años desarrolla nefritis tipo IV. Tratada con ciclofosfamida 6 bolus mensuales

les, con continuación. Al mes ceguera brusca ojo izquierdo. Obstrucción arteria central de la retina. Anticoagulada sin recuperación.

**Caso 3:** Mujer 17 años de edad diagnosticada de LES 1997, aCL positivos, con GN IV tratada pauta habitual de ciclofosfamida con buena respuesta renal. Después de estar en remisión 2 años, Presenta dolor ocular con inyección conjuntival y pérdida de visión. Diagnosticada inicialmente de vasculitis retiniana, evoluciona desfavorable con tratamiento inmunosupresor. Serología positiva en sangre y humor acuoso para toxoplasma. Evolución desfavorable

**Caso 4:** Mujer 18 años, diagnosticada de LES con afectación renal. Actualmente sin actividad. Pérdida de visión de 1 mes de evolución en ambos ojos aunque más en ojo derecho. Diagnóstico retinopatía placoide. Se realiza cirugía ocular con cerclaje y crioterapia. Evolución favorable.

**Discusión:** Presentamos 4 mujeres con LES con pérdida de visión provocada por diferentes causas, en dos de ellas relacionadas con la presencia de anticuerpos anticardiolipina y en todos los casos con antecedentes de nefropatía. La realización de un protocolo diagnóstico ha permitido filiar en todos los casos el tipo de retinopatía con resultado terapéutico desigual.

## 155

### GONARTROSIS PRIMARIA: VALORACIÓN GAMMAGRÁFICA Y RADIOLÓGICA. ESTUDIO PRELIMINAR

M. Romero Gómez, P. Caricol, T. García y D. Salvatierra  
*Hospital San Cecilio, Granada.*

**Propósito:** Describir el porcentaje de pacientes con artrosis de rodilla, diferentes patrones gammagráficos obtenidos y tratar de valorar si existe correlación con estadiaje radiológico (Rx).

**Métodos utilizados:** Sobre una muestra de 50 pacientes (45 mujeres, 5 varones), con edad media de 58 (50-70) años, con osteoartritis en seguimiento. Se excluyeron del estudio pacientes con cirugía previa en rodillas, fractura en miembros inferiores y patología inflamatoria articular. Los datos demográficos y exploraciones complementarias se obtuvieron de las historias clínicas. Para la valoración Rx se utilizó la gradación de Kellgren y los patrones gammagráficos se clasificaron en base a la captación, como: localizada, lineal y global.

**Resultados obtenidos:** De 27 pacientes (55%) con grado Rx I: 13 pacientes presentaron captación localizada, 6 captación lineal y 8 no captación. Otros 15 pacientes (30%) con grado Rx II: 10 de ellos presentaron captación localizada y 5 global. El resto (8-15%) con grado Rx III de los cuales 3 tuvieron captación localizada y 5 global. Al analizar los resultados se observa en la tabla de contingencia para las medias que los valores obtenidos aparecen con una significación aproximada de 0,105.

**Conclusión:** En la serie de pacientes descrita, la mayoría presentaron grado Rx precoz, existiendo una correlación positiva entre afectación Rx y patrón de captación gammagráfico. A mayor afectación Rx la captación gammagráfica tiende a ser en mayor porcentaje global. Un seguimiento de estos pacientes y mayor tamaño muestral nos permitirá obtener información sobre el papel pronóstico de la gammagrafía con resultados estadísticos significativos.

## 156

### CUESTIONARIO "FRACTURE" Y DENSIDAD MINERAL ÓSEA. RELACIÓN CON PREVALENCIA DE FRACTURA CLÍNICA

M. Ciria Recasens, I. Gonzalez Saavedra, A. Parramon Bregolat, A. Boniquet, J. Badia y N. Albanell  
*Seu d'Urgell, Lleida.*

**Introducción:** La osteoporosis es la enfermedad metabólica ósea más prevalente. El gasto sanitario que comporta su diagnóstico y tratamiento aumenta con el envejecimiento de la población. Para una adecuada y más accesible valoración del riesgo de fractura se han ensayado equipos densitométricos periféricos y cuestionarios de riesgo de fractura. Uno de ellos es el cuestionario FRACTURE.

**Objetivo:** Valorar la utilidad del equipo accuDEXA y del cuestionario FRACTURE en la estimación del riesgo de fractura, mediante su capacidad de identificar población de riesgo, definida por densidad mineral ósea baja o presencia de fracturas.

**Material y métodos:** Se estudia un total de 367 personas (348 mujeres / 19 varones) a las que se realizó densitometría mediante equipo accuDEXA, desde febrero de 2003 a enero de 2004 en nuestro centro. Se estudiaron dos dinteles densitométricos: OP1 (T-score <-2,5 DE) y OP2 (T-score <-1,65 DE). Se implementó cuestionario FRACTURE a todos los participantes, incluyéndose otros datos, como talla, índice de masa corporal, ingesta de calcio mediante encuesta de frecuencia alimentaria, edad de menarquia y de menopausia. Se recogieron las fracturas clínicas previas en columna vertebral, antebrazo y epifisis proximal de fémur, entre otras. Se realizó estudio estadístico mediante paquete SPSS 10 para Windows.

**Resultados:** Los datos de las variables clínicas y densitométricas se muestran en Tabla 1. La prevalencia de fracturas fue del 32,4%, siendo las más frecuentes las de Colles (10,9%), vertebrales (8,2%) y las femorales (3,3%). El criterio diagnóstico OP2 mostró su utilidad en identificar una población con mayor riesgo de fractura, tanto en fracturas totales (OR: 1.576; IC95%: 1.044-2.379), de Colles (OR: 1,8; IC95%: 1.089-2.978) y femoral (OR: 2.208; IC95%: 1.093-4.461). El criterio diagnóstico OP1 sólo fue capaz de identificar población con fractura de Colles previa (OR: 2.457; IC95%: 1.047-5.745). El valor del cuestionario FRACTURE se correlacionó inversamente con la densidad mineral ósea ( $r = -0,398$ ,  $p < 0,01$ ). Tanto los pacientes identificados como osteoporóticos mediante el criterio OP1 y OP2 presentaron una puntuación FRACTURE superior al grupo no osteoporótico ( $p < 0,01$  en OP1 y OP2). La puntuación del cuestionario FRACTURE se correlacionó con la presencia de fracturas clínicas ( $r = -0,488$ ;  $p < 0,01$ ).

Datos clínicos y densitométricos

Variable	Edad	Peso	Talla	Calcio dieta	Edad menarquia	Edad menopausia	Densidad mineral ósea	T-score
Media	65,1	67,9	1,58	0,997	13,1	48,7	0,487	-0,53
(DE)	(10,2)	(11,8)	(0,06)	(0,43)	(1,7)	(6)	(0,08)	(1,32)

**Conclusiones:** El equipo accuDEXA se ha mostrado útil en la discriminación de una población con elevado riesgo de fractura. El dintel densitométrico OP2 se ha mostrado más efectivo que el OP1 para discriminar una población fracturada. El cuestionario clínico FRACTURE, sin incluir la densidad

mineral ósea, presenta una correlación significativa con la densidad mineral ósea medida en falange, y un adecuado poder para identificar una población con fracturas clínicas prevalentes. Si retiramos del cuestionario FRACTURE el ítem de fractura previa, se mantiene este poder de discriminación.

## 157

### CARR: CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN REUMATOLÓGICA. ANÁLISIS DE UN MES

P. Caricol, M. Romero, T. García y D. Salvatierra  
*Hospital San Cecilio. Granada.*

**Introducción:** Con la CARR se pretende valoración especializada en acto único a fin de solucionar de forma rápida y eficaz la clínica de los pacientes, evitando listas de espera y demora en ciertas patologías (reumatismo inflamatorio, paraneoplásico,...).

**Objetivos:** Analizar una serie de parámetros (nº de pacientes, edad, patologías más frecuentes, altas) en el período de un mes en CARR.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes visitados en enero del 2004.

**Resultados:** El número de pacientes visitados en un mes fue de 500 (92% mujeres y 8% varones). La edad media fue de 58 años. El 64% fue patología degenerativa/metabolismo óseo (osteoporosis), un 13% correspondió a patología mecánica de raquis (raquialgias), un 9% fue patología de partes blandas (Hombro doloroso, fascitis, tendinitis, bursitis,...), el 6% correspondió a patología inflamatoria (polimialgia, poliartritis, conectivopatía), un 1% fue reumatismo paraneoplásico, y el 7% correspondió a miscelánea (dolores torácicos atípicos, patología ortopédica, fibromialgia,...). El 85% se solucionó en acto único y no requirió seguimiento por nuestra parte, es decir, 425 pacientes fueron dados de alta. Un 9% precisó completar estudio (proteínograma, gammagrafía ósea, DEXA, RMN). El 6% se derivó a consulta hospitalaria para seguimiento.

**Conclusiones:** a) La gran mayoría de los pacientes atendidos en CARR que aportaron pruebas complementarias básicas (analítica con VSG y PCR y Rx) fueron solucionados en acto único. b) La patología más frecuente atendida fue la degenerativa. c) A la vista de los resultados, pensamos que es necesaria la implantación de este tipo de consulta para descargar la masificación en consulta hospitalaria y para un diagnóstico precoz de patología inflamatoria. d) Debemos educar a los médicos de Atención primaria a la hora de derivar a los pacientes con pruebas complementarias básicas.

## 158

### EVOLUCIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES DE ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON INFILIXIMAB

M.J. Pérez Galán, R. Cáliz Cáliz, A. Álvarez Cienfuegos, M.C. Ramírez Barberena, A. García Sánchez, M.A. Ferrer González, J. Salvatierra Osorio y M.A. Guzmán Úbeda  
*S. Reumatología. H.U. Virgen de las Nieves. Granada.*

**Introducción:** La enfermedad cardiovascular (ECV) es la causa más frecuente de mortalidad en la Artritis Reumatoide (AR). El tratamiento con esteroides, la utilización de fármacos con influencia sobre el metabolismo de la homocisteína (metotrexato), la alteración del metabolismo lipídico y los

mediadores de la inflamación entre otros han sido implicados como responsables de la misma. Las nuevas terapias biológicas al inhibir el TNF y otras citoquinas proinflamatorias de alguna forma pueden influir sobre el metabolismo lipídico.

**Objetivo:** Estudiar la posible influencia de las terapias biológicas sobre el metabolismo lipídico en pacientes con AR.

**Métodos:** Estudio observacional, abierto y prospectivo en una cohorte de 36 pacientes de AR. Todos los pacientes fueron tratados con Infliximab a dosis de 3 mg/Kg en las semanas 0, 2, 6 y cada 8. Se permitieron dosis estables de AINES, MTX entre 7,5 y 20 mgs semanales y equivalente de Prednisona inferior a 10 mgs/ día. Se realizaron determinaciones de Colesterol total (CT), colesterol HDL, colesterol LDL y Triglicéridos (TG) a los 0, 3, 6 y 12 meses.

**Resultados:** Los datos se presentan como la media aritmética  $\pm$  la desviación estándar. Se han considerado diferencias estadísticamente significativas cuando el error alfa fue menor de 0,05.

**Conclusiones:** En nuestra serie de pacientes no se han encontrado diferencias significativas en los niveles de Colesterol y Triglicéridos a lo largo de un año de tratamiento con Infliximab.

## 159

### EMBARAZO Y CONECTIVOPATÍA INDIFERENCIADA. ESTUDIO COMPARATIVO

A. Álvarez Pio, S. Bustabad, J.J. Bethencourt, I. Ferraz, J.C. Quevedo, S. Machín, C. Luna y T. González  
*Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. S/C de Tenerife.*

**Objetivo:** Estudiar la evolución del embarazo y de los recién nacidos de pacientes con Conectivopatía Indiferenciada (C.Indif) y Lupus Eritematoso Sistémico (LES), seguidas conjuntamente por reumatólogos y ginecólogos.

**Pacientes y métodos:** Se realizó el seguimiento a 30 gestaciones de pacientes diagnosticadas de LES y C.Indif. Se procedió a la evaluación de las siguientes variables: edad materna; manifestaciones clínicas durante la gestación; tipo de parto y semana gestacional; complicaciones durante el embarazo y parto; presencia de anticuerpos antinúcleo (ANA), anticardiolipina (aCL), anticoagulante lúpico (AL); determinación de AntiDNA de doble cadena; determinación de ANA en el recién nacido.

**Resultados:** Las pacientes diagnosticadas de LES presentaban una edad media de 30,3 años (19-37) frente C.Indif con una edad media de 30,36 años (25-35). La edad media gestacional de pacientes con LES fue menor (35,05 semanas) comparadas con las pacientes con C. Indif (38,14 semanas). De todas las pacientes embarazadas, 23 presentaron actividad clínica de su enfermedad (22% C.Indif/78% LES), siendo la afectación articular y cutánea mucosa las manifestaciones más frecuentes (48%). Se observaron un episodio de preeclampsia y tres de oligoamnios en pacientes con LES, y durante el parto seis roturas prematuras de membrana (66% LES), cuatro de ellas en tratamiento corticoideo (d 10 mgr/día prednisona). 33% de las pacientes tenían anticuerpos anti-Ro y/o anti-La positivos y 20% tenían AL y/o aCL positivos (100% LES). Dos gestaciones de pacientes con LES finalizaron en aborto (1º trimestre), con un período mayor de evolución de su enfermedad, y presencia de aCL y AL, frente a las pacientes con C. Indif, que no presentaron nin-

gún aborto. Trece de los recién nacidos presentaron ANA, sin desarrollar clínica de enfermedad autoinmune.

**Conclusiones:** Nuestros datos sugieren que: 1) Las pacientes con LES y mayor tiempo de evolución de enfermedad previo al embarazo presentan mayor probabilidad de aborto que las pacientes con Conectivopatías Indiferenciadas. 2) Las gestantes con diagnóstico de LES terminan su gestación antes que las gestantes con Conectivopatía Indiferenciada. 3) El tratamiento corticoideo en gestantes con LES aumenta el riesgo de la rotura prematura de membrana.

## 160

### DERRAME PLEURAL EN ARTRITIS REUMATOIDE ¿ES NECESARIO SU ESTUDIO?

P. de Abreu Trigueros, M.C. Castro Otero, C.O. Sánchez González, G. Ruiz Bonilla, E. Pérez y F.J. Orte Martínez  
*Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.*

**Objetivos:** El derrame pleural (DP) es la manifestación pulmonar más frecuente en la Artritis Reumatoide (AR). Su frecuente hallazgo asintomático, su alta presunción diagnóstica y el escaso rendimiento justifica la escasez de estudios del líquido y biopsia pleural en esta patología. Los progresos en la interpretación citológica, la conveniencia de excluir otros procesos (cáncer, TBC u otras infecciones) y el significado de los parámetros pronósticos justifica la conveniencia del estudio seriado de estos derrames. Nuestros objetivos son: 1) Valorar la prevalencia de la pleuresía Reumatoide observada en una Unidad de Pleura. 2) Presunción diagnóstica vs. Diagnóstico final. 3) Definir parámetros de identificación diagnóstica en líquido y biopsia pleural. 4) Definir significado de los parámetros pronósticos.

**Material y métodos:** De 2.822 toracocentesis (1992-2003) 13 casos correspondían a pacientes afectados de AR. La indicación del estudio venía dada por el cuadro clínico y los casos se estudiaron siguiendo un protocolo que incluía: antecedentes, diagnóstico de presunción, patrón RX, localización y volumen del derrame, pH, bioquímica líquido pleural/suero, conteo celular, citología, microbiología y biopsia pleural ciega (si presunción maligna, TBC o exudado no filiado). El análisis estadístico aplicado fue descriptivo y de frecuencia, mediante el programa estadístico SPSS para Windows.

**Resultados:** La prevalencia etiológica de los DP reumatoideos fue de 0,7% del total de pacientes estudiados (13 casos): 4 mujeres (30,8%), 9 hombres (69,2%), con edad media de  $66 \pm 11,7$  años. Todos eran seropositivos y presentaban criterios de actividad articular, con elevación de reactantes de fase aguda. En 2 pacientes, el DP fue el debut de la enfermedad. En los restantes la aparición del mismo osciló de 5 a 25 años (media 10,1). El diagnóstico Pre-test, de presunción, fue del 61,5% Reumatoide, 3 Paraneumónicos, 1 Tuberculosis y 1 Cardíaco. El DP fue bilateral en 3 pacientes (23%), derecho en 4 (30,8%), izquierdo en 6 (46,2%). La extensión del derrame fue entre el 5% y el 30%, media  $14,23 \pm 8,1$ . El estudio bioquímico del líquido pleural mostró parámetros compatibles con exudado, en todos ellos, con pH bajo (5 casos  $< 7,20$ ), glucosa entre 2 y 170 mgr/dl (media 102,8). El ADA fue  $< 35$  en 12/13. El recuento celular fue de predominio linfocítico ( $> 50\%$  de linfocitos) en 7/11 casos (63,7%), preferentemente en AR evolucionada y neutrofílico en el resto. La determinación de FR fue positiva en 5 de ellos, uno con valores superiores al sérico. La microbiología y citología

fueron negativos. Se realizó biopsia pleural ciega en 9 pacientes, siendo uno de ellos compatible con pleuritis crónica granulomatosa y en el resto inespecífica. La citología del líquido pleural mostró hallazgos compatibles con inflamación crónica, presentando uno de ellos el patrón histológico característico.

**Conclusiones:** 1) La prevalencia del DP en la AR es alta pero su análisis escaso, aunque la presente serie es una de las más amplias. 2) El diagnóstico de presunción es solo del 61,5%. 3) Los parámetros pronósticos identifican a la AR evolucionada. 4) El predominio linfocítico se observa en fases evolucionadas. 5) El estudio citológico y la biopsia muestran bajo rendimiento probablemente en relación con el escaso interés en el análisis de las muestras de esta patología. La citología fue compatible con el dco. en 1/13 y la biopsia no incrementó el rendimiento. 6) La presunción diagnóstica del 61% justifica el análisis del líquido para descartar otros procesos y evitar técnicas invasivas.

## 161

### ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD DE TAKAYASU EN EL ÁREA DE SALUD DE IBIZA-FORMENTERA

A. Urruticoechea Arana, R. Canet González, A. Vázquez Ramos, F. Gallego García, L. Pallares Ferreres e I. Laplaza Alastruey  
*Hospital Can Misses, Ibiza.*

**Introducción:** La arteritis de Takayasu es una enfermedad inflamatoria crónica no aterosclerótica, de arterias de calibre grande y mediano, que afecta a la aorta y porciones proximales de sus ramas, así como a la arteria pulmonar. Descrita por primera vez por Mikito Takayasu en el 12º Meeting de la Japon Ophthalmology Society (Fukuoka 1908). Es una enfermedad infrecuente en occidente con una incidencia de 2,6 casos por millón de habitantes y año, con un aumento de la prevalencia en Asia y América. Predomina en mujeres en un 80-90% con inicio en la 2ª y 3ª décadas (10-40 años).

**Objetivos:** Realizar un estudio de los pacientes con diagnóstico de arteritis de Takayasu en un área de 100.000 habitantes, describiendo las características clínicas, analíticas y arteriográficas, así como analizando el tratamiento médico y quirúrgico requerido.

**Métodos:** Se incluyen todos los pacientes que han sido valorados en el Servicio de Medicina Interna, Reumatología, Nefrología y Cardiología en el hospital Can Misses de Ibiza, con el diagnóstico de enfermedad de Takayasu, según los criterios de clasificación de la ACR. Se analiza la raza, edad, sexo, clínica presentada, hallazgos angiográficos y clasificación arteriográfica (arteria subclavia, aorta, tronco braquicefálico y carótida primitiva) velocidad de sedimentación globular, presión arterial y carotodinia; tratamiento médico y quirúrgico precisado.

**Resultados:** Presentamos tres casos de arteritis de Takayasu, de raza caucásica y sexo femenino todos ellos. La edad de inicio de la enfermedad (media  $\pm$  DS) fue de 34 años  $\pm$  6. La clínica de inicio en el 1º caso fue hipoacusia neurosensorial bilateral, S. constitucional, carotodinia y claudicación severa de EESS; en el 2º emergencia hipertensiva con episodios sincopales y cefalea holocraneal pulsátil; y en el 3º S. constitucional, dolor abdominal, diarrea, fiebre intermitente y anemia de trastorno crónico. La VSG al inicio (media  $\pm$

DS) fue de  $98 \pm 20$  mm/1<sup>h</sup>. HTA en uno de los tres casos. Afectación arteriográfica con oclusión de subclavia izquierda y carótida primitiva en el 1º caso; oclusión de arteria coronaria derecha, renal izquierda y estenosis subclavia derecha, con insuficiencia aórtica severa, mitral ligera y tricuspídea ligera y BAV Mobitz II en el 2º, en el 3º estenosis de la aorta abdominal desde el nacimiento del tronco celiaco, con obstrucción de la arteria mesentérica superior y estenosis de la mesentérica inferior y en tercio proximal de arteria renal izquierda. Según la clasificación arteriográfica (conferencia de Takayasu 1994) se presentan un tipo II b, tipo III y tipo IV respectivamente. El tratamiento médico requerido en todos los casos ha sido corticoides a altas dosis asociado en dos de ellos a un inmunosupresor (ciclofosfamida o metrotexato). Se practica by-pass de aorta ascendente, carótida izquierda interna y axilar izquierda, en el 1º caso; implantación de MCP definitivo DD-R en el 2º; y una angioplastia percutánea de tronco celiaco y mesentérica inferior, y una angioplastia más stent en arteria renal izquierda en el 3º caso.

**Conclusiones:** La enfermedad de Takayasu es una arteritis infrecuente y de difícil diagnóstico. La sintomatología inicial es inespecífica por lo que el diagnóstico en la fase temprana precisa alta sospecha clínica. No obstante, el conocimiento de los signos radiológicos característicos junto a un estudio clínico-analítico en profundidad permiten un diagnóstico precoz, tratamiento, monitorización adecuada y mejora el pronóstico de la enfermedad.

## 162

### AFECTACIÓN TUBERCULOSA OSTEOARTICULAR EN NUESTRO HOSPITAL: EXPERIENCIA DE SIETE AÑOS

G. Morote, C. Delgado, M.C. Castro, M.D. Miranda, J. Carrasco, V. Pérez Guijo, J. M. Kindelan y E. Collantes  
*Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Objetivos:** Describir los casos de tuberculosis osteoarticular diagnosticadas en nuestro centro hospitalario desde 1997 hasta 2002.

**Material y método:** Estudio descriptivo retrospectivo donde se revisaron las historias de los enfermos dados de alta con diagnóstico de TBC ósea o articular (1-Enero-1997 hasta 31-Diciembre-2002). Se investigaron los factores de riesgo para infección osteoarticular y para TBC, los resultados de PPD, baciloscopia y cultivo y el tratamiento instaurado. Se consideró diagnóstico de TBC osteoarticular seguro: La presencia de *Mycobacterium tuberculosis* en el cultivo de muestras de tejido osteoarticular con lesiones compatibles o la presencia de granulomas clásicos en las mismas, junto con TBC documentada en otra localización. Como "probable": TBC en otra localización junto con lesiones osteoarticulares compatibles y buena respuesta al tratamiento antituberculoso empírico o histología compatible sin aislamiento definitivo de micobacterias en el material óseo ni en otra localización con buena respuesta a tratamiento antituberculoso empírico y PPD positivo.

**Resultados:** El número de casos de TBC osteoarticular fue de 17, 11 hombres, con una edad media de  $42,65 \pm 18,40$  (rango: 80-22), ingresados en los Servicios de Reumatología (5), Infecciosos (4) y Traumatología (4). En 6 casos se objetivó fiebre. Se realizó PPD en 11 casos de los que 9 fueron positivos. El diagnóstico por cultivo positivo se obtuvo en 8 pacientes. En 10 casos se realizó biopsia o PAAF, que en 4 casos fueron

diagnósticas (Zielh Nielsen positivo) y en 6 casos compatible (granuloma tuberculoide). De los factores de riesgo analizados, solo encontramos 1 paciente con insuficiencia renal, 1 con Diabetes Mellitus y 1 con antecedentes de TBC pulmonar. 3 padecían cirrosis, y 6 algún tipo de inmunodepresión (VIH estadio 2 = 1 caso, VIH estadio 3 = 5 casos), 2 eran alcohólicos y 5 ADVP. La infección se localizó en raquis (9 casos), caderas (3 casos), rodillas (2 casos). En dos pacientes se afectaron simultáneamente caderas y sacroilíacas.

**Conclusiones:** No hubo diferencias estadísticamente significativa en cuanto al género ( $p < 0,05$ ). La mayoría de los pacientes ingresaron bajo la sospecha diagnóstica de lumbalgia inflamatoria con síndrome constitucional. El principal factor de riesgo fue SIDA (Estadio 3: CD4 < de 200). La localización más frecuente fue axial. Sólo en un paciente se documentó antecedentes de TBC pulmonar. En 5 casos en los que los cultivos, las baciloscopias y la anatomía patológica fueron negativas o no se documentaron, se instauró tratamiento antituberculoso: en 2 casos VHI positivos de localización axial con pruebas de imagen sugerentes, en 2 casos por ser positivo el PPD y sufrir TBC en otra localización y en otro caso por PPD positivo, exclusión diagnóstica y buena respuesta al tratamiento.

## 163

### FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M.D. Toledo, I. Macías, D. Soria y S. García  
*Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

**Introducción:** Se ha constatado que el inicio del proceso arteriosclerótico asienta sobre un fenómeno inflamatorio crónico que por distintos mecanismos daña el endotelio vascular. Los pacientes con LES tienen una alta prevalencia de factores de riesgos clásicos para el desarrollo de arteriosclerosis que están en relación con manifestaciones de la enfermedad y su tratamiento.

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia de los factores de riesgos clásicos de enfermedad cardiovascular modificables (dislipemia, HTA, DM, tabaquismo, obesidad) y no modificable (edad, sexo) en pacientes con LES y compararlo con la población general.

**Diseño:** Se trata de un estudio observacional y retrospectivo  
**Método:** Se han seleccionado aleatoriamente 20 pacientes con LES (12 con nefropatía lúpica y 8 con afectación articular y cutánea) y 20 personas sin LES del personal sanitario

**Resultados:** En la tabla adjunta especificamos los porcentajes correspondientes a cada parámetro.

	Sanos	Nefropatía Lúpica	Cutáneo/articular
Sexo (M/H)	17/3	6/2	10/2
Edad	31,5	32,6	40,6
Tensión arterial	120/60	150/90	130/70
Glucemia	80	92	89
Colesterol	230	278	210
IMC	21,5	20,33	19,27

**Conclusión:** 1) Los factores de riesgos clásicos de la enfermedad cardiovascular modificables fueron similares entre los pacientes con LES y los presentes en población sana. 2) En el análisis de los resultados, la edad avanzada y la nefropatía lúpica se asocia con un incremento de la hipertensión arterial y dislipemia. 3) Al igual que en la población general,

en los pacientes con LES es necesario un control estricto de los diferentes factores de riesgos, pero a una edad más temprana, además de un control exhaustivo de la actividad de la enfermedad.

## 164

### SÍNDROME NEFRÓTICO EN ESCLERODERMIA

M.L. Velloso Feijoo, S. Rodríguez Montero, P. González Moreno, E. Rejón Gieb, L. Mayordomo y J.L. Marengo  
*H.U. Valme. Sevilla.*

**Introducción:** La afectación renal es infrecuente en la esclerodermia, a diferencia de otras collagenosis. La aparición de síndrome nefrótico se ha relacionado con el uso de fármacos, especialmente la D-Penicilamina. Presentamos un caso de síndrome nefrótico producido por una glomerulonefritis, descrito de forma excepcional en la literatura.

**Caso clínico:** Mujer de 51 años diagnosticada de esclerodermia 10 años antes, debutada con esclerosis cutánea, Raynaud y neumopatía intersticial severa. Recibió tratamiento con D-Penicilamina al inicio con buena respuesta, posteriormente fue tratada con ciclofosfamida durante 3 años, apareciendo cistitis hemorrágica. A los 8 años de evolución aparece síndrome nefrótico, sin cambios en el sedimento, hipertensión o insuficiencia renal. Entre los datos analíticos destacamos ANA positivo > 1/320 patrón moteado con anti-DNA y ENA negativos. Inicialmente se objetivó respuesta a IECA, reapareciendo posteriormente proteinuria masiva y edemas generalizados. Se practica biopsia renal que muestra cambios característicos de una glomerulonefritis membranosa. El cuadro ha respondido a prednisona a dosis altas junto a IECA, conservando función renal adecuada y sin aparición de hipertensión.

**Discusión:** Presentamos una forma excepcional de nefropatía en un paciente con esclerodermia, la glomerulonefritis membranosa primaria, no relacionada con fármacos se ha descrito en contados casos en la literatura. Su asociación al tratamiento con D-Penicilamina es muy conocida, circunstancia que descartamos en este caso dado el tiempo transcurrido, superior a 6 años. Por otra parte los datos clínicos ni el perfil analítico permiten sospechar un cuadro de solapamiento.

## 165

### OSTEOPOROSIS: ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

A. Bilbao Cantarero y S. Ojeda Bruno  
*Sección Reumatología. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Tenerife.*

**Objetivos:** Información a grupos de pacientes con osteoporosis y a sus familiares.

**Métodos:** Se seleccionan los pacientes de la consulta de reumatología, en grupos de 15-20, con la opción de venir acompañados por un familiar cercano y se imparte la charla en las aulas de docencia del hospital. Se da una información sencilla con abundante iconografía sobre todos los aspectos de la osteoporosis, incidiendo en la prevención y tratamiento. Se desarrolla un coloquio posterior con los pacientes y al final se pasa un cuestionario sencillo sobre los conocimientos adquiridos.

**Resultados:** Hemos realizado 12 charlas y recogemos los datos de 283 cuestionarios. Asistencia (avisados/acuden) 77%,

pacientes 170, acompañantes 113, mujeres 84%, edad media 58 años, amas de casa 68%. Sin estudios o primarios 43%, secundaria 43%, universitarios 14%. Para el 99% la charla fue fácil de entender y el 100% entendió todo o casi todo. Los conceptos básicos de la enfermedad fueron entendidos por el 93% de los encuestados. El 98% entendió como hacer los ejercicios. El 77% aprendió mucho sobre la osteoporosis.

**Conclusiones:** En las charlas sobre osteoporosis encontramos una asistencia y participación activa importante. Los encuestados sin estudios o con estudios primarios representan el 43%, por lo es necesario utilizar un lenguaje coloquial y mensajes muy sencillos. La información aportada resulta fácil de entender y la mayoría de los encuestados entienden los conceptos básicos sobre la osteoporosis, como hacer los ejercicios, como hacer el tratamiento y cree que ha aprendido mucho sobre la enfermedad.

## 166

### EFICACIA Y TOLERANCIA DEL PAMIDRONATO INTRAVENOSO EN EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS

M. Conde, B. Rodríguez, Y. León, A. Sellas, X. Sans, P. Barceló y C. Alegre  
*Reumatología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Introducción:** Los bifosfonatos son unos potentes inhibidores de la resorción ósea que han demostrado ser eficaces en la prevención y el tratamiento de la osteoporosis (OP), muchos pacientes presentan intolerancia al tratamiento oral, por lo que se han buscado otras alternativas, como el tratamiento cíclico intravenoso (IV). Estudios previos sugieren que el pamidronato IV incrementa de un modo significativo la densitometría ósea (DMO). Es un fármaco bien tolerado, siendo el efecto adverso más frecuentemente descrito un cuadro pseudogripal transitorio, casi siempre en las primeras dosis. Otros son neutropenia transitoria, tromboflebitis, hipocalcemia asintomática y, más raro, uveítis y escleritis.

**Objetivos:** 1) Valorar la eficacia del pamidronato IV en el tratamiento de la OP mediante la medición de la DMO tras un año de tratamiento. 2) Valorar la tolerancia y las reacciones adversas secundarias al tratamiento con pamidronato IV.

**Material y métodos:** Hemos analizado de forma retrospectiva 78 pacientes tratados con pamidronato IV por enfermedades osteoarticulares descartando las hipercalcemias malignas, los pacientes de clínica del dolor y los neoplásicos. Valoramos los efectos secundarios descritos por la totalidad de los pacientes y valoramos la densitometría en los enfermos que llevaban más de un año de tratamiento y tenían una densitometría previa y posterior.

**Resultados:** De los 78 pacientes analizados, 65 fue por osteoporosis, 9 por Paget, 3 por Osteogénesis imperfecta y 1 por displasia fibrosa quística. 27 pacientes con OP cumplían criterios para análisis de eficacia: 17 habían mejorado a nivel de columna lumbar y 14 en cuello femoral, 63% y 52% respectivamente. 15 de los 78 pacientes (19%) presentaron algún tipo de reacción adversa. La más frecuente fue el cuadro pseudogripal (n = 10, 67%) que consistió en febrícula, artromialgias y astenia, 24-48 h. después de la infusión; en 4 pacientes este cuadro se repitió en las 2-3 infusiones siguientes siendo cada vez de menos intensidad. Un paciente tuvo que suspenderse el tratamiento por cuadro de malestar general de más de 15 días de evolución. Prurito generalizado se pre-

sentó en 3 pacientes, uno con edema palpebral, 1 con cefalea y 1 con epigastalgia. 1 enfermo presentó calambres musculares después de cada infusión y 1 paciente flebitis.

**Conclusiones:** El Pamidronato mostró una eficacia similar a otros bifosfonatos por vía oral. Las reacciones adversas fueron relativamente frecuentes pero de escasa entidad. El tratamiento IV con pamidronato puede ser una alternativa para la OP en enfermos que no toleran los bifosfonatos orales

## 167

### TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB EN PACIENTES CON AFECTACIÓN OFTALMOLÓGICA REFRACTARIA AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL

R. Miguélez, M. C. Fernández Espartero, D. Díaz y J. Usón  
*Unidad de Uveítis. Hospital de Móstoles. Madrid.*

**Objetivos:** Evaluar el tratamiento con infliximab (INF) en pacientes con afectación ocular refractaria a los tratamientos convencionales.

**Material y métodos:** Analizamos retrospectivamente los resultados de 5 pacientes (3 varones y 2 mujeres), con una edad media de  $37,2 \pm 6,1$  años (rango 28-48 años) que presentaban inflamación intraocular de origen autoinmune (tres pacientes con enfermedad de Behçet (EB), una escleritis asociada a artritis reumatoide y una conectivopatía indeterminada) refractaria al tratamiento con esteroides orales y al menos 2 inmunosupresores. Se administró una dosis de 5 mg/Kg de peso de infliximab en las semanas 0, 2 y 6. Se realizó una exploración oftalmológica completa en las semanas 0, 1, 3 y 7 y posteriormente cada 2 meses. El seguimiento medio ha sido de 16 meses (rango 6-24 meses).

**Resultados:** La agudeza visual (AV) mejoró en todos los casos (100%), siendo la mejoría media de 3 líneas de visión (rango 1-5 líneas). Cuatro pacientes (80%) presentaron una AV de 7/10 o más en la semana 12 postratamiento. Un paciente presentó una AV inferior a 3/10 por la existencia de una alteración macular irreversible. La actividad inflamatoria medida en grados de turbidez vítrea (grados de 0-5) en la EB y/o de hiperemia con edema escleral en la escleritis anterior, mostraron una mejoría significativa, así como el número de fármacos necesarios que pasó de una media de 3 a una media de 0,87 (rango 0-2), después del tratamiento.

**Conclusiones:** El INF parece ser una terapia muy eficaz en casos seleccionados de afectación ocular que no responden a tratamiento con esteroides e inmunosupresores, permitiendo además, un descenso del tratamiento de base del proceso oftalmológico. No sólo es útil en el caso de uveítis posteriores, sino que puede ser una alternativa eficaz en el caso de otras afecciones oculares de base autoinmune resistentes al tratamiento convencional.

## 168

### EVOLUCIÓN Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN LA PANUVEÍTIS DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET

M.C. Fernández Espartero, R. Miguélez, D. Díaz y J. Usón  
*Unidad de Uveítis. Hospital de Móstoles. Madrid.*

**Objetivos:** Describir la evolución y evaluar la eficacia del tratamiento inmunosupresor utilizado en la panuveítis de la enfermedad de Behçet (EB).

**Material y métodos:** Estudiamos 8 pacientes varones con EB y panuveítis, seguidos desde el año 1998 en la unidad multidisciplinaria de uveítis y enfermedades reumáticas del Hospital de Móstoles.

**Resultados:** 7 pacientes presentaban panuveítis bilateral crónica (87,5%) y uno vasculitis retiniana con panuveítis unilateral crónica (12,5%). Todos recibieron tratamiento tópico, corticoides orales equivalentes a 1 mg/Kg/día de prednisona, y se asoció ciclosporina A como inmunosupresor. En caso de mala respuesta o intolerancia asociamos otros inmunosupresores como azatioprina o ciclofosfamida. La respuesta al tratamiento convencional ha sido buena en el 62,5% de los casos. En los 3 casos restantes (37,5%) empleamos infliximab con muy buena respuesta clínica a largo plazo.

**Conclusiones:** La mayor parte de las panuveítis de la EB responden bien al tratamiento convencional con corticoides e inmunosupresores. En los casos refractarios, el infliximab puede ser una terapia muy eficaz.

## 169

### EFFECTOS INDEPENDIENTES DE LA MASA ÓSEA PUEDEN AUMENTAR EL RIESGO DE FRACTURAS EN VARONES CON CÁNCER DE PRÓSTATA (CaP) TRATADOS CON SUPRESIÓN DE LA FUNCIÓN GONADAL

J. Medina Luezas, C. Montilla, M.A. Nogueras, J. del Pino y V. del Villar  
*Hospital General de Soria. Complejo Hospitalario de Salamanca.*

**Objetivos:** Nuestro grupo ha comunicado previamente que los pacientes con CaP tratados con bloqueo hormonal completo tienen menor masa ósea y mayor probabilidad de presentar osteoporosis. Se pretende determinar si además existen factores favorecedores de fracturas osteoporóticas independientes de la masa ósea.

**Métodos:** Estudio transversal de prevalencia en el que 67 enfermos con CaP de entre 70 y 85 años, tratados con análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas y antiandrogénos, fueron comparados con 67 personas con hipertrofia de próstata. Se excluyeron pacientes con metástasis, inválidos y enfermedades u otros tratamientos que puedan alterar el metabolismo óseo. En una encuesta se recogieron hábitos de vida, ingesta de lácteos, actividad física y se realizó un estudio antropométrico en el que se determinaron: índice de masa corporal (IMC), perímetro muscular del brazo (PMB) y pliegue graso tricótipal (PT).

**Resultados:** No se evidenciaron diferencias en edad, actividad física, incapacidad para levantarse de asientos o masa corporal entre los dos grupos, en cambio las personas con CaP tenían una composición corporal diferente, así como una mayor probabilidad de haber sufrido caídas en el último año: OR 2,55 (1,05-6,38).

	CaP	HBP	
Edad	77,0 ± 4,7	75,4 ± 4,1	ns
Actividad física	27,0 ± 2,3	27,1 ± 2,6	ns
Imposibilidad levantarse	3%	1,5%	ns
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	27,7 ± 3,3	27,6 ± 3,6	ns
PT (mm)	32,5 ± 11,1	19,4 ± 9,4	p < 0,001
PMB (cm)	17,1 ± 3,5	23,8 ± 4,2	p < 0,001
Caídas último año	28,4%	13,4%	p < 0,05

La única diferencia relevante en las personas con tendencia a sufrir caídas al compararlas con el resto reside en la mayor

masa grasa y menor masa muscular y las personas con un percentil del PMB < 5 tienen un riesgo significativamente superior de caídas: OR 2,58 (1,07-5,80).

**Conclusión:** En este estudio se aprecia que las personas tratadas con supresión gonadal completa tienen mayor tendencia a sufrir caídas casuales, esto no está relacionado con diferencias en edad, masa corporal o actividad física, en cambio las modificaciones en la composición corporal producidas por el tratamiento hormonal, en especial la pérdida de masa muscular pueden ser las responsables. La asociación entre baja masa muscular y tendencia a sufrir caídas ya ha sido observada anteriormente en ancianos institucionalizados. Estos datos podrían explicar que el aumento en el riesgo de fracturas osteoporóticas evidenciado en estos enfermos (RR 3,5) es superior al que cabría esperar en relación con las pérdidas de masa ósea observadas en la mayoría de los estudios.

## 170

### PROGRESIÓN DE LAS LESIONES RADIOGRÁFICAS EN PACIENTES CON POLIARTRITIS CRÓNICA DE RECIENTE COMIENZO. RESULTADOS DEL ESTUDIO PROAR TRAS 1 AÑO DE SEGUIMIENTO

J. Ivorra Cortés, A. Balsa, R. Sanmartí, L. Carmona, Grupo Proar  
*Hospital d'Ontinyent. Valencia.*

**Objetivos:** Valorar la evolución de las lesiones radiográficas en un grupo de pacientes con poliartritis crónica de reciente comienzo y determinar que variables de evaluación de la enfermedad pueden predecir un mayor deterioro radiológico.

**Pacientes y métodos:** Se incluyeron 93 pacientes (73% mujeres), con poliartritis crónica de menos de 1 año de evolución ( $6 \pm 4$  meses), seguidos en el estudio PROAR, de los que se disponía de Rx de manos y pies en la visita inicial y a los 12 meses. El 85% cumplían los criterios para AR de la ACR, el 67% tenían el FR positivo. La lectura de las rx se realizó por un observador ciego que las leyó en orden cronológico. Para cuantificar las lesiones se utilizó el método de Sharp-van der Heijde (puntuación 0-448). Se estudió la variabilidad intraobservador mediante el cálculo del coeficiente de correlación intraclassa (CCI) repitiendo la lectura de 30 radiografías elegidas al azar (CCI = 0,76). Se consideró que había progresión radiográfica cuando la diferencia entre las dos lecturas era superior a la diferencia mínima significativa (DMS). La DMS se calculó por el método de Bland y Altman. Se analizó mediante la T de Student y la U de Mann y Whitney si existían diferencias en la visita inicial y a los 6 meses entre los pacientes con y sin deterioro radiográfico respecto a la VSG, PCR, FR, NAD, NAT, DAS 28, rigidez matutina, EVA de dolor realizada por el paciente y de actividad de la enfermedad realizada por el médico. Las diferencias respecto a la presencia o ausencia de erosiones en la primera Rx se compararon mediante la chi-cuadrado.

**Resultados:** 66 pacientes (71%) tenían erosiones en la visita basal, tras un año de seguimiento aumentaron a 76 (82%). La DMS fue de 6 puntos. En 30 (32%) pacientes la progresión fue superior a la DMS. Veintisiete (41%) de los pacientes con alguna erosión, y sólo tres (11%) de los pacientes sin erosiones progresaron radiológicamente ( $p < 0,01$ ). El riesgo relativo de progresión radiológica que confiere la presencia de erosiones en la visita basal fue de 3,47 (95% IC 1,31-9,2). Los

resultados de la progresión de todo el grupo ( $n = 93$ ) y del grupo de pacientes con deterioro radiológico superior a la DMS (> DMS) se detallan en la tabla. Del resto de variables sólo la EVA del dolor referida por el paciente y el HAQ en la visita basal están cerca de ser significativamente superiores en el grupo que progresa ( $p = 0,05$ ) así como los niveles de factor reumatoide a los 6 meses de seguimiento.

#### Progresión grupo total y grupo > DMS

	Total Media (DE)	Erosión Media (DE)	Interlinea Media (DE)	Total Mediana (máx-mín)	Erosión Mediana (máx-mín)	Interlinea Mediana (máx-mín)
Progresión ( $n = 93$ )	5,36 (7,04)	1,7 (2,73)	3,66 (5,86)**	3 (0-53)	1 (0-18)	2 (0-48)
Progresión (> DMS)	12,2 (8,96)	3,86 (2,85)	8,33 (8,49)*	9 (6-53)	3 (0-18)	6 (0-48)

\* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$  respecto a erosión

**Conclusiones:** Un tercio de los pacientes presenta progresión radiográfica a pesar del tratamiento. Cuando se detecta alguna erosión en la radiografía basal la progresión ocurre en el 40% de los pacientes y sólo en el 10% de los pacientes sin erosiones. El deterioro se produce en mayor medida por la pérdida de interlinea. Otros factores pueden predecir la progresión radiográfica como la discapacidad, el dolor y el nivel del factor reumatoide

## 171

### MANEJO DE FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FME) EN PACIENTES CON ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO (ARC) DURANTE EL PRIMER AÑO DE SEGUIMIENTO

M. Ibáñez, R. Gómez Gil e I. González Álvaro  
*H.U. La Princesa. Madrid.*

**Objetivos:** Uno de los factores que mejor predice la remisión en AR es el inicio precoz del tratamiento. En un estudio multicéntrico realizado en nuestro país entre los años 1999 y 2000, se observó que la mediana de tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el primer tratamiento con FME fue de 16 meses. En el presente estudio se describe el patrón de uso de FME en pacientes con ARC en una consulta mono-gráfica.

**Pacientes y métodos:** Se han estudiado 48 pacientes con ARC de menos de 2 años de evolución durante su primer año de seguimiento (73% mujeres, mediana de edad de 53 años [39-60] y una mediana de duración de los síntomas de 7 meses [5-12]). En la primera visita un 44% de los pacientes cumplía criterios de AR, un 42% de los pacientes eran no clasificables (Desconocida) y un 14,58% se agruparon en Otras (conectivopatías y espondiloartropatías). Durante el primer año los pacientes fueron evaluados en 3 visitas (0,6 y 12 meses) en las cuales se recogieron los siguientes parámetros: datos sociodemográficos, DAS 28, PCR, HAQ adaptado a población española, diferentes variables relacionadas con el uso de FME (fecha de inicio y fin, dosis mínima y máxima, causas de suspensión, empleo en monoterapia o terapia combinada) y el uso de corticoides. EL análisis de los datos se realizó mediante el programa Stata 7.0, utilizándose los test adecuados según la distribución de las variables. Los datos se muestran como porcentaje o como mediana y rango intercuartílico.

**Resultados:** La mediana de tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas hasta comienzo del tratamiento fue de 6 meses [5'2-12'1]. Después de un año de evolución, un 27%

de los pacientes no recibían tratamiento con FME, el 62% había recibido monoterapia y un 11% terapia combinada (todas ellas con metotrexato). El porcentaje de pacientes sin tratamiento fue mayor en los grupos Otras y Desconocida, y el uso de combinada mayor en el grupo AR, aunque no se alcanzó significación estadística. En la tabla 1, se muestra las dosis máximas y mínimas utilizadas de los tres FME más prescritos (Metotrexato, antipalúdicos, sulfasalazina), el porcentaje de pacientes en cada grupo diagnóstico que recibieron estos fármacos, y de suspensiones. Otros FME utilizados fueron: leflunomida (3 pacientes), aurotiomalato sódico (1 paciente). En total 14 personas suspendieron el tratamiento, la mayor parte por efectos adversos.

	Metotrexato (n = 20)	Antipalúdicos (n = 14)	Sulfasalazina (n = 7)
Artritis Reumatoide	63%	24%	14%
Desconocida	23%	45%	15%
Otras	43%	0%	14%
Dosis max.	12,5 [10-15]	400 [400-600]	1500 [1000-2000]
Dosis min.	10 [7,5-10]	200 [200-400]	1000 [500-1500]
Suspensión de tto	15%	29%	57%

**Conclusión:** Parece existir una mayor concienciación sobre la necesidad de tratamiento precoz de las poliartritis autoinmunes, tendiéndose al uso pautas terapéuticas más potentes en los pacientes que cumplen criterios de AR. La dosificación de los FME se ajusta a lo recomendado en la guía GUIPCAR.

*Este trabajo está financiado por ayudas FIS 01/0140, 03/0911 y G03/152.*

## 172

### ESTADO DE NUTRICIÓN Y FUNCIONALIDAD DEFICIENTES EN ANCIANOS VÁLIDOS CON HIPOVITAMINOSIS D

J. Medina Luezas, I. Arribas, F. Fernández Santiago, C. Montilla, A. Cordova y V. del Villar

*Hospital General de Soria, Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, Complejo Hospitalario de Salamanca.*

**Objetivos:** Determinar la asociación entre deficiencia de vitamina D y estado funcional y de nutrición general en ancianos.

**Métodos:** Estudio transversal de prevalencia realizado en 211 personas (72 varones y 139 mujeres) de edad media 83,4 años, residentes en instituciones para ancianos. Previamente se excluyeron las personas encamadas, inválidas, con fractura de cadera y con enfermedades o tratamientos que puedan alterar el metabolismo óseo. A todos ellos se les determinaron los niveles de 25 hidroxivitamina D (25OHD) entre los meses de marzo y mayo, actividad física mediante encuesta y estado nutricional mediante estudio bioquímico y antropométrico.

**Resultados:** Se constató deficiencia de vitamina D (niveles de 25OHD < 10 ng/ml) en 21,8% de las personas. Los ancianos sedentarios tienen cifras más bajas de 25OHD y existe deficiencia en 59,1% de ellos comparado con 12% de los activos: OR 10,59 (4,52-25,14). Varios de los parámetros bioquímicos que reflejan el estado de nutrición proteica presentan niveles más bajos en las personas con deficiencia (tabla). Las personas con desnutrición calórica o proteica tienen deficiencia de vitamina D con mayor frecuencia que las obesas

o normonutridas: 83,3% vs 19%, OR 21,32 (2,41-188,5), lo mismo que las personas con baja masa muscular (percentil de perímetro muscular del brazo < 5): 30% vs 14,2%, OR 2,6 (1,18-5,77).

	Hipovitaminosis	Normalidad	
Albúmina (g/l)	4,11 ± 0,33	4,07 ± 0,34	ns
Prealbúmina (mg/dl)	22,95 ± 4,21	25,27 ± 5,13	p < 0,05
Linfocitos/mm <sup>3</sup>	1870 ± 668	2203 ± 688	p < 0,05
Transferrina (mg/dl)	148,2 ± 36,4	162,5 ± 34,1	p = 0,05

**Conclusión:** En la población de ancianos estudiada existe una asociación significativa de la deficiencia de vitamina D con baja actividad física, desnutrición y baja masa muscular; factores que pueden producir un aumento en el riesgo de osteoporosis y fracturas. Los resultados sugieren que el estado nutricional de la vitamina D es un reflejo del estado funcional y nutricional generales de los ancianos, incluso en las personas válidas. Esto puede suponer que la asociación observada en diferentes estudios entre la deficiencia vitamínica y masa ósea o fracturas osteoporóticas magnifique el efecto real de la hipovitaminosis D en la génesis de la osteoporosis.

## 173

### ¿HAY DIFERENCIAS EN EL TRATAMIENTO ENTRE LOS PACIENTES CON POLIARTRITIS CRÓNICA DE RECIENTE COMIENZO QUE PROGRESAN RADIOGRÁFICAMENTE Y AQUELLOS QUE NO PROGRESAN? RESULTADOS DEL ESTUDIO PROAR TRAS UN AÑO DE SEGUIMIENTO

J. Ivorra Cortés, R. Sanmartí, A. Balsa, L. Carmona, Grupo Proar

*Hospital d'Ontinyent. Valencia.*

**Objetivo:** Alrededor de 1/3 de los pacientes con poliartritis crónica de reciente comienzo del estudio PROAR presentan progresión de las lesiones radiográficas. El objetivo del presente estudio es valorar si existen diferencias en los tratamientos recibidos entre el grupo en el que se detecta progresión respecto al grupo sin progresión radiográfica.

**Pacientes y métodos:** Se incluyeron 93 pacientes (73% mujeres) con poliartritis crónica de menos de 1 año de evolución (6 ± 4 meses), seguidos en el estudio PROAR, de los que se disponía de Rx de manos y pies en la visita inicial y a los 12 meses. El 85% de los pacientes cumplía criterios para AR de la ACR. La lectura de las Rx las realizó un observador ciego que leyó en orden cronológico las dos Rx de cada paciente, mediante el método de Sharp-van der Heijde. Se consideró que había progresión radiográfica cuando la diferencia entre las puntuaciones de dos lecturas era superior a la diferencia mínima significativa (DMS) calculada mediante el método de Bland y Altman. Ésta fue de 6 puntos. Sesenta y tres (67%) pacientes no progresan (NOP) y treinta (32%) si lo hacen (SIP). Se realizó una visita basal (visita 0), a los 6 meses (visita 1) y a los 12 meses (visita 2). Se compararon por medio de la chi-cuadrado el número de pacientes en cada grupo (NOP-SIP) sin tratamiento, en tratamiento con un DMARD y con combinaciones de DMARD para cada visita. Con la U de Mann y Whitney se compararon las dosis.

**Resultados:** En la visita basal no se encontraron diferencias entre los dos grupos (NOP vs SIP) en cuanto a pacientes no tratados (49% vs 57%), tratados con un DMARD (46% vs 43%), dos DMARDs (5% vs 0%) y con corticoides (57% vs

60%). En la visita 1 tampoco hay diferencias: no tratados (14% vs 20%), con un DMARD (68% vs 60%) o combinación de DMARDs (17,5% vs 20%). Sí hay diferencias en cuanto al número de pacientes tratados con corticoides (59% vs. 80%,  $p < 0,05$ ). En la visita a los 12 meses: utilización de corticoides (57 vs. 80%,  $p < 0,05$ ). No se detectan diferencias en el número de pacientes no tratados (19% vs. 20%), tratados con un DMARD (54% vs 43%), combinación de DMARDs (25,5% vs 36%). Se han tratado con anti-TNF 1 paciente en cada grupo. En ninguna de las visitas se encuentran diferencias significativas en las dosis de los diferentes DMARDs ni de corticoides administradas a ambos grupos.

**Conclusiones:** Un alto porcentaje de pacientes no lleva tratamiento con DMARD durante el primer año de la enfermedad. El grupo de pacientes que evidencia progresión radiológica ha sido tratado con una pauta y dosis de DMARDs similar a la del grupo que no progresa. Un mayor porcentaje de pacientes del grupo que muestra progresión radiográfica de la enfermedad es tratado con corticoides. Estos datos sugieren que, durante estos primeros estadios de la enfermedad, no se tiene una actitud terapéutica más agresiva con aquellos pacientes que presentan progresión radiográfica.

## 174

### ESTUDIO DE LA MASA ÓSEA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA TERMINAL

S. Rodríguez Rubio, N. Vázquez Fuentes, C. Urrego Laurín, C. O. Sánchez González, P. Abreu Trigueros, M. Vázquez Díaz, A. Rodríguez García y C. Diaz Miguel  
*Servicio de Reumatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

**Introducción:** En los pacientes candidatos a un trasplante de órgano sólido, coexisten diversas circunstancias que afectan al metabolismo óseo y que comportan una disminución de la masa ósea. Nuestro objetivo es estudiar la densidad mineral ósea en pacientes que van a recibir un trasplante pulmonar, determinar la prevalencia y los posibles factores de riesgo asociados.

**Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo de 30 pacientes diagnosticados de enfermedad pulmonar crónica en estadio terminal, incluidos en lista de espera del servicio de Neumología de nuestro hospital desde mayo 2002 hasta diciembre 2003. Se excluyeron los pacientes que presentaban otras enfermedades con repercusión sobre el metabolismo óseo. La recogida de datos se realizó previo al trasplante, determinándose factores de riesgo asociados, parámetros bioquímicos con influencia en el metabolismo óseo, presencia o no, mediante realización de radiología selectiva, de aplastamientos vertebrales y la densidad mineral ósea tanto a nivel de columna lumbar como a nivel de cadera. Analizamos Densitometrías Óseas (DMO) realizadas mediante un aparato de absorciometría fotónica dual de fuente de rayos X (DXA), recogiendo los valores de densidad mineral ósea (BMD) total y de T a nivel lumbar así como los valores del cuello, trocánter, T. Ward y T a nivel de cadera. Para la valoración de osteoporosis se siguieron los criterios de la OMS, considerando: -Normal: puntuación T e-1. Osteopenia: puntuación T < -1 y > -2,5. -Osteoporosis: puntuación Td-2,5.

**Resultados:** En los 30 pacientes incluidos (18B y 12@), la edad media al diagnóstico fue de 37,2 años. El 96% habían recibido tratamiento durante tiempo prolongado, con dosis

altas de corticoesteroides. Hasta un 66% presentaba una escasa ingesta cálcica en la dieta, un 53 y un 30% respectivamente, eran o habían sido fumadores y bebedores importantes. La presencia de antecedentes tanto familiares como personales de fracturas no fue estadísticamente significativa, presentando sólo 4 de ellos, aplastamientos vertebrales. Desde el punto de vista analítico, 16 de los 30, es decir un 36,6%, presentaban un recambio óseo acelerado (piridolinas, hidroxi y desoxipiridolinas elevadas). Un 20% hipovitaminosis D. De las 30 DMO analizadas, 13 presentaban cifras compatibles con osteopenia (43,3%) y 9 con osteoporosis (30%), siendo las cifras medias de BMD total a nivel lumbar y de cuello y trocánter a nivel de cadera de 0,8279, 0,768 y 0,619 respectivamente.

**Conclusiones:** Osteopenia y osteoporosis son hallazgos comunes en pacientes con enfermedad pulmonar crónica terminal. El tratamiento prolongado con corticoesteroides a dosis elevadas (> 20 mg/día) constituye el principal factor de riesgo asociado a la pérdida de masa ósea. El diagnóstico precoz, prevención y tratamiento deben formar parte indiscutible del seguimiento de estos pacientes.

## 175

### ENFERMEDAD DE PAGET EN MENORES DE 50 AÑOS

C. Bohórquez Heras, A. Torrijos Eslava, D. Peiteado López y E. Martín Mola  
*Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Introducción:** La prevalencia de la enfermedad de Paget en España se calcula en un 1,5% en mayores de 55 años. Sin embargo en personas menores de 50 años es poco frecuente.

**Objetivos:** Ver el número de pacientes con esta enfermedad en menores de 50 años en nuestra serie hospitalaria y sus características.

**Material y métodos:** De 238 pacientes diagnosticados de enfermedad de Paget en la Unidad de Metabolismo Óseo de nuestro servicio se han seleccionado los que tenían en el momento del diagnóstico 50 años o menos, y se han descrito sus principales características.

**Resultados:** Se encontraron 21 pacientes diagnosticados con 50 años de edad como límite, 10 mujeres y 11 hombres, que representan el 8% de los casos. No se han encontrado diferencias entre sexos. En estudios poblacionales realizados en pacientes, de todas las edades, con esta enfermedad se ha encontrado una proporción varón: mujer de 2:1, mientras que en las series hospitalarias la proporción era de 1:1, igual que ocurre en nuestra serie de casos más jóvenes. La distribución por edades y localizaciones pagéticas más frecuentes se encuentran en la siguiente tabla:

Distribución por edad y localización más frecuente

Edad al diagnóstico	< 35 años	36-40 años	41-45 años	46-50 años
Nº de casos (%)	3 (14%)	2 (10%)	5 (24%)	11 (52%)
Localización	Iliaco, L4, pelvis	Iliaco, calota	Iliaco, calota	Fémur, húmero, iliaco

La edad media fue 42,4 años. En la distribución por edades, la mayor parte de los pacientes se agrupan entre los 46 y 50 años de edad, aunque en un caso se diagnosticó a los 17 años. Respecto al tipo de afectación, 13 pacientes fueron diagnosticados de Paget poliostótico (61%) y 8 de Paget monostótico (38%). En los casos de Paget sin diferenciarlos se

gún la edad, la proporción es de un 53,7% de polioestóticos y un 46% de monostóticos. La localización más frecuente fue el hueso iliaco. Como presentación atípica destacamos el caso de un Paget monostótico localizado en falange, de la que hay pocos casos descritos en la literatura. En tres casos se precisó biopsia para confirmar el diagnóstico. Los niveles medios de fosfatasa alcalina basales fueron de 740 U/L (valores normales: 60-280 U/L), objetivándose en un paciente cifras de 4127 U/L. Fue necesario instaurar tratamiento en 17 pacientes en algún momento del seguimiento, mientras que 4 no lo precisaron. 2 pacientes presentaron alguna complicación debida a esta enfermedad: hipoacusia acompañada de deformidad maxilar en un caso y sarcoma de húmero en el otro. Se confirmaron antecedentes familiares de enfermedad de Paget en tres pacientes (14,2%).

**Conclusiones:** La enfermedad de Paget es un diagnóstico poco frecuente antes de la sexta década de la vida, por lo que hay que tenerla en cuenta para su diagnóstico, no conociéndose con seguridad su incidencia ni prevalencia en España. Las características de estos pacientes son similares a las de los pacientes de mayor edad, apreciándose únicamente un aumento de Paget monostótico.

## 176

### RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON RALOXIFENO EN MUJERES CON OSTEOPOROSIS POSMENOPÁUSICA

C. Bohórquez Heras, D. Peiteado López, M. Bernad Pineda, A. Hernández Sanz y E. Martín Mola  
*Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos:** Evaluar la respuesta tras un año de tratamiento con Raloxifeno en mujeres con osteoporosis posmenopáusicas.

**Métodos:** Se estudiaron de forma consecutiva 35 pacientes con osteoporosis posmenopáusica tratadas durante más de un año con Raloxifeno. Se determinaron la PTH, calcidiol, y D-Piridinolina al comienzo del estudio, a los 6, y a los 12 meses de tratamiento, así como densitometría mineral ósea mediante absorciometría dual de rayos X (DXA) basalmente y a los 12 meses. Se valoró la presencia de fracturas vertebrales mediante radiología al comenzar el estudio y al año. Los pacientes recibieron Raloxifeno 60 mg al día y suplementos de calcio y vitamina-D.

**Resultados:** La edad media de las pacientes fue de 57,2 ( $\pm$  6,5 años) La ingesta de lácteos y la exposición solar fue baja en el 80% y 90% de los casos respectivamente. El 21,9% presentaban una fractura basalmente (7 pacientes). Durante el tratamiento presentaron efectos secundarios un 5,7%, siendo el más frecuente los sofocos; hubo un caso de obstrucción intestinal secundaria al calcio. Se suspendió el tratamiento en seis pacientes (17%), en cinco por respuesta insuficiente y en uno por sofocos. Se objetivó una disminución significativa ( $p = 0,025$ ) de los valores de D-Piridinolina a los 12 meses. Los resultados de la DMO en columna lumbar respecto al valor basal mostraron una mejoría significativa ( $p = 0,005$ ) de 3,34%; en cuello femoral aumentó un 0,999% con una  $p = 0,004$ . No se produjeron nuevas fracturas en ninguno de los pacientes del estudio.

**Conclusiones:** El tratamiento con Raloxifeno aumenta la densidad mineral ósea tanto en cuello de fémur como en columna lumbar tras un año de tratamiento y disminuye de forma significativa los marcadores de resorción ósea.

## 177

### FACTORES DE RIESGO, INCIDENCIA DE OSTEOPOROSIS EN EL TRASPLANTE PULMONAR Y HEPÁTICO EN VARONES: DIFERENCIAS Y SIMILITUDES EN ESTOS DOS GRUPOS DE PACIENTES

S. Rodríguez Rubio, N. Vázquez Fuentes, J. Rubio García, J. L. Morell Hita, C. Díaz Miguel, M. Vázquez Díaz y A. Rodríguez García  
*Servicio de Reumatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

**Objetivo:** En el trasplante de órganos sólidos, coexisten múltiples circunstancias que afectan al metabolismo óseo y que conllevan una disminución de la densidad mineral ósea. Nuestro objetivo es comparar los factores de riesgo e incidencia de osteoporosis (OP) en dos grupos de pacientes: varones con enfermedad pulmonar y hepática en estadios terminales, previo al trasplante pulmonar (TxP) y hepático (TxH) respectivamente.

**Pacientes y métodos:** Estudio observacional secuencial de 32 pacientes diagnosticados de enfermedad pulmonar y hepática avanzada incluidos en lista de espera de trasplante en las consultas de Neumología y Gastroenterología de nuestro hospital en el período de enero 1999 a diciembre 2003. Analizamos las siguientes variables: factores de riesgo asociados, parámetros bioquímicos relacionados con el metabolismo mineral óseo, radiología simple de columna vertebral y densitometría mineral ósea (DMO). Para la definición de osteoporosis utilizamos los criterios densitométricos definidos por la OMS.

**Resultados:** De los 32 pacientes estudiados, 18 (56,25%) estaban diagnosticados de enfermedad pulmonar terminal y 12 (37,5%) de enfermedad hepática avanzada. En cuanto a los factores de riesgo encontramos diferencias significativas en cuanto a: edad (50,9 años en TxP vs 37,6 en el TxH), IMC (menor en el TxP: 15,8 Kg/m<sup>2</sup>), ingesta cálcica baja (TxH: 41,6% vs TxP: 66,6%) y presencia de aplastamientos vertebrales (TxP: 3 vs TxH: 0). No encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a antecedentes personales y familiares de fracturas, hábitos tóxicos, exposición solar o actividad física habitual. Desde el punto de vista analítico, objetivamos un déficit selectivo de vit D en 3 de los 18 pacientes candidatos a TxH frente a 2 de los 12 candidatos a TxP, lo cual supone un porcentaje del 16,6% en ambos casos. Densitométricamente, se constató la presencia de OP en 4 casos de TxP frente a 2 en el TxH (22,2% vs 16,6%).

**Conclusiones:** No se objetivaron diferencias en cuanto a incidencia de osteoporosis en ambos grupos de pacientes. Los pacientes candidatos a trasplante pulmonar presentaron mayor número de factores de riesgo. Es necesaria la realización de estudios prospectivos a largo plazo con muestras mayores de pacientes, para establecer conclusiones definitivas.

## 178

### PRESENTACIÓN ESTACIONAL DE LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE CADERA. RELACIÓN CON LOS NIVELES DE 25-OH D3

M. Larrosa, A. Gómez, J. Gratacòs, E. Casado, E. Fernández y E. Berlanga  
*H. de Sabadell, Fundació Universitària Taulí (UAB), Sabadell. Barcelona.*

**Objetivos:** Analizar en nuestro medio si la fractura osteoporótica de cadera tiene una presentación estacional a lo largo

del año y si se relaciona con los niveles séricos de 25-OHD3 y PTH. Valorar si existe asociación entre el grado de exposición solar y los niveles séricos de 25-OHD3.

**Pacientes y métodos:** Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes mayores de 65 años con fractura osteoporótica de cadera atendidos en el Hospital durante un año (marzo 2002-febrero 2003). Se recogieron: día de la fractura, grado de exposición solar en los últimos meses según cuestionario semicuantitativo (nula: reclusión en el domicilio; pobre: 1-2 salidas a la calle/semana; media: más de 3 salidas/semana; alta: exposición expresa al sol), y concentraciones séricas de 25-OHD3 (25-95 ng/ml, radioinmunoensayo) y PTH (10-65 pg/ml, radioinmunoensayo).

**Resultados:** Durante el año de estudio se presentaron 321 p. (con 325 fracturas de cadera), 258 mujeres (80,4%), con una edad de  $83 \pm 7$  años (65-100 años). Los valores medios de 25-OHD3 fueron  $22,5 \pm 17,9$  ng/ml y  $85,0 \pm 59,4$  pg/ml de PTH. El grado de exposición solar fue nulo en 54 p. (17,0%), pobre en 102 (32,1%), medio en 151 (47,5%) y alto en 11 (3,5%). Durante el verano se observó una reducción significativa de la presentación de fracturas y un aumento de los niveles de 25-OHD3.

	Nº fracturas	25-OHD3	PTH
Invierno	91	$19,7 \pm 17,0$	$93,0 \pm 61,1$
Primavera	88	$20,0 \pm 16,4$	$84,6 \pm 67,7$
Verano	54	$28,7 \pm 20,1$	$73,2 \pm 37,8$
Otoño	92	$24,1 \pm 17,9$	$84,2 \pm 59,1$
P	0,006	0,013	NS

La concentración de 25-OHD3 fue significativamente más elevada en los pacientes con mayor grado de exposición solar ( $P = 0,0000$ ). Presentaban hipovitaminosis D el 85% de los individuos con exposición solar nula, el 74% con exposición solar pobre, el 57% con exposición media y el 30% con exposición alta ( $P = 0,0000$ ).

**Conclusiones:** La fractura de cadera presenta una incidencia estacional, siendo menos frecuente en verano y coincidiendo con los niveles séricos más elevados de 25-OHD3. Las concentraciones séricas de 25-OHD3 varían según el grado de exposición solar de los pacientes.

## 179

### IRRADIACIÓN SOLAR, NIVELES SÉRICOS DE 25-OHD3 Y FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE CADERA

M. Larrosa, A. Gómez, J. Gratacós, E. Casado, E. Fernández y E. Berlanga

*H. de Sabadell, Fundació Universitària Taulí (UAB), Sabadell, Barcelona.*

En un estudio reciente hemos observado que la fractura de cadera tiene una presentación estacional en nuestro medio. En la literatura médica se ha relacionado este hecho con circunstancias climatológicas adversas (nieve, hielo, bajas temperaturas...) las cuales no son frecuentes en nuestra comarca (Vallés Occidental, Barcelona).

**Objetivo:** Analizar si la incidencia de fractura osteoporótica de cadera se correlaciona con la irradiación solar media local y con las concentraciones séricas de 25-OHD3.

**Pacientes y métodos:** Pacientes mayores de 65 años, ingresados en nuestro hospital por una fractura osteoporótica de cadera durante el período marzo 2002-febrero 2003. Se excluyeron del estudio los pacientes que recibían suplementos de vitamina D y los pacientes con nula exposición solar (re-

cluidos en domicilio o institución socio sanitaria). Se recogieron los siguientes datos: día de la fractura, concentraciones séricas de 25-OHD3 el día de la fractura (25-95 ng/ml, radioinmuno ensayo) y la irradiación solar local media ( $\text{MJ}/\text{m}^2$ ) de nuestra zona de influencia, según los datos oficiales facilitados por el "Centre Metereològic de Catalunya". Se analizó la posible relación entre la incidencia de fracturas, niveles de 25-OHD3 e irradiación solar media local.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 243 pacientes, 189 mujeres (77,8%) y 54 varones, con una edad media de  $81,8 \pm 7,4$  años (65-100 años). Los valores medios de 25-OHD3 fueron de  $22,8 \pm 16,0$  ng/ml. Se observó una correlación inversa significativa entre la incidencia de fracturas y los niveles séricos de 25-OHD3  $r = -0,65$  ( $P = 0,02$ ). La media de las concentraciones séricas de 25-OHD3 de cada mes se correlacionó con la irradiación solar media registrada dos y tres meses antes de la fractura  $r = 0,63$  ( $P = 0,02$ ), mientras que la incidencia mensual de fracturas se correlacionó con la irradiación solar media registrada tres meses antes de la fractura  $r = -0,59$  ( $P = 0,04$ ), observándose una tendencia cercana a la significación estadística con la irradiación registrada 2 meses antes.

**Conclusiones:** La incidencia mensual de fractura de cadera, entre los individuos con exposición solar, se correlacionan inversamente con los niveles séricos de 25-OHD3 y con la irradiación solar media registradas entre 2 y 3 meses antes de la fractura. Estos datos podrían ayudar a entender mejor la presentación estacional de la fractura de cadera.

## 180

### EXPERIENCIA A 3 AÑOS CON TERAPIAS BIOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

R. Roselló Pardo, C. Vázquez Galeano y M.D. Fábregas Canales

*Hospital San Jorge. Huesca.*

**Introducción:** Tras una experiencia de 3 años en el manejo de terapias biológicas para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR), se realiza una revisión de los datos más relevantes.

**Objetivos:** Examinar los parámetros clínicos y evolutivos, así como la adherencia al tratamiento de los pacientes con AR incluidos en diversos anti-TNF (Infliximab (INF), etanercept (ETN) y Adalimumab (ADA) en el hospital san Jorge.

**Material y métodos:** Hay 51 pacientes que corresponden a 34 mujeres y 17 varones, de edades comprendidas entre los 37 y 76 años ( $X = 57,6$ ). Dos pacientes presentan AR y psoriasis cutáneo. Se evalúa la progresión a lo largo de 174 semanas de los parámetros del DAS-28, así como el número de enfermos que se mantienen en tratamiento, que se han retirado o que han cambiado de fármaco anti-TNF, a intervalos de 6 meses.

Evolución con antiTNF cada 6 meses

Semana	S-0	S-30	S-54	S-78	S-102	S-126	S-150	S-174
NAD	11,87	5,63	5,68	2,54	4,3	3,27	2,12	2,5
NAT	11,45	4,07	3,83	4,33	3,05	2,2	0,93	1
VSG	34,46	37,46	29,02	25	22,97	25,76	24	22
EVA	53	45	49	47	45	45	42	40
DAS-28	5,87	3,76	4,65	4,63	4,23	3,85	3,16	3,79
Nº enfer. en tto.	51	45	40	32	28	20	14	2
Nº enfer. retirados	4	4	1	1				
Cambio a otro antiTNF	1	6	1					

Los valores se expresan en media aritmética

**Resultados:** En la tabla encontramos los datos DAS-28 al inicio y cada 6 meses. El fármaco más utilizado ha sido INF con

48 casos de inicio y 10 abandonos. En la tabla 2 aparecen los motivos de cambio de anti-TNF y en la tabla 3 la evolución comparativa hasta la S-54 de los 3 fármacos en estudio.

**Conclusiones:** Hasta el momento nuestra experiencia con anti-TNF es satisfactoria, observándose una tendencia a la mejoría en prácticamente todos los parámetros de actividad de enfermedad que conforman el DAS-28, así como un decremento medio de éste de 2,84 puntos. El fármaco más utilizado ha sido INF en un 94%, con una tasa de retirada del 20,8%, fundamentalmente por ineficacia, encontrándose poca cantidad de efectos secundarios, siendo la infección severa en dos casos. No hemos tenido ningún caso de tbc., gracias a seguir las recomendaciones de la SER en cuanto a realización de Rx tórax, PPD, Booster y quimioprofilaxis en caso de positividad. La efectividad comparada de los tres tratamientos en las primeras 30 semanas resulta similar y alentadora si tomamos como referencia el DAS, encontrándose tendencia a la mejoría con los 3 fármacos.

## 181

### DESENLAJE DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE FRACASAN AL PRIMER FÁRMACO BIOLÓGICO: ESTUDIO DESCRIPTIVO

P. Vela Casasepere, E. Pascual, T. Pedraz, R. Aragón, J. de la Torre, E. Batlle, A. Martínez, J. Esteve y F. Rico  
*Hospital General Alicante. Alicante.*

**Objetivo:** Describir el desenlace de los pacientes con artritis reumatoide (AR) activa que fracasan al tratamiento con el primer fármaco biológico instaurado.

**Material y métodos:** Del total de pacientes con AR activa que inician un primer fármaco biológico desde septiembre de 1998 a Enero de 2003, se seleccionan los que fracasan, registrando los sucesivos tratamientos que reciben y la respuesta a los mismos (VSG, PCR, HAQ, DAS28).

**Resultados:** 111 pacientes inician un primer fármaco biológico (88 infliximab, 22 etanercept, 1 anakinra). De ellos 25 (21,6%) suspenden el fármaco por ineficacia (infliximab 19/88 (21,6%), etanercept 4/22 (18%); anakinra 1/1(100%)). Los posteriores tratamientos instaurados fueron:

Primer biológico que fracasa	Nº pacientes	Tratamientos posteriores						Respuesta
		LFN	ETN	ANK	ADA	INF	CLB	
Infliximab	4/19	2º						Adecuada
Infliximab	7/19		2º					Adecuada
Infliximab	8/19	1	2º	3º				Adecuada
		1	2º	3º	3º			Adecuada
		1	2º	3º		4º		Incompleta
		3	2º	3º	4º			Incompleta (2)
	1	2º	3º			4º	Incompleta	
	1	2º	3º	4º			Incompleta	
		5º					Incompleta	
Etanercept	1/4	1		2º		3º		Adecuada
Etanercept	2/4	2				2º		Adecuada
Etanercept	1/4			3º	4º	2º		
			3º	4º				
			5º		6º			
			7º					Incompleta
Anakinra	1/1		2º					Adecuada

LFN: leflunomida; INF: infliximab; ETN: Etanercept; ANK: Anakinra; ADA: Adalimumab; CLB: Clorambucil.

**Comentarios:** Los pacientes que respondieron a leflunomida posterior al primer biológico, no habían recibido previamente el fármaco por no estar aún comercializado.

**Conclusiones:** aunque el grupo de pacientes es pequeño y no es posible obtener conclusiones definitivas, estos datos

sugieren: 1) Puede ser de utilidad cambiar a otro fármaco biológico cuando no ha habido respuesta al primero, pues un porcentaje de pacientes responde al segundo. 2) Existe un grupo de pacientes "no respondedores a fármacos biológicos", para los cuales, hoy día, sigue sin existir adecuada solución.

## 182

### PRINCIPALES CAUSAS DESENCADENANTES DE LA FIBROMIALGIA

D. Munguía Izquierdo, N. Estrada Marcén, A. Legáz Arrese y E. Serrano Ostáriz  
*Facultad de Educación. Universidad de Zaragoza. Zaragoza.*

**Objetivo:** El objeto de este estudio es determinar los posibles desencadenantes que han podido causar el inicio de la sintomatología de la fibromialgia (FM), así como analizar cuales de estos desencadenantes son los más usuales.

**Métodos:** 70 mujeres diagnosticadas previamente de FM fueron sometidas a un cuestionario donde se les preguntaba la percepción personal sobre las posibles causas o desencadenantes de dicha patología.

**Resultados:** Como se aprecia en la tabla las posibles causas más comunes son el stress, seguido de la depresión.

% de sujetos que señalaron cada una de las causas

Parto	15,71	Herencia	10	Estrés	48,57
Problemas en la infancia	7,14	Infección vírica	11,43	Exposición tóxica	1,43
Accidente	5,71	Operación	8,57	Crisis matrimonial	12,86
Medicamentos	4,28	Menopausia	14,28	Desarreglo hormonal	14,28
Depresión	34,29	Otros	14,28		

**Conclusión:** Estos resultados ponen en evidencia que existen factores psicológicos, y psicosociales en el origen de esta patología y de ahí que todavía este presente la discusión sobre la naturaleza y el origen de la FM.

## 183

### EFICACIA Y SEGURIDAD DE LAS TERAPIAS ANTI-TNF $\alpha$ EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: 2 AÑOS DE EXPERIENCIA

A. Erra Duran, E. Moreno Ruzafa, Y. Leon Hernandez Rico, C. Tomas Roura, P. Barceló García y S. Marsal Barril  
*Unitat de Reumatologia. Hospital General i Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

El TNF- $\alpha$ , es una citoquina proinflamatoria implicada en la patogenia de la Espondilitis Anquilosante(EA). Los tratamientos con fármacos anti-TNF $\alpha$  han demostrado ser eficaces para controlar las manifestaciones clínicas y biológicas de esta enfermedad.

**Objetivos:** Analizar de una forma retrospectiva la eficacia y seguridad de las terapias anti-TNF $\alpha$  en pacientes con EA.

**Métodos:** Se incluyeron 33 pacientes (pac) con EA activa: 8 recibieron tratamiento con etanercept (E) (25 mg/2 veces a la semana) (2 asociados con MTX) y 25 infliximab (I) (5 mg/kg a las 0, 2, 6, 14 y cada 8 semanas)asociado a MTX. El mismo día de la administración de I se realizó una valoración clínica (BASDAI, BASFI, NAD, NAT, respuesta ASAS) y una analítica completa (parámetros de rutina, inmunología y serologías).En los pac que recibían E se mantuvo esta misma periodicidad. Se recogieron todos los efectos adversos (EAD) y se anotó el tratamiento con AINES y glucocorticoides

(GC). El seguimiento máximo fue de 134 sem (n = 1) y el mínimo de 2 sem (n = 1).

**Resultados:** Características de los pac: edad  $45 \pm 12a$  (19-61); sexo (M/F) 26/7; duración de la enfermedad  $20 \pm 10^a$  (2-39); 19 pac tenían afectación periférica (58%). Los datos más relevantes de la eficacia clínica se enseñan en la tabla. En los pac con artritis periférica el valor medio del NAT fue de 4 (S0), 1 (S6), 0 (S94). La dosis media de MTX fue de 7,5 mg/sem en la forma axial y de 17 mg/sem en la mixta. Los AINEs se retiraron en un 42% de los pacientes y la dosis se redujo a la mitad en un 21% de los pac restantes. De los pac que tomaban GC (n = 19) se redujo la dosis a la mitad en el 58%, y se retiraron en el 16%. La dosis media de GC fue de 5 mg/día de prednisona.

Eficacia clínica de los fármacos anti-TNF en la EA

	Sem 0 (n = 33)	Sem 6 (n = 32)	Sem 54 (n = 11)	Sem 86 (n = 4)	Sem 102 (n = 2) <sup>s</sup>
BASFI (media)	57	40	41	32	43
BASDAI (media)	59	33	31	14	18
BASDAI 20*		81	64	75	50
BASDAI 50*		47	64	75	50
BASDAI 70*		25	27	50	0
ASAS 20*		75	64	60	50
ASAS 50*		34	27	50	50
Remisión parcial*		9	18	25	0

\*(%pacientes) <sup>s</sup>1 paciente BASDAI 16 y BASFI 58

El valor medio de la VSG fue de 37(S0), 9 (S6), 16 (S54), 3,5 (S102). En los pac que a la S0 tenían una VSG > 30 (n = 12) la mejoría fue más evidente: 78 (S0), 15 (S6), 13 (S54), 32 (S84).

Se retiró el tratamiento con I en 3 pac (1 TBC pulmonar, 1 reacción a la infusión y 1 ineficacia) y en 2 pac con E (1 aspergilosis invasiva y 1 ineficacia). El resto de EAD fueron: 17 CVRA, 1 orquitis (I), 1 leucopenia transitoria (I), 1 reacción en el sitio de la inyección (E), 1 herpes zoster (E), 1 herpes simple (E), 1 fotosensibilidad (I), 1 astenia(I), náuseas (n = 2,I), cefalea (n = 4,I). Del total de EAD registrados (n = 30), un 7% fueron EAD graves y obligaron a la retirada del tratamiento. Los ANA se positivizaron en 7 pac y no se detectaron anticuerpos anti-DNA.

**Conclusiones:** Las terapias anti-TNF ± en pac con EA tienen una marcada eficacia clínica de forma muy precoz y que se mantiene a lo largo de los 2 primeros años de tratamiento. En nuestra serie un pac desarrolló una TBC pulmonar y una aspergilosis invasiva. El resto de los EAD fueron infrecuentes y leves. La asociación de MTX e I, ha sido muy eficaz para mantener una pauta de administración de I cada 8 sem. A pesar de esto, se necesitan más estudios para determinar el beneficio clínico de la asociación de MTX (7,5 mg/semana) en la forma axial.

## 184

### EL TIEMPO HASTA EL INICIO DEL PRIMER FÁRMACO MODIFICADOR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE A LO LARGO DE LAS ÚLTIMAS DÉCADAS EN ESPAÑA

D. Clemente Garulo, E. Judez, E. Loza, C. Vadillo, L. Abasolo, J. A. Jover, C. Hernandez García e I. Morado  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Antecedentes:** La probabilidad de lograr una respuesta clínica en pacientes con artritis reumatoide (AR) depende crítica-

mente del tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el inicio del tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FME).

**Objetivo:** Analizar la evolución del tiempo transcurrido hasta la utilización del primer FME en España a lo largo de los últimos 20 años en pacientes con AR.

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

**Resultados:** Globalmente, la mediana del tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el inicio del primer tratamiento con FME fue de 16,2 meses [7,07-48,70]. Sin embargo, este intervalo de tiempo fue muy superior en aquellos pacientes cuyo inicio de la enfermedad había sido previo al año 1985 (99,9 meses [41,3-188,7]) en comparación con aquellos cuyos síntomas comenzaron entre 1995 y 1999 (8 meses [3-13,2];  $p < 0,0001$ ). En conjunto, se observó una disminución del tiempo hasta el primer FME de  $7,3 \pm 0,18$  meses por cada año transcurrido ( $R2 = 0,61$ ,  $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones:** A lo largo de las últimas décadas se ha producido una tendencia significativa a acortar el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas de la AR y la introducción del primer FME en el régimen terapéutico. A pesar de todo, un 25% de los pacientes siguen iniciando su primer FME más allá de un año después de haber iniciado los síntomas de la enfermedad por lo que será necesario seguir realizando esfuerzos para facilitar el acceso de estos pacientes a la atención especializada.

## 185

### ANÁLISIS DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS PACIENTES TRATADOS CON INFLIXIMAB EN NUESTRO HOSPITAL

N. Oreiro, M. Freire, C. Fernández, A. Miranda, J. Graña, J. de Toro, A. Atanes, F. Blanco, L. Fernández Sueiro, J. Pinto y F. Galdo

*Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.*

**Objetivo:** Valoración de las reacciones a la infusión de Infliximab y otros efectos secundarios de los pacientes con AR y Espondiloartropatías tratados en el Hospital de Día de Reumatología de nuestro hospital, desde Junio de 2000 hasta Diciembre de 2003.

**Material y métodos:** Se incluyeron 70 pacientes tratados con Infliximab, 54 AR, 8 A. Psoriasica y 8 Espondilitis Anquilosante, que recibieron un total de 891 infusiones. Todos los pacientes tienen una enfermedad severa que no han respondido a 2 FARAL solos o en combinación según el protocolo de la SER. Se administra Infliximab a una dosis de 3-5 mg/kg, a las 0, 2,6 y cada 8 semanas según el protocolo.

**Resultados:** Los pacientes eran 70, 18 varones y 52 mujeres. Nueve pacientes (8 AR y 1 A. Psoriasica) presentaron reacción aguda a la infusión, que consistió en todos los casos en dificultad respiratoria, tiritona con posterior subida de la temperatura hasta  $38^{\circ}C$  y dolor lumbar. Se establece el protocolo de tratamiento con antihistamínicos y corticoides con

resolución del cuadro. A ningún paciente se le suspendió el tratamiento y con el protocolo de profilaxis para posteriores infusiones todos los pacientes pudieron continuar tratamiento. De la totalidad de los pacientes a 11 se le suspendió el tratamiento, en 7 casos por ineficacia, 1 Tuberculosis Miliar, 1 Exitus por afectación pulmonar en el que no se confirmó causa por Necropsia y 2 interrupción voluntaria del tratamiento.

**Conclusiones:** Las reacciones a la infusión del Infliximab son leves e infrecuentes. La utilización de protocolos de profilaxis de estas reacciones, en pacientes susceptibles, al igual que en el caso de la profilaxis de la Tuberculosis, hace que se pueda continuar con el tratamiento, no precisando en nuestra serie la interrupción del mismo por esta causa.

## 186

### EL SÍNDROME DE SAPHO EXISTE: ESTUDIO DE 40 CASOS

M. Sallés Lizarzaburu, E. Riera Alonso, A. Olivé, S. Holgado, A. Lafont, R. Pérez y X. Tena

*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona.*

**Objetivo:** Describir los síndromes de SAPHO que se diagnosticaron en la sección de reumatología entre 1984 y 2003.

**Método:** *Diseño:* Estudio retrospectivo. *Lugar:* Hospital Universitario. *Referencia:* Área de 700.000 habitantes. Se identificaron los pacientes diagnosticados como síndrome de SAPHO (1984 – 2003). Se utilizaron los criterios que proponen Benhamou et al: manifestación osteoarticular con acné severo y/o manifestación osteoarticular con pustulosis palmoplantar y/o hiperostosis con o sin afectación cutánea y/o osteomielitis crónica multifocal recurrente; con posible asociación con psoriasis cutánea y enfermedad inflamatoria intestinal. Se recogieron las manifestaciones clínicas, estudios de imagen (gammagrafía ósea y tomografía computarizada), velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR), recuento del líquido sinovial, antígeno de histocompatibilidad B27 (HLA-B27), evolución y tratamientos recibidos.

**Resultados:** Se analizaron 40 pacientes con síndrome de SAPHO (20 hombres y 20 mujeres); edad media  $42 \pm 13$  años (límites 15-73). La edad al primer síntoma fue de  $38 \pm 13$  años (límites 10-71), con una demora diagnóstica de  $14,2 \pm 5,6$  años (límites 0-26). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron dolor torácico anterior en 27 casos (39,1%), artritis periférica en 13 (18,8%), síndrome sacroilíaco en 10 (14,5%), dolor en cintura escapular en 9 (13%), lumbalgia en 5 (7,2%) y otras en 5 (7,2%). La afectación cutánea estuvo presente en 25 casos (62,5%), siendo la forma predominante la pustulosis palmoplantar en 14 casos (42,4%), acné en 11 (33,3%) y psoriasis en 8 (24,2%). La edad media en la aparición de las manifestaciones cutáneas fue de  $32,6 \pm 16,1$  años (límite 8-72). El HLA-B27 fue determinado en 35 pacientes, de los que 29 fueron negativos (82,8%). La media de la VSG fue de  $30,8 \pm 30,5$  mm/h (límites 2-99) y la PCR de  $9 \pm 12,2$  mg/dl (límites 1-61). La gammagrafía ósea se pidió en 33 pacientes (82,5%), mostrando actividad inflamatoria en 30 casos (90,9%). La captación del trazador fue en: articulación esternoclavicular 23 (76,67%), articulación manubrioesternal 9 (30%), articulaciones sacroilíacas 4 (13,3%) y otras en 4 (13,3%). La tomografía computarizada se pidió en 28 pacientes y evidenció afectación en la articulación esternoclavicular en un 71,4%, en la articula-

ción manubrioesternal en un 25% y en la articulación sacroilíaca en un 17,8%. El tratamiento consistió en: antiinflamatorios no esteroideos 39 pacientes (97%), pamidronato endovenoso 7 (17,5%), metotrexato 4 (10%) y sulfasalacina 3 (7,5%).

**Conclusión:** El síndrome de SAPHO presenta manifestaciones clínicas bien definidas. A diferencia de otros trabajos el antígeno de histocompatibilidad B27 es negativo mayoritariamente. La gammagrafía ósea y la tomografía computarizada son de gran ayuda diagnóstica.

## 187

### EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ESPONDILOARTROPATÍAS JUVENILES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

R. Roldán Molina, M. Castro Villegas, V.C. Pérez Guijo, G. Morote Ibarrola, M.D. Miranda García, J.A. Carrasco y E. Collantes Estévez

*Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Introducción:** Las Espondiloartropatías de inicio juvenil (SpaJ) se asemejan a las Spa del adulto, aunque difieren en algunas características clínicas de inicio. El grupo incluye procesos indiferenciados (SpaI) y síndromes con criterios diagnósticos específicos: espondilitis anquilosante juvenil (EAJ), artritis reactiva (Are), síndrome de Reiter, artritis psoriásica juvenil (ApsJ), artropatías asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal y otras formas menos frecuentes (tarsitis anquilosante).

**Objetivos:** Describir las características de SpaJ en nuestro medio, y la frecuencia de desarrollo de SpaJ en niños con HLAB27 + y antecedentes familiares de primer grado de Spa.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de historias clínicas de niños con reumatismos inflamatorios atendidos en la unidad de Reumatología Pediátrica de nuestro hospital desde 1997 a 2003. Se registraron los casos que cumplían criterios diagnósticos de SpaJ, según el European Spodyloarthropathy Study Group (ESSG). Asimismo realizamos el seguimiento de los niños con HLAB27+ y con familiares de primer grado con Spa.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 170 niños menores de 16 años al diagnóstico. 64% eran niñas y un 78% estaban en un rango de edad entre 10 y 16 años. Del total, 38 (22,3%) cumplían criterios para AIJ frente a 42 para SpaJ (24,9%). Dentro de las SpaJ, la distribución fue: 20 SpaI (40%); 1 asociada a EICI (2%); 5 EAJ (10%); 4 artritis reactivas (8%); 9 ApsJ (21,2%) y 3 APs probable (7,1%). De los 42 pacientes, 54% eran varones, la media de edad al inicio fue  $11,2 \pm 4,9$  años, y 66% eran HLAB27 +. Las formas de EAJ comenzaron como SpaI y el tiempo medio hasta la diferenciación fue 5 años. El resto de formas eran diferenciadas al diagnóstico. El síntoma de inicio más frecuente fue oligoartritis asimétrica de miembros inferiores (26,1%) siendo la articulación más frecuente afectada el tobillo seguida de rodilla; el segundo síntoma de inicio en frecuencia fue entesitis de pies (21,4%), dactilitis (9,5%), lumbalgia inflamatoria (7,3%), dolor en nalgas (4,7%), coxitis (2,3%). 2 pacientes presentaron tarsitis. En el momento del estudio un 26% mostraban sacroilitis radiológica y 4,6% pacientes habían tenido afectación ocular. En nuestra serie 12 pacientes HLA B27 + tenían antecedentes familiares de Spa (26%) y de ellos, en

una media de seguimiento de 3,2 años, 5 han desarrollado SpA, 1 EAJ, 1 APsJ y 5 siguen sin criterios.

**Conclusiones:** Nuestros resultados muestran una frecuencia similar de las SpA frente a otros reumatismos pediátricos (24,9%) pero la presencia de HLAB27 es más baja (66%), respecto a otras series publicadas. Aunque la forma más frecuente de inicio fue la afectación periférica, un 12% de nuestros pacientes debutaron con manifestaciones axiales. Todas las EAJ se iniciaron como SpA. El 58,3% de los niños HLAB27+ con antecedentes familiares desarrollaron alguna forma de SpA, por lo que parece importante el seguimiento adecuado de estos pacientes.

## 188

### ESTADIO EVOLUTIVO DE ARTRITIS REUMATOIDE REMITIDAS A UNA CONSULTA EXTERNA DE REUMATOLOGÍA SIN LISTA DE ESPERA

J. Beltrán Fabregat, M. A. Belmonte Serrano y J.J. Lerma Garrido  
*Hospital General de Castellón. Castellón.*

**Objetivo:** Evaluar el tiempo de evolución con el que llegan los pacientes con Artritis Reumatoide a la primera consulta de Reumatología en un Hospital con una lista de espera que habitualmente no sobrepasa un mes, y comprobar si existen diferencias en relación con la edad y el sexo.

**Método:** Revisión de una muestra de 147 pacientes que cumplían los criterios de clasificación del ACR para Artritis Reumatoide (AR), representativa de la población de AR actualmente en seguimiento en nuestra Sección. Los pacientes fueron clasificados según el tiempo de evolución de los primeros síntomas en la primera visita en AR muy temprana (AR MT, < 6 meses), temprana (AR TE, 7 a 24 meses) y tardía (AR TA, > 24 meses). Se correlaciona el computo total y su relación con la edad y sexo.

**Resultados:** La muestra estudiada se compone de 70,0% mujeres con una media de edad de 60,6 años (rango 18-81) De los 147 pacientes, 75 (51%) presentaban una AR muy temprana, 27 (18,3%) una AR temprana y 45 (30,6%) una AR tardía en la visita inicial. La distribución por edad y sexo se muestra en las siguiente tabla:

Distribución de AR por edad y sexo

Edad	≤ 45 años	46-65 años	> 65 años
AR MT	16 (80%)	32 (50%)	27 (42,8%)
AR TE	03 (15%)	11 (17%)	13 (20,6%)
AR TA	01 (05%)	21 (33%)	23 (36,5%)
Total N	20	64	63

  

Sexo	Varones	Mujeres	Total
AR MT	22 (50%)	52 (50,4%)	74
AR TE	11 (25%)	15 (14,5%)	26
AR TA	11 (25%)	36 (34,9%)	47
Total N	44	103	147

Los valores en las casillas de la tabla indican N

El análisis de la tabla de edades muestra que los pacientes menores de 45 años son derivados mas precozmente que los demás ( $\chi^2 = 9,58$ ,  $p = 0,048$ ). La distribución de tiempos de derivación por sexos no muestra alteraciones estadísticamente significativas ( $\chi^2 = 2,85$ ,  $p = 0,24$ ).

**Conclusión:** La mitad de los pacientes con AR acuden a la primera visita con un tiempo de evolución menor de seis

meses, y hasta casi un 70% antes de dos años de evolución. En relación con la edad, llama la atención que los pacientes menores de 45 años son vistos más precozmente que los de mayor edad, presentando una evolución MT o TE en el 95% de los casos. La distribución por sexos no muestra alteraciones significativas. Aunque la ausencia de lista de espera parece facilitar la derivación temprana de la AR, los pacientes mayores de 45 años siguen llegando con cierto retraso a nuestras consultas.

## 189

### ¿RECONOCEN LOS PACIENTES CON FIBROMIALGIA LOS ASPECTOS QUE INFLUYEN EN SU SINTOMATOLOGÍA?

M.A. Cortés, M. Peiró, S. Fernández, H. Corominas, C. Geli, A. Laiz y C. Díaz

*Unitat de Reumatologia. Departament de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. CAP Maragall. Barcelona.*

**Objetivo:** Identificar en un grupo de pacientes con fibromialgia el cumplimiento del tratamiento no farmacológico así como los aspectos y variables sociodemográficas que influyen en su sintomatología.

**Pacientes y métodos:** Estudio descriptivo prospectivo realizado en la consulta de enfermería del Hospital de la Sta. Creu i St. Pau y en el centro de Atención Primaria Maragall de Barcelona. Se evaluaron 43 pacientes diagnosticadas de FM (según criterios de ACR) durante el mes de setiembre y octubre del 2003. Se pasó un cuestionario con preguntas relativas a variables sociodemográficas y culturales y mediante una escala categórica ordinal de 5 niveles se analizó la sintomatología. Después de una educación grupal, sobre la patología y tratamientos no farmacológicos, se pidió que registrarán, en una hoja, los aspectos que influían en su sintomatología. Se evaluó mediante un cuestionario el uso de las medidas enseñadas y la satisfacción de la información recibida.

**Resultados:** Se evaluaron 43 mujeres con una media edad de 57 años (D.S. 11,2). (44,2%) tenían estudios primarios, (72,5%) manifestaban dolor de más de 5 años de evolución, 9,3% refirieron no tener deterioro en su sexualidad, 28% necesitan ayuda de otra persona, 21% no disponía apoyo social. El dolor fue calificado de intenso a muy intenso en el 70%. Se observa una relación estadísticamente significativa entre la inactividad laboral y el aumento del dolor ( $p = 0,03$ ). El 46,5% rellenó la hoja de registro. De estos el 100% refiere el calor y la gimnasia suave como beneficioso. 23% utilizaba las duchas de agua caliente y 30% no practicaba ejercicio. El 50% señaló la relajación, el descanso programado, las actividades lúdicas y las terapias complementarias como beneficiosos y él (20%) el farmacológico. El 100% identificaron las malas posturas, cargar pesos y el sobreesfuerzo como perjudicial y el (53%) no utilizo las ayudas propuestas. El 80% considero satisfactoria o muy satisfactoria la información recibida.

**Conclusiones:** La inactividad laboral influye en la percepción del dolor intensificándola. Se observa una dificultad por parte de los pacientes en el reconocimiento de las causas que les ayudan a mejorar o empeorar su sintomatología, y aunque identifican algunos aspectos se les hace difícil llevarlos a la práctica. El papel de enfermería en estos pacientes es de gran importancia para generar cambios en sus hábitos de salud y potenciar su autocuidado.

190

### EFEECTO DE LOS EJERCICIOS ISOCINÉTICOS POTENCIADOS CON ELECTROESTIMULADOR EN LA SINTOMATOLOGÍA DE LA ARTROSIS

J.A. Miranda Filloy, D. Martínez Ares, C. Fernández López, J.A. Pinto, N. Oreiro, M. Freire, F.J. de Toro, A. Atanes, F.J. Blanco, G. Graña, J.L. Fernández Sueiro y F. Galdo  
*CHU Juan Canalejo. A Coruña.*

**Introducción:** La artrosis es un grupo de patologías con manifestaciones clínicas similares y cambios patológicos y radiológicos comunes. El ejercicio aeróbico y el fortalecimiento muscular mejoran la capacidad funcional.

**Objetivo:** Se trataría de demostrar si el ejercicio isocinético (a través de un electroestimulador) del músculo cuádriceps produciría un alivio del dolor y una mejoría de la funcionalidad de la articulación de la rodilla.

**Pacientes y métodos:** El TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) es una técnica de electroterapia analgésica que emplea corriente alterna de baja frecuencia. Se realizó un ensayo clínico, randomizado, doble ciego, en pacientes con artrosis de rodilla sintomática. Se incluyeron un total de 18 pacientes. Eran criterios de exclusión el portar marcapasos, epilépticos y la presencia de traumatismo o intervención quirúrgica reciente. Se estableció un grupo placebo (control) y un grupo activo. Se utilizaron varias variables: dolor (EVA), la escala WOMAC en sus subescalas de intensidad del dolor, función física y rigidez articular, así como el índice de Lequesne. Como método de análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 11.5

**Resultados:** Se compararon las variables anteriormente mencionadas tanto en el grupo de corriente activa como en el grupo placebo basal (inicio tratamiento), al finalizar el tratamiento, y un mes postratamiento (persistencia respuesta). En el grupo activo existe una mejoría en la escala WOMAC del dolor, rigidez y función física (estadísticamente significativa en éstas dos últimas), que se mantienen en el tiempo. No persiste la mejoría en el tiempo si utilizamos para medir el dolor la E.V.A. El Lequesne también presenta una mejoría al terminar el tratamiento respecto a su situación inicial y la persistencia en el tiempo de la mejoría (también estadísticamente significativa). En el grupo placebo no existe mejoría, como era de esperar, y utilizando la escala E.V.A para el dolor existe incluso un leve empeoramiento.

**Conclusiones:** El TENS en la artrosis de rodilla, produce una mejoría significativa del dolor, según la valoración del paciente medida con índice WOMAC (estadísticamente significativas en las subescalas rigidez y función física). Más estudios son necesarios, por la variabilidad de las metodologías usadas en estudios previos, el tipo de TENS y la duración del tratamiento más eficaces.

#### Bibliografía

1. Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for Knee pain. *Phys Ther* 2001;81(10):1675-700.
2. Jones D A, Ruthenford O M. Human muscle strength training: the effects of three different regimes and nature of the resultant changes. *J Physiol*, 1987;391:1-11.
3. Osiri M Welch V, Brosseau L, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation for Knee osteoarthritis (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue. Oxford: Update Software.

191

### PREVALENCIA DE FIBROMIALGIA (FM) EN LA POBLACION JUVENIL DE UN INSTITUTO DE ENSEÑANZA SECUNDARIA (IES) DEL CENTRO DE BARCELONA

J. Valero Saiz, J. Valero Lanau, P. Barceló y C. Alegre de Miquel  
*Unitat de Reumatologia Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

La prevalencia descrita en la población juvenil oscila entre 1,2% en escolares mejicanos, a un 6,3% que publicó Buskila en Israel. En nuestro país solo hay estudios de prevalencia en la población adulta. La Sociedad Española de Reumatología en su estudio EPISER describe una prevalencia en un 2,35% en la población adulta, varones 0,2% y mujeres un 4,2%. Revisada la bibliografía actual no encontramos datos referentes a la población juvenil española.

**Objetivo:** Detectar la prevalencia de Fibromialgia en la población juvenil de un IES de Barcelona.

**Material y métodos:** Se remitió una encuesta de salud a 400 escolares de un IES de Barcelona ciudad, es un IES del centro de la ciudad, recibiendo 383 respuestas, 186 varones y 197 mujeres, de edades entre 12 y 18 años, estudiantes de los cursos de 1º de ESO a 2º de BUP, un total de 20 clases, 5 clases por curso. En la encuesta se pregunta por la existencia de dolor, por enfermedades asociadas y la presencia de fatiga, ansiedad, sueño no reparador, cefalea, molestias intestinales, rigidez, sudoración profusa, dolor cuando practican actividades físicas, dolor con el clima húmedo o dolor por ansiedad o estrés. Se distribuyó un gráfico con los puntos estandarizados de FM y se preguntó cuantos puntos dolorosos percibían. Se exploró clínicamente a todos ellos en busca de los puntos sensibles descritos en los criterios de FM por la ACR en 1990.

**Resultados:** 12 jóvenes presentaban criterios de FM, lo que supone un 3,13% de la población, 1,61% varones y un 3,04% de las mujeres. Un 22% de los encuestados manifestaban dolor generalizado durante más de tres meses.

**Conclusiones:** La frecuencia de dolor generalizado en la edad juvenil de este instituto es similar a la del adulto y el porcentaje de FM también es similar.

192

### ARTROSIS Y DEPRESIÓN: ¿UNA ASOCIACIÓN COMÚN?

M.I. Tevar Sánchez, P. Ros Sánchez, A. Rueda Cid, I. Jiménez Moleón, P. Paule Sastre y D. Salvatierra Ríos  
*Hospital Clínico San Cecilio. Granada.*

**Objetivos:** Pretendemos demostrar si las crisis de agudización de la Osteoartritis (OA) aparecen en el contexto de otra patología también muy frecuente como es el Síndrome ansioso-depresivo (SAD).

**Material y métodos:** Estudio transversal seleccionando 107 pacientes (75 mujeres y 32 hombres), con una media de edad de 61,60 años, diagnosticados de OA en sus distintas localizaciones con agudización en ese instante y con una media de evolución de 7,8 años del mismo. Se les interroga sobre la localización preferente de la artrosis, la existencia o no de SAD, si existía se les preguntó acerca del profesional que lo diagnosticó (especialista en Salud Mental o en Atención primaria), y sobre el tratamiento realizado para el mismo.

**Resultados:** De los 107 pacientes, 49 de ellos (45,79%) están diagnosticados de SAD (36,5% por Salud Mental y 63,5% en Atención Primaria), del resto de los pacientes no diagnosticados un porcentaje importante (19,62%) presentan síntomas de dicho síndrome sin estar catalogados como tales. Un 29,2% de los casos aparecen de forma reactiva (muerte de un familiar de primer grado, divorcio, problemas económicos...); mientras que el resto se deben aparentemente a la incapacidad causada por su propio cuadro articular. El antidepressivo más comúnmente usado en nuestros pacientes es la Paroxetina (31,03%), mientras que el ansiolítico más usado es el Zolpidem seguido del Diazepam (27,09% y 23,25% respectivamente). De todas las localizaciones posibles es la espondiloartrosis de predominio en zona lumbar la que más frecuentemente se asocia a SAD, seguida de la cervicoartrosis.

**Conclusiones:** Los fases de agudización de la OA van asociados frecuentemente a un SAD como consecuencia de la limitación e incapacidad producida por su cuadro degenerativo. A menudo un SAD reactivo puede dar lugar secundariamente a un brote agudo de OA. Los antidepressivos son fármacos que frecuentemente usan nuestros pacientes. Es importante tener un tratamiento integrado contando con la ayuda de especialistas en Salud Mental para realizar un adecuado manejo del paciente.

## 193

### NEUROARTROPATÍA DE CHARCOT

P.C. Aguilera Cros, N. Cid Boza, R. Criado Pizarro, A. García López y J. Povedano Gómez  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Introducción:** Presentamos cuatro casos de pacientes diabéticos con afectación visceral e inflamación y edema poco doloroso del pie.

**Casos:** Se trata de tres varones y una mujer, con edades comprendidas entre 30-65 años y diabetes mellitus tipo 1 de más de 10 años de evolución que consultan por presentar inflamación y aumento de temperatura en pie de  $35 \pm 15$  días, sin acompañarse de fiebre ni afectación del estado general. Se realizó analítica, Eco-Doppler y Cultivos microbiológicos (en dos casos) que resultaron normales. Radiografías de pies donde se observan datos sugestivos de destrucción ósea. Electroneurograma (en dos de ellos) con polineuropatía sensitivo-motora distal severa. Gammagrafía ósea que muestra captación difusa. Después de  $10 \pm 5$  días de antibioterapia (por pensar en Osteomielitis como primera posibilidad) con mejoría parcial de la sintomatología, se solicitó TAC de pie (en tres casos) y RNM (en 1 caso) donde se observaron áreas de fragmentación ósea con cortical respetada, junto con engrosamiento de partes blandas, compatibles con Artropatía de Charcot.

**Conclusión:** La neuroartropatía de Charcot, es una forma grave de artrosis, que aparece por pérdida de sensibilidad al dolor, propioceptiva o ambas, y puede presentarse en pacientes con diabetes, tabes dorsal, siringomielia, entre otras. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica junto con características radiológicas. El diagnóstico diferencial se planteó con Osteomielitis, Trombosis venosa profunda y Celulitis, descartándolo razonablemente mediante pruebas de imagen. En cuanto al tratamiento, se basa en la detección precoz y en la inmovilización en descarga de la articulación.

## 194

### CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES ARTRÓSICOS

M. I. Tevar Sánchez, P. Ros Sánchez, P. Morales Garrido, C. Rodríguez Paiz, P. Paule Sastre y D. Salvatierra Ríos  
*Hospital Clínico San Cecilio. Granada.*

**Objetivos:** Con este estudio pretendemos valorar el grado de cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas indicadas en nuestra consulta.

**Material y métodos:** Estudio transversal realizado con 74 pacientes (56 mujeres y 18 hombres) con una edad media de 61 años, diagnosticados de OA en sus distintas localizaciones y revisados en nuestra consulta externa en los meses de Octubre-Noviembre de 2003. Se les interrogó acerca de la realización adecuada de su tratamiento farmacológico indicado (analgésicos, antiinflamatorios (AINES) y condroprotectores), adopción de medidas posturales, rehabilitación (RHB), y otros métodos para evitar el sedentarismo (yoga, paseo diario, natación terapéutica...).

**Resultados:** De los 74 pacientes el 59,4% (44 pacientes) afirma cumplir adecuadamente el tratamiento farmacológico de base, el 10,81% (8 pacientes) lo niegan realizarlo, y el 29,7% (22 pacientes) admite que sólo a veces. El 62,16% refiere tomar un único antiinflamatorio siendo el Ibuprofeno el más usado (37,84%). El 24,3% (18 pacientes) consume dos AINES asociados y un 27,02% (10 pacientes) admite no tomar antiinflamatorio. El 86,48% de los pacientes toma tratamiento analgésico de base siendo el más usado el Paracetamol (81,08%) seguido por el Metamizol (21,62%). Sin ningún tipo de analgesia se encuentra 13,52% de los pacientes, mientras que el 24,72% incluye 2 o más analgésicos en su tratamiento de base. Con tratamiento condroprotector aparece un 40,6% que admite una mejoría en sus algias en la mayoría de los casos. El 79,9% de los pacientes niega adoptar las medidas posturales que se aconsejan en nuestra consulta. Un 40,5% de los pacientes entrevistados ha sido enviado al servicio de RHB, afirmando una mejoría de sus molestias pero sin continuar realizando en su domicilio los ejercicios allí aprendidos. Un 60,3% de los pacientes interrogados admite realizar otras actividades para evitar el sedentarismo, como por ejemplo paseos diarios (50,8%), natación terapéutica (5,3%) y otros como yoga, Tai-chi... en un 3,9% de los casos.

**Conclusiones:** La mayoría de nuestros pacientes afirma realizar adecuadamente el tratamiento indicado en consulta de Reumatología, pero, sin embargo, un importante número de ellos admite tomar más fármacos de los prescritos por propia iniciativa, evitando por otro lado la adopción de las medidas posturales recomendadas en nuestra consulta. El AINE más usado es el Ibuprofeno, mientras que el Paracetamol es el analgésico preferido. Una gran parte de los pacientes enviados a RHB encuentran mejoría, sin embargo, no continúan realizando los ejercicios por ellos indicados.

## 195

### DEMANDA DE CONSULTAS MÉDICAS POR PARTE DEL PACIENTE CON FIBROMIALGIA

A. Rueda Cid, P. Morales Garrido, M. Tévar Sánchez, I. Jiménez Moleón, M. Fernández Cano y D. Salvatierra Ríos  
*Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.*

**Objetivos:** La Fibromialgia es una patología frecuente que puede dar lugar a multitud de síntomas, complicando en

ocasiones el diagnóstico. Los intentos terapéuticos fracasan repetidamente. Llevando al paciente a demandar con frecuencia consultas médicas. Nuestro estudio pretende analizar qué especialidades son las más demandadas.

**Material y métodos:** Estudio transversal realizado en nuestra consulta en los últimos 4 meses. Evaluamos 28 pacientes diagnosticados de fibromialgia según los criterios de ACR. Mediante cuestionario se valora edad, sexo, años de evolución, cantidad de principios activos que toman para mejorar síntomas de esta enfermedad y si habían consultado en el último año a otro reumatólogo o a otros especialistas.

**Resultados:** Del total de 28 pacientes 24 eran mujeres (85,75%), con una edad media de 39,7 años (rango: 30-56), una evolución media de la enfermedad de 4,14 años (rango: 1-9), y una ingesta de principios activos para aliviar sus síntomas media de 3,2 (rango: 2-6). Del total de los pacientes el 56,3% había consultado a otro Reumatólogo que en el 66,3% de casos pertenecía a la medicina privada y el resto al sistema sanitario público. El 71,4% realizaron consultas a otras especialidades por procesos que resultaron estar posiblemente asociados con su enfermedad.

Clasificadas en especialidades resultan: Psiquiatría (49,7%), Digestivo (16,2%), Neurología (14,7%), Ginecología (9,5%); y resto miscelánea.

**Conclusiones:** El paciente con Fibromialgia consulta con frecuencia a otro reumatólogo y a otros médicos de las distintas especialidades. Sería necesario tener en cuenta un abordaje multidisciplinario para la detección y tratamiento adecuado de los síntomas de la propia enfermedad como de los asociados a ella.

## 196

### PRINCIPALES PATOLOGÍAS ASOCIADAS A LA FIBROMIALGIA

D. Munguía Izquierdo, N. Estrada Marcén, A. Legáz Arrese y E. Serrano Ostáriz

*Facultad de Educación. Universidad de Zaragoza. Zaragoza.*

**Objetivo:** El objeto de este estudio es determinar las patologías asociadas a la FM más comunes en este grupo de población, así como analizar los posibles vínculos existentes entre dichas patologías con el fin de aportar datos relevantes que puedan esclarecer el origen de la FM.

**Métodos:** 72 mujeres diagnosticadas previamente de FM fueron sometidas a un cuestionario donde se les preguntaba sobre las patologías asociadas a la FM que padecían actualmente.

#### Resultados:

% de sujetos para cada síntoma

Insomnio	83,33	Cefaleas	80,56
Problemas de piel	43,06	Osteoporosis	13,89
Graves problemas de espalda	59,72	Hipertensión arterial	16,67
Depresión	62,50	Hipertensión ocular	16,67
Déficit memoria y concentración	83,33	Epilepsia	0
Tiroides	13,89	Dependencia drogas	2,78
Ansiedad	72,22	Sensibilidad al frío	62,50
Ciática	51,39	Otros	23,61

**Conclusión:** Parece evidente la relación existente entre la FM y diversos trastornos psiquiátricos, ya que un gran porcentaje de pacientes padecen insomnio, depresión, ansiedad, cefaleas, déficit de concentración etc. como patologías asociadas.

## 197

### ARTRITIS POSTCATETERISMO CARDÍACO

S. Machin García, B. Rodríguez Lozano, J. C. Quevedo, A. De La Rosa, M. Gantes, J. J. Bethencourt, A. Alvarez, E. Trujillo, S. Bustabad, F. Díaz y T. González  
*Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.*

**Objetivo:** Comunicar la observación de artritis siguiendo al cateterismo cardíaco (CC) e identificar su naturaleza.

**Pacientes y métodos:** De 3653 coronariografías en pacientes (Pt) con cardiopatía isquémica durante el período 2000-2003, se observó en 5 Pt sin historia previa articular ni metabólica, artritis postCC en las primeras 48 horas. Se investigó naturaleza de la artritis por historia reumatológica, estudio de microcristales, cultivo bacteriológico, valoración de determinantes metabólicos, radiografías y características del contraste administrado: Ultramist en 1 Pt e Iopamiroen 4 Pt (1 ml = 370 mg yodo). Excipiente común: edetato de calcio y sodio (1 ml = 0,48 mg Ca). Volumen medio: 137,5 ml (100-240 ml).

**Resultados:** 5 Pt (3/2 mujeres/hombres) con edad media 73,6 años, presentaron artritis aguda afectando a tarso (2 Pt), rodilla (2 Pt) y carpo (1 Pt), con localización simétrica en 2 Pt. El tiempo medio postCC de inicio de la artritis fue 28,8 horas (12-48 horas). En 3 Pt el estudio de microcristales en líquido sinovial mostró pirofosfato cálcico, con estudio bacteriológico negativo; en el resto no se realizó artrocentesis por anticoagulación. Todos los Pt eran normouricémicos, normocalcémicos, sin insuficiencia renal, diabéticos 4/5, ingesta crónica de diuréticos, no tiazídicos, 2/5; sin condrocalcinosis radiológica 4/5. El curso fue autolimitado entre 2-4 días tras tratamiento sintomático: colchicina (3 Pt), esteroides orales (1 Pt), AINES (1 Pt), sin recidivas en su seguimiento.

**Conclusiones:** El cateterismo cardíaco puede inducir (posiblemente por el contenido de I/Ca del contraste) pseudogota en pacientes de edad avanzada, sin historia previa de condrocalcinosis.

## 198

### EPICONDILITIS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DISCAPACIDAD EN UNA SERIE DE 120 PACIENTES

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

**Objetivo:** Realizar un análisis descriptivo de las características epidemiológicas, clínicas y grado de discapacidad de los pacientes con epicondilitis en una consulta de Reumatología.

**Material y método:** Se revisaron las historias clínicas de 120 pacientes diagnosticados de epicondilitis que fueron valorados en nuestra consulta desde Septiembre-2002 a Diciembre-2003. Se recogieron datos demográficos, clínicos, de discapacidad laboral y de los tratamientos recibidos.

**Resultados:** De los 120 pacientes 107 (89%) eran mujeres y 13 (11%) varones, con una edad media de 47 años (DE = 7 y rango 30-62). En relación a su actividad laboral 73 (63%) referían cargar peso moderado-severo con los miembros superiores. Se observó una duración media de la clínica de

158 días. En 5 pacientes (4,17%) se identificó una artrosis de codo asociada, en 7 (5,83%) fibromialgia y en 8 (6,67%) enfermedades inflamatorias (4 artritis reumatoides, 2 espondiloartropatías, 1 síndrome de Sjögren y 1 esclerosis sistémica). La epicondilitis fue bilateral en 33 pacientes (27,5%). Se asociaba epitrocleitis en el mismo codo en 25 pacientes (21%). Los tratamientos realizados fueron AINES vía oral (91,67%), infiltraciones locales con corticoides y anestésico (53,3%), fisioterapia domiciliaria (80%), rehabilitación (37,5%), banda de epicondilitis (44,17%) y se remitieron 2 pacientes a cirugía (1,67%). Precisarón baja laboral por la epicondilitis 28 pacientes (23,3%) con una duración media de IT de 92 días. La duración de la sintomatología fue mayor en las epicondilitis bilaterales  $p < 0,05$  y en las que asociaban epitrocleitis  $p < 0,05$ . Se observó una tendencia a mayor tiempo de evolución en los pacientes con artrosis de codo y/o enfermedades inflamatorias asociadas, aunque no hubo significación estadística. La duración de la sintomatología fue similar con los diferentes tipos de tratamiento utilizados.

**Conclusiones:** La epicondilitis tiene una duración de la sintomatología prolongada y es una causa de incapacidad temporal relativamente frecuente. Tiende a predominar en actividades laborales que requieran cargar peso. La epitrocleitis asociada y la bilateralidad prolongan el tiempo de evolución. En las epicondilitis más severas ningún tratamiento disminuye el tiempo de evolución más que otro.

## 199

### INFILTRACIÓN EPIDURAL EN PACIENTES CON LUMBALGIA RESISTENTE AL TRATAMIENTO CONSERVADOR

L. Mayordomo Gonzalez, E. Rejon Gieb, P. González Moreno, S. Rodríguez Montero, M.L. Velloso y J.L. Marengo de la Fuente

*Hospital Universitario Valme. Sevilla.*

**Objetivos:** Evaluar la respuesta al tratamiento con infiltraciones epidurales en pacientes con lumbalgia/lumbociatalgia resistente a tratamiento conservador (farmacológico/fisioterápico) habitual.

**Material y métodos:** Se estudiaron 50 pacientes ingresados por lumbociatalgia resistente a tratamiento habitual. El tiempo medio de evolución de la clínica fue de 5 meses. Los diagnósticos más frecuentes fueron hernia discal lumbar (88%) casos, estenosis de canal lumbar (6%) y osteoporosis con fracturas vertebrales. La media de edad fue 53 años (20-80). En 32 de los casos se realizó al menos una infiltración epidural con esteroide depot y anestésico local (bupivacaína 0,125%). Se evaluó la respuesta por el cambio en la EAV dolor antes, 2 y 6 meses después de realizar la infiltración epidural. Se consideró mejoría la disminución  $\geq 3$  puntos en la EAV dolor. Se consideró fracaso la mejoría  $< 3$  puntos en EAV o la necesidad de tratamiento quirúrgico. Las complicaciones fueron punción dural en 2 de los casos y reacción vasovagal en 1 caso.

**Resultados:** De los 32 pacientes en que se realizó infiltración epidural mejoraron 18 (56%). En 14 de los pacientes la mejoría fue menor de 3 puntos y en 8 de estos fue necesario el tratamiento quirúrgico.

**Conclusiones:** La infiltración epidural puede proporcionar mejoría adicional en pacientes con lumbociatalgia resistente a tratamiento conservador. La presencia de complicaciones es poco frecuente.

## 200

### ¿QUÉ OCURRE CON LA ENFERMEDAD DISCAL LUMBAR TRAS 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN?

A. Ruibal Escribano, L. Garrido Courel, I. Hernando Rubio, J. Duruelo Echevarrieta, F. Pérez Ruiz, M. Calabozo Raluy, E. Uriarte Isacelaya, E. Garmendia Sánchez, A. Alonso Ruiz y A. Umbria Mendiola

*Hospital de Cruces, Baracaldo. Hospital de la Princesa, Madrid.*

**Objetivo:** Evaluar la situación clínica, seguimiento y tratamiento de los pacientes con discopatías lumbares y/o estenosis de canal lumbar tras 10 años de evolución.

**Método:** Valoración mediante entrevista clínica, exploración, técnicas de imagen y grado de limitación funcional (utilizando el cuestionario de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry) de pacientes diagnosticados de discopatía y/o estenosis lumbar mediante RMN en nuestras consultas  $10 \pm 3$  años atrás.

**Resultados:** De los 65 pacientes seleccionados inicialmente, 16 no pudieron ser localizados, 3 habían fallecido, 5 no acudieron a la cita y 1 de ellos se negó a ser evaluado. De los 40 estudiados, 8 (20%) eran hombres y 32 (80%) mujeres con una edad media de  $55 \pm 12$  años, en un rango comprendido entre los 33 y los 81 años. La edad al diagnóstico era de  $46 \pm 12$  (entre 23 y 72 años). El 47,5% (19) presentaban una lesión discal única, el 32,5% (13) múltiple, estenosis con discopatía múltiple el 10%(4), estenosis y discopatía única el 7,5% (3) y estenosis de canal aislada un único paciente (2,5%). La forma de presentación más frecuente fue un dolor ciático descrito como grave y crónico (37,5%) seguido de un dolor moderado e intermitente (32,5%), moderado y crónico (20%), grave e intermitente (7,5%) y finalmente leve e intermitente en el 2,5% de los casos. Aunque la intensidad del dolor había mejorado respecto al inicio en 16 pacientes, solo 7 se encontraban asintomáticos, 3 referían estar peor y en 14 de ellos no se había modificado. Inicialmente el 100% de los pacientes recibieron AINEs, el 47,5% (19) también otro tipo de analgésicos por vía oral, el 35%(14) infiltración epidural, rehabilitación el 55% (22), a cirugía se sometieron el 30% (12) y el 17,5% (7) a otro tipo de tratamientos (medicinas alternativas, TENS,...). Se observa que a lo largo del tiempo se mantiene el tratamiento oral disminuyendo el resto de medidas terapéuticas. En el momento actual solo el 25% eran seguidos por especialistas siendo estos pacientes los que presentaban un dolor más grave y crónico a lo largo de la evolución. El 60% (24) se encontraban en activo, el 17,5% habían recibido una incapacidad laboral y el 22,5% (9) estaban jubilados. El 30% de los pacientes (12, todas mujeres) había desarrollado una fibromialgia no presente en el momento del diagnóstico de la discopatía, siendo las que obtenían mayores puntuaciones en el cuestionario de incapacidad.

**Conclusiones:** Los pacientes con discopatías lumbares y/o estenosis de canal mantienen dolor a lo largo de los años estando en muchos casos infratratados y no controlados por especialistas. Un importante número en nuestra serie ha desarrollado un síndrome de fibromialgia.

## 201

**ESTENOSIS DE CANAL LUMBAR: TRATAMIENTO CONSERVADOR Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

P. Brieva Beltrán, M. Pérez Núñez, J. Peña Sagredo, R. Blanco, C. Peña Martín y R. García Fernández

*H. Universitario Marqués de Valdecilla. Departamento de Medicina y Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander.*

**Objetivos:** Analizamos las características clínicas, de neuroimagen y terapéuticos de 122 pacientes con estenosis de canal lumbar (ECL); 58 recibieron tratamiento conservador (grupo I) y 64 quirúrgico (grupo II)

**Pacientes y método:** El diagnóstico, topografía y extensión de la ECL se realizó por TAC y/o RNM. Se clasifican siguiendo los criterios de O'Duffy. El tratamiento conservador consistió en analgésicos, AINES, opiáceos, fisioterapia e infiltraciones epidurales. El tratamiento quirúrgico se realizó mediante liberación pósterolateral y artrodesis transpedicular con injerto de cresta iliaca.

**Resultados:** En la tabla se expresan los datos más significativos. En el grupo II se dispone de un seguimiento prospectivo mediante una escala visual analógica (EVA). La EVA de dolor lumbar mostró los siguientes valores medios preprocedimiento (7,9), a los 6 meses (3,1), 12 meses (4,2). La EVA radicular preprocedimiento (8,2), a los 6 meses (2,6), al año (2,8).

Características clínicas	Grupo I (n = 58)	Grupo II (n = 64)
Edad media /Sexo	63,67/31 H; 27 M	62,28/ 35 H; 29M
Dolor lumbar	46	10
Radiculopatía	26	29 (8 paralizantes)
Claudicación Neurológica	23	19
Debilidad de E.I.	7	6
Estudio de neuroimagen		
Central	43	39
Lateral	13	6
Foraminal	23	19
Extensión: un nivel	27	16
Extensión: dos niveles	16	29
Extensión: multisegmentario	11	19

**Conclusiones:** La lumbalgia es más frecuente en el grupo I; en el grupo II predomina la radiculopatía. La discapacidad es leve/moderada en los pacientes del grupo I y moderada/grave en los del grupo II. Mediante neuroimagen la ECL más frecuente es la central seguida de la foraminal (grupos I y II), la extensión de la estenosis era mayor en el grupo II. El tratamiento conservador en el grupo I produce mejoría en la mayoría de los pacientes. La radiculopatía por estenosis foraminal mejora con tratamiento quirúrgico en el 79,3% de los casos, también mejoran de la claudicación de la marcha en el 73,9% de los casos a partir de los seis meses de la intervención.

## 202

**LA SINOVITIS TRANSITORIA DE CADERA RECURRENTE: UNA ENTIDAD A CONSIDERAR EN LA INFANCIA**

I. Calvo Penadés

*Unidad de Reumatología. Hospital Infantil La Fe. Valencia.*

**Objetivo:** Revisada la literatura, poca referencia se hace a aquellos pacientes con STC que presentan varias recurrencias durante su infancia, por ello el objetivo de nuestro trabajo es describir los resultados de un estudio prospectivo en 17 pacientes con STC recurrente.

**Pacientes y métodos:** Los criterios de inclusión en el estudio se basaron en la selección de aquellos pacientes que presentaron como mínimo 2 o más episodios de STC seguidos en nuestra Consulta. En todos ellos se consideró si existía historia familiar de enfermedades autoinmunes, si el paciente presentaba sintomatología asociada: aftas bucales, aftas genitales, artralgias-artritis, entensitis, manifestaciones oculares y cutáneas. En todos los pacientes se aplicó un protocolo de estudio y se consideró la positividad de los ANA (1/40), FR (látex > 30) y el HLA (A-B).

**Resultados:** De los 17 pacientes, 12 niños y 5 niñas, edad media en el 1º episodio de 4 años y en el 2º de 6,2 años. El 70% presentó dos episodios y el 30% entre 3 y 5. En el 60% de los niños existía historia familiar. Los síntomas asociados: Artralgias-artritis 65%, aftas bucales 59%, cutáneas 30%, aftas genitales 30%, entensitis 24% y oculares 18%. De las exploraciones realizadas el FR fue positivo en el 12%, los ANA en el 18%, el HLA B27 en el 30% y el HLA B5 en el 23%. Cumplieron criterios diagnóstico de enfermedad el 77% de los pacientes: Artritis Idiopática Juvenil (Artritis-entensitis) 36% y (artritis psoriásica) 6% y Enfermedad de Behçet el 30%.

**Conclusiones:**

La STC considerada clásicamente como un proceso benigno y transitoria, obliga a una mayor atención y seguimiento por parte del pediatra de atención primaria, dados estos resultados.

## 203

**LUPUS NEONATAL Y BLOQUEO CARDÍACO CONGÉNITO**

I. Calvo Penadés

*Unidad de Reumatología y Cardiología Pediátrica. Hospital Infantil La Fe. Valencia.*

**Objetivo:** Describir los distintos tipos de Bloqueo Cardíaco Congénito (BCC) en el Lupus Eritematoso Neonatal (LEN) y su posible relación con la presencia de anticuerpos anti-Ro y La en el recién nacido (RN) y en la madre.

**Pacientes y métodos:** Se realiza un estudio retrospectivo (1993-2002) de aquellos pacientes con BCC con criterios de LEN. Se considera el tipo de BCC, la edad del diagnóstico y la evolución. La asociación con otros síntomas. Los antecedentes maternos de autoinmunidad y la demostración de Ac-Ro/La circulantes en el niño.

**Resultados:** En 12 niños (8 niñas y 4 niños) con BCC, el diagnóstico se realizó intrauterino en 11 casos y solo un paciente se diagnóstico a los 6 meses. El BCC fue completo al diagnóstico en 8 pacientes y en el resto el BCC fue de un segundo grado y evolucionó a forma completo. El marcapasos fue precisado en 4 pacientes. Asociaron hidrops-fetal con manifestación hepática y neurológica 3 pacientes y en 2 se apreciaron lesiones cutáneas típicas, Neumonitis y trombopenia en 1 pacientes. Un total de 10 madres presentaban enfermedad autoinmune (7 LES y 2 Sjögren) y todas presentaron positividad de ANA y en 8 se detectaron Ro y La positivos. En 6 pacientes se consiguió demostrar la positividad de los ANA y Ro.

**Comentarios:** El BCC completo es la forma más frecuente de presentación y en el 36% (grado 1 y 2) precedió a la forma completa. Precisaron marcapasos un 33%. En el 80% de las madres se pudo comprobar enfermedad autoinmune. En el 75% de los pacientes con LEN presentaron Ac anti-Ro y se negativizaron en los primeros 16 meses.

**EXPRESIÓN DE LAS ISOFORMAS DEL CD45 EN LINFOCITOS T DE SANGRE PERIFÉRICA DE PACIENTES AFECTADOS DE SS: ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS FORMAS PRIMARIA Y SECUNDARIA**

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

**Introducción:** El Síndrome de Sjögren (SS) es una exocrinopatía autoinmune de etiología desconocida. Puede adoptar formas primarias (SSp) y secundarias a otras patologías (SSs). Existen evidencias de la implicación de una respuesta inmune alterada en el desarrollo del SS, así como alteraciones en el estado de activación de los linfocitos T. El estado de activación de estas células puede ser estudiado mediante la expresión de las isoformas del CD45: células no activadas o novatas (CD45RA+brillantes), células recientemente activadas (CD45RO+CD45RA+) y células activadas o memoria (CD45RO+brillantes). Se han descrito alteraciones en el uso de estas isoformas en el SSp.

**Objetivo:** En este contexto, nos planteamos el estudio de la expresión de las isoformas del CD45 por parte de los linfocitos CD4+ y CD8+ de sangre periférica en pacientes con pSS y con sSS con respecto a controles sanos, así como el estudio comparativo de dicha expresión entre ambas entidades.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron en el estudio 21 pacientes con SSp, 10 pacientes con SSs secundario a Artritis

Reumatoide (AR) y 20 individuos sanos como grupo control. Se obtuvieron células mononucleares de sangre periférica (CMSPs) 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 porcentaje de células positivas.

**Resultados:** En la población de linfocitos T CD4+ de pacientes con SSp, hemos detectado un aumento significativo en el porcentaje de linfocitos memoria (CD45RO+brillantes) ( $p = 0,007$ ) y una disminución de células recientemente activadas (CD45RO+CD45RA+) con respecto al grupo control ( $p = 0,011$ ) y al grupo SSs ( $p = 0,008$ ). La expresión de las isoformas del CD45 en las células CD4+ en el grupo de pacientes SSs se asemeja a los controles. En la población de linfocitos T CD8+ de los pacientes con pSS, se objetiva un aumento significativo de células memoria y recientemente activadas con respecto al grupo control ( $p = 0,001$  y  $p = 0,012$ , respectivamente), acompañado de una disminución de células novatas ( $p = 0,001$ ). En la población CD8+ de los pacientes con SSs hemos detectado un aumento significativo de células recientemente activadas con respecto al grupo control ( $p = 0,027$ ).

**Conclusión:** Nuestro estudio revela diferencias en el uso de las isoformas del antígeno CD45 por parte de las células T CD4+ y CD8+ en los dos grupos de pacientes estudiados, entre sí y con respecto a los controles sanos. Los resultados obtenidos indican un estado de activación linfocitaria T diferencial entre el SSp y SSs.