

3ª Sesión

Viernes 24 de mayo

19

LOS ANTICUERPOS ANTI-CÉLULA ENDOTELIAL DE PACIENTES CON ESCLERODERMIA CUTÁNEA DIFUSA Y ANTICUERPOS ANTI-TOPOISOMERASA I RECONOCEN DISTINTOS ANTÍGENOS QUE LOS DE PACIENTES CON ESCLERODERMIA CUTÁNEA LIMITADA Y ANTICUERPOS ANTICENTRÓMERO

P. García de la Peña, Y. Chanseaud, L. Guillevin, Y. Alanore, A. Kahan, O. Meyer y L. Mouthon

Léonard de Vinci, Hospital Avicenne, Universidad París-Norte, Hospital Cochin, Hospital Bichat.

Objetivo: Analizar el repertorio de auto-anticuerpos en el suero de pacientes con esclerodermia.

Método: Mediante la técnica de inmunoblot cuantitativo analizamos el repertorio auto-reactivo de IgG sérica, IgM e IgG purificada en 60 pacientes con esclerodermia: 20 con esclerodermia cutánea difusa (Esd) y Ac anti-topoisomerasa (ATA), 20 con esclerodermia cutánea limitada (Esl) y Ac anti-centrómtero (ACA) y 20 con ESd sin ATA ni ACA. Se realizaron experiencias, a igual concentración de IgG (200 mg/ml) e IgM (20 mg/ml), con extractos protéicos obtenidos de tejidos humanos sanos: piel, esófago, pulmón, riñón y músculo y con diferentes tipos de célula endotelial: célula endotelial de vena umbilical (HUVEC), célula endotelial de microcirculación de piel (HMVEC-D) y célula endotelial de microcirculación de pulmón (HMVEC-L) y *S. aureus*. El suero de cada paciente fue apareado para la edad, sexo y paridad en las mujeres con un suero de un sujeto sano.

Resultados: En la mayoría de los tejidos, el análisis del repertorio de reactividades de IgG de los tres grupos de pacientes resultó diferente. El repertorio de IgG del grupo con ATA fue distinto del de los controles para las tres fuentes de células endoteliales, siendo estos resultados estadísticamente significativos. Las IgG de los pacientes con ATA reconocían una banda de 110 kD en HUVEC, HMVEC-d, HMVEC-l y en menor intensidad en otros tejidos. Esta banda protéica también era reconocida por las IgG del 50% de los pacientes sin ATA ni ACA. Las IgG de los pacientes con ACA reconocían dos bandas protéicas en extractos proteicos de HMVEC-L que no eran reconocidas por los controles ni por los otros dos grupos de pacientes.

Conclusión: El repertorio de los anticuerpos anti-célula endotelial (AACE) es distinto en los tres grupos de pacientes con esclerodermia. Se han identificado unas reactividades específicas en los pacientes con EED y ATA y en pacientes con ESl y ACA frente a extractos proteicos de célula endotelial.

20

VARIACIÓN ESTACIONAL DE LA INCIDENCIA DE FRACTURA DE CADERA. CONTRIBUCIÓN DE VARIABLES CLIMATOLÓGICAS

R. Mazzucchelli Esteban, J. Quirós Donate, A. Díaz Oca, N. Crespi Villarías y P. Zarco Montejo

Unidad de Reumatología. Fundación Hospital Alcorcón.

Objetivos: Analizar si en nuestro medio existe variación estacional en la incidencia de fractura de cadera. Estudiar

como influyen distintas variables climatológicas en la incidencia de fractura de cadera.

Material y métodos: De la historia clínica informatizada de nuestro hospital se han recogido los datos sobre filiación (edad y sexo) y fecha de ingreso de los pacientes con fractura de cadera, desde oct/1998 hasta sept/2001 (3 años). Se solicitó al Instituto Nacional de Meteorología los valores diarios de diferentes variables climatológicas así como la presencia o ausencia de otros fenómenos como nieve, niebla, etc, durante el periodo indicado. Para el análisis comparativo se ha utilizado la densidad de incidencia (nº de casos por 100.000 personas-días). Se ha calculado el riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza del 95% (IC), entre estaciones climatológicas y para las distintas variables climatológicas estudiadas. Se ha estratificado por sexo y edad.

Resultados: Durante el periodo del estudio ingresaron 704 personas por fractura de cadera (1,08 casos por 100.000 pacientes-días). En mujeres se observó un aumento de la incidencia de fractura de cadera en invierno frente a primavera (RR 1,33 IC[1,06-1,68]) y verano (RR 1,34 IC[1,06-1,69]). En individuos > 75 años también se observó este aumento de incidencia en invierno frente a primavera (RR 1,29 IC[1,03-1,62]) y frente a verano (RR 1,26 IC[1,01-1,58]). No se observó este patrón en hombres ni en el grupo < 75 años. Las variables climatológicas que mostraron aumento de riesgo de fractura fueron: nieve (RR 2,15 IC[1,18-3,90]), niebla (RR 1,63 IC[1,21-2,20]) y viento fuerte (RR 1,24 IC[1,05-1,47]). No se encontró relación con lluvia, lluvia intensa, tormenta, granizo ni intensidad del frío.

Conclusiones: Confirmamos la variación estacional de la fractura de cadera, en nuestro medio. Determinadas variables climatológicas (nieve, niebla y viento) explican una parte de este aumento, pero no todo.

21

EVALUACIÓN DEL IMPACTO SOCIOECONÓMICO DE LA ATENCIÓN POR REUMATÓLOGOS A PACIENTES CON INCAPACIDAD TEMPORAL (IT) DE ORIGEN MUSCULOESQUELÉTICO EN UN ÁREA SANITARIA DE ASTURIAS

C. Ordás Calvo, S. González-Suárez, L. Rodríguez Arboleya, J. Babío Herraiz, C. Hernández García* y J.A. Jover Jover*
Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias. *Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: El desarrollo de un programa asistencial llevado a cabo por reumatólogos en la C.A. de Madrid y dirigido a pacientes con IT de origen musculoesquelético (ME) ha demostrado una reducción de los días de IT. Asturias presenta unos índices de discapacidad elevados (en número de procesos de IT y número de días de IT por proceso).

Objetivo: Demostrar que los resultados del programa IT-ME 98 en cuanto eficacia y eficiencia son reproducibles en un área sanitaria con distintas características sociodemográficas.

Pacientes y métodos: Población del Área Sanitaria V del Principado de Asturias (Gijón, Carreño y Villaviciosa), con una población activa de 110.179. Los procesos de IT-ME que se iniciaron entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de 2001 fueron distribuidos de forma aleatoria en dos grupos: grupo control que sigue el sistema tradicional de asistencia pública (primaria-especializada) y grupo intervención que es atendido directamente por reumatólogos. Las variables estu-

diadas fueron días de IT por proceso, días totales de IT, días de IT evitados, ahorro en pago de compensaciones y eficacia.

Resultados: Se aleatorizaron 1.104 procesos de IT (682 grupo control y 422 grupo intervención). El número de días de IT por proceso fue de 30,89 en el grupo control, frente a 20,65 en el grupo intervención, lo que supone un ahorro de 4.320 días en el grupo atendido directamente por reumatólogos (eficacia del 33%).

	Control	Intervención
Nº de pacientes	667	411
Nº de procesos	682	422
Días de IT/Proceso	30,89	20,65
Total días IT	21.066	8.714
Porcentaje de eficacia	33,14%	
Días de IT ahorrados	4.320	
Ahorro en pago por IT	28.084.550 pesetas	

Conclusión: La atención por reumatólogos a pacientes en situación de IT-ME del Área V de Asturias es eficaz consiguiendo una disminución en el número de días de IT con el consiguiente ahorro económico y demostrando la reproducibilidad del programa IT-ME en una población con unos índices de discapacidad de mayor duración.

22

COEXISTENCIA DE INFECCIÓN CRÓNICA POR VIRUS DE LA HEPATITIS C Y ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA: DESCRIPCIÓN DE 104 CASOS

M. Ramos-Casals, M. García-Carrasco, O. Trejo, J. Rosas, S. Jiménez, G. de la Red, A. Bové, G. Claver, R. Cervera, J. Font y M. Ingelmo
Hospital Clínic, Barcelona y Hospital de Villajoyosa, Alicante

Objetivo: Analizar la coexistencia de enfermedad autoinmune sistémica (EAS) e infección crónica por virus de la hepatitis C (VHC), y describir sus características clínicas e inmunológicas.

Pacientes: Hemos analizado de forma retrospectiva la existencia de infección crónica por VHC en nuestros pacientes con EAS visitados de forma consecutiva desde el año 1994 hasta el 2001.

Resultados: Hemos identificado un total de 104 pacientes VHC que cumplían los suficientes criterios para ser diagnosticados de las siguientes EAS: síndrome de Sjögren (n = 53), lupus eritematoso sistémico (n = 21), poliartritis nodosa - PAN- (n = 8), artritis reumatoide -AR- (n = 6), esclerosis sistémica (n = 5), síndrome antifosfolípido primario (n = 3), miopatías inflamatorias (n = 2), sarcoidosis (n = 2), arteritis de Horton (n = 1), polimialgia reumática (n = 1), granulomatosis de Wegener (n = 1) y púrpura de Henoch-Schönlein (n = 1). Las principales manifestaciones inmunológicas fueron la presencia de hipocomplementemia y crioglobulinemia. Dieciocho pacientes desarrollaron neoplasias después del diagnóstico de la EAS, principalmente hematológicas (n = 9) y carcinoma hepatocelular (n = 5). Las principales causas de mortalidad en la cohorte de pacientes se debieron tanto a manifestaciones autoinmunes graves (n = 6) como a complicaciones derivadas de su hepatopatía crónica (n = 5). Los pacientes que fallecieron presentaban una mayor frecuencia de enfermedad hepática avanzada (Child C) y de haber recibido tratamiento inmunosupresor.

Conclusión: El VHC es capaz de inducir manifestaciones autoinmunes que pueden presentarse como una EAS "definida" en algunos pacientes. La existencia de síndrome seco, afectación articular, cutánea, renal o neurológica, y los marcadores inmunológicos asociados al VHC pueden ocasionar el cumplimiento de varios de los criterios diagnósticos de enfermedades como el SS, el LES, la AR o la PAN. La coexistencia de EAS y VHC se asocia a una alta morbilidad (desarrollo de neoplasias hematológicas) y mortalidad debido a la suma de las patologías hepática y autoinmune.

23

EVALUACIÓN A LARGO PLAZO (10 AÑOS) DE LA ANTIBIOTICOTERAPIA PRECOZ CON RIFAMPICINA EN ARTRITIS REACTIVA DE COMIENZO

J. Cruz Martínez, J.A. Mosquera Martínez y S. Romero Yuste
Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Pontevedra.
Pontevedra.

Objetivos: Valorar la eficacia terapéutica de una pauta de 600 mg/día de Rifampicina durante 9 meses en Artritis Reactivas (ARe) de reciente comienzo.

Pacientes y diseño: 36 pacientes (31 varones y 5 mujeres) con ARe de menos de 4 meses de duración. La edad media de 34,1 años: En el 75% de los casos positividad del antígeno HLA B 27. El 13,8% presentaron sacroilitis y, la media de duración de la enfermedad fue de 9,9 semanas (6-17). Los pacientes fueron aleatorizados para recibir Rifampicina (grupo A) o AINE (grupo B) y su evolución seguida durante un período de 10 años.

Resultados: Al final del primer año del estudio, el número de pacientes en remisión completa en el grupo A (Rifampicina) fue considerablemente mayor que en el grupo B (AINE), (63% frente a 29,4%; $p < 0,001$) y, el número de no respondedores también menor (21,1% frente a 52,9%; $p < 0,001$). A lo largo de todo el período de estudio se mantuvo, con significación estadística la mejoría en los diferentes parámetros estudiados: índices articulares, valoración global del paciente y del facultativo y la cifra de hemoglobina. No se halló reducción significativa de la velocidad de eritrosedimentación. Los pacientes que mantenían remisión completa del cuadro al final del estudio (10 años) fueron los mismos que la habían alcanzado en el primer año.

Conclusiones: Este trabajo demuestra que la antibioticoterapia precoz y, durante un período de 9 meses, con Rifampicina en ARe de reciente comienzo, induce el doble de remisiones completas que la terapéutica convencional. Y que estas remisiones permanecen durante un período de 10 años. No se objetivaron efectos secundarios que requiriesen la suspensión del tratamiento.

24

EFICACIA DEL INFLIXIMAB A DOSIS DE 3 MG/KG EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA REFRACTARIA A METOTREXATE

C. Pérez García, J. Maymó, P. Benito, N. Segalés, D. Rotes Sala y J. Carbonell

Servicio Reumatología IMAS, Hospitales del Mar y de la Esperanza. Barcelona.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de 3 mg/kg de infliximab a las 30 semanas en pacientes diagnosticados de artritis psoriásica (A ps) con afectación periférica refractaria a metotrexate (MTX).

Métodos: 13 pacientes (8 hombres/5 mujeres) con una edad media de 42 años, afectos de A ps. periférica (5 pacientes presentaban afectación axial) refractaria a MTX ≥ 15 mg/semana, se les administro tratamiento endovenoso con 3 mg/kg de infliximab siguiendo la pauta de 0,2,6,14,22 y 30 semanas. Se recogieron los parámetros clínicos y biológicos que se detallan en la tabla 1. Se realizó en cada infusión el HAQ, EVA, VGP, VGM. Se ha realizado el estudio estadístico a la semana 6 y 30 con la prueba t de Student.

Resultados: Al inicio del tratamiento, los 13 pacientes presentaban una media de 16 art. dolorosas, 11 art. tumefactas y EVA de 52,3 mm. A la semana 30 de tratamiento el nº de articulaciones dolorosas y tumefactas se redujo 75 y 82% respectivamente ($p = 0,03$ y $p = 0,04$). Esta mejoría se objetivó en el resto de los parámetros clínicos y analíticos (tabla 1). La dosis de prednisona o equivalentes se redujo un 82% ($p = 0,02$). Se han producido 3 abandonos antes de la semana 30, 1 paciente intervenido de forma programada para recambio valvular, 1 paciente por reacción adversa durante la infusión y una paciente presentó una tuberculosis ganglionar después de la semana 6 de tratamiento. Otros acontecimientos adversos son 2 cuadros de infección respiratoria de vías altas y cefalea a la 2-3 h posinfusión. Se evidenció una mejoría del 100% del dolor a nivel axial y de las lesiones cutáneas.

Tabla 1: Variables clínicas y biológicas a la Semana 0, 6 y 30 (Abstract 24)

Variables	Semana 0	Semana 6	p	Semana 30	p
Edad	42 \pm 15,8				
Años de evolución	10,7 \pm 8,4				
Prednisona (mg/día)	5,5 \pm 3,7	3,3 \pm 3,2	0,12	1 \pm 2,5	0,02
MTX (mg/sem)	10 \pm 7,6	9,27 \pm 7,3	0,39	7,5 \pm 7,7	0,08
Art. dolorosas	16 \pm 14	2 \pm 3	0,001	4 \pm 5	0,03
Art. Tumefactas	11 \pm 10	1 \pm 2	0,001	2 \pm 3	0,04
Rigidez matutina (min)	53 \pm 84,9	1,53 \pm 5,7	0,01	6 \pm 13,4	0,07
Clase funcional	2 \pm 0,5	1 \pm 0,5	> 0,0001	1 \pm 0,5	0,0007
HAQ	0,7875 \pm 0,6	0,36 \pm 0,55	0,02	0,51 \pm 0,68	0,008
EVA (mm)	52,3 \pm 23,2	22,3 \pm 21,5	0,002	29 \pm 29	0,131
VGM (0-10)	5 \pm 1,6	1,7 \pm 1,3	> 0,0001	2 \pm 1	0,001
VGP (0-10)	6 \pm 1,8	2,15 \pm 1,7	> 0,0001	3,4 \pm 2,6	0,08
Hb (g/dl)	12,7 \pm 1,8	11,4 \pm 1,68	0,18	13,4 \pm 1,68	0,12
Leucocitos/ μ l	8755 \pm 2841	5463 \pm 2659	0,01	7216 \pm 1920	0,1
VSG (mm 1 ^h)	37,5 \pm 16,2	10,3 \pm 8,2	> 0,0001	9,6 \pm 5	0,0004
PCR (mg/dl)	2,40 \pm 2,2	0,3 \pm 0,8	0,002	0,2 \pm 0,4	0,04

Conclusión: El infliximab a dosis de 3 mg/Kg se muestra eficaz como tratamiento de la artritis psoriásica de afectación periférica a las 30 semanas

25

COMPARACIÓN DE UN ÍNDICE ECOGRÁFICO DE ENTESITIS CON PARÁMETROS DE ACTIVIDAD Y CRONICIDAD EN UNA POBLACIÓN DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

M. Alcalde, C. Bordoy, O. Sánchez-Pernaute, C. Acebes, L. González y G. Herrero-Beaumont
Servicio de Reumatología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Introducción: Existen distintos métodos disponibles para evaluar la actividad y la gravedad de la enfermedad en la Espondilitis Anquilosante (EA), pero ninguno de ellos es capaz de reflejar el grado de entesopatía. Hemos desarrollado un índice entesítico ecográfico (IEE) a un grupo de pacientes con EA.

Objetivo: Evaluar una posible correlación del IEE con parámetros de actividad y de gravedad de la EA.

Métodos: Treinta y dos pacientes diagnosticados de EA (criterios de Nueva York) fueron evaluados. Los parámetros de actividad de la enfermedad utilizados fueron: BASFI, BASDAI, dolor lumbar o axial y rigidez matutina medidos por sendas escalas analógicas visuales (EVAdl, EVArm), velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR). Para medir la gravedad de la enfermedad empleamos el test de Schober y el grado radiográfico de sacroileitis. La exploración ecográfica (sonda lineal 7,5 MHz) se realizó sobre 5 regiones de entesis de ambos miembros inferiores por dos observadores independientes y puntuada mediante una escala de 0-50 puntos.

Resultados: Mediante el examen ecográfico se pudo identificar distintas lesiones, interpretadas como inflamación activa (hipoecogenicidad, engrosamiento tendinoso, aumento de partes blandas) y otras como resultado de un daño crónico (erosión del hueso subcondral, sindesmofitos...). Se obtuvo una correlación interobservador significativa en la puntuación de las lesiones ($r = 0,44$ $p = 0,01$). Hubo una correlación positiva entre los distintos parámetros de actividad: VSG-PCR ($r = 0,65$ $p < 0,001$), BASFI-BASDAI ($r = 0,73$ $p < 0,001$), BASDAI-EVArm ($r = 0,77$ $p < 0,003$), BASFI-EVArm ($r = 0,51$ $p < 0,005$), EVArm-EVAdl ($r = 0,48$ $p < 0,01$), pero no hubo asociación entre estos parámetros y el IEE. Sin embargo, las lesiones crónicas observadas en la ecografía sí se correlacionaron con un grado más alto de sacroileitis ($r = 0,47$ $p < 0,01$) y un Schober más bajo ($r = 0,41$ $p < 0,05$).

Conclusión: Nuestro estudio sugiere que el IEE resulta útil como herramienta de medida de la cronicidad en la EA

26

MEJORÍA CLÍNICA DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE REFRACTARIAS CON TERAPIA INTRAVENOSA DE PAMIDRONATO

M.C. Muñoz Villanueva, V. Pérez, A. Escudero, M.C. Castro, M.A. Caracuel, E. Muñoz, J. González y E. Collantes
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

Introducción: Los bifosfonatos no sólo se localizan selectivamente en el hueso sino que también poseen propiedades

antiinflamatorias. Sin embargo, no hay mucha información sobre los posibles efectos antiinflamatorios de Pamidronato (aminobifosfonato) en pacientes con Espondilitis Anquilosante (EA) refractaria al tratamiento con otros AINEs.

Objetivo: Examinar las posibles propiedades terapéuticas de Pamidronato en pacientes con EA refractaria a otros AINEs, usando variables resultado clínicas, funcionales y biológicas.

Pacientes y métodos: Se incluyeron pacientes con EA refractaria a AINEs. Tras una valoración inicial, se administraron 60 mg de Pamidronato, diluido en 500 ml de 5% dextrosa por vía endovenosa; la pauta de administración era mensual durante 6 meses. Las valoraciones clínicas incluyeron el BASDAI (actividad de la enfermedad) y BASFI (capacidad funcional). Los parámetros biológicos de inflamación incluyeron la velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C-reactiva (PCR) y alfa1-glicoproteína ácida (AGA) u Orosomucoide. Las evaluaciones se realizaron al principio del estudio (previo a la primera infusión) y transcurridos 6 meses (después de 6 infusiones).

Resultados: Estos resultados corresponden a 8 pacientes (7 varones y 1 mujer), con una edad media de 43 años (Máximo-Mínimo: 34-50) y una duración media de la enfermedad de 14 años (Mx-Mn: 4-20). Todos los pacientes tenían EA (4 formas axiales y 4 formas mixtas) y eran HLA-B27 positivo. Todos los pacientes completaron el estudio y sólo se detectó mejoría estadísticamente significativa en el BASDAI, pero no en los otros parámetros clínicos, funcionales y analíticos evaluados. Los resultados se presentan en esta tabla (media \pm desviación típica):

	BASDAI (mm) (m \pm DS)	BASFI (mm) (m \pm DS)	VSG (mm/1 h) (m \pm DS)	PCR (mg/L) (m \pm DS)	AGA (md/dl) (m \pm DS)
Basal	72 \pm 25	37 \pm 18	28 \pm 20	17,4 \pm 9,8	93,5 \pm 3,5
A los 6 meses	36 \pm 24	37 \pm 1	28 \pm 19	15,6 \pm 9,2	105,5 \pm 3,5
	*p = 0,005	*p = 0,976	*p = 0,882	*p = 0,733	
	*p = level of significance in relation to baseline.				

Conclusión: Los resultados preliminares de este estudio muestran que Pamidronato proporciona una significativa mejoría clínica en pacientes con EA activa y refractaria, pero no mejora los parámetros funcionales ni analíticos.

27

ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO ABIERTO DE DESCOMPRESIÓN QUIRÚRGICA VS. INFILTRACIÓN LOCAL CON ESTEROIDE EN EL SÍNDROME DEL TÚNEL DEL CARPO. EXTENSIÓN A DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO

D. Ly Pen, J.L. Andreu, G. de Blas y A. Sánchez-Olaso
Reumatología. Clínica Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivo: Comparar cirugía vs. infiltración local con esteroide en el tratamiento del síndrome del túnel del carpo (STC) sin afectación motora clínicamente aparente, con un seguimiento a dos años.

Métodos: Ensayo clínico, aleatorizado y abierto. Eran elegibles para el ensayo los pacientes con síntomas sugestivos de STC de al menos 3 meses de evolución. Los carpos con afectación motora clínicamente aparente (atrofia tenar o debilidad muscular) fueron excluidos. Se confirmó la presencia de STC mediante EMG-ENG. Aquellos carpos en los que se

confirmó la presencia de STC fueron aleatorizados a recibir infiltración local o descompresión quirúrgica (técnica de incisión mínima). La variable de desenlace principal fue el dolor, medido mediante escala visual analógica (EVA) a tiempos 0, 3, 6, 12 y 24 meses. La significación estadística se estableció mediante la prueba de la t de Student, la prueba U de Mann-Whitney y la prueba de Wilcoxon. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del centro y todos los pacientes firmaron el consentimiento informado.

Resultados: 123 pacientes fueron elegibles para el ensayo. El EMG-ENG confirmó STC en 181 carpos de 102 pacientes. Un total de 119 carpos han completado el seguimiento a 2 años, con una edad media de 52,99 años, una proporción mujer/varón de 110/9 y un tiempo medio de evolución de los síntomas de 36,79 meses (43% de los carpos presentaban síntomas de menos de 1 año de duración). 60 carpos reci-

bieron infiltración y 59 carpos fueron descomprimidos quirúrgicamente. No había diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a duración de los síntomas, edad, género o gravedad del STC. La evolución de la EVA de dolor se presenta en la tabla.

	Basal	3 meses	6 meses	12 meses	24 meses
Cirugía	40,71	9,25	2,47	1,44	1,22
Infiltración	40,45	4,83	5,62	4,52	4,08
p	0,962	0,078	0,134	0,034	0,044

Conclusión: Tanto la infiltración como la descompresión quirúrgica son procedimientos eficaces en el control de los síntomas del STC. Existe un beneficio marginal de la cirugía en las evaluaciones a 12 y 24 meses, aunque la relevancia clínica de dichas diferencias parece escasa.