

3ª Sesión

Viernes 24 de mayo

234

HLA-CW*0602 SE CORRELACIONA CON HISTORIA FAMILIAR POSITIVA Y COMIENZO PRECOZ DE PSORIASIS EN SUJETOS CON ARTRITIS PSORIÁSICA

R. Queiro, J.C. Torre* y T. Tinturé

Unidad de Reumatología, Hospital San Agustín. Avilés-Asturias.

*Unidad de Reumatología, Hospital Monte Naranco. Oviedo-Asturias.

Objetivos: Determinar la posible asociación entre el alelo HLA-Cw*0602, edad de comienzo e historia familiar positiva de enfermedad, en pacientes con artritis psoriásica (ApS).

Pacientes y métodos: Para el presente estudio se reclutaron 65 pacientes consecutivos con ApS (33 varones y 32 mujeres, edad media 48 ± 14 años) y 45 pacientes con psoriasis sin artritis (23 varones y 22 mujeres, edad media 45 ± 12 años). En todos ellos se determinaron alelos HLA-Cw (PCR-SSOP). 177 donantes sanos sirvieron como grupo control.

Resultados: Los pacientes Cw*0602 (+) presentaron con más frecuencia historia familiar positiva de psoriasis (65% vs 37%, $p < 0,05$). La edad de comienzo de psoriasis en pacientes con ApS fue de 23 ± 12 años en los Cw6 (+) y 32 ± 12 años en los Cw6 (-), $p = 0,012$. En los pacientes con psoriasis sin artritis, la edad de comienzo de enfermedad fue de 18 ± 10 años en los Cw6 (+) y 30 ± 11 años en los Cw6 (-), $p < 0,01$. No hubo diferencias respecto a la edad de comienzo de artritis.

Conclusiones: Este estudio confirma la conocida asociación entre el antígeno HLA-Cw6, psoriasis de comienzo precoz e historia familiar positiva de enfermedad (psoriasis tipo I). HLA-Cw6 no influye sobre la edad de comienzo de la artritis en pacientes con ApS

235

ESTUDIO DE LOS POLIMORFISMOS DEL RECEPTOR DE LA INTERLEUCINA-4 EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

M. García-Carrasco, M. Ramos-Casals, O. Trejo, F. Lozano, G. de la Red, V. Gil, J. Font y M. Ingelmo

Servicio de Enfermedades Autoinmunes y de Inmunología, Instituto Clínico de Infecciones e Inmunología, Hospital Clínic, Barcelona.

Objetivo: Analizar la prevalencia de los distintos polimorfismos del gen de la interleucina-4 (rIL-4) en el síndrome de

Sjögren primario (SSP) y su relación con la existencia de manifestaciones clínicas o inmunológicas.

Pacientes: Se analizaron 48 pacientes (47 mujeres y 1 hombre, edad media 56 años) visitados consecutivamente en nuestra Unidad. Los pacientes fueron diagnosticados de SSP de acuerdo a los criterios Europeos. Se incluyeron en el estudio 47 controles sanos. En todos ellos se analizaron los polimorfismos del receptor del gen de la IL-4 mediante secuenciación del exón 11 (2573 bp) del gen que codifica el receptor de la IL-4, amplificado por la técnica de PCR.

Resultados: Hemos encontrado una mayor frecuencia del haplotipo ARSPRV (10,4% vs 6,4%) y una menor frecuencia del haplotipo ECSPQV (1% vs 4,3%) en los pacientes con SSP respecto a los controles, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. La existencia de una mutación en la posición 411, que motiva un cambio aminoacídico de una serina por una leucina, se asocia con una tendencia a una menor expresión inmunológica, y a una menor frecuencia de ciertas hemocitopenias, como menores cifras de leucocitos ($p = 0,015$) y plaquetas ($p = 0,046$). No observamos diferencias clínicas o inmunológicas al analizar el resto de polimorfismos en las posiciones 288, 375, 389, 406, 408, 478, 551, 727 y 726 del exón 11, detectando un nuevo polimorfismo (no descrito previamente) en la posición 554, que motiva un cambio de valina por isoleucina.

Conclusiones: Hemos observado diferencias en la distribución de los haplotipos del gen que codifica el receptor de la IL-4 en los pacientes con SSP respecto a controles sanos, aunque sin alcanzar diferencias significativas. La existencia de una mutación en la posición 411 se ha asociado con determinadas manifestaciones hematológicas. Finalmente, hemos descrito un nuevo polimorfismo del gen del rIL-4a en la posición 554.

236

DETECCIÓN DE LAS PROTEÍNAS Y MRNA DEL CANAL EPITELIAL DE SODIO (ENAC) EN OTRAS CÉLULAS DEL APARATO LOCOMOTOR HUMANO: OSTEÓBLASTOS Y TENOCITOS

E. Trujillo, I. Ferraz, T. González, P. Martín-Vasallo y A. Mobasher

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Canarias.

EnaC es un canal catiónico sensible a señales mecánicas. Los cambios en el volumen y la presión, así como las fuerzas de carga son señales mecánicas propias de la fisiología del aparato locomotor. Hemos demostrado previamente la expresión de las tres subunidades (alfa, beta, gamma) de ENaC en el cartílago humano y su sensibilidad a cambios mecánicos.

Objetivo: Estudiar la expresión de EnaC en otras células del aparato locomotor humano: osteoblastos y células de los tendones.

Material y métodos: Los osteoblastos se aislaron de hueso trabecular humano y los tenocitos se obtuvieron del ligamento cruzado anterior durante cirugías de reemplazamiento de rodilla. Para la inmunofluorescencia, las células se cultivaron en DMEM suplementado con 10 mM NaHCO₃, 25 mM HEPES, 2 mM L-glutamina, 10% FCS, 30 unid/ml bencilpenicilina y 15 µg/ml sulfato de estreptomina, 100 nM L-ácido ascórbico-2-fosfato and 10 nM dexametasona. Las células se fijaron en PBS con 3,7% de paraformaldehído

durante 10 min, y se incubaron con anticuerpos policlonales contra las subunidades alfa, beta, y gamma de ENaC y posteriormente con anticuerpos secundarios TRITC-conjugado anti-conejo. Para su examen se utilizó un microscopio confocal laser Leica. Primeros oligonucleótidos específicos humanos para amplificar las subunidades alfa, beta, y gamma de ENaC se utilizaron para detectar mRNA de EnaC en librerías de cDNA preparadas de osteoblastos y tenocitos humanos.

Resultados: El microscopio de inmunofluorescencia confocal reveló unos niveles de expresión de alfaEnaC de moderado a bajo en osteoblastos y tenocitos humanos, comparado con la obtenida en condrocitos humanos. RT-PCR confirmó estos hallazgos; bajos niveles de aEnaC se detectaron en osteoblastos y tenocitos pero no hubo evidencia de expresión de las subunidades beta o gamma de EnaC.

Conclusiones: Solo la subunidad alfa de EnaC se expresa en osteoblastos y tenocitos humanos. La ausencia de beta y gamma sugiere que es la subunidad a la implicada en la función de canal mecanosensible de EnaC, capaz de traducir las señales mecánicas que se producen durante el funcionamiento del aparato locomotor.

Financiado por el FIS 99/0695.

237

POLIMORFISMO BSM I DEL GEN DEL RECEPTOR DE LA VITAMINA D Y ACTIVIDAD DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

C. Gómez Vaquero, J. Fiter, J.M. Nolla, X. Nogués*, A. Enjuanes*, A. Díez Pérez* y D. Roig Escofet
Servicio de Reumatología. CSU Bellvitge. *Servicio de Medicina Interna, IMAS-Hospital del Mar.

Varios autores han apuntado el posible papel inmunomodulador de la vitamina D.

Objetivo: Analizar la asociación de los diferentes alelos del polimorfismo Bsm I del gen del receptor de la vitamina D (GRVD) con la actividad de la artritis reumatoide (AR).

Pacientes y métodos: En 123 mujeres posmenopáusicas afectas de AR, seleccionadas de forma consecutiva cuando acudían a control habitual ambulatorio, se determinaron el polimorfismo Bsm I del GRVD y varios parámetros de actividad y agresividad de la AR (clase funcional, HAQ, NAD, NAT, índice de Ritchie, VSG, PCR, albúmina, número de DMARD y dosis acumulada de glucocorticoides). El análisis genético se realizó mediante técnicas de extracción de ADN, amplificación por reacción en cadena de la polimerasa y restricción por la endonucleasa BsmI.

Resultados: La edad media de las pacientes fue de $62,9 \pm 8,4$ años. El tiempo de evolución medio de la AR fue de $12,5 \pm 7,3$ años y la duración media del período posmenopáusico de $15,2 \pm 9,4$ años. El 76% tenía el factor reumatoide positivo, el HAQ medio era de $1,3 \pm 0,7$, el 92% de las pacientes tomaban glucocorticoides. Las pacientes con el genotipo bb tenían una clase funcional, HAQ, VSG, albúmina y número de DMARD mejores que el resto de las pacientes de forma estadísticamente significativa. En el resto de parámetros de actividad, la tendencia fue congruente con los resultados previos aunque no se alcanzó la significancia estadística.

Conclusiones: El genotipo bb del polimorfismo Bsm I del GRVD parece condicionar una menor agresividad de la AR en las pacientes estudiadas.

238

ASOCIACIÓN DEL COMPLEJO MAYOR DE HISTOCOMPATIBILIDAD (CMH) CON LA RESPUESTA A LA TERAPIA CON ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-TNF ALPHA EN ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

M. Salido Olivares, A. Martínez Doncel, S. de Miguel Olalla, B. Galocha Iragüen, E. Gómez de la Concha y B. Fernández Gutiérrez
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo: Determinar si existen polimorfismos del CMH relacionados con la respuesta a la terapia con anticuerpos anti-TNF alpha en pacientes con enfermedades reumáticas.

Métodos: Fueron incluidos 59 pacientes (49 artritis reumatoide [AR], 5 espondiloartropatías, 3 Behçet y 2 artritis psoriásicas) tratados con anti-TNF alpha. Se realizó el genotipo de HLA-DRB1, DQA1, DQB1, región transmembrana de MICA (MHC class I chain-related gene A) y de los microsatélites TNF a; b; c; d; e, D6S273; BAT2 y D6S2223. Se utilizó el test Chi-cuadrado para comparar las proporciones alélicas entre los pacientes respondedores (PR) y no respondedores (PNR) a la terapia.

Resultados: La frecuencia del alelo 4 de D6S273 estaba reducida en el grupo de PNR (18% vs. 53%; $p = 0,019$). Los alelos D6S273/3 (71% vs. 40%; $p = 0,034$), BAT_2/2 (69% vs. 39%; $p = 0,043$) y D6S2223/0 (17% vs. 0%; $p = 0,025$) se presentaban todos con una mayor frecuencia en el grupo de PNR, a menudo en el contexto de DRB1*07. Estos marcadores, especialmente en el grupo de PNR, se encontraban en desequilibrio de ligamiento. No se observaron diferencias significativas en relación a los polimorfismos de TNF y MICA, y tampoco (en los pacientes con AR) para el epítipo compartido.

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que existen determinantes genéticos en el CMH para la respuesta al tratamiento con anticuerpos monoclonales anti-TNF alpha. Se propone un haplotipo del CMH que hipotéticamente englobaría un gen de resistencia a la terapia.

239

ALELOS DE SUSCEPTIBILIDAD A ENFERMEDAD DE CROHN DEL GEN NOD2 Y ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES

I. Ferreirós-Vidal, J.J. Gómez-Reino, A. González, F. Barros, A. Carracedo, J. Amarello, J. García Meijide y P. Carreira
Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela.

Objetivos: Pretendemos analizar si mutaciones en el gen NOD2 que predisponen a enfermedad de Crohn (CD) son también las causantes de la susceptibilidad a algunas enfermedades autoinmunes reumatológicas que tienen características comunes con la CD o en las que un locus de susceptibilidad ha sido identificado en la proximidad de NOD2. Entre ellas destacan la Espondilitis anquilopoyética (EA) y el Lupus eritematoso sistémico (LES).

Métodos: Se obtuvo DNA de sangre periférica de 112 pacientes con EA, 189 pacientes con LES y 194 controles de una población homogénea. Las frecuencias de los alelos patógenos de NOD2 (3020insC, 2722G > C, 2104C > T) se determinaron mediante el análisis de curvas de melting des-

pués de la hibridación con sondas FRET en el sistema de PCR en tiempo real LightCycler.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas entre casos y controles, para ninguno de los tres alelos de NOD2 ni para los tres considerados en conjunto en ninguna de las dos enfermedades: EA y LES.

	Chromosomas	3020insC	2722G > C	2104C > T	Total
Controles	388	1,3%	0,8%	5,1%	7,2%
Pacientes con EA	224	0,9%	0,9%	4,2%	5,9%
Pacientes con LES	378	1,3%	1,1%	3,2%	5,6%

La potencia estadística post-hoc de este estudio para detectar un efecto de duplicación en el riesgo es mayor de 0,95

Conclusión: Las 3 mutaciones de NOD2 que predisponen a CD no contribuyen a la susceptibilidad a EA y LES y, por tanto, no explican la asociación de estas enfermedades con loci de susceptibilidad en el cromosoma 16p.

240

DETERMINANTES GENÉTICOS DE LA ARTRITIS REUMATOIDE: POLIMORFISMO DEL PROMOTOR DEL GEN DE LA ÓXIDO NÍTRICO SINTASA INDUCIBLE (iNOS)

M. Pascual, R. Cáliz, A. García, M.A. Ferrer, M. Guzmán, A. Balsa, D. Pascual-Salcedo y J. Martín
Instituto López-Neyra, CSIC, Granada.

Objetivo: Analizar la posible asociación del polimorfismo de la región promotora del gen de la óxido nítrico sintasa inducible (iNOS) con la susceptibilidad a padecer artritis reumatoide (AR) y/o con formas severas de la enfermedad.

Métodos: Un estudio caso-control y un test de transmisión en familias de AR se desarrollaron en paralelo, con objeto de analizar el polimorfismo descrito en el promotor del gen de la iNOS consistente en; una mutación puntual -954G-C, el marcador dialélico (TAAA)n y el microsatélite altamente polimórfico (CCTTT)n. 47 familias con un hijo afecto y un panel de 152 pacientes de AR y 199 controles sanos fueron genotipados para los citados polimorfismos. Así mismo se examinó la posible asociación de los marcadores con diversos parámetros clínicos. Se disponía del correspondiente tipaje HLA-DRB1 de todos los individuos incluidos en el estudio.

Resultados: La mutación puntual -954G-C resultó ser no polimórfica en nuestra población. Por otra parte el marcador TAAA no se mostró asociado con el desarrollo de la enfermedad. En cuanto al microsatélite (CCTTT)n, los alelos iNOS 186 (10 repeticiones) ($P = 0,01$, $P_c = ns$, OR 1,69) y iNOS 211 (15 repeticiones) ($P = 0,03$, $P_c = ns$, OR 2,52) aparecieron incrementados en el grupo de pacientes, sin embargo, estratificaciones para HLA-Clase II no mantuvieron efectos significativos, y además el análisis de familias no mostró asociación ni ligamiento para ninguno de los marcadores estudiados. Finalmente no se detectaron efectos de los polimorfismos con ninguno de los parámetros clínicos analizados.

Conclusión: En el presente trabajo se analizó por primera vez la posible influencia de los polimorfismos del promotor del gen de la iNOS en AR, empleando estudios casos control y familiares. Nuestros datos sugieren que el polimorfismo de la iNOS parece no tener efecto relevante en la predisposición ni en el curso de la AR.

241

ACTIVACIÓN SINÉRGICA DE LA NITRÓXIDO SINTASA INDUCIBLE: INDUCCIÓN POR LEPTINA E INTERFERÓN-GAMMA EN LA LÍNEA CELULAR CONDRÓGENICA ATDC5

M. Otero, J. Gómez Reino y O. Gualillo
Hospital Clínico Universitario de Santiago, Laboratorio de Investigación, Santiago de Compostela.

Propósito del estudio: Recientes datos indican que el monóxido de nitrógeno es un mediador implicado en la inflamación y degradación del cartílago mediante desdiferenciación y apoptosis de los condrocitos. Por otro lado, existen datos que sugieren que la leptina puede participar en procesos inflamatorios agudos y/o crónicos. Con el fin de esclarecer la ruta metabólica implicada en la inducción de la nitróxido sintasa inducible (iNOS) en condrocitos, hemos examinado los efectos de la leptina y del interferón-gamma (IFN-g) en la línea condrogénica embrionaria murina ATDC5.

Métodos: Cultivo celular de la línea ATDC5. La actividad de la iNOS ha sido evaluada mediante el ensayo colorimétrico de Griess. La confirmación de la presencia de receptores de leptina funcionales y la expresión génica de iNOS ha sido evaluada mediante RT-PCR.

Resultados: Los resultados obtenidos demuestran que la estimulación con leptina (400nM) o con IFN-g (1 ng/ml) no provoca una activación de iNOS cuando las citocinas se administran in vitro individualmente. Sin embargo, la administración conjunta de la dos citocinas induce una clara activación de iNOS provocando un incremento significativo ($p < 0,001$) de la acumulación de nitrito en el medio. La inducción de iNOS está inhibida selectivamente tanto por L-NAME (100 y 500 μ M) como por aminoguanidina (1mM), ambos inhibidores específicos de la iNOS. Además hemos comprobado que la presencia de Tyrphostin AG490 (1 μ M), un inhibidor de la tirosin quinasa JAK2, impedía la activación de iNOS estimulada por leptina e IFN-g.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en este estudio, demuestran por primera vez que existe un efecto sinérgico entre leptina e IFN-gamma sobre la activación de iNOS en condrocitos. Esta inducción es dependiente de la activación de JAK2 y está inhibida por L-NAME y aminoguanidina.

242

EFEECTO DEL MTX SOBRE LA PRODUCCIÓN "IN VITRO" DE CITOQUINAS EN MONOCITOS Y LINFOCITOS T DE SANGRE PERIFÉRICA

D. Pascual-Salcedo, P. Sabina, S. Ramiro, J. Martín, M. Pascual, M.E. Miranda, A. Balsa y E. Martín Mola
Hospital La Paz, Madrid y CSIC, Granada.

Introducción: Se ha descrito una disminución de los niveles de TNF α en el líquido sinovial de pacientes con AR durante el tratamiento con MTX, aunque el mecanismo por el que esto ocurre no se conoce bien. Una de las vías de acción del MTX es la inhibición de la enzima 5,10-metilentetrahidrofolato reductasa (MHTFR). Publicaciones recientes relacionan el polimorfismo en la posición 677 del gen de la MHTFR con la toxicidad hepática del MTX.

Objetivo: Investigar el efecto inhibitor del MTX sobre la producción "in vitro" de citoquinas en monocitos y linfocitos T, y su relación con los polimorfismos en 677 y 1298 de la MTHFR.

Material y métodos: Se han estudiado 14 controles sanos y 9 pacientes con AR de reciente comienzo sin tratamiento previo. Los polimorfismos de la MTHFR en las posiciones 677 y 1298 se determinaron por PCR-RFLP. La sangre total diluida 1/10 se cultivó en presencia de anti-CD3 (1 µg/ml)+anti-CD28 (1 µg/ml), o LPS (4 pg/ml hasta 100 µg/ml), con y sin MTX (0,152 ng/ml hasta 625 ng/ml). Se midieron por ELISA las concentraciones de TNFα, IFNγ e IL6 en los cultivos a las 24 h (LPS) y 72 h (anti-CD3). La inhibición del MTX se revirtió con ácido fólico (3 µg/ml). La Dosis Inhibitoria-50 (DI-50) se calculó como la concentración de MTX necesaria para inhibir el 50% de la producción máxima de cada citoquina.

Resultados: 1) La producción de TNFα, IFNγ e IL6 fue similar en pacientes y controles en todas las condiciones estudiadas. 2) El MTX no afectó la producción de TNFα ni IL-6 estimulada por LPS pero inhibió de modo significativo la síntesis de IFNγ, TNFα e IL6 estimulada por anti-CD3. En todo el rango de concentración de MTX estudiado la inhibición fue mas marcada sobre el IFNγ, algo menor sobre el TNFα y la mas baja sobre la IL6. A la dosis de MTX = 40 ng/ml, el % de inhibición fue significativamente diferente entre las tres citoquinas (p < 0,01). 3) Se encontraron diferencias individuales en la sensibilidad "in vitro" al MTX. La DI-50 para el TNFα fue < 10 ng/ml (mediana = 1,9) en 11/23 sujetos, y > 15 ng/ml en 12/23 (mediana = 27). Para el IFNγ fue < 2 ng/ml (mediana = 1,9) en 7/16 y > 10 ng/ml (mediana = 21) en 9/16. 4).- Los polimorfismos en las posiciones 677 y 1298 de la MTHFR no se relacionaron con la respuesta al MTX.

Conclusiones: El MTX inhibe la secreción de citoquinas por los linfocitos T pero no por los monocitos. Existen diferencias individuales en la sensibilidad al MTX "in vitro", lo cual podría tener una aplicación importante en la clínica.

Este trabajo ha sido financiado por Schering-Plough.

243

COMPARACIÓN DE LA DETERMINACIÓN DE LOS ANTICUERPOS DE LAS LDL OXIDADAS ENTRE PACIENTES AFECTAS DE ARTRITIS REUMATOIDE Y GRUPO CONTROL

A. Juan, A. Barceló, M. Vila, I. Ros, I. Borrás, C. Llompart y B. Ribas

Hospital son Llàtzer. Palma de Mallorca.

Introducción: Los pacientes afectados de artritis reumatoide (AR) tienen una esperanza de vida disminuida posiblemente a expensas de eventos cardio-vasculares (c-v). Los anticuerpos anti-LDL oxidada (ac LDLox) han demostrado tener un valor predictivo del riesgo del infarto agudo de miocardio y de la progresión de la aterosclerosis de carótida.

Objetivos: Demostrar que las AR sin otros factores de riesgo c-v presentan unos valores superiores de ac LDLox en comparación al grupo control.

Material y métodos: Es un estudio de casos y controles. Se comparan las determinaciones cuantitativas de los ac LDLox obtenidas en suero por el método ELISA entre dos grupos (20 AR y 19 grupo control). Todas las participantes son

mujeres premenopáusicas, sin hábitos tóxicos, no toman anticonceptivos orales ni cloroquina ni glucocorticoides. Se les determina edad, niveles de colesterol, triglicéridos, índice de masa corporal (IMC). Las AR se dividen según el factor reumatoide (FR), los años de evolución de la AR (0-4 y 5-10 años), y la edad de aparición de la AR (< o > de 30 años).

Resultados: Los dos grupos son comparables en cuanto a edad, IMC, colesterol y triglicéridos. Los ac LDLox presentan una media muy similar entre los dos grupos y comparados según los niveles de colesterol, triglicéridos, edad e IMC. El grupo afecto de AR no muestra diferencias en cuanto a las determinaciones de los ac LDLox y los años de evolución. Existen diferencias según la edad de inicio siendo la media de los ac LDLox en las AR de aparición antes de los 30 años de 443,74 mU/ml y después de los 30 años de 209,92. Las AR con el FR positivo tienen una media de los ac LDLox de 370,91 mU/ml y las AR con el FR negativo de 221 mU/ml.

Conclusión: Los niveles de los ac LDLox son iguales en las pacientes afectas de AR y en un grupo control sin factores de riesgo c-v. No parecen ser un factor determinante en el aumento del riesgo c-v que presentan las pacientes afectas de AR.

244

EXPERIENCIA EN ARTROSCOPIA REUMATOLÓGICA EN EL HOSPITAL DE PALAMÓS

R. Valls García, M.T. Clavaguera Poch, J. Centenera, S. Albors Freixedas, L. Prieto Dezar y J. Roig Santamaría
Servicios de Reumatología y Traumatología y Ortopedia del Hospital de Palamós. Palamós.

Objetivo: Describir la experiencia de 8 años en la práctica de artroscopias.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de las artroscopias realizadas en el Servicio de Reumatología del Hospital de Palamós entre enero de 1993 y agosto de 2001. Los pacientes procedían de consultas externas de nuestro hospital y pertenecían todos a la comarca del Baix Empordá (Girona). Se utilizó un artroscopio Storz de 3,5 mm y 2,7 mm, con un ángulo de visión de 30°. Se recogieron datos demográficos, la indicación de la intervención, los hallazgos macro y microscópicos, las complicaciones presentadas y el diagnóstico final.

Resultados: Se practicaron 270 artroscopias. Se trataba de 154 mujeres y 116 hombres con edades comprendidas entre 13 y 85 años. Los pacientes estaban afectados de artrosis (66,6%), artritis inflamatorias (44,4%) y derrames articulares rebeldes al tratamiento conservador. La articulación más frecuentemente explorada fue la rodilla (58,8%). Las indicaciones de intervención fueron con aplicaciones diagnósticas, biopsia sinovial, valoración de cartílago articular y aplicaciones terapéuticas. Cinco pacientes (1,85%) presentaron complicaciones entre ellas la hemartrosis fue la más frecuente (55,5%), Se realizaron 180 lavados articulares, 83 sinovectomías, 99 meniscectomías parciales, 94 bursectomías subacromiales, 1 mosaicoplastia.

Conclusiones: La artroscopia en reumatología es una técnica útil para el estudio de la sinovial y valoración del cartílago articular así como para realizar acciones terapéuticas como lavados articulares o sinovectomías. Las complicaciones son leves e infrecuentes.

245

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL ETOFENAMATO I.M. EN LUMBALGIA AGUDA COMPARADO CON MELOXICAM I.M., ADMINISTRADOS 1 VEZ/DÍA POR 3 DÍAS EN UN ESTUDIO ALEATORIO, CIEGO, CON DOS BRAZOS PARALELOS, MULTICÉNTRICO

M. Robles-SR*, M. Medina*, V. Díaz-S*, A. Torres-y-GR y L.E. Herrera-G

*ISSEMYM Toluca. Edo. de Méx. Departamento Médico de Bayer. México D.F. México.

Introducción: La lumbalgia se presenta hasta en el 80% de la población general. Se evaluó la eficacia y seguridad de Etofenamato (Et) vs Meloxicam (Ml) en la lumbalgia aguda (LbA).

Métodos: Se incluyó LbA de cualquier origen. Se midió el dolor con la Escala Visual Análoga (EVA) (1 –sin dolor-, 10 –dolor insoportable-). Escala de 7 puntos (Encantado-En, Contento-Co, Muy Satisfecho-MSa, Sensación Mixta-SMx, Desagrado-De, Infeliz-In, Terrible-Ter). Escala de Limitación Funcional (ELF) y Eventos Adversos (EA).

Resultados: Pacientes incluidos para eficacia n = 78, 52,56% sexo femenino. En las Visitas 1 y 2 la EVA, E. Sintomática y ELF, no tuvieron diferencia estadística significativa, pero sí en la Visita 4.

Final (Visita 4)	Etofenamato	Meloxicam
EVA (promedio)	11,18 + 11,92	13,73 + 15,89
E. Sintomática	Co: 19 (47,5%)	MSa: 17 (44,7%)
ELF (promedio)	1,85 + 1,82	2,34 + 2,74
E Adversos	26 (56%)	38 (71,10%)

Conclusiones: En cuanto a Eficacia como en Tolerabilidad el Etofenamato mostró cierta ventaja sobre el Meloxicam.

246

OBTENCIÓN DE TEJIDO SINOVIAL A TRAVÉS DE UN SISTEMA AUTOMÁTICO DE BIOPSIA

J. Moreno Morales, P. Castellón, M.F. Pina, R. González, C. Marras, L.F. Linares, A. Bermúdez, J. Martínez y F.A. Martínez

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: La biopsia sinovial es una técnica útil en reumatología desde el punto de vista clínico (diagnóstico diferencial de monoartritis, etc), y en la investigación sobre la patogenia y comportamiento de la membrana sinovial en diversas enfermedades. La biopsia cerrada se realiza habitualmente con aguja de Parker-Pearson o con otras (Polley-Bickel, Silverman, etc). El principal inconveniente de estas técnicas es que con frecuencia el material extraído es inadecuado o insuficiente para su análisis, y además exige un cierto grado de especialización y destreza técnica para su realización. En el presente estudio evaluamos la realización de biopsias sinoviales mediante un procedimiento de biopsia automático, utilizando como guía el trocar de Pearson-Parker.

Material y métodos: Tras anestesia local (por planos) con clorhidrato de mepivacaína, se realiza una pequeña incisión en la piel con bisturí de sección triangular. Introducimos el trocar y el fiador de Parker-Pearson para penetrar en cavi-

dad articular. Retiramos el fiador e introducimos un sistema de biopsia automático ACECUT (ACE 180751 o 160751), tomando cuantas muestras sean necesarias.

Resultados: Hemos realizado un total de 7 biopsias con este método (en pacientes con artritis mantenida, en los que el diagnóstico de base no justificaba el cuadro clínico) con obtención de muestra suficiente de tejido sinovial y valorable para su procesado en 6 muestras (85,7%). En todos los pacientes la biopsia se realizó con escasas molestias y sin producirse ninguna complicación.

Conclusiones: El sistema automático de biopsia es un método diagnóstico eficaz, económico, seguro, poco traumático y que solo exige un mínimo entrenamiento para su utilización.

247

PATRONES VASCULARES SINOVIALES EN ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS Y DEGENERATIVAS

J.R. Rodríguez, G. Salvador, R. Sanmartí, A. Gómez, C. Albaladejo, I. Vázquez, J. Muñoz-Gómez y J.D. Cañete
Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología. ICAL Hospital Clínic de Barcelona.

Objetivo: Analizar de forma sistemática los patrones vasculares (PV) de diferentes artropatías inflamatorias y degenerativas crónicas con el fin de valorar su utilidad diagnóstica.

Pacientes y métodos: Se estudiaron 100 pacientes a los que se practicó una artroscopia diagnóstica o terapéutica con anestesia local. Se incluyeron 85 rodillas, 11 muñecas, 3 codos y 1 metacarpofalángica. Pacientes: 35 con AR (72% FR+) (evol: 68,2 meses+ 89), 15 con ESP (70% HLA-B27+) (56,5+69), 15 con artritis psoriásica periférica (APS) (todos HLA-B27 negativos) (37,5+72), 16 con artritis indiferenciada (INDIF) (37,5+5), 11 con artropatías microcristalinas (MC) (61,8+25) y 8 con artrosis (54,5+2,4).

Resultados: Se reconocieron los 3 PV previamente descritos (lineal (L), tortuoso (T) y mixto (M)). En la AR, 34% de los pacientes tenían patrón L, 32% T y 34% M. En ESP el 13% tenían patrón L, el 80% T y el 7% M. En APSA el 93% tenían patrón T y el 7% M. En INDIF el 6% patrón L, el 56% T, el 38% M. En MC el 91% tienen patrón T y el 9% M; en Artrosis, el 88% tenían patrón T y el 12% M. No se encontraron diferencias en los patrones entre artropatías de corta evolución (< 18 meses) y larga evolución (> 24 meses). El 80% de los patrones L corresponden a AR y el 60% de los T a ESP (incluyendo APSA). El 50% de artritis indiferenciadas tienen patrones T. La artrosis y las MC tienen PV similares a las ESP y APSA, aunque la diferenciación es fácil porque las vellosidades son más pequeñas, finas y translúcidas, localizándose en la artrosis en lugares de condropatía y más difusas en las MC.

Conclusiones. El patrón L tiene una buena especificidad para la AR (80%), aunque con poca sensibilidad (34%). El patrón T tiene 85% de sensibilidad para detectar ESP y APSA, aunque su especificidad es discreta (60%), ya que también predomina en artrosis (90%) y MC (93%). Las artropatías con mayor frecuencia de patrón M son la AR (34%) e INDIF (37%).

Este estudio demuestra que la valoración de los PV puede aportar claves diagnósticas y orientar los estudios patogénicos en las artropatías crónicas.

248

PERFIL METABÓLICO DE LOS CONDROCITOS ARTRÓSICOS Y NORMALES DURANTE EL ENVEJECIMIENTO. EL PAPEL DE ÓXIDO NÍTRICO

E. Maneiro*, M.A. Martín, M.C. de Andrés*, J.A. Pinto*, I. Fuentes, M.J. López-Armada*, J.L. Fernández-Sueiro*, F.J. de Toro*, J. Arenas, F. Galdo* y F.J. Blanco*

Centro Investigación. Hospital 12 de Octubre. Departamento de Medicina. Universidad de Coruña. *Laboratorio de Investigación. Servicio de Reumatología. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

Introducción: Hay tendencia a interpretar que la artrosis y el envejecimiento del cartílago articular son dos procesos similares. Sin embargo, el cartílago OA sintetiza mayor cantidad de óxido nítrico (NO) que el cartílago sano y contiene mayor número de condrocitos en apoptosis.

Objetivos: Cuantificar la actividad enzimática de los complejos mitocondriales de condrocitos OA y normales durante el envejecimiento. Analizar el efecto del NO sobre la actividad mitocondrial y el potencial de membrana mitocondrial de los condrocitos normales.

Material y métodos: Se emplearon 21 cartílagos procedentes de donantes sanos y 53 cartílagos de donantes artrósicos (edades entre 40-90 años). Se estudió la actividad de los complejos mitocondriales (I-IV) en condrocitos normales y OA así como en condrocitos estimulados con NO. El potencial de membrana mitocondrial se analizó por citometría de flujo.

Resultados: Si comparamos las actividades de los complejos enzimáticos en dos grupos de edades (< 70 y > 70 años), los condrocitos sanos y OA no presentan diferencias significativas. Sin embargo, si comparamos condrocitos de donantes sanos y OA < 70 años observamos una reducción significativa de la actividad del complejo II (29%) y III (22%), mientras que en los condrocitos sanos > 70 años sólo fue significativa una reducción del complejo II (37%). La estimulación de condrocitos normales con NO inhibe la actividad del Complejo II (29%) y del Complejo IV (22%). El NO induce una despolarización de la membrana mitocondrial y su efecto es reversible a las 24 horas de retirar el dador de NO del medio.

Conclusiones: El proceso artrósico y el envejecimiento son dos procesos metabólicamente diferentes.

Financiado por FIS: 00/943 y Universidad de Coruña.

249

INFARTOS MEDULARES ÓSEOS

M. Almirall, X. Perich y J. Carbonell
Hospital del Mar y l'Esperança. Barcelona.

Objetivo: Conocer la frecuencia, características clínicas, evolución y etiología de los Infartos Medulares Óseos (IMO).

Métodos: Tras la detección de un caso centinela se revisa la base de datos de los últimos 5 años de CRC-Mar, detectándose 5 pacientes con las características prefijadas, de un total de 8.200 exploraciones osteoarticulares realizadas.

Resultados: *Caso 1:* Varón de 41 años con antecedentes de trasplante renal heterotópico e inmunosupresión posterior, clínica de coxalgia bilateral y RM que muestra imágenes compatibles en cabezas y cuellos femorales. *Caso 2:* Varón de 44 años con antecedentes de síndrome de Raynaud y asma bronquial con corticoterapia, clínica de gonalgia bilateral y RM que muestra lesiones compatibles en ambos fému-

res y tibias. *Caso 3:* Varón de 43 años con antecedentes de politoxicomanía, infección HIV categoría C3 y EPOC con corticoterapia, clínica de dolor mecánico en tobillo izquierdo y RM que muestra múltiples lesiones compatibles a nivel de tercio distal de la tibia, astrágalo, calcáneo y escafoides. *Caso 4:* Mujer de 59 años sin antecedentes relacionados ni clínica, con RM que muestra lesión compatible en cuello femoral derecho. *Caso 5:* Varón de 42 años con antecedentes de enolismo crónico y osteonecrosis (ON) aséptica de cabeza femoral izquierda, clínica de gonalgia mecánica y RM que muestra lesiones compatibles en tibia y cóndilo femoral interno.

Conclusión: Los IMO son una entidad infrecuente y poco descrita, cuya imagen en RM es la de una lesión ósea intramedular de contornos serpinginosos, hipo o isointensa en T1 e hiperintensa en T2. Aparecen como infartos segmentarios, sin afectación cortical, normalmente múltiples, y difieren de la típica ON pero pueden asociarse a ella, intuyendo un posible origen común. A las causas reconocidas en nuestro centro, la revisión bibliográfica permite añadir otras enfermedades causales. Se cita la posible malignización de la lesión a sarcomas óseos.

250

HIPERPARATIROIDISMO Y ENFERMEDAD ÓSEA DE PAGET

R. Escolar, J.M. Pujol, J. Monfort, D. Rotés Sala y J. Carbonell
Servicio de Reumatología. Hospital de la Esperanza. IMAS. Barcelona.

Objetivos: Analizar la prevalencia de hiperparatiroidismo en pacientes con enfermedad ósea de Paget, y valorar si el aumento de parathormona intacta (PTH-I) se correlaciona con la actividad y extensión de la enfermedad.

Métodos: Estudio prospectivo que incluye a los pacientes con diagnóstico de enfermedad ósea de Paget visitados en una consulta de Reumatología entre octubre de 1998 y enero de 2001. Se excluyeron los que presentaban insuficiencia renal (creatinina > 1,4 mg/ml), niveles de 25OH-vitamina D < 8 ng/ml o tratamiento con bifosfonatos o calcitonina durante los 6 meses previos al inicio del estudio. Se determinó calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, PTH-I, 25OH-vitamina D y proteínas totales en plasma y calcio, fósforo e hidroxiprolina en orina. Los pacientes con fosfatasa alcalina > 300 UI/l y/o hidroxiprolina > 6,25 mg en orina de 2 horas se consideraron afectados de enfermedad ósea de Paget activa. La extensión de la enfermedad, según su afectación mono o poliosfóptica, se valoró mediante gammagrafía ósea.

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes, 33 (40,2%) varones y 49 (59,8%) mujeres, con intervalo de edad entre 48 y 91 años. 56 de los casos presentaron niveles de PTH-I normales, siendo elevados (> 72 pg/ml) en 26 (31,7%). En un caso se observó aumento de PTH-I y calcemia. La fosfatasa alcalina y/o la hidroxiprolina aparecían elevadas en el 61,5% de pacientes con PTH-I alta y en el 69,6% de los casos con PTH-I normal ($p > 0,05$). La afectación fue poliosfóptica en 16 de los 26 casos con PTH-I elevada y en 33 de los 56 con PTH-I normal ($p > 0,05$).

Conclusión: El porcentaje de pacientes con hiperparatiroidismo secundario de nuestra serie es superior a los publicados por otros estudios, aunque no ha podido establecerse asociación entre la elevación de la PTH-I y la mayor actividad o extensión de la enfermedad pagética. Respecto al hiperparatiroidismo primario, se ha obtenido una prevalencia superponible a la de la población general (1,3%).

251

ESTUDIO DE LA PREVALENCIA FAMILIAR DE LA ENFERMEDAD ÓSEA DE PAGET EN UN GRUPO DE PACIENTES CONTROLADOS EN CONSULTAS EXTERNAS DE REUMATOLOGÍA

J.M. Pujol, R. Escolar, J. Monfort, D. Rotés Sala y J. Carbonell
Servicio de Reumatología del IMAS. Hospital de la Esperanza. Barcelona.

Objetivo: Determinar la prevalencia familiar de la enfermedad ósea de Paget (EP) en un grupo de pacientes controlados en consultas externas de Reumatología.

Material y métodos: Se entrevistó en consultas externas de Reumatología a un grupo de 160 pacientes con EP (de un total de 265 controlados en nuestro servicio), entre noviembre de 1998 y abril del 2000. Se solicitó la colaboración de los familiares de primer grado para estudiar la prevalencia familiar de la EP, en una primera visita se realizó una anamnesis dirigida, una exploración reumatológica básica, determinación analítica de FA, y una radiología de columna lumbosacra (AP y perfil) y un cráneo de perfil. A los sujetos con FA elevadas y con radiología compatible (la radiología fue examinada por separado por dos reumatólogos expertos) se les solicitó una gammagrafía planar ósea con Tc99 de todo el esqueleto.

Resultados: De 160 pacientes entrevistados, sólo un total de 98 familiares directos agrupados en 44 familias aceptaron participar. El 55% (54) eran mujeres y el 45% (44) hombres. El rango de edad era de 19 a 83 años (media de 43,27 años y desviación estándar de 14,17). Encontramos 64 familiares menores de 50 años y 34 de más de 50 años. Se obtuvieron FA elevadas en 4 casos, en 2 casos en el contexto de una hepatopatía crónica por VHC y los 2 otros dos sin enfermedad hepática conocida. En la radiología se obtuvo un caso de EP polioestótica, y 8 casos fueron sospechosos de EP. En total se solicitaron 10 gammagrafías óseas con Tc99, de las cuales 5 fueron positivas: El primer paciente, mostraba alteración analítica y radiológica, y se obtuvo la confirmación gammagráfica de EP. En el segundo caso se observaba un incremento de las FA en el contexto de una hepatopatía crónica por VHC con radiología normal. En el tercer paciente la sospecha radiológica de Paget se acompañaba de un aumento de las FA. Los otros dos casos mostraban una radiología sospechosa con analítica normal. Las restantes gammagrafías óseas se solicitaron a 5 familiares con radiología sospechosa pero con FA normales y su resultado fue negativo. De 98 familiares estudiados se obtuvieron 5 pacientes con EP, un 5,1% de los casos (IC 95%: 1,7; 11,5) que correspondían a 5 familias diferentes de un total de 44 analizadas. Tres de los 5 pacientes presentaban una afectación monostótica y los otros dos polioestótica. Dos de los afectados eran varones y los otros tres mujeres. Todos tenían más de 50 años (52 a 78 años). La prevalencia aumenta al analizar a los familiares por grupos de edad, así en los 34 familiares mayores de 50 años, encontramos 5 casos de EP, que equivale al 14,7% de los sujetos mayores de 50 años de la muestra.

Conclusión: La prevalencia familiar en una serie hospitalaria con EP fue de 5,1%, y de un 14,7% en los pacientes mayores de 50 años. Concluimos que la prevalencia de EP en familiares de primer grado es superior a la de la población general.

252

DETECCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE MICROCRISTALES MEDIANTE EL EXAMEN DIFERIDO DEL LÍQUIDO SINOVIAL

J. Gálvez, E. Sáiz, L.F. Linares*, A. Climent, C. Marras*, M.F. Pina* y P. Castellón*

*Unidad de Reumatología, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia. *Sección de Reumatología Hospital Universitario Virgen Arrixaca, El Palmar, Murcia.*

Objetivo: Determinar la fiabilidad del examen microscópico diferido del líquido sinovial (LS) para la detección e identificación de cristales.

Métodos: Examinamos 91 muestras de LS. Treinta y una muestras con cristales de urato monosódico (UMS), 30 con cristales de pirofosfato cálcico dihidratado (CPPD) y 30 sin cristales. Los especímenes se almacenaron con EDTA, heparina sódica y sin anticoagulante a 4° C y se examinaron 24 y 72 horas más tarde con microscopía de luz ordinaria y polarizada.

Resultados: Cuando las muestras se reexaminaron a las 24 horas, observamos cristales intracelulares de UMS en el 96,7% de los casos en los que habían sido observados inicialmente y en el 95,6% cuando el examen se hizo a las 72 horas. De igual manera, se observaron cristales de CPPD en el 100% y en el 96,6% de los casos a las 24 y 72 horas respectivamente. No observamos cristales en ninguna muestra en la que no se hubieran observado en el examen inicial.

Conclusiones: El examen microscópico diferido de LS previamente almacenado refrigerado tiene una alta probabilidad de detectar cristales de UMS y de CPPD si éstos estaban presentes inicialmente.

253

EL OROSOMUCOIDE EN LA EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD BIOLÓGICA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

A. Álvarez de Cienfuegos, Y. Cabello, T. García, C. Pérez, A. Rodríguez* y D. Salvatierra

Servicio de Reumatología y Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada*

Propósito del estudio: Estudiar la posible asociación existente entre los valores del orosomucoide y la actividad biológica de la artritis reumatoide (AR).

Material y métodos: Seleccionamos aleatoriamente 50 casos de AR de ambos sexos y edades comprendidas entre 40 y 80 años, 4 en estadio funcional I de Steinbrocker, 22 en estadio funcional II, 19 en estadio funcional III y 5 en estadio funcional IV, en donde 28 eran inactivas y 22 activas. Y 50 controles en edades similares. Se les determinó la VSG (1ª hora) por el método clásico de Westergreen y la PCR y el orosomucoide mediante técnicas nefelométricas.

Resultados: La VSG (1ª hora) en las formas inactivas fue de $20,5 \pm 8$ mm y en las activas de 49 ± 12 mm, con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$). La PCR fue en las formas inactivas de $0,88 \pm 0,3$ mg/dl y en las activas de $6,2 \pm 5,8$ mg/dl con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). El orosomucoide fue en las formas inactivas de 96 ± 25 mg/dl y en las activas de 155 ± 31 mg/dl con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). La VSG en controles fue de 12 ± 7 mm, la PCR de $0,3 \pm 0,1$ mg/dl y el orosomucoide de 78 ± 12 mg/dl.

Conclusiones: En los datos obtenidos existe una buena correlación estadística con $p < 0,001$, para los valores del orosomucoide tanto en las formas activas como inactivas de la AR. Siendo un parámetro analítico de interés en la evaluación de la actividad biológica de la enfermedad.

254

ESPONDILODISCITIS TUBERCULOSA. DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO PRECOZ

J. Moreno Morales, C. Marras, L.F. Linares, M.F. Pina, R. González, A. Bermúdez, F.A. Martínez, P. Castellón y P. Paredes

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Sección de Reumatología. Murcia.

Objetivo: La espondilodiscitis tuberculosa es una infección de diagnóstico tardío y dificultoso, debido a las complicaciones de accesibilidad y retraso de los cultivos. Planteamos que la combinación de técnicas de imagen (TC, RNM), con técnicas de microbiología (amplificación genómica del complejo *Mycobacterium tuberculosis*), permite el diagnóstico etiológico precoz de la espondilitis tuberculosa (*M. tuberculosis*).

Métodos: En una serie de pacientes ($n = 5$) en el período de tiempo comprendido entre junio de 1998 y octubre de 2000 (27 meses). Se excluyen los casos de espondilodiscitis piógena. El rango de edad de los pacientes era de 23-68 años. Los pacientes consultaron por dolor lumbar, de evolución entre los 2 meses y los 3 años. En ningún caso existía infección por el VIH. Se practicaron estudios de imagen (radiología convencional, TC, RNM). Se practicó PAAF guiada por TC de las lesiones vertebrales en 4 de los 5 pacientes, y de la muestra obtenida se envió parte al laboratorio de anatomía patológica y parte al laboratorio de microbiología, donde se procesó mediante cultivo en medios habituales, tinción de Ziehl-Neelsen, técnica de amplificación genómica de *M. tuberculosis* (por reacción en cadena de la polimerasa), y mediante técnicas de cultivo en medios específicos para mycobacterias.

Resultados: Las pruebas de imagen practicadas mostraron signos de discitis y/o osteomielitis. En todos los casos el resultado del procesamiento de la muestra mediante PCR fue positivo. En 4 casos hubo confirmación posterior por crecimiento de *M. tuberculosis*. El tiempo transcurrido entre la obtención de la muestra y su positividad para PCR fue de una media de 10 días (rango 3-16). La tinción de Ziehl-Neelsen fue negativa en todos los casos.

Conclusiones: Con la combinación de pruebas de imagen sensibles como es la RNM y la aplicación de técnicas microbiológicas precoces y específicas se puede conseguir un diagnóstico etiológico precoz y con ello instaurar un tratamiento eficaz de forma temprana.

255

SÍNDROME DE SÜDECK Y TUBERCULOSIS ¿ES UNA ASOCIACIÓN CASUAL?

I. Otermin Maya, M. Erdozain, R. Tamayo, A. Hidalgo, J. Heras y P. Prat

Clinica Ubarmin. Elcano. Navarra.

Objetivos: En países en donde la prevalencia de la tuberculosis es alta podemos encontrar presentaciones atípicas, tanto en la clínica como asociadas a distintos síndromes

que, siendo de etiopatogenia incierta, nos hacen dudar en si son causa o consecuencia de los mismos. Queremos presentar dos casos de síndrome de Südeck con evolución tórpida, que finalmente fueron diagnosticados de tuberculosis.

Métodos: Descripción de dos casos atendidos en nuestra clínica.

Resultados: Presentamos el caso de dos pacientes afectos de síndrome de Südeck que tras una evolución torpida son diagnosticados de tuberculosis osteoarticular, valorando la evolución y los procedimientos diagnósticos en cada caso.

Conclusión: La distrofia simpática refleja es un síndrome de etiopatogenia incierta, entre otras la infecciosa. Así mismo la tuberculosis se ha asociado a desencadenantes locales y sistémicos. Pensamos que estos casos pueden representar la reactivación de una infección tuberculosa secundaria a la alteración local provocado por un síndrome de Südeck.

256

ARTRITIS SÉPTICA DE HOMBRO VS FACTORES PREDISPONENTES

A. Urruticoechea Arana, C. Delgado, L. Horcada, M. Conde y C. Armas

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción: La artritis séptica (AS) es una reacción inflamatoria secundaria a la invasión directa de la articulación por microorganismos patógenos. La infección articular presupone una bacteriemia con sepsis o sin ella. Las localizaciones más frecuentemente afectadas son las rodillas y las caderas, en adictos a drogas por vía parenteral la esternoclavicular y sacroiliacas. El hombro ha sido descrita en la literatura aunque en la práctica no es habitual encontrarla. Es importante valorar los factores predisponentes, fundamentalmente la infección extraarticular, la lesión previa de la articulación y la enfermedad crónica subyacente.

Método: Hemos revisado los pacientes ingresados en los últimos 7 años en un hospital terciario, encontrando únicamente 3 casos de AS de hombro. Los 3 han pertenecido al servicio de Reumatología en el año 2001, así como uno de ellos a Medicina Interna e Intensiva.

Resultados: Sintetizando tenemos los siguientes resultados.

Artritis hombro	1	2	3
Localización:	cabeza humeral (CH) artic. glenohumeral troquiter supra, infraespinoso	CH art. glenohumeral art. acromioclavicular deltoides, trapecio	CH art. glenohumeral
Edad	52	68	60
Sexo	mujer	varón	mujer
Infección extraarticular	gastroent. infec	endocard. verrucosa discitis infec. mielitis metast. flemón retrofaríngeo	(-)
Lesión previa articular	artrosis	artritis hombro	artritis hombro
Enf. asociada	colopatía func.	polineuropatía diabética, bronquitis crónica, hipercolesterolemia	neo mama
Cultivo articular	estrep. salivarius	<i>stha. Aureus</i>	<i>stha. epidermidis</i>
Hemocultivos	(-)	(+)	(-)
Osteomielitis	(+)	(+)	(+)
Terapéutica antimicr.	cefalosporinas aminoglicósidos	vancomicina teicoplanina	vancomicina
Rehabilitación	cinesit. electrot.	no procede	cinesit.

Conclusiones: La identificación y el buen control de los factores predisponentes son imprescindibles en el manejo de la artritis séptica. Las consecuencias de una articulación séptica no controlada son devastadoras pudiendo llegar a la muerte del paciente. La localización en el hombro es infrecuente. Entre los factores predisponentes se incluyen: a) la infección extraart., b) lesión previa de la articulación como AR, microcristalina, degenerativa, neuropática, traumática o cirugía previa y c) enfermedad crónica subyacente asociada con alteraciones de las defensas inmunológicas incluyendo neoplasia, diabetes mellitus, hipercolesterolemia o broncopatía crónica.

257

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA INFECCIÓN ARTICULAR POR *STREPTOCOCCUS AGALACTIAE* EN ADULTOS

J.M. Nolla, C. Gómez Vaquero, J. Fiter, C. García Gómez, M. González Cabanas, E. Sirvent, J. Valverde y D. Roig Escofet
Servicio de Reumatología. CSU Bellvitge.

Se conoce, desde hace varias décadas, que *Streptococcus agalactiae* es un importante agente etiológico en las infecciones del neonato. En adultos, los procesos infecciosos causados por este microorganismo parecen ir progresivamente en aumento.

Objetivo: Evaluar las características clínicas de la infección articular por *Streptococcus agalactiae* en pacientes adultos.

Método: Análisis de los casos diagnosticados en un hospital universitario durante 10 años (1992-2001) y revisión de los casos publicados, de forma pormenorizada, en la literatura durante un período de 30 años (MEDLINE, 1971-2000).

Resultados: *Streptococcus agalactiae* fue el germen responsable en el 10% (11/112) de los casos de artritis por gérmenes piógenos diagnosticadas en el hospital, siendo, con mucho, el estreptococo aislado con mayor frecuencia. En la revisión efectuada se identificaron 62 casos, a partir de 42 artículos. La edad media de los 73 casos (33 V, 40 M) fue de 58 ± 15 años. En 23 (31%) la afección fue oligo o poliarticular. Se constató la existencia de una patología de base facilitadora de la infección en 50 casos (68%); fundamentalmente diabetes mellitus, neoplasias y cirrosis hepática. En 23 casos (31%), existió un proceso infeccioso concomitante; esencialmente, osteomielitis vertebral, endocarditis, endoftalmítis e infección del tracto urinario inferior. La mortalidad se cifró en un 10%.

Conclusiones: La artritis por *Streptococcus agalactiae* es una infección emergente que afecta, preferentemente, a pacientes de edad avanzada con enfermedad de base. La frecuencia con que se constata la presencia de una infección concomitante es alta. La mortalidad que induce es relevante

258

ARTRITIS POR PARVOVIRUS B19

M. Fernández Prada y C. Ossorio Castellanos
Sección de Reumatología. Hospital El Escorial. Madrid

Objetivo: La artritis por parvovirus B19 (APVB19) se considera, en general, un cuadro de buen pronóstico con resolución espontánea en pocas semanas, si bien existe la posibilidad de cronificación y/o recurrencias en algunos casos.

Pretendemos analizar los casos de APVB19 registrados en nuestra consulta de un Hospital comarcal en los últimos 2 años.

Material y métodos: Se revisaron los casos de APVB19 de nuestro registro de pacientes y se recogieron de forma retrospectiva sus datos clínicos. La presencia en suero de Ac. específicos IgG e IgM frente al parvovirus B19 se estudió mediante técnica de enzimo-inmunoanálisis (E.I.A.). Se consideró diagnóstica de infección aguda la presencia de Ac IgM específicos frente a PVB19, realizándose en esos casos estudio de PCR para confirmarla. La presencia de Ac IgG específicos frente a PVB19 permitió el diagnóstico de infección pasada, considerando sólo en aquellos pacientes con cuadro clínico compatible y en los que se hubieran descartado otras posibilidades diagnósticas, que se trataba de una APVB19.

Resultados: Encontramos 9 pacientes con APVB19, todos ellos mujeres, con una edad media en el momento del diagnóstico de 36 ± 11 años. El tiempo medio de evolución hasta llegar a nuestra consulta fue de 85 ± 97 días (rango 7-240). El inicio del cuadro fue agudo (< 6 semanas) en 6 pacientes (66,6%) y crónico (> 6 semanas) en 3 (33,3%). En 6 pacientes se trataba de una poliartitis simétrica y en 3 era una oligoartritis asimétrica. Sólo un caso presentó fiebre y en ningún caso hubo rash cutáneo ni otras manifestaciones extraarticulares. Sólo un paciente era FR positivo (12,5%), y los ANA eran negativos en la mitad de los pacientes y en el otro 50% positivos a título bajo (1/80). Ninguno de los 5 pacientes en los que se realizó estudio HLA de clase I o II era B27(+). La serología IgM fue positiva en 6 pacientes (66,6%), confirmada por PCR, y todos eran IgG positivos. El tratamiento empleado fue sintomático o con AINEs, salvo en 2 pacientes (25%) que necesitaron esteroides a dosis bajas (7,5 mg de prednisona). La artritis remitió completamente en 7 pacientes (77,7%), en un tiempo medio de 82 ± 105 días (rango 10-300), mientras que otros 2 pacientes (22,3%) permanecen actualmente como oligoartritis crónica.

Conclusiones: La APVB19 no es excepcional en nuestro medio. El diagnóstico de APVB19 ha de considerarse siempre en cualquier artritis de reciente comienzo y sobre todo de instauración brusca. Si bien el pronóstico es en general bueno y la tasa de remisión alta, en algunos casos (22%, en nuestro estudio) puede cronificarse. La serología a PVB19 debería considerarse siempre en pacientes con artritis crónica no filiada.

259

ARTRITIS SÉPTICAS EN NUESTRO SERVICIO EN EL AÑO 2001: CAMBIOS EN EL PERFIL ETIOLÓGICO

G. Morote, M.C. Castro, V. Pérez, M.C. Muñoz-Villanueva, M. Romero, A. Escudero, F.G. Martínez y E. Collantes
Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

El 95% de las artritis infecciosas están producidas por estafilococos, estreptococos, gonococos y BGN. El *S. aureus* es el causante de más del 50% de las artritis sépticas del adulto.

Objetivo: Describir la etiología de los casos de artritis sépticas confirmadas en nuestro Servicio en el año 2001.

Material y métodos: Se han revisado las historias clínicas de los 7 casos de artritis sépticas confirmadas en nuestro Servicio durante el año 2001. Como criterio de selección se aplicó aquellos casos en que se evidenció por estudio del líquido sinovial el carácter séptico del mismo y el aislamiento

del microorganismo causal en los medios de cultivo. Se estudió la localización, el número de articulaciones afectas, el germen causal, la coexistencia de lesiones cutáneas, fiebre, y cardiopatía. Se analizaron factores de riesgo tales como: diabetes, artritis reumatoide, artrosis, insuficiencia renal, infección respiratoria, urinaria, cutánea o intestinal, neoplasias, inmunosupresión, manipulación o infección previa de la articulación, consumo de productos lácteos sin pasteurizar.

Resultados: De 142 enfermos ingresados en nuestro Servicio durante el año 2001, 7 fueron por artritis sépticas con aislamiento del germen: 3 fueron tuberculosas, 1 *N. meningitidis* (en la rodilla de una paciente con artritis reumatoide), 1 *H. parainfluenzae* (rodilla de una paciente en la que se había practicado punción articular previamente), 1 por *S. auricularis* (sacroilíaca) y 1 por *S. enteritidis* en un paciente con leucemia mieloide crónica (rodilla). Sólo se encontró un caso en un hombre, el resto fueron mujeres. En todos los casos se instauró tratamiento antibiótico según antibiograma, evolucionando favorablemente y sin secuelas.

Conclusión: En el año 2001 atendimos en nuestro Servicio artritis sépticas causadas por gérmenes atípicos.

260

ARTRITIS SÉPTICA NO TUBERCULOSA EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. DATOS DE CINCO AÑOS

G. Morote, V. Pérez, M.C. Castro, M. Romero, M.C. Muñoz-Villanueva, A. Escudero, R. Roldán, M.A. Caracuel, F.G. Martínez y E. Collantes
Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

A pesar de la importancia y gravedad de las artritis sépticas, su escasa frecuencia comporta la falta de datos epidemiológicos generales o locales de que disponemos.

Objetivo: Describir los casos de artritis séptica no tuberculosa confirmados y asistidos en nuestro Servicio en los años 1997 a 2001.

Pacientes y métodos: Se han revisado las historias clínicas de los pacientes ingresados en nuestro Servicio durante los años 1997 a 2001 y se han descrito las de aquellos en los que se pudo confirmar el diagnóstico mediante identificación del germen en líquido sinovial. Igualmente se han incluido aquellos que presentaban líquido sinovial sugestivo y respondieron bien al tratamiento antibiótico o quirúrgico. 12 hombres y 14 mujeres, edad media de 59 años. 14 vivían en medio urbano, 10 en medio rural. El diagnóstico de sospecha fue de TVP en 3 casos y correcto en el resto. En 23 fueron monoartritis y en los otros 3 casos oligoartritis. En 21 casos la articulación afectada fue la rodilla, siguiéndole en frecuencia la cadera (3) y el hombro (2). Los microorganismos aislados fueron: *S. aureus* (12 casos), *Brucella* (1), *S. pneumoniae* (1), *S. viridans* (1), *S. epidermidis* (1), *S. mutis* (1), *H. parainfluenza* (1), *Salmonella* (1) *N. meningitidis* (1).

Resultados: En los últimos cinco años hemos atendido a un total de 26 casos de artritis séptica no tuberculosa (3,42% de los pacientes ingresados) 20 de ellos con cultivo positivo. Otros 6 casos presentaban líquido sinovial sugestivo de sepsis y respondieron bien al tratamiento antibiótico y/o quirúrgico. 12 hombres y 14 mujeres, edad media de 59 años. 14 vivían en medio urbano, 10 en medio rural. El diagnóstico de sospecha fue de TVP en 3 casos y correcto en el resto. En 23 fueron monoartritis y en los otros 3 casos oligoartritis. En 21 casos la articulación afectada fue la rodilla, siguiéndole en frecuencia la cadera (3) y el hombro (2). Los microorganismos aislados fueron: *S. aureus* (12 casos), *Brucella* (1), *S. pneumoniae* (1), *S. viridans* (1), *S. epidermidis* (1), *S. mutis* (1), *H. parainfluenza* (1), *Salmonella* (1) *N. meningitidis* (1).

Conclusiones: El germen más frecuente fue *S. aureus*, (cocos gram-positivos, seguidos de los BGN) y la localización, la rodilla. Los factores de riesgo más habituales fueron la comorbilidad con artritis reumatoide y con diabetes y la manipulación previa de la articulación.

261

INFECCIONES OSTEOARTICULARES MICOBACTERIANAS EN SUJETOS PORTADORES DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

J. Belzunegui*, M. Santisteban**, M. Gorordo**, C. Rodríguez*, E. Barastay*, L. López*, C. González* y M. Figueroa*
Servicio de Reumatología. *Hospital Donostia, San Sebastián, **Hospital Basurto, Bilbao.

Objetivo: Describir las características de 10 pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con infección micobacteriana concomitante.

Métodos: Revisión de 10 historiales clínicos.

Resultados: La edad media fue de 36 años (rango 20-42). Siete fueron varones y 3 mujeres. El retraso medio hasta el diagnóstico fue de 86 días (rango 30-270 días). Las localizaciones fueron: 3 columna vertebral, 3 rodilla, 2 cadera, 1 codo, 1 tibia. Nueve de los gérmenes aislados fueron *Mycobacterium tuberculosis* y 1 *Mycobacterium kansasii*. El número medio de linfocitos CD4 fue de 292/mm³. En 5 casos existía antecedente de tuberculosis (2 pulmonar, 1 ganglionar, 1 intestinal, 1 osteomielitis). En 2 ocasiones fue precisa cirugía. Todos curaron con mínimas o ninguna secuela.

Conclusiones: 1) El grado de inmunosupresión en los sujetos portadores del VIH que sufren infección micobacteriana osteoarticular es muy variable. 2) El antecedente de tuberculosis es muy frecuente en esta población. 3) Su pronóstico es bueno.

262

ESTUDIO DE LOS MECANISMOS PRODUCTORES DE LA HIPERURICEMIA INDUCIDA POR DIURÉTICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

F. Pérez Ruiz, M. Calabozo, A. Ruibal, A. Herrero y A. Alonso
Hospitales de Cruces y Gorriz, Vizcaya.

Se han propuesto dos mecanismos para explicar la hiperuricemia inducida por diuréticos: la contracción de volumen, que aumentaría la reabsorción tubular, y la disminución de la secreción tubular de urato.

Investigamos la excreción renal de urato en pacientes con gota y disminución del filtrado glomerular. Se realizaron pruebas de función largas, calculándose el aclaramiento de creatinina (Ccr), de urato (Cur), la carga filtrada (Cf), la excreción fraccionada de urato (Efur), la excreción por volumen de filtrado glomerular (índice de Simkin) y la reabsorción tubular de fosfato (RTF). Se compararon (Anova) los resultados en pacientes con y sin tratamiento diurético. Se estudiaron 72 pacientes con Ccr < 60 ml/min/1,73 m²: 36 con tratamiento diurético y 36 sin él. No diferían en edad, distribución por géneros, tiempo de evolución o presencia de tofos. Los pacientes mostraban una mayor uricemia (10,17 ± 1,90 vs. 8,78 mg/dl) y menor Ccr, Cur (38,60 ± 9,77 vs. 46,83 ± 8,29 ml/min/1,73 m², 2,00 ± 0,83 vs. 3,24 ± 0,91 ml/min/1,73 m², respectivamente), todas las comparaciones p < 0,001. Sin embargo, la Cf fue similar (4,13 ± 1,45 vs. 4,44 ± 1,13 mg/min, p = 0,329) y la Efur - el porcentaje excretado respecto a la Cf - fue menor en pacientes con diurético (5,21 ± 1,74 vs. 7,00 ± 1,89%, p < 0,001). El I. de Simkin también fue menor en pacientes con diuréticos (0,52 ± 0,16 vs. 0,60 ± 1,53 mg/dl FG, p = 0,030). Además, la RTF fue también menor en pacientes con diuréticos (73,61 ± 9,91 vs. 80,03 ± 7,89%). Aunque los menores Cur y Ccr podrían indicar una mecanismo por hipofiltración, la menor RTF indicaría que no existe hiperreabsorción, y a igualdad de la

carga filtrada, una menor excreción fraccionada y un menor índice de Simkin, que corrigen por carga y filtrado, respectivamente, orientan a la alteración de la secreción tubular. Se requieren estudios mediante manipulación farmacológica para confirmar estos resultados.

263

IDENTIFICACIÓN DE CRISTALES DE HIDROXIAPATITA EN FROTIS DE LÍQUIDO SINOVIAL MEDIANTE TINCIÓN DE ROJO DE ALIZARINA: OTRA CAUSA DE MONOARTRITIS AGUDA

H. Corominas, C. Díaz-López, G. Clayburne, G. Vázquez y H.R. Schumacher Jr

Hospital de Sant Pau, Barcelona, Catalunya. University of Pennsylvania School of Medicine, VA Medical Center, PA, EE.UU.

Introducción: El análisis en fresco de líquido sinovial permite la rápida identificación de cristales cálcicos de OH-apatita. El objetivo del presente estudio es demostrar la utilidad de preparar frotis a partir de muestras de líquido sinovial (LS) en fresco y la posterior tinción con rojo de Alizarina con el fin de identificar cristales de apatita. Además, se pretende confirmar que la obtención del sedimento tras la centrifugación del LS incrementa el número de conglomerados de cristales.

Métodos: 45 muestras de (LS) en fresco fueron examinadas entre el 15 de febrero-15 marzo de 2001. 25 LS con evidencia de presentar cristales de apatita fueron analizados realizándose la tinción con rojo de alizarina y posteriormente secados. Seguidamente, el LS no utilizado fue centrifugado y se obtuvo un sedimento. De este se preparó una muestra en fresco y un frotis al mismo tiempo y fueron teñidos con rojo de alizarina. Se registraron la presencia y el número de acúmulos de cristales de apatita por "high power field" (HPF). La cantidad de cristales de OH-apatita fue la siguiente: 0 = no acúmulos positivos de alizarina, 1 = 1 acúmulo/HPF, 2 = 2-3 acúmulos/HPF, 3 = > 4-10 acúmulos/HPF and 4 = > 10 acúmulos de cristales/HPF. Los resultados fueron analizados mediante el test de Chi-cuadrado.

Resultados: Los cristales de apatita se identificaron rápidamente en el LS en fresco, así como en los frotis todos ellos teñidos con rojo de alizarina. La presencia y calidad fue similar comparando ambos métodos (pNS). Un amplio número se encontró en forma de agregados de fibrillas. El número de cristales de apatita se incrementó tras el centrifugado del LS comparado con la muestra inicial tanto en el análisis en fresco ($p < 0,02$), como en los frotis a partir del LS ($p < 0,01$).

Conclusiones: Las tinciones mediante rojo de alizarina de frotis de LS o sedimento tras centrifugación permiten obtener muestras con cristales de OH-apatita para realizar estudios posteriores.

264

MONOARTRITIS AGUDA EN UN HOSPITAL DE DÍA DE REUMATOLOGÍA: DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL

M. Moreno, H. Corominas, A. Laiz, J.M. Llobet, A. Rodríguez de la Serna, C. Geli, M.A. Cortés, C. Díaz-López y G. Vázquez
Unitat de Reumatologia. Hospital de Sant Pau, Barcelona.

Introducción: La monoartritis aguda (MA) se caracteriza por un inicio súbito y duración inferior a 6 semanas. Las causas más importantes de MA son: infecciosas, traumática y

microcristalina. Causas menos frecuentes son: espondiloartritis y AR monoarticular entre otras. La MA infecciosa constituye una urgencia en reumatología y su diagnóstico debe ser precoz y exige un tratamiento urgente para evitar una rápida destrucción articular. El presente trabajo describe la actividad del Hospital de Día de Reumatología en la atención urgente en casos de MA.

Material y métodos: Se examinaron 95 muestras de líquido sinovial de MA (60 (63,15%) mujeres y 35 (36,8%) varones con una edad media de 62,9 años y rango entre 21-86 años, que acudieron al Hospital de Día de Reumatología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau entre Julio y Diciembre del 2001. Se registró la edad, sexo y la articulación afectada, practicándose artrocentesis y estudio de líquido sinovial. Este incluía: aspecto, color, viscosidad, recuento celular, tinción de Gram y cultivo, glucosa, proteínas. Además, se practicó un examen en fresco de las muestras de líquido sinovial con microscopio óptico, campo oscuro y luz polarizada a 100, 400 y 1000 aumentos. Las muestras que sugerían acúmulos de cristales de hidroxipatita se analizaron con la tinción de Rojo de Alizarina.

Resultados: La articulación más afectadas por orden de frecuencia fueron: rodilla (72,63%), tobillo (5,26%), hombro (2,10%), muñecas (2,10%), codo (1,05%), interfalángica proximal (1,05%), interfalángica distal (1,05%). El 26% de los casos presentaban líquido sinovial de características inflamatorias, el 22% eran normales y el 5,2% eran sépticos. Se objetivó un germen en el 2,1%, tratándose en todas las ocasiones de *Staphylococcus Aureus*. En el 60% de las monoartritis agudas estudiadas se observaron cristales. El más frecuente fue el de pirofosfato cálcico (PFC) (57,89%), seguido de hidroxipatita (19,29%), urato monosódico (UMS) (15,78%) y urato monosódico conjuntamente con pirofosfato cálcico (7,01%). El resto se atribuyó a osteoartritis (8,42%), AR (5,26%), A. Psoriásica (3,15%), séptica (2,1%), espondilitis anquilosante (1,05%), artritis reactiva (1,05%), artritis enteropáticas (1,05%), no filiadas (7,36%).

Conclusiones: La atención en un Hospital de Día permite ofrecer una atención, que no es posible asumir en la consulta externa convencional. Además, permite procesar las muestras de manera urgente en patologías que requieran un diagnóstico etiológico y tratamiento precoz. La MA debe ser siempre valorada de manera preferente y la artrocentesis con cultivo de la muestra es imprescindible, incluso en casos de baja sospecha. En nuestro caso el diagnóstico etiológico más frecuente fue la artritis cristalina y permitió evitar pruebas innecesarias al paciente, mientras que en los pocos casos de artritis séptica se inició de manera urgente el tratamiento antibiótico.

265

ARTRITIS CRISTALINAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

A. Ruibal Escribano, F. Pérez Ruiz, M.J. Fernández López, J. Duruelo, M. Calabozo, E. Uriarte, E. Garmendia y A. Alonso Ruiz
Hospital de Cruces. Bilbao.

Propósito: Determinar la frecuencia y características clínicas de las artritis agudas por microcristales en pacientes hospitalizados por otra patología.

Métodos: Estudio observacional de los pacientes atendidos por consultas de otras Unidades desde Enero 2000 a Octubre 2001 a los que se les diagnosticó gota úrica o cálcica mediante la visualización de cristales de urato monosódico o

pirofosfato cálcico dihidratado en muestras biológicas mediante microscopía óptica con luz polarizada compensada.

Resultados: 63 pacientes de un total de 150 consultas (42%): 47 hombres (74,6%) y 16 mujeres (25,4%), con una edad media de $69,2 \pm 12,6$ (42-98) años. Procedían el 66,7% de servicios médicos y el 33,3% de quirúrgicos. 39 presentaban gota (61,9%), 23 pseudogota (36,5%) y 1 ambas (1,6%). En 30/63 (47,6%) había diagnóstico previo, 23/30 (77%) habían sido tratados, pero 9/23 (39%) sólo con AINE. La afectación monoarticular fue la más frecuente (64,5%), seguida de la oligoarticular (25,8%) y la poliarticular (9,7%). El 81% presentaban comorbilidad (HTA 58,7%, toma de diuréticos 45,2%, cardiopatía 46%, IRC 28,6%, DM 17,5%). El 30,2% tuvo fiebre atribuible al episodio siendo tratados con antibióticos el 12,7% del total de los pacientes (42% de pacientes con fiebre), con AINES el 46%, con colchicina el 73%, con corticoides el 21% y con alopurinol el 15,6%.

Conclusiones: la patología microcristalina es la más frecuentemente responsable de las consultas a reumatología de pacientes ingresados en otras unidades. Los pacientes presentan frecuente comorbilidad, no están diagnosticados en la mitad de los casos y los que lo están, presentan ataques agudos, lo que sugiere un mal control. La presencia de fiebre durante el ataque induce frecuentemente a tratamientos iniciales inadecuados.

266

TRATAMIENTO CON INFILTRACIONES EPIDURALES EN PATOLOGÍA LUMBAR

M. Castaño Sánchez, M.J. Rubira Pérez, M.F. Pina Pérez y M. Villalon Pla

Servicio de Reumatología. Hospital Ibermutuamur. Murcia.

Introducción: Hemos realizado un estudio retrospectivo, en nuestro hospital, de los 62 pacientes en los que se indicó el tto con infiltraciones epidurales durante un año. En 5 casos no se realizó (3 episodios de hipotensión, resueltos con infusión de líquidos IV, 1 caso de alteración de la coagulación y 1 caso de negativa del paciente).

De los 57 pacientes tratados, 45 son varones (78,9%) y 12 mujeres (21,1%) de edades comprendidas entre 29 y 62 años, todos ellos trabajadores activos.

Métodos: El tratamiento consiste en la inyección en el espacio epidural de 80 mg de Acetato de Metilprednisolona + 5 ml de Mepivacaina al 2% diluidos en 30 cc de suero fisiológico, realizándose 3 infiltraciones con una periodicidad semanal. Tras la infiltración, el paciente permanece en observación 4-6 horas.

Indicaciones: Se indicó el tratamiento con infiltraciones epidurales a pacientes con patología lumbar, que no respondían a tratamiento médico y rehabilitador y que no tenían indicación de tratamiento quirúrgico o que lo rechazaban.

- Hernia discal lumbar	37 (59,6%)
- Estenosis del canal lumbar	11 (17,7%)
- Protusión/es discal/es	9 (14,5%)
- Otros	5 (8,0%)

Resultados: De los 57 pacientes tratados, 36 (63,15%) respondió favorablemente al tratamiento, con desaparición de la lumbalgia y/o ciática, recibiendo el alta médica tras la 3ª infiltración con reincorporación a su trabajo habitual. Nueve pacientes (15,7%) no respondieron al tratamiento (6 hemias discales y 3 estenosis de canal) persistiendo su sintomatología,

por lo que fueron propuestos para cirugía. Doce pacientes (21,05%) respondieron parcialmente, con desaparición casi completa de la cialgia, pero persistiendo el dolor lumbar.

Conclusiones: Las infiltraciones epidurales son un tratamiento eficaz en pacientes con lumbalgia y lumbociática rebelde al tratamiento médico y rehabilitador.

267

HIPEROSTOSIS ANQUILOSANTE VERTEBRAL (HAV). ESTUDIO DE UNA FAMILIA

J. Beltrán y J.J. Lerma

Hospital General de Castellón.

Introducción: La HAV es una enfermedad rara antes de los 50 años y excepcional antes de los 40. A raíz del diagnóstico de HAV en un paciente de 37 años, realizamos un estudio familiar compuesto por el padre de 68 años, la madre de 64 años e hijos: varón de 44 años, hembra de 40 años, varón de 37 años y hembra de 27 años.

Metodología: Anamnesis, exploración física, estudio analítico básico y radiografía dorsal a todos los familiares. Se practica estudio radiológico más completo a los pacientes afectados. Se define como HAV la presencia de 2 o más sindesmofitos dorsales idiopáticos.

Resultados: El padre de 68 años presenta 16 sindesmofitos a nivel raquídeo y localizaciones periféricas en hombro, pelvis, rodilla y cadera. La madre de 64 años, 2 sindesmofitos dorsales. El hijo de 44 años, 4 sindesmofitos dorsales, enfermedad de Scheurmann y afectación de pelvis. El caso índice varón de 37 años, 5 sindesmofitos dorsales, enfermedad de Scheurmann y afectación de pelvis. Las dos hijas están indemnes. En resumen, de los seis miembros de la familia cuatro están afectados: 3 varones y 1 hembra.

Conclusión: Consultada la base Medline desde 1990 y en nuestro conocimiento, este primer estudio en una familia completa en nuestro país, apoya la hipótesis de transmisión hereditaria autosómica dominante de la HAV. Proponemos más estudios familiares en pacientes menores de 50 años con 1 o 2 sindesmofitos idiopáticos y en hijos de HAV definidas y extensas.

268

ENFERMEDAD DE KÜMMELL O OSTEONECROSIS VERTEBRAL: A PROPÓSITO DE 10 CASOS

M. Sanmartí, S. Holgado, R. Pérez*, V. Ortiz-Santamaría, M. Valls-Roc, D. Vázquez, A. Lafont, A. Olivé y X. Tena
Sección de Reumatología. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.*

Objetivos: La osteonecrosis vertebral es una entidad raramente comunicada en la literatura biomédica. Describir las características clínicas, radiológicas y factores de riesgo asociados a 10 pacientes con osteonecrosis vertebral.

Métodos: Diseño retrospectivo. Se incluyeron 10 pacientes con osteonecrosis vertebral que fueron visitados en la sección de reumatología de un hospital universitario. Los criterios diagnósticos fueron: 1) presencia de fenómeno del vacío intravertebral, definido como el acúmulo lineal de gas en el interior del cuerpo vertebral 2) colapso vertebral radiográfico, este se clasificó en leve si era menor de un 25%, moderado entre 25% y 50%, y grave si era mayor de un

50%. Todos los pacientes presentaron dolor intenso dorso-lumbar de características mecánicas. Se recogieron los factores de riesgo asociados.

Resultados: Diez pacientes, 6 mujeres y 4 hombres, media de edad al diagnóstico $74,3 \pm 6,8$ años. La osteonecrosis vertebral se localizó en todos los casos entre D7 y L2. Ocho pacientes (80%) presentaron colapsos graves, 1 moderado y 1 leve. Entre los factores de riesgo destacaron el tratamiento previo con glucocorticoides (60%), antecedente de traumatismo (50%), artritis reumatoide (30%), diabetes mellitus y tabaquismo en 2 (20%), trasplante renal y radioterapia en 1 (10%).

Conclusiones: La osteonecrosis vertebral se caracteriza por dolor de características mecánicas muy intenso. Se localiza en chumela dorso-lumbar. La edad, los glucocorticoides y los traumatismos son los factores que se asocian con más frecuencia. Ningún caso se relacionó a malignidad.

269

PERSONALIDAD Y COEFICIENTE INTELECTUAL EN LA FIBROMIALGIA

E. Trujillo, M.J. Puchade, C. Martín, C. Botella, M.R. García Marrero y T. González

Hospital Universitario de Canarias, Universidad de La Laguna, Tenerife.

Objetivo: Medida de la personalidad y del coeficiente intelectual (I.Q.) en pacientes con síndrome fibromiálgico

Pacientes: Participaron 98 pacientes con criterios diagnóstico de Síndrome fibromiálgico del American College of Rheumatology.

Métodos: 1) Para calcular el I.Q. empleamos un test de inteligencia con una puntuación media fijada de 100, calculando el resultado en términos de desviación. El test incluye pruebas de evaluación para las diferentes formas de inteligencia; verbal, numérica y espacial. Cada paciente debía completar el test en 40 minutos cronometrados. 2) Empleamos la medida de la personalidad denominada "test de los 5 grandes" (BFT) que mide 5 aspectos diferentes de la personalidad, que es un buen método para obtener una amplia imagen de la personalidad: apertura a la experiencia, responsabilidad, extroversión, amabilidad y neuroticismo.

Resultados y conclusiones: El I.Q. global medio de los pacientes afectos de síndrome fibromiálgico, en nuestra muestra, es similar al de la población general. Los pacientes fibromiálgicos solo mostraron una menor puntuación no significativa en la valoración de la inteligencia numérica. Los pacientes fibromiálgicos de nuestro estudio obtuvieron puntuaciones significativamente altas en las escalas de neuroticismo y puntuaciones significativamente bajas en las de apertura a la experiencia y extroversión.

270

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DE ALCOY

M.D. Gil del Gallego y R. Ruiz de la Torre

Hospital Verge dels Liris de Alcoy.

Se realiza un taller de Cuidados de Enfermería en pacientes diagnosticados de Fibromialgia Idiopática (FMI), en la consulta de Reumatología del Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy (Alicante).

Objetivo: 1) Conocimiento y manejo de la enfermedad por parte del paciente. 2) Mejorar el dolor y la calidad del sueño. 3) Disminuir el cansancio. 4) Mejorar su autoestima.

Material y método: Estudio prospectivo que se incluyen 60 pacientes diagnosticadas de Fibromialgia según los criterios del American College of Rheumatology (A.C.R.) del año 1990. Cada taller consta de 14 pacientes y la duración es de 6 meses, impartándose unos cuidados de enfermería que comprenden: 1) Entrevista individual, con el fin de detectar sus dificultades emocionales y sus síntomas más importantes. 2) Enseñanza de técnicas de relajación, ejercicios de estiramientos y tonificación muscular, masajes antiestrés y ejercicios respiratorios. 3) Programación de tareas, dando prioridad a diversos aspectos de su vida, soporte emocional, autoestima y compartir con otras pacientes para conseguir ayuda mutua. Se valora el dolor mediante la escala visual analógica (E.V.A.), número de puntos "gatillo" dolorosos a la presión y valoración de las alteraciones del sueño, así como el grado de satisfacción a los 6 meses, según la escala de Likert. Se procesan los datos estadísticamente mediante el programa SSPS.

Resultados: Dolor: EVA inicial = 6,5 y a los 3 meses EVA = 4,63. Alteraciones del sueño inicial = 1,68 y a los 3 meses = 0,82. Puntos "gatillo" inicial = 30,18 y a los 3 meses = 16,04.

Conclusiones: Los pacientes mejoran su calidad de vida como se demuestra en la evaluación final con el grado de satisfacción, habiéndose logrado disminuir la medicación y haber aprendido las técnicas de relajación y ejercicios que les hacen aceptar, manejar y cuidar su enfermedad.

271

¿SON LAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN EFICACES EN LA FIBROMIALGIA?

S. Fernández, M. Peiró, A. Laiz, T. Nolla y C. Díaz

Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. C.A.P. Maragall. Barcelona.

Objetivo: Valorar la eficacia de una técnica de relajación aplicada por la enfermera de reumatología en pacientes con fibromialgia.

Material y métodos: En una consulta de reumatología ubicada en un Centro de Atención Primaria se recogieron de forma consecutiva durante dos meses 53 mujeres con fibromialgia diagnosticadas según los criterios de ACR 1990. En la visita inicial la enfermera de reumatología les enseñaba y grababa en un cassette una técnica de relajación y les recomendaba que se realizase varias veces a lo largo del día. Posteriormente se les hacía un seguimiento al mes y a los tres meses. En todas las visitas se evaluaron mediante escalas analógicovisuales el dolor, la ansiedad, la tristeza y la calidad del sueño. El análisis de los resultados se hizo mediante la T de Student y el análisis de la varianza de medidas repetidas con el factor tiempo.

Resultados: La media de edad fue de 59 años, con una desviación standard de 11,1. El 62% de las pacientes aprendieron la técnica. El 28% abandonó las visitas el primer mes. Un 9% no consiguió aprender la técnica. Todas las variables estudiadas disminuyeron en el tiempo y de forma significativa.

Conclusión: Actualmente no se conoce un tratamiento realmente efectivo para la fibromialgia. Las técnicas de relajación en estos pacientes disminuyen de forma significativa sus niveles de dolor, ansiedad, tristeza y sueño. La facilidad

de la técnica (sólo un 9% no la aprendieron) aplicada por la enfermera de reumatología junto con la mejoría observada confirman su utilidad en el tratamiento coadyuvante de los pacientes afectos de fibromialgia.

272

LUMBALGIA E INCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN ACTIVA: EFICACIA DE UN PROGRAMA ESPECÍFICO DE REINCORPORACIÓN LABORAL

P. Richi Alberti, P. Collado, M. Revenga, F.J. Bachiller, G. Cancelas, M. Blanco, M. Crespo y J.A. Jover
Hospital Severo Ochoa, Hospital Ramón y Cajal, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivo: Estudiar el impacto de la lumbalgia en la incapacidad laboral temporal de causa musculoesquelética (IT-ME) en pacientes incluidos en un programa específico de reincorporación laboral.

Métodos: Aplicación del programa IT ME en el área 7 de la CAM: estudio prospectivo, randomizado durante 2 años con pacientes con procesos de IT-ME de causa no traumática. Los enfermos del grupo control (GC), continuaron con el sistema asistencial tradicional. En el grupo intervención (GI) los pacientes seguían un programa específico llevado a cabo por reumatólogos, (valoración y tto precoz, educación personalizada y en grupos sobre su problema de salud, prevención secundaria y control administrativo). A través de los partes de baja seleccionamos los pacientes con dolor lumbar con codificación diagnóstica CIE-9 724,2 y 724,3. Valoramos en cada grupo la duración media de la IT, el número total de días de IT, la eficacia y el ahorro en pago de compensaciones (de acuerdo con el salario mínimo interprofesional en España en 1997)

Resultados: se incluyeron 3.850 procesos de IT (3.103 pacientes), de los cuales 1.375 (36%) se debían a dolor lumbar. 52% fueron hombres, la edad media fue de 42 años (rango 17-69). Menos del 1% eran menores de 20 años y el 50% tenían entre 30 y 50 años. Comparando GC y GI:

	GC	GI
Nº pacientes	602	647
Nº procesos IT	665	710
Días/IT media	51,4	26,5*
Total días de IT	34.181	18.815*
Eficacia		50,9%

Ahorro: 139.327.200 ptas. (837.373 €).

*p < 0,025.

Conclusiones: nuestros resultados confirman la elevada prevalencia del dolor lumbar en la población activa, sobre todo durante la 4ª y 5ª décadas de la vida. La aplicación de un programa específico multidisciplinario permite reducir de forma significativa la pérdida de productividad y los costes secundarios en estos pacientes.

273

LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA. RESULTADOS PRELIMINARES

J.A. González Ferrandez, R. Noguera Pons, J.V. Tovar Beltrán y F.J. Navarro Blasco
Hospital General Universitario. Elx. Alicante.

Objetivo: Análisis descriptivo de la actividad desarrollada en una consulta de reumatología en Atención Primaria pues-

ta en marcha en el área 19, entre los meses de marzo y julio de 2001. Se describen las características de los 1000 pacientes atendidos por "primera vez".

Métodos: se creó una base de datos que recogía, de cada primera visita, el sexo, la edad, el motivo de consulta, la orientación diagnóstica inicial, la derivación del paciente y las peticiones complementarias solicitadas.

Resultados: 2.140 pacientes atendidos en los primeros 5 meses de consulta (1.571 primeras/569 sucesivas). Demora media a 31-07-01: 14,3 días. Edad media: 48,5 años; 734 mujeres (73,4%). Motivos de consulta más frecuentes: dolor en extremidades (41%), poliartralgias-polialgias (25%). Diagnósticos más frecuentes tras la primera evaluación: Reumatismos de Partes Blandas (20,7%), Fibromialgia (15,5%), Dolor axial no inflamatorio (12,2%), Artrosis periférica (10,6%) y Síndrome del Túnel Carpiano (5,3%). El 6,5% de los pacientes fue diagnosticado de patología articular inflamatoria o enfermedad sistémica del tejido conectivo. El 59% fue dado de alta tras la primera visita.

Conclusiones: 1) Este tipo de consultas en el ámbito de la Atención Primaria parece útil para el control de las listas de espera a corto plazo. Su utilidad real a medio y largo plazo es difícil de estimar con estos datos preliminares. 2) El porcentaje de altas tras la primera visita y los diagnósticos más frecuentes coinciden con los datos publicados procedentes de consultas similares^{1,2}.

1. S. Martínez et al. Programa de atención al enfermo reumático en el área de Terrassa, Rubí y Sant Cugat (Barcelona). Evaluación y seguimiento después de 5 años de experiencia. *Rev Esp Reumatol* 1998; 25: 83-90.
2. M. Romera et al. Análisis del funcionamiento de una unidad de reumatología en atención primaria. *Rev Esp Reumatol* 2000; 27: 373-381.

274

MANIFESTACIONES REUMÁTICAS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

L. Horcada, C. Delgado, A. Urruticoechea, M. Conde y C. Armas

Servicio Reumatología. HCU Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivo: Descripción de manifestaciones reumáticas en la endocarditis infecciosa, así como su frecuencia en el inicio del cuadro clínico

Métodos: Revisión de 29 casos de endocarditis ingresados en nuestro Hospital desde enero 1997 hasta octubre 2001. Los criterios para el diagnóstico fueron los de Duke. Para ser incluidos debían cumplir al menos dos criterios mayores o un criterio mayor y tres menores.

Resultados: La media de edad fue de 52,6 años con una distribución por sexos de 72,5% hombres y 27,5% mujeres. La válvula más afectada fue la aórtica (41,3%) seguida de la mitral (37,9%). El germen causante más frecuente fue el *estafilococo aureus* (34,7%), seguido de los estreptococos del grupo viridans (24,1%), con un 20,6% de hemocultivos negativos. Las manifestaciones osteoarticulares apreciaron en un total de 15 casos (51,4%) con la siguiente distribución: artritis séptica 2 (6,8%), lumbalgia 7 (24,1%), sacroileítis 1 (3,4%), poliartritis 2 (6,8%), osteomielitis 1 (3,4%), discitis 1 (3,4%), artroalgia 1 (3,4%). El cuadro clínico se inició con fiebre y síntomas constitucionales en el 65,5% de los casos. Le siguen las manifestaciones osteoarticulares, presentes al inicio en un 17,1%, todos ellos con hemocultivos positivos.

Hubo 2 casos de artritis séptica, 1 caso de discitis infecciosa y 2 casos de poliartritis, lumbalgia y fiebre. Los tres casos de embolización séptica fueron debidos a estafilococo aureus.

Conclusiones: las manifestaciones reumáticas son frecuentes en la endocarditis infecciosa y pueden presentarse como manifestación inicial del proceso. Su presencia, junto con disfunción valvular y otros factores predisponentes, nos deben llevar a descartar la posibilidad de infección endocárdica.

275

ESTUDIO PROTOCOLIZADO DE LAS CAPILAROSCOPIAS REALIZADAS DURANTE SIETE AÑOS

S. Ojeda Bruno, F. Francisco Hernández, C. Rodríguez Lozano, A. Naranjo Hernández, I. Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa y C. Erausquin Arruabarrena
Sección de Reumatología. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes remitidos para la realización de una capilaroscopia (Cp), los patrones encontrados y los diagnósticos de los pacientes sin esclerodermia con patrón capilaroscópico de esclerodermia.

Métodos: Se revisaron todas las Cp realizadas entre julio-94 y noviembre-01, a través de un protocolo de recogida de datos que incluye: edad, sexo, presencia y características del fenómeno de Raynaud (FR), servicio que solicita la Cp y la descripción de las alteraciones. Los resultados se clasificaron en 4 grupos: 1) normal, 2) patrón de esclerodermia (ES), 3) patrón de colagenosis (CL) y 4) alteraciones significativas sin patrón de ES o CL.

Resultados: Se realizaron 741 Cp y se analizaron las 681 no repetidas, el 94,7% procedían de reumatología, 85% eran mujeres y la media de edad de 42 (DE 16) años. Los pacientes con FR (52,4%) presentaron una media de años de evolución de 6,8 (DE 7,3) años, la Cp fue normal en el 34,6% (8,1% trifásico), patrón de ES 16,9% (28,3% trifásico), patrón de CL 19,1% (4,4% trifásico) y otras alteraciones 29,5% (10,9% trifásico). Las medias de años de evolución de las Cp normales o con otras alteraciones eran inferiores a la media del patrón de ES ($p < 0,05$). Sesenta y cuatro pacientes presentaban patrón de ES, siendo los diagnósticos: esclerodermia (12), S^o CREST (37) y otros diagnósticos (15).

Conclusiones: 1) La Cp es una técnica poco utilizada por otras especialidades (6,3%). 2) Un tercio de los pacientes con FR tienen una Cp normal. 3) El FR trifásico es más frecuente en los pacientes con patrón de ES. 4) El FR tiene una evolución más prolongada en los pacientes con patrón de ES. 5) El patrón de ES se observa, además, en pacientes que no presentan la enfermedad, pero en la mayoría de los casos son formas incompletas de la misma u otras colagenosis. 6) El estudio protocolizado de las alteraciones de la Cp facilita su clasificación en patrones y contribuye al diagnóstico clínico.

276

PANICULITIS ASOCIADA A RALOXIFENO: PRIMER CASO DESCRITO

M.C. Fernández-Espartero y J. de la Mata
Hospital de la Zarzuela. Madrid.

Introducción: El clorhidrato de raloxifeno (RLX) es un derivado benzotiofeno no esteroide que inhibe la resorción ósea

y disminuye la incidencia de fracturas osteoporóticas. Generalmente bien tolerado, sus efectos adversos más frecuentes incluyen episodios tromboembólicos venosos, sofocos, calambres, hipertransaminasemia y edema periférico. Hasta la fecha, no existe evidencia de efectos adversos cutáneos con este fármaco. Presentamos el primer caso de toxicidad cutánea asociada al uso de RLX descrita en forma de paniculitis lobulillar.

Caso clínico: Mujer de 53 años con osteoporosis postmenopáusica y antecedentes de hipersensibilidad a beta lactámicos, estreptomycinina y cloranfenicol. Tras 6 semanas de tratamiento con suplementos cálcicos y RLX comienza a notar progresiva aparición de nódulos subcutáneos eritematosos, calientes y dolorosos en cuello, tórax anterior y brazos. La exploración física fue normal y el interrogatorio dirigido descartó focalidad infecciosa previa o ingesta circunstancial de cualquier otro tipo de fármaco o tóxico. En ningún momento la paciente presentó fiebre o signos de enfermedad sistémica. El hemograma, la bioquímica sanguínea, orina elemental y ANAs fueron normales. La VSG de 17 mm. La radiografía de tórax fue normal y el mantoux negativo. Se practicó una biopsia cutánea compatible con paniculitis lobulillar linfo-histiocitaria. Ante la sospecha de una posible toxicodermia se suspendió toda la medicación, consiguiéndose regresión parcial de las lesiones a partir del primer mes de suspensión. Dos años más tarde persisten aún algunas retracciones cicatriciales en tórax y brazos.

Comentario: La multiplicación del uso clínico del RLX debe ayudar a definir mejor su perfil de toxicidad y sus inconvenientes de uso.

277

ANEMIA HEMOLÍTICA ASOCIADA A ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA: CARACTERIZACIÓN Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN 52 PACIENTES

G. de la Red, M. Ramos-Casals, A. Testi, M. García-Carrasco, M.A. García-Martínez, M.P. Brito, M. Angel, J. Massana, S. Amaro, R. Cervera, J. Font y M. Ingelmo
Servicio de Enfermedades Autoinmunes, Hospital Clínic, Barcelona, BUAP, ISSTEP, Puebla, México

Objetivo: Evaluar las características clínicas e inmunológicas de la anemia hemolítica autoinmune (AHAI) asociada a enfermedad autoinmune sistémica.

Pacientes y métodos. Hemos analizado las historias clínicas de los pacientes con enfermedad autoinmune sistémica controlados en nuestro Servicio entre los años 1990 y 2000, seleccionando aquellos que presentaron a lo largo de su evolución AHAI.

Resultados: Hemos encontrado 52 pacientes con AHAI: 39 (7%) de 565 pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), 4 (8%) de 50 pacientes con síndrome antifosfolípido primario (SAF), 6 (1%) de 443 pacientes con crioglobulinemia y 3 (1%) de 280 pacientes con síndrome de Sjögren primario. De los 52 pacientes con AHAI, 44 eran mujeres y 8 hombres, con una edad media de 42 años (rango 11-76 años). La mayoría de los pacientes presentaban otras hemocitopenias como leucopenia (71%), plaquetopenia (60%) y linfopenia (35%). Los principales datos inmunológicos fueron ANA (90%), antiDNA (68%), hipocomplementemia (59%) y anticuerpos antifosfolípido.

cos (57%), especialmente anticoagulante lúpico (43%). En todos los pacientes se realizó tratamiento con corticoides con una buena respuesta en la gran mayoría, aunque fue necesario añadir inmunosupresores en 14 casos (principalmente ciclofosfamida) y una paciente precisó esplenectomía.

Conclusión: La enfermedad autoinmune sistémica en la que se ha observado una mayor prevalencia de AHAI ha sido el SAF (8% de los pacientes) seguida del LES (7%). Además, hemos observado la presencia de anticuerpos antifosfolípidicos en más de la mitad de los pacientes y la frecuente asociación con otras hemocitopenias. La mayoría de pacientes con AHAI asociada a enfermedad autoinmune sistémica respondieron favorablemente a tratamiento únicamente corticoideo.

278

DESARROLLO DE PROCESOS LINFOPROLIFERATIVOS B EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN ASOCIADO A INFECCIÓN POR VHC

M. Ramos-Casals, O. Trejo, M. García-Carrasco, G. de la Red, V. Gil, M. Lagrutta, A. López-Guillermo, R. Cervera, J. Font y M. Ingelmo

Servicio de Enfermedades Autoinmunes y de Hematología, Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) es la enfermedad autoinmune sistémica con un mayor riesgo de desarrollar procesos linfoproliferativos. Recientemente, la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) se ha relacionado tanto con el SS como con el linfoma no Hodgkin (LNH), lo que sugiere una posible relación etiopatogénica entre estas tres entidades.

Objetivo: Analizar la existencia de pacientes que presenten de forma simultánea una triple asociación entre el SS, infección crónica por el VHC y LNH.

Pacientes: Hemos identificado un total de 4 pacientes con la triple asociación SS-VHC-LNH, 3 mujeres y un hombre, de edades comprendidas entre los 67 y los 78 años. De los 4 pacientes, 3 (75%) presentaban una crioglobulinemia asociada, 2 ANA positivos y ninguno presentaba anticuerpos anti-Ro/SS-A o anti-La/SS-B. El LNH fue de localización primaria extranodal en 3 pacientes y nodal en uno. Las localizaciones extranodales fueron glándula lagrimal, próstata e hígado y ovario en una misma paciente. Los tipos histológicos descritos fueron linfoma difuso de células grandes en 2 pacientes, linfoma MALT en uno y linfoma B de la zona marginal en otro paciente. Tres pacientes recibieron quimioterapia (CHOP) y una radioterapia. Después de un seguimiento que osciló entre los 3 meses y los 9 años, 2 pacientes murieron por progresión del linfoma, uno presentó remisión parcial y otro remisión completa.

Conclusión: La descripción de pacientes que presentan la triple asociación SS-VHC-LNH sugiere la existencia de mecanismos etiopatogénicos comunes en estas tres entidades. Dichos pacientes presentan unas características clínicas peculiares, como una alta presencia de crioglobulinemia asociada, el absoluto predominio de LNH y la elevada frecuencia de afectación primaria extranodal. La coexistencia de estas tres entidades en la práctica clínica es un interesante ejemplo del nexo existente entre autoinmunidad, virus y cáncer

279

MIOPATÍA POR ANTIPALÚDICOS: PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS

E. Casado, A. Sanjuan, I. Ojanguren, C. Tolosa, M. Larrosa, J. Gratacós y J.M. Martínez

Hospital de Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí. Universitat Autònoma de Barcelona. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

Introducción: La miopatía es una rara complicación del tratamiento crónico con antipalúdicos. Sin embargo en un estudio preliminar realizado (*Rev Esp Reumatología* 2001; 28: 199) describimos una prevalencia sorprendentemente alta de esta miopatía.

Objetivo: Analizar la prevalencia y las características de la miopatía por antipalúdicos en todos los pacientes de nuestra consulta de Reumatología tratados durante más de 6 meses con este fármaco.

Pacientes y métodos: Período del estudio 2 años. Se incluyeron 119 pacientes (84 mujeres, 35 varones) que recibían tratamiento con antipalúdicos (112 pacientes recibían cloroquina y 7 hidroxicloroquina). Edad $57,9 \pm 13,8$ años. 70 AR, 26 conectivopatía, 14 reumatismo palindrómico, 9 otros reumatismos. Todos los pacientes recibían menos de 4 mg/día de cloroquina o 6,5 mg/kg de hidroxicloroquina. La duración del tratamiento era de $47,3 \pm 29,4$ meses, con una dosis acumulada de $335,5 \pm 214$ g. En todos los pacientes se determinaron cada 6 meses LDH, CPK y aldolasas. En los pacientes con alteración persistente de cualquiera de estas enzimas ($>$ o igual a 2 determinaciones) se realizó EMG y biopsia muscular. El diagnóstico definitivo de miopatía se estableció histológicamente.

Resultados: 22 pacientes (18,5%) presentaron una elevación enzimática repetida: 20/22 pacientes (91%) LDH, 5/22 (23%) CPK y 1/22 (4,5%) aldolasa. Se realizó EMG en 18/22 pacientes. 9/18 (50%) patrón miopático. Biopsia muscular se realizó en 15 pacientes que dieron su consentimiento. M. Óptico: Sólo 3/15 (20%) mostraron cambios sugestivos de miopatía por antipalúdicos (miopatía vacuolar). M. Electrónico: 15/15 (100%) miopatía tóxica por antipalúdicos (cuerpos mielínicos y/o cuerpos curvilíneos), lo que supone una prevalencia acumulada del 12,6%. 9/15 pacientes (60%) mostraron clínica de debilidad muscular, lo que supone una prevalencia de miopatía clínica en el grupo total de pacientes tratados del 7,5%. No se observaron diferencias ni en la duración del tratamiento ni en la dosis acumulada entre el grupo de miopatía y el grupo sin miopatía.

Conclusiones: La miopatía tóxica por antipalúdicos es relativamente frecuente (prevalencia acumulada 12,6%). La miopatía clínica es poco frecuente pero no excepcional (7,5%). Una elevación enzimática persistente (particularmente LDH) debe hacernos sospechar esta complicación. En un alto porcentaje de casos la m.óptica es normal con lo que resulta imprescindible realizar el estudio con m.electrónica.

280

¿ES DIFERENTE LA EXPRESIÓN CLÍNICA DEL SÍNDROME DE SJÖGREN ENTRE HOMBRES Y MUJERES?

C. Díaz-López, C. Geli, H. Corominas, C. Díaz-Torner, A. Laiz, M. Moreno, J.M. Llobet, A. Rodríguez de la Sema y G. Vázquez
Unitat de Reumatologia. Servei de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau, Barcelona.

Objetivo: Analizar las diferencias clínico-serológicas entre hombres y mujeres con SSp en un amplio grupo de pacientes.

Pacientes y métodos: Se estudian los datos demográficos, inmunológicos y las manifestaciones extraglandulares de 521 mujeres y 28 hombres con SSp por criterios europeos. Las manifestaciones extraglandulares son valoradas según protocolo de la unidad. Los datos de laboratorio incluyen analítica básica e inmunológica. En los casos en que hay fibromialgia acompañante es diagnóstica según criterios ACR-90. El estudio estadístico descriptivo y analítico se realiza por EPI INFO.

Resultados: 521 mujeres: 64 ± 14 años. Tiempo de evolución de 8 ± 6 años. 28 varones: 64 ± 14 años. Tiempo de evolución de 6 ± 6 años. De todas las variables clínico-serológicas tan solo constatamos diferencias significativas con predominancia de mujeres en FM ($p = 0,001$) y clínica y Ac. antitiroideos ($p = 0,008$ y $p = 0,02$ respectivamente)

Conclusión: La expresión clínica extraglandular de SSp es similar en mujeres y hombres, excepto FM y clínica tiroidea que es más prevalente en el sexo femenino.

281

MANIFESTACIONES REUMÁTICAS EN MÁS DE 500 PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO (SSP)

C. Geli, C. Díaz-López, H. Corominas, A. Laiz, M. Moreno, A. Rodríguez de la Serna, J.M. Llobet y G. Vázquez
Unitat de Reumatologia. Servei de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau, Barcelona

Objetivo: Estudiar frecuencia y tipo de manifestación reumática en pacientes con SSp.

Pacientes y métodos: Se estudian 533 pacientes ambulatorios diagnosticados de Síndrome de Sjögren primario por criterios Europeos (se excluyen además los pacientes con Cirrosis Biliar Primaria y con Virus Hepatitis C (+)). Se revisan los datos demográficos, clínicos y de laboratorio básico e inmunológico. Se incluyen todos los pacientes con Artritis Intermitente no erosiva, Osteoartritis inflamatoria/erosiva, Fibromialgia (ACR-90), F. Raynaud y Síndrome Túnel Carpiano.

Resultados: 95% son mujeres. Edad media 63 ± 12 años. Años evolución 8 ± 6 . Los datos reumatológicos que se presentan son: *ARTRITIS INTERMITENTE NO EROSIVA 34,5% (Poliartritis 57,6%, Oligoartritis 28,2%, Monoartritis 13,5% con predominio de afectación de rodilla). De estos pacientes 26,6% cursan sin otra alteración reumática y solo 11% se acompaña de Fibromialgia. * STC 39,7% como única manifestación en el 12,26%. * FIBROMIALGIA se diagnosticó en 37,9%. Aislada o asociada con S. TUNEL CARPIANO el 50,9% (28,7% y 22,7% respectivamente). * Fenómeno de RAYNAUD 27,5% (como único dato solo en 4,3%). *OSTEOARTRITIS INFLAMATORIA /EROSIVA en 10,3% (en el 47,27% se acompañ de alteraciones tiroideas. Tan solo el 18% de los pacientes no presentaba clínica reumática.

Conclusiones: Las manifestaciones reumáticas en SSp (en una Unidad de Reumatología) son muy frecuentes (82%). Por orden de importancia la Artritis Intermitente no erosiva está presente en más del tercio de los pacientes. La forma poliarticular es la más frecuente seguida de la oligoarticular y con menor frecuencia la monoarticular.

La Fibromialgia, el STC y la Osteoartritis inflamatoria /erosiva aislados corresponden al 19%, 12,2% y 10,3%.

282

BIOPSIA MUSCULAR: EXPERIENCIA PRELIMINAR DE SU CENTRALIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA

J. Calvo-Alén, C. Mata Arnaiz y T. Ruiz Jimeno
Hospital Sierrallana. Torrelavega, Cantabria.

Objetivo: Comunicar nuestra experiencia como servicio central para la realización de biopsias musculares en el área de medicina.

Antecedentes y métodos: La biopsia muscular es una técnica diagnóstica esencial en el estudio de cuadros miopáticos y en determinadas enfermedades sistémicas. La mayor parte de estas patologías pertenecen al ámbito reumatológico por lo que es una técnica habitualmente requerida en nuestro medio. No obstante, su realización depende generalmente del cirujano ortopédico lo que muchas veces puede retrasar el procedimiento. En nuestra unidad, tras adquirir el entrenamiento necesario por uno de los miembros de la misma, hemos comenzado a llevar a cabo esta técnica asumiendo todas las indicaciones derivadas del área médica. Las biopsias fueron realizadas en quirófano con anestesia local y habitualmente sobre el músculo cuádriceps. Aquí comunicamos la experiencia de los pacientes realizados hasta ahora

Resultados: En total se han realizado hasta ahora 19 biopsias musculares en otros tantos pacientes. La edad media de los mismos fue de 58 ± 15 años. Seis pacientes (32%) fueron varones y 13 (68%) mujeres. La mayor parte de los pacientes provenían del propio servicio de Reumatología (10 casos, 53%) y el resto de los servicios de Neurología (5 casos, 26%) y Medicina Interna (4 casos, 21%). Siete pacientes (37%) presentaron una miopatía inflamatoria (4 polimiositis, 2 dermatomiositis y 1 miopatía por cuerpos de inclusión), 4 (21%) vasculitis sistémicas (3 panarteritis nodosas, 1 Granulomatosis de Wegener), 3 (16%) miopatías metabólicas y otros 3 enfermedades neuromusculares degenerativas y los dos restantes una miopatía por HIV y una miopatía inespecífica. Únicamente en dos pacientes se apreció alguna complicación consistente en dehiscencia de la sutura en ambos casos.

Conclusiones: La biopsia muscular es una técnica diagnóstica relativamente frecuente en nuestra práctica médica, sencilla y con alta rentabilidad diagnóstica. La asunción de su realización por las unidades de Reumatología puede favorecer la captación de pacientes con patología específicamente reumatológica así como acelerar el proceso diagnóstico

283

REVISTAS ELECTRÓNICAS PARA LA REUMATOLOGÍA

M.A. Abad Hernández, M. Torresano Andrés, J.M. Estrada Lorenzo* y J. de Llano Reguera**
Servicio de Reumatología Hospital Virgen del Puerto (Plasencia), TAISS (Madrid), Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud. Instituto de Salud Carlos III (Madrid)***

Objetivo: Describir la situación actual de las revistas electrónicas en el ámbito de la Reumatología.

Material y métodos: *Sujetos de estudio:* Publicaciones periódicas sobre reumatología y enfermedades reumáticas con acceso electrónico en 2002 a sus contenidos. *Diseño:* Estu-

dio descriptivo, transversal. **Metodología:** Identificación de las revistas electrónicas de reumatología (en repertorios especializados, buscadores y portales sanitarios). Caracterización de dichas revistas electrónicas a partir de las siguientes variables: formato (papel o electrónico), cobertura cronológica, actualización, acceso (gratuito o suscripción), información disponible (resumen, texto completo o índice), entidad responsable o editor, periodicidad, idioma y país de origen, e información adicional (comité editorial, normas de publicación, etc.).

Resultados: Se han identificado 49 revistas con páginas web referidas a la reumatología y enfermedades reumáticas (de un total de más de 160 revistas sobre reumatología identificadas en repertorios especializados). La mayoría de ellas se editan en inglés y en países de cultura anglosajona. Sólo 3 se presentan únicamente en formato electrónico, el resto se publican simultáneamente en formato impreso. 38 revistas ofrecen acceso al texto completo de sus trabajos, aunque sólo 10 revistas de forma libre y gratuita, el resto lo hacen de manera restringida por suscripción. Cronológicamente, las revistas presentan una reducida cobertura, que por lo general no suele exceder de los últimos 5 años (sobre todo, si ofrecen el texto completo).

Conclusiones: Casi un 30% de las revistas de reumatología publicadas en la actualidad se ofrecen en formato electrónico, porcentaje similar al de otras especialidades médicas. Aún es muy reducido el número de publicaciones que ofrecen gratuitamente el texto completo (5%), siendo lo habitual la suscripción a la versión impresa. El formato electrónico todavía no ha conseguido independizarse del formato en papel y casi la totalidad de las revistas ofrecen ambos soportes. Parece probable que en los próximos años el número de revistas accesibles electrónicamente aumente, así como la disponibilidad electrónica de sus contenidos.

284

MOTIVO DE REFERENCIA DE LA PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR A LAS CONSULTAS DE REUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA-TRAUMATOLOGÍA DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES DE LA MARINA BAIXA

G. Santos, N. Llahí, J. Rosas, C. Cano, J. Ena y J. Ivorra
Hospital Marina Baixa, Villajoyosa. Alicante. Hospital de Onteniente. Valencia.

Objetivos: Conocer las características y diagnósticos de presunción de los pacientes remitidos a las consultas de Reumatología y Cirugía Ortopédica-Traumatología (COT) del centro de especialidades del área de la Marina Baixa.

Método: De las listas de espera existente en diciembre de 2001 del Centro de especialidades del área de la Marina Baixa de Alicante, se han revisado un total de 813 propuestas de forma consecutiva, de las que 613 se habían remitido a la consulta de COT y 200 propuestas a la consulta de Reumatología. Los pacientes se clasificaron según el tipo de patología reseñado en la propuesta en tres grupos: Grupo 1. Patología Ortopédica y Traumatológica (traumatismos, procesos potencialmente quirúrgicos y tratamiento ortopédico). Grupo 2. Enfermedad inflamatoria-sistémica (enfermedades del colágeno y las distintas enfermedades con artritis). Grupo 3. Enfermedad no inflamatoria (dolor osteomuscular regional o difuso y osteoporosis).

Resultados: Todos los 174 (21%) pacientes del grupo 1, fueron remitidos a las consultas de COT. De 47 (6%) pacientes del grupo 2, 43 fueron remitidos a la consulta de Reumatología y 4 a la de COT. Un total de 592 pacientes (73%) fueron clasificados en el grupo 3, de los que 157 (19%) fueron remitidos a Reumatología y 435 (53%) se remitieron a la consulta de COT. En el grupo 3, las características diferenciales de los pacientes fueron en COT y Reumatología respectivamente: dolor en miembro inferior no definido (28% vs. 7%, $p < 0,0001$), lumbalgia (23% vs. 7%, $p < 0,0001$), artalgias (1% vs. 21%, $p < 0,0001$), fibromialgia (0% vs. 8%, $p < 0,0001$), osteoporosis (1% vs. 6%, $p < 0,001$).

Conclusiones: Las propuestas de los grupo 1 y 2 se remitieron correctamente a las consultas de COT y Reumatología. Sin embargo, en el grupo 3, el 53% de las propuestas es remitida a la consulta de COT, preferentemente los pacientes con dolor en miembro inferior y los pacientes con lumbalgia.

285

EL REUMATÓLOGO EN LAS UNIDADES DE COLUMNA. UTILIDAD EN LA REDUCCIÓN DE LISTAS Y/O TIEMPOS DE ESPERA DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS. ESTUDIO PILOTO

D. Reina Sanz, S. Ordóñez, D. Roig-Escofet, J. Rodríguez-Moreno, O. Codina y X. Juanola
Hospital de Bellvitge. Barcelona.

El reumatólogo en las unidades de columna. Utilidad en la reducción de listas y/o tiempos de espera de los pacientes quirúrgicos. Estudio piloto.

Introducción: La patología de columna es una de las que genera más demanda sanitaria. Un porcentaje de estos pacientes, por su gravedad y complejidad, requieren una asistencia muy especializada en hospitales de 3er nivel. La valoración quirúrgica de estos pacientes genera listas de espera considerables. Ante una lista de espera > 12 meses para valoración quirúrgica, se pidió la colaboración del servicio de reumatología en un plan piloto.

Objetivos: Analizar los factores que inducen a un reumatólogo a indicar la cirugía de columna.

Metodología: Una muestra de los pacientes en lista de espera para valoración quirúrgica de columna fue valorada de forma prospectiva por un reumatólogo de staff de un servicio de Reumatología. Se recogieron las siguientes variables: datos demográficos, tiempo de espera, especialista de procedencia, tipo de trabajo, situación laboral, tiempo de baja laboral, exploraciones complementarias realizadas, exploraciones complementarias solicitadas, número de segundas visitas generadas, diagnóstico final y desenlace. Se ha realizado un estudio descriptivo y se ha analizado el efecto de las diferentes variables en función del desenlace final (valoración quirúrgica versus tratamiento conservador)

Resultados: Hasta la valoración actual se habían incluido 74 pacientes. La distribución por sexos fue similar, la edad media fue 49,8 (DE 12,9), la mayoría fueron remitidos por especialistas del aparato locomotor (77% traumatólogos). Un alto % aportaban estudios de imagen complejos (55% TAC, 51,3% RM, 27% EMG). La demora media de la visita fue considerable (10,3 meses, DE 2,9). El 21,6% estaban de baja laboral con una duración media de la misma de 11,7 meses (DE 5,8). La localización mayoritaria de la raquialgia fue

lumbar (81%) y en un 54% se acompañaba de radiculopatía. Los diagnósticos finales fueron los siguientes: hernia discal (23%), prolapso discal (19%), espondilosis (24%), espondilolistesis (19%), funcionales (1%), otros (14%). A juicio del reumatólogo implicado en el plan piloto sólo el 32,4% de esta serie, en teoría muy seleccionada, era tributario de ser valorado por el cirujano.

La presencia de radiculopatía y alguno de los diagnósticos fueron estadísticamente significativos ($p < 0,05$) en el desenlace. El resto de variables no mostraron una asociación significativa con éste.

Conclusiones: La patología de columna genera una considerable demanda de asistencia muy cualificada y el reumatólogo debe ofrecerla si quiere tener más peso específico dentro de los esquemas de los gestores sanitarios. La formación de los residentes en este campo es tan importante y compleja como la del manejo del enfermo inflamatorio. Acortar la demora en la asistencia de este tipo de pacientes es imprescindible para el paciente y para el sistema.

286

PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) E INFLUENCIA DEL CONSUMO DE AINES SOBRE LAS CIFRAS DE TENSIÓN ARTERIAL (TA) EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTAS DE REUMATOLOGÍA

J. Rosas*, J. Ivorra**, J. Calvo-Alén***, G. Santos*, J. Ena*, T. Ruiz***, C. Cano*, N. Llahí*, M. Perdiguero*, C. Mata*** y L. Piedra***

*Hospital Marina Baixa, Villajoyosa (Alicante), *

**Hospital de Onteniente (Valencia),

***Hospital Sierrallana, Torrelavega (Cantabria).

Objetivos: Conocer la prevalencia HTA y la influencia del tratamiento con AINEs en las cifras de TA de los pacientes atendidos en consultas de reumatología

Método: Se realizaron 2 tomas de TA a un total de 602 pacientes consecutivos atendidos en las consultas de reumatología de tres hospitales comarcales (Hospitales de Villajoyosa, Onteniente y Torrelavega). Se ha utilizado los criterios de la Sixth report of the Joint National Committee, para la prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento de la HTA. Se han recogido datos relativos a factores de riesgo cardiovascular: diagnóstico previo de HTA o Diabetes mellitus, eventos cardiovasculares, edad, sexo, consumo de tabaco, colesterol total, así como el consumo de fármacos (especialmente; AINEs y corticoides).

Resultados: La edad media de los pacientes era de 57 años, el 43% eran varones, 16% eran fumadores, 9% con diabetes mellitus y un 21% con dislipemia. La distribución de las cifras de TA fue: óptima en 160 (27%), normal en 151 (25%) y elevada en 291 (48%). Del total de 291 pacientes con HTA, 160 (55%) presentaban HTA conocida y en 131 (45%) la HTA era desconocida. Entre los pacientes que tomaban AINEs ($n = 242$), y los pacientes que no tomaban AINEs ($n = 360$) sólo hubo diferencias significativas en la proporción de HTA (51% vs. 42%, $p < 0,05$).

Conclusiones: Hemos detectado una elevada prevalencia (48%) de HTA en los pacientes atendidos en las consultas de reumatología de tres hospitales comarcales, desconociendo el 45% de ellos la presencia de HTA previamente. En los pacientes tratados con AINEs encontramos mayor proporción de HTA.

287

GRADO DE CONOCIMIENTO DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD REUMÁTICA ENTRE LOS PACIENTES EN SEGUIMIENTO EN CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

G. Santos*, J. Rosas*, C. Cano*, N. Llahí* y J. Ivorra**

*Hospital Marina Baixa, Villajoyosa (Alicante),

**Hospital de Onteniente (Valencia).

Objetivos: Conocer el grado de conocimiento del diagnóstico y del tratamiento de la enfermedad reumática, entre los pacientes en seguimiento en la consulta de Reumatología del Hospital Marina Baixa.

Método: En 161 pacientes consecutivos, en los que se conocía previamente el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad reumática y de las enfermedades no reumáticas, que de forma regular recibían informe clínico con el diagnóstico y tratamiento prescrito, se les invitó a contestar un cuestionario, donde se recogía; nivel de formación educativo, ocupación laboral y los datos de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad reumática y de las enfermedades no reumáticas que padeciera.

Resultados: El 71% de los pacientes eran mujeres, con edad media de 58 + 16 años. El nivel educativo admitido por los pacientes fue: 25% analfabetos, 28% estudios primarios incompletos; 34% primarios completos, 11% estudios secundarios y superiores el 2%. Respecto a la ocupación laboral; 39% de los pacientes se dedicaban a tareas domésticas, 15% a hostelería, 7% limpieza, 4% agricultura o pesca, 17% a diversas actividades industriales, 7% tareas administrativas y el 11% a otras. En el 72% de los pacientes el diagnóstico principal de enfermedad reumática era de tipo inflamatorio/colagenopatía. El 52% de los pacientes conocían el diagnóstico y el 59% el tratamiento de la enfermedad reumática: el 54% de los pacientes conocían el tratamiento con corticoides, el 51% la calcioterapia, 45% el AINE, 43% el FARAL, 25% el Paracetamol, 25% el Bifosfonato y el 4% el tratamiento con relajantes musculares. Al comparar el grado de conocimiento de la enfermedad según el nivel educativo sólo hemos encontrado diferencias entre el grupo de analfabetos (15%, $p < 0,001$) respecto al resto (58% en nivel de estudios incompletos y completos, 80% en estudios superiores). El 52% de los pacientes conocía el tratamiento de las enfermedades no reumáticas.

Conclusiones: Sólo el 50% de los pacientes conocen el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad reumática que padecen a pesar de recibir un informe detallado en la consulta. El alto porcentaje que admite tener un nivel educativo muy bajo (25%) de nuestra población puede justificar este resultado. La ocupación laboral principal es la tarea doméstica y la hostelería.

288

SEGUIMIENTO A 16 MESES DE UVEÍTIS POSTERIORES EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNFALPHA (INFLIXIMAB)

E. Pato, C. Vadillo, M. Salido, R. Giménez, R. Méndez, C. Hernández y A. Bañares

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo: Describir la evolución a los 16 meses de 7 pacientes con uveítis posterior (UP) no infecciosa refractaria a tratamientos con corticoesteroides e inmunosupresores (IS),

que han sido tratados con Infliximab. Se trata de un estudio abierto no controlado donde el tratamiento se ha aplicado en uso compasivo tras aprobación por los comités de ética y ensayos clínicos de nuestro hospital y previa firma de consentimiento informado.

Protocolo: En los primeros 3 meses se aplicó Infliximab a dosis de 5 mg/kg intravenoso en las semanas 0, 2 y 6, y se realizaron visitas de valoración oftalmológica completa según un protocolo ya descrito. En el seguimiento posterior se realizaron revisiones oftalmológicas cada 2 meses o cuando el paciente acudía a la consulta por aparición de síntomas (disminución de la agudeza visual, visión borrosa, ojo rojo o dolor). Ante un brote ocular se aplicó nueva dosis de Infliximab, sin aumentar la dosis de corticoides. Recidiva se definió como disminución de la agudeza visual (pérdida de una línea en la escala de Snellen), aumento de la turbidez vítrea, signos de vasculitis y aparición de edema macular.

Resultados: De los siete pacientes que iniciaron el estudio, uno abandonó por falta de respuesta al tratamiento; dos pacientes tuvieron importante mejoría y no precisaron nuevas dosis; tres pacientes presentaron un brote oftalmológico que requirió una nueva dosis de infliximab y un paciente presentó tres brotes que se trató con tres dosis de infliximab. Dos pacientes tuvieron brote cutáneo de su enfermedad sistémica por lo que se aumentó la dosis de prednisona a 15 mg. No hubo efectos adversos al tratamiento. En cinco pacientes la dosis final de prednisona era menor o igual 7,5 mg, y en el nº 2 de 10 mg. En la siguiente tabla se recogen los diagnósticos, el tipo de afectación del polo posterior, la agudeza visual del ojo con mejor respuesta (escala de Snellen) y los brotes oftalmológicos y sistémicos

Paciente	Diagnóstico	A. Visual Basal	A. Visual Mes 16	Brote ocular	Brote sistémico
1	E. de Behçet	20/25	20/20	1	1
2	E. de Behçet	20/32	20/28	1	1
3	E. de Behçet	20/32	20/28	0	0
4	E. de Behçet	20/28	20/28	3	0
5	E. de Behçet	20/200	20/200	0	0
6	Sarcoidosis	20/40	20/33	1	0

Conclusión: El tratamiento con infliximab es una alternativa útil a largo plazo en el manejo de los pacientes con UP refractaria con vasculitis retiniana. En el futuro habrá que analizar la pauta de tratamiento con Infliximab en estos pacientes.

289

ETOFENAMATO I.M. EN DOLOR ARTICULAR

L.E. Herrera-Gómez, A. Torres-y-GR, J.G. Medina-González
Departamento Médico Bayer. México, D.F. México.

Introducción: Para el manejo del dolor articular agudo y crónico, se evaluó la eficacia y tolerabilidad de etofenamato 1 g c/24 h vía i.m.

Métodos: Fueron evaluados pacientes con dolor articular con: dolor en reposo "DR", dolor al movimiento "DM" y capacidad para la actividad normal "CAN", mediante la Escalas Visuales Análogas "EVA" antes y después del tratamiento, se registraron los Eventos Adversos "EA". El médico calificó el tratamiento como "Muy bueno" (MB), "Bueno" (B), "Regular" (R), "Sin Mejoría" (SM) y "Malo" (M).

Resultados: N = 1.465, edad de 30-59 años (56,3%), 51,6% de sexo masculino. La Osteoartritis (OA), A. Reumatoide (AR), Esguince/Contusión (EC) y Lumbalgia/ Ciática (LC) re-

presentaron el 71,1% de los casos. Pacientes válidos para eficacia 1.398 y para tolerabilidad 1.449.

EVA	DR	DM	CAN
Pre-tratamiento	5-10 (82,9%)	6-10 (86,7%)	1- 5 (59,3%)
Post-tratamiento	0- 3 (85,5%)	0- 4 (89,5%)	8-10 (44,1%)

Médico	OA	AR	EC	LC
Muy bueno	147 (45,2%)	70 (40%)	234 (56,5%)	45 (45%)
Bueno	154 (48,4%)	94 (53,7%)	170 (41,1%)	49 (49%)

La tolerabilidad fue "MB-B" en 1.348 (93%) pacientes. Hubo 89 EA (6,1%), 59 (4,1%) tuvieron dolor en el sitio de la inyección, 8 (0,6%) fueron EA GI, la náusea se presentó en 5 (0,34%).

Conclusión: el manejo de dolor articular con etofenamato I.M. fue eficaz y demostró excelente tolerabilidad tanto GI como local.

290

ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN LOS INMIGRANTES

A. Pros, A. Juncadella, M. Ciria, C. Pérez-García, M. Ruiz, J. Blanch y P. Benito

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

Objetivo: Caracterización de la patología reumática en Asistencia primaria, en población inmigrada de un área urbana española. Comparación con la población autóctona.

Pacientes y métodos: En el área sanitaria de Ciutat Vella (68.840 habitantes) de la ciudad de Barcelona, se dispone de una red de asistencia especializada reumatológica en los Centros de atención primaria. Está dotada de archivos informatizados de datos clínicos y epidemiológicos. La población inmigrada es de 17.097 habitantes (24,8%) (Censo del 2001). Media de edad: 31 años. Relación hombre/mujer: 1,4. En los pacientes que acudieron por primera vez a Consultas externas de Reumatología, durante el año 2001, se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, motivo de consulta y diagnóstico. En la población inmigrante se registró: país de origen, tiempo de estancia y grado de dificultad idiomática (alto, medio, bajo). Las variables fueron tratadas estadísticamente mediante análisis descriptivo, T de Student, tablas de contingencia y rectas de regresión.

Resultados: El número de pacientes fue de 1.084. El 16% (175) correspondía a población inmigrante. Las mujeres fueron más frecuentadoras que los hombres en ambos grupos: población autóctona (PA): 71,8%; población inmigrada (PI): 56,6%. Los países de origen más comunes fueron Marruecos (31%), Pakistán (15%) y Filipinas (11%). El grado de dificultad idiomática fue alto en un 20%. En ambos grupos, los motivos de consulta más frecuentes fueron lumbalgia mecánica y hombro doloroso. En PI, la poliartritis y raquialgia inflamatoria fueron más prevalentes que en PA (PI: 18%; PA: 4%). Diagnósticos: La patología "inflamatoria" fue más frecuente entre la PI que en la PA, 24 y 12,2% respectivamente. Ajustada por edad y sexo, la Odds Ratio (OR) de la PI fue de: 1,9 (IC 95%: 1,21-3,08). La edad menor de 45 años y el sexo masculino (OR: 2,9; IC: 1,5-5,6), y la mayor dificultad idiomática (OR:3,4; IC:1,3-8,8) se comportaron como factores de riesgo para el diagnóstico de patología "inflamatoria". El diagnóstico de espondiloartropatía (9,1%) fue la patología "inflamatoria" más común en PI.

Conclusiones: La patología "inflamatoria" fue más prevalente en los inmigrantes que en los autóctonos, diferencias que se mantienen al ajustar por edad y sexo. La espondiloartropatía fue el diagnóstico de patología "inflamatoria", más común en los inmigrantes. La edad inferior a 45 años, el sexo masculino y el mayor grado de dificultad idiomática son factores que condicionan una mayor probabilidad de presentar patología "inflamatoria" en los inmigrantes en comparación con los autóctonos.

291

FENTANILO-TTS EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y REPERCUSIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR ASOCIADOS A ENFERMEDADES REUMÁTICAS

R. Miguelez, A. García López, J. González, M.J. Condon, H. Castillo, J. Soltillo, J. Mareque y J.L. Nuin
Multicéntrico.

Objetivos: Evaluar la efectividad y seguridad del fentanilo TTS en el tratamiento (tto.) del dolor asociado a enfermedades reumáticas así como el impacto de la analgesia sobre el sufrimiento del paciente (pte).

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Se han incluido ptes con dolor moderado-severo (EVA ≥ 4) asociado a enfermedad reumática y en tratamiento analgésico con opioides menores. El seguimiento fue de 6 meses, realizándose los controles: basal, día 8, y mes 1, 3 y 6. Datos recogidos: diagnóstico de la enfermedad, intensidad del dolor con la EVA, dosis de fentanilo, efectos secundarios relacionados con opioides (escala O.MS) y evolución del sufrimiento del pte debido a la enfermedad, se contemplaron siete ítems: sensación penosa, limitación funcional, sensación de tristeza, pérdida de autonomía, alteraciones del sueño, cansancio, deterioro de las relaciones sociales. Para cada ítem se valoró la presencia (sí/no) y la intensidad (0 = ausente, 10 = peor imaginable). Al final se valoró la satisfacción con el tratamiento de médico y pte (0 = nada satisfecho, 10 = satisfacción máxima).

Resultados: Se han incluido 474 ptes, de los que 266 cumplen 6 meses de tto, la mayoría de abandonos no tienen relación con fentanilo-TTS, solo el 13,3% abandona por efectos secundarios (náuseas y vómitos mayoritariamente) no teniendo ninguno consecuencias para el pte. Los diagnósticos más frecuentes fueron: 47% osteoartrosis, 33% raquiálgias, 29% osteoporosis y 18% espondilitis anquilosante, otros interesantes fueron: fibromialgia (11%) y artritis (10%). El EVA pasó de 7,76 a 2,15 el mes 6 ($p < 0,0001$). La dosis de fentanilo inicial fue 25 mg/h, en el 71% se mantuvo y aumentó por encima de 50 mg/h en el 3%. La mayoría de los efectos secundarios fueron grado 1. Los más frecuentes ($> 10\%$) fueron: náuseas, vómitos, estreñimiento, somnolencia y sudores. Respecto al sufrimiento, se produjo, para todos los ítems una disminución estadísticamente significativa ($p < 0,0001$) tanto de la presencia como de la intensidad. La satisfacción con el tratamiento de fentanilo-TTS fue 8,3 y 8,1 en médico y pte respectivamente.

Conclusiones: Fentanilo-TTS es un fármaco efectivo y seguro para el dolor asociado a las enfermedades reumáticas. El grado de satisfacción con fentanilo-TTS fue muy elevado en médicos y ptes. El impacto de la analgesia obtenida con fentanilo-TTS sobre el sufrimiento del pte fue muy positivo, disminuyendo este de forma estadísticamente significativa.

292

LA GOTA EN LA PRENSA MÉDICA GRANADINA DE LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX (1869-1899)

M. Tenorio*, M. Camacho*, G. Pérez* y J. Cabrera**
**Hospital del INSALLUD. Ceuta **Facultad Medicina Cádiz.*

Introducción: Durante la segunda mitad de siglo XIX se editaron en granada cinco revistas médicas: *La Gaceta Médica de Granada* (1869-1871. Primera etapa), *La Prensa Médica de Granada* (1879-1883), *La Gaceta Médica de Granada* (1883-1899. Segunda etapa), *La Clínica* (1885-1886) y *La Gaceta Médica Escolar* (1898-1899), donde se publicaron una treintena de trabajos sobre la gota.

Objetivos: Analizar la información que se halla en los escritos localizados acerca de la enfermedad gotosa.

Material y método: Para la búsqueda de revistas y artículos seguimos la metodología heurística. Para analizar la materia localizada comparamos con la bibliografía de referencia, especialmente revistas y textos médicos coetáneos; así como críticas de expertos.

Resultados: Los 30 artículos encontrados se hallan distribuidos entre 1879 y 1897 y describen con suficiencia y actualización cada uno de los aspectos nosográficos de la gota, resultando mayoritarios los referidos a terapéutica. Resaltamos un escrito sobre la vinculación del ácido úrico a las proteínas nucleares y otro sobre la determinación cuantitativa del ácido úrico. El autor más destacado fue J. Teixidor.

Conclusiones: La Prensa Médica Granadina de la segunda mitad del siglo XIX (Positivismo Decimonónico) contiene una información completa y actualizada sobre todos los aspectos nosográficos de la Gota, tal como a la sazón se concebían. Creemos haber contribuido con este trabajo a enriquecer la historiografía española de la Reumatología.

293

HOSPITAL DE DIA DE REUMATOLOGÍA

I. Padró, C. Pérez García, J. Maymo y P. Benito
Servei de Reumatologia IMAS, Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: El perfil de la enfermería en Reumatología está cambiando. La enfermería ha pasado a ser protagonista en el tratamiento de los pacientes con patología inflamatoria. En la actualidad, están apareciendo nuevas terapias para frenar la actividad inflamatoria de la enfermedad. Esto nos ha ofrecido crear este servicio asistencial y diferencial, nuestro propio "Hospital de día".

Objetivos: Administración y control de forma ambulatoria y por vía endovenosa de los tratamientos: Infliximab, para los pacientes con Artritis Reumatoide, Artritis Psoriásica y Espondilitis Anquilosante. Pamidronato en pacientes con osteoporosis severa y Alprostadilo en los pacientes con Esclerodermia y fenómeno de Raynaud refractario. Controlado por un médico y una enfermera de Reumatología.

Material y métodos: Disponemos de una sala con 4 sillones reclinables, 2 días a la semana, para realizar las infusiones. El tiempo de la infusión es de 2 horas y durante este tiempo se toman constantes: tensión arterial, pulso y temperatura, controlamos los efectos adversos y se pasan los cuestionarios: HAQ, SF-36, EVA, y la EGP. El material necesario para la administración de dichos tratamientos es el habitual para cualquier tratamiento endovenoso. La dosis de cada

uno de los fármacos, que es distinta en cada patología, se diluye en un suero fisiológico de 250ml. En un carro de curas, disponemos tanto del fármaco a administrar como de los fármacos habituales para la posibilidad de efectos adversos al tratamiento los cuales son: Paracetamol, Prednisolona, Polaramine, Adrenalina, Atropina, Primperan y Omeprazol

Resultados: Desde abril del 2000 hasta diciembre del 2001 se han introducido un total de 35 pacientes con patología inflamatoria en tratamiento cada 8 semanas por vía e/v con Infliximab. En octubre del 2001 se inició el tratamiento por vía e/v con 60 mg de pamidronato a 3 pacientes con osteoporosis, pauta que se repetirá cada 6 meses y están en lista de espera 4 pacientes para dicho tratamiento. En diciembre del 2001 se ha iniciado tratamiento por vía e/v con Alprostadilo 40 mcg/ev durante 5 días seguidos a 2 pacientes con Esclerodermia. Se han realizado un total de 337 infusiones desde el inicio del hospital de día hasta la actualidad.

Conclusiones: Ahorro en ingresos hospitalarios. Nuevas perspectivas y comodidad para el enfermo reumático. Nueva estructura de Servicio y nueva proyección para la enfermería de reumatología: la enfermera es una parte importante en el trabajo en equipo dentro del Servicio de Reumatología.

294

EFFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y EVOLUCIÓN DE DOSIS DE FENTANILO-TTS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR ASOCIADO A ENFERMEDADES REUMÁTICAS

M. Pericas, A. Jiménez, E. García-Mancha, J. Noguera, A. Urquía y A. Vega
Multicéntrico.

Objetivos: Evaluar la efectividad, seguridad y evolución de dosis del fentanilo-TTS en el tratamiento (tto.) del dolor en enfermedades reumáticas. **Métodos:** Estudio observacional prospectivo. Los pacientes (ptes) incluidos tenían dolor (EVA ≥ 4), no controlado con opioides menores. El seguimiento fue 6 meses, con controles: basal, día 8 y mensualmente. Se evaluó diagnóstico de la enfermedad, intensidad del dolor con EVA, dosis de fentanilo y motivo de los incrementos, satisfacción del pte y médico con el tto. (0 = nada satisfecho, 10 = satisfacción máxima), y los efectos secundarios asociados con opioides (escala O.M.S.).

Resultados: Se han incluido 324 pts. El 54,3% abandona prematuramente, siendo las causas más frecuentes: buen control del dolor: 18,5% y efectos secundarios 18%, mayoría leves o moderados y ninguno con consecuencias importantes para los ptes. Los diagnósticos más frecuentes fueron: 43% osteoartritis, 38% raquialgias y 32% osteoporosis con fractura. La EVA inicial fue 8,26 disminuyendo a 5,74 el día 8, a 4,32 el mes 1, a 3,46 el mes 2 y a partir del mes 3 fue <3 hasta el final. La dosis media basal fentanilo fue 26,4 mg/h, aumentando en el 15,7% de los pacientes durante el mes 1 y permaneciendo constante hasta el mes 6 en el 98,8% de los ptes. El mes 6 el 80% de los ptes estaba con fentanilo 25 mg/h y el 20% con 50 mg/h. El motivo de incremento fue dolor no controlado en todos los ptes excepto en 2 que fue: traumatismo y complicación médica respectivamente. Disminuciones de dosis se dieron en el 5,2%. El 71% de los médicos evaluaron como muy buena-buena la eficacia del fentanilo y la seguridad el 64%. El 4% de los ptes. considera que el fentanilo es peor que la terapia analgésica previa. La mayoría de los efectos secundarios fueron leves-moderados, siendo más fre-

cuentes $> 10\%$: estreñimiento 28%, náuseas 23%, somnolencia 14% y vómitos 11%, estos porcentajes se redujeron el mes 6 pasando a ser: 27%, 7%, 4% y 1% respectivamente.

Conclusiones: Fentanilo-TTS es un fármaco efectivo y seguro para el dolor asociado a enfermedad reumática. Las dosis de fentanilo se incrementan hasta que el dolor se controla, correlacionándose EVA > 3 con aumento de dosis de fentanilo. Cuando el dolor está controlado la dosis de fentanilo permanece constante. La terapia con fentanilo-TTS es preferida a la previa en la mayoría de los pacientes.

295

PATRÓN ESTACIONAL DE LA POLIMIALGIA REUMÁTICA

P. Peris

Unidad de Reumatología CAP Manso. Barcelona.

Objetivo: Algunos estudios han sugerido que existe un patrón estacional en el inicio de la polimialgia reumática (PMR). El objetivo de este estudio ha sido analizar la distribución estacional de la PMR en una consulta especializada de Reumatología en el ámbito de la asistencia primaria.

Metodología: Estudio prospectivo de 4 años de seguimiento (septiembre 1997 a septiembre 2001) que incluye los pacientes diagnosticados de PMR durante este período de tiempo, analizando únicamente aquellos pacientes que pudieron precisar el mes en el que iniciaron los síntomas.

Resultados: Se diagnosticaron un total de 68 pacientes con PMR, de los cuales 55 (38 mujeres, 17 hombres) fueron capaces de precisar el mes de inicio de los síntomas. La edad media de los pacientes era de $74,1 \pm 8,1$ años y el tiempo medio de evolución de la sintomatología de $63,8 \pm 43$ días. No se observaron diferencias significativas en la incidencia estacional de los pacientes con PMR (17 casos en primavera, 10 casos en verano, 15 casos en otoño, 13 casos en invierno, $p = n.s.$). Los meses en los que se observó la máxima incidencia de casos fueron: mayo (18% de los casos), febrero (15%) y agosto (13%).

Conclusiones: La PMR no se asocia a un patrón estacional. Sin embargo, durante los meses de mayo, febrero y agosto se observan un mayor número de casos (alrededor del 50% del total).

296

ESTUDIO DE LA MASA ÓSEA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH

A.G. Aparicio, S. Muñoz Fernández, J. González*, J.R. Arribas*, S. Hernández Albújar*, J.M. Peña*, J.J. Vázquez*, M.E. Martínez**, J. Coya*** y E. Martín Mola
Servicios de Reumatología, Medicina Interna, Bioquímica** y Medicina Nuclear***. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid.*

Introducción: Recientemente se han comunicado diversos efectos secundarios de tipo metabólico (lipodistrofia, diabetes mellitus, osteopenia etc.) asociados al tratamiento combinado antirretroviral para la infección VIH.

Objetivo: Estudiar la densidad mineral ósea en pacientes seropositivos que no hayan recibido ningún tratamiento antirretroviral, comparándola con pacientes en tratamiento con un inhibidor de la proteasa (IP) durante al menos dos años.

Métodos: Estudiamos 19 pacientes varones, 8 portadores asintomáticos (PA) y 11 en tratamiento con un IP. Los dos

grupos eran homogéneos por edad, estatura y peso. Se excluyeron las mujeres y los pacientes con cualquier tipo de factor asociado a una disminución de la masa ósea. A todos se les realizó una encuesta nutricional y una densitometría ósea (LUNAR) en columna lumbar y fémur. Se intentó relacionar la densidad mineral ósea con el nivel de linfocitos CD4, la carga viral y en todos los casos se realizó un estudio metabólico completo. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS (U de Mann-Whitney, test exacto de Fisher y correlación de Spearman).

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 40 años (DE 8,9) en el grupo de PA y de 34 años (DE 6,1) en el grupo con IP. Encontramos que un total de 11 de los 19 pacientes (58%) presentaron osteopenia definida por los criterios de la OMS, 5 de 8 en el grupo de PA (62,5%) y 6 de 11 en el grupo con IP (54,5%); diferencia no estadísticamente significativa. Un paciente del grupo de PA cumplía criterios de osteoporosis. En el estudio metabólico realizado destacó la presencia de un déficit de vitamina D en el 83% de los pacientes, existiendo un déficit severo (menos de 10 ng/ml) en el 42%. Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de PTH en el grupo de pacientes con osteopenia u osteoporosis frente al resto (media 47,45 pg/ml, DE:10,7 versus 37,7 pg/ml DE 6,4; $p = 0,04$). Además, los niveles de 1,25 (OH) vit D presentaron una asociación inversa y significativa con la masa ósea en cuello femoral ($r = -0,8$; $p = 0,015$) y fémur completo ($r = -0,83$; $p = 0,04$).

Conclusiones: Encontramos que el 58% de los pacientes con la infección por VIH tenían osteopenia (62,5% en los PA y 54,5% en los pacientes tratados con IP). El 83% presentaron un déficit de vitamina D que fue severo en el 42%. Los niveles de PTH fueron significativamente mayores en los pacientes con osteopenia u osteoporosis y la masa ósea femoral se encontró inversamente relacionada con los niveles de 1,25 (OH) vit D.

297

UTILIDAD DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINARIA DE UVEÍTIS

J. Fernández Melón, S. Muñoz Fernández, V. Hidalgo*, G. Bonilla Hernán, A. Schlinker*, I. Cortés*, A. Fonseca* y E. Martín Mola

Servicios de Reumatología y de Oftalmología. Hospital Universitario LA PAZ. Universidad Autónoma de Madrid.

Objetivo: Analizar la frecuencia de pacientes diagnosticados de novo en nuestra unidad de uveítis atendida simultáneamente por reumatólogos y oftalmólogos, así como las patologías asociadas a los mismos.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 394 pacientes atendidos en nuestra unidad de uveítis en el período comprendido entre Junio de 1997 y Octubre de 2000. A estos pacientes se les aplicó un protocolo de diagnóstico que comprende una historia clínica, exploración ocular completa, analítica con hemograma, bioquímica, análisis de orina, VSG, radiografía de tórax y serología de sífilis. En los pacientes con antecedentes previos de uveítis anterior se añadió una radiografía de pelvis. En base a la exploración oftalmológica y a la historia del paciente, se realizaron estudios adicionales según un protocolo clínico previamente establecido.

Resultados: El 44,4% de los pacientes eran varones con una edad media de 45 años (DE 18,4). En 298 de los 394 pacien-

tes (76%) el diagnóstico se realizó de novo en la consulta tras su primer episodio de uveítis, en 57 (14%) el diagnóstico era previo a la primera valoración en nuestra unidad y en 39 (10%) se perdió el seguimiento. De los 298 pacientes con nuevos diagnósticos, 44 (11%) fueron síndromes oftalmológicos puros, 12 (3%) fueron uveítis traumáticas y en los 242 pacientes restantes (61%) el diagnóstico pudo hacerse debido a la colaboración multidisciplinaria que se lleva a cabo en la consulta. En este último grupo, 166 fueron diagnosticados de uveítis idiopática, 30 tuvieron un origen infeccioso (21 herpéticas, 6 toxoplasmosis, 1 tuberculosis y 2 sífilis), 29 espondiloartropatías (15 Espondilitis Anquilosante, 3 Síndrome de Reiter, 3 Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), 5 artropatía psoriásica, 1 Espondiloartropatía indiferenciada, 1 EII/psoriasis y 1 SAPHO), 12 fueron secundarios a otras enfermedades reumáticas (6 sarcoidosis, 3 enfermedad de Behçet y 3 síndrome de Sjögren) y 5 otros diagnósticos.

Conclusión: El 61% de los pacientes fueron diagnosticados tras el primer episodio de uveítis gracias a la colaboración entre las dos especialidades, por lo que una unidad de uveítis atendida por oftalmólogos y reumatólogos contribuye a un mejor diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

298

MANIFESTACIONES OSTEOARTICULARES EN UN BROTE DE BRUCELOSIS DE UN ÁREA ENDÉMICA

V.C. Pérez-Guijo, O. de la Torre, A. Escudero, M.C. Castro, G. Morote, M.C. Muñoz-Villanueva, C. Natera, J.M. Kindelán y E. Collantes

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

Objetivo: Determinar la frecuencia de aparición de las manifestaciones articulares en un único brote de brucelosis en un área endémica.

Métodos: Se recopilaron los datos de los pacientes ingresados durante un único brote de brucelosis ocurrido desde diciembre de 1998 hasta diciembre del 1999 en el sur de España. El diagnóstico de brucelosis fue establecido según uno de los siguientes criterios: aislamiento de brucella en sangre o en muestras de otros fluidos o tejidos, o, cuadro clínico compatible con brucelosis en presencia de títulos elevados de anticuerpos específicos por seroaglutinación (1:160) o por test de aglutinación Rosa de bengala.

Resultados: De los 216 pacientes (47% hombres y 53% mujeres) diagnosticados de brucelosis en este brote, 45 precisaron asistencia especializada en hospital, siendo la frecuencia de manifestaciones osteoarticulares inflamatorias las que se indican en la tabla:

M. osteoarticulares inflamatorias (n = 17)

	Núm casos (%)	Edad (años)	Duración* (días)
Artritis periférica	8 (47%)	51 ± 10,5	189,6 ± 181
Monoartritis	4 (23,5%)	49,2 ± 14,5	117,1 ± 124,6
Oligoartritis	3 (17,6%)	54,6 ± 5,5	291,3 ± 255
Poliartritis	1 (6%)	45	173
Sacroileitis	8 (47%)	35,2 ± 22,7	10,6 ± 3,06
Espondilitis	1 (6%)	78	285

*Duración de la enfermedad hasta el diagnóstico y/o evolución.

Conclusiones: La frecuencia de manifestaciones osteoarticulares inflamatorias durante un único brote de brucelosis difieren de las encontradas durante un período de tiempo más extenso. La brucelosis se desarrolló principalmente en mujeres, siendo la sacroileitis y la monoartritis las manifestaciones más frecuentes.

299

UNIDAD DE ESPALDA: EXPERIENCIA DE UN MODELO MULTIDISCIPLINAR

J.L. Peña Sagredo, P. Brieva, C. Peña, R. García, A. Rubio y A. García

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Introducción: Las unidades de espalda surgen de la necesidad de dar una respuesta eficiente y resolutive a la patología espinal, especialmente lumbar, integrando especialistas de diversas áreas que se integran en torno a una patología común.

Objetivos: 1) Describir la composición y recursos de la Unidad de Espalda recientemente creada en el H.U. Valdecilla de Santander 2) Describir las características de la demanda y actividad desarrollada durante los seis primeros meses de funcionamiento

Material y método: Mediante un protocolo de Registro de Casos, diseñado por el equipo, se ha realizado una evaluación crítica de los 128 pacientes vistos en 22 días de consulta durante los seis primeros meses de funcionamiento. Se recogen y describen datos de identificación sociodemográfica, características clínicas que justifican la derivación y actividad diagnóstico - terapéutica realizada en la Unidad.

Resultados: 128 pacientes generaron un total de 225 consultas médicas, con los siguientes indicadores sanitario-administrativos básicos:

- Relación sucesivas/nuevas 0,76
- Promedio de consultas médicas/día 10,18
- Promedio de tiempo de espera para 1ª consulta 13,58 días

Requirieron ser evaluados en su estado mental 54 casos, de ellos 14 fueron tratados con terapia psicológica de relajación y entrenamiento en técnicas de manejo del estrés. 57 fueron asumidos para tratamiento de fisioterapia, y 7 orientados para una valoración quirúrgica.

Conclusiones: 1) El modelo de Unidad de Espalda multi-profesional parece aportar una respuesta más rápida y eficiente a mucha de la patología espinal, y conviene plantear la necesidad de su implantación en el sistema sanitario público, 2) Los índices de actividad que surgen en de la evaluación de nuestra unidad están en los parámetros internacionales de unidades de espalda de similar composición, 3) Se hace necesaria una evaluación crítica permanente que permita corregir las desviaciones de la actividad de forma que no se deteriore la posible calidad de este tipo de modelo.

300

ACONTECIMIENTOS ADVERSOS EN EL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB: 2 AÑOS DE SEGUIMIENTO

C. Pérez García, J. Maymó, P. Benito, M. Coll, A. Pros y J. Carbonell

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

Objetivo: Evaluar los acontecimientos adversos que han aparecido durante 2 años de seguimiento en 74 pacientes tratados con infliximab.

Métodos: Se han recogido durante la infusión y durante el seguimiento, todos los acontecimientos adversos asociados al tratamiento con infliximab desde el inicio del Hospital de día en abril 2000 hasta enero del 2002.

Resultados: De un total de 73 pacientes en tratamiento con infliximab por diferentes patologías (47 artritis reumatoide, 13 artritis psoriásica, 9 espondilitis anquilosante, 3 espondi-

loartropatía asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, 1 polimiositis) se han hallado un total de 31 acontecimientos adversos. 8 (25,8%) aparecieron durante la infusión: Urticaria (2), prurito generalizado (3), crisis hipertensiva más cefalea (1) y disnea más rubicundez facial, dolor abdominal e hipertensión (2). Todos los casos cedieron al suspender la infusión y excepto la crisis hipertensiva, se administró metilprednisolona 20 mg/ev y dexclorfeniramina 5 mg/ev. El 74,1% de los acontecimientos aparecieron durante el control de la patología y se detallan en la tabla 1. 6 casos (19,3%) han sido considerado graves con dos fallecimientos. 7 pacientes han abandonado el tratamiento con infliximab, 5 debido a los acontecimientos adversos y 2 de ellos debido a las reacciones adversas durante la infusión.

Tabla 1: Acontecimientos adversos en tratamiento con infliximab

Acontecimiento adverso	Frecuencia	Tratamiento	Resultado
Cefalea posinfusión-2	(6,4%)	Paracetamol	Persistencia
Nauseas posinfusión-1	(3,2%)	Metoclorpramida	Curación
Herpes Zoster-2	(6,4%)	Aciclovir oral	Curación
Infección respiratoria de vías altas-8	(25,8%)	Tratamiento sintomático	Curación
Infección del tracto urinario-2	(6,4%)	Amoxicilina, Ac. Clavulánico	Curación
Sinusitis-1	(3,2%)	Cefuroxima	Curación
Sd febril autolimitado-1	(3,2%)	Tratamiento sintomático	Curación
Otitis externa-1	(3,2%)	Ciprofloxacino óptico	Curación
TBC ganglionar-1	(3,2%)	Rifinah + rifater	Curación
Aneurisma micótico por salmonella-1	(3,2%)	Imipenem	Exitus
Insuficiencia respiratoria no filiada-1	(3,2%)	No conocido	Exitus
Fractura de ramas isquiopúbicas-1	(3,2%)	Tratamiento sintomático	Curación
Esclerosis múltiple - Exacerbación-1	(3,2%)	MTX y prednisona	Asintomática

Conclusión: El tratamiento con infliximab es una alternativa válida para el tratamiento de algunas patologías inflamatorias, segura durante la infusión pero debemos valorar el riesgo - beneficio del tratamiento, ya que los acontecimientos adversos a pesar que en su mayoría no son graves, están presentes.

301

AMILOIDOSIS SECUNDARIA EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB

C. Pérez García, J. Maymó, P. Benito, C. Galisteo, L. Pérez Edo y J. Carbonell

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

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con infliximab a las 6 semanas en 4 pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR) con amiloidosis secundaria y afectación renal.

Métodos: 4 mujeres con una edad media de 59 años, con una media de 14,75 años de evolución de la AR y una media de 14 meses desde el diagnóstico de amiloidosis con afectación renal (una paciente en programa de diálisis), se inició tratamiento con infliximab a dosis de 3 mg/kg durante la semana 0,2, y 6. Se recogieron las variables clínicas, analíticas y los resultados del HAQ, EVA, VGM y VGP en cada

infusión tal como muestra la tabla. Se realizó el estudio estadístico a la semana 0 y 6 con la prueba t de Student.

Variables	Semana 0	Semana 6	p
Edad	59,7 ± 7,8		
Tiempo de evolución	14,75 ± 17,01		
Tiempo de diagnóstico amiloidosis	14,25 ± 11,2		
Prednisona (mg/día)	7,5 ± 2,88	6,8 ± 2,39	NS
MTX (mg/semana)	12,5 ± 6,5	12,5 ± 6,5	NS
Nº art. dolorosas	12 ± 7,5	0	0,02
Nº art. tumefactas	9 ± 4,6	3 ± 6,5	NS
Rigidez matutina (min)	82,5 ± 45	0	0,01
Clase funcional	2 ± 1,5	1 ± 0,5	0,008
HAQ	0,88125 ± 0,81	0,453125 ± 0,35	NS
EVA (mm)	45,75 ± 18,7	28,75 ± 26,7	NS
EGM (0-10)	5,5 ± 1,29	2,25 ± 0,5	0,001
EGP (0-10)	5,7 ± 2,06	2,25 ± 0,6	0,02
Hb (g/dl)	9,95 ± 0,714	10,2 ± 0,98	NS
Leucocitos/ul	7213 ± 3626	6465 ± 2198	NS
VSG (mm 1ºh)	99,7 ± 19,18	82,5 ± 435	NS
PCR (mg/dl)	3,35 ± 2,3	0,8 ± 0,84	0,04
FR (U/ml)	66,9 ± 88,2	64,9 ± 79,1	NS
ANA (Ui/ml)	1/160	1/160	NS
Creat (mg/dl)	2,35 ± 2,56	1,99 ± 1,88	NS
Ccreat (____)	39,9 ± 41,2	42,9 ± 36,8	NS
Prot o mg /24h	4459,7 ± 4848	3352 ± 3265	NS

Resultados: A las 6 semanas de tratamiento las 4 pacientes presentaron una mejoría ACR 50. El nº de articulaciones dolorosas y tumefactas presentó una mejoría del 100 y 66,6% respectivamente ($p = 0,02$, $p = 0,1$). Se objetivo una mejoría de los parámetros de actividad inflamatoria (VSG y PCR) en todas las pacientes. Excepto en la paciente en diálisis, se observó una tendencia de mejoría en los parámetros de función renal: 15% de la creatinina, 7,5% del aclaramiento de creatinina y un 25% de la proteinuria/24h. Durante las 6 semanas de tratamiento no se ha presentado ningún acontecimiento adverso.

Conclusión: El infliximab es una terapia que se muestra eficaz y segura para el tratamiento de la AR y muestra una tendencia a la mejoría de la función renal en los pacientes con amiloidosis secundaria.

302

ARTRITIS REUMATOIDE E INFLIXIMAB: EXPERIENCIA DE 1,5 AÑO DE TRATAMIENTO

C. Pérez García, J. Maymó, P. Benito, M. Coll, J. Monfort, J. Carbonell

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

Objetivos: Evaluar la eficacia y evolución de los pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR) según los criterios de la ARA, en tratamiento con 3 mg/Kg de infliximab.

Métodos: Un total de 47 pacientes (42 mujeres/5 hombres) con una media de edad de 58 años, han iniciado tratamiento con infliximab desde abril del 2000 hasta enero del 2002. Se han realizado infusiones endovenosa a la semana 0,2,6, y posteriormente cada 8 semanas. Se han recogido las variables clínicas, analíticas que se detallan en la tabla 1 a pie de página y el resultado de HAQ, EVA, VGM y VGP en cada infusión. Se ha realizado el estudio estadístico a la semana 0,6, 30,54 y 78 con la prueba t de Student.

Resultados: En la semana 6 (47 pacientes) el 44,6% presentó una mejoría ACR 70, el 76,5 ACR 50 y 93,6% ACR 20. Solo el 6,38% se consideró no respondedor. En la semana 30 (38 pacientes), el 100% presentó una mejoría ACR 20, el 86% una ACR 50 y el 50% una ACR 70. A la semana 54 (20 pacientes) el 100% mantuvo una mejoría ACR 20, el 55% una ACR 50 y el 40% una mejoría ACR 70. A la semana 78 solo han llegado 10 pacientes que mantiene todos la mejoría ACR 20 y ACR 50 y 7 mantienen una ACR 70 desde el inicio del tratamiento. El resto de parámetros y su evolución se muestran en la tabla 1. Durante este tiempo de tratamiento ha sido necesario aumentar la dosis en el 23,47% (11 pacientes) a 5 mg/kg a partir de la semana 22 de tratamiento.

Tabla 1. variables clínicas y analíticas (Abstract 302)

Variables	Semana 0	Semana 6	p	Semana 30	p	Semana 54	p	Semana 78	P
n	47	47		38		20		10	
Prednisona (mg/d)	7,95 ± 4,42	6,25 ± 4,4	0,03	4,25 ± 2,8	> 0,0001	5 ± 3,14	0,02	4,77 ± 3,5	0,04
MTX (mg/sem)	12,27 ± 4,06	12,46 ± 3,8	NS	12,6 ± 3,1	NS	11,25 ± 2,4	NS	10,8 ± 2,5	NS
Art. dolorosas	20 ± 12	4,86 ± 8,4	> 0,0001	4,4 ± 7,4	> 0,0001	3,4 ± 4,7	> 0,0001	1,4 ± 2,4	> 0,0001
Art. tumefactas	12 ± 9	4 ± 5,4	> 0,0001	2,7 ± 5,08	> 0,0001	1,3 ± 1,9	> 0,0001	0,5 ± 1,2	> 0,0001
Rigidez (min)	64,1 ± 54,1	11,08 ± 40,1	> 0,0001	6,75 ± 21,7	> 0,0001	0	> 0,0001	0	0,001
Clase funcional	2,5 ± 0,5	1,5 ± 0,5	> 0,0001	1 ± 0,5	> 0,0001	1 ± 0,3	> 0,0001	1 ± 0,4	> 0,0001
HAQ	1,166 ± 0,8	0,65 ± 0,56	0,0002	0,627 ± 0,5	> 0,0001	0,688 ± 0,5	0,0002	0,795 ± 0,6	0,007
EVA (mm)	51,8 ± 23,6	33,21 ± 25,5	0,0002	35,8 ± 23,5	0,001	31,5 ± 23,2	0,008	34,7 ± 24,6	0,01
EGM (0-10)	5,5 ± 1,34	2,5 ± 1,8	> 0,0001	2,1 ± 1,5	> 0,0001	1,9 ± 1,2	> 0,0001	2,09 ± 0,5	> 0,0001
EGP (0-10)	5,48 ± 2,33	2,9 ± 2,4	> 0,0001	3,2 ± 2,3	> 0,0001	3 ± 1,8	0,002	3,2 ± 2,2	0,03
Hb (g/dl)	11,6 ± 1,53	11,9 ± 1,73	NS	12,3 ± 1,5	0,04	11,9 ± 1,2	NS	12,9 ± 1,25	0,05
Leucocitos/ul	8461 ± 2627	7027 ± 2302	0,003	8966 ± 7260	NS	7276 ± 1800	0,01	7063 ± 1388	0,009
VSG (mm 1ºh)	49,8 ± 27,7	34,1 ± 28,9	0,004	35,8 ± 28,6	> 0,0001	34,4 ± 34,3	NS	27,3 ± 25,8	NS
PCR (mg/dl)	2,48 ± 3,4	0,75 ± 1,5	0,001	0,54 ± 0,8	> 0,0001	1,06 ± 1,9	0,05	0,54 ± 0,8	0,003
FR (Ui/l)	280 ± 579	312 ± 590	NS	321 ± 637	NS	107,8 ± 94	NS	132 ± 150	NS

Conclusión: El tratamiento con infliximab a dosis de 3 mg/kg se muestra efectivo como tratamiento de la artritis reumatoide, a pesar que es necesario modificar la dosis dependiendo de la respuesta clínica a las 22 semanas de tratamiento.

303

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE CON ARTRITIS PERIFERICA: TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB

C. Pérez García, J. Maymó, P. Benito, M.P. Lisbona, J. Blanch y J. Carbonell

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

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con 3 mg/kg de infliximab en pacientes diagnosticados de espondilitis anquilosante (EA) con artritis periférica refractaria al tratamiento con metotrexato (MTX) 3 15 mg/semana (excepto por intolerancia).

Métodos: 9 pacientes (1 mujeres/8 hombres) con una edad media de 40,5 años diagnosticados de EA con afectación periférica resistente a tratamiento con MTX, se le administraron 3 mg/kg de infliximab a la semana 0,2,6,14,22 y 30. Se recogieron en cada infusión las variables clínicas, biológicas y el resultado del HAQ, EVA, VGM y VGP. Se realizó el estudio estadístico a la semana 0, 6 y 30 con la prueba t de Student.

Resultados: Al inicio, los paciente presentaban una media de 12 articulaciones dolorosas y 3 articulaciones tumefactas. Presentaban una rigidez matutina de 66 min. y una VSG 47,2 mm 1ª hora y PCR 3,21 mg/dl. La dosis media de MTX era 10,9 ± 5,46 mg/semana. A la semana 30 todos los pacientes presentaban una mejoría del 100% en el nº de articulaciones dolorosas y tumefactas y una mejoría > 75% en los parámetros clínicos y analíticos (tabla 1 a pie de página). Como acontecimientos adversos han aparecido una infección de vías respiratorias que requirió tratamiento antibiótico y pos-

terior a la semana 22, un paciente presentó un aneurisma micótico por Salmonella sp.

Conclusión: El tratamiento con infliximab a dosis de 3 mg/kg se muestra efectivo a las 30 semanas de tratamiento en pacientes con EA y artritis periférica que no han respondido a tratamiento con MTX

304

HEPATITIS C Y TRATAMIENTO ANTI-TNF: 1 AÑO DE SEGUIMIENTO

C. Pérez García, J. Maymó, P. Benito, M. Almirall, M.A. Campillo y J. Carbonell

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

Objetivo: Evaluar el perfil de seguridad hepática en pacientes en tratamiento con anti-TNF a (etanercept e infliximab) con serologías positivas para hepatitis C durante un año de seguimiento.

Métodos: 3 pacientes (2 artritis reumatoide y 1 artritis psoriásica poliarticular y simétrica) con una edad media de 55,6 a. y 14 a. de evolución de la enfermedad, con serologías positivas para hepatitis virus C y con cuantificación de la carga viral (RNA-HVC) positiva, en las que el tratamiento con metotrexato esta contraindicado, han sido tratadas con infliximab (2 pacientes con AR) y etanercept (1 A. Pso) durante un año, valorando el perfil hepático y las variaciones de la carga viral. Se realizó el estudio estadístico con la prueba t de Student.

Resultados: Al inicio del tratamiento, presentaban una clase funcional III, 31 art. dolorosas y 18 art. tumefactas, el resto de parámetros se detallan en la tabla 1. A las 54 semanas de tratamiento las pacientes en tratamiento con infliximab presentaron una mejoría ACR 50 con una disminución del 100% de las art. dolorosas y del 85% art. tumefactas. La paciente en tratamiento con etanercept presentó una mejoría ACR 70. Solo en un de los casos, el perfil hepático (GOT, GPT; GGT

Tabla 1: Variables clínicas y analíticas a la semana 0,6 y 30 (Abstract 303)

Variables	Semana 0	Semana 6	p	Semana 30	p
Edad	40,5 ± 10,7				
Años de evolución	16,4 ± 10,1				
Prednisona (mg/día)	7,5 ± 6,1	2,7 ± 4,2	0,03	0,5 ± 1,1	0,02
MTX (Mg/sem)	10,9 ± 5,46	10,1 ± 6,5	0,38	9,25 ± 7,5	0,38
Art. dolorosas	11 ± 9	1 ± 0,8	0,0004	0	0,0001
Art. tumefactas	3 ± 5	0	0,1	0	0,07
Rigidez matutina (min)	66 ± 55	10 ± 30	0,008	2 ± 4,4	0,03
Clase funcional	2,5 ± 0,5	1 ± 0,3	> 0,0001	1	0,0002
HAQ	0,819 ± 0,53	0,5 ± 0,5	0,15	0,4575 ± 0,5	0,25
EVA (mm)	66,7 ± 11,4	26,2 ± 15,5	> 0,0001	18,4 ± 9,3	> 0,0001
VGM (0-10)	6,1 ± 1,26	2 ± 0,7	0,02	1,8 ± 1,1	0,03
VGP (0-10)	6,7 ± 2,2	2,4 ± 1,87	0,04	2,8 ± 0,4	0,06
Hb (g/dl)	12,5 ± 0,9	13,6 ± 0,5	0,004	14,62 ± 0,6	0,003
Leucocitos/ul	9191 ± 2686	7265 ± 1778	0,04	7226 ± 2600	0,18
VSG (mm 1ª h)	47,2 ± 31,7	7,8 ± 5,8	0,06	5 ± 4,06	0,01
PCR (mg/dl)	3,2 ± 2,5	0,3 ± 0,6	0,002	0,26 ± 0,3	0,02

y FA) estaba alterado al inicio del tratamiento y se ha mantenido estable durante el año de tratamiento. La carga viral media, al inicio del tratamiento era 1817 Ui/ml, y al año de tratamiento fue de 1300, ($p = 0,50$). No se han hallado elevaciones del perfil hepático, ni alteración de la función hepática. El único acontecimiento adverso reportado fue un herpes zoster que mejoró con aciclovir oral.

Tabla 1: Variables clínicas y analíticas

VARIABLES	Inicio (x ± DS)	1 año (x ± DS)	p
Rigidez matutina (min)	80 ± 34,6	0	0,008
Clase funcional	III	I	0,003
Nº art. dolorosas	31 ± 8	0,33 ± 0,55	0,001
Nº art. tumefactas	18 ± 2	2 ± 3,6	0,001
HAQ	0,575 ± 0,008	0,25 ± 0,11	0,009
EVA (mm)	38,3 ± 15,3	20 ± 11,1	0,08
VGM (0-10)	6,3 ± 0,57	1,66 ± 1,15	0,02
VGP (0-10)	5,6 ± 2,3	2 ± 1	0,03
PCR (mg/dl)	1,1 ± 0,3	0,53 ± 0,47	0,07
VSG (mm 1ªh)	35,6 ± 23,45	37,3 ± 46,4	0,47
GOT/GPT (Ui/l)	32 ± 9,8/33 ± 21,6	36,6 ± 32,4/33,6 ± 26,2	0,41/0,48
GGT/FA(Ui/l)	20,3 ± 6,3/179 ± 45,1	19,6 ± 5,68/177 ± 77,3	0,42/0,48
ALB (g/dl)	4,3 ± 0,05	4,43 ± 0,28	0,5
Colesterol (mg/dl)	214 ± 15,9	204 ± 29,1	0,32
T. Quick (%)	109 ± 7,54	92,3 ± 3,78	0,013

Conclusiones: El tratamiento anti-TNF a se muestra seguro en pacientes con patología inflamatoria articular con serología positiva a HVC, en la que esta contraindicado el tratamiento con metotrexato.

305

REPRODUCIBILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN LA MEDICIÓN DEL CARTÍLAGO DE CARGA DE RODILLAS

C. Fernández-Carballido, F. García-Llorente, L. Abad-Franch, J.J. Alegre-Sancho, S. Fernández-Martínez y J.A. Román-Ivorra
Sección de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset.

Objetivo: Evaluar la variabilidad intra e interobservador de las mediciones del cartílago de carga de la rodilla mediante ecografía.

Sujetos y métodos: 31 sujetos sanos (20 varones y 11 mujeres, edad media 28,9 años; DE 2,91), sin patología previa de rodillas. Se realizaron ecografías de rodillas en condiciones fijadas previamente (decúbito supino; 130° de flexión de la rodilla; colocando la sonda inmediatamente por encima del borde superior de la rótula y perpendicular al eje longitudinal del fémur) con un ecógrafo Toshiba) y sonda lineal de 7,5 MHz. Se definieron 3 puntos de medición del espesor del cartílago de la rodilla: 1. Central: en el surco intercondilar, 2. Externo: en el punto medio entre el surco intercondilar y el punto más alto del cóndilo femoral externo y 3. Interno: en el punto medio entre el surco intercondilar y el punto más alto del cóndilo femoral interno. Cada observador (2) realizó dos mediciones en días diferentes (basal y a los 7 días). Todas las mediciones se realizaron por duplicado, calculándose la media de ambas mediciones. Para el análisis de la variabilidad se calcularon los coeficientes de correlación intraclase (CCI).

Resultados: CCI medio observador A en 2 mediciones: 0,731; CCI medio observador B en 2 mediciones: 0,765; CCI medio entre distintos observadores: 0,681.

	C. dcho	Ext. dcho	Int. dcho	C. izq	Ext. izq	Int. izq
Obs. A	0,63	0,71	0,68	0,73	0,84	0,79
Obs. B	0,67	0,83	0,69	0,68	0,87	0,85
A vs B	0,56	0,72	0,47	0,78	0,76	0,78

Conclusiones: La reproducibilidad de la medición de cartílago de carga en sujetos sanos obtenida es mejor en el caso de que las mediciones sean realizadas por un solo observador, que cuando se comparan las mediciones entre observadores diferentes.

306

MANIFESTACIONES EXTRAGLANDULARES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

C. Fernández-Carballido, J.A. Román-Ivorra, F. García-Llorente, L. Abad-Franch, J.J. Alegre-Sancho y S. Fernández-Martínez
Sección de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset.

Objetivo: Analizar la prevalencia de diferentes manifestaciones extraglandulares en una cohorte de pacientes con Síndrome de Sjögren primario (SSP).

Pacientes y métodos: Se incluyeron 135 pacientes diagnosticados de SSP (criterios EU modificados): edad media 60,1 (DE 11,5). En todos los pacientes se evaluó la presencia de artralgias/artritis, Raynaud, adenopatías, esplenomegalia, linfoma, alteraciones pulmonares, vasculitis, neuropatía periférica, hepatitis crónica y presencia de VHC, crioglobulinas y bandas monoclonales. Los resultados se obtuvieron mediante revisión de las historias clínicas y de manera prospectiva ante la aparición de nuevos signos o síntomas. Período de estudio: Febrero 1999-septiembre 2001.

Resultados: Artralgias/artritis 121 p (89,6%); Raynaud 46 p (34,1%); adenopatías 16 p (11,9%); esplenomegalia 3 p (2,2%); linfoma 2 p (1,5%); 1 L. Hodgkin interfolicular cervical y 1 LNH tipo MALT parotídeo, pulmonares 16 pac (11,9%); 5 Neumonitis intersticial, 2 derrame pleural, 6 alteración pruebas funcionales (st. DLCO), 3 bronquiectasias/atelectasias; neuropatía en 12 pac (8,9%); 5 Polineuropatía, 6 neuropatía por atrapamiento y 1 Mononeuritis múltiple con afectación de pares craneales; púrpura vasculítica en 10 pac (7,4%); hepatitis crónica 22 p (16,3%) (17 VHC, 3 VHB, 3 autoinmunes), 13 p crioglobulinas + y 8 con bandas monoclonales. La presencia de manifestaciones extraglandulares se relacionó con la presencia de VSG elevada (test de Fisher $p = 0,03$)

Conclusiones: La presencia de manifestaciones extraglandulares en pacientes con SSP se relaciona con la presencia de VSG elevada de forma persistente.

307

EVOLUCIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON FENÓMENO DE RAYNAUD. FACTORES PREDICTIVOS DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

J.J. Alegre-Sancho, C. Fernández-Carballido, J.A. Román-Ivorra, S. Fernández-Martínez, F. García-Llorente y L. Abad-Franch
Sección de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset.

Objetivo: Describir la evolución de una serie de pacientes con fenómeno de Raynaud. Evaluar la posible existencia de variables predictivas de respuesta al tratamiento.

Pacientes y método: Estudio retrospectivo en que se incluyeron 147 pacientes, remitidos para estudio de fenómeno de Raynaud entre 1992 y 2001. Se recogieron datos clínicos y analíticos al inicio y a lo largo de la evolución. En 115 pacientes se practicó capilaroscopia, clasificándolas según el patrón: 1) esclerodermia (áreas avasculares y megaasas), 2) secundario (otras alteraciones) y 3) normal. Para comprobar la posible relación entre las variables analizadas (incluyendo patrón de autoanticuerpos y capilaroscópico, tratamiento y enfermedad asociada) y la respuesta al tratamiento se realizó un análisis multivariante a través de un modelo de regresión logística.

Resultados: 147 pacientes (19 v/128 m) con una edad media de 49 años. 34,7% fumadores. Destaca la presencia de ANA positivos en un 35,4%, FR en el 15%, Anticardiolipina el 21,8% y Anticentrómero el 6,8%. Patrón capilaroscopia: normal (41,5%), secundario (27,2%), esclerodermia (9,5%). 26,5% recibieron calcioantagonistas, 22,4% AAS, 44,9% nitratos tópicos, y el 2,7% precisaron análogos de prostaglandinas. Se recogió mejoría clínica en el 44,2%. El 30,6% desarrollaron una enfermedad reumática (tiempo de seguimiento: 27,7 + 30,5 meses): esclerodermia (6,8%), LES (2%), Sjögren (6,8%), EMTC (0,7%), AR (2%), otras (12,2%). Las variables asociadas a mejoría de forma significativa fueron: patrón capilaroscópico "secundario" (OR 0,27; IC 95% 0,11-0,66), y el tratamiento con AAS (OR 2,77; IC 95% 1,02-7,51).

Conclusiones: El hallazgo de un patrón capilaroscópico patológico pero no sugestivo de esclerodermia influye de forma negativa en la mejoría del fenómeno de Raynaud en nuestros pacientes. El uso de AAS se asocia a mejoría.

308

CUATRO FORMAS NO HABITUALES DE OSTEOSCLEROSIS

R. Hernández Sánchez, C. Fernández Delgado, J. Uceda Montañés, R. Criado Pizarro, J.L. de la Iglesia Salgado y S. Reneses Cesteros

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Osteopoiquiosis: La osteopoiquilia es una displasia osteosclerosa asintomática, hereditaria o esporádica. La mayoría de los casos son hallazgos casuales tras la realización de un Rx por otro motivo. Se caracteriza por la existencia de focos de radiodensidad aumentada, de pequeño tamaño, ovoides, bien definidos y agrupados en regiones óseas periarticulares.

Osteopetrosis: También llamada enfermedad de Albers-Schönberg o de los huesos marmóreos se caracteriza por la siguiente triada sintomática: esclerosis generalizada a todo el esqueleto óseo, fragilidad ósea anormal (fractura espontánea tras traumatismos mínimos) y anemia. La osteopetrosis es el resultado de una disminución de la resorción ósea debido a un aumento de la actividad osteoclastica.

Enfermedad de Sickle-Cell, hemoglobinopatías o drepanocitosis: Aunque rarísima en nuestro medio, cerca del 8% de los negros americanos son portadores de un gen k para Hb S. El cuadro de mayor importancia clínica es el estado homocigoto para Hb S o Anemia de Sickle-cell. La manifestación crónica a nivel articular ocasiona destrucción progresiva de los huesos y articulaciones, debido a necrosis isquémica que radiográficamente produce engrosamiento perióstico y áreas de esclerosis y transparencia ósea. La expansión de la cavidad medular, por hiperplasia eritroide crónica ocasiona adelgazamiento cortical con ampliación de los espacios medulares.

Osteosclerosis epifisaria: La esclerosis epifisaria ocurre como manifestación de la osteodistrofia renal, aunque la localización epifisaria no es un hecho nada común. El mecanismo de la osteoesclerosis permanece aún desconocido, aunque se atribuye al estado hiperparatiroideo de estos pacientes. Estos hallazgos pueden revertir tras el trasplante renal.

309

ESTUDIO ECOGRÁFICO DE ENTESIS DE MIEMBROS INFERIORES EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

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

Introducción: La Espondilitis Anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica que muestra predilección por el esqueleto axial, y también por las entesis. Actualmente no existen herramientas suficientemente sensibles para valorar la actividad y el seguimiento de la afectación periférica en la práctica clínica. La ecografía de aparato locomotor es un método útil y fiable en el diagnóstico de patología de partes blandas y de tejidos superficiales.

Objetivo: Describir las alteraciones ecográficas observadas en las entesis de una cohorte de pacientes diagnosticados de EA, y proponer un índice ecográfico basado en dichos hallazgos que pueda compararse con otras herramientas de medida en EA.

Métodos: Se ha realizado ecografía en 32 pacientes diagnosticados de EA y en 5 controles sanos, en 5 diferentes localizaciones de entesis, de ambos miembros inferiores, y se ha concedido una puntuación en función del grado de lesión. El estudio ecográfico se llevó a cabo por 2 observadores independientes.

Resultados: La puntuación de los 5 controles fue de 0 mientras que solamente 2 de los 32 pacientes con EA obtuvieron una puntuación igual a 0. Los hallazgos ecográficos entesopáticos más frecuentemente observados fueron: hipocogenicidad (de un total de 320 entesis observadas, 38 presentaron estos signos), engrosamiento tendinoso, aumento de partes blandas peritendinosas y bursitis. Menos frecuente resultó la presencia de erosiones, rotura tendinosa o alteraciones óseas en el área de inserción. Las localizaciones en las que más patología se objetivó fueron fascia plantar y tendón de Aquiles (de un total de 128 entesis estudiadas en el pie, 60 mostraron hallazgos patológicos).

Conclusión: La ecografía parece una técnica sensible para detectar lesiones en entesis de pacientes con EA. Sería muy útil establecer un índice entesopático ecográfico con objeto de valorar la actividad y el seguimiento de los pacientes con EA.

310

ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA SINE ESCLERODERMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Alcalde, C. Bordoy, B. Braun, O. Sánchez-Pernaute, C. Acebes y G. Herrero-Beaumont
Reumatología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Introducción: La esclerosis sistémica progresiva (ESP) es una enfermedad caracterizada por una formación excesiva de colágeno con proliferación intimal de las arterias de me-

diano y pequeño calibre. Aunque la piel es el órgano que se afecta con más frecuencia, también pueden verse afectados pulmones, tracto gastrointestinal y riñones entre otros. Presentamos un caso de ESP sine esclerodermia y revisión de la literatura.

Caso clínico: Varón de 54 años con antecedentes de laringectomía por carcinoma 15 años antes, portador de pequeña fístula traqueoesofágica. En 1999 comienza con fenómeno de Raynaud de curso muy agresivo. En el estudio inicial no se demostró asociación con enfermedad sistémica ni con malignidad, objetivándose en el estudio analítico una paraproteína IgG kappa. Desde entonces se mantuvo estacionario recibiendo tratamiento vasodilatador de forma irregular. En marzo de 2001 requiere amputación de segundo dedo de mano derecha por necrosis digital refractaria a prostaciclina. Desde entonces presenta un deterioro progresivo caracterizado por isquemia digital persistente, síndrome constitucional y dolores centrotorácicos atípicos. Ingresa para estudio objetivando: Rx tórax: infiltrado intersticial y nódulos bilaterales periféricos; TAC torácico: infiltrado pulmonar de distribución parcheada y derrame pleural bilateral; ecocardiograma: derrame pericárdico e hipertensión pulmonar severos y ventrículo derecho hipoquinético; gasometría arterial basal: pO₂44, pCO₂29 y pH 7,44; Espirometría: patrón restrictivo severo y DLCO disminuida. ANAs, FR, Scl 70, anticentrómero, anticardiolipina, bioquímica hepática y renal normales/negativos, destacando únicamente proteína C reactiva de 2,1 mg/dl, TSH de 24 UI (T3 y T4 libres normales), EEF: doble banda entre beta y gamma, IEF en sangre: banda IgG kappa y en orina: proteína de Bence-Jones tipo kappa. Se realiza pericardiocentesis obteniendo un exudado con glucosa normal, FR negativo y ADA normal, con presencia de histiocitos y reacción mesotelial intensa. El cultivo del líquido fue negativo. Se realiza videotocoscopia con toma de biopsia pulmonar, estudio histopatológico: neumonitis lipoidea, infiltración colágena del parénquima, proliferación de la íntima de los vasos y leve infiltrado inflamatorio. Posteriormente sufre taponamiento cardiaco y se realiza ventana pleuropericárdica. El interés de este caso está en la importancia de la sospecha clínica ante un cuadro de ESP que se presenta sin esclerosis cutánea, ya que lo dramático de esta forma clínica es que se diagnostica en fase de afectación orgánica terminal. Se debe sospechar en todo cuadro de enfermedad intersticial pulmonar de origen incierto. La ESP sine esclerodermia está bien documentada y frente a otros signos de enfermedad presenta tendencia a mayor alteración de pruebas funcionales respiratorias, aparición de disnea e hipertensión pulmonar severa. Se ha encontrado asociación con hipotiroidismo, tóxicos y presencia de paraproteínas.

311

PATOLOGÍA REUMATOLÓGICA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

J. Yabkowski, P. Álvarez Sepúlveda, A. Lafarga, R. Betinelli, E. Sanpedro, A. Raimondo, S. Fantone y V. García
Servicios de Reumatología y Neurología, Hospital Central de San Isidro. Servicio de Laboratorio, Hospital Güemes de Haedo, Provincia de Buenos Aires. Argentina.

47 pacientes con diagnóstico de Esclerosis Múltiple (E.S.) seguidos en el servicio de neurología fueron evaluados en el

servicio de reumatología entre enero y setiembre de 2001. Se les realizó historia clínica completa mediante interrogatorio estructurado, examen clínico y análisis de laboratorio. Los resultados fueron los siguientes: 11 (23,4%) presentaron fibromialgia, 5 (10,6%) dolor crónico generalizado (CWP), 4 (8,5%) síndrome de Sjögren, 2 (4,25%) síndrome antifosfolipídico y 1 (2,1%) artritis reumatoidea. No encontramos casos de EASN ni LES.

Las anomalías serológicas fueron: 11 (23,4%) FAN positivo, 7 (14,8%) Factor Reumatoideo positivo y 1 (2,1%) Anticuerpo anti RO positivo. 12 pacientes (25,5%) presentaron Beta 2 Glicoproteína I positiva. Solo 1 tuvo cuadro clínico compatible con SAAF y el resto fueron asintomáticos. 5 (10,6%) presentaron Anticuerpos Anticardiolipinas Ig M positivos, 1 con SAAF y 4 asintomáticos. Ninguno presentó Ac Anticardiolipinas del tipo Ig G.

Llama la atención en nuestro grupo la elevada prevalencia de Fibromialgia y CWP, no reportada en otras series. Asimismo coincidiendo con reportes anteriores hallamos una elevada incidencia de anomalías serológicas relacionadas con SAAF, con baja frecuencia de manifestaciones clínicas del mismo.

312

RALOXIFENO VERSUS ETIDRONATO EN LA OSTEOPOROSIS POSTMENOPÁUSICA: EFECTOS SOBRE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA

M.C. Fernández-Espartero, M.L. Argente* y J. de la Mata
Unidad de Reumatología y Metabolismo Óseo y Departamento de Ginecología. Hospital de La Zarzuela.*

Introducción: El raloxifeno (RLX) y el etidronato (ET) son dos inhibidores de la resorción ósea (RO) que previenen la fractura osteoporótica por diferentes mecanismos de acción. La osteoporosis posmenopáusica tipo I (OPMI) está caracterizada por una hiperactivación del remodelado óseo y resulta idónea para estudiar el efecto sobre la densidad mineral ósea (DMO) de los distintos inhibidores de la RO.

Objetivos: Describir el efecto del RLX y del ET sobre la DMO de mujeres con OPMI.

Métodos: Estudio descriptivo en el que se incluyeron 164 mujeres con OPMI tratadas con 60 mg/d de RLX o con ET (400 mg. durante 15 días cada 3 meses). Se entendió por OPMI aquella osteoporosis de mujeres menopáusicas jóvenes (58,2 ± 0,46 años, en nuestra serie) y con tiempo de menopausia < 15 años. Todas las mujeres recibieron suplementos cálcicos de 500 mg/d. La DMO se determinó mediante absorciometría dual de Rayos X en columna lumbar (CL) y en cuello de fémur (CF) anualmente. Los abandonos del tratamiento se clasificaron según el motivo de suspensión: a) secundarios a toxicidad; b) falta de respuesta (si existió una pérdida de DMO > 4% con respecto a la basal en CL y/o CF).

Resultados: El efecto del RLX y del ET sobre la DMO y los motivos de suspensión se expresan en la tabla adjunta:

Conclusiones: La DMO de las pacientes con OPMI no se incrementa con el RLX y sin embargo se incrementa de forma significativa en CL con ET desde los 12 meses de tratamiento. La prevención de la fractura osteoporótica demostrada por el RLX, no parece necesariamente ligada a un aumento de la DMO.

313

ADMINISTRACIÓN GRADUAL DEL FENTANILO COMBINADO CON METOCLOPRAMIDA EN EL DOLOR CRÓNICO SEVERO

J. Pujol

Unitat de Reumatologia, Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona.

Introducción: El fentanilo-TTS se está utilizando en el tratamiento del dolor crónico asociado a las enfermedades reumáticas. Uno de sus principales problemas y motivo de abandono son sus efectos secundarios.

Objetivo: Evaluar la eficacia y tolerancia del fentanilo-TTS con administración gradual progresiva y asociada a metoclopramida, en el tratamiento del dolor crónico severo.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 38 pacientes (11 fracturas osteoporóticas, 6 hernias discales, 6 gonartrosis, 4 coxartrosis, 3 rupturas tendinosas, 5 frimomialgias, 2 espondilitis enquiropoyéticas y 1, polimialgia reumática) con dolor crónico severo. Se administró 12,5 mg/h, de fentanilo (Durogesic®) (doblando el parche) durante 48-72 h, conjuntamente con metoclopramida (Primperan®). Posteriormente se incrementó la dosis de fentanilo hasta 25-75 mg/h y seguimiento (6 meses).

Resultados: El 76,3% de los pacientes presentaron mejoría en el dolor. Un 58,6% de ellos dejó el tratamiento antes de los tres meses por la desaparición de la sintomatología. El abandono por efectos adversos se observó en el 23,7% de los pacientes durante las primeras 72 h. Un 33,3% del total de abandonos se produjo en los pacientes con fibromialgia.

Conclusión: El fentanilo administrado de forma gradual y combinado con metoclopramida es efectivo frente al dolor crónico secundario a las enfermedades reumáticas, a excepción de la fibromialgia.

314

EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE UVEÍTIS DEL HOSPITAL DE MÓSTOLES

R. Miguélez, D. Díaz, R. Casero, V. Álvarez y R. Cuesta

Unidad de Uveítis Hospital de Móstoles.

Propósito: Analizar los casos de uveítis (U) del Hospital de Móstoles, por un período de unos 5 años, estudiando el patrón de afectación ocular y la asociación a enfermedades sistémicas.

Métodos: Se estudiaron pacientes de U. de las consultas externas del H. de Móstoles, excluyendo SIDA, realizando exploración oftalmológica y pruebas complementarias concretas, basadas en la anamnesis y el patrón de afectación ocular ("Aproximación a medida").

Resultados: Se analizaron 120 U. La distribución de las diferentes formas de U fue: 62,2% de U. anterior; 15% U. Intermedias; 15% de U. posterior y 7,5% de panuveítis. Se alcanzó el diagnóstico etiológico en un 65% de los casos. Las etiologías más frecuentes en las formas anteriores fueron la idiopática (49%) y las espondiloartropatías (25%). En las formas intermedias la pars planitis (62%); y en las posteriores la toxoplasmosis (45%). Un 38% del total de las U. presentaron cuadros de diagnóstico oftalmológico exclusivo.

Conclusiones: Las U. anteriores suponen un 62% del total de U., siendo la más frecuente la U. anterior aguda recidi-

vante unilateral asociada al B27. Existe una mayor asociación con enfermedades sistémicas en U. anteriores. En nuestra serie hemos llegado al diagnóstico en el 65% de los casos con tan solo 1-2 pruebas, lo cual sugiere que debería evitarse extensos protocolos de pruebas complementarias. La colaboración con el Reumatólogo eleva la rentabilidad diagnóstica.

315

RUMBO A LO DESCONOCIDO: DESTINO DE LOS RESÚMENES DEL XXII CONGRESO DE LA SER

A. Olive, D. Vázquez, I. Cifuentes, M. Sanmartí, M. Valls-Roc, V. Ortiz-Santamaria y S. Holgado

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Objetivo: Analizar el destino de los resúmenes del XXII Congreso de la SER (Zaragoza 1996).

Métodos: Se investigó la publicación en revistas biomédicas incluidas en MEDLINE de todas las comunicaciones libres (orales y pósters) del XXII Congreso de la SER (Rev Esp Reumatol 1996;23:153-216). La búsqueda (Medline 1995-2001) se realizó iniciando por el primer apellido del primer autor de la comunicación. Si la búsqueda era negativa, se continuaba por el último autor y después por el resto. De cada publicación se obtuvo el resumen y se anotó: revista, año de publicación, número de autores y orden, contenido general (nº de casos y grupo de estudio). Se comparan estos dos parámetros con los que figuraban en los resúmenes correspondientes.

Resultados: Estudio Preliminar: Se investigaron 249 resúmenes (49 orales, 200 pósters). Se publicaron un 45% (22/49) de las comunicaciones orales y un 15% de los pósters (30/200). El intervalo de tiempo fue de 18,5 meses (límites 0-51 meses). El factor de impacto total fue superior a 110. J. Rheumatol fue la revista en donde se publicaron más originales.

Conclusión: Un 20,8% de las comunicaciones libres (orales y pósters) presentados en el XXII Congreso de la SER se publicaron en revistas biomédicas incluidas en Medline. Existieron diferencias entre las comunicaciones orales y los pósters (22% vs 15%). El factor de impacto fue superior a 110.

316

BIOPSIA DE GRASA SUBCUTÁNEA (BGS) PARA EL DESPISTAJE DE AMILOIDOSIS 2ª EN ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

A. Álvarez de Cienfuegos, Y. Cabello, T. García, J. Salvatierra, P. Salas y D. Salvatierra

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción: La amiloidosis secundaria aparece en distintas enfermedades infecciosas, inflamatorias o neoplásicas. Actualmente la causa más frecuente son las enfermedades inflamatorias, entre ellas la AR. Su prevalencia es variable, oscilando entre un 14-16%.

Propósito del estudio: Determinar la presencia de amiloidosis en pacientes con AR, mediante BGS y tinción de Rojo Congo.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de un grupo de 35 pacientes con AR, elegidos al azar, en los que se analizaron diversas variables epidemiológicas, clínicas y analíticas y a los que se le realizó BGS.

Resultados:

	BGS + (61,9%)	BGS - (38,1%)	Total (100%)
Edad	66,77 ± 11,84	66,13 ± 11,84	66,52 ± 11,14
Sexo M/V	76,92%/75%	23,01%/25%	79,19%/23,81
AEE	16,31 ± 8,99	19,88 ± 11,81	17,67 ± 10,03
VSG	43,50 ± 10,47	29,65 ± 12,15	38,49 ± 21,11
PCR	2,21 ± 2,13	2,76 ± 2,92	2,01 ± 1,96
Urea	58,69 ± 21,36	46,00 ± 6,23	53,86 ± 18,09
Cr	1,22 ± 0,57	1,08 ± 0,50	1,16 ± 0,54
FR + (%)	75%	25%	57,14%
P + (%)	50%	50%	28,57%
SG	66,66%	33,33%	14,28%

AEE: años de evolución de la enfermedad; Cr: creatinina;
P: proteinuria; SG: síntomas gastrointestinales.

Conclusiones: Los valores medios de velocidad a la 1ª hora, urea y creatinina son superiores en los pacientes con depósito amiloide. Un mayor porcentaje de enfermos con amiloidosis eran seropositivos y presentaban clínica gastrointestinal. No hemos evidenciado diferencias con los demás parámetros valorados. La BGS supone un método sencillo, incruento y fiable para el diagnóstico de amiloidosis, por lo que debería realizarse de rutina en AR, más aún si existen datos clínico-biológicos sugerentes.

317**EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA SINOVECTOMÍA ISOTÓPICA CON 90Y EN LA SINOVITIS CRÓNICA DE RODILLA**

F. Partida*, N. Chozas**, I. Macías**, B. González-Gaggero*, M.M. Ruiz** y S. García**

Servicio de Medicina Nuclear **Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivos: Valorar la eficacia de la sinovectomía con 90Y en la sinovitis crónica de rodilla, especialmente en aquellos pacientes que requieren más de una dosis por rodilla.

Material y método: Se trataron 34 pacientes con sinovitis crónica de rodilla, de al menos 6 meses de evolución, refractaria al tratamiento convencional. Se administraron 5 mCi de 90Y intrarticular según el método habitual. La evolución clínica de los pacientes se prolongó durante 1 año. Las patologías tratadas fueron: artritis reumatoide 33%), Espondilitis anquilosante con afectación periférica (23%), monoartritis crónica inespecífica (17%) y el resto lo componían artropatía psoriásica, artritis crónica juvenil, artritis por microcristales, hemartros y un caso de artritis reactiva.

Los resultados se evaluaron a partir de parámetros clínicos: dolor inflamación, movilidad articular y necesidad de tratamiento. Según estos parámetros la evolución se clasificó como excelente, buena, intermedia o pobre.

Resultados: De los 34 pacientes, 16 recibieron una sola dosis, a 13 se les administró al menos una dosis en cada rodilla (5 recibieron más de una dosis), 10 rodillas precisaron una segunda dosis y a 3 se les administró 3 dosis. La dosis única fue buena o excelente en el 65% de las rodillas. De las rodillas que precisaron una segunda dosis el 69% tuvo una evolución buena.

Conclusiones: La sinovectomía isotópica de rodilla con 5 mCi de 90Y es una técnica barata y efectiva en el tratamiento de la sinovitis crónica en un alto porcentaje de pacientes. Permite la administración de varias dosis, con buena res-

puesta a la 2ª dosis si la primera fue efectiva. Con esta técnica se obtienen similares resultados que con la sinovectomía quirúrgica, sin requerir hospitalización, ni rehabilitación.

318**LIPOMA ARBORESCENTE: 6 CASOS DE UNA RARA CAUSA DE ARTRITIS**

F. Maceiras Pan, D. Sande, S. Romero Yuste, J. Mosquera y J. Cruz

Complejo Hospitalario de Pontevedra.

Introducción: El lipoma arborescente en una rara lesión intraarticular consistente en una proliferación subsinovial vellosa de células grasas maduras. Productor de artritis franca o derrame articular con dolor y limitación, la localización más frecuente es en la rodilla. La imagen por resonancia magnética nuclear (RMN) es característica y generalmente se considera diagnóstica, permitiendo un diagnóstico diferencial seguro con otros procesos como artritis reumatoide, sinovitis villonodular pigmentada, hemangioma o condromatosis sinovial. Se encuentran como hallazgos fundamentales (1) la presencia de grandes vellosidades de tejido sinovial con señal de características de grasa en todas las secuencias a nivel de la interfase lesión-derrame, y (2) la ausencia de hallazgos sugestivos de depósitos de hemosiderina en la lesión.

Pacientes y métodos: Se han revisado los 6 casos de lipoma arborescente diagnosticados en nuestro servicio en un periodo de 10 años. (1991-2001).

Resultados: El lipoma arborescente fue diagnosticado en 6 pacientes, (5V: 1H) de edades comprendidas entre los 31 y 75 años, con artritis crónica de rodilla que no respondía a tratamiento médico habitual. Entre los antecedentes personales destacaba la presencia de hiperuricemia y podagra en 4 de los pacientes, y psoriasis en uno de ellos, con evidencia de microcristales de urato en líquido sinovial de 2 rodillas afectas. El diagnóstico se estableció por RMN con confirmación biopsica en todos los casos intervenidos. No se observó recidiva tras la sinovectomía quirúrgica.

Conclusiones: El lipoma arborescente es una rara y benigna, quizá infradiagnosticada, lesión intraarticular, generalmente en la rodilla, que no debe pasar desapercibida para el reumatólogo en la valoración de toda monoartritis crónica de significado incierto o con mala respuesta a tratamiento habitual. La RMN es la técnica de elección para su diagnóstico. El tratamiento es la sinovectomía, y la recidiva tras cirugía es excepcional. El antecedente de inflamación (hiperuricemia-artritis por microcristales o psoriasis, en nuestra serie) o trauma repetido sobre la articulación puede ser un factor predisponente para el desarrollo del lipoma arborescente.

319**EXPERIENCIA CON LEFLUNOMIDA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON POLIARTRITIS EN NUESTRA CONSULTA DURANTE UN AÑO**

V. Coret, V. González, F.G. Jiménez, I. Ureña, E. Cuesta y M.V. Irigoyen

Servicio de Reumatología. Hospital Carlos Haya. Málaga.

Propósito del estudio: Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con Leflunomida en pacientes con Poliartritis en nuestra práctica clínica.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de 87 pacientes tratados con Leflunomida desde mayo 2000 (85 con AR, 1 con Esclerodermia y 1 con A. Psoriásica) de los cuales 20 son hombres y 67 mujeres. La edad media es de 59 años (25-84) y la media de la duración de la enfermedad de 11 años (4 m-39 años), siendo menor de dos años en 10 casos; 20 de estos pacientes recibieron Metotrexato de forma concomitante. La media del número de fármacos modificadores de la enfermedad previos es 3 (0-6). Se recogen los efectos secundarios, Nº articulaciones dolorosas (NAD) e inflamadas (NAI) en 28 articulaciones, la capacidad funcional mediante MHAQ, la VSG, PCR y escalas analógicas del dolor, valoración global de la enfermedad por el paciente y por el médico, al inicio, 6 y 12 meses.

Resultados: En un primer análisis existe información para valorar la eficacia del tratamiento en 52 pacientes. Los datos preliminares, expresados en medianas, se muestran en la siguiente tabla:

	NAD	NAI	MHAQ	VSG	Dolor	Global	Médico
Basal	14	8	9	30	6,6	7	6,5
6 m	9	3	4,5	32	5,2	6,5	5,5
12 m	4	2,5	4	27,5	4	4,25	6

Han interrumpido el tratamiento 45 de 87 (51,7%) tras 12 meses de tratamiento: 23 de ellos por efectos secundarios y 17 por ineficacia.

Conclusiones: La Leflunomida es eficaz en pacientes con AR, manteniéndose la mejoría tras un año. La mayoría de los efectos secundarios observados no obligan a la suspensión del fármaco.

320

TRATAMIENTO CON ETANERCEPT: EXPERIENCIA EN NUESTRA CONSULTA

M.V. Irigoyen, I. Ureña, V. Coret, E. Cuesta, M. Rodríguez y A. Ponce

Servicio de Reumatología. Hospital Carlos Haya Málaga.

Propósito del estudio: Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con Etanercept en pacientes con AR, APsoriásica y ACJ.

Métodos: Se incluyen en el estudio 21 pacientes, 14 con AR, 4 APS y 3 ACJ, 14 son mujeres y 7 hombres. La edad media de los pacientes es de 45 años (17-72), la media de duración de la enfermedad de 11,6 años (3-28) y la media del número de fármacos modificadores de la enfermedad previos 5 (2-6). Se evaluaron el dolor a la presión y la tumefacción en 28 articulaciones, el dolor, la valoración global de la enfermedad por el paciente y por el médico, MHAQ, VSG y PCR cada 3 meses.

Resultados: Presentamos los resultados de las evaluaciones realizadas al inicio del tratamiento y a los 3, 6 y 12 meses. Se observaron efectos secundarios leves en 6 pacientes; Abandonaron el tratamiento 2: 1 por Urticaria generalizada y 1 por parestesias; Han cumplido más de 15 meses de tratamiento 9 pacientes (3 de ellos 20 y uno 29 meses). Resultados en mediana:

	NAD	NAI	MHAQ	VSG	Dolor	Global	Médico
Basal	18	12	14	33	8	8	8
3 mes	5	4	5	15	5,7	5	5
6 mes	6	5	5	14	3,5	4,3	6
12 mes	6	3	2	13	4,5	4,5	5

Conclusiones: El Etanercept es un tratamiento rápido y eficaz en pacientes con AR de larga evolución y Artritis Psoriásica. Es un fármaco con pocos efectos secundarios y fácil administración lo cual favorece un buen cumplimiento.

321

TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB: EXPERIENCIA EN NUESTRA CONSULTA

I. Ureña, V. Coret, M.V. Irigoyen, E. Cuesta, E. Calero y M. Pérez

Servicio de Reumatología. Hospital Carlos Haya Málaga.

Propósito del estudio: Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con Infliximab en los pacientes tratados en nuestro Servicio.

Métodos: Se incluyen en el estudio todos los pacientes que han sido tratados en nuestra Sección. Se evaluaron previamente a cada infusión, el dolor a la presión y la tumefacción en 28 articulaciones; el dolor, la valoración global de la enfermedad por el paciente y por el médico mediante escala analógica visual (EAV); la capacidad funcional con el cuestionario MHAQ. Se realizó hemograma y bioquímica previa a la infusión, incluyendo VSG y PCR.

Resultados: Han iniciado tratamiento con Infliximab 38 pacientes, 28 con AR, 6 A. Psoriásica, 3 ACJ y 1 paciente con EA, de los cuales 31 son mujeres y 7 hombres. La edad media de los pacientes es de 51 años (25-74), la media de la duración de la enfermedad de 8 años (1-22) y la media del número de fármacos modificadores de la enfermedad previos 4 (2-8). Hasta ahora han cumplido 14 semanas 22 pacientes, 30 semanas 12. Han abandonado el tratamiento 8 (21%), 2 por ineficacia (5,2%), 2 por efectos secundarios menores (5,2%), 2 por autoexclusión (5,2%), 1 por brucelosis y 1 fallece. Se observaron efectos secundarios leves (34,2%), que no obligaron a la suspensión el tratamiento. Se modificó la dosificación en un 23,6% de los casos. Se muestran los resultados preliminares, expresados en medianas:

	NAD	NAI	MHAQ	VSG	Dolor	Global	Médico
Basal	16	12	10	31	5,75	7	7
14 sem	10	7	7	22	5	5	6
30 sem	11	5	6	22	3,5	4,5	6

Conclusiones: El infliximab es eficaz en AR y Aps, aunque en un 23,6% de pacientes fue preciso aumentar la dosis. La mayoría de los efectos secundarios han sido leves, no obligando a la suspensión del fármaco.

322

CONSULTA DE ALTO RENDIMIENTO EN REUMATOLOGÍA

J.F. García Llorente, M.L. García Vivar, E. Galíndez Aguirregoikoa y J.M. Aramburu Albizuri

Sección de Reumatología, Hospital de Basurto Bilbao.

Propósito del estudio: Dar una atención rápida en reumatología y tener un contacto correcto con el médico de atención primaria. Como objetivo secundario esta el de valorar la patología atendida y relacionarla con el alta de consulta.

Métodos utilizados: Durante el año 2001 se habilitó un día de consulta semanal en un ambulatorio del área de l Hospital de Basurto en Bilbao, al cual acudían los pacientes con una radiografía del lugar afecto y una analítica en los casos

de patología inflamatoria o de raquis. El objetivo era dar un diagnóstico y tratamiento en la misma consulta, así como un informe completo para el médico de atención primaria. En aquellos que no fuera posible se les dirigiría hacia la especialidad más adecuada o se proseguiría un estudio pertinente.

Resultados obtenidos: se atendieron 89 pacientes en total (10 por día de consulta) siendo 65 las mujeres. De ellos 72 fueron dados de alta (80%) y el resto derivados al cirujano vascular (1), rehabilitador (2), traumatólogo (5) y se mantuvieron en nuestra consulta 9 pacientes pendientes de pruebas o evolución. Se realizaron un total de 15 infiltraciones siendo la distribución parecida entre codos, hombros, trocanteres y rodillas. El diagnóstico múltiple se realizó en 48 enfermos (54%) siendo este más frecuente entre las mujeres. De un total de 151 diagnósticos predomina el degenerativo (33%), partes blandas (15%) y metabólico (6,62%), habiendo un 22,5% de diagnósticos variados. Como diagnósticos específicos predominan el degenerativo de columna (14%) degenerativo de rodilla (8,6%) y de partes blandas del hombro (8,6%).

Conclusiones: Es muy notable el número de pacientes que se van de alta en una sola visita y con un informe clínico, hecho que también puede agradar al médico de atención primaria. Con ello disminuye el volumen de pacientes sucesivos de consulta para la realización de pruebas complementarias y visionado de resultados. De este modo la reumatología podría acaparar la atención y confianza del médico de atención primaria para un mayor cribaje de la patología reumática.

323

FÉRULAS DE REPOSO DE LA MANO

M.I. Cintero, A. Pons, M. Romera, L. Mateo, A. Rozadilla, N. Clotas y M. Carranza

Unidad de Reumatología del CAP Just Oliveras de la DAP l'Hospitalet de Llobregat del Institut Català de la Salut.

Introducción: Determinadas patologías que cursan con dolor y parestesias de la mano como síndrome túnel carpiano (STC) leve o moderado, rizartrosis, artritis reumatoide (AR) y tendinitis de De Quervain (TDQ) pueden beneficiarse de la aplicación de férulas de reposo.

Objetivos: Ofrecer un tratamiento conservador individualizado y personal al paciente reumático, para aliviar los síntomas y controlar el dolor en dichas patologías y evitar posibles deformidades.

Métodos: El paciente después de ser visitado por el médico reumatólogo y que a criterio de éste puede beneficiarse de una férula de reposo es remitido a la consulta de enfermería donde se elaboran las férulas adaptadas a la necesidad de cada paciente. Mediante contacto telefónico se valora el grado de cumplimiento de la utilización de la férula y la mejora subjetiva de los síntomas.

Resultados: Desde febrero del año 2000 hasta diciembre del año 2001 se han realizado 184 férulas de las que 81 corresponden a rizartrosis, 62 STC, 27 artritis y 14 TDQ. Del total de férulas hechas se han modificado 30 por readaptación a la articulación.

Conclusiones: La disponibilidad de que enfermería realice esta técnica en la consulta una vez diagnosticado el paciente, resulta útil y a la vez mejora su receptividad a la educación sanitaria de la mano. La accesibilidad a la técnica es rápida y directa.

324

NECROSIS AVASCULAR EN PACIENTES CON INFECCIÓN VIH

G. Bonilla, J. Fernández-Melón, E. de Miguel, J.R. Arribas*, J. González*, J.M. Peña*, J.J. Vázquez* y E. Martín Mola
Servicios de Reumatología y Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz Madrid

Introducción: Se ha sugerido que la hiperlipemia secundaria al tratamiento con inhibidores de la proteasa (IP) en pacientes VIH juegan un papel importante en el desarrollo de NA.

Objetivo: Analizar la relación entre hiperlipemia secundaria a IP y el desarrollo de NA en pacientes diagnosticados de infección VIH.

Materiales y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes VIH con NA en seguimiento en consultas externas de Medicina Interna y Reumatología de nuestro hospital. Recogimos los datos del sexo, la edad al diagnóstico de la NA, el tratamiento retroviral recibido, el título de CD4, la carga viral, el número de articulaciones afectadas, la localización, los factores de riesgo clásicos conocidos y el tratamiento de la misma.

Resultados: En nuestra serie recogimos 14 casos de NA en 7 pacientes con infección VIH. 6 hombres y una mujer. La edad media al diagnóstico de la NA fue de 37,2 años (28-47). Tres presentaron afectación múltiple, presentando 1 de los casos 5 localizaciones, siendo la más frecuente la cadera. La media de CD4 al diagnóstico fue de 352 células/mm³ (84-845). El diagnóstico de VIH fue previo en los 7 casos. 5 pacientes (71%) fueron tratados previamente con IP y el tiempo medio de tratamiento fue 16,8 meses (1-38). Tres pacientes presentaban hiperlipemia dos de ellos secundaria a tratamiento con IP. Sólo uno con hiperlipemia por IP desarrollo NA en ausencia de otro factor de riesgo. Todos los demás presentaban uno o más factores de los conocidos clásicamente como predisponentes al desarrollo de NA. 4 tenía historia previa de consumo de alcohol, 1 hiperlipidemia, tres hiperuricemia, 1 esteatosis hepática, 1 había recibido tratamiento previo con esteroides y otro con radioterapia.

Conclusión: Nuestros resultados no sugieren que la hiperlipemia secundaria al tratamiento con IP sea un factor de riesgo decisivo para el desarrollo de NA en pacientes HIV por lo cual probablemente la etiología es multifactorial. De todos modos deberían realizarse estudios epidemiológicos más amplios para establecer la etiopatogénesis de la NA en pacientes HIV.

325

EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON INFLIXIMAB

G. Bonilla, F. Gamero, P. Sabina, J. Fernández-Melón*, G. Díaz, D. Pascual*, A. Balsa y E. Martín-Mola
Servicio de Reumatología e Inmunología del Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivo: Valorar la relación entre la disminución de la actividad inflamatoria en pacientes con Artritis Reumatoide (AR) tratados con Infliximab (IFX) y los niveles de IFX libre circulantes en suero y en cultivos de sangre periférica (SP)

Pacientes y métodos: Se estudiaron 15 pacientes diagnosticados de Artritis Reumatoide con enfermedad activa, que no habían respondido al tratamiento con al menos 2 fármacos de acción lenta (FARAL). Los pacientes recibieron tratamiento con IFX y otro FARAL (generalmente metotrexate). En la visita basal y en las semanas 2, 6, 14 y 22 se valoró la actividad inflamatoria mediante el recuento de articulaciones dolorosas (NAD), articulaciones tumefactas (NAT), hemograma, velocidad de sedimentación (VSG) y Proteína C reactiva (PCR). Se calculó el DAS antes de iniciar el tratamiento y tras cada visita. Determinamos la presencia de IFX libre en el suero de los pacientes y en el sobrenadante de cultivos no estimulados mantenidos durante 24 horas. Se realizó ELISA, pegando rTNF a las placas de poliestireno y revelándolas con anti-Ig G humana marcada con peroxidasa.

Resultados: El DAS28 medio antes de iniciar el tratamiento fue $6,39 \pm 1,0567$, en la semana 2 fue $5,20 \pm 0,8598$ y en la semana 6 fue $4,57 \pm 1,3727$, siendo este descenso estadísticamente significativo ($p < 0,05$). En la semana 2 se detectaron niveles circulantes de IFX libre en suero y en el sobrenadante de los cultivos que fueron casi indetectables en la semana 6.

Conclusión: Observamos una mejoría clínica de los pacientes tratados con IFX más llamativa tras la segunda infusión, que contrasta con los niveles de IFX en suero y SP. El mantenerse la mejoría clínica alcanzada e incluso disminuir la actividad clínica de la enfermedad a pesar de ser menor los niveles IFX libre en suero y sobrenadante de los cultivos de SP nos hace pensar en la probable acción del fármaco a nivel de la sinovial.

Financiado por Schering-Plough.

326

UNIDAD ASISTENCIAL PARA PACIENTES EMBARAZADAS CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICO: ACTIVIDAD TRAS UN AÑO DE EXISTENCIA

R. Cáliz Cáliz, A. Puertas, M.J. Pimentel, M.A. Ferrer González, M.A. Guzmán Ubeda y J.F. Jiménez Alonso
Grupo Lupus Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivo: Averiguar si el seguimiento en una unidad multidisciplinaria compuesta por reumatólogo, hematólogo y ginecólogo consigue reducir el número de abortos en pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF). Describir nuestra experiencia tras un año de funcionamiento de la Unidad.

Pacientes y métodos: Se han visto 18 pacientes, 10 fueron diagnosticados de SAF primario, y 8 de SAF asociado a otras enfermedades (4 LES, 1 artritis reumatoide y 1 síndrome de Sjögren). En 12 se recogieron antecedentes de abortos de repetición y dos de ellas habían presentado 8 abortos cada una. La terapia aplicada ha consistido en aspirina (100 mg/día) a 4 pacientes, y aspirina y heparina de bajo peso molecular (enoxiparina 40 uds sc/día) a 10 pacientes, y aspirina, heparina y gammaglobulina iv a dosis de 400 mg/kg. 5 días/mes, a 2 pacientes. Se mantuvo el tratamiento para su enfermedad de base en los casos de SAF secundario.

Resultados: En 10 casos se consiguió llevar su gestación, 4 la continúan y en una se produjo el aborto. La incidencia de efectos secundarios con la medicación fue mínima, destacando únicamente las siguientes complicaciones: un caso de hidrops fetalis por isoimmunización al grupo anti-kell que se

resolvió con transfusiones fetales a través del cordón, un caso de inmadurez fetal resuelto tras corticoterapia y cesárea prematura y que se siguió de TVP en pierna derecha de la madre en el posparto y un caso de trombocitopenia importante secundaria a enoxiparina, que se resolvió al sustituirla por mepiparina.

Conclusión: Los buenos resultados obtenidos apoyan la necesidad de la existencia de equipos multidisciplinarios coordinados para una mejor asistencia a estas pacientes y la reducción significativa del número de abortos.

327

CAMBIO DE AGENTE ANTI-TNF TRAS INEFICACIA CON UNO DE ELLOS.

S. Sánchez Andrada, V.M. Martínez-Taboada, R. Blaco, J.L. Peña Sagredo y V. Rodríguez-Valverde
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander.

Objetivo: Existen muy pocos datos sobre la posible eficacia de tratamiento con un segundo agente anti-TNF, en pacientes que no han respondido a tratamiento con el primero. Presentamos los resultados en 9 pacientes en los que se realizó este cambio de tratamiento

Material y métodos: Se estudiaron un total de 9 pacientes: 7 mujeres con artritis reumatoide (AR) edad media 53 años, tiempo medio de evolución de la AR 11,5 años, y 2 hombres: 1 con Espondilitis anquilosante (EA) de 6,5 años de evolución y uno con artritis psoriásica (SPs) de 4,5 años de evolución. Todos habían sido tratados previamente con varios FAME.

Resultados: En 2 pacientes con AR inicialmente tratadas con Etanercept (25 mg/2 inyecciones semanales+MTX) el tratamiento se suspendió a los 10,5 y 8,5 meses por ineficacia. Ambas han tenido una respuesta satisfactoria a Infliximab (3 mg/Kg)+MTX. En 5 pacientes tratadas inicialmente con Infliximab (media 10,1 meses), este se suspendió pese a aumentar la dosis a 5 mg/Kg/8 semanas (2 casos) y a 10 mg/kg/4 semanas (1 caso). Cuatro han respondido satisfactoriamente a dosis estándar de Etanercept. En la paciente restante el Etanercept se ha iniciado hace 2 semanas y no disponemos de datos. En el paciente con EA se inició Etanercept a dosis estándar y se suspendió a los 4 meses por ineficacia. Tras 3 infusiones de Infliximab (5 mg/kg/infusión) ha experimentado una gran mejoría. El paciente con APs mejoró inicialmente con Etanercept, suspendiéndose a los 12 meses por reactivación. Hasta hora ha recibido una primera dosis de Infliximab (3 mg/kg).

Conclusiones: La falta de respuesta a un agente anti-TNF, no presupone la falta de respuesta al otro

328

SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO EN LA INFANCIA: INFLUENCIA DE LA EDAD EN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS

I. Calvo, L. Lacruz y E. Andreu
Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Infantil La Fe. Valencia.

Objetivo: Valorar si existen diferencias en las manifestaciones clínicas e inmunológicas en un grupo de pacientes pediátricos teniendo en cuenta la edad de presentación.

Pacientes: Los pacientes fueron diagnosticados según los Criterios de Clasificación del Grupo Europeo. Se consideraron como manifestaciones clínicas tanto los síntomas glandulares como extraglandulares. Se siguió el algoritmo para el diagnóstico basado en los Criterios Europeos. En todos los pacientes se realizó el factor reumatoide (FR) y el estudio de anticuerpos antinucleares (ANA).

Resultados: Un total de pacientes de 20 pacientes, 14 mujeres (70%) y 6 hombres (30%). La edad media al inicio de los síntomas fue de 9,8 (6-14) y al diagnóstico de 11,7 (8-16).

	8-12 años n = 10 (%)	13-16 años n = 10(%)	P
Xeroftalmia	9 (90%)	10 (100%)	NS
Xerostomia	9 (90%)	8 (80%)	NS
Parotiditis	3 (30%)	1 (10%)	NS
Articular	2 (20%)	6 (60%)	S
Fibromialgia		4 (40%)	S
Raynaud	1 (10%)	3 (30%)	NS
FR	2 (20%)	8 (40%)	S
ANA	7 (70%)	5 (50%)	NS

P < 0,05

Comentarios: Destacar que a mayor edad predominan los síntomas musculoesqueléticos (Artritis-FM) y una mayor positividad del FR. Aunque la prevalencia en nuestro grupo de parotiditis recurrente es menor que la de otras series pediátricas, si que afecta al grupo de menor edad. El SS en la infancia no es una entidad tan rara como se creía.

329

SÍNDROME NEUROLÓGICO EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET DE EDAD PEDIÁTRICA

I. Calvo, L. Lacruz y E. Andreu

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

La enfermedad de Behçet (EB) en la edad pediátrica es descrita como una enfermedad rara. Las manifestaciones sistémicas son las que determinan el pronóstico destacando principalmente las formas neurológicas.

Objetivo: Describir las manifestaciones neurológicas en nuestra serie EB

Pacientes: Fueron diagnosticados según los Criterios del Grupo Internacional de Estudio de la EB 1990, un total de 27 pacientes con EB. Se establecieron como criterios de inclusión: diagnóstico de EB con evidencia objetiva de afectación neurológica (exploración clínica y/o pruebas complementarias específicas alteradas). En todo se consideraron datos clínicos, semiológicos, analíticos y pruebas complementarias específicas (RM vascular, SPECT cerebral, EEG y LCR).

Resultados: Un total de 9 pacientes. V/M 3/6. La edad media al inicio de la EB 10,3 años (4-16) y la edad media de la manifestación neurológica 11,1 años (7-14). Las manifestaciones neurológicas se muestran en la tabla:

Meningoencefalitis	33%
Cefalea	66%
Signos cerebelosos	33%
Parálisis pares craneales	33%
Neuropatía óptica	11%
Trastornos psiquiátricos	22%
Episodios paroxísticos	11%

Los 9 pacientes presentaron en un 100% aftas orales y manifestaciones cutáneas, las aftas genitales en un 55% y uveítis 22%. En 8 pacientes se obtuvo el HLA B5/B51.

Comentarios: Destacamos una frecuencia elevada de afectación neurológica en comparación con las series de adultos. La mayoría de los niños con EB presentaron el HLA B5/B51 y la manifestación neurológica se correlacionó de forma estadísticamente significativa con la presencia del HLA DRw52.

330

GAMMAGRAFÍA CON ANÁLOGO DE LA SOMATOSTATINA (OCTREÓTIDO) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

J. Mulero, R. Veroz, JL. Andréu, J. Sanz, E. Fenoy, E. Orilla, C. Barbadillo,, C. Isasi, A. Larrea, J. Ramos* y J. Ortiz-Berrocá*

Servicios de Reumatología y *Medicina Nuclear. Hospital Universitario Clínica Puerta de Hierro. Madrid.

Introducción: Se ha demostrado la presencia de receptores de somatostatina (SOM) en las células sinoviales de articulaciones reumatoideas, y se ha postulado su posible implicación en la respuesta inflamatoria como modulador de la función del sinoviocito. Actualmente se emplea la gammagrafía con Octreótido-In111 para la detección de metástasis en pacientes con tumores neuroendocrinos que expresan receptores a los análogos de la SOM.

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar si la expresión de receptores a análogos de la SOM en pacientes con Artritis Reumatoide (AR) se correlaciona con los estudios isotópicos articulares convencionales, con parámetros clínicos y radiográficos.

Pacientes y métodos: Se seleccionaron 4 pacientes con AR activa definida por DAS > 3,2 y se les realizó, además de la valoración clínica, analítica y radiológica, una gammagrafía con MDP-Tc99, lectura precoz (vascular) y tardía (ósea), y otra con Octreótido-In111. Igualmente se seleccionaron 3 controles sin AR y se les realizó una valoración clínica y una gammagrafía con Octreótido-In111. La valoración clínica de las articulaciones se estableció en una escala semicuantitativa de 0 a 2 (0: nada, 1: dolor y 2: dolor e inflamación), la captación gammagráfica de 0 a 3 (0: ninguna, 1: baja, 2: moderada y 3: intensa), y la afectación radiológica de 0 a 5 (0: ninguna, 1: pinzamiento y aumento de partes blandas, 2: erosiones aisladas, 3: erosiones a ambos márgenes de la articulación, 4: erosiones con pérdida del espacio articular y 5: pérdida de alineación, fusión o prótesis). Las articulaciones evaluadas fueron: rodillas, carpos y metacarpofalángicas.

Resultados: Los controles expresaban baja captación de Octreótido-In111 a nivel articular, y la exploración clínica no evidenció sinovitis. En los pacientes con AR la presencia de receptores a los análogos de la SOM correlacionaba más con la afectación clínica (ρ Spearman = 0,632, $p < 0,005$) y con la captación de MDP-Tc99 en fase tardía (ρ Spearman = 0,671, $p < 0,005$).

Conclusión: La gammagrafía con análogos de la SOM se correlaciona con la actividad clínica e isotópica tardía, y puede ser de interés para el estudio de la fisiopatología en la sinovial reumatoide.

331

EXPERIENCIA CLÍNICA CON HILANO G-F20. EN GONARTROSIS Y COXARTROSIS

R. Suárez-Otero*, M. Robles-San Roman, J. Jaimes-Hernández y E. Oropeza-de la Madrid
Servicio de Medicina Interna y Reumatología ISSEMYM Toluca.

Introducción: El incremento en la expectativa de vida, incrementa la probabilidad de padecer enfermedades crónicas degenerativas, entre ellas la Osteoartritis. El Hilano GF20, es una alternativa novedosa en el manejo de estos pacientes, pero su eficacia y duración del efecto no se ha evaluado en nuestra población.

Objetivo: Evaluar la eficacia y duración de esta terapia en pacientes mexicanos portadores de gonartrosis o coxartrosis.

Pacientes y métodos: Se evaluaron pacientes portadores de osteoartritis de acuerdo a los criterios del ACR, mismos que con la técnica habitual recibieron un total de 3 dosis intraarticulares de Hilano GF20, con intervalos de 1 semana entre cada dosis. Los pacientes fueron evaluados para dolor con Escala visual Análoga (EVA) antes de su aplicación y con escala de transición para una evaluación posterior del dolor, se solicitó una evaluación global pre y postaplicación con escala de Likert de 7 categorías que van desde pésimo hasta excelente, estas evaluaciones fueron autoadministradas y se consideró éxito cuando en ambas escalas hubiera al menos un 20% de diferencia en cuanto a estado basal y fracaso cuando el cambio fuera en solo una escala ó en ninguna. Los pacientes fueron interrogados en cuanto al tiempo de duración de la terapia en meses. Los datos son analizados con estadística descriptiva y curva de Kaplan Meier para duración (sobrevivencia del fármaco)

Resultados: Se evaluaron 123 pacientes, 95 del sexo femenino (77,2%), con una edad (media \pm DS) 72 (\pm 8,1) años. 109 aplicaciones fueron en rodilla (88,6%) y 14 en cadera, el índice de masa corporal de 29,06 (\pm 3,8), el tiempo medio de seguimiento fue de 8,5 meses, con un rango de 4 a 23 meses, En cuanto a éxito se logró en 100 (81,3%) de los casos, y la falla se presentó en 17 casos que representan el 18,7% (IC 95% 10,6 a 26,6) todos estos en rodilla, no hubo fallas en el grupo de cadera cadera, el tiempo medio de duración del Hilano GF20, fue de 11 meses (IC95% 6,15 a 15,25). No se presentaron complicaciones derivadas ó relacionadas con el medicamento.

Conclusiones: El Hilano GF-20, es un medicamento seguro y eficaz en el tratamiento de la gonartrosis. El tiempo medio de duración supera lo reportado en la literatura que es de 6,4 meses.

332

TRATAMIENTO CON ÁCIDO HIALURÓNICO DE BAJO PESO MOLECULAR EN PACIENTES AFECTOS DE GONARTROSIS CON Y SIN CONDROCALCINOSIS: RESULTADOS A SEIS MESES

J. Monfort, J. Vila y P. Benito
Servicio de Reumatología IMAS. UAB. Barcelona.

En los últimos años se han documentado en la literatura científica casos aislados de artritis de rodilla en enfermos afectados de gonartrosis y condrocalcinosis (CC) tratados con ácido hialurónico. Por este motivo se ha desaconsejado su

uso en pacientes afectados de gonartrosis y enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato cálcico. Sin embargo no existen en la literatura estudios sistemáticos que evalúen la eficacia y seguridad del ácido hialurónico en enfermos afectados de gonartrosis con y sin CC.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con ácido hialurónico a los 6 meses de su administración en una serie de pacientes afectados de gonartrosis con y sin CC.

Material y método: Una serie de 49 enfermos afectados de artrosis de rodilla (35 con CC y 14 sin CC) fueron tratados con tres infiltraciones de ácido hialurónico de bajo peso molecular. Se realizó un estudio prospectivo evaluando la eficacia y seguridad del fármaco mediante el índice de Lequesne, WOMAC total, los subapartados de dolor, rigidez y dificultad de este último índice y EAV en el momento inicial y a los seis meses del tratamiento. Se realizó estudio estadístico mediante pruebas no paramétricas.

Resultados: Se observa mejoría con significación estadística, en todos los pacientes, al comparar WOMAC total inicial – WOMAC total a los 6 meses, WOMAC rigidez inicial – WOMAC rigidez a los 6 meses, WOMAC dificultad inicial – WOMAC dificultad a los 6 meses, Lequesne inicial – Lequesne a los 6 meses y EAV inicial – EAV a los seis meses; Mediante estudio de correlación se observa una mejor evolución de todos los índices en la población de enfermos con CC. Sólo un paciente del grupo de CC presentó monoartritis de rodilla tras la segunda infiltración que se resolvió mediante tratamiento con AINES y reposo durante 1 semana. El grupo con CC presentaba un mayor grado de afectación radiológica.

Conclusiones: En nuestra serie de enfermos con CC el ácido hialurónico de bajo peso molecular presentó un bajo índice de complicaciones. El ácido hialurónico de bajo peso molecular es un fármaco eficaz en la gonartrosis. El hecho más significativo de este estudio es la mayor eficacia obtenida por el fármaco en el grupo de pacientes afectados de CC.

333

UVEÍTIS ANTERIOR BILATERAL AGUDA, COMO FORMA DE INICIO EN PACIENTE CON SÍFILIS Y SARCOIDOSIS

R. Miguélez y D. Díaz
Unidad de Uveítis, Hospital de Móstoles.

Propósito: Se presenta un caso clínico de una paciente con uveítis anterior bilateral aguda, en el que los test diagnósticos rutinarios que empleamos en una unidad de uveítis muestran el diagnóstico etiológico de la misma.

Métodos: Caso clínico.

Resultados: Paciente dominicana de 34 años que acude a la consulta por uveítis anterior bilateral sin otra sintomatología asociada. Los test analíticos y de diagnóstico por imagen mostraron fuerte positividad al test FTA-ABS y títulos medios de RPR para sífilis, así como infiltrado intersticial y adenopatías hiliares bilaterales en la Rx de tórax. La biopsia transbronquial mostró granulomas no caseificantes y la punción lumbar un LCR con reactividad a VDRL.

La mejoría clínica se produjo solamente con el tratamiento iv con penicilina G durante 2 semanas.

Conclusiones: La uveítis en esta paciente fue atribuida a la sífilis, siendo pues la primera manifestación de la enfermedad. La sífilis y la sarcoidosis deben ser siempre considera-

das en el diagnóstico diferencial de todo paciente con enfermedad inflamatoria ocular. Destacamos la utilidad de la colaboración del reumatólogo y el oftalmólogo en el abordaje diagnóstico de la inflamación ocular

334

REUMATISMO FIBROBLÁSTICO CON EXCELENTE RESPUESTA A CICLOFOSFAMIDA. PRIMER CASO DESCRITO EN ESPAÑA Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

M. Cantalejo Moreira, A. Gallegos Cid, J.M. Rodríguez Heredia y J. García-Arroba Muñoz

Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Introducción: El reumatismo fibroblástico (RF) es una entidad de aparición excepcional. Las primeras descripciones se efectuaron en Francia en la década de los 80. Se trata de la asociación de una poliartritis destructiva, rápidamente progresiva, asociada a la aparición intermitente de unas lesiones cutáneas, nodulares, con una histología característica.

Caso clínico: Mujer de 35 años, con antecedente personal de esteatosis microvesicular de causa desconocida, con función hepática normal. No antecedentes de exposición a tóxicos. No tratamiento médico habitual. Dos meses antes de primera consulta presenta inflamación de articulaciones de las manos, dificultad para la prensión palmar, y aparición brusca de lesiones nodulares pequeñas, indoloras y firmes, localizadas en dorso de la mano. El estudio analítico fue normal. Factor reumatoide y anticuerpos antinucleares, negativos. Estudio radiológico: aumento de partes blandas y estrechamiento del espacio articular. La biopsia de las lesiones cutáneas demostró una anatomía patológica característica. Se inició tratamiento con prednisona (10 mg/día) sin respuesta satisfactoria.

Diagnóstico: Reumatismo fibroblástico.

Tratamiento: Ante la hepatopatía de base se decidió no iniciar tratamiento con metotrexato. Dada la experiencia con la ciclofosfamida en el tratamiento de la reticulohistiocitosis y ante la similitud del proceso, se decidió iniciar tratamiento con este inmunodepresor, con una respuesta satisfactoria.

Conclusión: Presentamos el primer caso descrito en España de RF. Así mismo, se trata del primer caso descrito en la literatura mundial, con una respuesta terapéutica óptima a ciclofosfamida.

335

TRATAMIENTO COMBINADO CON METOTREXATO Y LEFLUNOMIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

J. Valverde, S. Ordóñez, C. García, O. Codina.

M. González-Cabanas, D. Reina y E. Sirvent

Servicio de Reumatología. C.S.U Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

La leflunomida es un nuevo fármaco inmunomodulador que ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR). Estudios recientes sugieren un efecto sinérgico en la combinación de metotrexato y leflunomida.

Objetivo: Analizar los efectos del tratamiento combinado con metotrexato y leflunomida en pacientes con artritis reumatoide que no han respondido a la monoterapia con metotrexato.

Pacientes y métodos: 20 pacientes (18 mujeres y 2 hombres) con AR que recibían tratamiento con dosis estables de metotrexato (7,5-15 mg/semana) durante al menos 6 meses y presentaban enfermedad activa definida por la presencia de: > 8 articulaciones tumefactas, > 10 articulaciones dolorosas y VSG > 28 mm/hora. Se administró, previo consentimiento del paciente, leflunomida 100 mg una vez al día durante los dos primeros días como dosis de carga y posteriormente una dosis de mantenimiento de 10-20 mg/día. Se valoraron los criterios de respuesta ACR 20 y ACR 50, así como los efectos adversos.

Resultados: A las 4 semanas de tratamiento cinco pacientes (25%) presentaban criterios de respuesta ACR 20. A las 36 semanas once pacientes (55%) presentaban respuesta ACR 20 y cinco pacientes (25%) ACR 50. 7 pacientes (35%) presentaron elevaciones de las transaminasas (ALT o AST) de entre 1'2 a 2 veces el límite superior de la normalidad, que normalizaron al disminuir la dosis de leflunomida. 2 pacientes (10%) presentaron cifras > 2 veces el límite superior de la normalidad por lo que se suspendió el tratamiento, normalizándose la cifra de transaminasas.

Conclusión: El tratamiento combinado con metotrexato y leflunomida constituye una opción terapéutica en pacientes con artritis reumatoide que no responden al tratamiento con metotrexato en monoterapia. Los efectos secundarios son frecuentes aunque, en la mayoría de los casos, no es necesario suspender el tratamiento.