

# XXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Bilbao, 28-30 de mayo de 2003

## Pósters

### 1ª Sesión

Miércoles 28 de mayo

#### 1

##### **SÍNDROME DEL DOLOR EN EL TROCANTER MAYOR: FACTORES DESENCADENANTES Y/O PREDISONENTES**

T. Clavaguera Poch y R. Valls García  
*Hospital de Palamós.*

**Objetivo:** Identificar los factores predisponentes y/o causas desencadenantes de pacientes con el síndrome del dolor del trocánter mayor (SDTM). Además se analizan sus características clínicas, las exploraciones complementarias realizadas y la respuesta a los tratamientos recibidos.

**Métodos:** Estudio descriptivo de 200 pacientes con un SDTM que siguieron controles en nuestro servicio entre enero 2001 y octubre 2002. El diagnóstico de SDTM se basó en los criterios clínicos de Rasmussen y Fano. Se excluyeron a los pacientes con fibromialgia. Se consideró un enfermo resituado cuando permanecía asintomático 6 meses después del tratamiento.

**Resultados:** De los 200 pacientes 171 (85,5%) fueron mujeres con una edad media de 60,8 años (DE + 13,5). El SDTM fue motivo de primera consulta en 80 casos (40%): 39 (60%) fueron orientados como coxalgia sólo en un caso la sospecha fue de tendinitis trocantérea. En 125 (62,5%) se identificaron unos factores desencadenantes: una lumbalgia (20%) y una gonalgia previas (16,5%) fueron los más frecuentes. Entre los antecedentes del aparato locomotor destacaron 71 discopatías degenerativas (35,5%), 41 escoliosis (20,5%) y 40 gonartrosis (20%), sólo 37 (18,5%) no tenían ninguno. El ritmo del dolor fue mecánico en 105 (52,5%) y 75 (37,5%) referían impotencia funcional. En el momento del diagnóstico 47 (23,5%) presentaron una lumbalgia y 9 (4,5%) una radiculopatía lumbar. La clínica más frecuente fue un dolor exclusivo en la zona trocantérea (48%), en 41 (20,5%) el dolor irradió a la cara lateral del muslo y en 26 (13%) la clínica fue de un síndrome de cadera. En la exploración física la mayoría (74,5%) tenían un dolor exclusivo a la presión del trocánter mayor. Otros hallazgos exploratorios fueron dolor en la abducción contrarresistencia (11%), en un 7% además en la rotación interna y en 5,5% dolor a la movilización en todos

los planos. Los tratamientos realizados fueron AINE tópicos (30%), AINE vía oral (55%), infiltraciones locales con corticoides y anestésico (90,5%), fisioterapia (6,5%) y cirugía (0,5%). La media de infiltraciones fue de 1,45 (rango 1-6). 127 (75,6%) se consideraron curados con una media de 3,5 meses (rango 1-28).

**Conclusiones:** El SDTM es una patología muy frecuente en nuestras consultas. No suele diagnosticarse por el médico generalista. La mayoría tienen un factor predisponente y/o causa desencadenante. Las infiltraciones locales son una buena opción de tratamiento.

#### 2

##### **ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA DISCAPACIDAD EN ENFERMOS DE ARTRITIS REUMATOIDE (AR) VERSUS FIBROMIALGIA (FM)**

Y. León, E. Minguella, G. Ros, E. Moreno, A. Erra, C. Vidal, P. Barceló y C. Alegre de Miquel  
*Unitat de Reumatologia Vall d'Hebron.*

**Introducción:** Una de las controversias actuales con referencia a la FM es su discapacidad laboral. Un estudio multicéntrico reciente (1) encuentran un porcentaje de invalidez de más del 16% en la FM en comparación con el 2,2% de la población general americana.

**Objetivo:** En este estudio nos proponemos conocer la frecuencia de enfermos discapacitados en la FM comparándolo con otra enfermedad que ocasiona dolor crónico como es la AR.

**Material y método:** Se estudiaron de forma transversal 81 pacientes, mujeres entre 25 y 65 años, vistas en los últimos 3 meses con los diagnósticos definitivos de FM (n = 50) o AR (n = 31). Mediante encuesta telefónica se les preguntó sobre su actividad laboral y la capacidad percibida para realizarla, clasificándola en los siguientes grupos: 1) de Baja laboral, 2) En Invalidez, 3) Jubilada, 4) Solo trabaja en su casa: con dificultad, 5) Solo trabaja en su casa: no puede, 6) Solo trabaja en su casa: Sin dificultad, 7) Activo.

**Resultados:** Solo existían diferencias significativas en el grupo de baja laboral, siendo de un 38% de las FM frente un 10% de las AR, p < 0,001. Intentando agrupar los activos tanto en su trabajo como en casa, o aunando las incapacitadas y las jubiladas, tampoco hay otras diferencias estadísticas que la comentada.

Discapacidad percibida en FM y en AR.

	AR (n)	FM (n)	AR (%)	FM (%)
Baja	3	19	9,7 *	38 *
Invalidez	8	9	25,8	18
Jubilada	1	1	3,2	2
SL con dificultad	5	6	16,1	12
SL incapaz	3	1	9,7	2
SL sin dificultad	5	3	16,1	6
Trabaja	6	11	19,4	22

\* p &lt; 0,001

**Conclusiones:** Esta observación verifica que la discapacidad percibida es superior a la objetivada por los medios que poseemos. La discapacidad es muy alta para ambas enfermedades, cerca de una tercera parte. Creemos necesarios métodos más objetivos para poder evaluar la discapacidad en las FM.

### 3

#### SUBGRUPOS CLÍNICO-INMUNOLÓGICOS EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. ANÁLISIS DE 600 PACIENTES CON LES

J. Font, M. Ramos Casals, J. Sentis, G. Claver, A. Bove, V. Gil, M. García Carrasco, G. De La Red, R. Cervera y M. Ingelmo

*Servicio de Enfermedades Autoinmunes, Hospital Clínic.*

**Objetivo:** Analizar la prevalencia y las características de las manifestaciones clínicas, hematológicas e inmunológicas en una serie amplia de pacientes con LES, con el fin de caracterizar la afectación de los distintos órganos/sistemas.

**Pacientes y métodos:** Los pacientes fueron visitados en nuestro Servicio de forma consecutiva como ingresados o en régimen ambulatorio desde 1980 hasta 2001. En todos los pacientes se realizó una anamnesis y exploración física dirigidas. Las características clínicas y analíticas de cada paciente se recogieron en un protocolo común.

**Resultados:** Se estudiaron 533 (89%) mujeres y 67 (11%) hombres (relación mujer:varón, 8:1), con una edad media al inicio del LES de 31 años (rango, 5-84) y en el diagnóstico de LES de 33 años (rango, 6-85). La afectación clínica más frecuente fue la articular, detectada en 498 (83%) pacientes, seguida por la hematológica en 451 (75%), afectación cutánea específica de lupus en 354 (59%) y nefropatía en 203 (34%). Los pacientes incluidos en el protocolo antes de 1991 presentaron una mayor frecuencia de afectación del SNC (27% vs 10%, p < 0,001), afectación trombótica (17% vs 9%, p = 0,003) y alteración en los parámetros hematológicos (85% vs 66%, p < 0,01), así como una menor frecuencia de afectación articular (79% vs 86%, p = 0,038), en comparación con los incluidos en el protocolo después de 1991. De acuerdo a las distintas afectaciones por órganos o sistemas, encontramos las siguientes asociaciones clínico-analíticas: la afectación cutánea específica de LES se asoció con la presencia de anticuerpos antiSm, la nefropatía con anemia hemolítica y niveles elevados de antidsDNA, la afectación del SNC con trombopenia y aCL-IgG, la trombosis con niveles bajos de CH50, presencia de aCL-IgG y anticoagulante lúpico, y la miositis con la presencia de anemia, fenómeno de Raynaud y anticuerpos antiRNP.

**Conclusión:** En esta amplia serie de pacientes con LES controlados en un mismo Centro hemos demostrado la asociación de las diversas afectaciones de órganos/sistemas con manifestaciones hematológicas e inmunológicas, que tienden a agruparse siguiendo patrones específicos de afecta-

ción clínica según el órgano afecto. Sin duda, la adecuada valoración de estas manifestaciones clínico-analíticas contribuirá al óptimo manejo diagnóstico y terapéutico de la afectación multisistémica característica del LES.

### 4

#### COEXISTENCIA DE INFECCIÓN CRÓNICA POR EL VHC Y ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA EN 155 PACIENTES HISPANOAMERICANOS. RESULTADOS DEL ESTUDIO "HISPAMEC"

M. Ramos Casals, J. M. Anaya, F. Medina, J. Font, M. García Carrasco, L. J. Jara y J. Rosas

*Servicio de Enfermedades Autoinmunes, Hospital Clínic.*

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

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

**Resultados:** Hemos estudiado un total de 155 pacientes con infección crónica por VHC que cumplían los criterios clasificatorios para las siguientes EAS: síndrome de Sjögren (n = 66), lupus eritematoso sistémico (n = 42), artritis reumatoide -AR- (n = 14), síndrome antifosfolípido (n = 9), poliarteritis nodosa -PAN- (n = 8), esclerosis sistémica (n = 7), miopatías inflamatorias (n = 2), sarcoidosis (n = 2) y otras (n = 5). En 57 (37%) pacientes, la EAS fue diagnosticada antes de la infección VHC, que se detectó en la mayoría de casos (n = 52) por la existencia de alteración en el perfil hepático. Por otra parte, se diagnosticó una EAS en 98 (63%) pacientes ya conocidos VHC+, siendo las principales manifestaciones clínicas que llevaron al diagnóstico de la EAS el síndrome seco (n = 35), artritis (n = 23), vasculitis cutánea (n = 17) y trombosis (n = 5). Las principales alteraciones inmunológicas fueron ANA en el 67% de pacientes, crioglobulinemia en 63%, hipocomplementemia en 56%, factor reumatoide el 54%, anticuerpos anti-músculo liso en el 52% y anticuerpos antifosfolípidicos en un 25% de caso.

**Conclusión:** El VHC es capaz de inducir diversas manifestaciones extrahepáticas que en algunos pacientes pueden presentarse como una EAS "definida". La existencia de síndrome seco, afectación articular, cutánea, renal o neurológica, junto a la positividad de marcadores inmunológicos como ANA, FR y AAF, puede ocasionar el cumplimiento de los criterios clasificatorios de enfermedades autoinmunes como el SS, el LES, la AR o la PAN en pacientes con infección crónica por el VHC.

### 5

#### VASCULITIS CRIOGLOBULINÉMICA QUE SIMULA ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA EN PACIENTES HISPANOAMERICANOS CON INFECCIÓN POR EL VHC (GRUPO DE ESTUDIO "HISPAMEC")

M. García Carrasco, M. Ramos Casals, J. M. Anaya, L. J. Jara, J. Font, F. Medina y J. Rosas

*Servicio de Enfermedades Autoinmunes, Hospital Clínic.*

**Objetivo:** Estudiar la posible simulación de una enfermedad autoinmune sistémica (EAS) en pacientes con crioglobulinemia asociada a la infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC).

**Pacientes:** Hemos analizado las características clínicas de todos aquellos pacientes con EAS e infección por el VHC visitados en nuestros Servicios entre los años 1994 y 2000. De forma retrospectiva hemos analizado la contribución de las manifestaciones crioglobulinémicas que presentaban dichos pacientes a los criterios clasificatorios de sus respectivas EAS.

**Resultados:** Hemos identificado un total de 41 pacientes con crioglobulinemia asociada al VHC y una EAS definida (síndrome de Sjögren en 15 pacientes, lupus eritematoso sistémico en 10, poliarteritis nodosa en 4, artritis reumatoide en 3, síndrome antifosfolípido en 2, miopatía inflamatoria en 2, esclerosis sistémica en 1, arteritis de Horton en 1, polimialgia reumática en 1, púrpura de Henoch-Schönlein en 1 y sarcoidosis en 1). En 15 de estos pacientes las manifestaciones crioglobulinémicas contribuyeron claramente a diagnosticar la EAS, concretamente en 9 de los 10 pacientes con LES (que presentaban un síndrome lupus-like), en los tres pacientes diagnosticados de AR (todos ellos presentaban una artritis no erosiva seropositiva) y en 2 de los 4 pacientes diagnosticados de PAN (debido a la presencia de clínica crioglobulinémica articular, renal, cutánea y neurológica).

**Conclusión:** La existencia de manifestaciones clínicas e inmunológicas relacionadas con un síndrome crioglobulinémico puede contribuir a realizar un falso diagnóstico de ciertas EAS (LES, AR y PAN) en pacientes VHC. Debe recomendarse una aplicación meticulosa de los criterios clasificatorios de dichas EAS en pacientes con VHC y crioglobulinemia, debido al solapamiento que existe entre la sintomatología crioglobulinémica y dichos criterios.

## 6

### EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO AUMENTA LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

G. Ruiz Irastorza, J. Ugalde Espiñeira, M. V. Egurbide Arberas y C. Aguirre Errasti  
*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. UPV/EHU. Bizkaia.*

Las complicaciones trombóticas son una de las principales causas de mortalidad en el lupus eritematoso sistémico (LES). Sin embargo, no se ha establecido con claridad el papel del síndrome antifosfolípido (SAF) en la mortalidad a largo plazo de pacientes con lupus.

**Objetivos:** Determinar si el SAF aumenta la mortalidad en pacientes con LES.

**Métodos:** Cohorte prospectiva de 202 pacientes con LES (criterios del ACR). La presencia de SAF se estableció en función de los criterios de Sapporo. Las curvas de supervivencia de los pacientes con y sin SAF, calculadas según el método de Kaplan-Meier, se compararon mediante el log-rank test. El efecto independiente sobre la mortalidad de diversas variables clínicas ("edad al diagnóstico", "sexo", "trombopenia", "nefropatía lúpica", "lupus neuropsiquiátrico no trombótico", "afectación pulmonar", "infección" y "SAF") se estimó mediante el análisis de Cox.

**Resultados:** 28 pacientes cumplieron los criterios de SAF durante el seguimiento. Todos ellos presentaron algún episodio trombótico. La supervivencia acumulada a los 15 años fue del 90% en los pacientes sin SAF frente al 65% en los pacientes con SAF ( $p = 0,03$ ). La presencia de nefropatía, la edad al diagnóstico y el SAF fueron las únicas variables

asociadas de forma independiente a un incremento de mortalidad.

**Conclusiones:** El SAF se asocia a un incremento de la mortalidad en el LES.

## 7

### ENFERMEDAD DE BEHÇET: MANIFESTACIONES DIGESTIVAS. ASOCIACIÓN HLA-CLÍNICA ARTICULAR

A. Baixauli Rubio, J. Calvo, C. Campos, Benítez, M. T. Gomis, S. Escrivá, J. M. Huguet, I. Bort, A. Jimeno, J. Bort y A. Herrera

*Consorcio Hospital General de Valencia.*

**Objetivo:** Estudiar las manifestaciones que suponen criterio diagnóstico de la enfermedad de Behçet (EB) según el Grupo Internacional para el Estudio de la Enfermedad de Behçet.

**Método:** Estudio retrospectivo y observacional de los enfermos diagnosticados de EB en los doce últimos años (1990-2002) en el Hospital General de Valencia.

**Resultados:** De los 27 enfermos con diagnóstico de EB, 16 fueron varones (59%) y 11 mujeres (41%), con una media de inicio de la enfermedad de 33 años (rango: 21-59). El síntoma de debut de la enfermedad fueron las aftas orales en 23 ocasiones (85%), las lesiones genitales lo fueron en 3 (11%) ocasiones y el eritema nodoso fue el síntoma de debut en 1 caso (4%). Las úlceras orales recidivantes aparecieron en todos los casos (100%), mientras que las úlceras genitales recidivantes se encontraron en 24 pacientes (88%). Las lesiones oculares aparecieron en 14 enfermos (52%), mostrando 4 pacientes síntomas de sequedad ocular no filiada (14%), en 6 (22%) ocasiones observamos uveítis anterior, en 4 (15%) casos se observó uveítis posterior y un (4%) caso de conjuntivitis de repetición. Las lesiones cutáneas aparecieron en 18 pacientes (66%), pseudofoliculitis se evidenció en 7 ocasiones (26%), eritema nodoso en 3 casos (26%), acné cortico-dependiente en 1 ocasión, (4%), pustulosis en una ocasión (4%). La prueba de patergia que sólo se realizó a 12 pacientes fue positiva en siete ocasiones. Encontramos asociación significativa ( $p < 0,05$ ) entre sacroileitis y HLA-B27; entre HLA-B5 y las artalgias; se encontró relación inversa entre HLA-B5 y los episodios de sinovitis. Entre los enfermos estudiados 8 pacientes (25%) presentaron manifestaciones digestivas, 2 presentaron úlceras ileales, 2 casos de duodenitis, un caso de fisura anal y un caso de colon irritable.

**Conclusiones:** En nuestra serie la presencia de aftas orales es el síntoma de debut más frecuente en enfermos con EB, seguido de las aftas genitales. La asociación clínica de otras manifestaciones menos frecuentes y que aparecen Posteriormente establecen el diagnóstico de la EB. La presencia de HLA-B5 en los enfermos con EB se asocia a un incremento de los episodios de artalgias y un menor número de episodios de sinovitis. Encontramos asociación entre HLA-B27 y la presencia de sacroileitis descrita ya de forma clásica en otras enfermedades. Debemos destacar que las manifestaciones digestivas son frecuentes en la EB, siendo las manifestaciones inflamatorias intestinales en la EB muy parecidas a la enfermedad de Crohn, de forma que algunos autores, consideran que nos encontramos ante un mismo proceso a nivel intestinal. Es importante el diagnóstico precoz de las manifestaciones digestivas de la EB para prevenir sus complicaciones.

## 8

**EFFECTO DE LOS ANTIPALÚDICOS SOBRE EL DESARROLLO DE TROMBOSIS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

G. Ruiz Irastorza, M. V. Egurbide Arberas, I. Villar Gómez, J. G. Erdozain Castiella y C. Aguirre Errasti  
*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. UPV/EHU. Bizkaia.*

Las trombosis son un importante determinante de morbimortalidad en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Estudios previos sugieren un efecto antitrombótico de los antipalúdicos.

**Objetivos:** Analizar el efecto del tratamiento antipalúdico en la prevención de las trombosis en pacientes con LES.

**Métodos:** Cohorte prospectiva de 202 pacientes con LES según los criterios del ACR. Se analizaron por separado los segmentos terapéuticos con y sin antipalúdicos de cada paciente. Cada segmento se consideraba finalizado al cambiar de tratamiento, sufrir un episodio trombotico o alcanzar los 10 años. Además, se estratificó a los pacientes según la presencia o no de anticuerpos antifosfolípido (aFL), definidos según los criterios de Sapporo.

**Resultados:** Se analizaron un total de 1.872 pacientes-año. La supervivencia acumulada libre de trombosis fue del 96% durante los segmentos con antipalúdicos frente al 85% en los segmentos sin tratamiento antipalúdico ( $p > 0,05$ ). Las supervivencias acumuladas libres de trombosis según la presencia de aFL fueron: 100% (aFL no, antipalúdicos sí), 96% (aFL no, antipalúdicos no), 91% (aFL sí, antipalúdicos sí), 72% (aFL sí, antipalúdicos no). Ninguna de las diferencias alcanzó el nivel de significación estadística.

**Conclusiones:** Aunque nuestros resultados no son definitivos, apuntan a un efecto antitrombótico de los antipalúdicos, más manifiesto en los pacientes con LES y aFL.

## 9

**TRATAMIENTO CON GABAPENTINA DE PACIENTES CON NEUROPATÍAS PERIFÉRICAS**

A. Carro Martínez, E. del Valle del Val y A. Carro Martínez  
*Hospital La Plana, Villareal.*

La Gabapentina (GP) es un fármaco antiepiléptico que se ha mostrado eficaz en el tratamiento del dolor y la interferencia del sueño asociado a la neuralgia post-herpética, neuropatía diabética y en las plexopatías asociadas a la radioterapia. El objetivo de este estudio es conocer si GP resulta útil en el tratamiento del dolor de radiculopatías cervicales y lumbares, tanto agudas como crónicas debidas a hernia discal o patología artrósica así como en el Sme de túnel carpiano.

**Pacientes y método:** Estudio prospectivo abierto de 102 pacientes (44 v, 58 h) diagnosticados de neuropatía periférica en extremidades. Edad  $52 \pm 6$  años. Cada paciente fue visitado basalmente (0), al mes (1) y a los tres meses (3) en una consulta de reumatología. En cada visita se midió el dolor por Escala Visual Análoga (EVA) y se realizó una exploración neurológica. Los diagnósticos se confirmaron mediante radiografías simples de la zona dolorosa, electromiografía, TAC o RNM. El tratamiento consistió en GP 900 mg/d en monoterapia o combinada con Paracetamol hasta 3 g/d y si no resultaba suficiente la analgesia podía añadirse Celecoxib 200 mg/d. En las visitas 1 y 3 la dosis GP podía modificarse

según respuesta clínica del paciente. Se preguntó sobre la aparición de efectos adversos atribuidos a la GP en cada visita. Los pacientes manifestaron el grado de satisfacción del tratamiento recibido.

**Resultados:** 97 pacientes completaron el estudio a los tres meses. Las patologías estudiadas fueron Sme Túnel Carpo 30 p (29%), Radiculopatía Cervical 2 p (1%) y Radiculopatía de extremidades inferiores 69 p (70%). Hubo un cambio de la puntuación media del dolor EVA al mes y a los tres meses. (EVA 0 = 8,2. EVA 1 = 6,4. EVA 3 = 5,4  $p < 0,0001$ ).

70 pacientes (68%) continuaban tomando GP al tercer mes. La GP se utilizó en monoterapia en 43 pacientes durante el estudio. En la visita 1 el Paracetamol lo tomaban 40 pacientes (39%) frente a 31 pacientes (30%) en la visita 3. Los efectos más frecuentes en la visita 1 fueron: náuseas en 11 pacientes (10%), vómitos en 3 pacientes (2%), somnolencia en 25 pacientes (24%) y mareo en 19 pacientes (18%). Hubo una tolerancia a los mismos a lo largo del estudio, excepto para la somnolencia (12%) a los tres meses. No se registró ningún efecto grave. Se modificó la dosis de GP en 11 pacientes en la visita 1 y en la visita 3 en 3 pacientes. El 74% de los pacientes que completaron el estudio refirió encontrarse mejor con el tratamiento de GP sólo o combinado con Paracetamol y Celecoxib.

**Conclusión:** La Gabapentina es un fármaco útil en el tratamiento del dolor neuropático periférico tanto en monoterapia como en combinación con analgésicos de uso habitual en la práctica clínica.

## 10

**TRATAMIENTO CON GABAPENTINA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA**

A. Carro Martínez, V. Vila Fayos y E. del Valle del Val  
*Hospital La Plana.*

La fibromialgia es una patología frecuente en la que los intentos terapéuticos fracasan repetidamente causando frustración al paciente y al médico que le asiste. Dado que la Gabapentina (GP) aumenta el umbral del dolor y estimula la neurotransmisión de la serotonina mejorando el estado de ánimo y la calidad de vida de los pacientes, se cree justificado ensayar el tratamiento con GP en una serie de pacientes con fibromialgia y valorar si resulta útil en el tratamiento del dolor.

**Pacientes y método:** Estudio prospectivo abierto de 66 mujeres diagnosticadas de fibromialgia en una consulta de reumatología según criterios ACR. Edad:  $54,3 \pm 8,4$  (27-72 años). Se realizó una visita basal (0), al mes (1) y a los tres meses (visita 3). Se midió el dolor según Escala Visual Análoga (EVA) y se preguntó por los síntomas asociados a la enfermedad (cefalea, colon irritable, hormigueos y tumefacción subjetiva de manos), en cada visita.

El tratamiento basal consistió en GP 300 mg/ 8 h y Paracetamol hasta 3g/ día. La GP pudo ajustarse en visitas posteriores según respuesta clínica o aparición de efectos secundarios. Se recogieron los efectos adversos atribuidos a la GP en cada visita. Al final del estudio las pacientes manifestaron el grado de satisfacción del tratamiento.

**Resultados:** Completaron el estudio 55 pacientes. Hubo un cambio significativo en la puntuación media del dolor según EVA al mes y a los tres meses (EVA 0 = 8,4 EVA1 = 7,1 EVA3 = 6)  $p < 0,001$ . A pesar de que en la visita 3 los síntomas

asociados fueron menos frecuentes, no hubo significación estadística. Los efectos adversos más frecuentes fueron: 10 sufrieron náuseas (15%), 7 vómitos (10%), 16 somnolencia (24%) y 9 mareo (13%) en la visita 1, efectos que prácticamente desaparecieron en la visita 3; a excepción de la somnolencia que se mantuvo en 14 pacientes (21%). La dosis inicial de GP 900 mg/d se aumentó en el primer mes en 16 pacientes, no modificándose en la visita 3. Aunque el consumo de paracetamol fue menor en la visita 3, no hubo significación estadística. De las 46 pacientes (69%) que seguían tomando GP en la visita 3, manifestaron mejoría un 74%.

**Conclusión:** Dado que el médico se encuentra muy limitado a la hora de tratar pacientes con fibromialgia por la escasez de medicamentos que resultan efectivos, se puede considerar la Gabapentina un fármaco útil y de fácil manejo en el alivio del dolor de estos pacientes.

## 11

### ARTRITIS AGUDA NO TRAUMÁTICA EN URGENCIAS

C. Tornero Ramos, C. Lope Mateo, R. Hortelano del Castillo, J.D.D. González Caballero, M. Vargas García y B. García Villanueva

*Hospital J.M. Morales Meseguer, Murcia.*

**Objetivo:** Estudiar las características de la artritis aguda no traumática en Urgencias y su diagnóstico final en reumatología.

**Pacientes y métodos:** Se revisaron 120 pacientes que acudieron a urgencias por dolor y/o inflamación aguda articular no traumática durante 5 meses, estudiando en ellos: edad, sexo, articulación afectada, hallazgos radiológicos, artrocentesis, estudio del líquido sinovial, diagnóstico al alta, tratamiento, destino del enfermo y diagnóstico en reumatología. Se realizó estadística descriptiva.

**Resultados:** La edad media fue de  $56,8 \pm 16,41$  años, siendo 51,66% hombres y el resto (48,33%) mujeres, con problemas en: rodilla (52,34%), manos (16,40%), pies (14,06%), tobillos (10,93%), caderas (2,34%), hombros (2,34%) y codo (1,56%). Al 44,96% no se le realizó radiología de urgencias, al resto (55,04%) sí, siendo la mayoría normales (19,37%). Los hallazgos radiológicos fueron: artrosis (25,58%), condrocalcinosis (3,87%), osteopenia (3,10%), signos de derrame (2,32%) y calcificación de partes blandas (0,77%). No se le realizó artrocentesis al 66,12%, al resto sí (33,88%) obteniendo líquido inflamatorio (17,74%), mecánico (8,06%), hemático (3,22%) y séptico (1,61%). Se apreciaron cristales en el 3,22%. Los diagnósticos en urgencias fueron: monoartritis (36,84%), artrosis (26,97%), artropatía microcristalina (18,42%), hidrartros (7,23%), poliartritis (3,94%), oligoartritis (2,63%), hombro doloroso (1,31%), artritis séptica (1,31%) y quiste de Baker (1,31%), indicándoles tratamiento con: AINEs (49,75%), paracetamol (22,92%), colchicina (9,75%), vendaje (6,34%), antiácidos (5,36%), infiltraciones (3,90%), antibióticos (1,46%) y corticoides (0,48%). El destino de los enfermos fue: centro de salud (65%), reumatología (31,66%), ingreso (1,66%) y no constaba en el 1,66%. Los diagnósticos finales de los enfermos remitidos a reumatología fueron: artropatía microcristalina (10,4%), artrosis (7,2%), artritis no filiada (4,8%), enfermedad de Still (1,6%), artropatía seronegativa (1,6%), Sjögren (0,8%), bursitis (0,8%), artritis reumatoide (0,8%) y artritis paraneoplásica (0,8%). El 7,2% de pacientes todavía esta pendiente de exploraciones en reumatología.

**Conclusiones:** 1) La artritis aguda no traumática es frecuente en urgencias, sobre todo en hombres y 2ª a artropatía microcristalina, siendo las exploraciones diagnósticas más útiles la artrocentesis y el estudio del líquido sinovial. 2) La radiología simple tiene poca relevancia en estos problemas agudos. 3) El presente estudio refleja la importancia de poder derivar a los enfermos con artritis aguda no traumática desde urgencias a reumatología.

## 12

### ARTROPATÍA OCRONOTICA

A. Willisch Domínguez, L. Fernández Domínguez, M. Rodríguez Gómez, J. Reguart Aransay, M.J. López Cortiñas y J.A. Bello Giz

*Complejo Hospitalario de Ourense.*

**Introducción:** La alcaptonuria es un trastorno del metabolismo de la tirosina y fenilalanina, de transmisión autosómica recesiva. Se caracteriza por un déficit de enzima oxidasa del ácido homogentísico que da lugar a su eliminación excesiva por orina y acumulación de pigmentos derivados del mismo en tejido conectivo (piel, escleróticas, pabellones auriculares, traquea, válvulas cardíacas y cartílago articular).

**Caso clínico:** paciente varón con historia, de años de evolución, de raquialgias 3 segmentos vertebrales y gonalgia bilateral con derrames articulares recidivantes. *Exploración física:* Pérdida de lordosis lumbar fisiológica. Disminución global de la movilidad del raquis en sus 3 segmentos. Schöber: 1 cm. Pigmentación ocre conjuntivas, pabellones auriculares y pulpejos dedos manos. Soplo pansistólico II-III/VI. *Pruebas complementarias:* Oscurecimiento orina a alcalinización. Elevación de ácido homogentísico en suero y presencia elevada en orina. Cristales pirofosfato cálcico en líquido sinovial. Calcificaciones discales múltiples. Irregularidad de sacroiliacas. Calcificación válvula mitral. Haces colágenos degenerados y teñidos de color ocre en histología.

Exponemos un nuevo caso de ocronosis: Primero por su rareza: un caso cada 200.000 habitantes. Segundo por su reconocimiento tardío, que puede ocasionar diagnósticos y tratamientos erróneos como sucedió en nuestro caso.

## 13

### ESTUDIO DE ASOCIACIÓN DE LA REGIÓN GENÓMICA DE LA CRH Y LA ARTRITIS REUMATOIDE EN FAMILIAS ESPAÑOLAS

A. Julià, D. Gallardo, P. Barceló, F. Vidal, J.J. de Agustín y S. Marsal

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

**Objetivos:** La Artritis Reumatoide es una enfermedad compleja cuyo componente genético de susceptibilidad es aún poco conocido. A pesar de la existencia de numerosos estudios que avalan el papel de la región HLA, la mayor parte de la influencia genética está aún por determinar. En este sentido, las otras regiones genómicas estudiadas hasta el momento no han podido ser asociadas a la enfermedad de forma consistente. Recientemente, se ha demostrado en familias inglesas la asociación entre la AR y el haplotipo CRH-RA1\*10; CRHRA2\*14 de dos marcadores tipo microsatélite fuertemente ligados al gen de la CRH (CRHRA1 y CRHRA2). El principal objetivo de este estudio es proporcionar un test

independiente de esta asociación en población española y, de forma complementaria, investigar las características genéticas de ambos marcadores en la población general.

**Métodos:** Se genotiparon ambos marcadores en un total de 121 familias AR tipo simplex así como en 101 donantes de sangre sanos procedentes de la población general. Se desarrolló una PCR multiplex con primers marcados con fluorocromo de forma que ambos marcadores pudieran ser analizados simultáneamente mediante electroforesis capilar. Para determinar la asociación de cada marcador por separado y de su combinación haplotípica se utilizó el método estadístico del Transmission-Disequilibrium Test (TDT).

**Resultados:** En el estudio de los microsatélites CRHRA1 y CRHRA2 en la población general se observa la existencia de asociación alélica entre ambos marcadores así como la presencia de equilibrio de Hardy-Weinberg. Al realizar el estudio de asociación con el TDT las dos únicas asociaciones positivas que se observan (alelos CRHRA1\*14 y CRHRA\*15) no mantienen la significación cuando se aplica la corrección estadística para tests múltiples.

Sorprendentemente, el haplotipo asociado con la AR en la población inglesa (CRHRA1\*10; CRHRA2\*14) se transmite a los hijos afectos menos de lo esperado, indicando por tanto que dicho haplotipo sería protector en nuestra población aunque no se observó significación estadística.

**Conclusión:** Nuestros resultados sugieren que no existe asociación entre la región genómica de la CRH y la AR en población española. Para determinar el papel real de esta región en la susceptibilidad a la AR es necesario realizar más estudios de asociación en otras poblaciones europeas.

## 14

### NUESTRA EXPERIENCIA CON INFLIXIMAB: ANÁLISIS DE LA EFICACIA Y LOS EFECTOS SECUNDARIOS

A. Urruticoechea Arana, F.J. Manero Ruiz, A. Pecondon Español, F. Jiménez Zorzo, M. Medrano San Ildefonso, C. Beltrán Audera y E. Giménez Úbeda  
*Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza*

**Objetivos:** Evaluar la eficacia terapéutica y analizar los efectos secundarios de infliximab en la artritis reumatoide y las espondiloartropatías.

55 pacientes con diferentes enfermedades reumáticas han sido tratados por la Unidad de Terapias biológicas y Parenterales en el Hospital de Día de este Centro. Inicialmente las terapias biológicas (TB) fueron utilizadas en la artritis reumatoide, pero su eficacia en otros procesos como las espondiloartropatías, vasculitis, etc. han hecho que constantemente se amplíen sus indicaciones. La disminución en la progresión de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida del paciente, son los aspectos clínicos más relevantes.

**Métodos:** De los 55 pacientes con terapia biológica se estudian los que llevan tratamiento con infliximab. Son incluidos 36 pacientes con artritis reumatoide (AR), 6 con artritis psoriásica periférica (Aps) y 2 con espondiloartritis anquilosante (EA). Todos los pacientes tienen enfermedad moderada o grave y no han respondido a un mínimo de dos FAME sólo o en combinación (protocolo de la SER modificado), preferentemente metotrexate (MTX), sulfasalazina ó leflunomida (LF). En el caso de EA, han utilizado dosis plenas de AINE. Se administra una dosis de infliximab de 3 a 5 mg/kg de peso asociado a MTX, azatioprina ó LF según protocolo ha-

bitual, a las 0, 2, 6 y cada 8 semanas. Según la respuesta se ajusta la dosis y el tiempo de infusión de infliximab.

Se recogen los datos clínicos: NAD (nº de articulaciones dolorosas), NAT (nº de articulaciones tumefactas), EAV del dolor, global y médico, DAS 28 y HAQ para la AR y la Aps. El BASDAI, BASFI Y BASMI en la EA. En 10 pacientes se aplica el cuestionario SF-36 de valoración de la calidad de vida. Los datos analíticos recogidos fueron: VSG, PCR factor reumatoide y ANA

**Resultados:** 13 hombres y 31 mujeres en tratamiento con infliximab: 36 AR (7:29), 6 Aps (5:1) y 2 EA (1:1). Una edad media de 47 ± 10 años. Tiempo medio de evolución de la enfermedad de 12,2 años. Se observa en la mayoría de los pacientes una mejoría clínica y biológica con las primeras dosis del tratamiento. El DAS28 se reduce un mínimo de 1,2 puntos del inicial y el HAQ en 0,25 puntos quedando por debajo de 1,5. Han aparecido diversos acontecimientos adversos, entre los que destacan: seis infecciones (2 TBC), tres urticarias, una elevación de GPT y GOT, un infarto de miocardio, una reagudización de la poliartritis. El tratamiento se ha suspendido en 13 pacientes, bien por ineficacia, efectos adversos o por voluntad propia del paciente.

**Conclusión:** En nuestra experiencia la terapéutica con infliximab en pacientes con AR y espondiloartropatías inflamatorias persistentemente activas y refractarias, proporciona una ganancia clínica y biológica de la enfermedad.

## 15

### PROTOCOLO DE PROFILAXIS DE LA TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTI-TNF ALFA

L. Guahnon, A. Erra, E. Moreno, C. Tomás, F. Casellas, C. Pigrau, R. Vidal, P. Barceló y S. Marsal  
*Hospital General i Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.*

**Objetivo:** El TNF alfa está implicado en la patogénesis de las artropatías inflamatorias y en la respuesta inmune contra las infecciones. El objetivo de este estudio es presentar el protocolo que se utiliza en nuestro centro para valorar la necesidad de recibir profilaxis para la TBC en pacientes que van a iniciar terapia anti-TNF alfa.

**Métodos:** En este estudio se incluyen 100 pacientes que reciben tratamiento con anti-TNF alfa (71 AR, 14 espondiloartropatías, 12 APs, 3 AI). Se aplico el protocolo standard (que incluye una RX de tórax y un PPD) a los primeros 66 pacientes. Sin embargo 2 pacientes con un PPD (-) desarrollaron una TBC. Por ese motivo diseñamos este nuevo protocolo: antes de iniciar el tratamiento anti-TNF alfa se realiza una radiografía de tórax, un PPD y las pruebas de inmunidad retardada (PIR) que incluyen la varidasa, la candidina y la tricofitina (ver tabla 1a).

En aquellos pacientes que requieren profilaxis, se aconseja iniciar el tratamiento anti-TNF alfa a las 4 semanas de haber iniciado la profilaxis. Esta se realiza con isoniazida 300 mg/día y rifampicina 600 mg/día durante 3 meses.

\*Se descartará la presencia de TBC activa: se realizará un TAC torácico y se cursarán 3 BK en esputo (espontáneo o inducido). Si no es posible obtener una muestra de esputo, se realizará un aspirado gástrico o una broncoscopia si es preciso. Se debe esperar el resultado del cultivo (Lowestien Jensen) antes de empezar el tratamiento anti-TNF alfa.

**Resultados:** Hasta el momento 44 pacientes han completado el protocolo. El 43% han recibido profilaxis. La inclusión

de las PIR en el protocolo produjo un incremento del 11% en el número de pacientes que recibieron profilaxis.

**Conclusiones:** La utilización del protocolo de profilaxis para la TBC antes de iniciar terapia anti-TNF alfa es absolutamente necesaria. Presentamos el protocolo que utilizamos en nuestro centro que incluye una radiografía de tórax, un PPD y las PIR. Las PIR permiten una mejor valoración del estado inmunitario del paciente. Desde la utilización de este protocolo, se ha incrementado el número de pacientes que reciben profilaxis y ninguno de ellos ha desarrollado una TBC.

## 16

### EFICACIA Y SEGURIDAD DE LAS TERAPIAS ANTI-TNF EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: TRES AÑOS DE EXPERIENCIA

E. Moreno, A. Erra, L. Guahnon, C. Tomas, C. Alegre, C. Arnal, P. Barceló y S. Marsal

*Unitat de Reumatologia. Hospital General i Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.*

**Introducción:** La eficacia clínica de las terapias anti TNF alfa ha sido demostrada en varios estudios clínicos. Sin embargo, consideramos que es importante conocer experiencias locales para analizar el beneficio clínico real de estas terapias. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad de las terapias anti TNF alfa en nuestros pacientes con AR.

**Métodos:** Incluimos 72 pacientes con AR activa a pesar de recibir tratamiento con metotrexate: 53 pacientes recibieron infliximab (I) (asociado a metotrexate) y 19 Etanercept (E) (en 3 casos asociado a metotrexate). La respuesta al tratamiento fue evaluada de acuerdo con los criterios de respuesta ACR. El seguimiento máximo fue de 156 semanas ( $n = 2$ ) y el mínimo fue de 2 semanas ( $n = 5$ ).

**Resultados:** Las características demográficas de nuestros pacientes fueron: media de la edad 50 años (32-77), sexo (F/M) 65/7, duración de la enfermedad 17 años (1-31), factor reumatoide positivo en el 74% de los pacientes. Los datos de eficacia se enseñan en la tabla 1. No se encontraron diferencias entre el HAQ y la VSG basal y a las 102 semanas. Sin embargo, si se seleccionan pacientes con un HAQ < 1,5 o una VSG > 30 (media 50) al inicio del tratamiento, se puede observar una diferencia significativa a las 102 semanas (HAQ 0,6 y VSG 32). *Seguridad:* 22 (31%) de los pacientes suspendieron el tratamiento: 1 TBC (I), 1 lupus cutáneo (E), 3 reacciones a la infusión, 1 herpes Zoster y candidiasis mucocutánea, 4 pérdida de la eficacia, 6 ineficacia, 1 leucopenia, 1 neoplasia de mama, 1 angioedema y 3 abandonos. Sólo en 9 pacientes se observó una reacción a la infusión. Los efectos adversos más frecuentes fueron: 46 infecciones del tracto respiratorio alto, 16 bronquitis agudas, 20 lesiones cutáneas y 9 leucopenias. Se diagnosticaron 2 procesos cardiovasculares (1 insuficiencia cardíaca y 1 IAM) y una paciente con TBC miliar que falleció. En comparación con nuestros resultados iniciales publicados en un grupo de 51 pacientes con AR a las 62 semanas los valores medios de los parámetros incluidos en la respuesta ACR tienden a disminuir a medida que se tratan más pacientes. Además, el porcentaje de pacientes que logran una respuesta ACR20 se ha incrementado [74% ( $n = 72$ ) vs 62% ( $n = 51$ )].

**Conclusiones:** La terapia anti TNF alfa es clínicamente eficaz especialmente en los tres primeros meses de su administración, y esta eficacia se mantiene a lo largo del tratamiento. Las reacciones a la infusión de infliximab son leves e

infrecuentes. A medida que aumenta la experiencia en el tratamiento de la AR con terapias anti TNF alfa, se puede observar una tendencia a incluir pacientes con enfermedad más leve, y en relación a esto, el número de los pacientes respondedores tiende a incrementarse.

## 17

### FACTORES MEDIOAMBIENTALES Y FIBROMIALGIA (FM): PREVALENCIA DE LA FM Y ARTRITIS REUMATOIDE (AR) Y ANTENAS DE TELEFONÍA MÓVIL

E. Moreno, A. Erra, Y. León, S. Valero, C. Vidal, P. Barceló y C. Alegre De Miquel

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

**Introducción:** La etiología de la FM no está definida invocándose factores de múltiple naturaleza: musculares, mecanismos de transmisión del dolor, psicológicos, neuroendocrinos y otros. Algunas alteraciones medioambientales se manifiestan con síntomas parecidos a la FM como pueden ser: Cansancio, cefaleas, vértigos, alteración de la memoria y del sueño.

**Objetivo:** Intentamos verificar si hay diferencias en la prevalencia en los diferentes distritos de Barcelona.

**Material y Métodos:** Se analizó la base de datos de los pacientes que están diagnosticados de FM y su distribución por distritos. Posteriormente hicimos lo mismo con la AR para ver si la prevalencia de ambas enfermedades era similar. Posteriormente comparamos la prevalencia de ambas enfermedades con la concentración de antenas de telefonía móvil.

**Resultados:** Se estudiaron 1.264 pacientes con el diagnóstico de FM y 1.363 con el de AR. De estos 717 FMs y 466 AR pertenecían al área urbana de Barcelona. La distribución por los 44 distritos postales fue demasiado pequeño para ser significativos, por barrios existen diferencias en 5 de los 10.

En la curva de regresión lineal no existen relación entre el número de antenas y el número de pacientes con FM

**Conclusiones:** Existen diferencias en la prevalencia de la FM en los diversos barrios de la Ciudad, por lo que podríamos suponer que hay ciertas modificaciones medioambientales (económicas, sociales, culturales, etc.) en la población estudiada. No parece que las antenas de telefonía móvil tengan relación con la frecuencia de FM pero el número de distritos es relativamente escaso. Para verificar su relación sería conveniente diversificar con mayor precisión la ubicación de los pacientes como analizar otros parámetros como podrían ser la localización exacta de la antena, la orientación y la potencia.

## 18

### INFARTOS ÓSEOS ASINTOMÁTICOS

R. Figuls Poch, M. Riera Soler y M. Casademont Vilaseca  
*Hospital Dos de Maig, Barcelona.*

**Objetivo:** Ponderar el excepcional valor de la RNM para acceder al diagnóstico de Infartos Óseos asintomáticos y radiológicamente mudos.

**Métodos:** Ante la inesperada presencia de Infartos Óseos, solo revelados por RNM, sin clínica ni radiología que los sugiriera, procedimos a estudiar otras articulaciones asintomáticas mediante radiología convencional, RNM y gammagrafía.

**Resultados:** A una paciente, que acudió a la consulta por dolor en rodilla izquierda, -de tipo mecánico, con discreto ma-

lestar al caminar, con maniobras de sufrimiento meniscal positivas para el menisco interno, sin antecedentes relevantes y con un examen radiológico aparentemente normal-, se le solicitó RNM para obtener imágenes meniscales. La prueba reveló, aparte de una discreta patología en uno de estos cartílagos, varias importantes formaciones anfractuadas en ambas zonas metafiso-epifisarias: *a)* En los cortes frontales pueden apreciarse grandes espacios desmineralizados, con bordes mal definidos en los segmentos que limitan con el hueso esponjoso, y bien perfilados a nivel de las placas subcondrales. Estas áreas ocupan prácticamente los macizos de la meseta tibial y ambos cóndilos. En su seno se observan caóticas líneas de irregular densidad junto a imágenes nucleares densas e irregulares con aspecto de secuestros. *b)* En las proyecciones laterales, se confirma la anfractuación de las cavitaciones y la heterogénea densidad de las señales que conforman la masa patológica, probablemente formada por un conglomerado amorfo de tejidos necrosados con desvitalizadas trabéculas y serrín óseo. *c)* Analizando de nuevo minuciosamente las primeras radiografías, parece que podríamos identificar muy discretas irregularidades en la disposición trabecular de las metafisis femorales, mayormente en la rodilla derecha, pero sin imágenes de condensación. *d)* La gammagrafía ósea mostró discretas y dispersas zonas de hiper e hipocaptación en los espacios metafisarios de las dos rodillas totalmente inespecíficas. Sorprendidos ante estos hallazgos procedimos a estudiar otras articulaciones mediante RNM y hallamos lesiones prácticamente idénticas en la rodilla derecha y mucho más discretas en ambas cabezas femorales.

**Discusión:** Creemos que del estudio de este caso podemos subrayar cuatro circunstancias dignas de mención: *a)* La RNM nos ha mostrado lesiones óseas inesperadas y muy importantes. *b)* Estas lesiones no habían sido reveladas por la radiología convencional. *c)* No hemos conseguido obtener antecedentes que nos permitan sospechar su génesis. *d)* Ni la sintomatología actual ni pretérita sugiere su existencia.

**Comentarios:** Ni el interrogatorio ni las radiografías nos facilitaron el diagnóstico de Infartos Óseos, solo la fortuita RNM de una rodilla, discretamente dolorosa, nos condujo a él y a solicitar la exploración de otras articulaciones, también asintomáticas, que han resultado estar afectadas por el mismo proceso al no disponer de antecedentes significativos no podemos proponer, de momento, otro diagnóstico que el de Infartos Óseos idiopáticos. Pensamos que la falta de sintomatología clínica puede atribuirse a la indemnidad de los compartimentos articulares. El proceso necrobiótico no ha llegado a ellos, dada la mudéz clínico-radiológica de este caso no es irrazonable pensar que pueden pasar inadvertidos otros que no disponen de exploraciones con técnicas de alta resolución.

## 19

### OSTEOPROTEGERINA (OPG) SÉRICA EN LA OSTEOPOROSIS DEL VARÓN. RELACIÓN CON LOS ESTRÓGENOS SÉRICOS Y CON LA FUNCIÓN GONADAL

P. Peris, N. Guañabens, L. Álvarez, M. Martínez De Osaba, A. Monegal, I. Ros, B. Cerdà, I. Vázquez, F. Pons y J. Muñoz Gómez

*Servicio de Reumatología. Hospital Clínic, Barcelona.*

La reciente identificación de varios miembros de la familia del TNF (OPG/RANKL/RANK) ha permitido conocer las bases moleculares de la regulación del remodelado óseo. Estu-

diar la relación entre estos mediadores locales y factores sistémicos como las hormonas sexuales, permitirá mejorar el conocimiento de los mecanismos reguladores del remodelado óseo.

**Objetivo:** Analizar la concentración sérica de OPG en varones con osteoporosis establecida, así como su relación con los valores de estrógenos séricos y con la función gonadal.

**Metodología:** Se incluyeron 34 varones con fracturas osteoporóticas (vertebrales y/o periféricas), con una edad media de  $62,15 \pm 16$  años (30-88). A todos los pacientes se les realizó una densitometría ósea en columna lumbar y fémur (equipo Lunar-DPX) y se les determinó en suero: OPG, 17B estradiol (E), 17B estradiol ultrasensible (Eu) testosterona total (Tt), testosterona libre (Tl), proteína transportadora (SHBG), LH y FSH. Ningún paciente tenía antecedentes de enfermedades o tratamientos previos relacionados con el desarrollo de osteoporosis. La analítica básica (hemograma, función renal y hepática, ionograma y proteínograma) era normal en todos los pacientes. Los resultados se compararon con los de un grupo control de 32 varones sanos de edad similar (media:  $54,7 \pm 14$  años, 33-79).

**Resultados:** Los pacientes con osteoporosis tenían valores superiores de OPG comparado con el grupo control ( $4,9 \pm 1,9$  vs  $2,8 \pm 0,6$  pM/L,  $p < 0,0001$ ). No se observaron diferencias significativas en los valores de E, Eu, Tt, Tl, SHBG, LH y FSH entre pacientes y controles, aunque los pacientes osteoporóticos tenían una tendencia a presentar una Tl más baja ( $42,5 \pm 16\%$  vs  $52,9 \pm 19\%$ ,  $p = 0,053$ ). Ningún paciente presentó valores de Eu por debajo del límite inferior de la normalidad (20 pg/ml). La edad se correlacionó significativamente y de forma positiva con la concentración sérica de OPG, E, LH, FSH y SHBG, y negativa con la T y la Tl. Se observó una correlación negativa entre la OPG sérica y la concentración de T y Tl (T:r = -0,46,  $p = 0,01$ , Tl: r = -0,44,  $p = 0,02$ ) y positiva con la FSH (r = 0,58,  $p = 0,001$ ). No se observó ninguna correlación entre E y Eu, ni entre el Eu con el resto de parámetros analizados.

**Conclusión:** Los pacientes con osteoporosis del varón analizados en este estudio no presentan una disminución de la concentración sérica de estrógenos. La osteoprotegerina sérica está aumentada en este proceso; la relación de esta proteína con la edad y con la función gonadal sugieren una respuesta compensatoria en la inhibición de la actividad osteoclástica.

## 20

### ESTUDIO COMPARATIVO DE LA VARIACIÓN DE LOS MARCADORES ÓSEOS TRAS TRATAMIENTO CON TILUDRONATO Y RISEDRONATO EN LA ENFERMEDAD DE PAGET

N. Guañabens, L. Álvarez, D. Cerdà, S. Vidal, A. Monegal, P. Peris, I. Ros, A. Ballesta, F. Pons y J. Muñoz Gómez  
*Servicio de Reumatología. Unidad de Patología Metabólica Ósea. Hospital Clínic, Barcelona.*

**Objetivo:** Comparar la evolución en la actividad de la enfermedad, analizada mediante marcadores bioquímicos del recambio óseo y gammagrafía ósea cuantificada, tras el tratamiento con dos bisfosfonatos, tiludronato y risedronato, en la enfermedad ósea de Paget (EOP).

**Métodos:** A 33 pacientes con EOP ( $64 \pm 1,9$  años) se les administró 400 mg de tiludronato (TLD) (3m) y a 20 pacien-

tes con EOP ( $65 \pm 2,5$  años) 30 mg de risedronato (RSD) (2m). A todos ellos se les determinó antes de iniciar el tratamiento, y a 1, 6 y 12 meses de su finalización, fosfatasas alcalinas total (FAT) y ósea (FAO) y propéptido aminoterminal del procolágeno 1 (PINP) en suero y la excreción urinaria de hidroxiprolina (HIP) y telopéptido aminoterminal del colágeno tipo 1 (NTX). Basalmente y a los 6 meses de finalizado el tratamiento, se realizó una gammagrafía ósea cuantificada calculándose el índice de actividad gammagráfica (IAG). Se analizó la evolución de los valores y el porcentaje de variación de los marcadores y del IAG tras el tratamiento.

**Resultados:** No existían diferencias en los valores basales de los marcadores bioquímicos, ni en el IAG, entre los pacientes tratados con TLD y los tratados con RSD. En la tabla se muestran los porcentajes de variación (V) al 1, 6 y 12 meses tras tratamiento.

Porcentajes de variación tras el tratamiento

	% V 1 mes		% V 6 meses		% V 12 meses	
	TLD n = 26	RSD n = 19	TLD n = 30	RSD n = 15	TLD n = 27	RSD n = 10
FAT U/L	-54 ± 4	-54 ± 4	-51 ± 4	-47 ± 5	-44 ± 5	-36 ± 8
FAO ng/mL	-68 ± 3	-65 ± 4	-68 ± 3	-58 ± 6	-52 ± 7	-62 ± 7
PINP ng/mL	-71 ± 3	-75 ± 3	-66 ± 3	-68 ± 5	-53 ± 6	-60 ± 9
HIP nM/mM Cr	-42 ± 5	-47 ± 4	-47 ± 3	-27 ± 9*	-38 ± 6	-27 ± 8
NTX nM/mM Cr	-64 ± 4	-62 ± 5	-60 ± 4	-52 ± 9	-46 ± 8	-49 ± 10
IAG			-45 ± 4	-46 ± 4		

\*p < 0,005 entre TLD y RSD

**Conclusiones:** El tratamiento con tiludronato y risedronato a las dosis utilizadas en este estudio, disminuyen la actividad de la enfermedad de forma similar, tanto a corto como a largo plazo.

## 21

### FRECUENCIA DE OSTEOPOROSIS Y CARACTERÍSTICAS DEL REMODELADO ÓSEO EN LA MASTOCITOSIS

A. Monegal, I. López, P. Iranzo, N. Guañabens, L. Álvarez, S. Vidal, P. Peris, I. Ros, D. Cerdà y J. Muñoz Gómez  
Servicios de Reumatología y Dermatología. Unidad de Patología Metabólica Ósea. Hospital Clínic, Barcelona.

La mastocitosis es una enfermedad caracterizada por un aumento y acumulación de mastocitos en uno o más órganos. Esta enfermedad se ha relacionado con el desarrollo de una osteoporosis de patogenia no totalmente aclarada, en la que han sido implicados diversos factores como la histamina, heparina, proteasas y citocinas producidas por los mastocitos.

**Objetivo:** Analizar la prevalencia de patología metabólica ósea y las características del remodelado en los pacientes con mastocitosis.

**Pacientes y métodos:** Se incluyeron 13 pacientes (10 hombres y 3 mujeres premenopáusicas) con mastocitosis confirmada por biopsia cutánea, controlados en el Servicio de Dermatología. Edad  $42,5 \pm 9,6$  (rango 25-56) años. A todos los pacientes se les realizó una densitometría (DEXA) de columna lumbar y fémur y se les determinaron los valores en sangre de fosfatasa alcalina total (FAT) y ósea (FAO), fosfatasa ácida resistente al tartrato (FART) y propéptido aminoterminal del procolágeno I (PINP); y en orina de telopéptidos carboxi y amino terminal del colágeno I (b-CTX y NTX) e hidroxiprolina (HP). Los resultados de los marcadores del

remodelado óseo se compararon con los obtenidos en 13 voluntarios sanos pareados por edad y sexo. Todos los sujetos incluidos en el estudio (pacientes y controles) tenían la función renal y hepática normales y ninguno presentaba otras enfermedades o había recibido fármacos que interfirieran en el metabolismo óseo. Los resultados se expresan en media  $\pm$  error típico.

**Resultados:** Nueve pacientes (69%) presentaban una disminución de la masa ósea (3 una osteoporosis y 6 una osteopenia). Los valores medios de densidad mineral ósea fueron  $1.065 \pm 0,04$  gr/cm<sup>2</sup> en columna lumbar (escala T  $-1,39 \pm 0,3$ , escala Z  $-1,42 \pm 0,3$ ) y  $0,919 \pm 0,02$  gr/cm<sup>2</sup> en cuello femoral (escala T  $-1,0 \pm 0,17$ , escala Z  $-0,6 \pm 0,17$ ). Los pacientes con mastocitosis presentaban valores superiores de FAT (pacientes  $176,4 \pm 12$  vs controles  $131,1 \pm 6$  UI/L; p = 0,007), PINP (pacientes  $41,4 \pm 3$  vs controles  $32,5 \pm 3$  ng/ml; p = 0,02), NTx (pacientes  $45,5 \pm 4$  vs controles  $32,9 \pm 4$  nM BCE/mM; p = 0,04) e HP (pacientes  $93,6 \pm 13$  vs controles  $56,6 \pm 5$  nmol/mg creatinina; p = 0,002). No se observaron diferencias en los valores de los marcadores entre los pacientes que presentaban una masa ósea normal y osteoporosis u osteopenia.

**Conclusiones:** La mastocitosis se asocia a una elevada prevalencia de osteopenia y osteoporosis. El aumento de los marcadores bioquímicos de formación y resorción ósea sugieren un incremento del remodelado óseo en estos pacientes.

## 22

### SEGURIDAD Y TOLERABILIDAD DE CELECOXIB EN LA PRÁCTICA MÉDICA HABITUAL

S. Fernández, J. Chaves, M. A. Muñoz y G. Hernández  
Unidad Médica. Pfizer S.A., Madrid.

**Objetivo:** Evaluar la seguridad y tolerabilidad de Celecoxib en pacientes con artrosis bajo condiciones de uso habitual.

**Metodología:** Se llevó a cabo un estudio observacional prospectivo, abierto y multicéntrico en pacientes con artrosis tratados con Celecoxib de forma ambulatoria durante 12 semanas (período de reclutamiento Septiembre/00-Enero/01). La seguridad se valoró mediante registro de Acontecimientos Adversos (AA). Adicionalmente se realizó un análisis descriptivo de las variables demográficas e historia clínica basal (antecedentes clínicos y enfermedades concomitantes). El diagnóstico de HTA responde a los siguientes criterios: Antecedentes de HTA comunicado por el investigador, tratamiento antihipertensivo concomitante y/o cifras registradas de PAS  $\geq 140$  mmHg ó PAD  $\geq 90$  mmHg.

**Resultados:** En el análisis de seguridad se incluyeron un total 22.706 pacientes con un seguimiento medio de 2,76 meses. En el análisis demográfico fueron incluidos 20.419 sujetos con datos basales. La edad media de los pacientes fue de 63 años, un 65% fueron mujeres y la prevalencia de enfermedad cardiovascular e Hipertensión arterial (HTA) fue del 13% y 62% respectivamente.

El 68,8% de los pacientes presentaban al menos uno de los siguientes factores de riesgo gastrointestinal (GI) o antecedentes digestivos: edad  $\geq 65$  años, antecedentes de úlcera/complicaciones digestivas, intolerancia a AINE, tratamiento concomitante con corticoides, ácido-acetil salicílico a dosis cardioprotectora o anticoagulante oral.

El porcentaje de pacientes que mostraron algún AA (relacionado o no con la medicación) fue del 1,4% (AA Grave en el

0,11%, ninguno relacionado con celecoxib), siendo motivo de abandono en el 0,96% del total de los pacientes.

Por sistemas, los AA más frecuentes fueron los GIs seguidos de los cardiovasculares. La incidencia para el total de la muestra se especifica en la Tabla 1:

Tabla 1. Acontecimientos adversos más frecuentes

	Nº de acontecimientos adversos	Pacientes (%)
a) AA Gastrointestinales		
Total	207	0,71
Dolor abdominal	74	0,32
Dispepsia	40	0,17
Otros	93	0,41
b) AA Cardiovasculares		
Total	63	0,25
Edemas	24	0,09
HTA / HTA agravada	19	0,08
Otros	14	0,06

**Conclusión:** Tras casi 3 meses de tratamiento con Celecoxib y aceptando las limitaciones de este tipo de estudios, los datos obtenidos en condiciones de uso habitual muestran una baja incidencia de comunicación de AAs y un perfil de los mismos similar al descrito en su ficha técnica.

En el período más inmediato a la comercialización de Celecoxib y con anterioridad a la difusión de la guía de uso de los COXIBs, el paciente candidato a Celecoxib era ya seleccionado de acuerdo a sus antecedentes digestivos y a otros factores de riesgo GI.

## 23

### PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS EN UNA POBLACIÓN URBANA DE LA CIUDAD DE GUATEMALA

C. García Kutzbach, I. Castro, P. Paz y C. Castellanos  
Departamento de Medicina. Universidad Francisco Marroquín.  
Escuela de Medicina, Guatemala Ciudad Capital.

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia de osteoporosis (OP) en la población que consulta por sospecha clínica de OP en la ciudad capital de Guatemala.

**Análisis:** Con el desarrollo de métodos más precisos para el diagnóstico de riesgo de fractura por OP s decidimos evaluar 945 pacientes que consultaron para densitometría ósea de febrero de 1999 a diciembre 2000.

**Métodos:** De los 945 pacientes estudiados 441 (46,6%) tenían algún grado de osteoporosis (T-score > -3,1). De acuerdo a la fuente de referencia los pacientes fueron separados en 4 grupos: a) Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) b) Asociación Guatemalteca Anti-Enfermedades Reumáticas (AGAR) c) Clínica Privada de Reumatología (A.G.K.) d) Pacientes privados de otros especialistas todos los pacientes fueron evaluados por densitometría ósea con Densitometro DTX 200.

**Resultado:** Colectamos 945 pacientes, de estos 441: (46,6%) tenían algún grado de osteopenia, osteoporosis y alto riesgo de fractura y 504 (53,3%) fueron normales. De los 441 con osteoporosis, 402 (91%) fueron mujeres, tasa de edad mayor de 95 años, en este grupo 151 (62,4%) eran menopausicas > 45 años. De estos 441 pacientes (T Score > -1 a 3,1) 410 (92%) fueron diagnosticados OP, 22 (4,9%) osteopenia y 9 (2%) alto riesgo de fractura. Encontramos en los 4 grupos la misma prevalencia de osteoporosis 46,7%.

**Conclusiones:** 1) Baja masa ósea no es rara en la población urbana femenina guatemalteca (46,7%). 2) La edad de mayor riesgo para la osteoporosis es de 60 años y menopausia mayor de 45. 3) Todos los pacientes estudiados tuvieron la misma prevalencia de OP, 43%. 4) La clase media trabajadora de sexo femenino que fue referida del IGSS tiene mayor oportunidad de un diagnóstico temprano debido a que la densitometría ósea es pagada por la institución.

## 24

### ACENOCUMAROL Y METABOLISMO ÓSEO EN VARONES. ESTUDIO DENSITOMÉTRICO Y BIOQUÍMICO

M. Ciria Recasens, L. Pérez Edo, J. Blanch Rubio, I. Aymar, I. Padró Blanch, P. Benito Ruiz y J. Carbonell Abelló  
Hospital del Mar, Barcelona.

**Introducción:** La vitamina K es un elemento importante y necesario para la mineralización del tejido óseo. El uso de antivitamina K, como el acenocumarol, puede repercutir sobre el metabolismo óseo. Presentamos un estudio observacional transversal que tiene como objetivo valorar el efecto del acenocumarol sobre el metabolismo óseo y la densidad mineral ósea en varones.

**Material y métodos:** Varones en tratamiento con SINTROM desde hace más de tres años, con clase funcional I-II (Escala de Nueva York). Se excluyeron aquellos que presentaban enfermedades osteopenizantes o uso de tratamiento con influencia en el metabolismo óseo. A todos los participantes se les realizó densitometría de doble fotón con equipo Hologic QDR 4500, y analítica completa que incluyó niveles de vitamina D, parathormona intacta, fosfatasa alcalina, fosfatasa ácida tartrato resistente, osteocalcina, calcemia y calciuria de 24 horas. Como grupo control se utilizó la curva de normalidad de densidad mineral ósea para población española (SEIOMM-FOHEMO). Se realizó calibración cruzada del equipo Hologic 4500 usado para el presente estudio con el equipo Hologic 1.000 usado para la creación de la curva de normalidad. Los datos obtenidos se ajustaron según esta calibración.

**Resultados:** Cuarenta varones fueron incluidos en el estudio. El intervalo de edad fue de 51 a 81 años. Se dividieron en tres grupos de edad para poder comparar con la curva de normalidad. Los valores de DMO en columna lumbar y cuello femoral total de los participantes no difirió de los de su población de referencia (Tabla 1). Se observó un elevado número de hiperparatiroidismo (70%), sin que estuviera relacionado con los niveles de calcemia, vitamina D, edad ni estacionalidad. Los marcadores de remodelado óseo no se correlacionaron con los niveles de PTH-i.

Densidad mineral ósea

Edad	n	DMO columna lumbar			DMO cuello femoral		
		DMO lumbar	DMO control	P	DMO femoral	DMO control	P
50-59	7	0,976 ± 0,115	0,985 ± 0,136	0,863	0,785 ± 0,06	0,824 ± 0,117	0,394
60-69	19	0,993 ± 0,187	0,992 ± 0,17	0,981	0,780 ± 0,115	0,791 ± 0,122	0,708
70-81	14	1,001 ± 0,181	0,937 ± 0,16	0,170	0,784 ± 0,155	0,731 ± 0,118	0,128

**Conclusiones:** El uso continuado de acenocumarol puede relacionarse con hiperparatiroidismo, por mecanismos no bien conocidos. Pese a ello, en esta muestra, no se correlaciona con una baja masa ósea en columna lumbar o en cadera.

Son necesarios estudios prospectivos de mayor envergadura para profundizar sobre esta relación acenocumarol-hiperparatiroidismo.

## 25

### ¿DE QUÉ DEPENDE LA INGESTA DE CALCIO EN LA DIETA?

M. Ciria Recasens, L. Pérez Edo, J. Blanch Rubió, M. Coll Batet, M. J. Robles Ortega, M. P. Lisbona Pérez y J. Carbonell Abelló  
*Hospital de l'Esperança, Barcelona.*

**Propósito:** Valorar el efecto de diversos parámetros clínicos sobre la ingesta de calcio en la dieta.

**Material y métodos:** Se valora la ingesta de calcio mediante encuesta semicuantitativa a todas las personas remitidas para realizar una exploración densitométrica en nuestro Centro entre julio y diciembre del 2002. Se valora su relación con la densidad mineral ósea en columna lumbar y en cuello femoral (cuatro regiones de interés), índice de masa corporal, edad, grado de insolación, uso de tabaco y enol, existencia de fracturas previas en columna vertebral, antebrazo o fémur autoreferidas y su relación con realizar una primera exploración o un control. La densidad mineral ósea se midió mediante equipo Hologic QDR 1.000. El estudio estadístico incluyó valoración de la normalidad de las variables, pruebas paramétricas y no paramétricas, así como regresión lineal y pruebas de correlación.

**Resultados:** Se realizaron un total de 520 exploraciones. De ellas, 163 fueron primeras exploraciones, y 357 fueron controles. Los grupos fueron comparables por edad, sexo, uso de tabaco, enol e índice de masa corporal. La ingesta de calcio fue estadísticamente diferente entre las personas que realizaron una primera exploración frente a las que realizaron exploraciones de control ( $x = 0,623 \pm 0,257$  frente a  $x = 0,701 \pm 0,305$  mg/día, respectivamente;  $p = 0,014$ ), así como también la masa ósea en todas las áreas de interés estudiadas excepto en trocánter, siendo más elevada en las primeras exploraciones que en las sucesivas. La existencia de fracturas previas no mostró correlación con la ingesta de lácticos, así como tampoco la densidad mineral ósea en ninguna de las áreas de interés estudiadas, el índice de masa ósea, la edad, la actividad física y el uso de tabaco. La ingesta enólica se correlacionó de forma negativa con la ingesta de calcio ( $r: -0,136$ ,  $p = 0,002$ ), mientras que el grado de insolación se correlacionó de forma positiva ( $r: 0,098$ ,  $p = 0,026$ ), aunque de forma muy débil.

**Conclusiones:** En nuestra muestra, la ingesta de calcio se relacionó directamente con el hecho de haberse realizado más de una densitometría. La mayor ingesta de calcio en la dieta puede estar relacionado con la asunción del diagnóstico de osteoporosis, así como con los consejos dietéticos recibidos ante tal diagnóstico, pero el hecho de ser un estudio transversal no permite afirmarlo. Cabe destacar la ausencia de correlación entre la existencia de fracturas previas y la ingesta de calcio en la dieta, así como con los valores de densidad mineral ósea. La correlación entre ingesta enólica y baja ingesta de calcio puede explicarse por la presencia de hábitos dietéticos nocivos. La asociación positiva entre exposición solar e ingesta de calcio puede deberse a la práctica de hábitos osteosaludables propugnados por la clase médica.

## 26

### MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y REUMATOLOGÍA. DIFERENCIAS ENTRE MÉDICOS JERARQUIZADOS Y NO JERARQUIZADOS

M. Ciria Recasens, A. Pros Simón, J. Blanch Rubió, A. Bisbal, P. Benito Ruiz, I. González Saavedra, M. A. Campillo Ibáñez y J. Carbonell Abelló  
*CAP Besós, Barcelona.*

**Objetivo:** Valorar la patología de pacientes remitidos a un reumatólogo de área provenientes de atención primaria jerarquizada (APJ) y no jerarquizada (APNJ), así como valorar el estudio realizado en Atención Primaria por su médico generalista (AP) y por el reumatólogo.

**Material y métodos:** Se analizan las primeras visitas realizadas durante el año 2002 en un área básica de salud (ABS) de Barcelona por un reumatólogo de área. La mitad de los médicos del ABS son APJ. Se analizan datos demográficos, patología diagnosticada tras la primera visita (artrosis axial y periférica, artritis microcristalinas, patología de partes blandas, patología inflamatoria, patología metabólica ósea), exploraciones complementarias solicitadas por AP (radiología simple, TAC, electromiografía, gammagrafía ósea, resonancia magnética nuclear, inmunología, densidad mineral ósea, analítica general, ecografía articular) y estudio practicado por el especialista de área. El análisis estadístico se realiza mediante pruebas no paramétricas con paquete estadístico SPSS 10 para Windows.

**Resultados:** Se realizaron un total de 514 primeras visitas. De ellas, 500 fueron remitidos por AP y 267 (53,4%) remitidos por APJ. No se observaron diferencias en la distribución por edad y sexo de los pacientes remitidos por APJ y APNJ. La patología remitida por APJ mostró diferencias significativas (Tabla 1), a expensas de la artrosis y patología de partes blandas. La mayor derivación de patología de partes blandas por parte de APJ se refleja en el mayor número de infiltraciones realizadas en sus pacientes por el reumatólogo (14,6% frente a 7,3%;  $p < 0,01$ ). Los APJ solicitaron un mayor número de exploraciones complementarias que los APNJ (68,5% frente a 54,1%,  $p < 0,05$ ), sobre todo radiología simple (59,2% frente a 45,9%,  $p < 0,05$ ). Los pacientes remitidos por APJ, precisaron de un menor número de exploraciones por parte del reumatólogo (60,3% frente a 72,1%,  $p < 0,05$ ), a expensas también de radiología simple (35,2% frente a 49,4%,  $p < 0,05$ ).

Distribución por patología

	Artrosis	Partes blandas	Microcristalina	Inflamatoria	Metabolismo óseo
APJ	28,8%*	43,5%*	1,2%	9,2%**	17,3%
APNJ	45,1%*	33,9%*	3,6%	5,8%**	11,6%
TOTAL	36,4%	39%	2,3%	7,6%	14,7%

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p = 0,14$

**Conclusiones:** La patología remitida por APJ presenta una mayor complejidad y precisa de técnicas específicas, como infiltraciones locales, en un mayor porcentaje de casos.

Los APJ realizan un mayor esfuerzo diagnóstico previo a la derivación de pacientes al reumatólogo de área. Este mayor esfuerzo se traduce en una menor necesidad de realización de exploraciones sencillas por parte del reumatólogo de área, con el consiguiente ahorro de tiempo y de listas de espera.

**ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL Y LACTANCIA MATERNA**

O. López Mederos, J. A. Hernández Beriain, A. Rosas Romero, J. Orenge Valverde y E. Girona Quesada  
*S. de Reumatología. Hospital Insular de Gran Canaria, Universidad de Las Palmas de GC.*

**Objetivos:** La etiopatogenia de la artritis idiopática juvenil (AIJ) no está bien definida. Entre los factores implicados en su génesis están, entre otros, los agentes infecciosos. Se ha sugerido que algunos factores tales como el tipo de lactancia pueda influir en la aparición de ciertas enfermedades como la diabetes y la AIJ y, en relación con ello, se ha propuesto que puede existir una relación epidemiológica de causalidad negativa entre la lactancia materna y la AIJ. Dada la escasez de estudios, y su inexistencia en poblaciones comparables a la nuestra, el objetivo del presente estudio es analizar esta posible relación en nuestra comunidad.

**Métodos:** Se seleccionó una muestra de 24 pacientes diagnosticados de AIJ, según criterios actuales. Posteriormente se seleccionó una muestra de igual número de controles comunitarios, apareados en edad, sexo y lugar de residencia con los casos, por medio de muestreo aleatorio simple. Finalmente se seleccionó una muestra del mismo número de controles hospitalarios igualmente apareados. Se realizó un cuestionario a dichos grupos con datos de filiación socio-demográficos, referidos a la enfermedad de base en los casos y acerca de la lactancia realizada. Se analizaron los datos, haciéndose estadísticas descriptivas de las variables numéricas. Del mismo modo se analizó la homogeneidad entre las muestras y finalmente se calculó la Odds-Ratio, con su intervalo de confianza.

**Resultados:** Se analizaron 24 pacientes y 48 controles. Un 58,5% eran niñas y el 41,3% niños. Los pacientes fueron clasificados en un 62,5% de oligoartritis, un 33,3 5 de poliartrosis y el 4,2% de otras categorías. Se observó que los dos grupos de controles eran razonablemente homogéneos entre sí, con distribución de variables socio-demográficas sin diferencias significativas apreciables. El patrón de lactancia en el grupo de pacientes fue el siguiente: artificial 54,2% y materna o mixta 45,8%. Entre los controles la distribución fue: artificial 29,2% y materna o mixta 70,8%. De acuerdo a esta distribución en el patrón de lactancia se calculó una Odds ratio de 0,35 (0,05-0,92).

**Conclusiones:** Parecen existir evidencias de una posible relación epidemiológica de causalidad negativa entre lactancia materna y AIJ. Esta posible relación negativa se manifiesta en forma de una Odds ratio de 0,35 (0,05-0,92)

**TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB EN UVEITIS REFRACTARIA**

A. García Aparicio, G. Bonilla Hernán, A. Fonseca, J. Fernández Melón, E. Martín Mola, V. Hidalgo, S. Muñoz Fernández y A. Schlincker  
*Hospital La Paz.*

**Objetivo:** Evaluar el tratamiento con Infliximab (INF) en pacientes con uveítis refractaria a los tratamientos convencionales.

**Material y métodos:** Diseño del estudio: Prospectivo, abierto y observacional. *Criterios de inclusión:* Pacientes con uve-

ítis idiopática o de base autoinmune refractaria al tratamiento con corticoides y al menos dos inmunosupresores siendo alguno de ellos la ciclosporina. Se excluyeron los pacientes con uveítis anterior aguda y aquellos con uveítis asociada a neoplasia o infección. *Período del estudio:* De enero de 2001 a noviembre de 2002. *Protocolo del estudio:* Se administraron 5 mg/Kg de peso de infliximab en las semanas 0, 2 y 6. En cada infusión y posteriormente cada 6 semanas se realizó analítica de control y una exploración oftalmológica completa. Se registraron también los cambios en las dosis de corticosteroides y los acontecimientos adversos. No se permitió el cambio en la dosis ni el tipo de medicación inmunosupresora que el paciente recibía antes del infliximab.

**Resultados:** Durante el período señalado 5 pacientes cumplieron los criterios de inclusión (3 mujeres, 2 varones, edad media 31,4 años). De los 5 pacientes, 3 presentaban una enfermedad de Behçet (2 con panuveítis bilateral crónica y uno con panuveítis unilateral crónica), uno presentaba una panuveítis bilateral crónica idiopática y el otro una uveítis anterior crónica bilateral asociada a colitis ulcerosa y espondilitis anquilosante. Previamente al infliximab todos los pacientes habían recibido tratamiento tópico, corticoides orales equivalentes a 1 mg/kg/día de prednisona, CyA y MTX. Uno de ellos además recibió salazopirina y AZA. El tiempo de seguimiento fue de 8 a 21 meses. Todos los pacientes duplicaron la agudeza visual incluso en el ojo con secuelas en la 3ª dosis (En los 5 se llegó a conseguir una agudeza visual normal en alguno de los dos ojos). En todos los casos se normalizó el tyndall anterior en la 3ª infusión y en todos menos uno se negativizó el tyndall vítreo. En este último mejoró en un 66%. En los pacientes con vasculitis se pudo objetivar una reducción del nº de vasos afectados en el polo ior. La primera paciente con panuveítis bilateral crónica asociada a Behçet es la única que hasta ahora ha recaído tras permanecer estable 11 meses desde la última infusión. Se repitieron las 3 infusiones con la misma respuesta. El resto permanecía estable en noviembre del 2002 sin nuevos brotes. En todos los casos se han podido rebajar las dosis de corticoides orales hasta llegar por debajo del equivalente a 10 mg al día de prednisona. Como efectos adversos solamente una paciente presentó una faringitis aguda.

**Conclusión:** En los casos de uveítis de base autoinmune o idiopática resistente al tratamiento convencional, el infliximab puede ser una opción terapéutica.

**FIBROMIALGIA E HIPOTIROIDISMO**

J.A. Hernández Beriain, E. Girona Quesada y A. Rosas Romero  
*S. de Reumatología. Hospital Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.*

**Objetivos:** La fibromialgia (Fm) y el hipotiroidismo (Ht) comparten algunos síntomas inespecíficos. Se ha señalado que entre las enfermedades a descartar al estudiar un paciente con dolor difuso debe incluirse, entre otras enfermedades, el Ht por la presencia de síntomas comunes. Este trastorno sin embargo es muy frecuente entre la población femenina y no suele provocar un dolor tan significativo como el de la Fm. Por otra parte no está bien definido el papel que pueda tener el Ht y su corrección en la evolución de los síntomas fibromiálgicos. El objetivo de este estudio es evaluar esta situación clínica.

**Métodos:** Se identificaron 10 pacientes con Fm que al ser evaluados clínica y analíticamente fueron diagnosticados de Ht. Se registraron los datos demográficos y clínicos principales correspondientes a ambas enfermedades. Asimismo se evaluó con una escala cualitativa la respuesta de 3 síntomas principales de la Fm (dolor, rigidez y sueño) al tratamiento del Ht. Se realizó una comparación de rasgos clínicos y demográficos con un grupo control de 20 pacientes fibromialgicos sin Ht.

**Resultados:** Todos los pacientes eran mujeres; su edad media fue de  $53,66 \pm 8,70$  años. El tiempo medio de evolución de la Fm fue de 6,79 años y el número de puntos gatillo registrados de  $14,44 \pm 1,94$ . Los datos clínicos y demográficos eran similares a los del grupo control. En 6 pacientes se registraron en la anamnesis datos de Ht aunque éstos eran vagos y comunes a la Fm (astenia, cansancio). El tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico de la Fm y el Ht fue de  $5 \pm 4,18$  meses. La situación clínica de la Fm no se modificó en 9 pacientes tras el tratamiento del Ht y tan solo 1 paciente experimentó mejoría.

**Conclusiones:** Los pacientes fibromialgicos con Ht presentan datos clínicos similares a los no hipotiroideos. Aunque un porcentaje significativo tiene síntomas de Ht, en la mayoría de los casos éstos son vagos e inespecíficos. La respuesta de la Fm al tratamiento del Ht es prácticamente nulo.

## 30

### ANÁLISIS DE LA RETIRADA DE LOS TRATAMIENTOS CON INFLIXIMAB EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

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

*Hospital San Jorge, Huesca.*

**Objetivos:** Analizar las retiradas del tratamiento con INF en nuestro centro.

**Método:** Durante un período de 30 meses (jul-00 a dic-02) se han incluido 50 pacientes en tratamiento con Infliximab. Se trata de 31 mujeres y 19 varones, de edades comprendidas entre los 32 y 77 años (media 58,5). Corresponden a 43 pacientes con artritis reumatoide, 6 con artropatía psoriásica y uno con espondilitis anquilosante.

**Resultados:** Ocho pacientes han salido de la cohorte. Se trata de 5 mujeres y 3 varones, todos ellos con artritis reumatoide.

Motivos de retirada de INF

Pacientes	Edad	Sexo	Tiempo evolución A.R.	Nº dosis INF recibidas	Motivo retirada
1	34	mujer	2 años	2	Desaparecida
2	72	mujer	8 años	2	Retirada voluntaria
3	55	mujer	20 años	2	Sepsis, IRC = HD
4	68	mujer	32 años	3	Sepsis, gastroenteritis, neumonía
5	62	varón	5 años	7	Neo páncreas, exitus
6	62	varón	4 años	8	

**Conclusión:** Los datos obtenidos con nuestros pacientes son semejantes a los de la literatura, con un índice de retirada del 16%. Debemos señalar la ausencia de infecciones tbc. atribuible al despistaje previo mediante Rx tórax, PPD y Booster, y al tratamiento realizado en caso de positividad. Dos pacientes salieron por infecciones muy graves y otros dos pasaron a ETN dada la actividad de la AR tras 70 y 102 se-

manas de tto. con INF. Una paciente rechazó seguir con INF a la tercera dosis y otra no ha vuelto, a pesar de la mejoría conseguida tras la primera dosis.

## 31

### EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB MÁS METOTREXATE EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOPOYETICA REFRACTARIA

E. Rejon Gieb, P. González, L. Mayordomo, S. Rodríguez, D. Giménez y J.L. Marengo

*Hospital Universitario de Valme.*

Infliximab, anticuerpo monoclonal anti-TNF, ha demostrado su eficacia en el tratamiento de pacientes con A. Reumatoide y E. Anquilosante. En AR se asocia a Metotrexate para potenciar su eficacia y evitar la aparición de autoanticuerpos. Los estudios de EA están realizados con dosis de Infliximab mayores a las de AR y sin metotrexate.

**Objetivos:** Demostrar que Infliximab a dosis de 5 mg/kg asociado a metotrexate es eficaz en el tratamiento de la EA y se acompaña de menos efectos secundarios que en los pacientes de EA tratados solo con Infliximab.

**Metodología:** Realizamos un ensayo clínico abierto longitudinal, de 18 meses con 10 pacientes diagnosticados de EA con los criterios modificados de N.Y. Estos pacientes habían sido tratados con AINEs a dosis plenas más metotrexate y/o salazopirina durante al menos 3 meses. Se trataron con Infliximab pauta ATTRACT y Posteriormente 5 mg/Kg, asociado a metotrexate, por ineficacia de la dosis de 3 mg. Tras cada infusión se realizaba la valoración del paciente con determinación analítica y de ANA. Se han medido los resultados en la semana 14, tras la 4ª infusión, en la 22 tras la 5ª y en la semana 38.

**Resultados:** Se ha obtenido una mejoría clínica y funcional comparable a la de otros estudios que han utilizado una dosis de 5 mg de Infliximab sin añadir metotrexate al tratamiento. Destacar que no se ha presentado ningún efecto adverso en ningún paciente, ni durante la infusión ni efectos secundarios tardíos. Posterior a la semana 38 un paciente ha sido diagnosticado de carcinoma de próstata. Ninguno de nuestros pacientes fue medicado antes de recibir las infusiones de Infliximab. En ninguno de los pacientes se han detectado ANA, hasta la última determinación en que un paciente ha presentado ANA + a título 1/80. El número de pacientes es insuficiente para concluir pero pensamos que el metotrexate puede estar relacionado con la ausencia de efectos secundarios.

**Conclusiones:** Infliximab asociado a metotrexate es un tratamiento eficaz para la E.A. refractaria. Consideramos 5 mg/Kg de peso la dosis ideal de Infliximab para el tratamiento de la EA. Destacamos la ausencia de efectos secundarios durante la administración de la infusión y el tiempo de tratamiento así como la ausencia de ANA.

## 32

### USO Y EXPECTATIVA DE LA DENSITOMETRÍA ÓSEA DE CALCÁNEO CON TÉCNICA DEXA EN CONSULTA DE REUMATOLOGÍA: ESTUDIO PRELIMINAR

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

*Sección Reumatología y Enfermería Reumatología\*. Hospital Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante.*

**Objetivos:** Conocer la utilidad de la densitometría ósea (DO) periférica en calcáneo (DOC), con técnica DEXA, reali-

zada en pacientes en seguimiento en consulta de reumatología del Hospital Marina Baixa.

**Método:** Estudio descriptivo prospectivo de la DOC (PIXI bone densitometer. Lunar Corporation. USA), en pacientes de la consulta de reumatología desde junio 2001 a junio 2002, con al menos un factor de riesgo para osteoporosis (OP). Se recogieron datos epidemiológicos y presencia de factores de riesgo para OP. Además se recogió la densidad mineral ósea (g/cm<sup>2</sup>) y los índices de T y Z de la DOC y de DO axial: lumbar y/o cadera (DOA) si la hubiera. Los resultados de las DO se distribuyeron en: normal (T < 0,6 desviación estándar (DE) en calcáneo y T < 1 DE en lumbar/cadera), osteopenia (T > 0,6 DE-1,6 DE en calcáneo y T > 1- < 2,5 DE en lumbar/cadera) y osteoporosis (T > 1,6 DE en calcáneo y T > 2,5 DE en lumbar/cadera).

**Resultados:** De los 613 pacientes a los que se realizó DOC, el 87% eran mujeres (edad media: 64 años) y el 13% restante varones (edad media: 57 años). En el 44% de los pacientes la DOC fue normal (edad media: 61 años), 31% osteopenia (edad media: 65 años) y 25% osteoporosis (edad media: 65 años). En 109 (18%) de los pacientes, se disponía de DOA (en el 12% el resultado fue normal, osteopenia en el 44% y osteoporosis en el 44% restante). Al comparar los resultados de ambas DO se obtuvo: Probabilidad pretest (Prevalencia): 88%, Sensibilidad de la DOC: 68%, Especificidad: 85%, Valor predictivo positivo: 97% y negativo: 26%. El Cociente de probabilidad de resultado positivo: 4,5 y negativo: 0,38.

**Conclusiones:** La DOC puede ser útil para discriminar en población de riesgo de OP por su alta especificidad y valor predictivo positivo. Sin embargo, el resultado negativo de la DOC en sujetos con factores de riesgo no puede descartar la presencia de OP al realizar una DOA.

### 33

#### INTERCONSULTAS HOSPITALARIAS A REUMATOLOGÍA: ESTUDIO DE 10 AÑOS

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

*Sección Reumatología y Enfermería Reumatología\*. Hospital Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante.*

**Objetivos:** Conocer las características de las interconsultas remitidas a reumatología de pacientes ingresados a cargo de otras secciones/servicios del Hospital Marina Baixa, durante un período de 10 años.

**Método:** Estudio descriptivo prospectivo, de las hojas de interconsultas remitidas a reumatología, de pacientes ingresados a cargo de otras secciones/servicios del Hospital Marina Baixa, desde el inicio de actividad de la sección de Reumatología en 1993 hasta el año 2002. Se recogieron: datos epidemiológicos generales de los pacientes, servicio remitente, tiempo medio en responder la consulta, días de atención y diagnóstico reumatológico principal.

**Resultados:** Durante el período de estudio, se cursaron 669 interconsultas a reumatología (media: 70; rango: 47-108). El 52% de los pacientes eran mujeres (edad media: 60 años; rango: 2-89 años). El tiempo medio en contestar la interconsulta fue 1,5 días (rango: 0-6 días), con media de atención al paciente de 3 días (rango: 1-13 días). Por servicios, Medicina Interna (MI) realizó el 74% de las interconsultas (Sección de MI: 21%, Digestivo: 16%, Cardiología: 14%, Neurología: 12%,

Neumología: 7%, Nefrología-Hematología-Alergia: menos del 1% respectivamente), Cirugía Ortopédica y Traumatología: 9%, Cirugía General: 6%, Urología: 4%, Pediatría: 3% y los Servicios de Ginecología-Psiquiatría-Unidad de Cuidados Intensivos: 1% respectivamente. En el 52% de los casos la causa fue inflamatoria-Sistémica (25% gota, 18% colagenopatía, 15% AR, 13% seudogota), el 34,5% no inflamatoria (26% lumbalgia, 22% periartrosis hombro, 21% artralgiás, 18% artrosis) 7% osteoporosis, 3% infección osteoarticular y 2% neoplasia.

**Conclusiones:** La atención de las interconsultas es una función importante en tiempo dedicado del reumatólogo en el hospital. El 74% de las peticiones provienen de las Secciones del Servicio de MI. La causa más frecuente de interconsulta es la patología inflamatoria, especialmente artritis por cristales.

### 34

#### INFLUENCIA DE LOS ANTINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS EN EL DESENCADENAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

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

*Sección Reumatología y Medicina Interna, Hospital Marina Baixa.*

*\*\*Sección Reumatología Hospital Onteniente, \*\*\*Enfermería Reumatología Hospital Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante.*

**Objetivos:** Conocer la influencia del consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) entre los pacientes que ingresaron por Insuficiencia Cardíaca (IC), en el Servicio de Medicina Interna (MI) del Hospital Marina Baixa.

**Método:** Estudio descriptivo prospectivo, de los pacientes que ingresaron en el Servicio MI por IC, durante el período de enero a junio de 2002. Se recogieron datos epidemiológicos generales, referentes al consumo de AINE y de la IC. Se diagnosticó IC si el paciente presentaba; semiología clínica, radiología o diagnóstico de IC.

**Resultados:** Durante el período de estudio, 167 (19%) de los 893 pacientes que ingresaron en el Servicio de MI, la causa fue por IC. El 58% eran mujeres (edad media de 77 años; rango: 37-101 años; estancia media de 7 días). Catorce (8%) pacientes tomaban AINE y 34 (20%) pacientes salicilatos a dosis antiagregante. Nueve (64%) pacientes seguían tratamiento con AINE más de 3 meses. Ciento cuatro (62%) pacientes eran hipertensos, 77 (46%) estaban diagnosticados de IC, 68 (41%) pacientes miocardiopatía, 63 (38%) arritmias, 56 (34%) eran diabéticos, 45 (27%) cardiopatía isquémica y 42 (25%) pacientes EPOC. Las causas de IC fueron: 34% infección respiratoria, 29% cardiopatía previa, 8% crisis HTA, 5% abandono del tratamiento. El 13% de los pacientes reingresaron durante el período de estudio. Al comparar los pacientes según el consumo de AINE, sólo encontramos diferencias en la presencia de hipercolesterolemia (p < 0,05, OR: 4,7) e ingesta de alcohol (p < 0,001). La presencia de HTA (p < 0,058, OR: 3,9) se acercó a la significación estadística.

**Conclusiones:** La IC fue la causa de ingreso en el 19% de los pacientes que ingresaron en el servicio de Medicina Interna. Sin embargo, en nuestro medio sólo el 8% de los pacientes que ingresan por IC consumían AINE. La mayoría de ellos (64%), durante más de 3 meses.

## 35

### CONSULTA MONOGRÁFICA DE COLUMNA LUMBAR. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA: ¿CÓMO SON LOS PACIENTES CON LUMBALGIA CRÓNICA INESPECÍFICA?

A. Humbría Mendiola

Servicio de Reumatología. Hospital de la Princesa, Madrid.

**Objetivo:** Durante los últimos años se están investigando factores etiológicos y pronósticos que permitan predecir la evolución y la respuesta al tratamiento de un paciente o de un grupo determinado de pacientes con lumbalgia inespecífica. El objetivo de este estudio fue estudiar las características demográficas y laborales de los pacientes con lumbalgia crónica inespecífica que acudieron a la Consulta monográfica de Columna Lumbar entre el 3 de noviembre de 1996 hasta el 30 de junio de 1999.

**Pacientes:** Se recogió de forma prospectiva, la historia clínica protocolizada de los primeros 337 pacientes que acudieron a la Consulta monográfica de Columna Lumbar que cumplieran los criterios de inclusión: a) Pacientes menores de 75 años. b) Sin datos sugestivos de "rentismo" laboral. c) Sin criterios de fibromialgia. d) Sin evidencia de lumbalgia por aplastamiento vertebral lumbar reciente. La evolución de los pacientes fue recogida desde su inclusión hasta su salida de la consulta debido a alta médica o a abandono; considerándose éste cuando el paciente no había vuelto a revisión en un período igual o superior a 6 meses desde su última visita.

**Métodos:** Utilización de un protocolo clínico elaborado a tal efecto por la investigadora para pacientes con lumbalgia crónica. Creación de una base de datos utilizando el programa Excel (Microsoft), en la que se incluyeron 128 variables por paciente. Entre ellas se recogieron las siguientes: sexo, edad, tipo de población, profesión, tipo de trabajo, situación laboral, vinculación laboral y grupo laboral. Utilización del programa Excel para la elaboración de la estadística descriptiva.

**Resultados:** La mayor parte de los resultados se encuentran reflejados en la siguiente tabla.

Tabla 1. Características socio-demográficas

Variable	Opciones	Nº pacientes	% pacientes	Significación estadística
Sexo	Mujeres	226	67	
	Hombres	111	33	p < 0,00001
Tipo población	Urbana	321	95	
	Rural	14	5	p < 0,00001
Grupos edad	< 20 años	3	1	
	21-30 "	26	8	
	31-40 "	72	21	
	41-50 "	87	26	
	51-60 "	96	29	
	61-70 "	48	14	
Tipo de trabajo	71-75 "	2	1	p < 0,00001
	Sedentario	96	29	
	Esfuerzo físico moderado	186	57	
Vinculación laboral	Esfuerzo físico intenso	45	14	p < 0,00001
	Cuenta propia	52	16	
	Cuenta ajena	180	55	
Situación laboral	Amas de casa	85	26	
	Estudiantes	9	3	p < 0,00001
	Trabajadores activos	171	52	
	Trabajadores en paro	24	7	
	Baja laboral	21	6	
	Amas de casa	85	26	
	Estudiantes	9	3	
Grupos laborales	Jubilados	9	3	
	Incapacidad permanente	10	3	p < 0,00001
	Agricultura	3	1	
	Construcción	16	7	
	Industria	49	21	
	Servicios	164	71	p < 0,00001

La media de edad de los pacientes fue de 47 años, con una desviación estándar de 12 años. El perfil más frecuente de los pacientes protocolizados fue el siguiente: mujer (67%), de procedencia urbana (90%), entre 30 y 60 años de edad (76%), trabajador activo (52%), que desempeña un trabajo de esfuerzo físico moderado (57%), empleado por cuenta ajena (55%) y perteneciente al sector servicios, (71%). Los 337 pacientes se agrupaban en 82 tipos diferentes de actividad habitual.

**Conclusiones:** El conocimiento de las características de los pacientes que acuden a nuestras consultas, es el primer paso para intentar determinar la posible existencia de distintos subgrupos de pacientes que podrían tener pronósticos diferentes y que, por tanto, requerirían abordajes terapéuticos también diferentes. Conocer mejor a los pacientes con lumbalgia crónica inespecífica es imprescindible, tanto para mejorar nuestra asistencia terapéutica, como para el mejor aprovechamiento de los recursos.

## 36

### VERTEBROPLASTIA PERCUTÁNEA EN EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS VERTEBRALES POR OSTEOPOROSIS

L. Álvarez Galovich, I. de Miguel Herrero, A. Pérez Higuera, R. Rossi López, J. J. Granizo Martínez, D. Quiñones Tapia  
Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad de la vertebroplastia percutánea en el tratamiento de las fracturas vertebrales por osteoporosis resistentes al tratamiento médico, así como su evolución en el tiempo y los factores pronósticos que influyen en el éxito de la técnica.

**Métodos:** Se revisan, de manera retrospectiva, las historias de 212 pacientes tratados mediante vertebroplastia desde 1995 en nuestro Centro por presentar dolor por fractura vertebral osteoporótica resistente al tratamiento médico. El resultado clínico se evalúa mediante la evolución del dolor, utilizando una escala Visual Analógica (VAS). Se realiza un estudio de las pruebas de imagen realizadas antes del procedimiento, inmediatamente después del mismo y en la última revisión. Se realiza un análisis univariable y multivariable mediante regresión logística de los posibles factores que pueden afectar el resultado final de la técnica; edad, sexo, nivel afectado, número de vértebras tratadas, porcentaje de aplastamiento, densidad mineral ósea, cambios en la RM, duración de los síntomas y presencia de fugas de cemento.

**Resultados:** En 212 pacientes se realizaron 325 vertebroplastias. Se trata de 161 mujeres y 51 hombres con una edad media de 72,8 años (rango, 34-90). El VAS previo era de 8,65 (rango 6-10), disminuyendo a 2,93 (rango 0-8) tras el procedimiento. Un 66% de los pacientes presentó un alivio completo del dolor (VAS < 3), y un 25% un alivio parcial del dolor (VAS 4-6). Los resultados se mantuvieron en el tiempo, salvo en los casos de nuevas fracturas. Los factores que pronostican un mejor resultado son la presencia de cambios evidentes en la RM, el aplastamiento menor del 70%, el sexo femenino, la presencia de menos de 2 vértebras afectadas, un tiempo de evolución de menos de 5 meses y un estado funcional basal con un ASA de I. En los estudios radiológicos se observó que las vértebras cementadas no sufrieron nuevos colapsos. Un 16% de los pacientes sufrieron nuevas fracturas en otros niveles. Solo un 15% de estas fueron en niveles adyacentes a las vértebras cementadas. Hubo un 7%

de complicaciones leves, que se resolvieron con tratamiento médico. Se encontraron fugas de cemento en un 75% de los casos. La presencia de cemento en el espacio epidural no influyó en el resultado clínico final.

**Conclusiones:** Las vertebroplastias percutáneas parecen un tratamiento seguro y efectivo en el tratamiento del dolor toraco-lumbar por fracturas vertebrales osteoporóticas.

## 37

### LA INMUNOGLOBULINA A (IGA) EN LA EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD BIOLÓGICA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

A. Álvarez de Cienfuegos Rodríguez, P. Morales, J. Salvatierra, Y. Cabello, A. Rueda, D. Salvatierra  
*Hospital Clínico San Cecilio de Granada*

**Objetivo:** Estudiar la posible asociación existente entre los valores de la IGA y la actividad biológica de la artritis reumatoide (AR).

**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 la IGA mediante técnicas nefelométricas.

**Resultados:** La VSG (1ª hora) en las formas inactivas fue de  $20,5 \pm 8$  mm y en las activas de  $49 \pm 12$  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 ( $p < 0,001$ ). La IGA fue en las formas inactivas de  $231,46 \pm 89,19$  mg/dl y en las activas de  $423,36 \pm 141,78$  mg/dl con diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). La VSG en controles fue de  $12 \pm 7$  mm, la PCR de  $0,3 \pm 0,1$  mg/dl y la IGA de  $195 \pm 51$  mg/dl.

**Conclusiones:** En los datos obtenidos existe una buena correlación estadística con  $p < 0,001$ , para los valores de la IGA 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.

## 38

### EPICONDILITIS: HALLAZGOS ECOGRÁFICOS

M. Castaño Sánchez  
*Hospital Ibermutuamur.*

**Introducción:** La epicondilitis es una de las patologías más frecuentes del codo y particularmente relevante en el ambiente laboral. Clásicamente, se ha considerado que el diagnóstico de la epicondilitis es fundamentalmente clínico, por lo que nuestro estudio pretende dar a conocer los hallazgos ecográficos que, con más frecuencia, hemos encontrado en pacientes con dicha patología.

**Material y métodos:** Hemos revisado retrospectivamente los informes ecográficos, realizados durante el año 2002, de pacientes con sospecha clínica de epicondilitis. Durante dicho período, hemos realizado 91 estudios ecográficos de codo, de los cuales 63 habían sido solicitados por sospecha de epicondilitis, lo que supone el 69,2%.

En cuanto a la distribución por sexo, hay 49 varones (77,7%) y 14 mujeres (22,3%), todos ellos trabajadores activos, con profesiones en las que se realizan trabajos repetitivos con las manos (carpintería, albañilería, industria conservera, charcutera...). La edad de los pacientes está comprendida entre los 34 y los 52 años, con una media de 43 años.

La epicondilitis afectaba al codo dcho en 53 pacientes (47 eran diestros) y al izquierdo los 10 restantes (todos zurdos). A todos se les realiza una ecografía completa de codo afecto por vía anterior, posterior, epicondilo y epitroclea, con cortes longitudinales y transversales y un estudio comparativo del codo contralateral.

**Resultados:** Los hallazgos ecográficos encontrados en los pacientes con sospecha clínica de epicondilitis son los siguientes:

• Hipoecogenicidad tendón extensor:	21 (33,3%)
• Engrosamiento tendón extensor:	9 (14,2%)
• Hipoecogenicidad + Engrosamiento:	13 (20,3%)
• Calcificaciones:	4 (6,3%)
• Alteraciones corticales:	2 (3,1%)
• Derrame articular:	3 (4,7%)
• Estudio normal:	11 (17,4%)

**Discusión:** El hallazgo ecográfico que con más frecuencia hemos encontrado en los pacientes con epicondilitis es la hipoecogenicidad del tendón extensor común, seguido de hipoecogenicidad más engrosamiento.

Hay que destacar que en el 17,4% de casos el estudio ecográfico es normal, dato que se aproxima al encontrado en otras series revisadas.

**Conclusiones:** La ecografía tiene utilidad en el diagnóstico y seguimiento de la epicondilitis, así como en el estudio de lesiones asociadas.

## 39

### SIGNIFICADO DE LOS ANTICUERPOS ANTI-SM Y ANTI-RO/SS-A EN LA ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONJUNTIVO

L. Cebrian Méndez, F. J. López Longo, C. M. González Fernández, I. Monteagudo Sáez, C. González Montagut, S. Gómez Castro, J. Vázquez Coleman, M. Montoro Álvarez, L. Nuño Nuño, C. Ortega De La O y L. Carreño Pérez  
*HGU Gregorio Marañón, Madrid.*

**Objetivos:** Estudiar el significado de los anticuerpos anti-Sm y anti-Ro/SS-A en pacientes con enfermedad mixta del tejido conjuntivo (EMTC).

**Métodos:** Hemos estudiado los pacientes diagnosticados de EMTC (Kasukawa 1987) entre 1988 y 2002. Los anticuerpos se han detectado mediante ELISA (IFCI Clone Systems, Italia). Los resultados han sido analizados mediante las pruebas de Fisher y Mann-Whitney.

**Resultados:** Nuestra cohorte de EMTC está formada por 56 pacientes, 52 mujeres (92,9%), edad media 41 años (DS 16,5) (9-74 años) y tiempo medio de evolución 12,6 años (DS 7,6) (1-36). Se detectan anticuerpos anti-Sm en 14 pacientes (25%) y todos cumplen criterios de lupus eritematoso sistémico (LES) (Tan 1982). Se asocian con cilindros urinarios ( $p: 0,012$ ; OR: 16,4), proteinuria ( $p: 0,011$ ; OR: 7,12), trombopenia ( $p: 0,018$ ; OR: 7,2), anti-ADN nativo ( $p: 0,011$ ; OR: 10,73) e hipocomplementemia (disminución C4  $p: 0,047$ ; OR: 7,22). Se detectan anticuerpos anti-Ro/SS-A (60 kd) en 20 pacientes (35,7%), 18 con criterios de LES y 8 con

síndrome de Sjögren (SS). Se asocian con SS (p: 0,018; OR: 5,3), pleuritis (p: 0,041; OR: 4,3), anti-ADN nativo (p: 0,021; OR: 5) e hipocomplementemia (disminución C3 p: 0,006; OR: 5,3). Estos pacientes tienen menos esclerodactilia (p: 0,024; OR: 3,9), miositis (p: 0,023; OR: 4,2) y disfagia (p: 0,011; OR: 10,73).

**Conclusiones:** Los anticuerpos anti-Sm y anti-Ro/SS-A (60 kd) forman parte del espectro de manifestaciones de LES que se combinan con hallazgos de esclerodermia y polimiositis en la EMTC.

## 40

### REVISIÓN DEL PAPEL DE LOS ANTICUERPOS ANTICITRULINA EN EL DIAGNÓSTICO EN FASES INICIALES DE LA ARTRITIS REUMATOIDE, Y PAPEL PRONÓSTICO DEL DAÑO ARTICULAR RADIOLÓGICO A CORTO Y MEDIO PLAZO

R. Hernández Sánchez, R. Criado Pizarro, J. Uceda Montaños, C. Fernández Delgado, A. García López y A. Valenzuela Castaño

*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Introducción:** La Artritis Reumatoide (AR) se clasifica siguiendo los criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR) del año 1987. No existe un estándar oro para el diagnóstico de la misma. Nuevos y específicos autoanticuerpos han sido descritos para la artritis reumatoide, como los anticuerpos anticitrulina, que se unen a antígenos que contienen un aminoácido citrulinado, parte esencial de los determinantes antigénicos que reconocen los anticuerpos de la AR. **Objetivos:** Papel de los anticuerpos anticitrulina, en el diagnóstico precoz (menos de un año de evolución) y pronóstico a corto y medio plazo (entre dos y seis años) del daño articular radiológico en la AR.

**Material y métodos:** búsqueda de artículos: a) manual, b) informática en bases de datos de Medline con los siguientes límites, en inglés, humanos y sin límite de fecha. Criterios de exclusión: 1) aquellos cuyo contenido no fuera el determinado en los objetivos del estudio, 2) artículos que fueran cartas al director o revisiones. Extracción de datos: características diagnósticas del test en forma de sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), y cociente de probabilidad positivo (CPP) y negativo (CPN).

**Resultados:** Las características basales de los pacientes en el grupo AR son: edad media de 52 años, un 64% mujeres y en el grupo no AR de 43 años y un 58% mujeres. La prevalencia de AR en estas muestras es de un 30%. Las características diagnósticas del test: S = 35%, E = 94,5%, VPP = 77,4%, VPN = 72,7%, CPP = 6,36, CPN = 0,68. En cuanto al factor reumatoide en estos mismos estudios los datos son: S = 60%, E = 87,6%, VPP = 73,3%, VPN = 80%, CPP = 4,8, CPN = 0,45.

No hay datos extraíbles referentes a un estudio pronóstico, ya que el único estudio encontrado se trata de un estudio de correlación.

**Conclusiones:** A la hora de interpretar los resultados es importante tener en cuenta que, la prevalencia de la AR en estas muestras (un 30%), es mayor que la de una consulta de Reumatología convencional o en atención primaria y que la prevalencia modifica el VPP y VPN del test. Los resultados existentes hasta ahora evidencian su alta Especificidad y su baja sensibilidad en el ámbito clínico.

## 41

### COMPARACIÓN DE DOS MÉTODOS DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-ADN NATIVO Y SU RELACIÓN CON LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

C. González Montagut Gómez, F.J. López Longo, C.M. González Fernández, L. Cebrián Méndez, M. Montoro Álvarez, C. Ortega de La O, L. Nuño Nuño, J. Vázquez Coleman, S. Sánchez Ramón, M. Rodríguez Mahou, S. Gómez Castro, I. Monteagudo Sáez y L. Carreño Pérez  
*HGU Gregorio Marañón, Madrid.*

**Objetivo:** Comparar dos métodos de detección de anticuerpos anti-ADN nativo.

**Métodos:** Hemos estudiado sueros de 118 pacientes diagnosticados de lupus eritematoso sistémico (LES) (ACR), agrupados según la actividad de LES (SLEDAI > 4) y la presencia de nefritis (cilindros, proteinuria o biopsia), y sueros de 80 pacientes con artritis reumatoide o artrosis, como grupo control. Los anticuerpos anti-ADN nativo se han detectado por inmunoensayo, con sistemas automáticos de ELISA (Orgen TEC, Mainz, Germany) y ELIA-UniCAP-100 (Pharmacia Diagnostics, Freiburg, Germany) y con cut-off 10 UI/ml en ambos casos. El análisis se ha realizado con un software Analyse-it (Leeds, UK).

**Resultados:** La mejor correlación entre ambos métodos se obtiene al comparar pacientes con "LES activo" y "LES inactivo" (Pearson, r: 0,8 vs r: 0,6). En el grupo con "LES activo y nefritis" hay una buena concordancia positiva y negativa, pero 6 de los 36 pacientes del grupo de "LES inactivo sin nefritis" tienen ELISA (+) y ELIA (-). Las sensibilidades obtenidas por ELISA y ELIA son 82,9% vs 65,9% en "LES activo" y 48,4% vs 38,7% en "LES inactivo", respectivamente. Con ELISA no hay diferencias de sensibilidad entre pacientes con o sin nefritis (60,7% vs 61,3%), diferencias que son evidentes con ELIA (67,9% vs 48,4%). La superior capacidad del sistema ELIA para diferenciar los pacientes con o sin nefritis se confirma con el análisis de las curvas ROC y del área bajo las curvas (AUC) (0,1 vs -0,03), así como con el cálculo de probabilidades (likelihood ratios: 2 vs -0,3). La especificidad es excelente con ambas pruebas (> 90%).

**Conclusiones:** Los dos métodos de detección de anticuerpos anti-ADN nativo son muy específicos de LES y muy sensibles en pacientes con "LES activo", en los que predominan los anticuerpos de alta avidéz. El sistema ELIA detecta menos positivos entre los pacientes con "LES inactivo", en los que predominan los anticuerpos de baja avidéz. Además, se correlaciona mejor con la presencia de nefritis por lo que es superior a la técnica clásica de ELISA en el seguimiento de la actividad de LES.

## 42

### SOSPECHA DIAGNOSTICA ANTE UN PIODERMA GANGRENOSO

A. Urruticochea Arana, E. Aznar Villacampa y A. L. Morales Moya  
*Hospital Reina Sofía de Tudela.*

**Objetivos:** Plantear diagnóstico diferencial ante la presencia de un pioderma gangrenoso (PdG) y estudio del proceso cutáneo. El PdG es un cuadro de base inmunológica que frecuentemente se asocia a otros procesos patológicos.

**Métodos:** Se realiza un estudio retrospectivo de pacientes afectados de PdG en un hospital comarcal en los últimos 8 años. El diagnóstico se realiza basándose en la clínica, anatomía patológica y exploraciones complementarias (hemograma, bioquímica, proteinograma, crioglobulinas, hormonas tiroideas, autoinmunidad, serologías virales hepatitis B,C, cultivo del exudado, Rx de tórax y estudio digestivo si procede) excluyendo otras causas de úlceras cutáneas. Se recogen los siguientes datos: edad, sexo, enfermedades asociadas, tipo clínico, localización de las lesiones, histopatología y tratamiento empleado.

**Resultados:** Han sido diagnosticados 5 pacientes afectados de PdG, 3 (60%) eran varones y 2 (40%) mujeres. La edad media fue de 62,4 años, con un rango entre 43 y los 85 años. El tipo clínico de PdG más frecuente fue ulcerado en 4 casos (80%) y 1 pustuloso (20%). La localización más habitual fue en extremidades inferiores 3 casos (60%) con 2 en región pretibial bilateral y 1 en muslo unilateral, 1 en hemiabdomen izquierdo (20%) y 1 en región lumbar. Se ha encontrado asociación con enfermedad interna en el 80% de los pacientes. Las enfermedades encontradas fueron: colitis ulcerosa grado moderado severo en 2 (40%), síndrome mielodisplásico de alto grado en 1 (20%) e infección respiratoria en 1 (20%). En un paciente no se identificó ninguna enfermedad asociada con un seguimiento de 7 años. Los hallazgos histopatológicos de PdG con vasculitis neutrofilica 40%, vasculitis linfocítica 20%, infiltración dérmica de neutrófilos 50% y extravasación de eritrocitos 100%. Los tratamientos empleados fueron: prednisona 60 mg/día (60%), 50 mg/día (20%) y 40 mg/día (20%), asociación a colchicina en 1, antibióticos: quinolona, amoxicilina-clavulánico, vancomicina y teicoplanina. La respuesta fue satisfactoria salvo en un paciente que falleció por sepsis.

**Conclusiones:** El pioderma gangrenoso (PdG) es un cuadro cutáneo poco habitual de base inmunológica, que frecuentemente se asocia a otros procesos patológicos como enfermedades hematológicas, procesos neoplásicos, infecciones, vasculitis y enfermedades autoinmunes siendo la enfermedad inflamatoria intestinal y la artritis reumatoide (Lupus) las más características. Puede presentarse también como enfermedad aislada. Por lo tanto ante un PdG habrá que realizar un cribado de enfermedades sistémicas asociadas.

## 43

### RELACIÓN DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA CON PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS Y HORMONALES EN MUJERES CON OBESIDAD MÓRBIDA

J. Ivorra Cortés, R. Cámara, I. Mascarell, S. Navas, A. Abad y F. Piñón  
*Hospital d'Ontinyent y Hospital La Fe, Valencia.*

La obesidad se considera una situación protectora frente a la osteoporosis. Sin embargo, no se conocen con exactitud todos los factores implicados en este efecto.

**Objetivos:** Estudiar la relación que existe entre la densidad mineral ósea y diferentes parámetros antropométricos y analíticos en un grupo de mujeres con obesidad mórbida definida como índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 40 Kg/m<sup>2</sup>.

**Pacientes y métodos:** Se incluyen 50 mujeres (edad: 44 + 11 años), 26 premenopáusicas y 24 posmenopáusicas, con obesidad mórbida (IMC: 50 + 8 Kg/m<sup>2</sup>). Se evaluaron como

parámetros antropométricos: el peso, la talla, el IMC, el porcentaje de grasa y masa muscular, la circunferencia de cintura y el índice cintura-cadera. Se determinaron los niveles de Ca, P, fosfatasa alcalina, calciuria, PTH, 25 (OH) D<sub>3</sub>, 1,25 (OH) 2D<sub>3</sub>, osteocalcina, androstenediona, dehidroepiandrosterona sulfato, testosterona total, 17-beta-estradiol (primera mitad de ciclo en premenopáusicas), proteína transportadora de hormonas sexuales (SHBG), índice de andrógenos libres (testosterona total x 100/SHBG) e insulina. La densidad mineral ósea (DMO) se midió en columna lumbar (L2-L4), cuello femoral y trocánter mediante densitometría dual de rayos X (norland). Para el análisis estadístico de las relaciones entre las diferentes variables se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson (r).

**Resultados:** Aplicando los criterios densitométricos de la OMS, 3 (6%) pacientes se clasificaron como osteoporóticas (1 premenopáusica) y 12 (24%) como osteopénicas (5 premenopáusicas). La DMO a nivel del cuello femoral y trocánter se relacionó, con significación estadística, sólo con el índice de andrógenos libres (IAL) (r = 0,5424, p < 0,0001). La DMO a nivel de L2-L4 se relacionó con el peso (r = 0,4591, p < 0,0001), cintura (r = 0,3566, p = 0,007) e IMC (r = 0,286, p < 0,02).

**Conclusiones:** En este grupo de pacientes con obesidad mórbida la DMO a nivel de fémur se relacionó con el índice de andrógenos libres, en cambio la DMO a nivel lumbar mostró mayor relación con parámetros antropométricos, fundamentalmente el peso. No encontramos relación entre la DMO y el nivel de estrógenos.

## 44

### PRESENTACIÓN DE UNA BASE DE DATOS PARA EL REGISTRO DE POLIARTRITIS DE INICIO RECIENTE

S. Reneses Cesteros, R. Hernández Sánchez y A. García López  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Introducción:** Se desconoce en nuestro medio la incidencia, factores pronósticos, curso clínico y desenlace de las enfermedades reumáticas que cursan con poliartritis crónica. No hay pruebas de que unos tratamientos sean más eficaces que otros. La necesidad de trabajar con un número elevado de variables con una orientación longitudinal requiere una base de datos (BD) informatizada que permita analizar en diferentes momentos la información recogida y profundizar en el conocimiento de estos procesos.

**Objetivo:** Crear una BD para mantener un registro prospectivo de una cohorte de casos incidentes de poliartritis en el Área Sanitaria del HUVR que permita analizar diferentes variables seleccionadas de forma consensuada que contribuyan a esclarecer los interrogantes mencionados.

**Métodos:** Variables a recoger en las distintas visitas: 1) sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel educacional, ocupación, situación laboral; 2) clínicas: tiempo de evolución, manifestaciones sistémicas, comorbilidad, exploración de aparato locomotor con recuentos de articulaciones dolorosas y tumefactas, exploración física general, EVA de dolor y gravedad paciente, EVA gravedad y actividad del médico, valoraciones globales del estado salud del médico y del paciente, cambio del estado de salud del médico y del paciente; 3) de laboratorio: pruebas de rutina, y recogida de muestras de suero para congelación y estudio ior (HLA clase II y III, DNA, Acs anticitrulina y otros); 4) radiológicas: radiología de manos, pies y otras localizaciones, valoración del daño

articular con el método de Sharp modificado; 5) funcionales y del estado de salud (escalas de ansiedad y depresión de Goldberg, y según el diagnóstico HAQ, SLEDAI, BASDAI); 6) diagnósticos reumatológicos y comórbidos según la CIE-9; 7) terapéuticas: dosis, indicaciones, contraindicaciones, toxicidad, criterios de suspensión, medidas tomadas, criterios de actividad, respuesta al tratamiento, remisión, y, en la artritis reumatoide, asignación aleatoria de FARAL y respuesta según DAS 28, y 8) de costes: visitas médicas por artritis, visitas a otros especialistas, días de ingreso, aparatos e intervenciones de ortopedia, días de rehabilitación, asistente y adaptadores en domicilio. Estos datos son registrados directamente en una BD en Access 2000 y presentados en formularios, permitiendo realizar un análisis minucioso y ágil de las diferentes variables, mediante consultas.

**Resultados:** Exposición práctica del funcionamiento de la BD.

## 45

### UTILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE RECEPTOR SÉRICO DE TRANSFERRINA EN PACIENTES CON POLIARTRITIS CRÓNICA

F. Pérez Ruiz y M. Calabozo Raluy  
*Hospital de Cruces.*

**Antecedentes:** La determinación del receptor sérico de transferrina (RsT) ha mostrado altas sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la depleción de los depósitos de Fe comparada con la punción de médula ósea.

**Objetivo:** valorar la utilidad de la determinación de RsT en pacientes con poliartritis crónica, ya que los parámetros de ferrocínica por la actividad inflamatoria de base pueden confundir una ferropenia real de un bloqueo ferrocínico por inflamación.

**Métodos:** Estudio transversal de pacientes con poliartritis crónica mediante hemograma y hemocitometría, determinación de sideremia (Fe), saturación de Fe (SatFe), ferritinemia (Ferr) y RsT. Se consideraron patológicas las determinaciones fuera de los rangos establecidos por el laboratorio de hematología (Fe < 50, SatFe < 20, Ferr < 15, Hb < 12 hembras < 14 varones, RsT > 28). Se definió depleción de Fe cuando RsT > 28. En pacientes con anemia y RsT elevado se administraron sales ferrosas 2 meses y se repitieron las determinaciones.

**Resultados:** 57 pacientes, 42 a. reumatoide y 15 a. sorriásica, de 55 años de edad media, con  $7,9 \pm 5,8$  años. Los niveles de RsT se encontraban elevados en 15/57 (26%) pacientes. Asimismo, 15 pacientes mostraban anemia y 9 de ellos tenían ferropenia definida por niveles de RsT, mientras que la microcitosis o la Ferr sólo habrían detectado 2/15. En pacientes con PCR > 1 mg/dl la presencia de anemia fue más frecuente (13/23 vs. 2/34), pero también la elevación de RsT (12/23 vs. 3/34), ambas  $p < 0,005$ . La microcitosis o la hipoferritinemia mostraron una sensibilidad del 6%, con especificidad 100%, mientras que la SatFe mostró una sensibilidad del 80% y una especificidad del 71%. En los pacientes con anemia, la administración de sales ferrosas redujo los niveles de RsT y aumentó los de Hb y SatFe de forma significativa.

**Conclusiones:** La depleción de depósitos de hierro es frecuente en pacientes con poliartritis; en la mayoría de los casos con anemia y poliartritis activa, que se hubiera atribuido a actividad inflamatoria, se detecta depleción de Fe mediante la determinación del RsT; la SatFe es el parámetro de ferrocínica más útil en estos pacientes para detectar deple-

ción de depósitos; la administración de sales ferrosas mejora los parámetros alterados, lo que indica que la depleción de depósitos era uno, al menos, de los mecanismos causales.

## 46

### ANTICUERPOS ANTI-PÉPTIDO CITRULINADO CÍCLICO Y ANTICUERPOS ANTI-SA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

L. Cebrián Méndez, F. J. López Longo, S. Sánchez Ramón, C. M. González Fernández, S. Gómez Castro, M. Rodríguez Mahou, I. Monteagudo Sáez, C. González Montagut Gómez, J. Vázquez Coleman, M. Montoro Álvarez, L. Nuño Nuño, C. Ortega de la O y L. Carreño Pérez  
*HGU Gregorio Marañón, Madrid.*

**Objetivos:** Determinar si el factor reumatoide (FR) y los anticuerpos anti-péptido citrulinado cíclico (PCC) y anti-Sa aparecen conjuntamente en sueros de pacientes con artritis reumatoide (AR) (ACR).

**Métodos:** Hemos estudiado 3 grupos de sueros, seleccionados aleatoriamente de nuestra seroteca: 1) sueros de 28 pacientes con AR y anticuerpos anti-Sa; 2) sueros de 28 pacientes con AR sin anticuerpos anti-Sa; 3) sueros controles de 11 pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), 11 con artrosis y 6 con fibromialgia. Los anticuerpos anti-PCC de clase IgG se han detectado por técnicas de ELISA con PCC sintético (Euro-Diagnostica Inmunoscan RA, Medeon, Sweden). El corte idóneo de positividad determinado por curvas ROC fue 25 U/ml. Se consideraron títulos elevados los superiores a 100 U/ml. El factor reumatoide se ha cuantificado por nefelometría (IMMAGE, Beckmann-Coulter) y los anticuerpos anti-Sa se han confirmado en los grupos 1 y 2 por inmunotransferencia utilizando un extracto mitocondrial de placenta humana como antígeno. Los resultados han sido analizados mediante la prueba exacta de Fisher y pruebas no paramétricas (Mann-Whitney) debido al tamaño pequeño de la muestra.

**Resultados:** Los valores de sensibilidad y especificidad de los anticuerpos anti-PCC para la AR son 92,8% y 93,7%, respectivamente, con un valor predictivo positivo de 96,5%. La prevalencia de los anticuerpos anti-CCP es significativamente mayor en pacientes con FR (93,7% vs 75%) ( $p < 0,01$ ), pero no encontramos diferencias entre los grupos con y sin anticuerpos anti-Sa (96,4% vs 85,7%; respectivamente). Los títulos elevados de anticuerpos anti-PCC se correlacionan con la presencia de FR (+) ( $p < 0,01$ ) y anticuerpos anti-Sa ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** El FR se relaciona con una mayor prevalencia y con mayores títulos de anticuerpos anti-PCC. Los pacientes con anticuerpos anti-Sa presentan títulos significativamente elevados de anticuerpos anti-PCC, pero se detectan títulos menores anti-PCC en el 75% de los pacientes sin anticuerpos anti-Sa, probablemente por la mayor sensibilidad de las técnicas de ELISA.

## 47

### CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE POLIARTRITIS DE INICIO RECIENTE

S. Reneses Cesteros, R. Hernández Sánchez y A. García López  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Introducción:** Se desconoce en nuestro medio la incidencia, factores pronósticos, curso clínico y desenlace de las en-

fermedades reumáticas que cursan con poliartritis crónica. No hay pruebas de que unos tratamientos sean más eficaces que otros.

**Objetivo:** Crear una cohorte de casos incidentes de poliartritis en el Área Sanitaria del HUVR que permita mejorar la calidad de la atención, realizar un diagnóstico y tratamiento precoces, evaluar longitudinalmente medidas clínicas y de desenlace, y desarrollar estudios clínicos y de investigación.

**Métodos:** Requisitos: infraestructura para incluir, sin demoras, pacientes de toda el Área Sanitaria. Criterios de inclusión: > 16 años, > ó = 2 articulaciones inflamadas, < 1 año de evolución. Criterios de exclusión: artrosis y artritis por microcristales, infecciosas y paraneoplásicas. Consultas: meses 0, 2 y 4, y trimestrales en adelante. Base de datos (BD): Access 2000. Variables registradas: 1) sociodemográficas; 2) clínicas; 3) de laboratorio; 4) radiológicas; 5) del estado de salud y funcionales según el diagnóstico; 6) diagnósticos reumatológicos y comórbidos según la CIE-9; 7) terapéuticas y 8) de costes.

**Resultados:** En 6 meses se han incluido 82 de 165 pacientes remitidos: 55 con Artritis Reumatoide, 3 con Lupus Eritematoso Sistémico, 4 con Artritis Psoriásica, 2 con Espondiloartropatía Inflamatoria, 1 con Poliartritis y Vasculitis nodular, y 17 con Poliartritis indiferenciadas. Se presenta el funcionamiento de la unidad en sus primeros 6 meses y los resultados de las diferentes variables en la visita basal y a los 6 meses, por grupos de diagnóstico.

## 48

### DEBE Y HABER EN LA FORMACIÓN POSGRADO: GUÍA DE FORMACIÓN POR OBJETIVOS EN REUMATOLOGÍA

A. Olive Marqués

*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.*

Se conoce como evaluación formativa aquella evaluación pensada específicamente como servicio al aprendizaje del alumno. Se utiliza la evaluación como método para aprender más y mejor. La formación por objetivos puede utilizarse en la formación de posgrado. Para poner en práctica este sistema de formación es fundamental elaborar una guía de formación por objetivos.

**Objetivo:** Crear una guía de formación por objetivos

**Métodos:** Basándose en el documento de la Comisión nacional de especialidad y en la experiencia, el tutor de residentes de Reumatología redactó un documento inicial. Las especialidades médicas abordadas fueron las incluidas en la formación como reumatólogo en nuestro centro: reumatología, dermatología, inmunología, medicina interna, medicina de familia, radiología ósea, rehabilitación, cuidados intensivos, nefrología, cirugía ortopédica y clínica del dolor. El documento se entregó a los tutores de las diferentes especialidades receptoras de los residentes de reumatología, así como a los tutores de especialidad cuyos residentes rotan por la sección de Reumatología, tanto los tutores como el staff de reumatología, añadieron ideas y comentarios. Se elaboró un documento final teniendo en cuenta la opinión del resto de tutores.

**Resultados:** En la guía de formación por objetivos participaron 11 tutores de especialidades y el staff de la sección de Reumatología (3 miembros). La guía de formación por objetivos incluye: objetivos formativos, objetivos docentes, objetivos humanos y relación de conocimientos de cada una de las especialidades abordadas.

**Conclusión:** La elaboración de una guía de formación con la colaboración del resto de tutores es un instrumento formativo ideal para implementar la formación por objetivos. Actualmente se entrega a los residentes de reumatología así como a aquellos residentes que rotan en la sección de Reumatología para guiar su formación.

## 49

### DOCENCIA POSGRADO EN REUMATOLOGÍA: CUATRIENIO 1999-2002

A. Olive Marqués, M. Sanmartí, M. Valls, M. Sallés, D.

Vázquez, A. Lafont, S. Holgado y X. Tena

*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.*

**Objetivo:** Describir la educación médica de posgrado efectuada en una Sección de Reumatología acreditada para la docencia en el cuatrienio 1999-2002, identificando las características principales así como las áreas de conocimiento abordadas.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo y transversal que recoge todas las sesiones docentes realizadas durante el cuatrienio 1999-02 y realizadas en cualquier día laboral. Se revisa el calendario docente analizando todas las sesiones docentes efectuadas. No se contabilizó el pase de visita semanal. De la hoja del registro mensual del programa de formación, se extrajeron las siguientes variables: fecha actividad, tipo de sesión, profesional docente, y contenido de actividad.

**Resultados:** El número total de sesiones planificadas fue de 411. Se efectuaron 405 sesiones (cumplimiento: 95,7%). La media de sesiones por mes fue de 8,4 sesiones. Tipos de sesión: Radiología 82 (20%), Anatomía patológica 42 (10%), bibliográficas 80 (19,6%), temáticas 66 (16%), miscelánea 68 (16%) casos problema 38 (9,3%) casos cerrados 17 (4%), y iconografía 12 (2,9%),

**Conclusión:** En el cuatrienio 1999-2002 el cumplimiento de las sesiones del programa docente fue elevado. La cadencia de las sesiones se consideró asimismo como buena. Las sesiones de radiología, temáticas y bibliográficas fueron las más frecuentes

## 50

### SATISFACCIÓN O DESESPERACIÓN: DOCENCIA POSGRADO EN REUMATOLOGÍA

A. Olive Marqués, M. Sanmartí, M. Valls, D. Vázquez,

M. Sallés, A. Lafont y S. Holgado, X. Tena

*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.*

**Objetivo:** Evaluar el sistema docente impartido en una Sección de Reumatología acreditada para la docencia. El sistema docente está coordinado por un miembro del staff, mensualmente se elabora un calendario de sesiones, éstas tienen un horario estipulado durante todo el período docente. Las sesiones efectuadas durante el cuatrienio 1999-2002 fueron 405.

**Métodos:** Durante el cuatrienio 1999-2002 se efectuaron 2 encuestas bianuales anónimas a todos los miembros de la Sección (4 staff, 4 residentes). Se examinaba la satisfacción de las sesiones, la necesidad de hacer más o menos. Se evaluaron puntuando del 0 (peor) al 10 (mejor), horario, y comentarios adicionales.

**Resultados:** La encuesta fue contestada en todos los casos percibiéndose una satisfacción del staff y residentes. El staff no deseaba hacer mas sesiones, por el contrario los residentes deseaban tener mas sesiones. Los días y horarios se consideraron como adecuados en todos los casos. La valoración de las sesiones fue: Radiología 9, iconografía 9, casos problema 8, casos cerrados 8, temáticas 7,7, bibliográficas 7, Anatomía patológica 7 y reporte de congresos: 6,9. Los comentarios sirvieron para realizar cambios en la frecuencia y en el tipo de sesiones.

**Conclusión:** La encuestas a cerca de la docencia posgrado son una herramienta útil para conocer y mejorar el sistema docente. Las sesiones de radiología y de iconografía son las mejor valoradas. Los comentarios hechos sirvieron para: aumentar algún tipo de sesiones (casos cerrados), elaborar un libro de sesiones anual y fomentar las sesiones organizativas (orden interno) de la sección.

## 51

### INHIBICIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE CITOCINAS POR MTX. RELACIÓN CON LA RESPUESTA CLÍNICA Y POLIMORFISMOS GENÉTICOS

P. Sabina, M. E. Miranda, J. Martín, M. Pascual, D. Pascual Salcedo, A. Balsa, F. Arribas y E. Martín Mola  
*Hospital La Paz, Madrid y CSIC, Granada.*

**Introducción:** En el líquido sinovial de pacientes con Artritis Reumatoide (AR) en tratamiento con MTX se ha descrito una disminución en los niveles de TNFa. Uno de los mecanismos de acción del MTX podría implicar la inhibición de la enzima Metilentetrahidrofolato Reductasa (MTHFR). Recientemente se han descrito dos polimorfismos en esta enzima (A1298T y C677T), que podrían condicionar la respuesta clínica al MTX.

**Objetivo:** Determinar si los polimorfismos en la MTHFR (A1298T y C677T) están relacionados con la producción de citocinas "in vitro" y con la respuesta clínica al MTX "in vivo".

**Material y métodos:** Se han estudiado 23 pacientes con AR de inicio y 23 controles sanos. La sangre diluida 1/10 en medio Iscove's se cultivó en presencia de 1 mg/ml de anti-CD3 y 1 mg/ml de anti-CD28, con o sin MTX (0,152 a 625 ng/ml) (L. Aarden, comunicación personal). Como control, el efecto del MTX fue revertido con ácido fólico (3 mg/ml). Las concentraciones de TNFa, IFNg e IL-6 fueron medidas por ELISA tanto en el suero de los pacientes, como en los sobrenadantes de los cultivos tras 72 horas de incubación. Los polimorfismos en la MTHFR fueron determinados por PCR-RFLP. La respuesta clínica de los pacientes se evaluó mediante el índice DAS, a los 6 meses del inicio del tratamiento. La DI-50 se definió como la concentración de MTX que produce un 50% de inhibición.

**Resultados:** 1) La producción de citocinas fué similar entre pacientes y controles, tanto en condiciones basales como bajo estímulo de anti-CD3 y anti-CD28. 2) El MTX (40 ng/ml) inhibió significativamente la producción de TNFa, IFNg e IL-6 por los linfocitos T estimulados con anti-CD3 y anti-CD28 ( $p < 0,001$ ). 3) Se encontró una correlación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre la DI-50 para el TNFa y la mejoría clínica, determinada mediante el % de descenso en el DAS a los 6 meses. La DI-50 para el TNFa no

estuvo correlacionada con ningún polimorfismo presente en la enzima MTHFR. ( $p = 0,076$ ). La mediana de la DI-50 fue 27,13 para el TNFa (percentil 25 = 18,5 y percentil 75 = 34,16) y 19,75 para el IFNg (percentil 25 = 13,08; percentil 75 = 24). 4) La DI-50 del IFNg fue menor en individuos homocigotos en 1.298 (AA) ( $p < 0,05$ ), pero no estuvo asociada con la respuesta clínica. No se encontró ninguna asociación estadísticamente significativa con el polimorfismo en la posición 677.

**Conclusiones:** El MTX inhibe la producción de citocinas por las células T estimuladas. Las diferencias individuales en la inhibición de la producción de citocinas por el MTX "in vitro" podrían ayudar a predecir la respuesta clínica al fármaco. El polimorfismo A1298A estuvo asociado con una menor respuesta al MTX "in vitro".

*Patrocinio: Este trabajo ha sido financiado por Sbering-Plough*

## 52

### ESTUDIO FAMILIAR GENEALÓGICO DE PROCESOS REUMÁTICOS

M. Medrano San Ildefonso, A. Urruticoechea Arana, F. J. Manero Ruiz y J. I. Labarta Aizpún  
*Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.*

**Objetivos:** Existen diferentes procesos del aparato locomotor con cierta agregación familiar. En este trabajo se estudia la asociación de enfermedades reumáticas dentro de un mismo marco familiar. Se presenta una familia con múltiples miembros afectados de diferentes patologías valorando si existen determinados factores o si es debido al azar.

**Métodos:** Se realiza un estudio genealógico en tres generaciones de pacientes partiendo de una niña de 8 años con dolores óseos generalizados y fracturas de repetición. Se realiza una historia clínica recogiendo datos de semiología y exploración reumática a los diferentes miembros de la familia.

**Resultados:** En la paciente de 8 años se diagnostica una osteogénesis imperfecta acompañada de una escoliosis, fenómeno de Raynaud y un HLA B 27 sin clínica de espondilitis. El hermano de 8 años de edad presenta dentinogénesis imperfecta, una espondilartropatía indiferenciada con HLA B 27 negativo y un retraso psicomotor moderado. La madre con una espondilitis anquilosante (EA) HLA B 27 positivo y fenómeno de Raynaud. El padre resulta ser sano; una tía paterna presenta fenómeno de Raynaud y dentinogénesis imperfecta, y su hermano fracturas frecuentes. Así mismo una tía materna con fracturas frecuentes, fenómeno de Raynaud y su hermano fracturas frecuentes, una EA B 27 positivo y psoriasis. Numerosos miembros de la 2ª y 3ª generación presentan dentinogénesis imperfecta. En el marco familiar presentado se encuentran uniones familiares cosanguíneas.

**Conclusiones:** Existen asociaciones frecuentes entre las diferentes entidades reumáticas pero las que se relacionan en estas familias no corresponden a las habituales. Ello se explica por la cosanguinidad encontrada. En nuestra muestra familiar de tres generaciones, hemos encontrado el fenómeno de Raynaud en gran número de ellos de ambos sexos, espondilitis anquilosante, espondilartropatía indiferenciada, osteogénesis imperfecta y dentinogénesis imperfecta.

## 53

**TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA COMPLICADA CON FENÓMENO DE RAYNAUD**

J. L. Marengo, E. Rejon, S. Rodríguez, P. González y L. Mayordomo  
Valme.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia de infliximab en pacientes con esclerodermia. Los parámetros analizados fueron: contaje articular, escala analógica visual para fenómeno de Raynaud, test de Rodnan y test SF 36.

**Pacientes:** *Caso 1:* Mujer de 25 años diagnosticada de esclerodermia SCL-70 (+) desde hacía 7 años. Requirió ingreso durante dos años consecutivos para tratamiento de Raynaud complicado, con prostaglandinas iv. Presentaba además, poliartritis seronegativa con deformidad articular severa que no había respondido a tratamiento con drogas modificadoras de la enfermedad incluido metotrexato. Ha recibido 3 infusiones con infliximab (5 mgr/Kg.) refiriendo mejoría. *Caso 2:* Mujer de 43 años con Sd de Crest diagnosticada desde hacía 5 años. Requirió tratamiento intensivo ambulatorio durante 2 años consecutivos por Raynaud severo. Ha recibido 6 infusiones con infliximab (5 mgr/Kg.) refiriendo mejoría. *Caso 3:* Mujer de 51 años diagnosticada de esclerodermia difusa. Se trató con ciclofosfamida durante 2 años. Requirió tratamiento con prostaglandinas iv y bloqueo simpático continuo por úlceras en dedos de las manos. Tras la primera infusión con infliximab, comenzó con síntomas sugestivos de insuficiencia cardíaca, demostrándose en la ecocardiografía realizada una miocardiopatía restrictiva. Se suspendió el tratamiento.

**Resultados:** Sólo los pacientes 1 y 2 se tuvieron en cuenta para evaluar eficacia. EAV para Raynaud, disminuyó un 40% en el paciente 2. Ninguna de ellas ha precisado nuevos ingresos por complicaciones de su Raynaud. En la calidad de vida evaluada con el cuestionario SF-36 se obtuvo (porcentaje): función física 25%, rol físico 12,5%, dolor corporal 36%, vitalidad 10%, función social 37,5% y salud mental 20%. No diferencias significativas en contaje articular, escala de Rodnan y EAV de paciente ni médico.

**Conclusiones:** Sólo 1 paciente ha presentado mejoría en el Fenómeno de Raynaud medido mediante EAV. Sin embargo, ninguno ha precisado nuevos ingresos por este problema. El SF-36 mejoró en la mayoría de sus ítems. No se demostraron diferencias ni en el contaje articular ni en el test de Rodnan. El caso número 3, nos alerta sobre la posibilidad de que exista una miocardiopatía subclínica relacionada con esclerodermia que se ponga de manifiesto con la terapia con infliximab.

## 54

**HIPERURICEMIA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA**

R. Morlà Novell y J. Pujol Costa  
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Barcelona.

**Objetivo:** Conocer si es cierta la impresión clínica de aumento de la prevalencia de hiperuricemia (HU) en pacientes con Artritis Psoriásica (APs).

**Pacientes y métodos:** Se ha revisado en la literatura los resultados de HU en población sana (3,8%) y en pacientes

con APs (13%). Se han estudiado dos grupos de pacientes de la Unidad: todos los pacientes con APs (criterios de Weight and Moll) y todos los pacientes con Artritis Reumatoide (AR) (criterios ACR). Han sido excluidos del estudio los pacientes con insuficiencia renal u otras enfermedades hiperuricemiantes y los que tomaban algún fármaco que podía interferir en los niveles de uricemia. Los valores estándar de uricemia del laboratorio son de 2-6 mg/dl (mujeres) y 3,5-7,2mg/dl (hombres). Se han recogido las dos últimas determinaciones de uricemia y la cifra media ha sido la valorada en el estudio. Se han realizado tres comparaciones de valores porcentuales, del grupo de APs de nuestra unidad con: el grupo de AR, con el grupo de APs reflejado en la literatura y con el de población sana revisado. Para ello se ha utilizado el test estadístico de comparación de proporciones.

**Resultados:** Un total de 136 pacientes han sido estudiados, 23 de los 65 pacientes con APs (23/65:35,5%) y 13 de los 71 pacientes de AR (13/71:18,30%) han mostrado niveles altos de uricemia. Los test comparativos entre estos dos valores, y los del grupo de APs con los dos restantes de revisión (3,8% y 13%) han mostrado una diferencia significativa, con una  $p > 0,05$ .

**Conclusión:** Se confirma que nuestros pacientes con APs presentan niveles más elevados de HU.

**Bibliografía**

- Taccari E., Gigante M.C., Sorgi M.L., Giacomello A. Serum uric acid levels in psoriatic arthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology* 14 (1): 94, 1985.  
Lambert J.R., Wright V. Serum acid levels in psoriatic arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases* 36 (3): 264-67, 1977.

## 55

**PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**

R. Morlà Novell, J. A. Tormo Tormo y I. Reñaga Rubin  
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Barcelona.

**Objetivo:** Conocer la patología más frecuentes de los pacientes con dolor en la articulación temporomandibular (A.T.M.), con afecciones propias y otras de patología reumática generalizada.

**Material y métodos:** Se han estudiado todos los pacientes con clínica de dolor en A.T.M. vistos en la Unidad, propios o remitidos desde otros servicios (O.R.L. y cirugía maxilofacial), durante 6 meses. Se les ha practicado una resonancia magnética nuclear como prueba diagnóstica y se ha recogido la existencia y tipo de patología reumática previa.

Los pacientes han sido agrupados según diagnósticos: grupo 1 (patología degenerativa: artrosis), grupo 2 (patología inflamatoria: derrame articular sin patología meniscal ni degenerativa), grupo 3 (patología funcional: luxaciones y limitación de apertura, sin cambios degenerativos) y grupo 4 (normalidad estructural y funcional).

**Resultados:** Se ha obtenido un total de 25 pacientes, 11 (44%) pertenecían al grupo 1, 1 (8%) al grupo 2, 7 (28%) al grupo 3 y 6 (24%) al grupo 4. Los diagnósticos reumatológicos previos recogidos son: Artrosis generalizada (6/25), Artritis Reumatoide (2/25), Fibromialgia (5/25) y ninguno en 12.

**Conclusiones:** La patología local más frecuente (11/25:44%) ha sido la artrosis y en la mitad de estos pacientes (6/11:54%) se halla también una artrosis generalizada. Si con-

sideramos la suma de pacientes con normalidad y con alteraciones del funcionalismo éstos forman el grupo mayoritario (12/25:48%).

## 56

### VALORACIÓN DEL EFECTO SOBRE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA DE LA PÉRDIDA DE PESO TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES OBESOS

R. González Molina, C. Marras Fernández Cid, E. Soriano Navarro, J. Moreno Morales, L. Linares Ferrando, A. Bermúdez Torrente y P. Castellón De Arce  
*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.*

**Introducción:** La pérdida voluntaria de peso secundaria a la realización de restricciones dietéticas por pacientes obesos se relaciona con un descenso de la densidad mineral ósea (DMO). En los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica se obtienen pérdidas de peso mayores y a más corto plazo que con la dieta y el ejercicio físico, y pocos estudios valoran su efecto sobre la DMO.

**Objetivo:** Este estudio pretende la valoración del efecto sobre la DMO de la pérdida de peso secundaria a la cirugía bariátrica en pacientes obesos.

**Material y método:** Se incluyen 6 pacientes, 5 mujeres y 1 varón, con un Índice de Masa Corporal ó IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>, a los que se somete a cirugía como tratamiento de su obesidad. En todos los casos se mide la DMO lumbar y femoral mediante DEXA antes y después de la operación. Finalmente se comparan los resultados mediante la t de Student para datos apareados y el test de regresión lineal.

**Resultados:** Al cabo de una media de 8,8 ± 2,7 meses del intervencionismo quirúrgico se produce una disminución del peso y del IMC. Así mismo, son menores los valores de DMO lumbar en 5 de los 6 casos y de DMO femoral en 3 de los 6 casos, sin ser éstos, en ningún caso, indicativos de osteoporosis (el T score no alcanza valores de -2,5 ds.). Los datos no son estadísticamente significativos debido al reducido tamaño de la muestra aunque, en el estudio estadístico, la correlación entre los cambios en el peso y los de la DMO lumbar es sugestivamente mayor (r = 0,89) que con los de la DMO femoral (r = 0,22).

**Conclusión:** Parece existir cierta relación entre la pérdida de peso en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica y el descenso de la DMO lumbar. El estudio, de todos modos, aún sigue abierto.

## 57

### INFORMACIÓN Y AUTONOMÍA EN PACIENTES REUMÁTICOS

R. Morlà Novell, J. Martínez Montautí y M. Casado  
*Hospital de Sant Pau i Sta. Tecla, Observatori de Bioètica i Dret (UB).*

**Objetivo:** Conocer el grado de autonomía (capacidad de decisión) de una serie de pacientes reumáticos, aspecto de Bioética poco explorado en Reumatología.

**Pacientes Y Métodos:** Se ha diseñado una encuesta cerrada de 9 preguntas, en las que se valoran aspectos relevantes en Bioética: relación médico-pacientes, información y grado de autonomía de los pacientes. La encuesta se administró a todos los pacientes que acudieron durante tres días consecutivos a consultas externas de la Unidad. Previamente se reali-

zó un pre-test a 5 pacientes. Se excluyeron aquéllos con analfabetismo funcional y con deficiencias sensoriales.

**Resultados:** Se han recogido las encuestas de 54 pacientes, de edades entre 21 y 88 (media: 60,7), 14 hombres (25,9%) y 40 mujeres (74,1%), con niveles de estudios más frecuentes de primaria (29/54, 53,7%) y con una enfermedad reumática (artrosis, la más frecuente en 19/54, 35,1%). Se analizan las tres preguntas (6, 7 y 8) de interés referentes a la información y a la autonomía.

*Preg.6:* En caso de enfermedad crónica grave, ¿cómo quisiera que fuera la información dada por su médico?

- Toda (40/54:74,1%) “Alguna, sin aspectos angustiosos (6/54:11,1%).
- Alguna, pero los aspectos negativos mejor los dijeran a familiares (3/54:5,6%).
- No saber nada (2/54:3,7%).

*Preg.7:* En caso de efectos secundarios graves a fármacos o complicaciones de intervenciones, ¿quiere ser informado de ellos?

- Si, de todos (48/54: 88,9%).
- Sólo los más frecuentes y graves (4/54:5,6%).
- No quiero saberlos (1/54:1,9%).

*Preg.9:* Ante situación de gravedad extrema que precisara de medidas médicas agresivas, ¿cómo le gustaría que se actuara?

- Decisión propia con voluntades anticipadas (18/54:33,3%).
- Confiar en los profesionales médicos (14/54:25,9%).
- Decisión de una persona allegada (15/54:27,8%).

**Conclusiones:** Los resultados no son concluyentes en un sólo sentido. Aunque queda clara la voluntad de los pacientes de conocer todos los aspectos de su enfermedad, no queda clara la voluntad de decisión propia en situaciones de gravedad extrema.

## 58

### CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS INICIALES EN LA ARTRITIS REUMATOIDE PRECOZ

A. Balsa, S. Muñoz, D. Pascual Salcedo, J. L. Vicario, J. M. Tarrio, A. García Aparicio y E. Martín Mola  
*Hospital Universitario La Paz.*

**Objetivo:** Estudiar las características radiológicas de la artritis reumatoide (AR) de reciente comienzo.

**Pacientes y Métodos:** Se han estudiado 115 AR de inicio (< de 6 meses). En la primera visita se recogieron variables demográficas y se valoró la actividad por medio del dolor, la valoración del paciente y el médico, rigidez matutina, articulaciones dolorosas (NAD) y tumefactas (NAT), índice de Ritchie, VSG, PCR y HAQ. Se determinó la presencia del factor reumatoide (FR), los Ac anti péptidos citrulinados de segunda generación (CCP), los AC anti queratina (AKA) y el factor antiperinuclear (FAP) y los alelos HLA de clase II (DR y DQ) por biología molecular. Las radiografías se valoraron por el método de Sharp-van der Heijde.

**Resultados:** 45 pacientes (39%) tenían erosiones al inicio, 28 (62%) en los pies y 24 (53%) en las manos. La presencia y el número de erosiones se relacionó con el tiempo de evolución (12 ± 8 semanas en las no erosivas vs 18 ± 7, p = 0,001) y r = .43, p = 0,0001. No hubo diferencias en la puntuación radiológica (erosiones o global) en relación con ninguna variable de actividad o capacidad funcional. Aunque los pacientes con FR, Ac CCP, AKA, FAP y la presencia del epítipo compartido en el HLA DR, tenían mayores puntuaciones la diferencia no fue significativa.

**Conclusiones:** El tiempo de evolución de la AR es uno de los principales factores que influyen en el desarrollo de erosiones por lo que es fundamental en estos pacientes un diagnóstico precoz para mejorar su evolución.

## 59

### SITUACIÓN GEOGRÁFICA Y SOCIAL DE LA REUMATOLOGÍA EN MURCIA

J. Moreno Morales

*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.*

**Objetivo:** Crear un mapa de la situación de la Reumatología en la Región de Murcia, describiendo su situación geográfica y social.

**Material y métodos:** Partimos de la base del estudio EPISER (20 municipios de la geografía española, incluido el municipio murciano de Yecla), y aplicamos el estudio al censo poblacional de la Región de Murcia del año 2000, teniendo en cuenta la división en áreas de salud de la asistencia sanitaria y el número de Reumatólogos existentes en la sanidad pública murciana (distribuidos por hospitales y áreas de salud).

**Resultados:** El número de Reumatólogos, que ejerce como tal, en el sistema público de salud de la Comunidad de Murcia en enero 2003 es de 16. La población censada en la Comunidad de Murcia en el año 2000 era de 1.149.328 habitantes, con lo que aplicando la prevalencia obtenida de los datos del estudio EPISER, estaríamos hablando de 514.899 casos de lumbalgia, 13.792 casos de Artritis Reumatoide, 117.231 casos de artrosis de rodilla, 22.986 casos de Fibromialgia, y 39.077 casos de osteoporosis. De los 1.149.328 habitantes, la distribución geográfica quedaría distribuida en áreas de salud de la siguiente forma:

Áreas I y VI: 612.587 habitantes, 11 reumatólogos, ratio 1/55.690.

Área II: 288.272 habitantes, 4 reumatólogos, ratio 1/72.068

Área III: 133.774 habitantes, 1 reumatólogo.

Área IV: 64.522 habitantes, 0 reumatólogo.

Área V: 50.169 habitantes, 0 reumatólogo.

**Conclusiones:** La asistencia Reumatológica en la región de Murcia se encuentra demasiado centralizada como para ser efectiva. A medida que, geográficamente, nos alejamos de la capital, disminuye el número de Reumatólogos, quedando algunas áreas sin asistencia. A pesar de que el número de Reumatólogos parece elevado, queda alejado de las recomendaciones internacionales: EE.UU.: 1/44.492; OMS: 1/60.000; ILAR: 1/21.277.

## 60

### LOS FIBROBLASTOS HUMANOS DÉRMICOS Y SINOVIALES EXPRESAN SIMULTÁNEAMENTE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA II, AT1 Y AT2

M. Galindo Izquierdo, B. Santiago Martín, G. Palao Bastardés y J.L. Pablos Álvarez

*Servicio de Reumatología y Unidad de Investigación, Hospital 12 de Octubre, Madrid.*

**Antecedentes:** La angiotensina II (AT II) participa en la patogenia de la arteriosclerosis y de las nefropatías crónicas mediante efectos hemodinámicos y celulares locales, autocrinos y paracrinos. La AT II ejerce su acción a través de los

receptores AT1 y AT2, en general con efectos contrapuestos y diferente regulación. Estudios previos sugieren la participación de la ATII en la fibrosis esclerodérmica y el la patogenia de la inflamación reumatoide. Este trabajo analiza la expresión de ambos tipos de receptores, AT1 y AT2 en los fibroblastos dérmicos (FD) y sinoviales (FLS) en cultivo, así como su regulación diferencial por citoquinas y según el estado de crecimiento.

**Métodos:** La expresión basal de AT1 y AT2 se analizó en FD y FLS en cultivo por western blot. Se estudió el efecto del estado de crecimiento celular y de diferentes citoquinas sobre la expresión de AT1 y AT2. Estudiamos los efectos de la ATII sobre la proliferación, apoptosis y síntesis de colágeno en presencia o ausencia de inhibidores selectivos AT1 (losartan) o AT2 (PD123319).

**Resultados:** Tanto los FD como los FLS expresan ambos receptores AT1 y AT2. Encontramos que AT1 se induce en crecimiento y AT2 en quiescencia obtenida por privación de suero. El tratamiento previo con TNF- $\alpha$  o TGF- $\beta$  induce AT1 y TNF- $\alpha$ , TGF- $\beta$  e IFN- $\gamma$  inducen AT2. El tratamiento con ATII no indujo síntesis de colágeno, proliferación ni apoptosis en FD ni en FLS. El pretratamiento con losartan o PD123319 tampoco modifica la respuesta a la ATII.

**Conclusiones:** Los fibroblastos humanos dérmicos y sinoviales expresan simultáneamente los receptores de AT II, AT1 y AT2 un fenómeno no descrito en fibroblastos de otros órganos. La coexpresión de ambos receptores en nuestro estudio se asocia a una falta de respuesta celular a la ATII que podría explicarse por la heterodimerización de ambos tipos de receptores. Nuestro estudio sugiere que este fenómeno puede representar una vía de resistencia natural a la ATII que explicaría la pobre respuesta antiinflamatoria o antifibrótica de los antagonistas de la ATII en la esclerodermia o la artritis reumatoide.

## 61

### ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN REUMATOLOGÍA: ATENCIÓN PRIMARIA URBANA FRENTE A CONSULTA EXTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL RURAL

M. Ciria Recasens, S. Boniquet, I. González Saavedra, A. Parramón Bregolat

*Sant Hospital Seu d'Urgell.*

**Objetivo:** Valorar las diferencias en las características de los pacientes remitidos a la consulta de un reumatólogo en Atención Primaria de una gran ciudad (Barcelona) y en un hospital comarcal de una comarca rural (Alt Urgell), así como analizar la patología remitida en ambos ámbitos.

**Material y métodos:** Se analizan los pacientes remitidos a un reumatólogo de referencia para Atención Primaria en Barcelona (CAP Besós) y en un hospital comarcal (Sant Hospital Seu d'Urgell), así como los diagnósticos reumatológicos de dichos pacientes. En ambos casos la actividad de atención especializada se implantó "de novo" al inicio del año 2002, asumiendo la patología reumatológica de su área de influencia. Los diagnósticos se codificaron mediante sistema ICD9 y para su análisis se clasificaron en cinco grandes apartados: 1) artrosis axial y periférica, 2) patología de partes blandas, 3) patología microcristalina, 4) patología inflamatoria, 5) enfermedades metabólicas óseas. Las diferencias entre ambas consultas se estudian mediante Ji cuadrado.

**Resultados:** Se realizaron un total de 514 primeras visitas en el CAP Besós (1,6% de la población) y 194 primeras visitas en el Sant Hospital (0,98% de la población;  $p < 0,001$ ). No se apreciaron diferencias significativas en la edad de los pacientes derivados, aunque sí en su distribución por sexo. Los diagnósticos difirieron entre ambos centros, con mayor presencia en la consulta del hospital comarcal de patología inflamatoria y una mayor presencia de artrosis y patología de partes blandas en CAP Besós (Tabla 1).

Tabla 1: Distribución de 1ª visitas y diagnósticos

Procedencia	Edad	Mujeres %	Artrosis %	Partes blandas %	Microcristalinas %	P. inflamatoria %	P. metabólica ósea %
CAP Besós	60,4 ± 15	82,4*	36,4*	39*	1,2	7,6*	14,7
Sant Hospital	59,3 ± 15	75,8*	23,4*	25,7*	2,5	22*	18,3

\* $p < 0,05$

**Conclusiones:** El grado de frecuentación de primeras visitas fue menor en la consulta externa del hospital comarcal que en atención primaria de Barcelona, debido posiblemente a una menor accesibilidad geográfica en la comarca de l'Alt Urgell o por un mayor control de la patología reumatológica degenerativa por parte de los médicos de Atención Primaria. El porcentaje de mujeres fue mayor en el CAP Besós, aunque en ambos centros significó más de las tres cuartas partes de las primeras visitas realizadas. Se aprecia una mayor prevalencia de patología inflamatoria entre los pacientes derivados al hospital comarcal, posiblemente debido a las mismas razones.

## 62

### TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB EN ESPONDILIOARTROPATÍAS REFRACTARIAS

A. García Aparicio, S. Muñoz Fernández, G. Bonilla Hernán, J. Fernández Melón, M. Pombo, T. Cobo, A. Hernández, E. De Miguel y E. Martín Mola

Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia y seguridad de infliximab (INF) en pacientes con espondiloartropatías (SPA) refractarias al tratamiento convencional.

**Material y métodos:** Criterios de inclusión: pacientes con espondiloartropatías activas y refractarias a tratamiento convencional según los criterios de actividad y refractariedad propuestos por la SER. *Período de inclusión de los pacientes:* noviembre 2001 a enero de 2003. Se administraron 5 mg/Kg de infliximab en las semanas 0, 2, 6 y cada 8 semanas, solicitando el permiso por escrito de los pacientes y según el protocolo de uso compasivo de medicación del Ministerio de Sanidad. En cada infusión se realizó una analítica completa con VSG, PCR y ANA además de una valoración clínica que incluía: BASDAI, BASFI, BASMI, rigidez matutina, HAQEA, evaluación global por parte del paciente y recuento de articulaciones dolorosas y tumefactas. Para el estudio estadístico se empleó la prueba de Wilcoxon. Para mostrar resultados homogéneos de los pacientes, en este estudio se presentarán los datos hasta la semana 14 de tratamiento.

**Resultados:** Se incluyeron 13 pacientes (8 varones y 5 mujeres, edad media 44,8): 4 con artropatía psoriásica, 4 con espondilitis anquilosante (EA) B 27 positivo, 2 con SPA asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, 2 con SPA indiferenciada y 1 con EA B 27 negativo. De los 13 pacientes, 10 tenían afectación axial y periférica, 1 sólo axial y 2 sólo artritis periférica. Todos habían recibido AINE a dosis plenas y salvo en un

caso, uno o más FAME (11 metotrexate, 7 salazopirina, 1 AZA y 1 ciclosporina). Se observó una mejoría estadísticamente significativa entre el período basal y las semanas 2, 6 y 14 en el HAQEA ( $p = 0,018$ ), la VSG ( $p = 0,012$ ), la valoración por el paciente ( $p = 0,012$ ) y la PCR ( $p = 0,018$ ). Actualmente hay cuatro pacientes que han llegado a la semana 34 manteniendo esta mejoría. En el resto de variables se observó una tendencia hacia la mejoría que no fue estadísticamente significativa probablemente por el tamaño de la muestra. Un paciente presentó una dermatitis liquenoide después de la sexta infusión que no impidió continuar con el tratamiento. En ninguno se observó la aparición de ANA o antiDNA.

**Conclusión:** En los casos de espondiloartropatías activas y refractarias a tratamiento convencional el infliximab puede ser una opción terapéutica eficaz y segura.

## 63

### ACTIVIDAD LABORAL Y NIVEL DE ESTUDIOS EN LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA): RELACIÓN CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

M. J. Moreno Ramos y L. F. Linares Ferrando

Hospital Santa María del Rosell. Cartagena, Hospital Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia.

**Objetivos:** Evaluar la relación entre la actividad laboral y el nivel de estudios y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en la Espondilitis Anquilosante (EA).

**Material y métodos:** Estudio transversal en 115 pacientes ambulatorios con EA (97 varones y 18 mujeres), diagnosticados según los criterios modificados de Nueva York. Los síntomas de depresión se valoraron mediante la versión española del GDS (Escala de Depresión Geriátrica), y la ansiedad por el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, versión española). La capacidad laboral se valoró según se encontrasen los pacientes realizando una actividad laboral remunerada en el momento de la entrevista, o en situación de invalidez laboral. El nivel de educación (estudios) se valoró por el grado de escolarización de cada paciente. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS versión 6.0, 1.

**Resultados:** El 23% mostró síntomas depresivos (puntuación  $\geq 8$  en el GDS) y el 31% presentó síntomas de ansiedad (puntuación  $\geq 8$  en STAI). El 59% (68 pacientes) continuaba realizando una actividad laboral remunerada en el momento de la entrevista, mientras que el 41% restante (47 pacientes) presentaba algún tipo de invalidez. En cuanto al nivel de estudios, 7 pacientes eran analfabetos funcionales (6%), 17 habían estado escolarizados (15%), 46 (41%) habían completado estudios primarios, 25 (22%) habían terminado Bachiller, y el 16% (18 pacientes) completaron estudios universitarios. En cuanto a la situación laboral, en aquellos pacientes que realizaban una actividad laboral remunerada, las puntuaciones medias de los cuestionarios GDS y STAI fueron de  $3,9 \pm 3$  puntos y de  $5,5 \pm 2,4$  puntos respectivamente; en aquellos en situación de invalidez, las puntuaciones medias fueron de  $6,6 \pm 3,7$  y de  $7 \pm 2$  puntos para GDS y STAI respectivamente. En ambos casos, las diferencias alcanzaron significación estadística ( $p < 0,001$ ). En la Tabla 1 se presentan las puntuaciones medias de estos cuestionarios de ansiedad y depresión según el nivel de estudios.

Nivel de estudios

	Analfabetos	Escolarizados	Primaria	Bachiller	Universitarios	Nivel significación
GDS	9 ± 4	6,2 ± 3,2	5 ± 3,3	4,7 ± 4,2	2,9 ± 2,5	$P < 0,001$
STAI	8,4 ± 1,5	7,2 ± 2	6,2 ± 2,2	6,1 ± 2,4	4,4 ± 2,6	$P < 0,001$

**Conclusiones:** Los resultados de este estudio indican que la situación laboral y el nivel de educación (estudios) son dos importantes predictores del desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión entre nuestros pacientes con EA.

## 64

### AQUAPORINAS EN EL CARTÍLAGO ARTICULAR HUMANO; MODIFICACIONES EN ARTROSIS Y ARTRITIS REUMATOIDE

E. Trujillo Martín, P. Martín Vasallo, A. Mobasheri, B. Masrani, D. Marples y T. González García  
*Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.*

Las Aquaporinas son un grupo funcionalmente definido de proteínas-canal transportadoras de agua. Las interacciones entre el agua y los cationes confiere a la matriz del cartilago su poder de resistir las cargas. En este trabajo estudiamos la expresión de las Aquaporinas 1, 2 y 3 (AQP1, AQP2, AQP3) en el cartilago articular humano y comparamos la expresión de AQP1 entre el cartilago sano y el obtenido de pacientes afectos de artrosis (OA) y artritis reumatoide (AR).

**Material y Método:** Hemos utilizado las técnicas de inmunohistoquímica e inmunofluorescencia para detectar Aquaporinas en cartilago humano, usando anticuerpos policlonales especie-específicos contra AQP1, AQP2 y AQP3. Empleamos Immunoblott y inmunocitoquímica para comparar la expresión de AQP1 en condrocitos humanos aislados frescos y una línea celular de condrocitos derivados de cartilago humano. Para comparar la expresión de AQP1 en cartilago normal y afecto de OA y AR, usamos el análisis de las imágenes imágenes obtenidas con microscopio de inmunofluorescencia laser confocal.

**Resultados:** Los resultados de la inmunohistoquímica muestran que AQP1 se expresa abundantemente en todo el espesor del cartilago humano y que AQP3 se expresa débilmente en las áreas de superficie y medias. Sin embargo, la expresión de AQP1 se reduce significativamente en condrocitos aislados frescos y desaparece en los condrocitos de la línea celular. No hemos encontrado evidencia de presencia de AQP2 en condrocitos. No hubo diferencias de expresión de AQP1 entre el cartilago sano y el afecto de OA, sin embargo hay una significativa reducción de su expresión en el cartilago afecto de AR.

**Discusión:** Este estudio muestra que AQP1 se expresa en los condrocitos humanos in situ pero no en los condrocitos aislados ni en los de una línea celular. La presencia de AQP1 hace suponer que juega un papel en el transporte de agua de los condrocitos dentro del cartilago y su reducción o ausencia de expresión en condrocitos aislados o derivados de una línea celular sugiere que estos carecen de los requerimientos fisiológicos para el transporte de agua mediado por AQP1.

## 65

### ESTUDIO SOBRE CONCOMITANCIA FARMACOLÓGICA EN LAS FRACTURAS DE CUELLO DE FÉMUR

R. Valls García  
*Hospital de Palamós.*

**Objetivo:** Se estudian 42 pacientes ingresados durante el año 2002 en el Hospital Comarcal de Palamós por padecer fracturas del cuello femoral. El objetivo es valorar los fármacos

que los pacientes estaban tomando en el momento de la fractura, el tipo de fractura y, si Posteriormente iniciaron tratamiento antiresortivo y/o estudio de osteoporosis.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio observacional retrospectivo que abarca un período de 6 meses y que incluye a 42 pacientes. Dichos pacientes fueron intervenidos por presentar fractura de fémur. Se recogen los datos demográficos de los pacientes, el tipo de fractura y la concomitancia farmacológica.

**Resultados:** El promedio de edad de los pacientes fue de 80,7 años. El sexo predominante fue el femenino (relación 5:1). El porcentaje de exitus en el primer año fue del 14,2%. El 57,1% de los enfermos padecían trastornos neurológicos del tipo demencia senil, Enf. de Alzheimer y síndrome depresivo. El 42,8% tomaban psicofármacos, muchas veces en asociación. Sólo el 4,7% recibían tratamiento antiosteoporótico. El 57,1% recibían tratamiento antihipertensivo. El 21,4% recibían analgésicos y 7,1% se trataban con AINES.

**Conclusiones:** La fractura de cuello de fémur acontece predominantemente en pacientes de sexo femenino, con antecedentes de enfermedad neurológica y que reciben tratamiento con psicofármacos, muchas veces en asociación. Mayoritariamente no han recibido tratamiento antiosteoprotico.

## 66

### EVOLUCIÓN DE AMILOIDOSIS SECUNDARIA A ENFERMEDADES INFLAMATORIAS CRÓNICAS EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB

E. Tomero Muriel, I. González Álvaro, A. Laffon Roca, A. Ortiz García, E. Ciruelo Monje y R. García Vicuña  
*Hospital General de Segovia.*

**Introducción:** La amiloidosis secundaria (AS) es una complicación relativamente frecuente en artropatías inflamatorias crónicas, y suele aparecer en pacientes con una enfermedad severa, de larga evolución y con mal control de su proceso de base. La inflamación crónica produce un incremento de la producción hepática de los reactantes de fase aguda incluida la proteína amiloidea A (SAA), precursora del depósito de amiloide. El diagnóstico de esta enfermedad ensombrece el pronóstico de estos pacientes cuando existe afectación visceral, principalmente del riñón. La respuesta a las diferentes terapias utilizada hasta el momento es pobre, y tan sólo un mejor control de la enfermedad de base puede mejorar el pronóstico. El tratamiento con Infliximab (IF) ha demostrado ser una terapia eficaz para el tratamiento de diferentes artropatías inflamatorias crónicas. Uno de los efectos del bloqueo del factor de necrosis tumoral (TNF- $\alpha$ ) es el rápido descenso de los niveles de IL-6 y secundariamente de la proteína C reactiva (PCR). Puesto que ha sido demostrado el comportamiento paralelo de la proteína SAA y de la PCR, IF podría ser un tratamiento eficaz para detener la progresión de la amiloidosis secundaria al disminuir la oferta del precursor de la proteína amiloidea A.

**Objetivo:** Describir la evolución de una población de pacientes con amiloidosis secundaria a artropatías inflamatorias crónicas tras un año de tratamiento con IF.

**Método:** Se administró IF a 12 pacientes según las pautas establecidas para cada enfermedad. Antes de cada infusión se recogieron los siguientes datos: número de articulaciones inflamadas (NAT28) y dolorosas (NAD28), escala analógica visual del dolor (EAV), PCR (mg/dl) o VSG (mm Hg), valo-

ración global de la enfermedad por médico (VGM) y paciente (VGP), test de HAQ, BASDAI y BASFI para espondilolartropatías, fosfatasa alcalina (FAL) y parámetros de función renal: creatinina en sangre (Cr), aclaramiento de creatinina (Ccr) y proteinuria (PR) en orina de 24 horas. Se evaluó el índice de actividad de la enfermedad (DAS 28) para las poliartropatías en cada infusión según los criterios de respuesta EULAR a los 6 y 12 meses desde el inicio del tratamiento. Se realizó análisis comparativo a los seis y doce meses mediante test estadístico Mann Whitney. Se registraron los efectos adversos durante el tratamiento.

**Resultados:** Se incluyeron 7 artritis reumatoide (AR), 3 artropatías psoriásica (APS) y 2 espondilitis anquilosante (EA). El 75% son mujeres y la edad media es 58,5 años (42-85). El tiempo de evolución de la enfermedad son 17,5 (3-48) años. Han recibido tratamiento con una media de 3,92 ( $\pm$  2,1) fármacos modificadores de la enfermedad y un 50% han estado en tratamiento con clorambucil (en tres se suspendió por ineficacia, y en el resto por toxicidad medular). Se han diagnosticado de amiloidosis hace 53,2 meses ( $\pm$  41,6), y 10 de ellos tienen afectación visceral: 2 tienen afectación hepática, 7 renal, 1 vesical, 1 intestinal, 1 polineuropatía. De los datos analizados tuvieron significación estadística ( $p < 0,05$ ) NAT, NAD, VGP, VGM, HAQ, la PCR, los niveles de proteinuria y el DAS 28 tanto a los 6, como a los 12 meses del inicio del tratamiento. El resto de variables analizadas no tuvieron suficiente significación estadística, pero en todas ellas se apreció mejoría en los resultados.

	Basal	6 meses	12 meses	Sign. estadist
BASDAI	34,9+/-4,4	14,5+/-14,9	13,1+/-6,8	
HAQ	1,6+/-0,7	1,1+/-0,7	0,9+/-0,7	P<0,05
PCR (MG/DL)	4,3+/-3,7	0,9+/-0,8	1,5+/-2,1	P<0,05
CR (MG/DL)	1,7+/-0,4	1,6+/-0,2	1,6+/-0,3	
CLCR (ML/MIN)	37,7+/-14,8	41,3+/-12,9	50,6+/-21,5	
Proteinuria (MG/24H)	484+/-211	335+/-204	260+/-151	P<0,05
FAL (U/L)	333+/-43	213+/-51	106+/-5	
DAS28	5,5+/-1,3	3,9+/-1,3	4,1+/-1,3	P<0,05

Los efectos secundarios detectados fueron: 2 infecciones respiratorias leves, 1 infección urinarias, 2 herpes simple, 1 sinusitis maxilar, 1 celulitis y 1 reacción cutánea durante la infusión.

**Conclusiones:** IF mejora los parámetros de actividad clínicos y funcionales en artropatías inflamatorias refractarias, detiene el deterioro de la función renal. Además disminuye los niveles de PCR lo que supone control de la respuesta inflamatoria de fase aguda y disminución de producción de proteína amiloide. Todavía son necesarios más estudios sobre el papel de IF en AS, pero podría ser la terapia que estamos buscando para mejorar el pronóstico estos pacientes.

## 67

### MEDIDAS DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON ARTRITIS Y ARTROSIS

M. Núñez, E. Núñez, J. del Val, D. Muñoz y J. Muñoz  
*Hospital Clínic, Barcelona.*

**Objetivos:** Comparar medidas genéricas con medidas específicas de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con artritis reumatoide (AR) y artrosis de rodilla (OA) para valorar su utilidad en la práctica clínica.

**Pacientes:** 170 pacientes, 70 diagnosticados de AR, 20 hombres y 50 mujeres, edad media 51,8 años (DE: 16,03) y 100 diagnosticados de OA, 71 mujeres y 29 hombres, edad me-

dia 72 años (DE: 8,00).

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Se determinaron las siguientes variables: edad, sexo, capacidad funcional y dolor medidas a través de los cuestionarios HAQ para las AR, WOMAC (L K 3.0) para las OA y las subescalas función física, rol funcional y dolor del cuestionario SF-36. Análisis estadístico: Se calculó la media y la desviación estándar para cada una de las variables y análisis de correlación para la relación de las variables.

**Resultados:** Para la AR, la correlación entre HAQ y SF-36 fue estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ), y de relevancia para HAQ-dolor corporal (66,9%), HAQ-función física (73%) y HAQ-rol físico (69,1%), siendo la correlación inversa para todos ellos. En la OA aunque la correlación entre WOMAC y SF 36 fue estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) no superó en ningún caso el 50%.

**Conclusiones:** La correlación entre los cuestionarios específicos y el SF-36 para las dos enfermedades en estudio es estadísticamente significativa. En la AR se podría prescindir del cuestionario específico dado que la correlación entre ambos cuestionarios es elevada y podría recomendarse la utilización del cuestionario SF-36 ya que aporta más información relativa a la calidad de vida. En la OA la correlación es baja por lo que la decisión de utilizar un cuestionario u otro o la combinación de ambos vendrá determinada por el tipo de evaluación que se precise.

## 68

### CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

M. Núñez, E. Núñez, L. Quinto, F. Macule, J. Segur y C. Vilalta  
*S. Reumatología ICAL Hospital Clínic.*

**Fundamentos:** Un estudio previo demostró que los pacientes en lista de espera para artroplastia de rodilla presentaban un importante deterioro de su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Un programa de intervención en este período podría mejorar o minimizar el impacto de dicha situación.

**Objetivos:** Evaluar, utilizando medidas de CVRS, el efecto de dos pautas terapéuticas, tratamiento convencional (TC) grupo 1 versus TC más educación terapéutica y readaptación funcional (ERF) grupo 2, en pacientes diagnosticados de gonartrosis que permanecen en lista de espera para colocación de prótesis total de rodilla.

**Pacientes:** 100 pacientes (71 mujeres, edad media 72 (50-86), tiempo medio de evolución de la enfermedad 9,24 \* 7,93 meses.

**Métodos:** Estudio longitudinal de 6 meses de seguimiento. Los pacientes fueron randomizados en dos grupos. El grupo 1 recibió tratamiento (farmacológico) convencional ( $n = 50$ ). El grupo 2 recibió educación terapéutica y readaptación funcional además del tratamiento convencional ( $n = 50$ ). Se determinaron las siguientes variables: sociodemográficas, clínicas, radiológicas y medidas de CVRS (WOMAC y SF-36). Las relaciones se analizaron usando modelos de regresión lineal.

**Resultados:** Los pacientes que recibieron educación terapéutica, grupo 2, mostraron una significativa mejoría en las dimensiones dolor y función física medidas con el cuestionario SF-36 ( $p = 0,048$  y  $p = 0,050$  respectivamente) y así mismo también mejoraron el dolor y la incapacidad funcio-

nal medidas con el cuestionario WOMAC ( $p = 0,005$  y  $p = 0,017$ ). Los pacientes del grupo 1 empeoraron con respecto a la situación basal.

**Conclusiones:** La calidad de vida de los pacientes que recibieron educación terapéutica además del tratamiento convencional mejoró significativamente mientras que el grupo que recibió solamente tratamiento farmacológico empeoró.

## 69

### SÍNDROME DE MÜELLER-WEISS: UNA CAUSA POCO CONOCIDA DE TARSALGIA

M.J. Martínez Blasco, M. Fernández Espartero y J. de la Mata Hospital de la Zarzuela.

**Introducción:** El síndrome de Müller-Weiss (SMW) es un trastorno poco frecuente que se caracteriza por la osteonecrosis uni o bilateral del escafoide tarsal del adulto. Generalmente se acompaña de signos inflamatorio externos, por ello puede ser fácilmente confundido con una artritis de tarso.

**Objetivos:** El objetivo del presente trabajo es revisar las características epidemiológicas, clínico-radiológicas y pronósticas de una serie de 7 pacientes afectadas de SMW.

**Pacientes y métodos:** Los datos epidemiológicos, clínicos, antropométricos, analíticos, radiológicos y pronósticos de 7 pacientes con SMW que acudieron a nuestra consulta en el período de 1997-2002, fueron revisados retrospectivamente.

**Resultados:** Todos los pacientes fueron mujeres posmenopáusicas de edad media 60 años (52-73). El motivo de consulta fue dolor y tumefacción de más de 6 meses en uno (43%) o ambos tarsos (53%). La mitad de ellas tenían antecedentes de uno o más factores de riesgo cardiovascular y/o habían padecido fractura de stress u osteonecrosis previa. El 43% de las mujeres tenían sobrepeso y el 57% pie plano valgo. En ningún caso se detectaron alteraciones analíticas pero a todas las pacientes se les detectó algún grado de osteoporosis. La resonancia magnética (RMN) fue diagnóstica con independencia de la duración de los síntomas. El patrón radiológico típico de "coma" sólo apareció en el 43% de las pacientes, y siempre en casos de > 2 años de evolución. A los 6 meses del diagnóstico, la mitad de las pacientes experimentaron mejoría o desaparición del dolor con tratamiento.

**Conclusiones:** EL SMW es una entidad que podría estar infradiagnosticada en la práctica clínica por su clínica poco específica y un patrón radiológico tardío. Mujeres de edad madura, obesas, con algún factor de riesgo cardiovascular, pie plano valgo, osteoporosis y tarsitis de > 6m de evolución podrían ser subsidiarias de una RMN de pie.

## 70

### EFICACIA Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO DE LA VERTEBROPLASTIA PERCUTÁNEA EN EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS VERTEBRALES OSTEOPORÓTICAS

M. Coll Batet, N. Segalés Plana, M. Ciria Recasens, L. Pérez Edo, J. Serra Burgés, P. Benito Ruiz, J. Carbonell Abelló y J. Blanch Rubió  
Servicio de Reumatología. Hospital del Mar y de la Esperanza. IMAS. Barcelona.

**Introducción:** La osteoporosis es la enfermedad metabólica ósea más prevalente cuya complicación más frecuente es la fractura vertebral. Esta fractura altera la capacidad funcional y la calidad de vida. La vertebroplastia percutánea (VP) es

una técnica poco invasiva cuya finalidad principal es mejorar el dolor. Consiste en la inyección de polimetilmetacrilato guiada por técnica de imagen (TAC) en el cuerpo vertebral patológico.

**Objetivo:** Valorar la eficacia y seguridad de la VP a corto y largo plazo en pacientes con fractura vertebral osteoporótica refractaria al tratamiento analgésico habitual y su impacto en la calidad de vida relacionada con la salud.

**Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo y abierto que incluye pacientes con fracturas vertebrales de origen osteoporótico con puntuación en la Escala visual analógica del dolor (EVA) superior a 50 mm tras un mes de tratamiento analgésico habitual. Se determinan los cambios en el tiempo en las puntuaciones de las escalas de dolor EVA y Escala de McGill-Melzack (McG-M) y del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud Perfil de Salud de Nottingham (PSN versión española). Estas escalas se aplicaron antes de la intervención, a las 24 horas (EVA), al mes, dos, tres, seis y doce meses. Análisis estadístico: se realizó estudio estadístico mediante paquete SPSS 10 para Windows. La variable McGill-Melzack, (verbal) se ha analizado como continua, al ser valores correlativos y de gravedad creciente.

**Resultados:** Fueron incluidos 21 pacientes (edad:  $71,7 \pm 9,79$  años). El tiempo de evolución medio de la fractura fue de 8 semanas. En dos pacientes se realizó VP de dos cuerpos vertebrales en la misma intervención. De 23 vértebras tratadas, 15 fueron dorsales y 8 lumbares, siendo las más frecuentes D12 (5) y L1 (4). Los pacientes con doble VP no presentaron diferencias basales respecto a las VP únicas. Las diferencias en la puntuación de las escalas en cada control se presentan en la tabla I. No se han evidenciado efectos adversos relacionados con la técnica. Durante el seguimiento, un paciente presentó una nueva fractura vertebral no adyacente a la vértebra tratada al mes de la VP; otra sufrió una caída casual con fractura ilio-isquiopubiana previa al control anual. Un paciente fue exitoso debido a su patología renal de base.

Tabla 1: Evolución temporal de las escalas.

Escalas	Basal	1 día	1 mes	2 meses	3 meses	6 meses	12 meses
EVA	73	21	44	26	29	7	54*
McG-M	3,33	NR	1,89	1,22	1,38	0,75	2*
PSN global	61,47	NR	51,47	44,33	38,29	50,33	53*
n	21	17	18	9	9	4	3

\*Incluye una paciente con fractura ilio-isquiopubiana.

Todas las diferencias respecto a visita basal son estadísticamente significativas. NR = no realizado.

**Conclusiones:** La vertebroplastia es una técnica eficaz y segura en el control sintomático del dolor de fracturas vertebrales refractarias al tratamiento habitual. La disminución del dolor se demuestra desde las primeras 24 horas, y se mantiene durante todo el seguimiento. Esta mejoría se correlaciona con un incremento de la calidad de vida. No se han evidenciado efectos secundarios relacionados directamente con la VP.

## 71

### ANGIOMATOSIS BACILAR: ENFERMEDAD EMERGENTE CON MANIFESTACIONES OSTEOARTICULARES

V. Ortiz Santamaría, M. Valls Roc, M. Sanmartí, S. Holgado, C. Tural, J. Romeu, A. Olivé y X. Tena  
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona.

La angiomatosis bacilar (AB) es una enfermedad infecciosa causada por *Bartonella spp.* Se caracteriza por afectar a enfermos inmunodeprimidos y cursar con manifestaciones cutáneas y osteoarticulares.

**Objetivo:** Describir los casos de angiomas bacilar registrados en una sección de reumatología desde el año 1983 al 2003.

**Métodos:** Lugar: Hospital Universitario. Referencia: Área de 700.000 habitantes. Diseño: Retrospectivo. Muestra: enfermos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con manifestaciones osteoarticulares. La angiomas bacilar se confirmó mediante tinción de Warthin-Starry y microscopía electrónica.

**Resultados:** Se describen 2 enfermos varones, ambos de 41 años de edad, de los 125 enfermos infectados por el VIH con manifestaciones osteoarticulares.

Enfermedades oportunistas	Condiloma acuminata	Sarcoma de Kaposi (SK)
Estado inmunológico	CD4 de 20 céls/mm <sup>3</sup>	CD4 de 295 céls/mm <sup>3</sup>
Lesión cutánea	Placa eritematosa ulcerada en pierna derecha	Pápula friable violácea en antepié izquierdo
Lesión lítica ósea	2º metacarpiano y trapecoide derecho	Cuboides izquierdo

\* En el caso A, la biopsia cutánea y ósea fue compatible con el diagnóstico de AB. En el caso B, la biopsia cutánea fue sugestiva de SK y la ósea de AB.

**Conclusiones:** La AB se presenta en estadios avanzados de la infección por el VIH y se caracteriza por lesiones osteolíticas. Las lesiones óseas de AB no siempre subyacen a las lesiones cutáneas. Pueden coexistir lesiones cutáneas de SK y óseas de AB, siendo más habitual la afección ósea en la AB que en el SK.

## 72

### ARTRITIS SÉPTICAS: ESTUDIO DE LOS CASOS EN NUESTRO SERVICIO EN 2002. COMPARACIÓN DE RESULTADOS RESPECTO A LOS OBTENIDOS EN LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS

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

**Objetivo:** Estudiar las características clínicas de las Artritis Sépticas (A.S.) en nuestro Servicio en el 2002 y comparar los resultados obtenidos en un estudio previo en nuestro medio en los últimos 6 años (1995-2001).

**Material y métodos:** Se analizaron prospectivamente todos los pacientes ingresados con sospecha de A.S. en nuestro Servicio durante el 2002 según protocolo que incluía las siguientes variables: sexo, edad, localización, microorganismo implicado, factores de riesgo y evolución.

**Resultados:** Se identificaron 13 casos de A.S. Del total de la muestra 10 pacientes fueron hombres (77%) y 3 mujeres (23%). La edad media fue de 58 años (29-84). La localización más frecuente fue la articulación de la rodilla (38%). El microorganismo responsable del mayor número de casos fue el *S. aureus* (46%). Los pacientes con antecedentes de intervención quirúrgica o artrocentesis previa con 6 casos supone el grupo de riesgo más numeroso. La evolución con antibioterapia, artrocentesis de repetición e inmovilización fue satisfactoria en el 85% de los casos.

**Conclusiones:** Se observaron diferencias respecto al estudio previo realizado durante los 6 años anteriores objetivándose, un mayor número de casos en varones, un aumento de la edad media de los pacientes y destacando sobretodo que la realización de artrocentesis previa se convierte en el

factor de riesgo más determinante para padecer una A.S., frente a la enfermedad crónica de base, que fue el grupo de riesgo más numeroso en nuestra revisión previa.

## 73

### PATOLOGÍA NO TRAUMÁTICA DEL APARATO LOCOMOTOR ATENDIDA EN URGENCIAS DE UNA MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO

M. Castaño Sánchez, M. J. Rubira Pérez, M. Pina Pérez, M. Villalon Pla y J. Moreno Morales  
*Servicio de Reumatología. Hospital Ibermutuamur, Murcia.*

**Objetivos:** Demostrar que en el ámbito laboral es muy frecuente la patología del aparato locomotor de etiología no traumática.

**Métodos:** Hemos revisado las historias clínicas de todos los pacientes que consultaron en el servicio de urgencias del Hospital Ibermutuamur en el año 2002 (con y sin baja médica) y los hemos distribuido según el diagnóstico CIE-9 MC que consta en la historia clínica de urgencias, rechazando todos los casos en que existía un desencadenante traumático de la patología.

**Resultados:** El total de pacientes atendidos en nuestro Servicio de Urgencias en el año 2002 asciende a 25.401. De ellos, 9.682 presentaban patología no traumática del aparato locomotor, lo que supone el 38,11% del total de la población del estudio.

La distribución de la patología no traumática del aparato locomotor en este estudio es la siguiente:

- Cervicalgia: 846
- Dorsalgia: 558
- Lumbalgia: 2.381
- Lumbociática: 471
- Hombro doloroso: 1.749
- Epicondilitis/Epitrocleititis: 283
- Bursitis/artritis de codo: 104
- Tendinitis muñeca/mano: 863
- Gonalgia: 1.382
- Neuropatías por atrapamiento: 236
- Artritis: 208
- Patología muscular: 196
- Otros: 405

**Conclusiones:** Algo más de un tercio de toda la patología laboral tratada en nuestro centro tiene una etiología no traumática, destacando la patología de la columna vertebral, seguida de la hombro y rodilla.

## 74

### MICROALBUMINURIA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

V. Ortiz Santamaría, M. Valls Roc, M. Sanmartí, M. Sallés, S. Holgado, J. Teixidó, C. Biosca, A. Olivé y X. Tena  
*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona.*

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

**Métodos:** Lugar: Hospital Universitario. Referencia: Área de 700.000 habitantes. Diseño: Transversal. Se determinaron los valores de microalbuminuria en orina de 24 horas en pacientes con AR (criterios ACR), habiéndose descartado aquellos que padecían diabetes mellitus (glicemia > 140 mg/dl),

HTA (TA > 140/90) y/o insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal (creatinina sérica > 1,3 mg/dl, urinoanálisis patológico, proteinuria > 150 mg/día) y sin tratamiento en los últimos 6 meses con sales de oro o penicilamina.

**Resultados:** Se analizaron 42 pacientes con AR (36 mujeres y 6 varones) con edad media de  $56,8 \pm 12,6$  años (límites 26-82). El tiempo medio de evolución de la AR fue de  $11,7 \pm 19,4$  años (límites 2-53). El valor medio de proteína C reactiva fue de  $19,6 \pm 42,3$  mg/l (límites 3-230) y la creatinina plasmática fue de  $0,95 \pm 0,14$  mg/l (límites 0,71-1,3). En 40 casos la microalbuminuria\* fue negativa, con valor medio de  $8,45 \pm 5,65$  mg/24 horas (límites 2,9-24,6). En 2 casos fue positiva con valores de 87,5 y 51,9 sin hallar por ahora causa de una posible afección renal.

\*El valor normal de microalbuminuria es < 28 mg/24horas.

**Conclusiones:** La microalbuminuria en la AR es muy poco frecuente. Su utilidad queda por determinar en estudios longitudinales.

## 75

### HALLAZGOS INMUNOLÓGICOS Y CAPILAROSCÓPICOS EN 32 PACIENTES CON FENÓMENO DE RAYNAUD INFANTIL

J.J. Bethencourt Baute, S. Bustabad Reyes, A. Álvarez Pio, A. Arteaga González, I.A. Ferraz Amaro, J.C. Quevedo Abeledo, S. Machín García, B. Rodríguez Lozano, M.A. Gantes Mora, J.F. Díaz González, E. Trujillo Martín y T. González García

*Hospital Universitario de Canarias.*

El fenómeno de Raynaud (FR) es un hallazgo poco frecuente en la infancia. El FR se asocia a conectivopatías, principalmente esclerodermia o lupus eritematoso sistémico y es a menudo el síntoma inicial de estas enfermedades llegando a preceder a otras manifestaciones incluso en años.

**Objetivos:** Estudiar el FR de comienzo infantil, antes de los 16 años de edad, sin otra sintomatología, y su relación con los hallazgos inmunológicos y capilaroscópicos.

**Método:** Se estudiaron 32 pacientes con FR entre el año 200 y el 2002 (29 mujeres y 3 varones) en edades comprendidas entre los 10 y los 16 años (edad media 14,5 años), no seleccionados y consecutivos, sin otra sintomatología. El tiempo medio de evolución de los pacientes fue de 3,6 años (rango 1-12 años). A todos los pacientes se les realizó un estudio inmunológico y capilaroscópico además del estudio evolutivo.

**Resultados:** La localización más frecuente del FR fue en manos (78,1%) siendo en un 84,37% monofásico. Desarrollaron conectivopatía 10 pacientes (31,2%): 4 LES (12,5%), 3 EMTC (9,4%), 1 conectivopatía indiferenciada (3,1%) y 2 pre-esclerodermia (6,2%). Los 3 varones presentaron FR con ANA negativo. El tiempo de evolución del FR fue superior (media 5,4 años) en los pacientes con ANA positivos que en los pacientes con FR y ANA negativos (media 4,4 años). Los ANA resultaron positivos en un 40,6% de los pacientes: 84,6% patrón moteado, 7,7% homogéneo y 7,7% centrómero, a títulos superiores a 1/160. Los patrones capilaroscópicos fueron de conectivopatía en 9 pacientes (28,1%), de esclerodermia en 3 (9,6%) y un patrón funcional hipohémico en 6 pacientes (18,7%); siendo la capilaroscopia normal en 12 pacientes (37,5%). Todos los pacientes con FR y un patrón capilaroscópico funcional hipohémico tenían ANA negativos.

**Conclusiones:** El FR infantil predomina en niñas con una edad media de presentación de 14,5 años, diagnosticándose una conectivopatía en el 31,2% de los pacientes. Se observó un patrón capilaroscópico de conectivopatía/esclerodermia en los pacientes con FR y ANA positivos, confirmando el diagnóstico de conectivopatía en el seguimiento. El patrón capilaroscópico funcional hipohémico se relacionó de forma significativa con FR y ANA negativos.

## 76

### IMPACTO DE LA REUMATOLOGÍA EN ASISTENCIA PRIMARIA. CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA: EXPERIENCIA DE 8 AÑOS

A. Lafont, S. Holgado, M. Sanmartí, M. Valls, A. Olivé y X. Tena  
*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.*

**Objetivo:** Describir la prevalencia de los diagnósticos realizados en una consulta de reumatología en asistencia primaria durante 8 años.

**Métodos:** La población de referencia es de 127.000 habitantes. Durante 8 años se realizan 28.028 visitas (4.741 primeras visitas y 23.287 sucesivas). Se recogen de forma prospectiva: la filiación del paciente, fecha de nacimiento, fecha de primera visita, edad en el momento de la primera visita, sexo, procedencia del paciente y diagnósticos principal y secundarios según la versión modificada de nomenclatura y clasificación del American College of Rheumatology.

**Resultados:** El 72% de los pacientes visitados fueron mujeres y el 28% varones de edades comprendidas entre los 3 y los 95 años. El 53,5% fueron derivados por el médico de cabecera, el 32% por el traumatólogo y el 14,5% por otros facultativos. El 94,7% de los diagnósticos corresponden a patología no inflamatoria: 31,3% afecciones de la columna vertebral, 22,6% artrosis, 14,2% reumatismo de partes blandas y 6,2% osteoporosis. Las enfermedades inflamatorias suponen el 5,3%: 2,3% artritis cristalinas, 1,5% conectivopatías y 0,8% espondiloartropatías. El porcentaje de pacientes remitidos al hospital para ingreso es inferior al 0,1%.

**Conclusiones:** Los pacientes visitados en el CAP II de nuestra zona son remitidos por el médico de cabecera, suelen ser mujeres de mediana edad, con más de un diagnóstico reumatológico. Las patologías más frecuentes son las afecciones de la columna vertebral, la artrosis, los reumatismos de partes blandas y la osteoporosis. El porcentaje de patología inflamatoria es del 5,3%. El número de pacientes con neoplasias fue muy bajo, a lo largo de este tiempo no se detectó ninguna infección.

**Comentarios:** No hemos encontrado en la literatura médica española ningún estudio de estas características. En el destaca la elevada prevalencia de patología no inflamatoria.

## 77

### ¿ES DIFERENTE LA PATOLOGÍA DIAGNOSTICADA EN ATENCIÓN PRIMARIA RESPECTO A LA DE UNA CONSULTA EXTERNA HOSPITALARIA?

A. Lafont, A. Oriol, S. Holgado, M. Sanmartí, M. Valls, D. Vázquez, M. Sallés, O. Oria, A. Olivé y X. Tena  
*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona.*

**Objetivo:** Comparar los diagnósticos reumatológicos en una consulta de atención primaria con los de la consulta externa del hospital de referencia en el mismo período de tiempo.

**Métodos:** Se recogen de forma prospectiva y a lo largo de 8 años (1 de febrero de 1994 a 1 de febrero del 2002) en 7.971 pacientes visitados en el hospital y 3.818 en asistencia primaria los siguientes datos: filiación, edad en el momento de la primera visita, sexo, fecha de nacimiento, fecha de la primera visita y diagnósticos, principal y secundarios, acorde con la versión modificada de la nomenclatura y clasificación del American College of Rheumatology. Para comparar ambas bases de datos se utilizará la prueba T de Student para variables cuantitativas y la prueba de chi cuadrado para variables cualitativas.

**Resultados:** El porcentaje de patología inflamatoria diagnosticada en el hospital en el período de 1994-2002 es del 31% frente al 5,7% de atención primaria. En el hospital la patología inflamatoria se reparte de la siguiente forma: 1.027 (9,34%) conectivopatías, 407 (3,7%) espondiloartropatías, 233 (2%) infecciones osteoarticulares, 1.396 (12,7%) afecciones metabólicoendocrinas y 380 (3,4%) artritis no filiadas. En atención primaria la patología inflamatoria sigue la siguiente distribución: 83 (1,5%) conectivopatías, 45 (0,8%) espondiloartropatías, 170 (3%) afecciones metabólicoendocrinas y 25 (0,47%) artritis no filiadas.

**Conclusiones:** Los datos preliminares indican que existen diferencias entre la prevalencia de las enfermedades reumáticas vistas en atención primaria y en el hospital de referencia. Conviene valorar si las diferencias se mantienen una vez ajustemos por variables pronósticas.

## 78

### FRACTURAS ÓSEAS EN PACIENTES TRATADOS CON INFLIXIMAB. ¿MÁS FRECUENTE DE LO ESPERADO?

C. Albaladejo Domínguez, I. Vázquez De Las Heras, J.R. Rodríguez Cros, J. D. Cañete Crespillo, S. García, J. Muñoz Gómez y R. Sanmartí Sala  
*Unitat d'Artritis. Servicio de Reumatología (ICAL). Hospital Clínic, Barcelona.*

Las reacciones a la infusión y las infecciones se constituyen como los efectos adversos más frecuentes asociados al uso del infliximab. No se han descrito un incremento de fracturas óseas en pacientes tratados con dicho fármaco.

**Objetivo:** Analizar la prevalencia acumulada de fracturas óseas en pacientes tratados con infliximab.

**Material y métodos:** se analizó la presencia de fracturas óseas con expresión clínica en todas las mujeres tratadas en el Hospital de Día de Reumatología desde enero del 2000 hasta junio del 2002 y que habían recibido tratamiento con infliximab, como mínimo durante seis semanas. Se determinó la existencia de fracturas (vertebrales o periféricas) tras iniciar el tratamiento con infliximab, así como antes de iniciar dicha terapia biológica, con el mismo período de observación para cada paciente. Se comparó la prevalencia acumulada de fracturas en ambos períodos de observación (pre- y post-infliximab).

**Resultados:** Se incluyeron 51 mujeres, con una edad media de 50,5 años (rango: 23-74) y una media de 10 años de evolución de la artritis. 39 tenían artritis reumatoide, 8 artritis psoriásica, 3 espondilitis anquilosante y una espondiloartropatía indiferenciada. Cuarenta y seis recibieron infliximab a la dosis de 3mg/kg y cinco a 5mg/kg, a las 0, 2 y 6 semanas y después cada 8 semanas. En 21 casos se realizó alguna modificación de la dosis (incremento a 5mg/kg). Recibían tera-

pia concomitante con metotrexato 27 pacientes y con corticoides (prednisona < 10 mg/día) 40 pacientes. Durante el período de observación (media de 35,5 semanas, rango 6-112 sem) se identificaron 10 episodios de fracturas en 8 pacientes (prevalencia acumulada 15,7%) mientras que sólo se objetivó un episodio en el mismo período de observación previo al tratamiento con infliximab (prevalencia acumulada del 1,9%,  $p < 0.01$ ). La fracturas se localizaron en: vértebras (5), rama isquiopubiana (2), plataforma tibial (1), tercio proximal fémur (1) y húmero (1). Todas recibían tratamiento con prednisona (5-10 mg/día de prednisona), todas, excepto una, tenían más de 65 años, 5 tenían historia previa de fracturas y 5 habían sido diagnosticadas anteriormente de osteoporosis por densitometría. Las fracturas aparecieron al cabo de 2 a 64 semanas de iniciar el tratamiento con infliximab, aunque en cinco casos durante las primeras 16 semanas de terapia.

**Conclusiones:** Las mujeres tratadas con infliximab presentan una mayor frecuencia de fracturas óseas de lo esperado, tras el inicio del tratamiento. Se desconoce su mecanismo, aunque no se descarta, que pueda ser debido a la realización de una actividad física mayor o inusual asociada a la mejoría clínica.

## 79

### PROTOCOLO DE TRATAMIENTO CON LEFLUNOMIDA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. RESULTADOS DE EFICACIA Y SEGURIDAD

J.J. Alegre Sancho, C. Fernández Carballido, J.A. Román Ivorra, P. Trenor, J. Rosas, G. Santos, V. Vila, C. Julia, T. Buades, J. A. Castellano, F. Pérez Torres, A. Gracia y A. Pérez Torres

*Hospital Universitario Dr Peset, Valencia. Hospital La Ribera, Alzira. Hospital Villajoyosa, Hospital Vinaroz, Hospital Malvarrosa, Valencia. Hospital Valencia al Mar, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia. Hospital Requena, Hospital Sagunto*

**Objetivo:** Evaluar eficacia y seguridad de Leflunomida (LFN), en monoterapia o en combinación con metotrexato (MTX), como DMARD en pacientes con Artritis Reumatoide (AR) activa en la Comunidad Valenciana.

**Material y métodos:** Estudio observacional, abierto, no controlado, prospectivo, de un año de duración, multicéntrico, en condiciones asistenciales reales. Se realizaron controles clínicos y analíticos mensuales hasta los 6 meses y, luego, cada 2 meses. Se evaluó eficacia a los 4, 12, 24 y 52 semanas (criterios ACR) y se recogieron los acontecimientos adversos (AA).

**Resultados:** Se incluyeron 62 pacientes (13 v, 49 m; edad media: 55 + 12 años), con una media de evolución de la AR de 8,2 (0,8-48) años. 69,4% eran seropositivas, 64% erosivas, 15% nodulares, 24,2% con Sd Sjögren 2º, y 3,2% con fibrosis pulmonar. La media de DMARDs previos fue de 2,4 + 1,7 (87% habían recibido MTX, y 6,5% Infliximab). 43 pacientes iniciaron LFN en monoterapia, y 19 en combinación con MTX (7,5-20 mg/s). Completaron el estudio 39 pacientes; recogiendo 18 retiradas (29%): 7 por ineficacia (11,3%). Respuesta a los 12 meses: 51,6% ACR20, 30,6% ACR50 y 17,7% ACR70. La combinación LFN + MTX fue más eficaz a partir del 3º mes. Se observó una reducción de los nódulos (nº y tamaño) en 4 pacientes. También se comprobó una mejoría en pacientes con fibrosis pulmonar asociada a la AR (dosis menores de corticoides, GaB). Los AA fueron generalmente

leves y en los primeros meses de tratamiento, obligando a la retirada en 7 casos (11,3%): 1) Elevación de ALT/AST (18%): ALT > AST. Elevaciones > 2-3x sólo al asociar isoniacida (ISN), no con MTX. Resueltas espontáneamente o al reducir LFN y/o MTX, sin retirada de LFN. No fue superior en pacientes con antecedentes de suspensión de MTX por hepatotoxicidad (7). 2) HTA (15%): TAS > TAD. Retirada en 1 caso. Se detectó un riesgo aumentado de elevación de TA en pacientes con HTA conocida (RR 8,0; 95% CI 2,25-28,35;  $p < 0,05$ ). 3) Infecciones leves de vías altas (8%). 4) Diarrea (8%): No sólo con "dosis de carga". Retirada en 2 casos. 5) Alopecia (6%), resuelta al reducir LFN. Se recogió un AA grave, que obligó a retirada y lavado: aplasia medular con sepsis en una paciente con LFN + MTX. Resto de retiradas: impotencia sexual (1), reacción urticariforme (1), y dolor abdominal (1). Un hallazgo analítico frecuente fue la hipofosfatemia, sin repercusión clínica.

**Conclusiones:** 1) La LFN es un fármaco eficaz y de acción rápida en el tratamiento de la AR, especialmente en combinación con MTX. 2) LFN puede reducir y/o eliminar los nódulos, y quizás mejorar la función respiratoria en pacientes con AR y fibrosis pulmonar. 3) El perfil de seguridad de la LFN no difiere de estudios previos. 4) La combinación LFN + ISN es más hepatotóxica que LFN + MTX. 5) La hepatotoxicidad con MTX no es predictiva de complicaciones hepáticas con LFN. 6) Los pacientes con HTA conocida tienen un riesgo aumentado de elevación de TA con LFN.

## 80

### EFICACIA Y SEGURIDAD DE LAS TERAPIAS ANTI-TNF ALFA EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: 1 AÑO DE EXPERIENCIA

A. Erra, E. Moreno, L. Guahnon, C. Tomas, P. Barceló y S. Marsal

*Hospital General i Universitari Vall d'Hebron.*

La espondilitis anquilosante (EA), es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida. Recientemente, se han realizado varios estudios que implican al TNF en la patogenia de la EA, así como algunos ensayos clínicos que evalúan la eficacia de las terapias anti-TNF en la EA.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es analizar de forma retrospectiva la seguridad y eficacia de las terapias anti-TNF en nuestros pacientes con EA.

**Métodos:** Se incluyen 18 pacientes con EA activa: 5 pacientes recibieron etanercept (25 mg/2 semana) (1 con MTX) y 13 infliximab (5mg/kg a las semanas 0, 2, 6, 14 y cada 8 semanas) asociado a MTX. El día de la administración de infliximab se realizó una analítica de rutina que incluía ANA y anti-DNA, además de una valoración clínica completa. En los pacientes que recibían etanercept se mantuvo esta misma periodicidad. Se recogieron todos los efectos adversos y se anotó el tratamiento con AINEs y corticoides (GC). El seguimiento máximo ha sido de 54 semanas ( $n = 2$ ) y el mínimo de 6 semanas ( $n = 6$ ).

**Resultados:** Las características de los pacientes fueron: edad  $45 \pm 12$  a (18-60); sexo (M/F) 5/1; duración de la enfermedad  $22 \pm 10$  a; 11 (61%) pacientes tenían artritis periférica. El valor medio de la VSG fue de 31 (S0), 9 (S2) y 6 (S54). Si seleccionamos aquellos pacientes que a la S0 tenían una VSG > 30 la mejoría fue más evidente: 72 (S0), 14 (S2), 2 (S30). Los datos más relevantes de la eficacia clínica se ense-

ñan en la tabla 1. En el subgrupo de pacientes con artritis periférica el valor medio del NAT fue 2,2 en la S0, 1 en la S2 y 0 en la S22. La dosis de MTX fue de 7,5 mg/semana en la forma axial y de 17,5 mg/semana en la forma mixta. Los AINEs se retiraron en el 50% de los pacientes y la dosis de GC se pudo reducir en todos. En el grupo de pacientes que recibía infliximab no se observó en ningún caso una reactivación de la enfermedad antes de la siguiente infusión. Seguridad: Se retiró el tratamiento con infliximab en 1 paciente (TBC pulmonar). El resto de los efectos adversos fueron: 4 infecciones virales de vías respiratorias altas, 1 orquitis, 1 leucocitopenia transitoria, y solo un paciente con etanercept presentó reacciones en el sitio de la inyección. Se observó una positividad de los ANA en 5 pacientes y no se detectaron anticuerpos anti-DNA.

Tabla 1. Eficacia clínica de anti-TNF en EA

	BASDAI media	BASFI media	ASA 20 % pacientes	ASA 50 % pacientes	Remision % pacientes	BASDAI 20 % pacientes	BASDAI 50 % pacientes	BASDAI 70 % pacientes
S 0	54	45						
S 6	28	24	72	50	17	78	56	17
S 30	19	19	72	43	29	85	71	43
S 54	17	8	50	50	0	50	50	0

**Conclusiones:** Las terapias anti-TNF en pacientes con EA tienen una marcada eficacia clínica de forma muy precoz que se mantiene a lo largo del seguimiento. En nuestra serie, un paciente desarrolló una TBC pulmonar, pero el resto de los efectos adversos fueron infrecuentes y leves. La asociación de MTX e infliximab en nuestro grupo de pacientes ha sido muy efectiva para mantener una pauta de administración de infliximab de cada 8 semanas. Sin embargo se precisan más estudios para determinar el beneficio clínico de la asociación de MTX (7,5 mg/sem) en la forma axial.

## 81

### VALORACIÓN GANMAGRÁFICA RADIOLÓGICA Y ECOGRÁFICA EN PACIENTES CON GONARTROSIS PRIMARIA. ESTUDIO PRELIMINAR

M. Romero Gómez, P. Caricol, T. García, A. Rueda, J. Salvatierra y D. Salvatierra

*Hospital San Cecilio, Granada.*

**Objetivo:** Describir en pacientes con artrosis de rodilla, porcentaje y correlación entre diferentes patrones ganmagráficos, estadiaje radiológico y existencia de líquido sinovial evidenciado por ecografía.

**Métodos:** Estudio sobre una muestra de 20 pacientes (18 m, 2 v) con edad media de 58 (50-70) años en seguimiento por osteoartritis de rodilla. Se excluyeron pacientes con cirugía previa de rodilla, fractura de miembros inferiores y patología inflamatoria articular. Los datos demográficos y exploraciones complementarias (radiografía en carga AP y L) se obtuvieron de las historias clínicas. A todos ellos se realizó ganmagrafía ósea y ecografía de rodillas, midiendo en esta última técnica existencia o ausencia de líquido sinovial, entre otros parámetros. Para la valoración Rx se utilizó la gradación de Kellgren y los patrones ganmagráficos se clasifican en base a captación: localizada, global y lineal.

**Resultados:** De 6 pacientes (30%) con grado radiológico I todos presentaron captación ganmagráfica localizada, objetivándose líquido sinovial por ecografía en la mitad de ellos. 9 pacientes (45%) con grado radiológico II, 7 presentaron captación ganmagráfica localizada, 5 de ellos con ausencia

de líquido sinovial y solo en dos de ellos se visualizó derrame articular; los otros dos pacientes con grado Rx II presentaron captación lineal sin evidencia de líquido en ninguno de ellos. 4 pacientes (20%) presentaron grado III en Rx, de ellos, 2, captación gammagráfica localizada, y cada uno de los otros presentaron captación global y lineal respectivamente; en los que presentaron captación localizada se visualizó líquido libre sinovial y en el resto no se observó. Por último un único paciente con grado Rx IV con captación global y ausencia de derrame articular.

**Conclusión:** En la serie de pacientes estudiados, la mayoría presentan grado Rx precoz (I y II) y captación localizada; y solo obtuvimos patrón de captación global con grado Rx avanzado. Así mismo, observamos en la tabulación de los datos la ausencia de líquido sinovial por ecografía en la mayoría de los pacientes; de los que presentan derrame, en mayor frecuencia, como es lógico corresponde a estadios Rx III-IV. Un seguimiento de estos pacientes y un mayor tamaño muestral nos proporcionará información sobre el posible papel pronóstico-diagnóstico de la gammagrafía y ecografía con estudios estadísticos concluyentes.

## 82

### SÍNDROME SAPHO: TRATAMIENTO CON PAMIDRONATO

M. Sanmartí, M. Valls Roc, S. Holgado, V. Ortiz Santamaría, M. Sallés, D. Vázquez, A. Lafont, A. Olivé y X. Tena  
*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.*

**Objetivo:** Determinar la eficacia y seguridad del tratamiento con pamidronato endovenoso en el síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis) refractario al tratamiento convencional.

**Métodos:** Estudio abierto. Los pacientes fueron diagnosticados según criterios de Kahn. Se administraron durante 2 horas 60 mg de pamidronato endovenoso en 250 cc de suero fisiológico en los días 1, 7, 14, 28 y 56. Se valoró el dolor mediante la escala analógica visual. Los parámetros de laboratorio incluyeron velocidad de sedimentación glomerular, proteína-C-reactiva y calcemia. Se realizó gammagrafía ósea con <sup>99m</sup>Tc-MDP. La valoración clínica, los parámetros de laboratorio y las gammagrafías óseas se determinaron antes de iniciar y después de finalizar el tratamiento.

**Resultados:** Todos los pacientes completaron el ciclo de tratamiento. De 44 pacientes diagnosticados de síndrome SAPHO en la sección de reumatología de un hospital universitario, 6 (13,6%) fueron refractarios al tratamiento convencional, 4 mujeres y 2 varones; edad media 31 años (16-47); duración media de la enfermedad 5,5 años (1-12). Se constató mejoría clínica del dolor (tabla). La puntuación media descendió de 9,16 (8-10) antes del tratamiento a 3,91 (1-6) después del mismo. La gammagrafía ósea no demostró modificaciones significativas en cuanto a extensión ni grado de actividad osteogénica. Los parámetros analíticos evaluados antes y después del tratamiento no se modificaron de forma significativa. Dos pacientes presentaron flebitis en la zona de venopunción y uno fiebre después de la segunda y tercera dosis de tratamiento. Ninguno presentó síndrome gripal ni artralgias después de las infusiones.

Paciente	1	2	3	4	5	6	Promedio
Dolor pretratamiento	8	10	9	9	10	9	9,16
Dolor postratamiento	6	1	4	2,5	6	4	3,91

**Conclusiones:** Los resultados del estudio ponen de manifiesto que el tratamiento con pamidronato endovenoso mejora el dolor en los pacientes con SAPHO refractario a tratamiento convencional. El tratamiento es bien tolerado, sin graves efectos secundarios. No se observaron cambios significativos en la gammagrafía ósea ni en los parámetros biológicos.

## 83

### EFFECTO A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO CON TILUDRONATO EN LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD ÓSEA DE PAGET (EP)

D. Cerdà Gabaroi, L. Álvarez, N. Guañabens, P. Peris, A. Monegal, A. Ballesta y J. Muñoz Gómez  
*Hospital Clínic, Barcelona.*

Los nuevos bisfosfonatos han mostrado una gran eficacia en el tratamiento de la EP. Sin embargo, es necesario conocer el efecto a largo plazo de la administración de estos tratamientos sobre la actividad de la enfermedad.

**Objetivo:** Analizar la evolución de la actividad de la enfermedad en pacientes con enfermedad ósea de Paget que recibieron 3 meses de tratamiento con tiludronato.

**Pacientes y métodos:** Se incluyeron 26 pacientes (14 hombres y 12 mujeres) con EP. La edad (media  $\pm$  error típico) era de  $61,88 \pm 1,93$  (rango 42-73 años). Todos ellos recibieron tratamiento con 400 mg/d de tiludronato durante 3 meses. Se determinaron los siguientes marcadores bioquímicos de recambio óseo: fosfatasa alcalina total (FAT), fosfatasa alcalina ósea (Fao) y el telopéptido amino terminal del colágeno I (NTX) antes, a los 6 meses (nadir de respuesta) y 30 meses de haber finalizado el tratamiento. Se consideró que los pacientes presentaban una respuesta al tratamiento cuando la disminución del marcador era superior a su diferencia crítica (35% para FAT, 30% para Fao, 45% para NTX). A los 30 m de tratamiento se compararon los pacientes con respuesta persistente al tratamiento (aquellos con FAT > 35%) (Grupo 1) respecto a los que no presentaban una disminución superior a la diferencia crítica (Grupo 2).

#### Resultados:

	Basal	6 meses	30 meses
FAT (UI/L)	672 $\pm$ 121	237 $\pm$ 20* (-52%)	430 $\pm$ 74* (-27%)
Fao (ng/ml)	90,7 $\pm$ 19	20,5 $\pm$ 2* (-69%)	60,2 $\pm$ 15* (-26%)
NTX (nM BCE/mM)	274 $\pm$ 43	78 $\pm$ 8* (-61%)	150 $\pm$ 23* (-34%)

\*p < 0,01 respecto a los valores basales

A los 30 meses el 31% de los pacientes tenían una disminución de la FAT superior a la diferencia crítica. Este porcentaje era superior al 50% cuando se analizaban la Fao y el NTX (Fao 53%, NTX 52%). Los pacientes que presentaban una disminución persistente de la FAT a los 30 meses del tratamiento tenían valores basales superiores de FAT (Grupo 1: 1.079,8  $\pm$  263 vs Grupo 2: 491,7  $\pm$  111 UI/L, p = 0,005); Fao (Grupo 1: 162,5  $\pm$  45 vs Grupo 2: 58,8  $\pm$  16 ng/ml, p = 0,000) y NTX (Grupo 1: 450,5  $\pm$  114 vs Grupo 2: 196,8  $\pm$  23 nM BCE/mM, p = 0,009).

**Conclusión:** Un tercio de los pacientes presenta una respuesta persistente al tratamiento con tiludronato a los 30 meses de su administración. Este porcentaje alcanza el 50% cuando se analizan marcadores más sensibles como la Fao o el NTX. Los pacientes con mayor actividad de la enfermedad son los que presentan una respuesta al tratamiento más prolongada.

84

### CAPACIDAD FUNCIONAL Y ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA) TRAS UN AÑO DE SEGUIMIENTO

M.J. Moreno Ramos y L.F. Linares Ferrando  
Hospital Santa María del Rosell. Cartagena. Hospital Virgen de la Arrixaca, El palmar, Murcia.

**Objetivos:** Comprobar la estabilidad de los síntomas de ansiedad y depresión y la capacidad funcional en pacientes con EA tras un año de seguimiento.

**Material y métodos:** Estudio longitudinal en 67 pacientes ambulatorios (59 varones y 8 mujeres) diagnosticados según los criterios modificados de Nueva York.

La capacidad funcional se valoró mediante el Cuestionario HAQ en su versión española validada para la EA (HAQEA), los síntomas de depresión mediante la versión española abreviada de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), y los de ansiedad por la Escala de Ansiedad-Rasgo de la Versión Española del Cuestionario Estado-Rasgo (STAI). Se realizaron dos valoraciones, una basal y otra al año.

**Método estadístico:** Mediante el paquete estadístico SPSS 6.0,1 se analizaron los datos usando análisis de correlación.

#### Resultados:

##### Depresión:

Puntuación media GDS1 (basal):  $4,5 \pm 4$  puntos.

Puntuación media GDS2 (1 año):  $4,8 \pm 4$  puntos.

La concordancia existente entre las puntuaciones efectuadas por un mismo paciente tras un intervalo de 1 año fue de 0,68.

##### Ansiedad:

Puntuación media STAI1 (Basal):  $5,55 \pm 5,50$  puntos.

Puntuación media STAI2 (1 año):  $5,31 \pm 6$  puntos.

La concordancia existente, en un mismo paciente, entre ambas puntuaciones fue de 0,78.

##### Capacidad funcional (HAQEA):

Puntuación media HAQEA1 (Basal):  $1,13 \pm 1,09$  puntos.

Puntuación media HAQEA2 (1 año):  $1,09 \pm 1,09$  puntos.

La concordancia entre ambos resultados para un mismo paciente fue de 0,87.

**Conclusiones:** En nuestro estudio, los síntomas de ansiedad y depresión y la capacidad funcional permanecen estables tras un año de seguimiento en nuestros pacientes espondilíticos.

85

### ACTIVACIÓN DE LOS FACTORES DE TRANSCRIPCIÓN NF $\kappa$ B Y AP-1 EN CÉLULAS MONONUCLEARES DE SANGRE PERIFÉRICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

C. Bordoy Ferrer, R. Largo Carazo, M. Alcalde Villar, M.Á. Álvarez Soria, O. Sánchez Pernaute, J.C. Acebes Cachafeiro y G. Herrero Beaumont  
Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

**Introducción:** En la artritis reumatoide (AR) las células mononucleares procedentes de sangre periférica son las principales responsables del inicio y mantenimiento de la respuesta inflamatoria en el tejido sinovial a través de la síntesis de citoquinas, moléculas de adhesión, factores de crecimiento y mediadores inflamatorios. Los factores de transcripción factor nuclear kappa B (NF $\kappa$ B) y proteína activadora 1 (AP-1)

están implicados en el control de la transcripción de numerosos de estos genes inducibles y se ha demostrado su activación local en patologías inflamatorias como la AR. Sin embargo, no se conoce aún si las células mononucleares circulantes presentan también una activación de estos factores de transcripción en los enfermos con AR.

**Objetivo:** Estudio de la activación de los factores de transcripción NF $\kappa$ B y AP-1 en las células mononucleares de sangre periférica de pacientes con AR respecto a sujetos sanos.

**Métodos:** Se estudiaron 17 pacientes con AR activa y 4 controles sanos, de forma transversal. Se realizó un lavado previo de fármacos potencialmente inhibidores de los factores de transcripción. A continuación, se aislaron las células mononucleares de sangre periférica. En los pacientes se evaluó la actividad de la enfermedad mediante exploración de las articulaciones inflamadas (NAI), la valoración global por el paciente (EVA), velocidad de sedimentación (VSG) y proteína C reactiva (PCR). La activación de los factores nucleares NF $\kappa$ B y AP-1 se determinó mediante ensayo de retardo de movilidad electroforética. Se emplearon la T de Student y la prueba de correlación de Pearson para comparar los grupos, considerando significativos valores de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Los pacientes mostraron un grado de actividad de la enfermedad moderado-alto: NAI =  $17,8 \pm 2$  (media  $\pm$  SEM); valoración global por el paciente =  $5,8 \pm 0,6$ ; VSG =  $47,6 \pm 5,3$ ; PCR (mg/dl) =  $5,6 \pm 1,3$ . El grado de activación de NF $\kappa$ B y de AP-1 fue significativamente mayor en los pacientes que en los controles ( $p < 0,001$  y  $p < 0,005$  respectivamente). El 53% y el 43% de los pacientes presentó una activación mayor del 150% sobre los valores normales de NF $\kappa$ B y de AP-1, respectivamente. Solamente el 15% de los pacientes presentó activación simultánea de ambos factores de transcripción. No se observó correlación entre la activación de los factores de transcripción y los parámetros de actividad de la enfermedad.

**Conclusiones:** Nuestro estudio demuestra que los factores de transcripción NF $\kappa$ B y AP-1 se encuentran activados de forma sistémica en la AR respecto a la población control. No obstante, esta activación no parece constituir un marcador de actividad de la enfermedad en un corte transversal.

86

### MULTITEST EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE COMO SCREENING DE TUBERCULOSIS

P. Caricol Pérez, M. Romero Gómez, T. García Contreras, Y. Cabello, P. Morales y D. Salvatierra Ríos  
Servicio de Reumatología. Hospital San Cecilio, Granada.

Las nuevas terapias biológicas suponen un gran avance en el tratamiento de la artritis reumatoide. El Infliximab es una de ellas y se trata de un anticuerpo monoclonal (ACM) quimérico frente al TNFa. Uno de los efectos adversos más relevantes de éste son las infecciones y entre ellas la tuberculosis, por tanto, antes de iniciar el tratamiento se debe descartar infección tuberculosa activa ó latente mediante la realización de Mantoux y placa de torax.

**Objetivo:** Determinar la positividad del Mantoux en pacientes con artritis reumatoide y discriminar los pacientes anérgicos a fin de evitar reactivación tuberculosa durante el tratamiento con Infliximab.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de un grupo de 50 pacientes con artritis reuma-

toide elegidos al azar (de ellos 14 en tratamiento con Infliximab), a los que se les realizó Multitest, consistente en la inyección intradérmica de 0,1 ml de tuberculina, 0,1 ml de toxoide tetánico y 0,1 ml de candidina y lectura a las 48 horas del diámetro de las induraciones.

**Resultados y Conclusiones:** De los 50 pacientes (45 mujeres, 5 varones) con edad media  $50 \pm 6,47$  (94,4%) dieron Mantoux negativo (diámetro de la induración  $< 5$  mm); 2 pacientes (5%) resultaron anérgicos y 1 paciente (1%) dió Mantoux positivo. La negatividad del Mantoux puede deberse a una anergia cutánea y no descarta la existencia de infección tuberculosa activa ó latente. El Multitest es una técnica fácil y sencilla que realiza el personal de nuestra sala y que elimina los falsos negativos del Mantoux. Un Mantoux positivo obliga a descartar en los pacientes que van a iniciar tratamiento con Infliximab TBC activa, mediante realización de placa de torax, baciloscopia y cultivos de orina y esputo. En ausencia de TBC activa y Mantoux positivo ( $> 5$ mm) en los pacientes que van a ser tratados con Infliximab es obligada la Quimioprofilaxis con Isoniacida durante 9 meses.

87

#### EVOLUCIÓN DE LA AFECCIÓN CERVICAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNF

N. Vázquez Fuentes, C.O. Sánchez González, S. Rodríguez Rubio, O. Illera Martín, A.C. Zea Mendoza y J. Orte Martínez  
*Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

**Objetivos:** La Artritis Reumatoide (AR) se caracteriza por una sinovitis inflamatoria persistente que puede afectar a la región cervical. Las citocinas, interleukina-1 (IL-1) y factor de necrosis tumoral alfa (TNF- $\pm$ ), juegan un papel clave en la patogenia de la enfermedad. Las nuevas terapias biológicas, entre ellas los anti-TNF, han demostrado ser eficaces en la reducción de la inflamación sinovial con la consiguiente mejoría en los criterios de respuesta. Nuestro objetivo es estudiar la evolución de la afección cervical en pacientes con AR y tratamiento con anti-TNF.

**Métodos:** Realizamos un estudio descriptivo a partir de la base de datos de la Consulta de AR de nuestro hospital desde enero de 1985 hasta diciembre de 2002. Incluimos a los pacientes en tratamiento con anti-TNF que presentaban afección cervical clínica y/o radiológica previa a éste. Se recogieron parámetros demográficos, de evaluación inicial y tratamientos previos. La evolución clínica de la afección cervical fue medida mediante Escala Analógica Visual, y la radiológica mediante estudio comparativo con radiología simple y/o Resonancia Magnética Nuclear (RMN) antes y después del tratamiento anti-TNF.

**Resultados:** De 65 pacientes con AR y tratamiento anti-TNF, 10 presentaban afección cervical (9 mujeres y 1 hombre) con una edad media actual de 57,1 años, edad media al diagnóstico de 38,8 años y tiempo medio de evolución de la enfermedad de 18,1 años. Todos eran AR seropositivas y habían presentado en algún momento de la evolución aumento de VSG, autoinmunidad o erosiones radiológicas. Todos habían recibido tratamiento con diversos AINEs, dosis variables de corticoides y uno o más fármacos de acción lenta (FARAL). Todos cumplían los criterios del Comité de Expertos de AR de la Sociedad Española de Reumatología (SER) para el inicio de tratamiento con anti-TNF. Antes del inicio

del tratamiento con anti-TNF, 8 de los 10 pacientes presentaban cervicgia y los otros 2 afección radiológica asintomática. El tiempo medio de tratamiento con anti-TNF fue de 27,7 meses. Tras este período observamos empeoramiento de la cervicgia con respecto a la evaluación inicial y aparición de la misma en los pacientes previamente asintomáticos, así como progresión radiológica (radiología simple o RMN) llegando a precisar cirugía 3 de ellos.

**Conclusiones:** Hemos observado que los pacientes con AR y afección cervical que inician tratamiento anti-TNF empeoran clínica y radiológicamente, presentando progresión sintomática y aumento de afección radiológica, sobre todo subluxación atloaxoidea, que en algunos casos precisa cirugía inmediata por riesgo de compresión medular debida a laxitud ligamentaria a dicho nivel. Consideramos necesario en pacientes con AR que van a ser tratados con anti-TNF realizar evaluación clínico-radiológica, así como seguimiento posterior de la afección cervical. Creemos aconsejable la realización de nuevos estudios que confirmen nuestra observación.

88

#### ESTUDIO DE LA VARIANTE DEL GEN "PROGRAMMED CELL DEATH 1" QUE PREDISPONE A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN PACIENTES NÓRDICOS, NORTEAMERICANOS Y MEJICANOS

I. Ferreirós Vidal, J. García Meijide, F. Barros, Á. Carracedo, P. Carreira, J. L. Vicario, J. J. Gómez Reino y A. González  
*Hospital Clínico Universitario de Santiago.*

**Objetivos:** Comprobar si la variante genética que impide la unión del factor de transcripción RUNX-1 en el gen inmunomodulador y proapoptótico "programmed cell death 1" (PDCD1) participa en la susceptibilidad a LES. Esta variante, denominada PD1.3A, se ha identificado por estudios de ligamiento y de asociación, publicados recientemente, como factor de predisposición a LES en pacientes de Suecia y otros países nórdicos, en estadounidenses de origen europeo y en mejicanos. Según estos estudios el riesgo relativo asociado a PD1.3A sería de 2,2-5,3.

**Métodos:** Se han estudiado 194 pacientes con LES según los criterios de la ACR y 127 controles. Los alelos de PD1.3 se determinaron mediante análisis de la curva de hibridación por el método FRET en el sistema de PCR en tiempo real LightCycler de Roche. La técnica se validó secuenciando una veintena de muestras con los tres genotipos en el ABI-Prism 3100-Avant de Applied Biosystems. Se compararon las frecuencias alélicas mediante el likelihood ratio test y se determinó la potencia estadística post-hoc con el programa Gpower.

**Resultados:** No se encontraron diferencias significativas en las frecuencias alélicas de PD1.3 entre los controles y los pacientes con LES. De hecho la frecuencia del alelo que impide la unión de RUNX-1 parece menor en los pacientes. La potencia estadística del estudio para excluir un efecto de magnitud similar al menor observado previamente (RR de 2,2) es del 0,76.

**Conclusión:** El estudio publicado en diciembre de 2002 que implica a la variante PD1.3A del gen inmunoregulador PDCD1 con la susceptibilidad a padecer LES es uno de los más serios y sólidos publicados, incluyendo evidencias de ligamiento y de asociación de este polimorfismo con LES en cuatro grupos de pacientes de tres poblaciones diferentes. Sin embargo, nuestros resultados no confirman este efecto e

incluso parecen indicar una menor frecuencia en los pacientes del alelo incapaz de unir RUNX-1. Si esta menor frecuencia se confirma indicaría que PD1.3 no es el polimorfismo causal sino que se encontraría en desequilibrio de ligamiento con el mismo. Para distinguir entre esta y otras posibilidades (heterogeneidad en las poblaciones, insuficiente potencia para detectar un efecto débil, posible asociación limitada a un subgrupo de pacientes) se va a ampliar el estudio con la inclusión de pacientes y controles de un tercer hospital.

Agradecimientos: Este trabajo es posible por la generosa contribución de los pacientes y de los miembros de los Servicios de Reumatología de los hospitales participantes. Financiado por el proyecto FIS 01/3138.

#### Bibliografía

1. L. Prokunina, C. Castillejo-López, F. Öberg, et al. A regulatory polymorphism in PDCD1 is associated with susceptibility to systemic lupus erythematosus in humans. *Nat Genet*, 2002, 32:666-669.

## 89

### LA ANEMIA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

M.D. Toledo, D. Soria, F. García, M. J. Hernández, L. Santos, C. De Cos, J. Bernal, C. E. Risueño, S. García, N. Chozas y J. A. Muñoz

*H.U. Puerta del Mar de Cádiz.*

*AR: Clínica y Tratamiento*

La artritis reumatoide (A.R) es una poliartritis crónica de predisposición genética que, en ausencia de tratamiento, es progresiva y produce incapacidad funcional. El tratamiento tiene cuatro objetivos: eliminar la inflamación articular, evitar el daño estructural, mantener la función y normalizar la vida del paciente. Este último aspecto se ve influenciado por la presencia de anemia, cuyo patrón habitual es el de anemia de trastorno crónico (ATC). La introducción de nuevos parámetros diagnósticos nos permite definir mejor estos cuadros anémicos e instaurar el tratamiento mas adecuado. Presentamos 62 pacientes afectos de A.R seguidos en nuestro Hospital en los que valoramos aspectos diagnósticos con el fin de establecer terapias antianémicas lo mas efectivas posibles. Estudiamos 62 pacientes (16 varones y 46 mujeres) de edades comprendidas entre 12 y 78 años, a los que realizamos hematimetría, metabolismo del hierro (sideremia, transferrina, ferritina y receptor soluble de la transferrina), citocinas (IL6 y TNF) y EPO. Igualmente hemos valorado aspectos clínicos (Nº de articulaciones dolorosa y/o inflamadas y rigidez matutina). 24 pacientes (39%) no presentaron anemia y 38 (61%) tienen diversos tipos de anemias hiporregenerativas sin evidencia de hemólisis: 13 anemias ferropénicas (AF), 11 ATC y 14 ATC con ferropenia (ATC + F). La categorización diagnóstica nos permite tratar adecuadamente los pacientes con ATC + F y valorar, individualmente, la utilización de EPO en los pacientes que presentan una secreción inadecuada de la misma; pero el tratamiento antianémico debe ir acompañado del tratamiento integral de la enfermedad base.

**Conclusiones:** 1) Hay correspondencia entre la afectación hematológica y las manifestaciones clínicas. 2) La categorización diagnóstica de la anemia en la A.R debe incluir el estudio del receptor soluble de la transferrina. 3) La dosificación de EPO es, así mismo, necesaria para valorar si añadimos o no esta hormona al tratamiento. 4) El tratamiento de la anemia de la A.R. debe encuadrarse en el tratamiento integral de la misma.

## 90

### EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA Y LA AFECTACIÓN DE LA RODILLA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

G. Morote Ibarrola, F. G. Martínez Sánchez, P. Font Ugalde, J. Vacas Pérez, M. D. L. Á. Aguirre Zamorano, M.D.C. Castro Villegas, V. Pérez Guijo, M. D. Miranda García y E. Collantes Estévez

*H.U. Reina Sofía. Córdoba.*

**Introducción:** La anemia es la manifestación extrarticular más frecuentes de la artritis reumatoide, afectando al 50-60% de los pacientes.

**Objetivos:** Demostrar si existe relación entre la afectación artrítica de la rodilla y los niveles de hemoglobina (Hb) en pacientes con Artritis Reumatoide.

**Material y método:** Estudio transversal observacional de 116 casos de Artritis Reumatoide en el que se determinaron los niveles de hemoglobina, la afectación de la rodilla, el tiempo de evolución, la VSG, PCR, número de articulaciones dolorosas e inflamadas, la positividad del FR, EVA global, DAS 28. Las variables cuantitativas se expresaron como media ( $\pm$ ) desviación típica, indicando el valor máximo y mínimo. Las variables cualitativas (escala nominal) se expresaron mediante frecuencias y porcentajes correspondientes. Para las variables cualitativas medidas en escala ordinal se calculó el valor de la mediana y se indicó el valor mínimo y máximo. Para relacionar 2 variables cualitativas entre sí se realizó la prueba X2. Se utilizó la prueba U de Mann Whitney para contrastar las variables cualitativas medidas en escala ordinal. Mediante la prueba T de Student para datos independientes se compararon las medias aritméticas de las variables cuantitativas. Además se calcularon los correspondientes intervalos de confianza para cada una de las diferencias observadas. Se aplicó la corrección de Bonferroni cuando se realizaron contrastes múltiples. Todos los contrastes fueron bilaterales y se consideraron significativos cuando  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se evaluaron 79 mujeres y 37 hombres, con una edad media de  $60,42 \pm 13,97$  años, el 72,4% FR positivo. Un 79,3% no tenía artritis de rodilla. El 34,5% tenía niveles de Hb de hasta 12gr/dl. El tiempo medio de evolución fue de  $1,01 \pm 1,25$  años. Resultaron estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) las relaciones entre los niveles de Hb y la afectación de la rodilla dif = 40,7% (IC95% 19,3/62,1), entre los niveles de Hb y los de VSG dif = 33% (IC95% 15,5/50,6) así como entre los niveles de Hb y los de PCR dif = 27,7% (IC 95%7/48,3). No se encontró relación estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ) entre los niveles de Hb y el tiempo de evolución dif = 3,2 años (IC95%-14,8/21,1), el DAS 28 dif = 7% (IC95% -15/ 28,8), la positividad del FR dif = 11,2% (IC95% -9/31,4) el número de articulaciones inflamadas dif = 0,83 articulaciones (IC95%-0,56/2,21) y dolorosas dif = 1,10 articulaciones (IC 95%-0,78/3) y la EVAG dif = -0,56 (IC95%-11,65/10,52).

**Conclusiones:** Los niveles de hemoglobina fueron menores de 12 gr/dl en el grupo con afectación de rodilla No podemos afirmar que los niveles de Hb se relacionen con la presencia de FR, el número de articulaciones inflamadas, el DAS 28 y el tiempo de evolución. Se debe reconsiderar en los recuentos articulares de las medidas clínicas de actividad la importancia de esta articulación.

91

**EFICACIA CLÍNICA DE LEFLUNOMIDA, INFLIXIMAB Y ETANERCEPT EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA**

R. Criado Pizarro, R. Hernández Sánchez, J. Uceda Montañés, C. Fernández Delgado, N. Cid Boza, A. García López y A. Valenzuela Castaño  
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia clínica de los nuevos fármacos antirreumáticos de acción lenta en pacientes con artritis reumatoide (AR) activa.

**Material y método:** Revisamos todas las historias clínicas de los pacientes con AR activa, en los que se han utilizado los nuevos antirreumáticos, en seguimiento en las consultas de reumatología de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Período de observación: 01/07/99 a 31/01/03.

Criterios de eficacia clínica: Remisión Completa (Rc): Ausencia de manifestaciones sistémicas. Ausencia de inflamación articular y tendosinovial. Reducción de esteroides y AINES en al menos un 50%. VSG < 30 mm/h  $\pm$  1,5. Remisión Parcial (Rp): Ausencia de manifestaciones sistémicas. Inflamación en 2 o menos articulaciones y reducción de al menos de un 50% del número de articulaciones inflamadas. VSG < 45 mm/h  $\pm$  2. Mejoría (M): Ausencia de manifestaciones sistémicas. Reducción del número de articulaciones inflamadas en al menos de un 50%, con más de 2 articulaciones inflamadas. Para incluir al paciente en una de estas categorías de eficacia clínica, debía permanecer en la misma, al menos un 25% del período de observación. Criterios de fracaso terapéutico: Efecto secundario que obliga a retirar el fármaco. Falta de eficacia clínica. Rechazo del paciente.

**Resultados:** Se estudio a un total de 81 pacientes, con la siguiente distribución: 13 en tratamiento con Etanercept, 34 con Infliximab, y 34 con leflunomida. Las características basales de los pacientes fueron: media de edad 49,2, sexo 84% mujeres, el 74% factor reumatoide positivo, la media de duración de la AR 11,1 años, y de FARAL previos 3,9. Los resultados del análisis por subgrupos de tratamiento, de la eficacia clínica, (Rc, Rp, M) expresado en porcentajes son: Etanercept (7,7, 30,7, 30,7). Infliximab (8,8, 33,3, 5,9). Leflunomida (0, 17,6, 3). Los efectos adversos incluyen: poliartrosis séptica, derrame pericárdico severo, una vasculitis cutánea, síndrome nefrótico, neumonía necrotizante, sepsis por *E coli*, y una candidiasis urinaria dentro del grupo Infliximab. En el subgrupo de leflunomida: dos pacientes con hipertransaminemia, una toxicodermia, y un psoriasis universal. Ninguno en el grupo Etanercept.

92

**NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB EN ARTRITIS REUMATOIDE: RESULTADOS CLÍNICOS Y DE CALIDAD DE VIDA A 30 SEMANAS**

M. Castro Villegas, V.C. Pérez Guijo, A. Escudero Contreras, M.A. Caracuel Ruiz, G. Morote Ibarrola, D. Miranda García, F.G. Martínez Sánchez, P. Font Ugalde, M. Muñoz Villanueva y E. Muñoz Gomariz  
H.U. Reina Sofía (Córdoba).

**Objetivo:** Presentamos nuestra experiencia sobre eficacia y seguridad del tratamiento con infliximab en condiciones de

práctica clínica habitual en pacientes con formas severas y refractarias de AR. Como objetivo secundario se planteó medir el impacto sobre la calidad de vida de dicho tratamiento

**Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo abierto con 27 pacientes (22 mujeres/5 hombres) con AR refractarias a tratamiento con más de dos FARAL. La media de edad fue 52  $\pm$  12 años (rango 30-71), el tiempo medio de evolución 13,7  $\pm$  7 años y la mediana de FARAL usados previamente sin éxito fue 3. Se administra infliximab 3 mg/kg peso a 0, 2, 6 y después cada 8 semanas. Para evaluar la eficacia se midieron las siguientes variables: *a)* de actividad biológica: VSG, PCR y Alfa1glicoproteína ácida; *b)* de actividad clínica: recuento de articulaciones dolorosas e inflamadas (RAD, RAD), evaluación global de la enfermedad por paciente y médico y del dolor por paciente (EVAGEp, EVAGEm y EVADp); y *c)* capacidad funcional (mediante HAQ). Se valoró la respuesta según el índice DAS28. Para valorar la calidad de vida se utilizó un cuestionario genérico tipo SF-36.

**Resultados:** La tabla muestra los resultados a semana 30, expresados como media  $\pm$  desviación estándar, así como el porcentaje de paciente que alcanzaron respuesta según DAS28. No aparecieron efectos adversos graves. Las medias se compararon mediante un ANVAR, y se usó el test de Friedman en caso de no normalidad. Se consideran significativos valores de  $p < 0,05$ . Se alcanzaron respuestas ACR20 en el 66,7% a semana 6, 40,7% a semana 22 y 40,7% a semana 30. Respecto a la calidad de vida, se observó una mejoría clínica en los dominios de función social, vitalidad, salud general y evolución de la salud, aunque las diferencias no resultaron estadísticamente significativas.

**Conclusión:** El tratamiento con infliximab ha de considerarse en el rescate de pacientes con formas activas y refractarias de AR, ya que ha demostrado beneficio sin aparición de efectos adversos relevantes. La mejoría más acusada se obtiene al inicio del tratamiento, aunque la mejoría clínica, sobre todo en los recuentos articulares, tiende a mantenerse a lo largo del seguimiento, alcanzándose tasas de respuesta aceptables en más de la mitad de los pacientes, según el índice DAS28.

93

**TOXICIDAD Y ESTUDIO DE SUPERVIVENCIA DEL TRATAMIENTO CON LEFLUNOMIDA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE**

E. Sirvent, D. Reina, C. García Gómez, C. Gómez Vaquero y J. Valverde

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge.

**Objetivos:** Analizar la toxicidad de la leflunomida y su relación con el abandono del tratamiento en una serie de pacientes afectados de artritis reumatoide (AR). Determinar la supervivencia del tratamiento.

**Métodos:** En una cohorte de pacientes afectados de AR diagnosticados según los criterios de la ARA y tratados con leflunomida se registraron todos los efectos adversos comunicados por los pacientes y su relación con el abandono del tratamiento. Los pacientes estaban incluidos en un estudio de eficacia de la leflunomida y se asignaron a este tratamiento de forma consecutiva durante un año. Todos los pacientes tomaron 100 mg de leflunomida durante tres días y después, 20 mg/día. Las evaluaciones se realizaron a los 3 y 6 meses del inicio del tratamiento. Se les practicó una análi-

tica general que incluía VSG, PCR y función hepática y se determinaron los parámetros habituales de eficacia; en cada evaluación, se preguntó específicamente a los pacientes acerca de la aparición de efectos adversos. Los datos se recogieron en una base de datos Access 97 y se analizaron con el programa estadístico SPSS para Windows 9.0. Los datos se presentan como media  $\pm$  desviación estándar. La supervivencia se analizó mediante el test de Kaplan-Meier.

**Resultados:** Se incluyeron 36 pacientes (26 mujeres y 10 hombres) con una edad media de  $57 \pm 9$  años y una duración media de la AR de  $8 \pm 9$  años. El factor reumatoide fue positivo en el 81% de los pacientes. Todos los pacientes tomaban AINE y glucocorticoides (dosis media:  $6 \pm 2$  mg/día) de forma habitual. El 47% de los pacientes había tomado previamente otro FAME. Cinco pacientes (14%) abandonaron el tratamiento: dos por HTA, uno por diarreas, uno por alopecia y uno por mucositis. Otros efectos adversos que se registraron pero no causaron abandono del tratamiento fueron: diarreas en 9 pacientes (28%), alteraciones de la bioquímica hepática en tres pacientes (8%) y alopecia en un paciente. Diecinueve pacientes (53%) no presentaron ningún efecto adverso. El tiempo medio de supervivencia del tratamiento fueron 22 semanas (IC 95%: 20-24). Ninguna de las variables descriptivas recogidas antes del inicio del tratamiento se relacionó con el abandono del mismo; tampoco hubo diferencias en las variables de eficacia entre los pacientes que abandonaron el tratamiento y los que no lo hicieron.

**Conclusiones:** El tiempo de supervivencia del tratamiento con leflunomida es largo y pocos pacientes la abandonan. La causa de abandono suele ser la toxicidad y no la ineficacia. Algunos efectos adversos menores son frecuentes.

## 94

### EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON LEFLUNOMIDA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

D. Reina, E. Sirvent, C. García Gómez, C. Gómez Vaquero y J. Valverde

*Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge.*

**Objetivo:** Determinar la eficacia del tratamiento con leflunomida en pacientes afectados de artritis reumatoide (AR).

**Métodos:** De forma prospectiva, los pacientes diagnosticados de AR según los criterios de la ARA (1980) y visitados en el Servicio de Reumatología de un Hospital Universitario durante el período de un año (desde octubre 2001 a octubre 2002) se valoraron como candidatos a tratamiento con leflunomida. La indicación del tratamiento fue AR activa de inicio o ausencia de respuesta a otro FAME. Todos los pacientes tomaron 100 mg de leflunomida durante tres días y después, 20 mg/día. En la visita inicial, se recogieron los datos referentes a edad, sexo, años de evolución de la AR, factor reumatoide e ingesta previa o no de algún tratamiento de segunda línea. Las evaluaciones se realizaron a los 3 y 6 meses del inicio del tratamiento: se les practicó una analítica general que incluía VSG y PCR; se determinaron el número de articulaciones tumefactas (NAT) y dolorosas (NAD), se valoró el dolor mediante una escala analógica visual (EVA), se aplicó el MHAQ y se calculó el DAS28. Los datos se recogieron en una base de datos Access 97 y se analizaron con el programa estadístico SPSS para Windows 9.0. Los datos se presentan como media  $\pm$  desviación estándar. Los cambios

longitudinales de los parámetros de eficacia se transformaron en porcentaje del valor inicial y se compararon mediante la prueba t de Student para datos apareados.

**Resultados:** Se incluyeron 36 pacientes (26 mujeres y 10 hombres) con una edad media de  $57 \pm 9$  años y una duración media de la AR de  $8 \pm 9$  años. El factor reumatoide fue positivo en el 81% de los pacientes. Todos los pacientes tomaban AINE y glucocorticoides (dosis media:  $6 \pm 2$  mg/día) de forma habitual. El 47% de los pacientes había tomado previamente otro FAME. Los resultados medios de las variables de eficacia al inicio, 3 y 6 meses se presentan en la siguiente tabla; los datos estadísticamente significativos se muestran en negrita.

Ninguna de las variables descriptivas recogidas antes del inicio del tratamiento se relacionó con las variables de eficacia.

**Conclusiones:** El tratamiento con leflunomida en los pacientes afectados de AR reduce de forma estadísticamente significativa los parámetros de actividad de la enfermedad excepto los reactantes de fase aguda.

## 95

### EL EFECTO DE LA CRIOPRESERVACIÓN EN LA VIABILIDAD, PROLIFERACIÓN Y EXPRESIÓN GÉNICA DE CONDROCITOS HUMANOS

B. Caramés, M.E. Rendal Vázquez, M.J. López Armada, E. Maneiro, M. Lires Dean, B. Cillero Pastor, M.C. de Andrés, Á. Bonilla, M. Rodríguez Cabarcos, O. Fernández Mallo, C. Andiñón Núñez y F.J. Blanco García

*Unidad de Investigación. Banco de Tejidos. C.H.U. Juan Canalejo. A Coruña*

**Introducción:** El autotrasplante de condrocitos humanos es un tratamiento terapéutico alternativo para lesiones focales de cartílago. Durante el proceso de aislamiento y cultivo de condrocitos pueden surgir algunos problemas que impidan la implantación de dichas células. Por este motivo y por seguridad, algunas células deben ser almacenadas usando criopreservación.

**Objetivos:** Analizar el efecto de la criopreservación en la viabilidad celular, proliferación y expresión génica de los condrocitos humanos.

**Material y métodos:** El cartílago osteoartrítico humano ( $n = 23$ ) fue obtenido y trasferido a un frasco estéril que contenía medio de cultivo DMEM y antibióticos. Los condrocitos fueron aislados, cultivados durante 3-4 semanas y congelados en DMEM que contenía 10% suero humano y 10% DMSO usando tres protocolos diferentes. En el protocolo I las células fueron congeladas directamente a  $-80^{\circ}\text{C}$ . En el protocolo II, las células se almacenaron directamente a  $-80^{\circ}\text{C}$  y 24 horas más tarde se introdujeron en nitrógeno líquido. En el Protocolo III, las células fueron congeladas con controles de congelación usando una relación de congelación de  $-1^{\circ}\text{C}/\text{min}$  hasta una temperatura de  $-40^{\circ}\text{C}$ ,  $2^{\circ}\text{C}/\text{min}$ . hasta una temperatura de  $-60^{\circ}\text{C}$  y  $5^{\circ}\text{C}/\text{min}$  hasta  $-150^{\circ}\text{C}$ . A continuación, las células se mantuvieron criopreservadas durante dos semanas, transcurrido este tiempo se descongelaron y se mantuvieron en cultivo durante siete días, momento en el cual se evaluó la proliferación celular y la expresión génica mediante RT-PCR.

**Resultados:** La criopreservación tuvo un efecto negativo en la supervivencia y proliferación de los condrocitos. La supervivencia después de la criopreservación usando los tres

protocolos fue de un 70/75%. No hubo diferencia significativa entre los métodos usados para criopreservar ( $p = 0,4117$ ). Sin embargo, si se observó una diferencia significativa entre los donantes ( $p = 0,0111$ ). La proliferación celular de los condrocitos fue reducida por criopreservación ( $p = 0,024$ ). La relación de proliferación de los diferentes grupos fue: Muestras control: 6,56; Protocolo I: 4,66; Protocolo II: 4,69 y Protocolo III: 5,58. Los análisis estadísticos mostraron que el protocolo programado fue el mejor método para conservar las funciones celulares. La criopreservación no afectó a la

expresión de los genes de matriz extracelular como colágeno I y II. Asimismo no alteró la presencia de genes constitutivos como COX-1 y GADPH. Además de no modificar los genes constitutivos, la criopreservación tampoco afectó a genes proinflamatorios como COX-2 e iNOS.

**Conclusiones:** La criopreservación modificó la supervivencia y proliferación de los condrocitos. De todos los protocolos utilizados para criopreservar, el protocolo programado parece ser la mejor técnica. La criopreservación no modifica la expresión de los genes analizados.

## 2ª Sesión

Jueves 29 de mayo

96

### EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO ES CAUSA DE DAÑO CRÓNICO ACUMULADO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

G. Ruiz Irastorza, M. V. Egurbide Arberas, C. Aguirre Errasti y J. Ugalde Espiñeira

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. UPV/EHU. Bizkaia.*

El concepto de daño crónico acumulado se definió para medir los efectos negativos a largo plazo del lupus eritematoso sistémico (LES), sus complicaciones y sus tratamientos. Se ha establecido la relación entre esta variable y la morbimortalidad asociada al lupus.

**Objetivo:** Determinar si el síndrome antifosfolípido (SAF) es causa de daño acumulado en pacientes con LES.

**Métodos:** Cohorte prospectiva de 202 pacientes con LES según los criterios del ACR. La presencia de SAF se estableció en función de los criterios de Sapporo. El daño acumulado se calculó mediante el índice SLICC (SDI). La diferencia de SDI a los 15 años entre los pacientes con y sin SAF se comparó mediante la prueba de la U de Mann-Whitney. El número de pacientes en ambos grupos con un SDI de al menos 2 a los 15 años se comparó mediante la prueba exacta de Fisher. Se llevó a cabo una regresión logística con las siguientes variables independientes: "edad al diagnóstico", "sexo", "nefropatía lúpica", "lupus neuropsiquiátrico no trombótico", "afectación pulmonar", "fracturas osteoporóticas" y "SAF"; la variable dependiente fue "SDI a los 5 años > 0"

**Resultados:** La mediana del SDI a los 15 años de seguimiento fue de 4 en los pacientes con SAF vs. 1 en los pacientes sin SAF ( $p = 0,0001$ ). El 100% de los pacientes con SAF tenían un SDI > 2 a los 15 años vs. el 44% de los pacientes sin SAF ( $p = 0,005$ ). El efecto del SAF sobre el SDI fue independiente del de otras variables clínicas en el modelo de regresión logística (variables significativas en el modelo final: "fracturas osteoporóticas", "nefropatía" y "SAF").

**Conclusiones:** El SAF es causa independiente de daño crónico acumulado en pacientes con LES.

97

### EFFECTO DEL DAÑO CRÓNICO ACUMULADO EN LA MORTALIDAD DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

G. Ruiz Irastorza, M. V. Egurbide Arberas, C. Aguirre Errasti y J. Ugalde Espiñeira

*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. UPV/EHU. Bizkaia.*

El concepto de daño crónico acumulado en el lupus eritematoso sistémico (LES) hace referencia a aquellas manifestaciones mantenidas en el tiempo consecuencia de la propia enfermedad, sus tratamientos u otros procesos intercurrentes.

**Objetivo:** Determinar si el daño crónico acumulado al comienzo de la enfermedad es predictivo de la mortalidad a largo plazo.

**Métodos:** Cohorte prospectiva de 196 pacientes con LES según los criterios del ACR con un seguimiento mínimo de 1 año. Se midió el daño crónico mediante el índice SLICC

(SDI). La mortalidad acumulada a los 15 años de los pacientes con y sin daño crónico acumulado en el primer año tras el diagnóstico se comparó mediante el log-rank test.

**Resultados:** 126 pacientes (64%) no presentaban daño crónico en el primer año (SDI = 0), 46 (23%) tenían un SDI de 1 y 24 (12%) un SDI > 1. La supervivencia acumulada a los 15 años fue del 92% en el grupo con un SDI = 0 frente al 76% en los pacientes con un SDI > 0 ( $p = 0,017$ ).

**Conclusión:** La presencia de daño crónico acumulado al primer año tras el diagnóstico de LES se asocia a un aumento de la mortalidad a largo plazo.

98

### FIBROMIALGIA PRIMARIA: ESTADO PSICOPATOLÓGICO

T. Clavaguera Poch, D. Chesa Vela, R. Valls García y A. Campos Nieto

*Servicio de Reumatología Hospital de Palamós, Xarxa de Salut Mental. IAS.*

**Objetivo:** Definir el estado psicopatológico de las pacientes con fibromialgia (FBM) primaria en el momento de la primera visita al Servicio de Reumatología.

**Métodos:** Se realiza un estudio descriptivo del estado psicopatológico de pacientes con criterios de la ACR de FBM. Se excluyen a las pacientes con FBM secundaria y los analfabetos por su incapacidad a leer los tests que aplicamos. Se administró el SCL90-R (Symptom Checklist): constituye una medida de la sintomatología psicológica actual y puntual que presenta el sujeto pero no es una medida de personalidad. Esta escala consta de 90 ítems. El sujeto responde en función del grado subjetivo de malestar según una escala de valoración (0-4). La puntuación y la interpretación se realizan en función de 9 dimensiones de sintomatología primaria (somatización, obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) y 3 índices globales de severidad. Definimos un caso como positivo (con trastorno psiquiátrico) cuando la puntuación obtenida es mayor o igual a una determinada puntuación de referencia de la población general no enferma (diferenciada por sexos).

**Resultados:** Se incluyeron 21 tests de los 30 administrados en un inicio. Los 21 pacientes eran mujeres con una edad media de 48,24 años (DS + 9,08). Un 52,4% eran activas laboralmente y un 28,5% estaban de baja laboral o invalidez permanente. La media del inicio de los síntomas fue de 15,05 años (DS + 11,6) y el tiempo del diagnóstico 0,90 años (DS + 0,72). Todas presentaron dolor generalizado (100%), 20 (95%) astenia, 21 (100%) sensación paliza matutina, 19 (90,5%) insomnio, 8 (38%) colon irritable, 4 (19%) taquicardia, 4 (19%) cefalea crónica y 10 (47,6%) síndrome seco. Las EVA (en una escala de 0-100 mm) fueron: dolor 82,5 mm (DS+16,89), fatiga 80,5mm (DS+80,5) e insomnio 65,5 (DS+24,48). Como medida estado de salud se administró el Euroqol con un resultado 0,4547 (DS+0,1924) y como medida de capacidad funcional el HAQ-AR con una media de 1.025 (DS+0,7272). Los resultados del SCL-90r después de las correcciones en la tabla de referencia fueron: hostilidad 67 (+ > 53), ansiedad 68 (+ > 56), depresión 69 (+ > 61), ansiedad fóbica 66 (+ > 51), obsesivo-compulsivo 68 (+ > 59), ideación paranoide 72 (+ > 56), psicoticismo 69 (+ > 56), somatización 69 (+ > 56), sensibilidad interpersonal 63 (+ > 51), y el índice global de intensidad 68 (+ > 55).

**Conclusiones:** Los pacientes con FBM primaria se caracterizan por dar positivo en todas las dimensiones del SCL-90r. Presentan además un alto índice de percepción de intensidad de su malestar. Estos resultados evidencian una vez más la importancia de los trastornos psiquiátricos en la FBM, que será importante tener en cuenta tanto para establecer un plan terapéutico correcto como para explicar el fracaso de muchos de los tratamientos que realizamos.

## 99

### FIBROMIALGIA PRIMARIA: "LOCUS DE CONTROL DE LA CONDUCTA" (LOCUS OF CONTROL OF BEHAVIOUR)

T. Clavaguera Poch, A. Campos Nieto, D. Chesa Vela y R. Valls García

*Servicio de Reumatología Hospital de Palamós, Xarxa de Salut Mental. IAS.*

El "locus de control de la conducta" (LCC) valora un rasgo de personalidad denominado externalismo (E), que mide la capacidad que tiene un individuo de atribuir a aspectos o situaciones que nos afectan sean debidos a causas externas, que no podemos modificar con nuestra acción. A mayor E se supone menor colaboración del enfermo en el tratamiento. Podría ser un arma para valorar si un paciente es un "mal candidato" a determinadas terapias, entre ellas, las psicológicas o medidas higiénicas en que su colaboración es importante.

**Objetivo:** Valorar el grado de E de los pacientes con fibromialgia primaria (FBM).

**Métodos:** Se realiza un estudio descriptivo del patrón de externalismo (E)/internalismo (I) en pacientes que cumplen los criterios de la ACR para FBM. Analizamos variables demográficas, clínicas, de estado funcional (HAQ-AR), de estado de salud (Euroqol). Se administró el LCC en la primera consulta de nuestro servicio de Reumatología. Se excluyeron los pacientes con FBM secundaria y los analfabetos por su incapacidad de leer los tests aplicados. El LCC considera que el paciente presenta un patrón de externalismo si la puntuación del test es superior a 36. Los datos se analizan mediante el paquete estadístico SPSS. Se estudió si existían diferencias significativas en las diferentes variables entre el grupo de internalistas y las externalistas.

**Resultados:** Se administró el LCC a 45 pacientes aunque respondieron 28 (62,2%). Todos fueron mujeres con una media de edad de 48,50 años (DS+10). El tiempo de inicio de los síntomas fue de 15,64 años (DS+12,7) y el tiempo desde el diagnóstico de 1,37 años (DS+1,26). 11 (39,3%) eran activas laboralmente y 10 (35,7%) estaban de baja o incapacidad laboral relacionada con la FBM. Todas las pacientes referían dolor generalizado y fatiga, 27 (96,4%) sensación de paliza matutina, 26 (92,9%) insomnio, 16 (57,1%) síndrome seco, 8 (28,6%) cefalea y 7 (25%) colon irritable y taquicardias. Se realizaron EAV (0-100 mm) de dolor (media: 80,10 mm, DS+17,6), fatiga (media: 78,1 mm, DS+17,6) e insomnio (media: 66,67 mm, DS+23,6). Los resultados en el HAQ-AR fueron de 1,000 de media (DS+0,7240) y en el Euroqol 0,4729 (DS+0,19219). De los 28 LCC contestados 11 (39,3%) el patrón fue de internalismo y en 13 (35,7%) de externalismo. El estado de salud y el grado de fatiga fue mayor en el grupo E con una  $p < 0,05$ . Las EVAs de dolor, insomnio y el HAQ también tenían una media más elevada aunque las diferencias no fueron significativas ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** No existe un patrón de externalismo/internalismo determinado en las pacientes con FBM. Según nuestros resultados en las pacientes E la percepción de enfermedad/incapacidad es mayor. El LCC podría suponer un test de selección de pacientes con alta/baja probabilidad de colaborar y por tanto, de mejorar o no con los tratamientos realizados. El grado de cumplimiento se valorará posteriormente en un estudio no finalizado

## 100

### FIBROMIALGIA EN EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS INICIALES Y SEGUIMIENTO DE 12 PACIENTES

M. Medrano San Ildefonso y A. Urruticoechea Arana  
*Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.*

**Objetivo:** Analizar las características clínicas iniciales y evaluar la evolución durante un seguimiento de 36 meses de pacientes pediátricos diagnosticados de FM. La evolución de la fibromialgia (FM) juvenil es muy poco conocida. En 1992, Malleson y Petty realizan el primer estudio de seguimiento en niños, encontrando resultados semejantes a los adultos, el 61% de los niños diagnosticados de FM no mejoran. Otras series posteriores por el contrario, obtienen resultados más alentadores con mejorías del 68 al 73%. Estos resultados tan dispares tal vez puedan explicarse por el diferente diseño de los trabajos y por la aplicación de diferentes grupos de criterios.

**Pacientes y métodos:** Se incluyen 12 niños con edad menor de 16 años y que cumplen criterios de FM (ACR-1990). En todos los casos se excluyeron otras enfermedades que pudieran explicar la sintomatología. Se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, situación familiar, dolor (escala analógica visual), nº de puntos dolorosos a la palpación, alteraciones del sueño, trastornos emocionales, cefaleas, astenia, dolor abdominal, hiperlaxitud y nº de horas de absentismo escolar. Se aplicó este protocolo al inicio, a los 3 meses, a los 6 y luego cada 6 meses hasta 36. Cada niño recibió tratamiento individualizado en función de los síntomas.

**Resultados:** De los 12 niños, 10 eran niñas y 2 varones, lo que representa un 83 y 17% respectivamente. Con una edad entre los 9 y 15 años (media 11,08) en el momento del diagnóstico. En la visita inicial, el dolor por EAV se situó entre 6,4 y 9,2 (7,94). El nº de puntos dolorosos entre 12 y 18 (14,8). Referían alteraciones del sueño 11 niños (92%), cefaleas 8 (67%), astenia 7 (58%), dolor abdominal 5 (42%). Una niña cumplía criterios de hiperlaxitud (8%) y dos niños (17%) presentaron alteraciones emocionales, una niña víctima de abusos sexuales y un niño hijo de padres recién separados. En la visita final (36 meses), el dolor por EAV se encontró entre 2,4 y 6 (4,05) y el nº de puntos dolorosos entre 0 y 8 (3,7). Tanto el dolor como los puntos dolorosos a la palpación disminuyeron de forma significativa. Las alteraciones del sueño sólo persistieron en 3 casos (25%), la cefalea en 2 (17%), la astenia también en 2 (17%) y el dolor abdominal en 1 (8%). A los 36 meses, 9 niños no cumplían criterios de FM (75%).

**Conclusiones:** A pesar de ser una serie corta y un período relativamente breve de seguimiento, estos resultados sugieren que la FM juvenil tiene un pronóstico más favorable que en adultos. Encontramos un elevado nº de puntos dolorosos al inicio en esta serie (media 14,8), en otros estudios de se-

guimiento el nº de puntos es menor, llegando a proponer algunos autores una modificación en los criterios del ACR en la FM juvenil, sugiriendo que sería suficiente con la presencia de 5 puntos dolorosos. De los 12 niños 11 (92%) presentaron alteraciones del sueño, resultados semejantes a los de otras series. Las alteraciones del sueño se contabilizaron globalmente incluyendo sueño no reparador, dificultad para conciliar el sueño, despertares nocturnos y agitación durante el sueño.

## 101

### REGULACIÓN INTRACELULAR DE LA APOPTOSIS MEDIADA POR FAS EN FIBROBLASTOS HUMANOS POR FACTORES EXTRACELULARES

B. Santiago Martín, M. Galindo Izquierdo, G. Palao Bastardés y J.L. Pablos Álvarez

*Servicio de Reumatología y Unidad de Investigación, Hospital 12 de Octubre, Madrid.*

**Antecedentes:** Los fibroblastos desempeñan funciones importantes en los procesos inflamatorios y fibróticos mediante la síntesis de proteínas de la matriz extracelular y la síntesis de mediadores proinflamatorios y de degradación de la matriz. La apoptosis de los fibroblastos se ha observado en la fase de resolución de respuestas reparativas o fibróticas pero los mecanismos implicados se desconocen. En el presente estudio investigamos la susceptibilidad de los fibroblastos humanos normales a la apoptosis inducida por Fas y su regulación por factores potencialmente implicados en la inflamación inmunomediada y la fibrosis.

**Métodos:** La expresión de la proteína inhibidora de FLICE (FLIP) y caspasa 8 en fibroblastos dérmicos humanos en cultivo se analizó por Western-blot. La apoptosis se indujo con el anticuerpo monoclonal CH11, agonista de Fas. Se comparó la susceptibilidad apoptótica de los fibroblastos expuestos a diferentes factores solubles y condiciones potencialmente implicadas en el desarrollo de fibrosis.

**Resultados:** Los fibroblastos expresan todos los componentes de la vía apoptótica de Fas: receptor Fas en superficie, FADD y caspasa-8. Sin embargo, la activación de Fas induce apoptosis solo en presencia de cicloheximida (CHX). Los fibroblastos expresan FLIP que desaparece tras el tratamiento con CHX. Factores exógenos como citoquinas, factores de crecimiento o la adherencia a la matriz modifican el balance FLIP/caspasa-8 y la susceptibilidad a apoptosis inducida por Fas. La privación de suero a corto plazo, el cultivo en suspensión y el pretratamiento con IFN- $\gamma$  o TNF- $\alpha$  incrementan, mientras la privación de suero a largo plazo o el pretratamiento con TGF- $\beta$  o IL-10 disminuyen su susceptibilidad a la apoptosis inducida por Fas. La expresión de Fas en superficie solo se modifica por TNF- $\alpha$  o IFN- $\gamma$ , mientras todos los factores citados modifican la expresión de caspasa-8 y/o FLIP de forma consistente con sus efectos pro o anti apoptóticos.

**Conclusiones:** El balance FLIP/caspasa-8 parece estrechamente regulado en los fibroblastos por factores extracelulares que determinan de forma precisa su susceptibilidad a la apoptosis mediada por Fas. Las citoquinas Th1 o Th-reguladoras ejercen efectos opuestos sobre ésta que sugieren que sus efectos pro- o anti-fibróticos incluyen efectos sobre la supervivencia de los fibroblastos.

## 102

### CORRELACIÓN CLÍNICO-ELECTROFISIOLÓGICA EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DEL TÚNEL DEL CARPO. EVALUACIÓN A UN AÑO DE TRATAMIENTO. UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO, ABIERTO, DE DESCOMPRESIÓN QUIRÚRGICA VS. INFILTRACIÓN LOCAL CON ESTEROIDE

D. Ly Pen, J. L. Andreu, A. Sanchez Olaso y G. De Blas  
*Centro de Salud Gandbi, Reumatología, Hospital Puerta de Hierro, Neurofisiología Hospital Ramón y Cajal, Cirugía Plástica, Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

**Objetivo:** Comprobar si la mejoría clínica observada en el tratamiento del STC tanto con un tratamiento médico con infiltraciones locales de corticoides (I) como mediante la cirugía descompresiva (C), se correlaciona o no con una mejoría en los parámetros electrofisiológicos, en la evaluación a 1 año de tratamiento.

**Métodos:** Ensayo clínico, aleatorizado y abierto. Eran elegibles para el ensayo los pacientes con síntomas sugestivos de STC de al menos 3 meses de evolución. Los carpos con afectación motora clínicamente aparente (atrofia tenar o debilidad muscular) fueron excluidos. Se confirmó la presencia de STC mediante ENG del nervio mediano. Aquellos carpos en los que se confirmó la presencia de STC fueron aleatorizados a recibir infiltración local o descompresión quirúrgica. La evaluación subjetiva de los síntomas se realizó mediante escalas visuales-analógicas (EVA) para los dominios parestias nocturnas, dolor e incapacidad funcional. Al año del tratamiento asignado, se repitió el ENG, comparándose con valores basales los siguientes parámetros del mismo: latencia motora (LM), amplitud motora (AM), velocidad de conducción sensitiva (VCS) y amplitud sensitiva (AS). La significación estadística se estableció mediante la prueba de la t de Student, la prueba U de Mann-Whitney y la prueba de Wilcoxon.

**Resultados:** Iniciaron el estudio 163 carpos. 80 carpos fueron asignados aleatoriamente al grupo C y 83 al grupo I. Ambos grupos eran homogéneos en cuanto a duración de los síntomas, edad, género o afectación ENG. Completaron la revisión a 1 año, 90 carpos (45 del grupo C y 50 del grupo I). Aunque la mejoría clínica es manifiesta en ambos grupos de tratamiento, la t de Student para datos pareados demostró mejorías significativas en 3 de los 4 parámetros estudiados del grupo C (AM, VCS y AS, pero no en LM) a 1 año de tratamiento. No hubo cambios significativos en ninguno de los 4 parámetros ENG del grupo I a pesar de que éstos también mejoraron significativamente sus valores en las EVAs.

**Conclusiones:** Los carpos tratados quirúrgicamente mejoran sus valores ENG a 1 año del tratamiento. No así en cambio los carpos infiltrados, aunque estos también mejoran sus valores en las EVAs.

## 103

### CONSULTA MONOGRÁFICA DE COLUMNA LUMBAR. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA. ¿CÓMO ES EL DOLOR LUMBAR INESPECÍFICO?

A. Humbría Mendiola  
*Hospital de la Princesa. Madrid.*

**Objetivo:** El principal problema en la lumbalgia inespecífica es la ausencia de "datos objetivos" que nos orienten en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes. La única

"Guía" que tenemos es el dolor y sus repercusiones, directas e indirectas, en la capacidad funcional de las personas que lo padecen. El objetivo de este estudio fue determinar las características clínicas de los pacientes con lumbalgia crónica inespecífica que acudieron a la Consulta monográfica de Columna Lumbar entre el 3 de noviembre de 1996 hasta el 30 de junio de 1999.

**Pacientes:** Se recogió de forma prospectiva, la historia clínica protocolizada de los primeros 337 pacientes que acudieron a la Consulta monográfica de Columna Lumbar que cumplieran los criterios de inclusión: *a)* Pacientes menores de 75 años, *b)* Sin datos sugestivos de "rentismo" laboral, *c)* Sin criterios de fibromialgia, *d)* Sin evidencia de lumbalgia por aplastamiento vertebral lumbar reciente.

**Métodos:** Utilización de un protocolo clínico elaborado por la investigadora a tal efecto para pacientes con lumbalgia crónica. Creación de una base de datos utilizando el programa Excel (Microsoft), en la que se incluyeron 128 variables por paciente. Entre estas variables se recogieron las relativas a las características del dolor que aparecen en la Tabla 1. Utilización del programa Excel para la elaboración de la estadística descriptiva.

**Resultados:** La mayor parte de los resultados se encuentran reflejados en la siguiente tabla.

Tabla 1. Características clínicas del dolor

Variable	Opciones	Nº pacientes	% pacientes	Significación estadística
Años de evolución del dolor	0-4 años	123	37	p < 0,00001
	5-9 "	72	22	
	10-14 "	51	15	
	15-19 "	25	7	
	20-24 "	35	11	
	= 25 "	26	8	
Descripción temporal del dolor	Agudo recidivante	74	22	p < 0,00001
	Constante	88	26	
	Constante con reagudizaciones	175	52	
Irradiación del dolor	No irradiado	130	39	p < 0,00001
	Irradiado sin seguir dermatoma	160	48	
	Irradiado según dermatoma	45	13	
Exploración física general	Normal	144	45	N.S.
	Anormal	176	55	
Exploración columna lumbar	Normal	66	20	p < 0,00001
	Anormal	267	80	
Signo de Lasègue	Ausente	318	96	p < 0,00001
	Presente	14	4	
Exploración neurológica	Normal	295	89	p < 0,00001
	Anormal	37	11	
Síntomas y signos no orgánicos	Ausentes	221	84	p < 0,00001
	Presentes	42	16	
Niveles de dolor a la presión	No dolor a la presión	74	22	0,00001
	Dolor presión L1 y/o L2 y/o L3	19	6	
	Dolor presión L4 y/o L5 y/o S1	118	35	
	Dolor presión en ambos segmentos	122	37	
Dolor presión central y/o paravertebral	No dolor presión	74	22	0,00001
	Dolor presión central	86	26	
	Dolor presión paravertebral	45	14	
	Dolor presión central y paravertebral	128	38	
Clasificación descriptiva	Agudo recidivante	63	18	0,00001
	Crónico no irradiado	122	36	
	Irradiado sin seguir dermatoma	103	31	
	Irradiado según dermatoma	24	7	
	Estenosis de canal	6	2	
	Post cirugía columna lumbar	16	5	
	Otros	2	1	

La media de duración de dolor en los pacientes protocolizados fue de 9 años, con una desviación estándar de otros 9 años; no obstante, debido a la distribución irregular de la

variable, el grupo más frecuente fue el de pacientes con dolor de 4 ó menos años de duración (37%). El perfil más frecuente del dolor fue el siguiente: intensidad constante con reagudizaciones (52%), irradiado sin seguir ningún dermatoma (48%), con exploración anormal de la columna lumbar (80%), sin signo de Lasègue (96%), con exploración neurológica normal (89%), y sin signos ni síntomas no orgánicos según los criterios de Waddell (84%). Se encontró dolor a la presión en la región lumbar en el 78% de los pacientes, que fue más frecuente en los niveles L4-L5 y S1 (72%) y tanto a nivel central como paravertebral (38%). Se encontraron 129 patrones diferentes de dolor a la presión en la columna lumbar. Además se investigó la presencia o ausencia de alteraciones del sueño y éstas no existían en el 58% de los pacientes.

**Conclusiones:** Los resultados del estudio muestran, entre otros datos relevantes, la larga evolución del dolor cuando el paciente llega a la consulta y pone de manifiesto la necesidad de intervenir más precozmente a nivel de Atención Primaria. Dicha intervención redundaría en una mejor calidad de vida para los pacientes con lumbalgia y en un mejor aprovechamiento de los recursos sanitarios.

## 104

### UTILIDAD DEL ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA PARA LA DETECCIÓN DE DEFICIENCIAS DE FACTORES HEMOPOYÉTICOS

F. Perez Ruiz y M. Calabozo Raluy

Hospital de Cruces.

**Antecedentes:** El ancho de distribución eritrocitaria (ADE o RCW) es un parámetro rutinario de la hemocitometría automatizada y su aumento refleja la presencia de anisocitosis, proceso frecuente en las deficiencias de factores hemopoyéticos.

**Objetivo:** Determinar la utilidad del ADE para la detección de ferropenia o deficiencia de folato en pacientes en tratamiento con AINE y metotrexato, factores que predisponen a deficiencias de hierro y folato, respectivamente.

**Método:** Estudio transversal; pacientes en tratamiento con AINE y metotrexato por poliartritis crónica; se seleccionaron aquellos con volumen corpuscular medio normal, i.e. sin macro/microcitosis. La presencia de deficiencia de hierro y de folato se definieron mediante la determinación de receptor sérico de transferrina > 28 y de ácido fólico intraeritrocitario < 280, respectivamente. La elevación de ADE se definió como ADE > 15,1. Los pacientes con deficiencia fueron tratados con ácido fólico 15 mg/semana y/o sales ferrosas durante 2 meses, repitiéndose las determinaciones previas para control.

**Resultados:** 52 pacientes, 37 con artritis reumatoide y 15 con artritis psoriásica, tratados con MTX en dosis media de  $12,1 \pm 4,09$  mg/s y tiempo de evolución de  $8 \pm 6$  años. Considerando todos los pacientes y cualquier tipo de deficiencia, la elevación del ADE mostró una sensibilidad (S) del 89%, especificidad (E) del 80%, valor de predicción positiva (VPP) de 87% y valor de predicción negativa del 83%. En los pacientes con depleción de hierro, S = 93%, E = 89%, VPP 81% y VPN = 96%, mientras que en los pacientes con depleción de folato, S = 63%, E = 90%, VPP 77% y VPN = 81%. El tratamiento con sales ferrosas o ácido fólico no modificaron el valor del ADE, aún cuando las cifras de hemoglobina

y de folato intraeritrocitario se elevaron y las de receptor sérico de transferrina se redujeron de forma significativa (todos  $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** 1) el ADE es un parámetro hemocitométrico automatizado rutinario, con aceptable sensibilidad y especificidad para rastrear deficiencias de hierro o folato. 2) El ADE no es útil para el seguimiento inmediato del tratamiento del déficit –como se ha referido en la literatura– sino que la monitorización debe realizarse mediante técnicas que reflejen los niveles de factores durante la hemopoyesis, como el fólculo intraeritrocitario y el receptor sérico de la transferrina.

## 105

### MANIFESTACIONES ARTICULARES EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

C. Campos Fernández, J. Calvo Catalá, A. Baixauli Rubio, M. Glez Cruz Cervellera, R. Benítez Bermejo, J. Vicente Mas y A. Herrera Ballester

*Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.*

Las manifestaciones articulares constituyen la sintomatología extraintestinal más frecuente en los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de manifestaciones articulares en pacientes con EII: Colitis Ulcerosa (CU) y Enfermedad de Crohn (EC).

**Material y métodos:** Revisamos las historias clínicas de 239 pacientes (122 hombres y 117 mujeres) con EII (125 con CU y 114 con EC). La edad al diagnóstico oscilaba entre los 15 y los 82 años con una amplia dispersión. Del total de pacientes con EII, 85 (35,5%) presentaban manifestaciones articulares en algún momento de su evolución. El diagnóstico de la patología articular fue previo a la clínica digestiva en 3 pacientes, simultáneo en otros tres y en el resto fue posterior. Dieciséis pacientes (18,8%) tenían artritis periférica (6 monoarticular, 7 oligoarticular y 3 poliarticular), siendo la articulación más afectada la rodilla, seguida de tobillos y carpos. Cuatro de estos pacientes presentaban también espondiloartritis axial.

De los pacientes revisados, 45 (53%) referían en algún momento dolor lumbar, aunque en algunos de los casos se trataba de una lumbalgia inespecífica. En el estudio radiológico realizado objetivamos la presencia de sacroileitis en 71 pacientes (83%); 17 de estos pacientes (20%), presentaban también cambios en columna (vértebras cuadradas, sindesmofitos).

En cuanto a la presencia de otras manifestaciones: 7 presentaron eritema nodoso, 3 uveítis, 2 pioderma gangrenoso, 5 entesopatía y 59 (24,6%) osteoporosis.

El HLA-B27 fue positivo en 15 pacientes, presentando 8 de ellos espondiloartritis axial.

**Conclusiones:** Las manifestaciones articulares son una forma frecuente de manifestación extraintestinal en los pacientes con EII. En nuestra serie hemos observado que la frecuencia de espondiloartritis axial era superior a la de artritis periférica, lo que apoyaría la opinión generalizada de la existencia de pacientes con afectación axial asintomática. También destacamos la frecuencia de osteoporosis en estos pacientes y las consecuencias que conlleva (presencia de fracturas), por lo que creemos que es importante realizar un estudio del metabolismo óseo.

## 106

### POTENCIALES EVOCADOS EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

M. Núñez, J. Valls, M. Veciana y E. Nuñez

*Hospital Clinic Barcelona.*

**Hipótesis:** Los potenciales evocados cerebrales a estímulos dolorosos provocados por rayo láser aporta información objetiva sobre como el organismo reacciona al dolor. Nuestra hipótesis es que los potenciales evocados por laser (PERL) podrían estar alterados en pacientes con dolor crónico.

**Objetivos:** Examinar potenciales evocados por estímulos de rayo láser (PERL) en pacientes con dolor crónico utilizando un grupo de individuos sanos como grupo control.

**Pacientes:** El estudio se realizó en 12 pacientes ( $56,3 \pm 4,8$  años) con criterios diagnósticos de fibromialgia. La duración media de la enfermedad fue de  $9,3 \pm 4,5$  años. El grupo control estuvo formado por 20 voluntarios sanos ( $51,0 \pm 8,1$  años).

**Métodos:** Estudio experimental. Se determinaron variables sociodemográficas y clínicas. La intensidad del dolor crónico se valoró a través de escalas analógica visual de 10 cm y tipo Likert. Además, los pacientes describieron su dolor por escrito mediante una pregunta abierta para establecer el lenguaje utilizado. Los estímulos se realizaron con rayo láser de CO<sub>2</sub> (9W de potencia; 2 mm de diámetro; 40 ms de duración) aplicado en el dorso de la mano. Se llevaron a cabo análisis descriptivos univariados y multivariados. así como análisis factorial de correspondencias para los datos numéricos y textuales.

**Resultados:** Los potenciales evocados por rayo láser tuvieron forma bifásica sin diferencias entre sujetos sanos y enfermos, con el primer pico negativo de una latencia media de  $244,6 \pm 9,4$  ms en el grupo control, y  $251,2 \pm 10,6$  ms en el grupo de los pacientes ( $p > 0,05$ ). El ochenta y tres por ciento de los enfermos utilizaron palabras que expresaban intensidad elevada de dolor y para describirlo emplearon terminología sensorial (75%). Únicamente 3 pacientes expresaron lenguaje afectivo.

**Conclusiones:** A pesar de la elevada intensidad del dolor expresada por los pacientes y la utilización de términos sensoriales en sus descripciones, los potenciales evocados fueron normales. Concluimos que la presencia de dolor crónico en nuestros pacientes con fibromialgia no altera la expresión cerebral de la activación externa de las vías del dolor.

## 107

### CORRELACIÓN ENTRE DENSITOMETRÍA ÓSEA DEXA EN CADERA Y COLUMNA LUMBAR CON LA DENSITOMETRÍA DEXA DE FALANGE (ACCUDEXA). VALORACIÓN DEL ACCUDEXA COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA O DE SCREENING

R. Ibáñez Bosch, C. Fito Manteca, R. Gutiérrez Polo,

N. del Val del Amo y E. Loza Cortina

*Hospital de Navarra. Pamplona.*

**Objetivos:** 1) Evaluar la correlación entre la densidad mineral ósea (DMO) en cadera y columna lumbar, medida con densitómetro de doble energía de rayos X (dexa), y la DMO de falange media del tercer dedo de la mano no dominante, medida con densitómetro dexa (Accudexa). 2) Analizar la

utilidad diagnóstica, o como herramienta de screening, del densitómetro de falange Accudexa.

**Métodos:** Se realizó densitometría dexa de la falange a 207 pacientes en quienes se había realizado DMO de cadera y columna lumbar en los 3 meses previos. Analizamos: 1<sup>o</sup>. La correlación entre la bmd (densidad mineral ósea, gr/cm<sup>2</sup>) medida en falange y en distintas localizaciones de cadera y columna lumbar. 2<sup>o</sup>. La Sensibilidad, Especificidad y concordancia diagnóstica para distintos niveles de t-score en falange, usando como referencia diagnóstica una t-score de -2,5 en cadera y/o columna lumbar. 3<sup>o</sup> Los mejores cortes para uso diagnóstico o como herramienta de screening.

**Resultados:** 1<sup>o</sup>. El coeficiente de correlación (r pearson) entre la bmd en falange y cadera es de 0,585, y con columna lumbar 0,531,  $p < 0,0001$ . Dicha correlación es semejante a la hallada entre cadera y columna lumbar. 2<sup>o</sup>. La concordancia de la t-score entre ambos métodos es baja. 3<sup>o</sup>. Analizando la Sensibilidad (S) y Especificidad (E) diagnóstica para diferentes cortes de t-score en falange, el mejor par S/E se obtiene con una t-score de -1,0, S = 70,4 y E = 73,2, utilizando como referencia diagnóstica de osteoporosis una t-score -2,5 en cadera o en columna lumbar. 4<sup>o</sup>. Para una t-score en falange de  $< -1,9$ , la E = 90,7 (S = 45,5) y para t-score  $< -0,5$  la S = 89,8 (E = 56,7), lo cual permite establecer dos cortes en los cuales tenemos una alta seguridad diagnóstica: si t-score en falange es  $< -1,9$  es casi seguro que tiene osteoporosis y si t-score  $> -0,5$  es casi seguro que no la tiene. Por lo tanto sólo haría falta realizar DMO en cadera o en columna en aquellos casos en que la DMO en falange estuviera entre -1,7 y -0,5. Usando dicho intervalo como screening, en los pacientes de nuestro estudio se habría ahorrado el 55% (113) de las DMO de cadera y columna.

**Conclusiones:** 1) Se demuestra que existe una correlación lineal positiva, entre la DMO de falange y la de cadera y columna lumbar. 2) La concordancia de la t-score entre ambos métodos es baja, probablemente debido a la diferente población de referencia con distinta edad en el pico máximo y diferentes varianzas. 3) El mejor corte, como herramienta diagnóstica, sería una t-score en falange de -1,0 (S = 70,4 y E = 73,2). 4) Como screening, se pueden ahorrar un 55% de las DMO de cadera y columna lumbar, realizándolas sólo cuando la t-score en falange se sitúe en el intervalo -1,9 a -0,5.

## 108

### ENFERMEDAD AUTOINMUNE Y GESTACIÓN: EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO Y DE LOS NEONATOS

A. Álvarez Pio, S. Bustabad Reyes, A. Arteaga González, I.A. Ferraz Amaro, J.J. Bethencourt Baute, J.C. Quevedo Abeledo, S. Machín García, M. A. Gantes Mora, B. Rodríguez Lozano, E. Trujillo Martín, J. F. Díaz González y T. González García

*Hospital Universitario de Canarias.*

**Objetivo:** Estudiar la evolución del embarazo y de los recién nacidos de pacientes con enfermedades autoinmunes seguidas conjuntamente por reumatólogos y ginecólogos.

**Pacientes y métodos:** Se realizó el seguimiento a 24 gestaciones de pacientes diagnosticadas de: LES, EMTC, Síndrome de Sjögren primario, SAAF primario y AR. Se evaluó: edad materna, tiempo de evolución de la enfermedad, órganos afectados, complicaciones de la gestación y del parto, y perfil

de autoanticuerpos de la gestante y recién nacido. En ningún caso había afectación renal.

**Resultados:** Edad media de 31 años (19-39), y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 10,7 años (3-19). En el momento del embarazo presentaban datos de actividad clínico-biológica el 33% de las gestantes. El 42% de las pacientes presentaron clínica durante la gestación siendo la afectación articular y cutánea las manifestaciones más frecuentes (80%); las complicaciones durante el embarazo fue un episodio de preeclampsia y un caso de oligoamnios, y durante el parto cuatro rotura prematura de membrana, estas últimas en curso de tratamiento corticoideo. El 25% de ellas eran anti-Ro y/o anti-La positivos y el 54,1% tenían AL y/o aCL positivos. Los abortos (29%) ocurrieron en el primer trimestre del embarazo, relacionándose en todos los casos con la presencia de AL y/o aCL. En las pacientes que llevaron a término su gestación (71%) la media gestacional fue de 38,3 semanas (36-41). El 70,8% de las pacientes recibían tratamiento con prednisona. No se objetivó actividad clínica durante el posparto en ninguna de las pacientes. Del total de los recién nacidos: 5 tenían ANA positivos y 3 anti-Ro y/o anti-La. Ninguno de los neonatos presentó clínica de enfermedad autoinmune y los autoanticuerpos se negativizaron en los primeros 6 meses de vida.

**Conclusiones:** El 71% de las gestaciones consiguieron llevar a término su embarazo sin complicaciones graves. El 42% presentaron brote de actividad de carácter leve durante su gestación relacionándose con una mayor actividad clínico-biológica en el momento del embarazo. En todos los casos de abortos los AL y/o aCL fueron positivos. Ningún neonato presentó LES neonatal o bloqueo cardiaco-congénito.

## 109

### REMISIÓN EN ARTRITIS DE INICIO

A. Hernández, A. Balsa, T. Cobo, A. Villarín, M. Pombo, A. García Aparicio y E. Martín Mola

*Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos:** Valorar la aparición, duración de remisión y recaídas en pacientes atendidos en una consulta de artritis de reciente comienzo.

**Métodos:** Se estudiaron los pacientes vistos en una consulta de artritis de inicio. Se definió remisión como el cumplimiento de 4 de los siguientes requisitos: número de articulaciones dolorosas = 0, número de articulaciones tumefactas = 0, dolor (escala analógica visual)  $< 10$  mm, velocidad de sedimentación globular  $< 20$  mm/hora y valoración del reumatólogo. Se valoró tiempo de evolución, forma de aparición y número de articulaciones afectas, remisiones, tiempo transcurrido desde la primera visita hasta la remisión, recaídas, si las hubo, y duración de las mismas. Se tuvo en cuenta la administración de esteroides sistémicos o locales y fármacos modificadores de la enfermedad.

**Resultados:** Se obtuvieron datos de 174 pacientes con edades entre 16 y 84 años (59,8% mujeres y 40,2% hombres). Ochenta y ocho pacientes (51,1%) presentaron al menos una remisión, que fue más frecuente en hombres (62,9% vs 42,7%;  $p = 0,009$ ). La media de edad de los pacientes que presentaron remisión era menor ( $44 \pm 15,59$  años vs  $54 \pm 17,23$  años). El tiempo medio hasta la remisión fue de  $52,31 \pm 74,87$  semanas. Las formas de presentación que más frecuentemente remitieron fueron las mono y oligoarticulares

(76,2% y 85,3% respectivamente;  $p < 0,0001$ ), las asimétricas (75,5% vs 41,1%;  $p < 0,0001$ ), y las agudas (76,8%), frente a las subagudas (43,3%;  $p < 0,0001$ ) con un tiempo de evolución medio de 9 y 15 semanas respectivamente. El diagnóstico más frecuente fue artritis reumatoide (52,9%) y artritis indiferenciadas (13,2%). Las patologías que remitieron con más frecuencia fueron las artritis postinfecciosas (100%) y reactivas (88,9%) y la que presentó menor porcentaje de remisión fue la artritis reumatoide (32,6%;  $p < 0,0001$ ). La remisión fue indefinida en 42 pacientes (47,72%). La recaída tras la remisión fue más frecuente en las espondiloartropatías (83,3%) y conectivopatías (71,4%);  $p < 0,05$ . La duración media de la remisión fue de  $25,36 \pm 27,88$  meses, siendo menor en la artritis indiferenciada ( $11,4 \pm 8,38$ ) y artritis reumatoide ( $19,63 \pm 26,05$ ), y mayor en las espondiloartropatías ( $53,2 \pm 41,53$ ). No se encontró relación entre las remisiones y los esteroides, sistémicos o en infiltración, recibidos, ni con los fármacos modificadores de la enfermedad.

**Conclusiones:** Existe asociación entre la forma de presentación de la artritis y la probabilidad de remisión, siendo más frecuente en las formas oligo o monoarticulares, agudas y asimétricas, así como con el sexo (más frecuente en hombres). Las patologías que con más frecuencia remiten son las artritis postinfecciosas y las artritis reactivas, siendo esta con más frecuencia indefinida. En contraposición las patologías que presentan menor frecuencia de remisión y menor duración de la misma son la artritis reumatoide y la artritis indiferenciada.

## 110

### ACTITUD DEL PACIENTE CON DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO CRÓNICO. MANEJO DE LA PATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Hospital Universitario La Paz. Madrid, en representación del Arthritis Action Group

**Introducción:** *Arthritis Action Group* es un comité asesor multidisciplinar compuesto por clínicos y académicos de toda Europa cuyo objetivo es el progreso en el conocimiento de la patología reumática y de su manejo.

**Objetivo:** Obtener un mayor conocimiento de las actitudes y experiencias del paciente con dolor musculoesquelético crónico (DMC) y del manejo terapéutico de esta dolencia en atención primaria. El estudio se efectuó en 8 países europeos con un total de 1.483 médicos y 5.803 sujetos.

A continuación se muestran los resultados españoles.

**Métodos:** Encuesta telefónica llevada a cabo con 200 médicos generales (MG) seleccionados aleatoriamente y 816 sujetos con DMC considerados evaluables. Un médico fue incluido si trabajaba a tiempo completo desde hacía al menos dos años y veía un mínimo de 10 pacientes con DMC por semana. Los sujetos a incluir debían ser mayores de 18 años y haber experimentado al menos durante 5 días consecutivos, dolor, hinchazón o rigidez en manos, rodillas, otras articulaciones, músculos, cuello o espalda (no causado por lesión o fractura) con una periodicidad al menos mensual en los últimos 12 meses.

**Resultados:** El 38% de los sujetos con DMC refiere permanecer sin diagnosticar o no haber visitado nunca a un médico por su dolencia. Un 38% piensa que no debería molestar al médico con sus dolores y el 29% considera que no se puede hacer nada para mejorar su situación.

Respecto al tratamiento, el 85% cree que los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) deben tomarse sólo cuando el dolor es realmente intenso y un 49% piensa que el tratamiento farmacológico diario es innecesario ya que es normal tener algún dolor con la edad. Sólo 2 de cada 10 pacientes que toman AINE (19%) conocen sus efectos adversos y solo el 21% se encuentra al menos algo preocupado, por los mismos. La combinación de AINE (91%) y analgésico (76%) es el tratamiento farmacológico más prescrito como primera elección por los MG. Mientras que la mayoría (94%) dice que le preocupan los efectos adversos de los AINE, la edad superior a 65 años, la historia de úlcera actual o previa, el uso concomitante de corticoides, aspirina o anticoagulante oral son sólo mencionados como factores de riesgo de los AINE por el 60%, 54%, 24%, 23% y 27% de los MG, respectivamente.

**Conclusiones:** 4 de cada 10 casos de dolor musculoesquelético crónico permanecen sin diagnosticar en España pudiendo ciertas actitudes del paciente contribuir a demorar su diagnóstico y tratamiento. Una combinación de AINE y analgésicos es el tratamiento de primera línea más prescrito por los MG. A pesar de ello, la mayoría de los pacientes en tratamiento con AINE desconocen sus efectos adversos y cuando se pidió a los médicos que nombraran los factores de riesgo gastrointestinal que tienen en cuenta cuando prescriben un AINE, la mayoría no mencionan varios de los factores establecidos.

*Arthritis Action Group* está financiado por una beca de Pfizer Inc y Pharmacia Corp.

## 111

### EFFECTO SINÉRGICO ENTRE LA LEPTINA Y LA INTERLEUKINA 1 ALFA SOBRE LA NITRÓXIDO SINTASA INDUCIBLE EN CONDROCITOS

M. Otero, J. Gómez Reino y O. Gualillo  
Hospital Clínico Universitario de Santiago, Laboratorio de Investigación nº4, Santiago de Compostela,

**Propósito del estudio:** El óxido nítrico (NO) es un mediador de procesos inflamatorios, a nivel tisular (provoca la degradación del cartílago) y a nivel celular (induce apoptosis y desdiferenciación de los condrocitos). La IL1-alfa es un elemento clave en procesos inflamatorios agudos y crónicos mediante la producción del NO. Distintos estudios demuestran que la leptina participa en procesos inflamatorios y que, además, se comporta como una citoquina proinflamatoria debido a que activa, de forma sinérgica con el interferon gamma, la acción de la Nitróxido Sintasa Inducible (iNOS). En este trabajo estudiamos los efectos de la leptina y de la IL1-alfa en la actividad de iNOS en la línea condrogénica murina ATDC5 para demostrar que la leptina posee un efecto sinérgico con la IL1-alfa sobre la inducción y/o actividad de la iNOS.

**Métodos:** El cultivo celular de la línea ATDC5 se realiza en medio DMEM/F12 suplementado con 5% FBS, 10 mg/ml de insulina recombinante humana, 10 mg/ml de transferrina humana,  $3 \times 10^{-8}$  M de selenito sódico y antibióticos (50U/ml de penicilina y 50 mg/ml de estreptomycin). Evaluamos la actividad de la iNOS mediante el ensayo colorimétrico de Griess en el sobrenadante de medio de cultivo previamente serodeprivado (12 horas) y tratado con leptina murina (400 y 800 nM) e IL1- $\alpha$  humana (0,05, 0,025 y 0,01 ng/ml) durante 48 horas.

**Resultados:** Los resultados obtenidos demuestran que la estimulación individual con leptina (400 y 800 nM) no provoca una activación de la iNOS. La estimulación individual con distintas dosis de IL-1 $\alpha$  provoca una activación de la enzima dosis dependiente. Sin embargo, cuando la estimulación se lleva a cabo con la dosis elevada de leptina (800 nM) en combinación con IL-1 $\alpha$  (0,05, 0,025 y 0,01 ng/ml) se observa un incremento de la activación de iNOS inducida por la IL-1 $\alpha$ .

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos demuestran que la leptina posee un efecto sinérgico con la IL-1 $\alpha$  sobre la activación de la iNOS en condrocitos y confirman el papel de la leptina como una nueva citokina proinflamatoria.

## 112

### APROXIMACIÓN A LA INFLUENCIA DE LOS TRATAMIENTOS PREVIOS SOBRE LA VARIACIÓN FUTURA DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA LUMBAR

O. Codina Guinó, D. Roig Vilaseca y J. Valverde García  
*Hospital de Bellvitge. SAP Baix Llobregat Centre.*

**Objetivo:** Evaluar el efecto que los tratamientos previos tienen sobre la evolución de la densidad mineral ósea lumbar con otros tratamientos.

**Material y métodos:** De una base de datos con 1314 pacientes se seleccionaron 613 que disponían de al menos 2 determinaciones de densidad mineral ósea (DMO) lumbar. Los valores de DMO se expresan en valores estándar. De estos pacientes, se seleccionaron períodos de tratamiento de entre 6 y 48 meses y se agruparon según el tratamiento recibido (tratamiento actual). Dentro de cada grupo de tratamiento, se comparó la variación anual de la DMO y el porcentaje de variación anual de la DMO según el tratamiento recibido con anterioridad a la densitometría inicial (tratamiento previo).

**Resultados:** La distribución por grupos de tratamiento actual fue: 250 no recibían ningún tratamiento, 175 recibían etidronato, 165 alendronato, 23 calcitonina, 22 THS, 65 raloxifeno y 14 risedronato. El estudio comparativo se muestra en la tabla.

Tratamiento previo	Tratamiento actual						
	250	175	165	23	22	65	14
Variación anual DMO	No tratamiento	Etidronato	Alendronato	Calcitonina	THS	Raloxifeno	Risedronato
No tratamiento	-7,223	15,535	27,722	2,733	9,586	7,678	4,732
Etidronato	18,822	-	24,959	5,542	-	1,120	3,542
Alendronato	-	-4,691	-	5,542	23,013	1,965	-
Calcitonina	-13,336	13,698	48,522	-	23,013	1,526	-
THS	-24,370	17,753	34,992	-	-	4,467	-
Tibolona	-	-	-	-	-	-	-2,871
P	0,013	0,273	0,352	0,635	0,343	0,891	0,885
% variación anual DMO							
No tratamiento	-0,61	2,05	3,42	0,60	1,48	0,98	0,31
Etidronato	2,16	-	4,08	0,61	-	0,11	0,49
Alendronato	-	-0,66	-	0,61	2,86	0,27	-
Calcitonina	-1,36	1,90	6,51	-	2,86	1,95	-
THS	-2,59	2,68	4,67	-	-	0,39	-
Tibolona	-	-	-	-	-	-	-0,33
P	0,020	0,219	0,362	0,635	0,456	0,900	0,885

**Conclusión:** El tratamiento previo recibido no parece influir en efecto de los futuros tratamientos administrados. Sólo cuando se suspende un tratamiento, parece que el haber recibido previamente etidronato ayuda a mantener la DMO.

## 113

### UTILIDAD DE LA GAMMAGRAFÍA PLANAR CON 67GA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ARTERITIS DE LA TEMPORAL

J.J. Alegre Sancho, M.D. Reyes Ojeda, C. Fernández Carballido, J.A. Roman Ivorra, I. Chalmeta Verdejo, L. Abad Franch y C. Alcañiz  
*Hospital Universitario Dr Peset, Valencia.*

**Objetivo:** Comprobar la utilidad diagnóstica de la gammagrafía planar con 67Ga en la arteritis de la temporal.

**Métodos:** Se incluyeron en el estudio a 13 pacientes, con criterios clínicos de arteritis de la temporal; realizándose a todos ellos biopsia de arteria temporal. En todos los casos se practicó gammagrafía planar con 185 MBq de 67Ga vía iv, con adquisición de imágenes a las 48 horas en proyección antero-posterior y lateral. Se cuantificó la captación en la región de interés temporal (ROIT) y se comparó con la región parietal (ROIP), calculando un coeficiente de captación definido por la relación: (ROIT - ROIP) / ROIP. Se consideró positiva la prueba cuando este índice fuera > 0,4 (*Généreau T et al. Rheumatology 1999; 38: 709-713*).

**Resultados:** 9/13 pacientes fueron mujeres, con una edad media de 72 años. La VSG fue superior a 80 mm/h en 10/13 pacientes. La biopsia fue positiva en 6/13 pacientes. En cambio, la gammagrafía con 67Ga fue positiva sólo en 2/13 pacientes, ambos con biopsia positiva. La gammagrafía fue negativa en los restantes 4 pacientes con biopsia positiva.

**Conclusiones:** La realización de gammagrafía planar con 67Ga parece ser poco útil en el diagnóstico de arteritis de la temporal, no pudiendo sustituir a la biopsia arterial.

## 114

### GRADO DE CONOCIMIENTO Y SATISFACCIÓN TRAS UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERÍA EN PACIENTES REUMATOLÓGICOS

S. Fernández, M. Peiró, A. Cortés, H. Corominas, A. Laiz y T. Nolla  
*Hospital Sta. Creu i St. Pau/CAP Maragall, Barcelona.*

**Objetivo:** Valorar el grado de información y satisfacción que obtienen los pacientes visitados en una consulta de Reumatología tras una intervención educativa realizada por la enfermera de Reumatología.

**Métodos:** Estudio prospectivo de tres meses de duración realizado en la consulta de Reumatología del Centro de Atención Primaria Maragall y en la consulta externa del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona. Se incluyeron consecutivamente 44 pacientes que acudieron para ser visitados por primera vez durante el mes de septiembre del 2002 con un diagnóstico de osteoartritis (OA), osteoporosis (OP), fibromialgia (FM) o patologías de partes blandas. Se excluyeron asimismo aquellos pacientes con patología psiquiátrica mayor y aquellos que no quisieron participar. En una primera fase se les pasó un cuestionario con preguntas cerradas y escalas analógico visuales (V.A.S.) para objetivar el grado de conocimiento de su patología, su tratamiento y satisfacción. Seguidamente fueron visitados por el reumatólogo que diagnosticó e informó de la patología y del tratamiento. Posteriormente se citaron con la enfermera quien realizó una intervención educativa:

les confeccionó un planning de medicación reforzando la importancia de un buen cumplimiento y les informó del tratamiento no farmacológico (técnicas de relajación, ejercicios, economía articular, educación postural, dietas ricas en calcio, prevención de accidentes,...). Finalmente se citaron a los pacientes a una visita de seguimiento entre 1 y 3 meses volviéndose a pasar para la evaluación el mismo cuestionario.

**Resultados:** Se evaluaron un total de 44 pacientes de los que el 88% fueron mujeres. La media de edad fue de 62 años (DS 15) con un rango de 25 a 87 años. Las patologías reumáticas más frecuentes fueron la OA (45%) y las FM (32%). La media de años de evolución de la enfermedad fue de 11 años (DS 13) y el nivel educacional mayoritario fueron los estudios primarios (75%). En la primera visita el 68% de los pacientes no sabían qué enfermedad reumática tenían y un 93% no conocía qué tratamiento era el más indicado para su enfermedad, y sólo un 50% necesitaba más información. Tras la intervención educativa realizada por la enfermera de reumatología un 100% conocía su enfermedad. Al relacionar el nivel de información final (EVA = 7) con el inicial (EVA = 3) se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,007$ ). Lo que más les preocupaba de su enfermedad fue la incapacidad funcional (36%), el dolor (25%) y la deformidad articular (25%). Respecto al tratamiento les preocupaba la eficacia (16%) y los efectos secundarios (16%) frente a un 63% que no les preocupa nada del tratamiento. Se evidenció asimismo una media de 8,6 en el grado de satisfacción de la información recibida sobre su enfermedad en la consulta de reumatología.

**Conclusión:** La educación de enfermería juega un papel primordial en el conocimiento del paciente, de su enfermedad y de su tratamiento, y, por tanto, del aumento de autonomía y autocuidado del individuo respecto al control de su enfermedad y de su dolor. El diseño de intervenciones educativas podría ser una solución a la demanda creciente de visitas por envejecimiento de la población en consultas de reumatología, tanto en Centros de Atención Primaria como en Consultas Externas Hospitalarias.

## 115

### PÉRDIDA DE MASA ÓSEA EN PACIENTES AFECTOS DE ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA TRATADOS CON BLOQUEO HORMONAL COMPLETO

C. Gómez Vaquero, L. M. Marco, J. M. Nolla, F. Aguiló, F. J. Suárez, J. Valverde y D. Roig Escofet  
*Servicios de Reumatología y Urología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet. Barcelona.*

**Objetivo:** Analizar la evolución de la masa ósea en pacientes afectados de adenocarcinoma de próstata tratados con bloqueo hormonal completo.

**Métodos:** De forma consecutiva, durante 1 año, se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de próstata no metastásico candidatos a tratamiento hormonal por enfermedad local avanzada, enfermedad ganglionar o recidiva de tratamientos aplicados previamente con intención curativa evaluados en el Servicio de Urología de un hospital universitario. Todos los enfermos recibieron tratamiento con triptorelina (11,5 mg/3 meses) y bicalutamida (50 mg/día). Se practicó una densitometría DEXA de colum-

na lumbar y fémur proximal al inicio y a los 6, 12 y 18 meses de tratamiento; además, se determinaron las concentraciones séricas de PSA, testosterona, LH, FSH y las urinarias de N-telopéptido. Los cambios longitudinales de la densidad mineral ósea (DMO) se expresaron en porcentaje del valor inicial y se compararon mediante la prueba t de Student para datos apareados.

**Resultados:** Se incluyeron 51 pacientes con una edad media de  $70 \pm 5$  años (intervalo 57-75). El valor medio del índice de Gleason fue de  $6,7 \pm 1,3$  y el de PSA,  $16,9 \pm 19,2$  ?g/L. Antes de iniciarse el tratamiento, la concentración sérica de testosterona era de  $16,6 \pm 6,4$  nmol/L; el bloqueo hormonal fue efectivo en todos los casos ya que se alcanzaron concentraciones de testosterona equivalentes a la castración; además, el control de la actividad del adenocarcinoma de próstata, evaluado mediante la evolución del PSA, fue satisfactorio. Al inicio, la DMO media en columna lumbar fue de  $1,011 \pm 0,194$  g/cm<sup>2</sup>; en fémur total,  $0,929 \pm 0,124$  g/cm<sup>2</sup>; estos valores de DMO no se correlacionaron con ninguna de las otras variables. Según las categorías de la OMS, 23 pacientes (45%) presentaban una DMO normal, 25 (49%) osteopenia y 3 (6%) osteoporosis. Cuarenta y seis pacientes finalizaron el estudio (4 fallecieron por causas no relacionadas con el adenocarcinoma de próstata y uno cambió de domicilio). La DMO disminuyó de forma significativa ya a los 6 meses en columna lumbar ( $p < 0,001$ ) y a partir de los 12 meses en fémur total ( $p < 0,01$ ). A los 18 meses, se había producido un descenso del 8,2% en columna lumbar y del 3,4% en fémur total. A los 18 meses, 19 pacientes (41%) presentaban una DMO normal, 21 (46%) osteopenia y 6 (13%) osteoporosis. La concentración de N-telopéptido presentó una elevación estadísticamente significativa con respecto a los valores basales ya a los 3 meses de tratamiento ( $p < 0,001$ ). Durante el estudio, no se produjo ninguna fractura vertebral clínica.

**Conclusiones:** El bloqueo hormonal completo realizado como tratamiento del adenocarcinoma de próstata produce un descenso significativo de la densidad mineral ósea en columna lumbar y fémur total. Este hecho no parece suponer un problema clínico a corto plazo en estos pacientes.

## 116

### REUMATISMO PALINDRÓMICO. SEGUIMIENTO DE UNA SERIE DE 50 PACIENTES DURANTE MÁS DE 12 AÑOS

M.A. Aragonés Clemente y R. González Díaz  
*Euromutua.*

Primer estudio en España sobre la evolución a largo plazo, más de 12 años, del Reumatismo Palindrómico (R.P.) en una serie de 50 pacientes.

**Material:** Disponemos de una serie de 50 pacientes de R.P., 35 varones y 15 hembras, cuyas características y resultados se expusieron en el Congreso EULAR en 1990 celebrado en Atenas, que hemos seguido hasta diciembre del 2002.

**Método:** Se han recogido los datos de cada paciente hasta la fecha señalada respecto:

- Si continúan con su R.P.
- Si se encuentran en remisión (último ataque 3 años)
- Nuevos diagnósticos reumáticos
- Desconocimiento de la situación del paciente
- Fallecimiento

**Resultados:**

- Continúan con un R.P.: 8 pacientes: 7 varones - 1 hembra.
- Remisión de la enfermedad: 22 pacientes: 17 varones - 5 hembras.
- Nuevos diagnósticos: Polimialgia Reumática: 2 hembras; Artritis Psoriásica: 1 hembra; Artritis Reumatoide: 3 hembras.
- Pacientes no localizados: 6 varones - 1 hembra.
- Fallecidos: 7 pacientes. Causas: cáncer de colon: 3 varones; cáncer de próstata: 1 varón; infarto de miocardio: 1 varón; cáncer de mama: 2 hembras.

**Conclusiones:** a) Un alto número de curaciones: 50%. b) Escasa evolución del R.P. a otras enfermedades reumáticas Crónicas Inflammatorias. c) Llama la atención en los 3 casos de cáncer de colon el corto período de tiempo que hubo entre la aparición de los brotes de R.P. y el diagnóstico del cáncer.

**117****ARTERITIS DE LA TEMPORAL. UNA SERIE DE CASOS**

D. Mendoza Mendoza, M. Sianes Fernández, B. Hernández Cruz, J.J. Rios y F. Navarro Sarabia  
*Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

**Introducción:** La arteritis de la temporal (AT) es una enfermedad rara, su incidencia en España se estima en 6 de cada 10.000 habitantes de más de 50 años. El curso clínico se caracteriza por un brote único y en ocasiones exacerbaciones y remisiones. El tratamiento es con corticoides y excepcionalmente inmunosupresores.

**Objetivos:** Conocer el curso clínico y el desenlace de los enfermos con AT atendidos en el HUVM desde enero de 1994 hasta mayo de 2002.

**Pacientes y métodos:** Se seleccionaron todos los casos se AT de acuerdo con el criterio del Colegio Americano de Reumatología, 1991. Las fuentes de obtención de la información fueron la base de datos de los Archivos del Servicio de Anatomía Patológica, y los listado de diagnóstico principal y asociados de todos los ingresos del Hospital. Se excluyeron los casos que no reunían criterios o con otras enfermedades reumáticas. Se diseñó una base de datos ex profeso con las siguientes variables: demográficas, criterios de clasificación, curso clínico, y tratamiento. Se hizo una revisión retrospectiva de las historias clínicas.

**Resultados:** Se identificaron 24 casos de los que se excluyeron 3 por no completar criterios de la enfermedad, 3 por falta de información en la historia clínica y 1 por otro diagnóstico. Se presentan resultados de 17 enfermos. La edad mediana fue 72 años (rango 63-86), 13 (76%) mujeres. Los síntomas y signos más importantes ocurrieron con la siguiente frecuencia: cefalea en 10 (71%), polimialgia en 8 (57%), fiebre en 8 (57%), alteraciones microscópicas de la arteria temporal en 7(47%), alteraciones macroscópicas de la arteria temporal en 6 (50%), alteraciones visuales en 5 (38%), claudicación mandibular en 4 (31%), síndrome constitucional en 4 (31%), artritis en 3 (27%), y un caso de eritema nodoso. Todos los enfermos fueron tratados con prednisona o su equivalente a dosis de 1-0,5 mgr por kg de peso, con descenso paulatino y mantenimiento durante un año. Ninguno recibió tratamiento con inmunosupresores. Doce pacientes entraron en remisión (71%), tres recayeron (18%) y fueron tratados con incremento en la dosis de corticoides

con respuesta inadecuada. Dos (12%) murieron, uno de ellos por choque cardiogénico y otro por isquemia mesentérica relacionada con la AT. La duración mediana del seguimiento fue de 23,3 meses (rango 8-93).

**Conclusiones:** La AT en nuestro medio es una enfermedad rara con comportamiento clínico similar al informado en otras series, respuesta adecuada al tratamiento con corticoides, baja frecuencia de recaídas y mortalidad escasa.

**118****PÉRDIDAS GESTACIONALES, PARTO PREMATURO (PP) Y RETRASO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO (CIR) EN EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO (SAF), LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) Y PROCESOS RELACIONADOS (PR)**

A. Gil Aguado, M. Jáñez, P. Lavilla, L. Díez Porres, A. Robles, D. Pascual Salcedo, M. Cuesta, J. I. Bernardino, M. Mora, F. Gayá, R. Madero, G.E.S.A.F  
*Hospital La Paz Madrid*

**Objetivos:** Analizar la prevalencia de abortos/pérdidas fetales, CIR y PP y la correlación con los anticuerpos antifosfolípidos (AAF) en mujeres embarazadas con SAF, LES y PR. Evaluar la eficacia de las dosis bajas de aspirina en la prevención de estas anomalías obstétricas.

**Métodos:** Se evaluaron 122 pacientes con un total de 316 embarazos. 55 tenían LES, 35 SAF primario (SAFP), 10 SAF secundario (SAFS) y 22 otros PR. Se evaluó la eficacia de la aspirina en 24 embarazos. Los AAF[anticardiolipina (aCL) IgG/IgM, anti-β2glicoproteína I (aβ2GPI) IgG/IgM, anti-protrombina/fosfatidilserina (aPSP) IgG/IgM y anticoagulante lúpico (AL) se determinaron por métodos estandarizados.

**Resultados:** Se registraron un total de 93 pérdidas gestacionales (30%), la mayoría (58%) antes de la 10ª semana de gestación. La frecuencia fue mayor en SAFP (69%) y SAFS (60%) que en LES sin AAF (35%) o PR (23%). En la serie total se encontró una correlación con los títulos altos de aCL-IgG/IgM, aβ2GPI-IgG and aPTPS-IgG/IgM, pero no se observó entre el momento del aborto y los diferentes isotipos de AAF. En las pacientes con LES, hubo mas abortos en presencia de AAF, especialmente de los isotipos aCL-IgG/IgM, aβ2GPI-IgG y aPTPS-IgG/IgM. En 197 embarazos en los que se conocían el peso del recién nacido y la edad gestacional se registraron 21 CIR (10,7%). El CIR fue más frecuente en mujeres con LES (29%) que en SAFP (17%), SAFS (13%) o PR(9%). No existió correlación entre el CIR y los AAF o sus diferentes isotipos en la serie total ni en el LES. Se observó PP en 14 embarazos (9%), todos en mujeres con AAF. Su frecuencia fue mayor en LES+SAF (22,5%) que en SAFP y SAFS (18,4%). Hubo una estrecha correlación entre PP y AL, aCL-IgG, aβ2GPI-IgG/IgM, aPT-IgM y aPSP-IgG/IgM. En 24 embarazos de 21 pacientes abortadoras, el tratamiento pre-concepcional y gestacional con AAS, 100 mg/diarios, produjo un significativo descenso de pérdidas gestacionales (78,5% sin tratamiento v. 8,3% con tratamiento; p < 0,01) y de partos prematuros (4,8%), sin disminuir los CIR. Ninguno de los dos abortos en el grupo tratado ocurrió antes de la 8ª semana.

**Conclusiones:** Los anticuerpos antifosfolípidos son un factor de riesgo importante para pérdidas gestacionales y parto prematuro, pero no influenciaron en la frecuencia de CIR,

en mujeres con LES o SAF. El tratamiento preconcepcional y gestacional con dosis bajas de aspirina es muy eficiente para la prevención de los abortos y partos prematuros y debe siempre ser instaurado en estas pacientes.

## 119

### ECOGRAFÍA DE HOMBRO EN LA PRÁCTICA REUMATOLÓGICA

M. Pombo, E. de Miguel, M. J. Mediavilla, L. Mayordomo y E. Martín Mola  
*Hospital Universitario La Paz.*

**Objetivos:** El hombro doloroso es una entidad frecuente que afecta al 15-30% de los adultos en algún momento de la vida. En los últimos años se han validado la sensibilidad y especificidad de la ecografía frente a hallazgos quirúrgicos y resonancia magnética, pero falta una serie amplia que muestre cual es la prevalencia de las lesiones ecográficas globales en la práctica reumatológica diaria. Este es el objetivo del presente trabajo.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de los diagnósticos ecográficos de 1400 pacientes remitidos por hombro doloroso a la consulta de ecografía de aparato locomotor de nuestro Servicio de Reumatología desde el año 1996 hasta el 2002. El estudio ultrasonográfico se realizó con una sonda lineal de 7,5 Mhz, de forma protocolizada y según la técnica descrita por Van Holsbeek et al. En la exploración se valoraba la presencia de calcificaciones, forma, grosor y ecogenicidad de los tendones del bíceps, del subescapular, del supraespinoso y del infraespinoso, el contorno de la cabeza humeral, la bursa subacromiodeltoidea, las articulaciones glenohumeral y acromioclavicular y otras patologías existentes en las partes blandas circundantes.

**Resultados:** De los 1.400 pacientes, 1.038 eran mujeres (74,5%) y 356 eran varones (25,5%), con edades comprendidas entre 8 y 90 años y una edad media y desviación típica de  $59,07 \pm 13,10$  años. 67 casos presentaban enfermedades inflamatorias o metabólicas asociadas. Sólo en el 2% de las exploraciones no se encontraron hallazgos patológicos. La afectación más frecuente era la tendinosa (83,2%). Un 65,4% de los casos presentaba tendinitis (43,1% tendinitis de supraespinoso, 15,5% tendinitis de infraespinoso, 8,1% tendinitis del bíceps y 6,6% tendinitis del subescapular). Se apreciaron roturas tendinosas de cualquier tipo en el 46,9% de los casos (44,2% supraespinoso, 6,5% infraespinoso, 5,6% subescapular y 2,3% bíceps) y calcificaciones en un 21,4% (19,7% supraespinoso, 4,4% subescapular, 4,1% infraespinoso, 0,2% bíceps). En un 43,1% de los pacientes se objetivó artrosis acromioclavicular y en un 32,9% bursitis subacromiodeltoidea. La presencia de roturas tendinosas, artrosis y artritis acromioclavicular se correlacionó de forma directa con la edad ( $p < 0,05$ ). Sin embargo, la incidencia de calcificaciones presentó una relación inversa con la edad ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Aunque la anamnesis y la exploración física constituyen herramientas que permiten una aproximación diagnóstica en la patología del hombro, habitualmente no aportan la suficiente precisión para llegar al correcto diagnóstico etiológico. La ecografía articular aporta la precisión necesaria para detectar la patología subyacente, habitualmente múltiple, en un 98% de los casos.

## 120

### INFILTRACIONES ARTICULARES Y DE PARTES BLANDAS CON CORTICOESTEROIDES. EFICACIA Y COMPLICACIONES LOCALES. ESTUDIO PROSPECTIVO

M.P. Lisbona Perez, D. Rotes Sala, N. Segales Plana, C. Galisteo, P. Benito Ruiz y J. Carbonell Abello  
*Servicio de Reumatología. I.M.A.S. Hospital del Mar y Esperanza. U.A.B. Barcelona.*

**Objetivo:** Describir la experiencia de 7 años en la práctica de infiltraciones con corticoides en una consulta monográfica del servicio de Reumatología del I.M.A.S, Barcelona.

**Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo de las infiltraciones intraarticulares, periarticulares y de partes blandas realizadas con corticoides entre enero de 1996 y diciembre del 2002. La totalidad de las infiltraciones se realizaron en un dispensario específico y por el mismo especialista, siguiendo las recomendaciones metodológicas y de asepsia recomendadas. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico topográfico y clínico, localización (derecho, izquierdo), sintomatología (dolor, tumefacción, limitación, parestesias o la combinación de alguna de ellas), medicación utilizada (acetato de parametasona o acetato de triamcinolona), respuesta referida por el paciente a las 3 semanas (peor, igual, mejor) y presencia de efectos adversos.

**Resultados:** Se incluyeron 1035 pacientes (82,6% mujeres/14,4% hombres), con un total de 2433 infiltraciones realizadas. Edad media 59 años (DE 12,5). Las regiones infiltradas fueron por orden de frecuencia: hombro (25,5%), cadera (18,2%), carpo (16,1%), codo (14,5%) y rodilla (12,3%). Manos y pies representaron casi un 11%, siendo el dedo en resorte la patología más frecuente (5,1%). Los diagnósticos más prevalentes fueron: tendinitis trocantérea (17,8%), síndrome del túnel carpiano (12,5%), capsulitis retráctil (11,9%), epicondilitis (9,7%) y tendinitis anserina (7,9%). Más de la mitad de las articulaciones infiltradas se localizaron en el lado derecho. El dolor fue el síntoma predominante (62,8%).

Tabla. Valoración de la respuesta al tratamiento

	Acetato parametasona	Acetato triamcinolona
Peor	12 (0,6%)	3 (0,9%)
Igual	251 (11,8%)	43 (14,3%)
Mejor	1868 (87,6%)	256 (84,8%)
Total	2131	302

No se detectaron diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,305$ ) entre ambos tratamientos.

La prevalencia de efectos adversos en nuestra serie fue del 0,5%. No se presentó ninguna complicación infecciosa. La hipopigmentación cutánea y el hematoma local fueron los efectos secundarios más frecuentes.

**Conclusión:** La infiltración corticoidea mejora la sintomatología en pacientes que no responden al tratamiento médico convencional. Los reumatismos de partes blandas representan el 71,8% de la patología infiltrada. Las complicaciones fueron leves e infrecuentes.

121

**INFLUENCIA DEL TIEMPO DE SUPRESIÓN GONADAL EN LA MASA ÓSEA DE PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA**

J. Medina Luezas, C. A. Montilla, A. Urruticoechea, J. del Pino, L. Corral Gudino, E. Muro, M. A. Noguera y V. del Villar

Hospital General de Soria, Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

**Introducción:** El hipogonadismo es una de las principales causas de osteoporosis en los varones. La supresión de la función gonadal con fármacos agonistas de LH-RH o antiandrogénos es un tratamiento habitual del Cáncer de próstata (CP) pero su repercusión sobre la masa ósea o el riesgo de fracturas es poco conocido aún.

**Objetivos:** Medir el efecto del tiempo de supresión gonadal sobre la DMO en pacientes con CP.

**Métodos:** Se estudiaron todos los pacientes diagnosticados de CP en el Hospital General de Soria con una duración del tratamiento supresivo superior a 1 año y edad entre 70 y 85 años. Se excluyeron los pacientes encamados, con enfermedad diseminada conocida y con enfermedades o tratamientos farmacológicos que modifican el metabolismo mineral. Se recogieron protocolizadamente el tiempo de tratamiento y otros factores conocidos que influyen en la masa ósea y riesgo de fracturas. La DMO de calcáneo se midió mediante PIXI.

**Resultados:** 67 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. La edad media de los pacientes fue de  $77 \pm 4,68$  años y el tiempo de tratamiento  $36,69 \pm 16,42$  meses. La DMO fue  $0,517 \pm 0,114$  gm/cm<sup>2</sup> ( $T = -1,15 \pm 1,27$ ). La DMO no se asoció significativamente con la edad en este grupo aunque en las personas mayores de 80 años tiende a ser menor. Únicamente se evidenció una correlación estadísticamente significativa entre DMO e índice de masa corporal (IMC),  $r 0,26$ ,  $p < 0,05$ . En el estudio de regresión no se objetivó una asociación lineal o no lineal significativa entre tiempo de tratamiento y DMO. La DMO no difirió significativamente entre los pacientes tratados  $< 33$  meses y  $> 33$  meses: DMO  $0,537$  vs  $0,499$  g/cm<sup>2</sup>,  $p = 0,18$ .

Los resultados del estudio de correlación se sintetizan en la tabla:

## Estudio de correlación

	Tiempo tratamiento	
	Coef correlación	p
DMO	-0,164	0,184
DMO (parcial, edad cte.)	-0,172	0,166
DMO (parcial, IMC cte.)	-0,203	0,103

**Conclusiones:** No se ha evidenciado una asociación estadísticamente significativa entre tiempo de supresión gonadal y DMO, aunque existe una tendencia de escasa intensidad a que la DMO disminuya con mayor tiempo de tratamiento. Estos datos, junto con la constatación en un estudio previo que la DMO de estos pacientes es menor que la de controles de igual edad, pueden explicarse si el efecto sobre el hueso del tratamiento supresor se produce mayoritariamente en los primeros meses, aunque no puede descartarse la acción de otros factores desconocidos como un hipotético efecto directo del CP sobre la masa ósea que postulan algunos autores.

122

**CORRELACIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS**

A.L. Morales Moya, E. Aznar Villacampa y A. Urruticoechea Arana

Hospital Reina Sofía de Tudela. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

**Introducción:** Las enfermedades cutáneas, siempre muy evidentes, han llamado en todas las épocas la atención tanto del médico como del paciente. Existe gran variedad de enfermedades sistémicas complejas que se asocian a diferentes alteraciones dermatológicas, mas o menos específicas, que pueden ser en muchas ocasiones la clave diagnóstica por ser el primer signo o síntoma de presentación y por la fácil accesibilidad a la exploración y el estudio histológico.

**Material y métodos:** Queremos dejar constancia de las diferentes lesiones cutáneas que vemos habitualmente en las consultas de dermatología, unas veces remitidas desde las consultas de reumatología y otras siendo las primeras manifestaciones de una enfermedad, que precisara posteriormente estudio y tratamiento en las consultas de reumatología. Revisaremos las manifestaciones dermatológicas que aparecen en las patologías reumatológicas más representativas, enfermedades autoinmunes (Lupus eritematoso, dermatomiositis, esclerodermias, fascitis eosinófila, conectivopatía mixta, policondritis recidivante, artritis reumatoidea, enfermedad de Still), procesos inflamatorios (psoriasis), infecciosos (enfermedad de Reiter, enfermedad de Lyme, fiebre reumática, gonococia, lues) y vasculares (enfermedad de Behçet, panarteritis nudosa, urticaria vasculitis púrpura de Schönlein-Henoch, eritema *elevatum diutinum*, eritema exudativo multiforme, eritema nudoso, síndrome de Sweet).

**Conclusión:** Creemos que es totalmente necesaria la colaboración cercana entre reumatólogos y dermatólogos para realizar un manejo mas adecuado de los pacientes con alteraciones cutáneas y del sistema osteoarticular.

123

**ENFERMERÍA Y HOSPITAL DE DÍA: LABOR REALIZADA Y VOLUMEN DE TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS**

A. García Palao, J. Martínez Cutanda y J. de La Torre Aboki  
Hospital General Universitario de Alicante.

**Objetivos:** El presente trabajo pretende dar a conocer la labor realizada en un Hospital de día reumatológico por el personal de Enfermería. También se profundizará en el tipo de tratamientos administrados, volumen de los mismos y tiempo requerido por Enfermería para atender los mismos.

**Métodos:** Los sujetos de este estudio descriptivos fueron los grupos de pacientes que acudieron a lo largo del año 2002 al Hospital de Día de Reumatología con intención de administrarse un determinado tratamiento intravenoso (Infliximab, Pamidronato o Ciclofosfamida). Se midió el tiempo dedicado al paciente sólo durante la infusión mediante la obtención de la media del tiempo dedicado en 20 pacientes.

**Resultados:***I. Labor de enfermería.*

Previo a iniciar tratamiento:

- Explicación detallada del tratamiento a iniciar.
- Preparación/dilución del fármaco (Pamidronato): 2 minutos.

Durante el tratamiento:

- Canalización de vías periféricas e inicio de la administración del tratamiento. Para la realización de este procedimiento se precisan 10 minutos por paciente.
- Infliximab: toma de constantes cada 30 minutos (presión arterial y pulso), y temperatura previo al inicio de la infusión. Para la realización de este procedimiento se precisan en total durante las 2 horas de infusión y la hora posterior de hidratación 14 minutos.
- Recuento articular de 66/68 articulaciones. Se precisan 8 minutos por paciente.
- Evaluación del dolor, estado general y grado de discapacidad del paciente: Escalas Análogas Visuales Numérica y HAQ. Se precisan 6 minutos para comentar los resultados con el paciente puesto que esta evaluación es realizada por el paciente.
- Ciclofosfamida: al precisar después del bolus fluidoterapia más MESNA a las 4 y 8 horas posteriores requiere 8 minutos más de atención al paciente.
- Retirada de la infusión: 3,5 minutos por paciente.

Después del tratamiento:

- En el caso de haber recibido tratamiento con Ciclofosfamida, realización de NADIR en los 14 días siguientes a la administración.

#### II. Volumen de tratamientos administrados.

En el año 2002 se administraron un total de 721 tratamientos en el Hospital de Día de Reumatología, a saber: 480 Infliximab, 181 Pamidronatos, 60 Ciclofosfamidias.

**Conclusión:** Es conveniente resaltar la necesidad de personal de Enfermería para la correcta monitorización del paciente previo, durante y posterior al tratamiento. El tiempo empleado en la administración de Infliximab es un total de 41,5 minutos por paciente, mientras que otros tratamientos como Pamidronato requieren 15,5 minutos por paciente y Ciclofosfamida 23,5 minutos por paciente.

## 124

### REVISIÓN DE UNA SERIE DE 6 CASOS DE ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO EN LA ZONA DE CÁDIZ ENTRE LOS AÑOS 1994-2003

M.D. Toledo Coello, M.D. Toledo Coello, D. Soria, F. García Guzmán y S. García  
*Hospital Universitario Puerta del Mar.*

**Introducción:** La enfermedad de Still del Adulto es una enfermedad reumática inflamatoria de etiología desconocida. Presenta una prevalencia de 1/100.000 adultos con una edad media de 16-35 años y la relación hombre/mujer es 1:1. Los síntomas más frecuentes son fiebre alta, exantema maculopapular y artralgias. Entre las alteraciones analíticas suelen presentar una anemia normocítica-normocroma, marcada leucocitosis con neutrofilia, trombocitosis y aumento de reactantes de fase aguda, encontrando en un alto porcentaje alteración de las enzimas hepáticas. Se han propuestos numerosos criterios de clasificación para su diagnóstico, la mayoría clínicos, siendo los más utilizados los de Yamaguchi. Suelen responder a tratamiento con corticoides necesitando a veces añadir tratamiento inmunosupresor.

**Objetivos:** Describir los factores epidemiológicos, manifestaciones clínicas, alteraciones analíticas y tratamiento aplicado en un grupo de pacientes diagnosticados de Enfermedad de Still del Adulto en nuestro medio.

**Métodos:** Revisamos retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de enfermedad de Still del

Adulto en nuestra área entre los años 1994-2003. Los criterios usados para el diagnóstico fueron los de Yamaguchi. Valoramos edad, sexo, afectación articular y extrarticular, alteraciones analíticas y tratamiento aplicado efectivo.

**Resultados:** En el periodo de estudio se recogieron 6 casos de los cuales 3 eran mujeres y 3 hombres con una edad media de presentación de 35,5 años. Las manifestaciones articulares observadas fueron: 3 pacientes con artralgias, 2 con monoartritis de rodilla y uno con poliartritis simétrica migratoria. Todos ellos presentaron fiebre coincidiendo con un exantema maculopapular no pruriginoso aunque en 2 casos fue pruriginoso y un caso doloroso. Uno de los pacientes presentó hepatoesplenomegalia que se ha mantenido hasta la actualidad y dos tuvieron manifestaciones pulmonares (neumonitis y atelectasia subsegmentaria). Las alteraciones analíticas observadas se resumen en la siguiente tabla: Todos los pacientes presentaron anemia normocítica normocroma. Los ANA y FR fueron negativos en todos ellos. En tan sólo 1 de los pacientes se le determinó la ferritina plasmática que fue normal. Todos los pacientes fueron tratados con esteroides a dosis altas, en 2 casos hubo que sustituir el tratamiento por metotrexato por ineficacia. La tasa de incidencia acumulada en el periodo [1994-2003] en nuestra área fue de 0,24/100.000 personas/año.

**Conclusiones:** 1) La tasa de incidencia en nuestro medio es menor a la global. 2) La edad de presentación es algo mayor. 3) La forma de presentación más frecuente es la fiebre que coincide con un exantema que en nuestro caso suele ser no pruriginoso. 4) Las manifestaciones articulares más frecuentes son las artralgias aunque hay un 30% de casos con monoartritis que simulan una artritis séptica. 5) Existe una buena respuesta al tratamiento esteroideo.

## 125

### INFLUENCIA DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y DEL POLIMORFISMO DEL RECEPTOR DE LA VITAMINA D, EN LA PÉRDIDA DE DENSIDAD MINERAL ÓSEA TRAS CORTICOTERAPIA

M. Gantes Mora, I. Gonzalez Mamely, Y. Barrios, I. Ferraz, A. Álvarez, J. Bethencouth, J. Quevedo, B. Rodríguez Lozano, E. Trujillo, S. Bustabad y T. González  
*Servicio de Reumatología. Unidad de Investigación. Hospital Universitario de Canarias, La Laguna. Tenerife.*

**Objetivo:** Investigar la influencia del índice de masa corporal (IMC) y del genotipo del receptor de la vitamina D (RVD) en los posibles cambios de la densidad mineral ósea (DMO) tras 3 y 12 meses de tratamiento con corticoesteroides (CET).

**Métodos:** En 54 pacientes (46 mujeres no menopáusicas y 8 varones), de 41,6 años (DS 12,7) de edad media, sin tratamientos previos con CET y sin osteoporosis, que necesitaron CET durante 1 año, a dosis superiores a 5 mg/día de prednisona o equivalentes y 500 mg/día de calcio como prevención de osteoporosis. Se determinó basal y tras 3 y 12 meses de tratamiento el IMC y la DMO (Hologic QDR 2000) en columna lumbar, cuello femoral y triángulo de Ward; los resultados se expresaron en Z - score. Se determinó el genotipo del RVD por PCR para demostrar presencia (b) o ausencia (B) de un lugar de restricción en el intron 7, mediante la enzima Bsm I.

**Resultados:** Los pacientes se agruparon en no obesos con IMC < 25 k/m<sup>2</sup> (n = 24) y obesos IMC > 25 k /m<sup>2</sup> (n = 30). Recibieron dosis media total de 2054 mg a los 3 meses y 4661 mg a los 12 meses los no obesos y 1619 mg a los 3 meses y

4712 mg a los 12 meses los obesos, no hubo diferencias significativas en las dosis ( $P = 0,28$ ,  $P = 0,94$ ). Tanto antes como después del tratamiento con CET, el IMC  $< 25$  K/m<sup>2</sup> se asoció significativamente a menor DMO ( $z$  - score), con  $r = 0,517^{**}$  en columna lumbar,  $r = 0,718^{**}$  en cuello femoral y  $r = 0,722^{**}$  en triángulo de Ward. Cuando se estudió la influencia del IMC y el polimorfismo RVD conjuntamente, el IMC no presentó influencia significativa para la pérdida de DMO en columna lumbar, en los portadores del genotipo bb. Sin embargo los pacientes de IMC  $< 25$  K/m<sup>2</sup> con genotipos bB o BB perdieron significativamente DMO (Z-score) en columna lumbar, respecto a los obesos con esos genotipos,  $P < 0,001$ .

**Conclusiones:** Estos resultados preliminares indican: 1) Los pacientes delgados y con normal IMC, tienen menor DMO y además pierden DMO tras los CET, 2) El genotipo bb del RVD protege de la pérdida de DMO en columna lumbar tras la corticoterapia

## 126

### EFEECTO DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA CON SUPRESIÓN GONADAL FARMACOLÓGICA SOBRE LA MASA ÓSEA

C.A. Montilla, J. Medina Luezas, A. Urruticochea, J. del Pino, L. Corral Gudino, E. Muro, M. A. Nogueras y V. del Villar

Hospital General de Soria, Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

**Introducción:** El hipogonadismo es una de las principales causas de osteoporosis en los varones. La supresión de la función gonadal con fármacos agonistas de LH-RH o antiantrógenos es un tratamiento habitual del cáncer de próstata (CP), su repercusión sobre la masa ósea o el riesgo de fracturas es poco conocido aún, pero la aparición de osteoporosis podría interferir con la utilidad de esta terapia.

**Objetivo:** Comparar la densidad mineral ósea (DMO) de pacientes con CP tratados con supresión gonadal farmacológica con controles del mismo grupo de edad.

**Métodos:** Se seleccionaron todos los pacientes diagnosticados de CP en el Hospital General de Soria con una duración del tratamiento supresivo superior a 1 año y edad entre 70 y 85 años, como controles se eligieron pacientes del mismo grupo de edad con hipertrofia benigna de próstata (HBP) sin tratamiento hormonal. Se excluyeron las personas encamadas, con enfermedad diseminada conocida y con enfermedades o tratamientos farmacológicos que modifican el metabolismo mineral. Se recogieron protocolizadamente el tiempo de tratamiento y otros factores conocidos que influyen en la masa ósea y riesgo de fracturas. La DMO se determinó en el calcáneo mediante PIXI.

**Resultados:** Ciento dieciséis pacientes cumplieron los criterios de inclusión. La comparación de los resultados de ambos grupos se muestra en la siguiente tabla:

	CP	HBP	p
Edad	77,00 ± 4,68	75,39 ± 3,99	ns
Raciones lácteas/d	2,10 ± 1,20	1,94 ± 0,90	ns
Tabaco (cigarrillos/d x años)	564,15 ± 527,15	699,68 ± 411,57	ns
Alcohol (dosis/d x años)	1,66 ± 1,23	3,33 ± 2,71	ns
Índice actividad física	27,04 ± 2,05	27,13 ± 2,75	ns
Caídas (en el último año)	19	5	0,01
Fracturas previas	16	6	ns
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	27,69 ± 3,26	27,66 ± 3,62	ns
DMO (g/cm <sup>2</sup> )	0,517 ± 0,114	0,586 ± 0,103	0,001
% de adulto joven	83,34 ± 18,34	94,40 ± 16,63	0,001
Score-T	-1,15 ± 1,27	-0,39 ± 1,15	0,001

**Conclusiones:** La DMO es significativamente menor en las personas con CP tratadas con supresión gonadal farmacológica comparadas con las de HBP: aproximadamente 0,75 DS. El tratamiento hormonal es la causa más plausible para explicar los resultados ya que no se han encontrado diferencias entre otros factores conocidos que pueden influir en la masa ósea. Se ha evidenciado una tendencia no significativa estadísticamente a sufrir más fracturas apendiculares en los pacientes con CP pero el estudio no tiene potencia suficiente para explorar este aspecto. Los efectos del tratamiento hormonal sobre la masa muscular podrían relacionarse con el mayor nº de caídas en estos enfermos lo que acrecentaría aún más el riesgo de fracturas osteoporóticas.

## 127

### MASTOCITOSIS SISTÉMICA, OSTEOPOROSIS Y BIFOSFONATOS ORALES

J. González González, E. Ciruelo Monge y E. Tomero  
Hospital General Segovia.

Aunque poco frecuente, es conocida la afectación ósea en la mastocitosis sistémica (MS) generalmente en forma de osteoporosis difusa y fracturas patológicas que afectan principalmente al esqueleto axial, aunque puede existir osteosclerosis o patrones mixtos. Tras la afectación cutánea es la segunda manifestación clínica en importancia. El tratamiento de la MS es sintomático utilizándose antihistamínicos e inhibidores de la degranulación de los mastocitos. En los casos severos se ha empleado el interferón  $\alpha$ . En la osteoporosis secundaria a esta entidad se han demostrado útiles los bifosfonatos, sobre todo clodronato y pamidronato. No hemos encontrado en la literatura médica referencias al tratamiento con bifosfonatos orales en esta situación. A continuación presentamos dos casos tratados exitosamente con etidronato y alendronato. Caso 1: Varón de 27 años en seguimiento en consulta de Reumatología desde mayo de 1995 y diagnosticado de osteoporosis con aplastamientos vertebrales múltiples con disminución de densidad mineral ósea en columna lumbar. Los estudios complementarios incluida biopsia ósea con estudio histo-morfométrico mostraron una osteoporosis trabecular de alto remodelado sin poderse objetivar causa secundaria. En julio de 1996 se objetivaron lesiones cutáneas eritematosas maculares en cara, espalda y miembros inferiores que fueron biopsiadas con el diagnóstico de urticaria pigmentosa por lo que se procedió a biopsia de médula ósea que presentaba infiltración por mastocitos siendo todo ello compatible con el diagnóstico de mastocitosis sistémica. Caso 2: Mujer de 48 años diabética y varias cirugías abdominales que era seguida en consulta de Reumatología desde hacía 6 años por cuadro de hinchazón y dolor en dedos de la mano derecha acompañado de fenómeno de Raynaud bilateral. En la analítica realizada destacaba únicamente una eosinofilia persistente que ya se objetivó en analíticas previas. Se etiquetó inicialmente como probable fascitis eosinofílica con respuesta parcial a esteroides pero ante la persistencia de lesiones cutáneas difusas se sospechó mastocitosis sistémica para lo cual se realizaron histaminuria, biopsia cutánea y ósea todas ellas compatibles con el diagnóstico de sospecha. A pesar de no referir sintomatología se realizó radiografía dorsolumbar y densitometría ósea confirmándose la existencia de osteoporosis secundaria.

Ante la presencia de MS y osteoporosis secundaria se inició tratamiento en el primero de los casos con etidronato y posteriormente con alendronato y en el segundo de los casos desde el principio con alendronato además de vitamina D, calcio y el tratamiento específico de su proceso sistémico manteniéndose en ambos casos los pacientes asintomáticos para dolor óseo, aparición de nuevas fracturas vertebrales y con estabilización de la masa ósea.

## 128

### UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA CITIDINA DEAMINASA PARA DIFERENCIAR ARAT DE PMR

S. Paire X, S. Roverano, O. Rillo, S. Papisidero, A. Barrionuevo y S. Mahieu  
*Hospital J M Cullen, Santa Fe, Argentina.*

**Introducción:** Existen problemas, sobre todo al inicio del cuadro, en el diagnóstico diferencial entre los pacientes con polimialgia reumática (PMR) y artritis reumatoidea de comienzo en el anciano.

Kassimos y col. demostraron que la citidina deaminasa (CD) está elevada en el suero de los pacientes con artritis reumatoidea (AR), constituyendo un útil marcador diagnóstico en la diferenciación entre AR y polimialgia reumática.

**Objetivo:** Determinar la utilidad de la CD en suero en el diagnóstico diferencial de estas enfermedades.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, donde se incluyeron pacientes con PMR (criterios Hunder 1982) con y sin sinovitis, con AR (criterios ACR 1987) que hubieran iniciado su enfermedad e 60 años (ARAT), seropositiva (FR por el test del látex e 1/160), o seronegativa (FR < 1/160). Ninguno de los pacientes debía haber recibido tratamiento de base para ninguna de las enfermedades investigadas. Exclusión: pacientes con insuf. renal, hepática, patología pulmonar e infecciones severas y/o crónicas.

**Técnica:** se extrajo sangre pre-tratamiento, se separó suero y se congeló a -20°C en forma inmediata y luego a -70°C hasta el dosaje de la CD. La misma se determinó por un método espectrofotométrico.

**Método estadístico:** pruebas de normalidad; test t-Student, análisis descriptivos de los distintos grupos, Anova, Dunnet y/o Kruskal-Wallis.

**Resultados:** Se incluyeron 21 pacientes con PMR (8 con sinovitis y 13 sin ella) y 19 pacientes con ARAT (10 seropositivos y 9 seronegativos). El valor medio de CD en suero pre-tratamiento en los pacientes con PMR: 4,84 UAE/ml; en ARAT: 5,89 UAE/ml y de 3,50 UAE/ml en los controles sanos. Los pacientes fueron divididos en ARAT seropositivos y seronegativos y los pacientes con PMR con y sin sinovitis periférica. Comparando el valor de CD en suero de los pacientes ARAT seropositivos con los pac. PMR sin sinovitis no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,373$ ). Tampoco la hubo al comparar los pacientes con PMR y ARAT seronegativos (0,691) ni los pac. Con PMR con sinovitis vs ARAT totales ( $p = 0,272$ ) En el grupo ARAT vs controles sanos se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,023$ ) y en el grupo PMR vs controles sanos se vio una diferencia significativa solo al 10% ( $p = 0,070$ ).

**Conclusión:** En este estudio la medición de CD no fue un dato de laboratorio útil en el diagnóstico diferencial entre los pacientes con PMR y ARAT. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los pacientes PMR con si-

novitis vs ARAT ni en el grupo PMR vs ARAT seronegativos. Las diferencias vistas entre los grupos de pacientes en estudio vs controles sanos podría indicar que la CD sería un posible marcador de enfermedad inflamatoria.

## 129

### GAMMAGRAFÍA INTESTINAL CON LEUCOCITOS MARCADOS CON TC99-HMPAO EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE SIN ENFERMEDAD INTESTINAL. CORRELACIONES CLÍNICO-GAMMAGRÁFICAS

R. Veroz González, E. Collantes Estévez, M. C. Muñoz Villanueva y J. A. Vallejo Casas  
*Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.*

**Introducción:** La inflamación intestinal es frecuente en las espondiloartropatías siendo conocida la asociación entre variantes de esta enfermedad y la Colitis Ulcerosa o la Enfermedad de Crohn. Estudios colonoscópicos han puesto de manifiesto la presencia de inflamación intestinal en pacientes con cualquiera de las formas de espondiloartropatía, incluso en ausencia de síntomas digestivos. La gammagrafía intestinal con leucocitos marcados con Tc99-HMPAO (99m-technecio hexametil propileno amino oxima) se ha desarrollado como técnica alternativa a la colonoscopia que evalúa la extensión y actividad de la inflamación intestinal. Diversos estudios con este tipo de gammagrafía en pacientes con distintos tipos de espondiloartropatías han evidenciado la presencia de inflamación intestinal subclínica, pero hasta la fecha no está claramente estudiado el impacto de dicha inflamación en el curso clínico y evolutivo del proceso.

**Objetivos:** Determinar cuántos pacientes con Espondilitis Anquilosante (EA) presentan inflamación intestinal subclínica evidenciada por gammagrafía intestinal, y si estos pacientes difieren de los que no tienen inflamación intestinal en alguna variable clínica o de laboratorio característica de los pacientes con EA.

**Pacientes y métodos:** Se incluyeron 20 pacientes consecutivos que aceptaron participar en el estudio con diagnóstico de Espondilitis Anquilosante según criterios de Nueva York modificados y que no presentasen síntomas clínicos, antecedentes personales o familiares de enfermedad intestinal. Se sometieron a un periodo de lavado de AINEs durante 48 horas antes a la realización de la prueba y se les practicó una gammagrafía intestinal. Se realizó una valoración clínica, que incluía BASFI y BASDAI, y un análisis para determinación de hemograma, bioquímica y reactantes de fase aguda, incluyendo VSG, PCR,  $\pm$  1-antitripsina y glicoproteína ácida.

**Resultados:** La edad media de los pacientes incluidos fue de  $42,20 \pm 10,15$ , razón de sexos varón/mujer 17/3. La edad media de inicio de los síntomas fue de  $23,63 \pm 13,67$ . Variantes clínicas: 13 formas axiales puras, 4 formas periféricas y 3 formas mixtas. El 95% eran HLA B-27 (+). El 30% de los pacientes presentaban inflamación intestinal subclínica evidenciada por la gammagrafía intestinal. Los pacientes con inflamación intestinal subclínica no presentaban diferencias estadísticamente significativas con los que no la tenían en cuanto a edad, sexo, forma clínica, tiempo de evolución, retraso diagnóstico, presencia de sacroiliítis, columna de bambú, BASFI, BASDAI o parámetros biológicos como VSG, PCR, hemoglobina, plaquetas,  $\alpha$ 1-antitripsina o glicoproteína ácida.

**Conclusión:** En nuestra muestra, el 30% de los pacientes con Espondilitis Anquilosante presentan inflamación intestinal subclínica, y no poseen ninguna característica diferencial (clínica o analítica) que los diferencie de los pacientes sin inflamación intestinal.

## 130

### IMPACTO DE LA ATENCIÓN URGENTE EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

E. Sirvent Alierta, O. Codina, X. Juanola, J. M. Nolla, M. González Cabanes y J. Valverde  
*Servei de Reumatologia Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge.*

**Objetivo:** Analizar el impacto que ha significado la puesta en marcha de un circuito de derivación rápida de primeras visitas desde el servicio de urgencias a consultas externas de reumatología en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio descriptivo y comparativo en el que se incluyen las primeras visitas remitidas desde el servicio de urgencias (PVU) a consultas externas en los últimos 5 meses y se comparan con un número igual de primeras visitas remitidas de forma ordinaria (PVO). Se han recogido los datos demográficos, el tiempo de demora y el grupo general de diagnóstico (enfermedades inflamatorias, degenerativas, metabólicas, partes blandas, fibromialgia y otras). Se comparan las diferencias entre las PVU y las PVO.

**Resultados:** En el periodo de tiempo estudiado se han incluido 54 pacientes en cada grupo. La edad media ha sido similar (54,4 vs 52,3 años). En las PVU existe un claro predominio de varones (63,8%) y en las PVO predominan las mujeres (81,5%). El tiempo de demora ha sido de 3,9 días en PVU y de 41 días en PVO. En PVU predominaba la patología inflamatoria (74%), seguida de la patología de partes blandas (7,4%). En PVO el diagnóstico más frecuente fue la patología inflamatoria (35%), la fibromialgia (30%) y la patología degenerativa (22%). La mayor parte de las PVU (74%) necesitaron de un seguimiento ambulatorio hospitalario.

**Conclusiones:** La puesta en marcha de un sistema de derivación prioritario desde urgencias ha supuesto un aumento global del número de primeras visitas y fundamentalmente un mayor número de pacientes con patología inflamatoria que han sido atendidos en un menor plazo de tiempo.

## 131

### ARTRITIS SÉPTICAS NO TUBERCULOSAS: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE 63 CASOS

G. Morote Ibarrola, M.D.C. Muñoz Villanueva, M.D.C. Castro Villegas, A. Escudero Contreras, F.G. Martínez Sánchez y E. Collantes Estévez  
*Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Introducción:** La artritis séptica es la consecuencia de la entrada en la articulación de gérmenes patógenos, provocando daño e inflamación de las estructuras articulares en breve periodo de tiempo: de ahí la importancia del conocimiento de esta patología, de su urgente identificación y tratamiento.

**Objetivos:** Es nuestro objetivo describir 63 casos de artritis sépticas descritos y confirmados en nuestro hospital desde 1996 hasta 2002

**Material y método:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron los casos en los que se pudo confirmar la sospecha diagnóstica mediante la identificación del germen en el líquido sinovial. También se seleccionaron aquellos casos en los que, a pesar de no identificarse el germen en el líquido sinovial, éste tenía características de séptico y hubo buena respuesta al tratamiento antibiótico o quirúrgico.

**Resultados:** Se incluyeron 63 casos procedentes de los Servicios de Medicina Interna, Reumatología, Infecciosos, Pediatría, y Traumatología: 32 mujeres y 31 hombres, con edad media de  $49 \pm 26$  años. El diagnóstico de sospecha fue correcto en 37 casos. La localización más frecuente fue en la rodilla (37 casos), hombro (6), cadera (6), pie (5), mano (3) y codo (3). Fueron monoarticulares 59. Se analizaron 49 líquidos sinoviales resultando positivos 42. Hubo 17 enfermos diabéticos, 7 pacientes tenían artritis reumatoide y 6 otro tipo de enfermedad reumática. En 18 casos existía una infección concomitante (1 infección intestinal, 7 urinarias, 3 respiratorias, 5 cutáneas y 2 casos de osteomielitis), 3 pacientes sufrían insuficiencia renal, 7 algún tipo de neoplasia y 3 inmunosupresión. Hubo 3 casos de SIDA, 4 de alcoholismo y 2 de ADVP. En 11 casos se produjo previamente lesión de la articulación, en 7 casos se había realizado artrocentesis y/o infiltración articular, 6 tenían antecedentes de intervención quirúrgica de la articulación y 3 sufrieron herida penetrante en la misma. Los gérmenes aislados fueron *S. aureus* en 27 ocasiones, *Brucella* (3), *Salmonella* (3), *S. epidermidis* (3), *S. agalactiae* (2), otros estreptococos (2) y en una ocasión *Corynebacterium*, *E. coli*, gonococo, *H. parainfluenza*, *N. meningitidis*, *S. mitis*, *S. pneumoniae* y *S. viridans*. En el año 1996 se diagnosticaron 5 casos de artritis sépticas, en 1997 se diagnosticaron 7, en 1998 se diagnosticaron 6, 14 en 1999, 15 en 2000, 7 en el 2001 y 5 en 2002, según los datos del Servicio de documentación.

**Conclusiones:** El 46,8% de los casos se presentaron en los años 1999 y 2000. No hubo diferencia en cuanto al sexo. El germen más frecuente fue *S. aureus* seguido de *Brucella*, *S. epidermidis* y *Salmonella*. La localización más frecuente fue la rodilla. El 93% fueron monoarticulares. El factor pre-disponente más importante fue la coexistencia de infección y diabetes y el factor de riesgo, la artrocentesis previa.

## 132

### DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE HOSPITALARIA DE ARTRITIS SÉPTICAS

V. Torrente Segarra, J. García Miguel, E. Beltrán Catalán, M. P. Lisbona Pérez, M. Ciria Recasens, A. Pros Simón y J. Blanch Rubió  
*Servicio de Reumatología del IMAS. Hospitales Universitarios del Mar y de la Esperanza. Barcelona.*

**Objetivos:** Caracterización clínico-microbiológica de una serie de Artritis séptica (AS) en un hospital universitario de nuestro País.

**Métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo realizado a través de la revisión de los archivos de diagnósticos del Hospital Universitario del Mar de Barcelona. El estudio se limitó a los diagnósticos realizados a partir de 1997 hasta la actualidad. Nuestro centro proporciona cobertura sanitaria a una población de aproximadamente 200.000 personas, de nivel socioeconómico medio-bajo. Se consideró el diagnóstico de AS definida cuando existía positividad en los cultivos

microbiológicos de líquido sinovial, sangre y/o puerta de entrada. AS probable cuando había una clínica compatible y exploraciones complementarias compatibles (gammagrafía con Ga66/Leucocitos marcados y estudio de Líquido Sinovial). Se recogieron de la historia clínica las siguientes variables: datos antropométricos; factores de riesgo; puerta de entrada; manifestaciones clínicas predominantes; parámetros analíticos como: VSG (mm/h); recuento y fórmula leucocitaria sanguínea; PCR (mg/dl); líquido sinovial: recuento y fórmula leucocitaria, proteínas (g/L), glucosa (mg/dl), tinción de Gram y/o Ziehl, y cultivo microbiológico; técnicas de diagnóstico por imagen: radiología simple, gammagrafía con Tc99/Ga66, TAC, RMN; hemocultivos; tratamiento realizado; Los datos fueron analizados estadísticamente utilizando el programa SPSS para Windows.

**Resultados:** 78 pacientes fueron diagnosticados de AS; 50/65,4% hombres, edad: 43,9 ± 19 años (x ± DE). Se encontraron uno o más factores de riesgo en el 68/88,5% (ADVP 26/33,3%, traumatismo previo 21/26,9%, prótesis articular 7/9%, infiltración intraarticular previa 4/5%). Monoarticular: 62/80,5%; oligo/poliarticular 15/19,5%, observando en este último caso una tendencia a la asociación con la ADVP (p = 0,07). La localización más frecuente fue la rodilla (30/39%). La fiebre se presentó en el 57/74,4%. Se confirmó el diagnóstico mediante identificación del germen en líquido sinovial, sangre u otro foco concomitante en 61/79,4%. La tinción de Gram del líquido sinovial resultó positiva en un 10/22,7% de las muestras analizadas. Se objetivó leucocitosis en 27/34,6%, elevación de VSG 58/75,3% y de PCR 26/33,7%. Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron Staph. aureus (29/37,2%), *Strep. pyogenes* (4/6,4%) y M. tuberculosis (4/6,4%). Se constató un caso de artritis fúngica por *C. albicans*, en 2 casos la infección fue polimicrobiana. El tratamiento antibiótico empírico más utilizado fue la combinación Cloxacilina y Gentamicina intravenosa (21/27,6%). Un 37/47,4% de pacientes precisaron tratamiento quirúrgico (drenaje y/o retirada de prótesis).

**Conclusión:** El factor de riesgo más común fue la ADVP. El microorganismo más prevalente fue el *S. aureus*. No se encontraron AS gonocócicas. La localización más frecuente fue la rodilla. Se observó una mayor tendencia a la afectación oligo/poliarticular en los pacientes ADVP.

### 133

#### ALTERACIONES RADIOLÓGICAS OSTEOARTICULARES EN ENFERMEDAD DE FABRY

S. Paira X, D. Pereira, S. Roverano, N. Luraguiz, F. Cecatto  
*Hospital J M Cullen, Santa Fe, Argentina.*

La enfermedad de Fabry es una entidad infrecuente, hereditaria en forma recesiva ligada al cromosoma x, que resulta del depósito de ceramida trihexosa en diferentes tejidos del organismo. Esta acumulación se debe al déficit de la enzima a galactosidasa-a. Es una enfermedad que compromete varios órganos, entre los cuales se encuentra el sistema osteoarticular. Dentro de las manifestaciones articulares más frecuentes se describen limitación en la extensión y cambios degenerativos en las articulaciones interfalángicas distales; necrosis avascular y opacidades múltiples en cabeza femoral y cambios entesopáticos. Si bien el mecanismo del dolor y las manifestaciones radiológicas no están totalmente aclarados, la isquemia podría jugar un rol importante.

**Objetivo:** Describir alteraciones óseas radiológicas en la falange terminal de dos pacientes con enf. de Fabry seguidos durante 14 años.

Se realizaron radiografías y tomografía computada doble helicoidal (TCDH) en manos de ambos pacientes con reconstrucciones de plano múltiple (MPR) tridimensionales de superficie y volumen y MIP o punto de intensidad máxima.

Las placas radiológicas y la TCDH fueron leídas por 2 observadores a ciegas (N L; D P).

Se describen 2 pacientes varones, 32 años y 20 años de evolución de la enfermedad. El 1º paciente tuvo función renal normal al inicio, con proteinuria: 4,7 gr/24 hs y clearance de creatinina normal; actualmente tiene uremia: 0.81 gr/lit y creatinemia: 3,58 mg%, proteinuria: 3,74 gr/24 hs y clearance de creatinina: 54 ml/min. El 2º paciente tuvo al inicio función renal normal, sin proteinuria y clearance normal; actualmente sólo tiene proteinuria: 1,109 gr/24 hs. En la Rx manos ambos mostraron exostosis en penachos, región distal, asimétrica; con ensanchamiento de la base de falange terminal. En la TCDH se observó acroexostosis distal en falangeta y región proximal de epífisis. El dosaje de alfa galactosidasa A en suero fue de 0,28 mu/ml para el 1º paciente y 0,26 mu/ml para el 2º. (VN: 6-32).

### 134

#### RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SACROILEÍTIS Y HLA B27 EN UNA SERIE DE 123 PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

G. Morote Ibarrola, M. D. López Montilla, M. D. C. Castro Villegas, V. Pérez Guijo, A. Escudero Contreras, R. Roldán Molina y E. Collantes Estévez  
*Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Introducción:** La artritis psoriásica es una enfermedad osteoarticular inflamatoria asociada a psoriasis con ausencia de factor reumatoide que actualmente se incluye dentro del grupo de las espondiloartropatías por tener características relacionables con la espondilitis anquilosante, artritis reactiva o enfermedad inflamatoria intestinal. Se ha demostrado asociación entre los alelos del HLA B13, B17 con las formas clínicas oligoarticulares, Cw6 con la forma clínica poliarticular, y el HLA B27 con la variante espondilítica. La relación del antígeno HLA B27 más claramente establecida dentro de la artritis psoriásica es con la sacroileítis radiológica, especialmente con la forma bilateral.

**Objetivos:** Nuestro objetivo fue evaluar el porcentaje de HLA B27 y determinar la relación con la presencia o no de sacroileítis.

**Material y método:** Estudio descriptivo retrospectivo observacional en el que se determinó el HLA B27 y se evaluaron las radiografías PA de sacroilíacas de 123 pacientes con artritis psoriásica diagnosticadas según los criterios de Moll y Wright. Los datos fueron procesados y analizados con el programa SPSS 8.0.

**Resultados:** Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente tabla:

HLA B27	Sin sacroileítis radiológica	Sacroileítis simétrica	Sacroileítis asimétrica	Total
Sí	5	2	5	12
No	72	14	25	111
Total	77	16	30	123

**Conclusiones:** Sólo el 15,2% de los casos con sacroileitis eran B27 positivos, sin que se pueda demostrar una relación estadísticamente significativa entre la presencia de sacroileitis y B27. El 93,5% de los pacientes sin sacroileitis eran B27 negativo: resulta una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre la ausencia de sacroileitis y el B27 negativo.

## 135

### ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y MASA ÓSEA

S. Holgado, E. García Planella, M. Mañosa, M. Sanmarti, M. Valls Roc, E. Domènech, E. Cabré, A. Olivé, A. Lafont, V. Ortiz Santamaria, M. Sallès, M. Gassull y X. Tena  
*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.*

**Objetivos:** Determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la pérdida de masa ósea en una serie de 137 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII): 80 enfermedad de Crohn (EC) y 57 colitis ulcerosa (CU).

**Métodos:** Estudio retrospectivo entre septiembre de 2000 y diciembre de 2002. En todos los pacientes se recogieron los datos epidemiológicos y clínicos relacionados con la enfermedad y se practicó una densitometría (DEXA) en columna lumbar y cuello de fémur.

**Resultados:** La edad media fue de  $35,4 \pm 14,2$  años; el 72 (52,5%) eran varones. El tiempo medio de evolución de la EII fue de  $68,48 \pm 63,07$  meses. El 112 (82%) había recibido glucocorticoides, el 76 (55%) inmunosupresores y el 56 (41%) cumplía criterios de corticodependencia. El 92 (67,2%) tenía una disminución de la masa ósea (55% osteopenia y 9,4% osteoporosis según criterios de la OMS). No hubo correlación entre la masa ósea baja y los factores relacionados con la EII (tipo, patrón o localización en la EC y grado de extensión en la CU, grado de actividad en el momento de la densitometría y antecedente de intervención quirúrgica intestinal) ni con el tratamiento u otros factores como el sexo, índice de masa corporal, tabaquismo o ejercicio físico. El consumo de lácteos antes y después del diagnóstico de la EII, edad  $< 40$  años al diagnóstico de la EII, edad en el momento de la densitometría, menor tiempo de evolución de la enfermedad y mayor peso se asociaron a una menor incidencia de pérdida de masa ósea. El estudio multivariante estableció como variables independientes asociadas a la disminución de la masa ósea: la edad  $> 40$  años en el momento del diagnóstico de la EII ( $p = 0,008$ ), el bajo peso ( $p < 0,0005$ ) y la dieta sin lácteos después del diagnóstico ( $p = 0,002$ ).

**Conclusiones:** Dos tercios de los pacientes con EII en nuestro medio tienen una densidad mineral ósea baja. El aporte de calcio, la edad en el momento del diagnóstico de la EII y el peso son los principales factores asociados a la pérdida de masa ósea.

## 136

### PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD ÓSEA DE PAGET EN DEDOS

N. Segales Plana, D. Rotés Sala, M. P. Lisbona Pérez, C. Galisteo Lencastre, J. Monfort Fauré, P. Benito Ruiz y J. Carbonell Abelló

*Servei de Reumatologia de l'IMAS. Hospitals del Mar i de l'Esperança.*

**Introducción:** La enfermedad ósea de Paget (EOP) es un trastorno focal del remodelado óseo que suele diagnosticar-

se de manera casual. Puede afectar a una o varias localizaciones del esqueleto, siendo las más frecuentes pelvis, cráneo, raquis, fémur, y tibia. La afectación de dedos es poco prevalente.

**Objetivo:** Calcular la prevalencia y describir las características clínicas, analíticas, gammagráficas y radiológicas de la EOP localizada en dedos de nuestra serie.

**Material y métodos:** Se detectan, tras la revisión de 315 pacientes con EOP, cinco individuos con afectación de dedos de manos y/o pies. Valoramos: edad, sexo, exploración diagnóstica (analítica, radiológica o gammagráfica), extensión por gammagrafía, patrón radiológico (escleroso, lítico o mixto), actividad biológica (fosfatasas alcalinas totales e hidroxiprolina en orina de 2 horas) y tratamiento recibido.

**Resultados:** La prevalencia de EOP en dedos en nuestra serie es del 1,6%. Se identifican un total de diez dedos afectados en cinco pacientes, con localización discretamente prevalente en manos (6 de 10 lesiones). Todos ellos presentaron una extensión gammagráfica polioestótica con patrón radiológico mixto y actividad biológica elevada; por lo que recibieron tratamiento con tiludronato. El resto de características clínicas se detallan en Tabla 1.

Tabla 1: Localización EOP dedos

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Edad	84	79	90	74	81
Sexo	F	M	M	F	M
Exploración diagnóstica	Rx	Rx	Rx	Analítica	Analítica
Localización	Mano	Mano/Pie	Mano/Pie	Mano	Pie
FFAA (UL/l)	1705	1500	631	803	1523
Hidroxiprolina orina (mg/dl)	77,5	197,9	9,1	10,04	94,1

**Conclusiones:** En nuestra serie, la afectación de dedos es rara y con discreta prevalencia en manos. Todos nuestros casos fueron activos, polioestóticos y asintomáticos localmente en el momento del diagnóstico.

## 137

### CARACTERIZACIÓN CLINICOANALÍTICA DE LA AMILOIDOSIS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

J. García Miguel, V. Torrente, J. Blanch, A. Pros, M. Ciria, N. Segales e I. Padró

*Servicio de Reumatología del I.M.A.S. Hospitales Universitarios del Mar y de la Esperanza. Barcelona.*

**Objetivo:** Caracterización de las manifestaciones clinicoanalíticas de la amiloidosis en un hospital universitario de nuestro país.

**Métodos:** Estudio retrospectivo realizado mediante revisión de los archivos general y de Anatomía Patológica del Hospital del Mar de Barcelona. La revisión se ciñó a los diagnósticos realizados desde 1990 hasta la actualidad. Se consideró el diagnóstico de amiloidosis cuando se detectó presencia de material amiloide con tinción rojo Congo positiva en cualquier muestra biológica. De la historia clínica se recogieron las siguientes variables: edad, tejido biopsiado, tipo de amiloidosis, enfermedad asociada e intervalo de tiempo hasta el diagnóstico de amiloidosis, supervivencia, manifestaciones clínicas predominantes y parámetros analíticos como VSG (mm/1<sup>h</sup>), PCR (mg/dl) y tasa de hemoglobina (mg/dl). Se realizó análisis estadístico mediante SPSS para Windows.

**Resultados:** 33 pacientes fueron diagnosticados de amiloidosis (hombre/mujer: 12 (36,4%)/ 21 (63,6%). Edad media

en el momento del diagnóstico:  $65 \pm 15$  años. El diagnóstico se obtuvo mediante biopsia de grasa subcutánea en 15 casos (45%) y en 4 en la biopsia renal (12%). A.secundaria (nº de pacientes/porcentaje)(15/45), A.primaria (10/30) y A.localizada (7/21). Se halló 1 caso de A.heredo-familiar. Fallecieron 4 casos (12%), con una supervivencia de 0, 13, 90 y 99 meses. Las causas más frecuentes de A.secundaria fueron la artritis reumatoide (7/21,2%) y la insuficiencia renal crónica (3/9,1%), con un tiempo hasta el diagnóstico de amiloidosis de  $8 \pm 8,7$  años. Las formas de inicio más frecuentes fueron la proteinuria (9/27%) y los edemas (7/21%). Las manifestaciones clínicas predominantes fueron insuficiencia renal crónica (14/42%), edemas (12/36%), proteinuria (9/27%), microhematuria (7/21%), pérdida de peso (7/21%) y neuropatía periférica(6/18%), 4 de ellos con sde. del canal carpiano. Se observó artropatía amiloidea en 4 casos (12%).La pérdida de peso y hepatomegalia predominaron en A.primaria ( $p < 0,005$ )en comparación con A.secundaria. Parámetros analíticos: tasa de hemoglobina:  $11,7 \pm 2$ ; VSG:  $77 \pm 42$  y PCR:  $3 \pm 2$ .Los pacientes con amiloidosis cardíaca diagnosticada por ecocardiografía presentaban una mayor probabilidad de desarrollar fibrilación auricular crónica ( $p = 0,031$ ) que los casos de amiloidosis sin afectación cardíaca (60% vs. 10%)

**Conclusión:** La amiloidosis más prevalente fue la secundaria, siendo la artritis reumatoide y la insuficiencia renal crónica las causas más frecuentes de la misma. La técnica más utilizada fue la biopsia de grasa subcutánea, seguida de la biopsia renal. La proteinuria y los edemas fueron las manifestaciones de inicio predominantes. Las manifestaciones clínicas relevantes durante la evolución fueron insuficiencia renal crónica, edemas y proteinuria. La artropatía amiloidea fue infrecuente. Se halló una relación estadísticamente significativa entre la presencia de amiloidosis cardíaca y el desarrollo de fibrilación auricular crónica.

## 138

### CONECTIVOPATÍAS Y MIASTENIA GRAVIS. DESCRIPCIÓN DE CINCO CASOS

M. Paulino Huertas, D. Pielfort Garrido, M. D. Mínguez Sánchez, A. Sánchez Trenado, J. L. Cuadra Díaz, C. Rubio Caja y J. Paulino Tévar  
*Complejo Hospitalario Ciudad Real.*

**Objetivos:** Describir la asociación de miastenia gravis y conectivopatías observada en nuestro centro, estudiando las características epidemiológicas y clínicas de estos pacientes.

**Material y método:** 5 pacientes diagnosticados de conectivopatías y miastenia gravis, seguidos en nuestra consulta desde 1979-97 hasta la actualidad. Las características clínicas fueron estudiadas retrospectivamente.

**Resultados:** De los 5 pacientes, 2 fueron diagnosticados de AR seronegativa (40%), 1 Rupus (20%), 1 LES (20%) y 1 Síndrome Sjögren (20%). Todos los enfermos (100%) eran mujeres, con una media de 55 años. La miastenia gravis precedió a la conectivopatía en 3 casos, las dos AR (4 y 10 años) y el Sjögren (5 años), mientras que siguió al diagnóstico de LES y Rupus (3 y 20 años). La enfermedad articular, en todas ellas, fue una poliartrosis simétrica de pequeñas articulaciones, poco agresiva clínica y radiológicamente (ausencia de erosiones/3 o desarrollo de las mismas tras muchos años/2).En todas ellas (100%), los ANA fueron positivos de manera continuada (4) o, al menos, en alguna ocasión (1), 2

Anti DNA positivo (40%), 2 FR positivo (40%), 1 Anti Sm positivo (20%), 2 Anticardiolipina positivo (20%) y 1 Ro/La positivo (20%). Todos los casos tardaron en definirse, presentando características de conectivopatía indiferenciada durante años. En 2 casos (40%) se asoció un hipertiroidismo de base autoinmune a la miastenia gravis, requiriendo tiemectomía dos pacientes. En cuanto al tratamiento, solo una enferma necesitó una activa medicación de fondo para el control de los síntomas con respuesta satisfactoria.

**Conclusión:** Las conectivopatías que hemos observado asociadas a miastenia gravis son clínica y radiológicamente poco agresivas, presentando características que podríamos describir como poco definidas o indiferenciadas.

## 139

### ESTUDIO DE LA MASA ÓSEA EN EL TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

S. Holgado Perez, J. M. Sancho, A. Olivé, J. Ribera, M. Valls Roc, M. Sanmartí, M. Granada, A. Oriol, C. Biosca, A. Lafont, V. Ortiz Santamaria, D. Vázquez, F. Milla, E. Feliu y X. Tena  
*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.*

**Objetivo:** En los pacientes que reciben un trasplante de órgano sólido coexisten diversas circunstancias que afectan al metabolismo óseo y que comportan una disminución de la masa ósea. Existen pocos estudios que evalúen la densidad mineral ósea en pacientes que van a recibir un trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH). El objetivo fue determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la pérdida de masa ósea en una serie de 80 pacientes seleccionados para TPH.

**Métodos:** Estudio transversal. Se incluyeron de forma consecutiva 80 pacientes: 71 (51%) con enfermedades hematológicas y 9 (6,5%) tumores sólidos. Los pacientes no presentaban otras enfermedades con repercusión sobre el metabolismo óseo. Se recogieron previamente al trasplante las características clínicas de la enfermedad de base y los tratamientos realizados. Se determinaron parámetros bioquímicos con influencia en el metabolismo óseo y se practicó una densitometría (DEXA) en columna lumbar y cuello de fémur (Lunar Prodigy, Madison WI).

Pacientes (n = 80), media (DE)

Edad (años)	46,73 (12,62)
Índice masa corporal (Kg/m <sup>2</sup> )	26,38 (5,44)
Dosis prednisona acumulada (mg)	2,950 (3,357)
Duración enfermedad (años)	1,45 (1,64)
Paratirina (pg/ml)	49,16 (34,09)
25-OH vitamina D (ng/ml)	12,45 (5,49)
DMO (L2-L4) (g/cm <sup>2</sup> )	1,10 (0,19)
Valor de Z (L2-L4)	-0,61 (1,48)
Valor de T (L2-L4)	-0,95 (1,65)
DMO cuello de fémur (g/cm <sup>2</sup> )	0,94 (0,14)
Valor de Z cuello de fémur	-0,07 (0,91)
Valor de T cuello de fémur	-0,57 (1,22)

**Resultados:** 80 pacientes; 43 (37,3%) eran mujeres; 71 (89%) recibieron un TPH autogénico y 9 (11%) alogénico. Diecinueve presentaban Linfoma no Hodgkin, 18 Leucemia mieloide aguda, 18 Síndrome mielodisplásico, 13 Mieloma múltiple, 11 Linfoma Hodgkin, 9 cáncer de mama, 3 Leucemia mieloide crónica, 3 Leucemia linfática aguda y 1 histio-

citosis de células de Langerhans. La 25-OH vitamina D se encontraba en el límite inferior de la normalidad y la paratirina en el superior. De acuerdo con la definición de la OMS, 20 (25%) de los pacientes presentaban osteopenia y 15 (19%) osteoporosis en columna lumbar. Tras ajustar por edad y sexo no hubo correlación entre la masa ósea baja y la dosis acumulada de prednisona, ni con el tipo y duración de la enfermedad.

**Conclusiones:** Los pacientes que van a recibir un TPH a menudo presentan una disminución de la masa ósea. Los valores bajos de vitamina D podrían inducir un hiperparatiroidismo secundario. El diagnóstico precoz, prevención y tratamiento deben formar parte del seguimiento de estos pacientes.

*Financiación:* P1020991 (FIS), PEF-02 (FIJC) y Beca de la Sociedad Catalana de Reumatología.

## 140

### REPERCUSIÓN DE LA POSITIVIDAD DE LOS ANTICUERPOS ANTI SSA/ANTI SSB EN LA AFECTACIÓN CLÍNICA Y ANALÍTICA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN DIAGNOSTICADO CONFORME A LOS NUEVOS CRITERIOS EUROPEO-AMERICANOS

E. Ornilla Laradogoitia, R. Veroz González, M. Fernández Castro y J. Mulero Mendoza  
*Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.*

**Introducción:** Los nuevos criterios diagnósticos Americano-Europeos para el diagnóstico de síndrome de Sjögren primario (SS), exigen el hallazgo de alteraciones histopatológicas típicas en la biopsia de glándula salival menor y/o la presencia de anticuerpos anti SSA/Ro, anti SSB/La. Aún en este caso, cabe la posibilidad de que otras causas no autoinmunes produzcan sequedad mucosa con biopsia compatible con SS. En este contexto, puede ser de interés evaluar si los pacientes con histología típica que son además portadores de anti SSA/Ro o anti SSB/La tienen un cuadro clínico o una intensidad de afectación diferente de los pacientes con SS con estos anticuerpos negativos.

**Objetivos:** El objetivo primario de este estudio es evaluar diferencias en la intensidad de la afectación oral medida por el test de Saxon en un grupo de pacientes con SS en función de la positividad o negatividad de los anticuerpos anti-SSA / anti-SSB. De forma secundaria se han evaluado un total de 80 parámetros clínicos y analíticos de forma comparativa en ambos grupos de pacientes

**Pacientes y métodos:** Se han evaluado de forma prospectiva 29 pacientes diagnosticados de SS primario conforme a los nuevos criterios Americano-Europeos seguidos en la actualidad en nuestro Servicio. Se analizaron un total de 80 variables: 66 clínicas y 14 analíticas que debían obtenerse de cada paciente. En el análisis estadístico se utilizaron la chi cuadrado para el estudio de las variables cualitativas y la t de student para las variables cuantitativas.

**Resultados:** El resultado fue un total de 29 pacientes, 27 mujeres y 2 varones, con una media de edad de  $48 \pm 6$  años. De éstos, 23 pacientes eran anti-SSA y/o anti-SSB positivos y 6 pacientes eran anti-SSA y anti-SSB negativos. No existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de saliva medida por el test de Saxon entre los dos grupos. Tampoco se encontraron diferencias en el resto de parámetros clínicos (como la existencia de uso de lágrimas artificiales, lesiones oculares, inflamación glandular, xeroftal-

mia, patología dental grave, sequedad nasal, tos irritativa, ronquera, disfagia, gastritis, disparenuria, tiroiditis o el hipotiroidismo por citar unos cuantos). En los criterios analíticos el único que alcanzó significación estadística fue la determinación de IgG en suero estando ésta más elevada en el grupo anti-SSA/ anti-SSB positivo. Los resultados obtenidos de su análisis se adjuntan en la tabla.

	Biopsia + SSA/SSB +	Biopsia + SSA/SSB -	Significación
IgG (media y DS)	1,965,10 $\pm$ 704,42	1,321,67 $\pm$ 246,69	p < 0,05
Saxon (media y DS)	2,375550 $\pm$ 1,935750	2,455567 $\pm$ 1,801800	No significativo

**Conclusión:** La intensidad de afectación clínica y analítica de pacientes con SS 1º no difiere sustancialmente en función de la positividad de los anticuerpos antiSSA/antiSSB a excepción de los niveles de IgG en suero.

## 141

### ANÁLISIS DE TENDENCIAS DE USO DEL SITIO WEB DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA

M.A. Belmonte Serrano, L. Rodríguez Arboleya  
*Hospital General de Castellón, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias.*

**Objetivos:** Conocer las tendencias actuales de utilización de los servicios de Internet de la Sociedad Española de Reumatología (SER).

**Métodos:** Análisis de las estadísticas de uso del servidor del web de la SER alojado por el proveedor de servicios Arsys, durante el año 2002. Se desglosan múltiples aspectos cuantitativos y cualitativos sobre el uso global del website y características de sus usuarios.

**Resultados:** La actividad total de Febrero a Diciembre de 2002 ha ascendido a 692.112 visitas o sesiones individuales. Si exceptuamos un pico aislado de 112.703 visitas del mes de octubre, la actividad ha sido bastante regular, con una media de visitas mensuales de 57.941 (DE = 7.701), con un máximo de 68.864 (mayo) y mínimo de 46.864 (agosto).

#### Resumen de estadísticas web SER – Enero 2003

Total sesiones	57.794
Total páginas vistas	187.439
Total accesos	643.325
Total bytes transferidos	4,07 GB
Promedio sesiones por día	1.926,46
Promedio páginas vistas por día	6.247,96
Promedio accesos por día	21.444,16
Promedio bytes transferidos por día	139,10 MB
Promedio páginas vistas por sesión	3,24
Promedio de accesos por sesión	11,13
Promedio de bytes por sesión	73,94 KB
Promedio de duración de sesión	169 seg

El resumen mensual de actividad más reciente (Enero 2003) se muestra en la Tabla 1. El tráfico total generado en ese mes fue de 4,07 GB para mostrar 187.439 páginas. Destaca la brevedad de la mayoría de las visitas al web de la SER, que en un 67% solo acceden a una página y un 93% a cinco o menos, durando un 85% de las sesiones menos de un minuto. Dejando aparte las páginas de portada, de las 341 páginas del website activas, las más visitadas fueron los folletos para pacientes (48.128 visitas), destacando las páginas de fibromialgia (7709 visitas, 4,2% del tráfico total) y artritis reumatoide (6199 visitas, 3,4% del tráfico) seguidas de lupus, artrosis y osteoporosis (4362, 3664 y 3475 visitas, respectiva-

mente). Las páginas de noticias se vistaron en 2611 ocasiones (1,4% del tráfico). El acceso al website fue a través de la portada en el 28,6% de los casos, mientras que en un 39,2% se accedió directamente a páginas de pacientes, en la mayoría de casos desde buscadores de Internet, destacando Google (27,6% de los accesos) a distancia de Yahoo y MSN (4,94% y 3,34%). El origen de los accesos era desconocido en un 25,4% de sesiones, y procedía de dominios inespecíficos (.com o .net) en el 34,6%. Destaca un 21,2% de las sesiones originadas en España, y un 14,21% procedente de centro y sudamérica. El navegador más utilizado fue MS Explorer (87,3%) bajo el sistema operativo Windows (88,5%) en sus distintas variantes.

**Conclusión:** El website de la SER ha alcanzado una fase de estabilidad y madurez en los 6 años que viene desarrollándose. El número de visitas mensuales aproximadamente se ha decuplicado en los últimos 4 años. Un elevado porcentaje de visitas es muy breve, pudiendo estar relacionado con sistemas automatizados de exploración de recursos en Internet (robots buscadores de enlaces). Sin embargo, el número de accesos a páginas útiles es todavía elevado, destacando notablemente las visitas a páginas informativas para pacientes, a las cuales se accede fundamentalmente a través de buscadores genéricos de Internet, como Google o Yahoo.

**Agradecimientos:** A los patrocinadores del website - Boehringer Ingelheim, Aventis, Schering Plough y Amgen.

## 142

### OTRAS PATOLOGÍAS CRÓNICAS EN PACIENTES CON ARTROSIS

A. Rueda, P. Morales, P. Caricol, M. Romero, T. García, J. Salvatierra y D. Salvatierra  
*Granada.*

**Introducción:** La artrosis es un cuadro degenerativo que comienza con la afectación del cartilago hialino. Salvo en algunas formas secundarias, la clínica se inicia entre la cuarta y quinta década de la vida, edades en las que se suele diagnosticar otras enfermedades.

**Objetivos:** Revisar en un grupo de pacientes con síndrome artrósico primario la prevalencia de otras patologías concomitantes.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de 60 pacientes con artrosis primaria generalizada, en sus diversas modalidades, en el que hemos recogido la existencia de HTA, DM tipo II, dislipemias y sd. ansioso-depresivo en tratamiento.

**Resultados y conclusiones:** De 60 pacientes, de los cuales 49 eran mujeres y 11 eran varones, con una edad media de 63 años y todos ellos seguidos en nuestra consulta por A.P.G., presentaron dislipemias 20 enfermos (32,78%), DM tipo II 5 enfermos (8,1%), HTA 24 enfermos (39,34%) y cuadro ansioso depresivo en tratamiento 10 enfermos (16,39%). De éstos, un 26% presentan dos de estas patologías asociadas y un 31'66% estaban en tratamiento con algún AINE. Hemos observado que el porcentaje de patología más elevado en estos pacientes corresponde al aumento de T.A. Esto hace plantearnos la utilización o no de AINES dependiendo del control de las cifras tensionales y la sintomatología del dolor articular. El uso indiscriminado de este grupo de fármacos, sobre todo en atención primaria y en servicios de urgencias podría estar favoreciendo la disregulación de la T.A. en este grupo de pacientes.

## 143

### ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE UNA CONSULTA DE FILTRO DE REUMATOLOGÍA

I. Gómez Gracia, J. González Domínguez, P. Font Ugalde, A. Salmoral Chamizo y E. Collantes Estévez  
*Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Objetivos:** Analizar la demanda de pacientes con patología reumática remitidos por Atención Primaria (AP) a nuestro Servicio de Reumatología, utilizando una "consulta de filtro" con el fin de intentar solucionar la elevada demanda, agilizar y mejorar la asistencia de estos pacientes e intentar mejorar la coordinación entre nuestro Servicio y AP.

**Pacientes y métodos:** Se analizó la demanda asistencial derivada por AP por patología mecánico-degenerativa/ partes blandas y otras patologías, mediante una consulta de filtro instaurada durante un trimestre (Oct- Dic 2002). Se atendieron 301 pacientes, 53 varones (V) 17,6%, con 56,8±15,5 años y 248 mujeres (M) 82,4%, con edad media de 55,7±13,7 años. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas, las variables cuantitativas se expresaron como media ± SD y las variables cualitativas en forma de frecuencias y porcentajes correspondientes. El programa estadístico utilizado fue SPSS v. 11.0.

**Resultados:** Fueron remitidos a consulta sin analítica previa (60%) y sin RX básica (50%). Un 74,5% de pacientes presentaba patología mecánico-degenerativa/partes blandas. Tras realizar consulta de filtro fueron dados de alta en el día (36,9%), alta mediante informe por correo tras completar pruebas complementarias (37,5%) y se derivaron para seguimiento clínico y estudio un 25,5% de pacientes con otras patologías: osteoporosis (63,6%), conectivopatías (10,4%), artritis microcristalinas (15%), espondiloartropatías (3,9%) y artritis de reciente inicio (9,1%).

**Conclusiones:** La consulta de filtro proporcionó una mejor gestión de la demanda asistencial. La mayor parte de las consultas remitidas por AP, fueron solucionadas de forma rápida. Dado el elevado número de pacientes remitidos por AP sin pruebas complementarias, recomendaría un protocolo de derivación y una mejor coordinación con AP.

## 144

### ÍNDICE DE MASA CORPORAL QUE PRESENTAN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

A. Romero Pérez, A. Rivas Velasco, P. Paule Sastre y D. Salvatierra Rios  
*Hospital General Básico de Baza.*

**Introducción:** La AR es una enfermedad inflamatoria autoinmune que evoluciona hacia la cronicidad de forma variable. El 10-20% de pacientes siguen curso desfavorable con clínica inflamatoria persistente y evolución rápida hacia la deformidad; un 60-70% progresan en forma de brotes intermitentes y el 20% restante sigue un curso benigno con remisiones inflamatorias prolongadas en el tiempo. Son datos y signos de actividad inflamatoria en la enfermedad: elevación de reactantes inflamatorios (VSG, PCR, plaquetas...), existencia de anemia de rasgo inflamatorio, flogosis articular, astenia y pérdida de peso.

**Objetivo:** Relacionar el Índice de masa corporal (IMC) que presentan enfermos con AR con diversas variables de enfermedad y frente a un grupo control sano.

**Material y métodos:** Selección aleatoria de 42 pacientes con AR del Serv. de Reumatología del H.U San Cecilio de Granada y de un grupo control homogéneo, procedente de base de datos de centros de salud del mismo entorno, sobre los que se extraen valores promediados de variables (VSG, PCR, plaquetas, HB, VCM, hierro sérico, peso, talla, sexo, edad, tiempo de evolución de AR y marcador HLA)

**Resultados:**

Variable	Grupo AR	Grupo control	Valor de P
IMC:Kg/m <sup>2</sup>	29,75	26,1	P < 0,01
Altura:cm	158	167	p < 0,01
Peso: kg	74	70	p < 0,05
IMC grupo AR	baja actividad: 29,40	alta activ: 30,24	N.S
	HLAbenig: 31,2	HLADRI-4:26,4	N.S
	AR < 5 años: 30,3	AR > 5 años:29	N.S
	Hb > 12: 29,2	Hb < 11: 30,3	N.S
	hombres: 30,8	mujeres: 29,3	N.S
	< 50 años: 25,8	> 50 años: 31,1	N.S

**Conclusiones:** 1) Los pacientes con AR presentan un IMC superior al resto de la población, muy cercano al rango de obesidad. 2) Los enfermos con AR son más bajos que los controles; rasgo muy manifiesto en AR de larga evolución en donde existe una alta prevalencia de osteoporosis. 3) El IMC no varía entre enfermos con diferente grado de actividad inflamatoria; es probable que efectos anorexígenos queden contrarrestados por un mayor requerimiento en el uso de corticoides en este subgrupo de pacientes. 4) Un mayor control del sobrepeso mejoraría la calidad de vida y el riesgo cardiovascular de estos enfermos.

## 145

### QUE PORCENTAJE DE PACIENTES CON SOSPECHA DE PÉRDIDA ÓSEA POR EL ANÁLISIS DE RADIOLOGÍA SIMPLE DE RAQUIS PRESENTA OSTEOPOROSIS DENSITOMÉTRICA

A. Romero Pérez, A. Rivas Velasco, J. Ortega Vinuesa y J. Campos Rodríguez  
Hospital General Básico de Baza.

**Introducción:** La radiología convencional es un método poco sensible para la detección de pérdida de masa ósea en fases precoces, debido a que sólo se hace aparente cuando existe una disminución de esta entre 30-50%. Sin embargo existen signos radiológicos distintivos y técnicas morfométricas que pueden ayudar en la valoración de pacientes para el diagnóstico de osteoporosis.

**Material y métodos:** Seleccionamos 104 pacientes con diferentes signos de pérdida de masa ósea en raquis (osteopenia radiológica, acuñaamientos vertebrales, refuerzo aparente del contorno vertebral y aumento de trabeculación vertical) que han acudido a nuestra consulta durante 2002, a los que se realiza determinación de masa ósea por densitómetro de calcáneo (PIXI) el mismo día de la visita. Consideramos criterios de exclusión (existencia de antecedentes de fracturas vertebrales traumáticas, criterios de Scheuerman radiológicos, hemangiomas vertebrales y displasias en raquis). De los resultados obtenidos, se aplican test estadísticos para relacionar las diferentes variables con los valores de masa ósea.

**Resultados:** Un 65% de pacientes presentan osteoporosis densitométrica. En relación a los diferentes signos de déficit de masa ósea: solo el 40% de los que presentan solamente osteopenia tienen osteoporosis; los que añan oste-

openia+refuerzo cortical presentan osteoporosis en el 65% de casos, mientras que osteopenia+acuñamiento alcanzan el 83%. Los pacientes que reúnen osteopenia+acuñamiento+refuerzo cortical tienen osteoporosis densitométrica en el 91% de los casos.

**Conclusiones:** 1) Reunir varios signos de déficit de masa ósea en radiología simple de raquis, tiene un valor predictivo alto para presentar osteoporosis densitométrica, sobre todo cuando existen asociados acuñamientos y osteopenia. 2) La presencia de osteopenia radiológica aislada no se correlaciona adecuadamente con existencia de osteoporosis, deben inducir confusión el grado de obesidad del paciente y el régimen radiológico de la determinación. 3) Establecer diagnóstico de osteoporosis en un paciente con varios signos asociados de pérdida de masa ósea en raquis asocia un bajo error que podría cuestionar la realización de una densitometría como prueba de certeza diagnóstica. 4) La radiología simple en raquis puede ser un método útil para el diagnóstico de osteoporosis en determinados casos.

## 146

### FACTORES DE RIESGO DE PÉRDIDA DE MASA ÓSEA DE PACIENTES CON OSTEOPOROSIS DENSITOMÉTRICA

A. Romero Pérez, A. Rivas Velasco, B. Durán Carranza, F. Salinas García y M. Nabil Terki  
Hospital General Básico de Baza.

**Objetivo:** Comparar los factores de riesgo osteopenizantes que presentan pacientes con osteoporosis densitométrica y pacientes normopénicos.

**Introducción:** La osteoporosis es una enfermedad del metabolismo óseo que se caracteriza por un déficit de masa ósea y un deterioro de la microarquitectura que condiciona un riesgo para la producción de fracturas. Son conocidos muchos de los factores osteopenizantes entre los que destacamos: déficit estrogénico precoz, dietas inadecuadas, hábitos tóxicos (alcohol, tabaco) y factores genéticos.

**Material y métodos:** Seleccionamos aleatoriamente mujeres entre 55 y 80 años a las que se les realizó densitometría ósea de calcáneo (PIXI), obteniéndose un grupo de 48 pacientes con osteoporosis densitométrica para ser comparado con otro grupo homogéneo de pacientes normopénicas de los que se tienen datos epidemiológicos de interés obtenidos a través de una encuesta personal. Se realiza un análisis estadístico para obtener resultados comparativos entre ambos grupos.

**Resultados:** Ver tabla.

Factores de riesgo correspondientes a ambos grupos

	Osteoporóticos	Normopénicos
Talla	X:162	X:164
Peso	X:70	X:76
> 2 cafés/día	4	6
> 10 cigarrillos/día	2	1
> Equiv: 2 cervezas/día	3	2
menopausia < 40	14	3 (SE)
deficit estrog. < 40	9	2 (SE)
mng. calcio lacteo/día	400	600
uso de TSH	3	2
fract. Previa frag. > 45	23	8 (SE)
uso de corticoides	6	3
familiares fracturados	12	8
Ttos antiirreabs. previo	4	2

**Conclusiones:** 1) La presencia de fractura previa por trauma leve después de los 45 años es el factor de riesgo que tiene

el valor predictivo más alto para la existencia de osteoporosis, seguida del déficit precoz de estrógenos (natural o yatrógeno), alcanzando ambos significación estadística. 2) Los factores dietéticos (consumo de lácteos, café) y tóxicos (alcohol, tabaco) no muestran diferencias apreciables entre ambos grupos; es destacable el bajo uso de tóxicos entre nuestra población de estudio. 3) Presentar un historial de fracturas por fragilidad en familiares directos, una baja estatura y peso, y un uso crónico de terapéutica corticoidea es más frecuente en pacientes con osteoporosis, sin embargo tal diferencia no alcanza significación estadística en nuestro estudio.

## 147

### EFFECTO DEL INFILIXIMAB SOBRE LOS MEDIADORES DE LA INFLAMACION EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ARTRITIS REUMATOIDE

J.A. Pinto, E. Maneiro, M.C. de Andrés, S. Pértega, A. Bonilla, M.J. López Armada, B. Caramés, I. Fuentes, F.M. Rodríguez Núñez, C. Fernández López, J.A. Miranda, M. Freire, A. Atanes, J. Graña, F.J. De Toro, J.L. Fernández Sueiro, F. Galdo y F.J. Blanco García

Unidad de Investigación. Servicio Reumatología. Unidad Epidemiología. C.H.U. Juan Canalejo.

**Objetivo:** Analizar el efecto del infliximab sobre el nivel sérico de las citocinas proinflamatorias y el Óxido Nítrico (NO) en pacientes con AR.

**Material y métodos:** El estudio comprende una muestra de 19 pacientes diagnosticados de AR (ACR,1988) tratados con infliximab 3mg/kg i.v. en las semanas 0, 2 y 6 y MTX 10-15 mg v.o. cada semana. Mediante un protocolo se recogieron datos demográficos de los pacientes. Se obtuvieron muestras de suero de cada paciente antes de la primera infusión y después de la tercera, para cuantificar los niveles de TNF $\alpha$ , IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-8, IL-10, IL-12/p70 mediante citometría de flujo, y NO mediante técnica de ELISA. Se llevó a cabo en ambos puntos de estudio el recuento articular para dolor (RAD) e inflamación (RAT) (68/66), escalas analógicas visuales (0-100) para el dolor (EVAd) por parte del paciente y para el estado global de la enfermedad (EVAg) por parte de paciente y examinador (EVAm), y HAQ (autoevaluación de discapacidad). También se determinó la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR). El estudio estadístico se llevó a cabo mediante el programa estadístico informático SPSS 11.0. Se calcularon las medianas de las concentraciones de citocinas y NO así como de los parámetros clínicos y analíticos y se aplicó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. Para los estudios de correlación se aplicó la Rho de Spearman.

**Resultados:** La edad media fue 52,3 años (32-69). La proporción mujeres/hombres 15/4. La duración media de la enfermedad fue de 10,8 años (3-16). El 83% eran RF positivo. El estudio de los parámetros clínicos mostró descensos significativos ( $p < 0,05$ ), RAD (27 vs 17), RAT (12,5 vs 2), EVAd (78 vs 48), EVAg (77 vs 52), EVAm (73,5 vs 47), HAQ (1,6 vs 1,47), VSG (37 vs 18), PCR (2,1 vs 0,8). La concentración media sérica (pg/mL) de IL-1 $\beta$  (146,2 vs 108,7), IL-6 (55 vs 13,5), IL-8 (12,3 vs 8,4) y NO (54,9 vs 43,1) disminuyeron significativamente ( $p = 0,025$ ,  $p = 0,001$ ,  $p = 0,007$ ,  $p = 0,041$  respectivamente). No se halló correlación entre los descensos de dichas citocinas y las variaciones en los parámetros clínicos y analíticos excepto entre la IL-6 y la PCR ( $p = 0,026$ ).

**Conclusiones:** El Infliximab reduce de forma significativa a las 6 semanas de tratamiento, los niveles séricos de citocinas pro-inflamatorias y NO en pacientes diagnosticados de AR.

## 148

### TRATAMIENTO CON ETANERCEPT: EXPERIENCIA EN NUESTRA CONSULTA. RESULTADOS A LOS DOS AÑOS

M.V. Irigoyen, I. Ureña Garnica, V. Coret Cagigal, E. Cuesta, M. Rodríguez Pérez y A. Ponce Vargas

Carlos Haya, Málaga.

**Propósito del estudio:** Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con Etanercept en los pacientes con AR, Psoriasis y ACJ tratados en nuestra consulta.

**Métodos:** Se incluyen en el estudio 49 pacientes, 40 con AR, 6 APS y 3 ACJ, 37 (75,5%) son mujeres y 12 (24,5%) hombres. La edad media de los pacientes es de 50,1 años (17-72), la media de duración de la enfermedad de 11,69 años (1-40) y la media del número de fármacos modificadores de la enfermedad previos 5 (2-7), 13 pacientes habían sido tratados previamente con infliximab. 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:** Presentaremos los resultados de las evaluaciones realizadas al inicio del tratamiento y a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses. Se observaron efectos secundarios leves en 35 pacientes (71,4%); Han abandonado el tratamiento 6 pacientes (12,2%), 2 por ineficacia y el resto por toxicidad. 19 pacientes han cumplido 12 meses de tratamiento y 12 pacientes más de 24 meses.

**Conclusiones:** El Etanercept es un tratamiento rápido y eficaz en pacientes con AR y Psoriasis de larga evolución. La eficacia mejora con la duración del tratamiento. Es un fármaco con efectos secundarios leves que no obligan a la suspensión en la mayoría de los casos.

## 149

### EVALUACIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS MÉDICOS ESPAÑOLES SOBRE LAS RECOMENDACIONES DE EULAR PARA EL TRATAMIENTO DE LA GONARTROSIS

E. de Miguel Mendieta

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Objetivo:** Evaluar el grado de aceptación de las recomendaciones EULAR para el tratamiento de la artrosis de rodilla por los médicos españoles respecto a las 10 recomendaciones y a las 23 modalidades terapéuticas analizadas en la guía EULAR.

**Material y métodos:** Para alcanzar este objetivo EULAR remitió 16.470 encuestas a médicos españoles (12.000 médicos de atención primaria, 2.100 traumatólogos, 1.300 rehabilitadores y 1.070 reumatólogos). La valoración de cada una de las modalidades terapéuticas y de las recomendaciones de EULAR se realizó mediante una escala analógica visual (EAV) valorada de 0 a 100. El estudio estadístico se efectuó mediante el test de la t de Student y el análisis de la varianza (ANOVA) con el test de la F de Scheffe.

**Resultados:** La respuesta global obtenida fue de 1.047 encuestas devueltas y cumplimentadas (6,36%). Por especialidades la contestación fue del 4,8% en atención primaria, 5,2% en rehabilitación, 11,1% en traumatología y 15,5% en

reumatología. Las valoraciones globales de los médicos españoles y del comité de expertos, sobre las 23 modalidades terapéuticas, muestran un importante grado de acuerdo sin diferencias estadísticamente significativas. Al analizar las opiniones de los especialistas de nuestro país se observaban pequeñas discrepancias entre especialidades a la hora de enfocar el tratamiento de la artrosis. En cuanto a los tratamientos farmacológicos el paracetamol era el medicamento mejor puntuado para el tratamiento de la artrosis de rodilla en todas las especialidades con la excepción de traumatología  $p < 0,05$ . En relación con las 10 recomendaciones de EULAR para el tratamiento de la gonartrosis, la encuesta revela que eran ampliamente aceptadas por todas las especialidades como reflejan las altas puntuaciones obtenidas.

**Conclusión:** Las recomendaciones EULAR sobre el tratamiento de la gonartrosis son bien aceptadas en nuestro país, la opinión de los médicos españoles coincide con la de los expertos al valorar las diferentes modalidades terapéuticas y las pequeñas diferencias detectadas entre especialidades deberían ayudarnos a reflexionar para mejorar el tratamiento de estos pacientes.

## 150

### PERFIL DE INMUNOGLOBULINAS EN PACIENTES DE ARTRITIS PSORIÁSICA

M.D. López Montilla, G. Morote Ibarrola, M. Castro Villegas, I. Gómez Gracia, R. González Fernández y E. Collantes Estévez  
*H.U. Reina Sofía. Córdoba.*

**Introducción:** La artritis psoriásica es una artropatía inflamatoria crónica de etiología desconocida. En su patogénesis se han implicado factores inmunológicos, fundamentalmente linfocitos T, pero también hay estudios que implican a las células B.

**Objetivo:** Identificar el patrón de inmunoglobulinas en una serie de pacientes con artritis psoriásica.

**Métodos:** Se determinaron IgG, IgM e IgA en 100 pacientes con artritis psoriásica. Los valores considerados normales en nuestro laboratorio son IgG: 800-1800 mg/dl; IgA: 90-450 mg/dl; IgM 60-120 mg/dl

**Resultados:** De los pacientes con descenso de IgM, 4 de ellos tenían además un descenso de IgG, estos eran formas con afectación axial y afectación poliarticular periférica, este descenso era independiente de la actividad clínica

**Conclusiones:** a) Hay un descenso de inmunoglobulinas en pacientes con artritis psoriásica, lo cual podría implicar una alteración de la inmunidad humoral en la patogénesis de esta enfermedad. b) Queda por determinar si esta alteración esta relacionada con la psoriasis cutánea o con la artritis psoriásica.

## 151

### TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB: EXPERIENCIA EN NUESTRA CONSULTA

I. Ureña Garnica, V. Coret Cagigal, M. V. Irigoyen, E. Cuesta, E. Calero Secal y M. Perez Busquier  
*Carlos Haya, Málaga.*

**Propósito del estudio:** Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con Infliximab en los pacientes tratados en la práctica clínica.

**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 en-

fermedad por el paciente y por el médico mediante escala analógica visual (EAV); la capacidad funcional con el cuestionario MHAQ, y el BASDAI a los pacientes con Espondiloartropatías (EAS). Se realizó hemograma y bioquímica previa a la infusión, incluyendo VSG y PCR. Se les interrogó sobre cualquier acontecimiento adverso durante y después del tratamiento.

**Resultados:** Han iniciado tratamiento con Infliximab un total de 71 pacientes, 54 con AR, 6 A. Psoriasisica y 11 pacientes con EAS. Analizamos por separado el grupo de EAS. Poliartritis: 51 son mujeres y 9 hombres, la edad media de los pacientes es de 53,72 años (28-74), la media de la duración de la enfermedad de 8,98 años (1-33) y la media del número de fármacos modificador de enfermedad (FARAL) previos 3,88 (2-8). Presentaban FR elevado 42 (70%). Mantenían tratamiento con metotrexate concomitante 51 (85%). Espondiloartropatías: 4 son mujeres y 7 hombres, la edad media de los pacientes es de 39,91 años (20-58), la media de la duración de la enfermedad de 13,27 años (5-27) y 8 pacientes habían sido tratados con más de un FARAL, 3 tenían metotrexato concomitante. El BASDAI mejora de un valor medio al inicio de 67,73 a 35,7 a las 14 semanas y 24,11 a las 30 semanas. La VSG mejora desde media de 36,45 al inicio a 10,83 a las 14 semanas y 13 a las 30 semanas. Hasta la evaluación actual, del total de pacientes con infliximab han abandonado el tratamiento 20 (28,2%), 7 por ineficacia, 10 por efectos secundarios, 1 remisión, 2 pacientes fallecen. Se observaron efectos secundarios leves en 34 (47,88%). En las tablas se muestran los resultados preliminares

**Conclusiones:** El infliximab es eficaz en AR, APS, y EAS, teniendo una rápida respuesta en las EAS. La mayoría de los efectos secundarios han sido leves, no obligando a la suspensión del fármaco.

## 152

### EFICACIA Y SEGURIDAD DE INFLIXIMAB EN ESPONDILOARTROPATIAS. ESTUDIO OBSERVACIONAL DE 18 MESES DE DURACIÓN

S. Gómez Castro, N. Caro, C. M. González, F. J. López Longo, I. Monteagudo, L. Cebrián Méndez, C. González Montagut, J. Vázquez Coleman, M. Montoro Álvarez, L. Nuño Nuño, C. Ortega De La O y L. Carreño Pérez  
*Servicio de Reumatología, HGU Gregorio Marañón.*

**Objetivo:** Estudiar la eficacia y seguridad de Infliximab a dosis de 5 mg/kg de peso cada 8 semanas en pacientes con espondiloartropatías.

**Métodos:** Estudio observacional, prospectivo. Inclusión: criterios propuestos por la SER. Eficacia: Evaluación del paciente (EP), BASDAI, BASFI, ASAS, articulaciones inflamadas (AI), PCR, HAQ, SF-36. Seguridad: efectos adversos y retirada de medicación.

**Resultados:** 34 pacientes (13 espondilitis anquilosante, 9 artritis psoriásica, 7 espondiloartropatías asociadas a enfermedad intestinal y 5 indiferenciadas, seguimiento mediano 17 meses (0,5-27 meses). Edad mediana 43 años, evolución mediana de la enfermedad 12 años, 66,6% varones, 78,8% afectación axial, 44,7% afectación periférica, 27,6% ocular, HLA-B27 positivo 58,8%. Eficacia al inicio y a los 18 meses de tratamiento, datos en mediana (rango intercuartílico): EP 68,1 (50,2-80,3) vs 17,4 (6,1-35,2); BASDAI 73,7 (51,6-81,0) vs 13,0 (7,1-23,0); pacientes con mejoría del BASDAI mayor del 50%

a los 18 meses: 54%; BASFI 57,9 (45,9-75,0) vs 8,0 (7,4-27,4); ASAS 50 a los 18 meses: 48%; AI: 4,3 (3,0-5,5) vs 0,5 (0-1); PCR 1,7 (0,7-2,6) vs 0,3 (0,1-0,56); HAQ 1,60 (1,16-2,09) vs 0,75 (0,10-1,20); SF-36 salud física 33,7 (12,5-54,4) vs 64,4 (31,9-75,0); SF-36 salud mental 48,7 (26,9-75,1) vs 87,8 (73,5-92,5). Todas las diferencias fueron significativas. Infiximab fue suspendido en 7 pacientes (20,6%): tres por ineficacia (8,8%) y 4 por efectos secundarios (11,8%): dos reacciones alérgicas al fármaco, 1 pansinusitis por *S. viridans* y 1 por aumento de transaminasas. No se registró ningún caso de tuberculosis. El 53,8% presentaron ANA a títulos bajos, sin clínica asociada ni afectación de la eficacia de infiximab.

**Conclusiones:** Infiximab mejora de forma rápida y mantenida la actividad clínica y biológica, la función física y la calidad de vida de los pacientes con espondiloartropatías. Es seguro cuando se utiliza de forma apropiada, con una adherencia al fármaco del 80% a los 18 meses de utilización.

## 153

### IDENTIFICACIÓN DE LOS DETERMINANTES DE CAPACIDAD FUNCIONAL AL AÑO DE LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE CADERA

J. Alegre López\*, J. Cordero Guevara\*\*, J.L. Alonso Valdivielso\* y J. Fernández Melón\*

\*Hospital General Yagüe, Burgos, \*\*Gerencia de Atención Primaria, Burgos.

**Introducción:** Diversos estudios han documentado la recuperación después de una fractura osteoporótica de cadera (FOC) en términos de mortalidad y morbilidad. Sin embargo, cuando se realizan estudios de FOC es útil tener una medida de la recuperación de la capacidad funcional (CF) de los que sobreviven.

**Objetivos:** Identificar los determinantes de CF comprometida al año de la FOC. Con las variables encontradas significativas construir un modelo que prediga los factores de riesgo de CF comprometida.

**Métodos:** Estudio prospectivo de base poblacional de 218 pacientes dados de alta por una FOC a lo largo del año 1997. Durante su ingreso se aplicó a los pacientes un cuestionario estructurado y validado (cuestionario MEDOS) mediante el que se obtuvo información de la CF prefractura mediante evaluación de nueve actividades de la vida diaria (AVD), situación cognitiva y datos sociodemográficos (sexo, edad, lugar de procedencia al ingreso, modo de convivencia previo). La información del número de comorbilidades, tipo de fractura, presencia de delirio durante el ingreso, tipo de cirugía y destino al alta se obtuvo de la historia clínica. Todos los pacientes fueron seguidos durante el año siguiente a su fractura, al final del cual se evaluó la CF de los pacientes vivos. Si la situación del paciente no permitía recoger la información se obtuvo de un familiar o cuidador. Para estimar los determinantes de CF comprometida al año de la FOC se efectuaron análisis bivariados y multivariados mediante regresión logística. Las variables independientes se categorizaron de la siguiente manera; edad (< 80/ = > 80 años), sexo (varón/mujer), presencia de comorbilidades (si/no), lugar de procedencia (domicilio/institución), situación mental evaluada mediante test durante el ingreso (buena/mala situación), tipo de fractura (intracapsular/extracapsular), delirio durante el ingreso (si/no), tipo de cirugía (síntesis/prótesis), CF prefractura (comprometida/no comprometida) y destino al alta (domicilio/institución).

**Resultados:** Los resultados del análisis bivariado muestran que la mala situación mental, la CF prefractura comprometida, la procedencia institucionalizada, el destino institucionalizado al alta, la edad = > 80 años, la presencia de comorbilidades, el delirio durante el ingreso y el sexo femenino se encontraban significativamente asociados ( $p < 0,05$ ) con una CF comprometida al año de la fractura. Sin embargo, cuando se ajustaron en el análisis multivariado solo la CF prefractura comprometida (OR 34,1; IC 95% 3,1-372,3), la mala situación mental (OR 9,7; IC 95% 1,6-59,8), la edad = > 80 años (OR 4,0; IC 95% 1,5-11,0) y el sexo femenino (OR 3,6; IC 95% = 0,08-0,98) se encontraban asociados significativamente.

**Conclusión:** El estudio de los determinantes de CF comprometida al año de la FOC muestra que los factores más importantes fueron la CF prefractura limitada, la mala situación mental, la edad = > 80 años y el sexo femenino.

## 154

### CORRELACIÓN ENTRE EL BASDAI CON OTROS PARÁMETROS CLÍNICOS Y BIOLÓGICOS DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍAS

V. Pérez Guijo, M. C. Castro Villegas, G. Morote Ibarrola, M.D. Miranda García, M.C. Muñoz Villanueva, E. Muñoz Gomariz, P. Font Ugalde, M.J. De La Torre, M. López Pardo, M. Sanchez, J.C. Casasola y E. Collantes Estévez  
HU Reina Sofía. Córdoba.

**Introducción:** El BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) actualmente es el parámetro de actividad que se utiliza con mayor frecuencia en todo el mundo, sin embargo su relación con la calidad de vida se ha estudiado poco.

**Objetivos:** Correlacionar el BASDAI con otras medidas de actividad clínica y biológica de la enfermedad y con la calidad de vida.

**Métodos:** Se incluyeron a 44 pacientes con espondilitis anquilosante (EA) y 46 con espondiloartropatía indiferenciada (Epa-I). A todos se les realizó evaluación de la actividad por el médico y por el paciente, BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index), SF-36 (Short form-36 Health Survey), la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR).

**Resultados:** En la tabla se muestran los resultados. El BASDAI correlacionó significativamente con la evaluación de la actividad por el médico, y presentó una correlación negativa con el componente físico y mental del SF-36; sin embargo a menor puntuación del BASDAI se encontró mayor puntuación en el componente físico y mental del SF-36 por lo tanto mejor calidad de vida. No se encontró correlación significativa entre las otras variables estudiadas.

	Total (n=90)	EA (n=44)	Esp-I (n=46)
VSG, mm/hora	0,038	-0,141	0,144
PCR, mg/L	-0,096	-0,104	-0,259
Act. enfermedad por el médico 0-100 mm EVA	0,588	0,756	0,309
Componente físico (SF-36)	-0,742	-0,658	-0,778
Componente mental (SF-36)	-0,599	-0,381	-0,782
Duración de la enfermedad años	0,173	0,175	0,223

Coefficiente de correlación de Spearman.

**Conclusión:** El BASDAI correlacionó significativamente con la valoración de la actividad del médico, y con el componente físico y mental de la calidad de vida.

## 155

**SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO CATASTRÓFICO: DOS NUEVOS CASOS EN EDAD PEDIÁTRICA**

R. Roldan Molina, M. Anton, V. Pérez Guijo, M.C. Castro Villegas, G. Morote Ibarrola y E. Collantes Estévez  
*HU Reina Sofía, Córdoba.*

**Introducción:** La presentación catastrófica del Síndrome Antifosfolípido (SAF), aparece en una minoría de pacientes con anticuerpos antifosfolípido y se caracteriza por una microangiopatía trombótica aguda que afecta a tres o más órganos (riñón, pulmón, SNC, corazón, piel y tracto gastrointestinal).

Se han ensayado múltiples tratamientos, siendo la tasa de supervivencia solo del 50%. Parece que los pacientes que reciben una combinación de corticoides, inmunoglobulinas intravenosas, heparina convencional intravenosa, ciclofosfamida o plasmaféresis tienen mejor supervivencia, aunque se han comunicado infecciones graves tras plasmaféresis en pacientes con LES y SAF. Aun así, la plasmaféresis puede jugar un importante papel en esta situación clínica de riesgo vital.

**Casos clínicos:** Presentamos dos niños con LES (niña de 8 años y niño de 11 años) que desarrollaron un Síndrome Antifosfolípido Catastrófico, ambos fueron sometidos a plasmaféresis (una sesión al día durante 6 días consecutivos) junto con un régimen estándar de inmunoglobulinas IV, corticoides, anticoagulación y ciclofosfamida IV. Este tratamiento mejoró significativamente la actividad clínica de la enfermedad en ambos pacientes así como de los parámetros inmunológicos. Ninguno desarrolló infección viral o bacteriana.

**Discusión:** En ausencia de estudios randomizados y controlados, la terapia óptima para pacientes pediátricos con Síndrome catastrófico permanece sin dilucidar. Describimos dos nuevos casos de Síndrome Antifosfolípido Catastrófico en edad pediátrica. La última serie publicada (1), comprende un total de 80 casos donde solo 4 son niños < de 16 años. La plasmaféresis continua siendo una opción terapéutica en situaciones de riesgo vital para el paciente con LES y Síndrome catastrófico. Nuevas terapias deben estar basadas en el mejor conocimiento de los mecanismos inmunológicos, hemostáticos y vasculares implicados.

1. Asherson RA, Cervera R, Piette J-C, et al. Catastrophic Antiphospholipid Syndrome. Clues to the pathogenesis from a series of 80 patients. *Medicine (Baltimore)* 2001; 80:355-77.

## 156

**COMPARACIÓN DE LA SENSIBILIDAD ENTRE LOS DISTINTOS KITS DE ELISA PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI PCC EN LA ARTRITIS REUMATOIDE**

A. Gómez, O. Viñas, G. Ercilla, G. Salvador, J.D. Cañete, J. Muñoz Gómez y R. Sanmartí  
*Hospital Clínic Barcelona.*

Los anticuerpos contra proteínas citrulinadas son los más específicos en el diagnóstico de la artritis reumatoide (AR).. En los últimos años han aparecido 2 generaciones de pruebas de ELISA para la determinación de péptidos citrulinados cíclicos (PCC) que han permitido simplificar los métodos de determinación de dichos autoanticuerpos.

**Objetivo:** Comparar la sensibilidad de los 2 kits de ELISA (Eurodiagnóstica RA Immunoscan) comerciales, y comparar dicha sensibilidad con la obtenida mediante la determinación de los AKA mediante inmunofluorescencia.

**Material y métodos:** Se determinó la presencia cuantificada de anticuerpos anti PCC (Kit 1 y 2) y la presencia cualitativa de AKA (IFI) en el suero de 60 pacientes afectados de AR (criterios de ACR) de corta evolución (inferior a 2 años) en el momento de su inclusión en un protocolo clínico de seguimiento y tratamiento. Se comparó la sensibilidad de los métodos citados en el grupo total de pacientes con AR, así como en aquellos subgrupos con o sin factor reumatoide (FR) o epitopo reumatoide (ER). En la tabla 1 se muestra la sensibilidad % y las diferencias entre PCC K1 y PCC K2  
Correlación PCC1 PCC2 coeficiente de correlación de Pearson  $r = 0,67$   $p < 0,001$

Sensibilidad % y diferencias entre PCC-1 y PCC-2

	AKA +	PCC-K1 +	PCC-K2 +	p
TOTAL	62	61	77	< 0.001
AR FR+	66	67	89	< 0.001
AR FR-	46	39	36	N.S.
AR EP. REUM. +	65	62	81	< 0.001
AR AKA+		89	93	N.S.
AR AKA-		14	55	N.S.

p entre PCC-K1 y PCC-K2

**Conclusiones:** El kit de segunda generación antiPCC es significativamente más sensible que el de primera generación. Este dato se confirma cuando comparamos la presencia de ambos autoanticuerpos en los pacientes AR FR+ y AR ER + El nuevo kit de ELISA mejora la sensibilidad de los anticuerpos anticitrulina, en el diagnóstico de la artritis reumatoide.

## 157

**VARIACIÓN EN LOS TÍTULOS DE ANTICUERPOS ANTI PCC A LO LARGO DEL TIEMPO EN PACIENTES CON AR DE CORTA EVOLUCIÓN**

A. Gómez, G. Ercilla, O. Viñas, G. Salvador, J.D. Cañete, J. Muñoz Gómez y R. Sanmartí  
*Hospital Clínic Barcelona.*

Los anticuerpos frente a péptidos citrulinados cíclicos (PCC) son los autoanticuerpos más específicos de la AR. Aunque diversos estudios han establecido su papel diagnóstico y pronóstico, prácticamente no existen datos sobre la variación de los títulos de dichos autoanticuerpos a lo largo del tiempo y si estas variaciones están relacionadas con la respuesta clínica.

**Objetivos:** Comparar la determinación cuantificada de PCC al inicio de la enfermedad y al cabo de 1 año de tratamiento en una cohorte de pacientes afectados de AR incluidos en un mismo protocolo de tratamiento y seguimiento clínico.

**Material y métodos:** Se determinó la presencia de PCC mediante el kit de ELISA anti PCC (RA Immunoscan de Eurodiagnóstica (2ª generación)) en pacientes incluidos en nuestro protocolo de seguimiento y tratamiento de la AR de corta evolución (< 2 años) al inicio de la enfermedad (antes de establecer tratamiento) y al cabo de 1 año de tratamiento con FAMES. Se compararon los cambios en la determinación de PCC.

**Resultados:** Se analizaron los resultados en 31 pacientes; 81% mujeres, 68% FR+, edad al inicio  $50,8 \pm 15,4$  años, meses de evolución al inicio  $11 \pm 7,3$  meses. Los anti-PCC resultaron positivos en 22 pacientes (71%) al inicio, y en 24 pacientes

(77%) al cabo de un año. Un 2% de pacientes negativizaron los anti-PCC al final del año, mientras que en un 8% se evidenció positivización. Se observó una disminución significativa de los títulos medios de PCC al final del año de seguimiento en comparación con los valores basales ( $605 \pm 651$  frente a  $316 \pm 406$ ;  $p = 0,009$ ). Sólo en 2 pacientes PCC+ los títulos de PCC aumentaron.

**Conclusiones:** Los anti-PCC pueden positivizarse tardíamente en pacientes con AR de reciente comienzo. Los títulos medios de PCC descienden significativamente al cabo de un año de la instauración de tratamiento modificador de enfermedad. En la actualidad estamos analizando si los cambios en los títulos de PCC se correlacionan con la respuesta terapéutica.

## 158

### PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS EN UNA POBLACIÓN SENIL DEL ÁREA MEDITERRÁNEA

A. Fallada Pouget, M. Piñol Margalef, C. Dauñí Subirats y J. Pujol Costa

*ABS Helena Maseras.*

**Introducción:** La pérdida de la densidad mineral ósea (DMO) se relaciona sobre todo con el período post-menopáusico. Sin embargo, algunos autores sugieren que dicho efecto puede aparecer de una manera lenta pero constante desde el período post-menopáusico hasta la edad senil. El método diagnóstico mediante ultrasonidos de calcáneo (UC) ha demostrado un valor predictivo de fractura igual a la densitometría dexa en poblaciones de edad avanzada.

**Objetivos:** Evaluar la DMO en una población semirural del área mediterránea de mujeres en edad senil.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Se determinó la DMO, mediante el método de UC, en una muestra de 181 mujeres mayores de 70 años (rango:70-90) obtenidas por muestreo consecutivo de las pacientes que acudieron a las consultas de un Centro de Atención Primaria de un municipio semirural del área mediterránea. Se consideró DMO normal valores T-score  $> -0,6$  DE, osteopenia entre  $-0,6$  y  $-1,6$  DE y osteoporosis  $< -1,6$  DE. Se calculó también el índice de masa corporal (IMC), considerando sobrepeso valores superiores al 25%.

**Resultados:** El 42,5% (77 pacientes) presentaron una DMO normal, el 31,5% (57 pacientes) presentaron osteopenia y el 26,0% (47 pacientes) osteoporosis. La edad media de dichos grupos fue de 74,8, 75,9 y 77,5 años, respectivamente. El IMC medio fue de 31,5, 28,9 y 28,5, respectivamente.

**Conclusión:** La prevalencia de osteoporosis obtenida en nuestro estudio (26%) fue inferior a lo que señalan otros autores (hasta un 50%). La dieta alimenticia, el clima mediterráneo, la vida semirural y el elevado IMC podrían explicar la baja prevalencia de afectación osteoporótica observada.

## 159

### UTILIDAD Y RESULTADOS DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ARTRITIS DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

F.J. Ballina, M. Alperi, P. Niño, L. Rodrigo, J. A. Fernández, S. Martínez y R. Hernández  
*Hospital Central de Asturias, Oviedo.*

**Objetivo:** Analizar la frecuencia y el tipo de diagnósticos en una Consulta Monográfica de artritis de la Enfermedad In-

matoria Intestinal (EII), así como su utilidad y sus perspectivas futuras.

**Pacientes y métodos:** 265 pacientes con diagnóstico de EII, independientemente de la presencia de síntomas reumáticos, a los que se les realizó una evaluación reumatológica con recogida de variables clínicas (historia clínica y exploración, medición de BASDAI, BASFI y BASMI, recuento de articulaciones tumefactas y dolorosas) analíticas (VSG, PCR) y radiográficas (raquis lumbar y pelvis), entre junio y diciembre de 2002.

**Resultados:** El 50,2% eran mujeres (133 casos) y el 49,9% varones (132 casos), con una edad media de 44,8 años. Hubo un discreto predominio de la enfermedad de Crohn (156 casos) sobre la colitis ulcerosa (110 casos). Psoriasis cutánea la presentaban 14 pacientes (5,2%). El tiempo medio de evolución era de 8,9 años. Un 45,7% de los pacientes recibía tratamiento con 5-ASA, un 50% con Inmunosupresores y un 15% con Infliximab indicado por su enfermedad digestiva. Se detectó patología reumática inflamatoria (artritis axial y/o periférica) en 60 pacientes (23,1%), con una distribución por sexos de 44,2% de mujeres y 55,7% de varones. La artritis era axial en el 41,7%, periférica en el 36,6% y mixta en un 20,0%. El tiempo medio de evolución de la artritis fue de 6,2 años. Recibía o había recibido AINE únicamente un 47,4% de estos pacientes, en muchos casos a pesar de mantener una enfermedad reumática activa. Se detectaron 35 casos de Espondilitis Anquilosante (31 casos definida y 4 probable), y 8 de casos de otras espondiloartropatías. Entre los pacientes con EA, 21 casos (35%) refería un VAS de dolor superior a 6 y un BASDAI superior a 30, lo que podría constituir indicación de tratamiento con productos biológicos. Artritis periférica de la EII se constató en 22 casos (20 de tipo I y 2 de tipo II). El reumatólogo modificó los diagnósticos de patología del aparato locomotor que previamente tenían los enfermos en 34 casos (56,6%) de los 60 con artritis. En 9 casos (26,4%), el diagnóstico de EA era desconocido previamente. Entre los diagnósticos no inflamatorios destaca la fibromialgia con 33 casos (12,5%) cuya prevalencia es muy elevada con respecto a la población general.

**Conclusiones:** La utilidad de una consulta Multidisciplinaria de EII se basa en: 1) La EII es una patología de elevada prevalencia en la población general y los pacientes presentan con frecuencia enfermedades reumáticas inflamatorias y no inflamatorias que sólo detecta y clasifica un examen reumatológico adecuado 2) Los pacientes con EII y reumatismo activo no son muchas veces tratados con AINE por el temor de médicos y pacientes a la tolerancia de dichos fármacos. 3) Un elevado número de pacientes con EII y patología reumática pueden ser subsidiarios de tratamientos biológicos, aunque su enfermedad digestiva esté controlada con otros tratamientos.

## 160

### EVALUACIÓN DE LAS EXPECTATIVAS, PREFERENCIAS Y SATISFACCIÓN DEL TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

J. Carbonell Abelló y X. Badia Llach  
*Hospital del Mar, Barcelona.*

**Objetivos:** Evaluar las expectativas, preferencias y satisfacción de los pacientes con AR generadas por Infliximab. Evaluar la efectividad del tratamiento y su relación con las expectativas, preferencias y satisfacción, así como valorar la

Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de los pacientes tratados con Infliximab.

**Métodos:** Se incluyeron 198 pacientes con AR atendidos por 59 reumatólogos que fueron tratados con Infliximab durante un periodo de 14 semanas. La respuesta clínica (criterios ACR) y tolerabilidad del tratamiento fue evaluada a las 2, 6 y 14 semanas. En la visita basal, se recogieron las expectativas de los pacientes en cuanto a efectos e inconvenientes generados por el tratamiento. En las semanas 2, 6 y 14, se recogió el cumplimiento de estas expectativas, las preferencias de los pacientes por el tipo de administración del tratamiento (según si los pacientes preferían ser tratados en el ámbito hospitalario o preferían la auto-administración del tratamiento en casa) la satisfacción de los pacientes con el tratamiento y CVRS mediante el cuestionario EQ-5D.

**Resultados:** Los pacientes con AR incluidos en el estudio presentaron una edad media (DE) de 53 (13) años. El 80,7% fueron mujeres y el 72,4% presentaban diagnóstico de AR con más de 3 años de evolución. Todos los parámetros clínicos mejoraron a las 2, 6 y 14 semanas. El 69,7% de los pacientes mostraron una respuesta clínicamente significativa (RCS e 0,25 puntos) medida por el Health Assessment Questionnaire (HAQ). El 33,8% de los pacientes presentaron algún acontecimiento adverso (AA) aunque sólo el 7,1% de los AA fueron graves. Más del 80% de los pacientes con AR prefirieron ser tratados en el hospital, considerando esta opción como la más cómoda y la que les ofrecía mayor confianza frente a la auto-administrada en casa. Entre el 70% y el 80% de los pacientes estuvieron bastante o muy satisfechos con todos los aspectos del tratamiento con Infliximab, entre los que destacaron el control de síntomas, la reducción del dolor y de la inflamación de las articulaciones y la ausencia de efectos adversos. A las 14 semanas de tratamiento con Infliximab, todas las dimensiones del EQ-5D mejoraron, aproximándose a las obtenidas por la población general. Se encontró una relación entre el cuestionario HAQ y la satisfacción global.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos a las 14 semanas son similares a los conseguidos en otros ensayos clínicos en cuanto a efectividad y tolerabilidad de Infliximab. Los pacientes estuvieron satisfechos con el control de síntomas y prefirieron ser tratados en el ámbito hospitalario, valorando muy positivamente estar en contacto con otros pacientes, enfermeras y doctores.

*Patrocinio: Estudio multicéntrico del Grupo EXPRESAR, patrocinado por Schering-Plough.*

## 161

### ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA EVOLUCIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTI-TNF RESPECTO AL AÑO PREVIO A SU INICIO

S. Rodríguez Montero, J. L. Marengo, L. Mayordomo, P. Gonzalez Moreno, E. Rejon Gieb y D. Giménez Yeste  
*Hospital Universitario de Valme. Sevilla.*

**Objetivos:** Análisis de incidencia de brotes, aparición de complicaciones y parámetros de mejoría comparando el primer año de tratamiento con anti-TNF, con la evolución del año anterior. Modificaciones en pauta inicial de tratamiento.

**Material y método:** Descartando los pacientes incluidos en ensayos clínicos, 68 pacientes iniciaron tratamiento anti-TNF entre noviembre 1999 y diciembre 2002 (Infliximab 52 pa-

cientes y Etanercept 16 pacientes). 38 AR, 13 EA. 54 pacientes han completado al menos doce meses de tratamiento. Se analiza mejoría -mediante cuestionarios de salud y número de brotes- dosificación, infecciones y otras complicaciones.

**Resultados:** El número total de brotes antes de iniciar anti-TNF fue de 121, frente a 38 durante el primer año de tratamiento. Los cuestionarios de salud muestran una tendencia generalizada a la mejoría, que en el caso del MHAQ corresponde a un descenso medio del 46%, cinco pacientes empeoran. Abandonan por reacciones adversas o ineficacia 11 pacientes. En el año pretratamiento aparecen 18 infecciones, 1 tuberculosis comparados con 27 postratamiento, 2 Tuberculosis pulmonares.

**Conclusión:** Tanto Etanercept como Infliximab, han mostrado reducción del número de brotes de actividad de Artritis Reumatoide, aunque conllevan un mayor riesgo de contraer diversas infecciones, que no precisan ingreso hospitalario en su mayoría.

## 162

### RESULTADOS A 22 MESES DEL SEGUIMIENTO DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN LA COMUNIDAD DE CASTILLA-LEÓN

T. Pérez, E. Díaz, J. Alegre, B. Álvarez, J. Alonso, J. Martín Santos, L. Altuzarra, M. Corteguera, C. Torres, M. Jimenez Palop, L. Pantoja, V. Pinillos, E. Velasco, F. Garcia, C. Hidalgo, P. Valdazo, O. Martínez y J. Medina  
*Complejo Hospitalario de León.*

**Objetivo:** Evaluar la eficacia y seguridad de Infliximab (anticuerpo monoclonal anti TNF- $\alpha$ ) en pacientes con artritis reumatoide activa, que han fracasado a otras terapias previas, según criterios de la SER para el tratamiento de terapias biológicas en pacientes con Artritis Reumatoide, en situación de práctica clínica diaria.

**Métodos:** Estudio prospectivo, observacional, en el que participan 9 centros de la Comunidad de Castilla-León. Se han incluido 80 pacientes con artritis reumatoide activa, según criterios del ACR, que habían fracasado en su respuesta al menos 2 FARAL, incluido MTX. Todos los pacientes recibieron Infliximab de 3 a 5 mg/kg en infusión i.v en las semanas 0, 2, 6, y después cada 8 semanas. Los pacientes continuaron durante todo el estudio con MTX a dosis de al menos 7,5 mg semanales y su medicación habitual: AINES y/o Prednisona a dosis menores de 10 mg. Se realizaron controles analíticos (hemograma, VSG, FR, bioquímica y orina) y recogida de acontecimientos adversos en cada infusión. Se evaluó el grado de respuesta ACR respecto a la situación basal, en la semana 6 y posteriormente cada 24 semanas, para lo que se midieron: Nº de articulaciones dolorosas (NAD) e inflamadas (NAI), valoración del dolor por el paciente (EVA<sub>d</sub>), valoración del estado general por el médico (EVA<sub>m</sub>) y por el paciente (EVA<sub>p</sub>), MHAQ, PCR y VSG. Se recogieron los resultados de un corte realizado en Diciembre de 2003.

**Resultados:** El estudio incluyó 80 pacientes desde Febrero-00 a Diciembre-02; 62 pacientes completaron 3 infusiones (semana 6), 54 pacientes completaron 6 infusiones (semana 30) y 32 pacientes completaron 9 infusiones (semana 54); 20 pacientes completaron 12 infusiones (semana 78) y 6 completaron 15 infusiones (semana 102). La edad media fue de 53 años, 73% eran mujeres y 27% varones. Los resultados de las

evaluaciones de los distintos parámetros que miden el grado de respuesta del ACR se presentan en la tabla, así como la rigidez matinal (RM). Los parámetros evaluados disminuyeron muy significativamente en las semanas 54 y 78 en relación con los valores basales (semana 0), excepto la VSG y la PCR que lo hicieron de forma significativa. Se alcanzaron las siguientes respuestas ACR en las semanas 54 y 78 respectivamente: 69% y 71% ACR20, 27% y 63% ACR50 y 12% y 38% ACR70. El tratamiento se toleró bien en general. 45 pacientes tuvieron al menos 1 acontecimiento adverso., presentándose únicamente 8 acontecimientos adversos graves, 1 de ellos con riesgo vital, que no se relacionaron con el tratamiento con Infliximab. Destaca el mantenimiento a largo plazo de la eficacia de Infliximab en pacientes con Artritis Reumatoide

**Conclusiones:** El tratamiento con Infliximab mejora de forma significativa los parámetros clínicos y biológicos en pacientes con AR refractaria, manteniéndose esta mejoría durante el periodo de estudio. No se observaron acontecimientos adversos graves relacionados con el tratamiento.

## 163

### EVALUACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA "TRATAMIENTO DE LAS ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS CON INFlixIMAB"

M.R. González Crespo, B. Joven, R. Almodóvar, M.P. Fernández Dapica, P. Carreira, J. Amado, M.J. Carballo, M. Rodríguez Díaz, P. Ruiz López e I. Mateo  
*Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivos:** Evaluar la implantación de la vía clínica de "Tratamiento de las Artritis Inflammatorias con infliximab"

**Material y métodos:** Se realizó e implanto la vía clínica mediante la metodología habitual. Se eligió este proceso por su prevalencia, coste, curso clínico predecible y por la existencia de recomendaciones de la SER para esta terapia. Se evaluaron los resultados de cumplimiento, clínicos y de satisfacción.

**Resultados:** La vía clínica consta de 9 documentos: criterios de inclusión, exclusión y alta, matriz temporal, valoración médica y de enfermería, verificación médica y de enfermería, efectos secundarios, herramientas de evaluación clínica, otros indicadores, hoja informativa y cuestionario de satisfacción. Este último incluye 2 escalas de 1-10 sobre satisfacción con la atención y la información recibida, dos preguntas categóricas sobre si volvería a ingresar en el servicio y si lo recomendaría a otros pacientes, y texto libre para sugerencias. Durante 2002 se incluyeron 39 mujeres y 19 hombres que recibían tratamiento con infliximab (37 artritis reumatoide, 11 Espondilitis Anquilosante, 7 psoriasis, 2 Behcet, y 1 paciente con artritis reactiva), con una edad media de 47 años  $\pm$  14, un tiempo medio de evolución hasta el tratamiento de 11 años  $\pm$  7. Se excluyeron 2 pacientes de la vía por suspensión previa del tratamiento. El 95% de los pacientes rellenaron los cuestionarios de satisfacción. Al inicio el DAS28 fue  $6,9 \pm 1,8$  y el HAQ  $1,5 \pm 0,7$ , mejorando ambos parámetros significativamente (DAS final  $4,4 \pm 1,9$ ,  $p < 0,001$  y HAQ final  $1,06 \pm 0,7$ ,  $p < 0,001$ ) en una media de 1,6 años de tratamiento. 28 pacientes (46%) sufrieron efectos adversos, 6 de ellos graves (5 infecciones y trombopenia). Dos murieron. En la encuesta de satisfacción el 93% puntuó más de 9 la atención recibida (media 9,6 (3-10)), el 83% puntuó más de 9 la información recibida (media 9,3 (2-10)) y el 100% ingresaría en el mismo servicio y lo recomendaría. Las

sugerencias fueron: instalar una televisión (3 pacientes), mejorar el aire acondicionado en verano (3), aumentar la comodidad de los sillones (2), cambiar el horario (1) y que todo estaba bien (10 pacientes).

**Conclusión:** La vía clínica en este proceso se puede aplicar en todos los pacientes, disminuye su variabilidad y facilita la evaluación y monitorización sistemática de resultados clínicos de eficacia y seguridad, así como la satisfacción. Los indicadores de eficacia clínica muestran una mejoría significativa con el tratamiento. En el 10% de los casos se producen efectos adversos graves. Más del 83% de los pacientes estaba muy satisfecho con la atención global recibida. Las sugerencias de los pacientes se refieren a datos no médicos del proceso.

## 164

### ESCLEROSIS SISTÉMICA DE INICIO INFANTIL Y JUVENIL: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E INMUNOLÓGICAS Y DIFERENCIAS CON EL INICIO EN LA EDAD ADULTA

P. García de La Peña Lefebvre, M. Valero Expósito, S. Rodríguez Rubio y M. Gámir Gámir  
*Servicio de Reumatología, Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

**Objetivo:** Describir las características clínicas e inmunológicas de los pacientes con esclerosis sistémica (ES) de inicio infantil y juvenil y analizar si existen diferencias en cuanto a la forma de comienzo respecto a los adultos.

**Material y método:** Se recogieron y analizaron los datos epidemiológicos, clínicos e inmunológicos de los 65 pacientes diagnosticados de Esclerosis sistémica en el Servicio de Reumatología entre 1978 y 2002.

**Resultados:** En el 9,2% (6/65) de los pacientes la enfermedad se había iniciado entre los 3 y los 17 años y en el 4,6% (3/65) antes de los 10 años. En los casos de inicio infantil y juvenil el predominio del sexo fue femenino con 5 mujeres (83,3%), relación V/M: 1/5. Cinco pacientes tenían esclerosis sistémica cutánea difusa (EScd), uno overlap y ninguno esclerosis cutánea limitada (EScl). En los adultos el 86,4% eran mujeres, el 50,8% presentaba Escl, el 39% Escl, el 6,8% overlap y el 3,4% pre-esclerodermia.

**Hallazgos inmunológicos:** el 83,3% (5/6) tenían AAN (+), el 16,7% (1/6) anti-Scl70, ninguno anticentrómero, cinco (83,3%) no presentaban ninguno de estos dos anticuerpos. El 16,7% presentaba FR(+), Ro (+) y RNP (+).

**Manifestaciones clínicas:** el 83,3% (5/6) presentó fenómeno de Raynaud (FRy), capilaroscopia patológica, retracciones tendinosas; el 66,7% (4/6) calcinosis, el 50% (3/6) cicatrices en pulpejos, artritis; el 33,3% (2/6) úlceras cutáneas, afectación intersticial pulmonar, disfagia, pirosis y el 16,7% (1/6) necrosis digital, HTP, pericarditis y hematuria.

**Tratamientos recibidos:** el 50% (3/6) antagonistas del calcio, AINES, corticoides; el 33,3% (2/6) inhibidores de la bomba de protones, metotrexate oral, ciclofosfamida intravenosa (iv), ciclosporina y oxigenoterapia; el 16,7% (1/6) colchicina, inhibidores de la ECA, procinéticos y prostaglandinas iv.

**Forma de comienzo:** en tres de los casos el FRy se inició simultáneamente a los otros síntomas, en uno precedió tres años a los otros síntomas y en uno apareció tres años después. La edad media de inicio del Raynaud y de otros síntomas fue de 11 y 10 años respectivamente. La edad media al diagnóstico fue de 10 años. El primer síntoma en aparecer en los niños, excluyendo FRy, fue afectación: cutánea en el

100% de los casos, esofágica en el 33,3% (2/6) y músculo-esquelética en el 50% (3/3). En los adultos: cutánea en el 52,5% (31/59), esofágica en 20,3% (12/59), músculo-esquelética 45,8% (27/59), pulmonar 16,9% (10/59), úlceras 5,1% (3/59), isquemia digital 1,7%.

**Conclusiones:** Se mantiene el predominio femenino al igual que en los adultos. El inicio de la enfermedad por debajo de los 10 años es mayor que en otras series. Predominio de la Escd y ausencia de Escl. El 83,3% no tenían Ac anti-centrómero ni anti- Scl 70. En cuanto a la forma de comienzo destaca la afectación cutánea presente en todos los casos infantiles como síntoma inicial.

## 165

### NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SOBRE SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO

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

*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.*

**Objetivo:** Evaluar grado de información y preocupación en pacientes con Artritis Reumatoide (AR) sobre su enfermedad y tratamiento.

**Pacientes y métodos:** Estudio descriptivo transversal realizado en consulta de enfermería. Evaluados 51 pacientes diagnosticados de AR según criterios ACR.) Mediante cuestionario se valora; edad, sexo, nivel cultural, años de evolución, si conocían su diagnóstico, quien les informó, si conocían su tratamiento, y si precisaban más información. Mediante un EVA se valoró que conocimiento consideraban que tenían actualmente sobre su enfermedad y el grado de satisfacción de la información recibida. Con una escala categórica ordinal de 5 niveles (nada, un poco, bastante, mucho y muchísimo), se valoró la preocupación por el dolor, deformidad articular, incapacidad funcional, inflamación articular, duración del tratamiento, efectos secundarios, eficacia y distribución de la medicación. Se preguntó que fármaco les daba miedo tomar y como consideraban su tratamiento actual.

**Resultados:** Del total de 51 pacientes 40 eran mujeres (78,4%), con una edad media 52,55 años (SD = 13,61) (rango: 22-80) y una evolución media de la enfermedad de 12,04 años (SD = 8,18) (rango:1-30), HAQ = 0,65 (rango 0-1,875), DAS = 3,94 (rango1,68-6,66.). Tomaban AINE 72,5%, FARAL 84,3%, corticoides 56,8%. Todos los pacientes conocían su enfermedad, su tratamiento y fueron informados por médico y enfermera del servicio de Reumatología, 18(35,3%) además recibió información de otras fuentes. El 51% tenían estudios primarios. La información actual dio un valor EVA de 81,43 (SD = 16,69), y la satisfacción fue 85,24 (SD = 16,9). El nivel educacional no influyó en la demanda de más información sobre la enfermedad ( $p < 0,02$ ). Se consideraban suficiente informados 30 pacientes (58,8%). El grado de preocupación dio como resultado "bastante" para dolor 23 (45,1%) incapacidad funcional 14 (33,3%), deformidad articular 17 (27,5%) inflamación 26 (51%). Un HAQ elevado no estaba en relación con una mayor preocupación sobre la incapacidad funcional ( $p = 0,1$ ). Al agrupar los valores "mucho y muchísimo" las frecuencias aumentan dolor 9 (17,6%) incapacidad funcional 23 (45,1%), deformidad articular 21 (41,2%), inflamación articular 10 (19,6%). La evaluación por la preocupación del tratamiento dio los siguientes resultados: duración del trata-

miento "nada" 16 (31,4%) y "bastante" 16 (31,4%); efectos secundarios "un poco" 13 (25%); eficacia "nada" 17 (33,3%); y distribución de la medicación "nada" 40 (78,4%). El 45% no eran reacios a ningún fármaco. Un 37 (72,5%) consideró que su tratamiento era "bastante efectivo". La no- preocupación de eficacia está en relación con la efectividad ( $p < 0,03$ )

**Conclusiones:** 1) Una buena información modera la preocupación sobre las manifestaciones de enfermedad y el tratamiento. 2) El soporte asistencial de la enfermera de Reumatología juega un papel clave en el grado de satisfacción y conocimiento de los enfermos con AR. 3) El motivo más importante de preocupación es la incapacidad funcional seguido de la deformidad articular, la inflamación articular y el dolor.

## 166

### EXPERIENCIA A CORTO PLAZO CON LEFLUNOMIDA EN UNA CONSULTA DE ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO

M. Alperi, F. J. Ballina, J. L. Riestra, E. García, A. Rama y A. Rodríguez

*Hospital Central de Asturias.*

**Objetivos:** Valorar la respuesta y seguridad de la Leflunomida a corto plazo en una consulta de artritis de inicio.

**Pacientes y métodos:** Desde junio a diciembre del 2002 fueron vistos un total de 244 pacientes en una consulta monográfica de artritis de inicio. Se excluyeron 170 pacientes con los diagnósticos de artropatía degenerativa, fibromialgia, artritis microcristalinas, artritis secundaria a espondiloartritis y artritis reactiva. El resto (74 pacientes), de los cuales 49(66,2%) cumplía los criterios de la ACR para Artritis Reumatoide, fueron incluidos para estudio y seguimiento. En todos los pacientes se registraron datos clínicos (Índice de Ritchie, recuento de articulaciones tumefactas, VAS de dolor y fatiga, valoración global por parte del paciente y del médico), analíticos (VSG, PCR, DAS, Factor reumatoide y ANA), y radiográficos (torax, manos y pies). Treinta y cinco pacientes fueron tratados de forma abierta y prospectiva con leflunomida 100x3días continuando con 20 mg/día, junto con 5 mg/ día de Prednisona si la intensidad del cuadro lo requería. Presentamos los datos de 18 pacientes que han completado 12 semanas con dicho tratamiento. Dos pacientes abandonaron el tratamiento antes de completar las 12 primeras semanas (alteración moderada de las transaminasas e infarto agudo de miocardio).

**Resultados:** De los 18 pacientes, 7 eran varones y 11 mujeres, con una edad media de 51,4 años. El tiempo medio de evolución de la artritis antes de tratamiento fue de 25,6 semanas. Ningún paciente presentaba erosiones radiográficas. El tratamiento con leflunomida con o sin esteroides produjo una respuesta satisfactoria significativa a las 12 semanas, en las principales variables clínicas y analíticas: rigidez matutina (112,5 vs 70,2;  $p < 0,005$ ), Índice de Ritchie (9,2 vs 5,1;  $p < 0,005$ ), número de articulaciones tumefactas (8,2 vs 3,3;  $p < 0,001$ ), VSG (40,8 vs 32,1;  $p = n.s.$ ), y DAS (3,68 vs 2,60;  $p < 0,005$ ). Dos pacientes que completaron las 12 semanas suspendieron el tratamiento por efectos secundarios (diarrea e HTA). En tres pacientes se consiguió una remisión completa de la enfermedad, valorada por DAS  $< 1,6$ . En cinco pacientes se añadió hidroxicloroquina al tratamiento previo, debido a respuesta insuficiente

**Comentarios:** En este estudio preliminar en pacientes con artritis precoz de menos de un año de evolución, la leflunomida

a dosis habituales se ha mostrado eficaz y segura. No obstante, un número valorable de pacientes precisa añadir nuevos fármacos para controlar satisfactoriamente la enfermedad.

## 167

### ¿DE DONDE Y EN QUÉ CONDICIONES ACUDEN LOS PACIENTES A NUESTRAS CONSULTAS?

A. Hernández, M. Bernad, T. Cobo, G. Bonilla y E. Martín Mola  
*Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivo:** Estudiar la procedencia de los pacientes atendidos en la consulta de Reumatología de un Centro de Especialidades, así como las pruebas aportadas en la primera visita.

**Métodos:** Se valoró una población de 1.574 pacientes atendidos desde enero de 1999 a diciembre de 2002, según la procedencia, el aporte de información se valoró según el paciente adjuntara historia clínica y pruebas complementarias, una de las dos o ninguna. Se hizo un análisis del grupo en conjunto y comparado por años

**Resultados:** Del total de la muestra el 78,2% eran mujeres, manteniendo el predominio en cada uno de los 4 años. La media de edad fue de  $57,21 \pm 14,9$  años, sin variación significativa anual. La procedencia más frecuente fue Atención Primaria, de donde se remitió a 1108 pacientes (70,4%), aunque tanto el número como el porcentaje fue disminuyendo a lo largo de los 4 años (77,4%, 70,4%, 67,5% y 63,1% del total en cada año, respectivamente). La segunda fuente en importancia fue Traumatología, con un total de 232 pacientes (14,7%), seguido de las Urgencias, que suponían un 2,1% del total. El 35,8% (511) no aportó ni historia ni pruebas complementarias, 535 (37,4%) aportaba una de las dos (con más frecuencia historia clínica), y 377 traían ambas. Con el paso de los años fue aumentando el porcentaje de pacientes que aportaba historia (24,2%, 30,2%, 40,6% y 47,3% respectivamente), descendiendo los que no aportaban ninguna de las dos. Las procedencias que remitían al paciente con valoración más completa fueron Ginecología y Urgencias (46,6% y 46,2%), y las que lo hacían sin historia ni pruebas complementarias fueron Traumatología y Rehabilitación.

**Conclusiones:** La principal fuente de pacientes de la consulta de Reumatología del Ambulatorio es Atención Primaria (70%). Traumatología, siendo una especialidad que valora mucha patología reumática, es el origen únicamente del 14,7% de pacientes nuevos. Un adecuado informe de remisión y el acompañamiento de pruebas complementarias ocurre únicamente en el 26,4% de los casos, lo cual dificulta y enlentece la labor del especialista. EL análisis comparativo anual demuestra una mejora en la forma de derivación, al menos con historia clínica en la que se contenga un mínimo de datos relacionados con la patología del paciente.

## 168

### ESCLEROSIS SISTÉMICA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E INMUNOLÓGICAS EN UNA SERIE DE 65 PACIENTES

P. García de La Peña Lefebvre, R. Martín Domenech, M. Valero Expósito, A. Bardal Ruiz y A. Zea Mendoza  
*Servicio de Reumatología, Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

**Objetivo:** Realizar un análisis descriptivo de las características epidemiológicas, clínicas e inmunológicas de los pacientes con esclerosis sistémica (ES).

**Material y método:** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de ES vistos en las consultas del Servicio de Reumatología del Hospital Ramón y Cajal entre los años 1978 y 2002. Se realizó una recogida de datos epidemiológicos, clínicos e inmunológicos de acuerdo con un protocolo establecido.

**Resultados:** De los 65 pacientes 56 eran mujeres (86,2%) y 9 varones (13,8%), relación V/M: 1/6,3. El 53,8% tenían EScd, el 35,4% EScl, el 7,7% overlap y el 3,1% pre-esclerodermia. La edad media al inicio del primer síntoma fue 43 años (3-79), 39 años (5-79) al inicio del fenómeno de Raynaud (FRy), 47 años (3-79) al diagnóstico y 7,7 años de seguimiento. El 87,7% tenía AAN (+), el 38,5% tenía Anticuerpos (Ac) anti-Scl70 (+), el 23,1% Ac anticentrómero (ACA), el 36,9% no presentaban ninguno de estos dos anticuerpos y en un paciente no habían sido determinados. El 10,8% tenían FR (+) y Ro (+), el 3,1% RNP (+) y 1,5% La (+).

Manifestaciones cutáneas (97%): esclerodactilia el 67,7%, alteraciones de la pigmentación el 47,7%, calcinosis el 30,8%, teleangiectasias el 61,5%.

Manifestaciones vasculares: el 81,8% presentó fenómeno de Raynaud, cicatrices en los pulpejos el 44,6%, úlceras el 24,6%, isquemia digital el 15,4%. Se realizó capilaroscopia al 70,8% de las cuales el 71,7% resultó patológica. Manifestaciones músculo-esqueléticas (83,1%): artralgias el 72,3%, artritis el 27,7%, mialgias el 13,8%, debilidad muscular el 7,7%, retracciones tendinosas el 40%, acroostéolisis el 18,5%. Manifestaciones pulmonares (53,8%): HTAP el 15,4% y afectación intersticial pulmonar el 38,5%. Manifestaciones cardíacas (20%): derrame pericárdico el 9,2% y arritmias el 10,8%. Manifestaciones digestivas (66,2%): pirosis el 33,9%, disfagia el 47,7%, diarrea el 6,2%. Se realizó una manometría esofágica al 44,6% de las cuales el 72,4% resultó patológica. La afectación renal apareció en el 18,5% y neurológicas en el 3,1%. Tratamientos recibidos: el 60% antagonistas del calcio, 52,3% antiH2/-BP, 46,1% corticoides, el 36,9% AINES, DPNC 21,5%, colchicina e IECA 15,4%, procinéticos 12,3%, prostaglandinas iv. 7,7%, estimulador de cordones posteriores y ciclosporina el 6,1%, metotrexate y ciclofosfamida 4,6%, fotoféresis 3,1% y AZA el 1,5%.

Mortalidad: Fallecieron 7 pacientes (10,8%): 1 crisis renal, 3 sepsis, 1 adenocarcinoma de estómago, 1 neumonía y 1 insuficiencia cardíaca. Presentaban EScd 5 pacientes y uno EScl, 4 tenían Ac anti-Scl70 (+), dos Ac ACA y uno sin Ac ACA ni anti-Scl70.

**Conclusiones:** Destaca el predominio de la EScd respecto a la EScl en comparación a otras series pero las manifestaciones clínicas son similares a las de otros autores, excepto los síntomas esofágicos que fue menos frecuente en nuestra serie.

## 169

### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN LA CONSULTA EXTERNA DE REUMATOLOGÍA. SU APLICACIÓN EN UN PLAN DE CALIDAD

A. Hernández, P. Aguado, N. Fernández De Larrea, T. Cobo, B. Fernández, C. Morant y E. Martín Mola  
*Servicio de Reumatología y Epidemiología. Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

Los estudios de opinión de los pacientes son un importante sistema de detección de problemas asistenciales y un buen método para la mejora continua en la Gestión de la Calidad.

**Objetivo:** Valorar la satisfacción de los pacientes en relación con diferentes aspectos de la asistencia recibida en una Consulta Externa de Reumatología de un hospital terciario de Madrid.

**Métodos:** Se realizó una encuesta voluntaria, anónima y escrita a pacientes atendidos en consulta externa durante el período de un mes, con preguntas cerradas, categóricas, multiopcionales o con escalas, y espacio para sugerencias. Las dimensiones de satisfacción exploradas se refieren al trato recibido, aspectos físicos y materiales de la consulta, valoración de los profesionales, información recibida y problemas asistenciales percibidos.

**Resultados:** Se recogieron 90 encuestas (edad media  $56 \pm 16,25$ ; 27,8% hombres; 72,2% mujeres), el 11,5% del total de pacientes atendidos (783) en el mes de Noviembre 2002. El 91,1% había acudido a la consulta en otras ocasiones y el 80% conocían otras consultas del hospital. El 74,4% consideró correcto el tiempo dedicado en consulta y un 7,8% lo consideró escaso o muy escaso. El trato recibido por parte del personal sanitario fue considerado bueno siempre o casi siempre, por un 97,6%. Un 14,4% y un 24,4% opinan que en la sala de espera, la comodidad y el ruido respectivamente, era peor o mucho peor de lo esperado. La información recibida fue buena (70% la recibieron siempre) respecto a las características de la enfermedad, pruebas a realizar e instrucciones para el seguimiento, pero fue deficiente (50% la habían recibido siempre) en cuanto a riesgos del diagnóstico y tratamiento y evolución de la enfermedad. Un 15% expresaron algún problema en el proceso asistencial siendo el más frecuente el tiempo de espera tanto para la citación como para entrar en consulta. Se recogieron 31 sugerencias de mejora (34,4% de las encuestas) que inciden en la accesibilidad a la consulta, coordinación con otros servicios y en la información recibida. Se apreció una peor valoración de los aspectos preguntados en el grupo de pacientes que realizó sugerencias escritas, respecto al que no las realizó. La valoración general del servicio recibido superó el 70% de satisfacción en todos los aspectos preguntados.

**Conclusiones:** El estudio de opinión de los pacientes proporciona un perfil asistencial que permite identificar las áreas de mejora más valoradas por el paciente para ser integradas en el plan de Calidad Total de un servicio de Reumatología

## 170

### EFICACIA DE ETANERCEPT EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE PREVIAMENTE TRATADO CON INFLIXIMAB. ANALISIS DE 11 CASOS

C. Albaladejo Domínguez, J. R. Rodríguez Cros, I. Vázquez de Las Heras, J.D. Cañete Crespillo, J. Muñoz Gómez y R. Sanmarti Sala

*Unitat d'artritis. Servicio de Reumatología. ICAL. Hospital Clinic. Barcelona.*

Existen ciertas evidencias de que la falta de respuesta a un agente anti-TNF alfa (infiximab, etanercept) no implica necesariamente que otro agente anti-TNF alfa resulte ineficaz.

**Objetivo:** Analizar la eficacia y seguridad de etanercept en pacientes con artritis reumatoide previamente tratados con infiximab.

**Material y métodos:** Se incluyeron todos los pacientes tratados en Hospital de Día de Reumatología con infiximab, que tuvieron que abandonar dicha medicación por efectos adversos o ineficacia y que posteriormente iniciaron tratamiento con etanercept durante un mínimo de tres meses. El etanercept se prescribió a dosis de 25 mg, vía s.c. dos días por semana. La eficacia se valoró en todos los casos a través del cambio en los parámetros clásicos de actividad de la enfermedad: número de articulaciones dolorosas (NAD), número de articulaciones tumefactas (NAT), VSG (mm1<sup>h</sup>), PCR (mg/dL) y DAS28 de tres variables. Se realizó un análisis comparativo de la actividad de la enfermedad en el momento de abandonar el infiximab (última infusión) y la del último control clínico disponible durante el tratamiento con etanercept.

**Resultados:** Un total de 11 pacientes (10 M/1 H) con artritis reumatoide recibieron etanercept después de haber sido tratados con infiximab. La edad media era de  $49,6 \pm 15,9$  años y la evolución de la artritis de  $10,7 \pm 4,7$  años. La media de supervivencia de tratamiento con infiximab fue de  $12,7 \pm 10,7$  meses (intervalo: 1-29). Todos recibían metotrexato a la dosis de 7,5-20 mg/sem. Cinco pacientes abandonaron por efectos secundarios (reacciones a la infusión y toxicodermia), y seis por ineficacia (en un paciente, el infiximab fue claramente eficaz en los primeros meses). Todos los pacientes que abandonaron por ineficacia habían incrementado la dosis de infiximab hasta 5 mg/Kg. La media del periodo de observación con etanercept fue de  $8 \pm 4,5$  meses (intervalo: 4-15). Se observó una mejoría en más del 50% en el NAD, NAT, VSG y PCR tras el tratamiento con etanercept en : 5 (45%), 6 (55%), 4 (37%) y 7 (64%) casos respectivamente. En 9 de los 11 pacientes (82%) se obtuvo una respuesta terapéutica favorable según el DAS 28: buena (disminución en más de 1,2 puntos) en 2 pacientes (18%) y moderada (0,6-1,2) en 7 (64%). Cinco de los 6 pacientes que abandonaron el infiximab por ineficacia, tuvieron una respuesta según el DAS 28 de carácter moderado, y no se obtuvo respuesta favorable en el sexto paciente. No se observaron efectos secundarios a etanercept en ninguno de los 11 casos.

**Conclusiones:** El etanercept es eficaz y bien tolerado en un porcentaje notable de pacientes que han tenido que abandonar infiximab por falta de eficacia o efectos adversos.

## 171

### FACTORES CLÍNICOS DE RIESGO PARA OSTEOPOROSIS Y DENSIDAD MINERAL ÓSEA MEDIDA EN EL CALCÁNEO

J. Medina Luezas, C. A. Montilla, A. Urruticochea, H. Abdel Hadi, J. del Pino, S. de Dios, L. Corral Gudino y V. del Villar  
*Hospital General de Soria, Hospital Clínico Universitario de Salamanca.*

**Objetivo:** Evaluar la asociación entre factores clínicos de riesgo para osteoporosis (OP) y el diagnóstico densitométrico realizado mediante DEXA periférico.

**Métodos:** Se seleccionaron mujeres posmenopáusicas unas procedentes de las consultas externas de reumatología pendientes de estudio densitométrico axial y otras remitidas desde atención primaria para estudio densitométrico. Tras excluir las que realizaban tratamiento farmacológico para la

OP un total de 118 mujeres entraron en el estudio. A todas las participantes se les realizó una encuesta clínica para recoger los factores de riesgo para OP publicados por la SEIOMM (2002), estudio antropométrico y medición de la densidad mineral ósea (DMO) de calcáneo con un densitómetro PIXI-Lunar.

**Resultados:** los más importantes se exponen en la tabla:

#### Categoría diagnóstica

	Normal (nº67)	Osteopenia (nº33)	Osteoporosis (nº18)	p
Edad	61,6 ± 10,5	64,6 ± 12,1*	67,6 ± 11,2**	<0,05
Pausa precoz	53,8%	48,1%	35,7%	ns
Nuliparidad	17,9%	18,5%	28,6%	ns
Ingesta láctea (dosis/d)	2,8 ± 1,5	2,6 ± 1,4	3 ± 1	ns
Fumadora	9%	3,1%	16,7%	ns
Bebedora	3%	3%	0%	ns
Fractura previa	24,6%	31,3%	40%	ns
Actividad física	28,1 ± 3,8	28,6 ± 4,6	27,4 ± 3,6	ns
Pliegue graso	47,4 ± 11,5	41,6 ± 10,8	38 ± 8,7	<0,001

\* sig grupo 2 vs 1, \*\* sig grupo 3 vs 2 y 1

**Conclusiones:** En el grupo de mujeres posmenopáusicas estudiado la edad fue el único factor de riesgo de los propuestos por la SEIOMM que se asoció significativamente con el ulterior diagnóstico densitométrico determinado mediante DEXA periférico en el calcáneo. La asociación con fractura previa no alcanzó significación estadística probablemente por el bajo nº de mujeres en el grupo de osteoporosis.

Objetivamos asimismo una asociación significativa entre pliegue graso (reflejo del componente graso de la masa corporal) y diagnóstico densitométrico.

## 172

### DIFERENCIAS CLÍNICAS Y DE DENSIDAD MINERAL ÓSEA SEGÚN LA PROCEDENCIA DE LA PETICIÓN DE DENSITOMETRÍA: REUMATOLOGÍA O ATENCIÓN PRIMARIA

A. Urruticoechea, C. A. Montilla, J. Medina Luezas, H. Abdel Hadi, J. del Pino, S. de Dios, L. Corral Gudino y V. del Villar  
*Hospital General de Soria, Hospital Clínico Universitario de Salamanca.*

**Objetivo:** Comparar las características clínicas y la densidad mineral ósea (DMO) de un grupo de mujeres posmenopáusicas estudiadas por sospecha de osteoporosis (OP) en relación con su procedencia: reumatología o atención primaria.

**Métodos:** Se midió la DMO en calcáneo mediante DEXA periférico (PIXI-Lunar) a todas las pacientes que estaban en lista de espera en Reumatología para la realización de DEXA axial y a mujeres remitidas desde los centros de salud de la provincia por acumulación de factores clínicos de riesgo para padecer OP según la Guía de Práctica Clínica publicada por la SEIOMM (2002). Tras excluir a las mujeres que realizaban tratamiento farmacológico para la OP, 55 de reumatología y 13 de atención primaria, a las participantes se les realizó una encuesta clínica sobre factores de riesgo y un estudio antropométrico.

**Resultados:** El resumen de los resultados se expone en la tabla:

#### Categoría diagnóstica

	Normal (nº67)	Osteopenia (nº33)	Osteoporosis (nº18)	p
Edad	61,6 ± 10,5	64,6 ± 12,1*	67,6 ± 11,2**	<0,05
Pausa precoz	53,8%	48,1%	35,7%	ns
Nuliparidad	17,9%	18,5%	28,6%	ns
Ingesta láctea (dosis/d)	2,8 ± 1,5	2,6 ± 1,4	3 ± 1	ns
Fumadora	9%	3,1%	16,7%	ns
Bebedora	3%	3%	0%	ns
Fractura previa	24,6%	31,3%	40%	ns
Actividad física	28,1 ± 3,8	28,6 ± 4,6	27,4 ± 3,6	ns
Pliegue graso	47,4 ± 11,5	41,6 ± 10,8	38 ± 8,7	<0,001

\* sig grupo 2 vs 1, \*\* sig grupo 3 vs 2 y 1

**Conclusiones:** Las mujeres remitidas por atención primaria, lógicamente por su motivo de selección, presentan más factores de riesgo para OP que las procedentes de reumatología: edad más avanzada, menor ingesta de lácteos y mayor prevalencia de fracturas previas. En reumatología muchas de las peticiones están motivadas por otros motivos: hallazgos radiológicos sospechosos, etc. A pesar de esto la DMO en calcáneo no difirió significativamente entre ambos grupos.

## 173

### ESTUDIO DE MARCADORES GENÉTICOS EN EL CMH EN PACIENTES DE ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON INFLIXIMAB

M. Salido Olivares, A. Martínez Doncel, G. Bonilla Hernán, D. Pascual Salcedo, M. Fernández Arquero, E. Gómez de la Concha, C. Vadillo Font, E. Judez Navarro, E. Loza Santamaría y B. Fernández Gutiérrez  
*Hospital Clínico San Carlos, Hospital La Paz, Madrid.*

**Objetivo:** Determinar si existen marcadores genéticos en el complejo principal de histocompatibilidad asociados a la respuesta a la terapia con Infliximab en pacientes de Artritis Reumatoide (AR), especialmente en la región del promotor polimórfico del gen TNFA.

**Métodos:** Se incluyeron 78 pacientes, pertenecientes al Hospital Clínico San Carlos y al Hospital La Paz, con criterios de AR según el American College of Rheumatology. Todos fueron tratados con Infliximab y clasificados como respondedores o no respondedores, a los 3 meses de tratamiento, de acuerdo a criterios de respuesta ACR50 y/o una disminución en el valor del DAS de al menos 25%. Se realizó el genotipo de los microsátelites TNFA, b, c, d y e de los genes HLA-DRB1, DQA1 y DQB1. También se incluyeron en el estudio otros microsátelites localizados en el MHC: D6S273, BAT2, MICA y D6S2223. Se comparó la frecuencia fenotípica entre respondedores y no respondedores mediante una prueba Chi-cuadrado con corrección de Yates, o test de Fisher de dos colas para valores esperados menores de 5.

**Resultados:** Ninguno de los alelos de los microsátelites TNFAbcde asociados con polimorfismos conocidos en el promotor del gen TNFA se distribuye de forma significativamente diferente entre el grupo respondedor (n = 41) y el no respondedor (n = 37). El haplotipo TNFA11b4c1d3e3 es

más frecuente en los respondedores (41% vs 16%;  $p = 0,03$ ). La proporción de pacientes portadores del epítipo compartido en la molécula HLA-DR $\beta$  es similar en ambos grupos de pacientes. En el estudio de los otros marcadores genéticos no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en la comparación respondedores-no respondedores.

**Conclusiones:** Nuestros datos sugieren que los polimorfismos del promotor del gen TNFA no juegan un papel determinante en la respuesta a la terapia con infliximab en pacientes con AR. La ampliación de la muestra y/o la comparación con un grupo control es precisa para confirmar los datos del haplotipo TNFa11b4c1d3e3 y para sopesar la contribución real de los otros marcadores genéticos del MHC en la respuesta al Infliximab.

## 174

### FACTORES ASOCIADOS A CIRUGÍA ORTOPÉDICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

E. Loza Santamaría, L. Abasolo Álcazar, L. Carmona Ortells, C. Hernandez García, E. Judez Navarro, C. Vadillo Font y G. D.E. Emar

*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Introducción:** En países en los que el sistema de salud no tiene carácter universal, se han observado diferencias en la tasa de cirugía en pacientes que la necesitan, relacionadas no ya con factores clínicos, sino con características sociodemográficas de los pacientes. ¿Existe también en nuestro entorno relación de la cirugía ortopédica (COT) de la artritis reumatoide (AR) con factores no puramente clínicos? .

**Objetivo:** Examinar la relación entre la COT relacionada con la AR y características sociodemográficas y clínicas de los pacientes.

**Métodos:** EmAR (1998-1999) es un estudio observacional retrospectivo de historias clínicas de pacientes ( $n = 1379$ ) con AR seleccionados por muestreo probabilístico de 46 servicios clínicos de 15 comunidades autónomas (ccaa) españolas. Se realizó un análisis de la asociación entre variables sociodemográficas, incluida clase social y servicio médico de seguimiento, y clínicas y haber tenido alguna COT. Tanto en el estudio bivariante como en el multivariante, se ajustó por el muestreo (16 estratos correspondientes a 16 ccaa).

**Resultados.** En total, 358 (26%) pacientes habían tenido alguna COT. La mayoría eran mujeres ( $n = 287$ , 81%), con estudios ( $n = 66$ , 81%), una edad media al inicio de la AR de  $47 \pm 14$  años. La mediana de meses al diagnóstico de la AR en los pacientes con COT era de 17 (P25-75:5-52), tenían el factor reumatoide (FR) positivo ( $n = 282$ , 80%) y habían recibido algún FME ( $n = 338$ , 94%) en su mayoría. Hasta un tercio habían llevado terapia combinada ( $n = 114$ , 32%). Hasta 149 (42%) presentaban alguna comorbilidad en el momento de la recogida de datos. Se encontraron diferencias significativas de tasas de COT entre ccaa, siendo más frecuentes en País Vasco (54,17%) y Navarra (53%) y menos en Aragón (7,5%) Asturias y Cantabria (ambas 8,8%). Se encontró asociación estadística entre COT y el sexo femenino (OR 1,7 IC95%:1,3-2,2), edad al inicio (OR 0,98 IC95%:0,97-0,99, por año), diagnóstico de AR antes de un año del inicio de los síntomas (OR 1,4 IC95%:1,1-2,0), FR positivo (OR 1,4 IC95%:1,02-1,8), presencia de comorbilidad (OR 1,3 IC95%:1-1,6) y haber recibido terapia combinada (OR 1,4

IC95%:1,1-1,8). No se encontró asociación con el resto de variables sociodemográficas y clínicas analizadas en el análisis bivalente. En el análisis multivariante, ser mujer, la edad al inicio y la comorbilidad se confirman como factores independientes asociados a COT en la AR en España.

**Conclusiones:** En España, la probabilidad de que a los pacientes con AR se les realice COT varía de unas comunidades a otras. Independientemente de la procedencia del paciente, las mujeres con datos de AR más agresiva tienen mayor probabilidad de tener COT.

## 175

### VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD MEDIANTE EL CUESTIONARIO HAQ MODIFICADO (MHAQ) EN UNA CLÍNICA DE ARTRITIS DE INICIO, Y SU CORRELACIÓN CON LOS ÍNDICES DE ACTIVIDAD DAS 28 (3) Y DAS 28-PCR(3)

G. Salvador Alarcon, A. Gómez Centeno, J.D. Cañete Crespillo, J. Muñoz Gómez y R. Sanmarti Sala  
*Hospital Clínic.*

**Objetivo:** Analizar la discapacidad inicial que presentan los pacientes en una consulta monográfica de artritis de inicio mediante el cuestionario MHAQ, y establecer las posibles correlaciones con los distintos diagnósticos al año de seguimiento y con las variables de actividad clínica DAS 28(3) y DAS 28-pcr(3).

**Pacientes y métodos:** Se analizaron todos los pacientes con artritis de reciente comienzo (tiempo de evolución de la artritis inferior a 1 año) visitados en la consulta monográfica de Artritis de inicio y con un año de seguimiento. La capacidad funcional de los pacientes fue evaluada al inicio y en cada visita, mediante el HAQ modificado (MHAQ) y la actividad clínica mediante el DAS28(3) y el DAS28-pcr(3). Se realizó un análisis comparativo de la discapacidad y actividad clínica inicial entre las diferentes categorías diagnósticas, así como un estudio de correlación entre las distintas variables.

**Resultados:** Sobre un total de 152 pacientes atendidos en la Unidad, 101 enfermos (69M/32H) tenían un mínimo de un año de seguimiento (media  $23,6 \pm 7$  meses). Su edad media fue de  $48,8 \pm 17,1$  años con un tiempo de evolución de la enfermedad a la llegada a la consulta de  $4,1 \pm 3$  meses. Al final de primer año de seguimiento, los pacientes se clasificaron en 37 AR (36,6%), 25 Espondiloartropatías (Esp) (incluyendo 10 Apsa y 4 A. Reactivas) (24,7%), 18 A. Indiferenciadas (17,8%), 14 A. Autolimitadas (13,9%) y 7 miscelánea (6,9%). La media del MHAQ fue de  $0,61 \pm 0,51$ , con una tendencia a un MHAQ superior en el grupo con AR ( $0,8 \pm 0,5$ ), que en los afectos de Esp ( $0,62 \pm 0,56$ , NS) o A.Indiferenciadas ( $0,42 \pm 0,3$ ,  $p = 0,008$ ). Un 16,8% del total de pacientes tenía una discapacidad valorable (MHAQ > 1) en el momento de la primera evaluación; dicho porcentaje resultó superior en los pacientes con AR que en los otros dos grupos (27% frente a 16% en Esp (NS) y 0% en las A. indiferenciadas,  $p < 0,01$ ). En los pacientes con AR y Esp se evidenció una correlación significativa entre el MHAQ y la actividad clínica, medida tanto por el DAS28 (3) ( $r = 0,44$ ,  $p < 0,01$  y  $r = 0,45$ ,  $p = 0,02$ , respectivamente), como por el DAS28-pcr (3) ( $r = 0,36$ ,  $p = 0,03$  y  $r = 0,43$ ,  $p = 0,03$ ) respectivamente. No se observó correlación entre el MHAQ, el DAS28 (3) y el DAS28-pcr (3) en los pacientes con A. indiferenciada.

**Conclusiones:** Un 16,8% de pacientes tienen una discapacidad manifiesta (MHAQ > 1) en la primera evaluación en una consulta de artritis de inicio. Este porcentaje es más elevado (27%) en los pacientes clasificados como AR al final del primer año de seguimiento. Entre los pacientes con AR y Esp existe una buena correlación entre actividad clínica medida tanto por el DAS28 (3) como por el DAS28-PCR(3), con la discapacidad (medida por el MHAQ); dicha correlación no se observa en el grupo con A. indiferenciada. El DAS28-PCR de 3 variables muestra unos índices de correlación con el MHAQ, similares a los obtenidos con el DAS28 de 3 variables clásico.

## 176

### COMPORTAMIENTO DE LOS ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANA) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB

G. Bonilla Hernan, F. Gamero, J. Fernández Melón, R. Álvarez Doformo, A. Balsa y E. Martín Mola  
*Servicio de Reumatología Hospital Universitario La Paz.*

**Objetivos:** Comparar los niveles de anticuerpos antinucleares (ANA) en pacientes diagnosticados de Artritis Reumatoide antes y después de recibir tratamiento con infliximab (anticuerpo monoclonal anti TNF- $\alpha$ ).

**Material y métodos:** Seleccionamos un grupo de 40 pacientes diagnosticados de Artritis Reumatoide según los criterios de la American Rheumatism Association de 1987, con enfermedad activa que no habían respondido al tratamiento con metotrexato y otros FARALS. Los pacientes recibieron conjuntamente tratamiento con metotrexato (29) o leflunomida (9) e infliximab a dosis de 3 mg/kg. Dos pacientes recibían tratamiento con infliximab, metotrexato y leflunomida. En la visita basal (semana 0) y en las semanas número 2, 6, 14 y 22 se les realizó historia clínica, exploración física general y del aparato locomotor que incluía número de articulaciones dolorosas (NAD) y número de articulaciones tumefactas (NAT), analítica completa con hemograma, bioquímica, elemental de orina, velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR), factor reumatoide (FR), anticuerpos antinucleares (ANA) y anti-DNA

**Resultados:** En la visita basal once pacientes (27,5%) de los 40 pacientes tenían ANA, 2 de ellos a título de 1/40, 2 a título de 1/80, 1 a título 1/160, 2 a título 1/320, tres a título 1/640 y uno a título 1/1280. Tras la 4 visita presentaron ANA positivo 22 de los 40 pacientes (55%). Once pacientes (27,5%) que en la visita basal eran ANA negativos se positivizaron tras la cuarta infusión de infliximab. Uno a título de 1/40, uno a título 1/80, uno a título 1/160, tres a título 1/320, cuatro a título 1/640 y uno a título 1/1280. De los pacientes que previamente habían sido positivo 4 (10%) mostraron un aumento de titulación uno de 1/40 a 1/80, otro de 1/40 a 1/160, otro de 1/160 a 1/640 y otro de 1/1280 a 1/5120. Se tomó suero de los pacientes que presentaban ANA positivo y se determinaron los antiADN siendo negativo en todos los casos.

**Conclusión:** En nuestra experiencia el tratamiento con infliximab ha producido un aumento del título de ANA en el 10% de los pacientes y la positividad de ellos en el 27,5% de los pacientes. Ninguno de los pacientes tratados con infliximab desarrolló anticuerpos antiDNA y ninguno ha presentado síntomas compatibles con síndrome lúpico.

## 177

### GAMMAGRAFÍA CON ANÁLOGOS DEL RECEPTOR DE LA SOMATOSTATINA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE COMO INDICADOR DE RESPUESTA A ANTI-TNF $\alpha$

R. Veroz González, E. Ormilla Laraudogoitia, M. Fernández Castro, J. Sanz Sanz, J. L. Andréu Sánchez, J. Mulero Mendoza, J. Ramos Sanz y J. Ortiz Berrocal  
*Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.*

**Introducción:** Se ha demostrado la producción de Somatostatina (SOM) por parte de las células sinoviales reumatoides de estirpe fibroblástica, y se ha postulado su posible implicación en la respuesta inflamatoria como modulador de la función del sinoviocito. Se han descrito 5 tipos de receptores de la SOM (SOMR), de los cuales las células sinoviales reumatoides expresan los tipos 1 y 2. Se ha descrito igualmente que el estímulo con citocinas proinflamatorias, especialmente TNF $\alpha$ , induce una sobreexpresión de SOMR-2 en estas células. Actualmente se emplea la gammagrafía con análogos de la SOM (Octreótido-DTPA-In111) para la detección de metástasis de tumores neuroendocrinos productores de SOM, y se ha utilizado como método de imagen en pacientes con Artritis Reumatoide (AR), acumulándose el radiotrazador en las articulaciones afectadas.

**Objetivos:** Determinar la correlación entre la gammagrafía con Octreótido-DTPA-In111 y la afectación clínica y la gammagrafía ósea con MDP-Tc99, lectura precoz (vascular) y tardía (ósea), en pacientes con AR. Comparar la evolución de la intensidad de captación articular con Octreótido-DTPA-In111 antes y después del tratamiento con anti-TNF $\alpha$ .

**Pacientes y métodos:** Se seleccionaron 6 pacientes consecutivos con AR activa (DAS > 3,2) que fueran a iniciar tratamiento con infliximab. Se les realiza una valoración clínica, una gammagrafía con MDP-Tc99 y una gammagrafía con Octreótido-DTPA-In111. La valoración clínica de las articulaciones se estableció en una escala semicuantitativa de 0 a 2 (0: nada, 1: dolor, 2: dolor e inflamación) y la captación gammagráfica de 0 a 3 (0: ninguna, 1: leve, 2: moderada, 3: intensa). Se evaluaron todas las articulaciones salvo el codo de inyección del radiotrazador. Tras 12 semanas de tratamiento se repite la misma evaluación. Se utilizó la prueba T de Wilcoxon para datos apareados para evaluar el cambio en la valoración clínica y gammagráfica de las articulaciones evaluadas tras la aplicación del tratamiento.

**Resultados:** Todos los pacientes eran mujeres. La media de edad de las pacientes era de 55,33  $\pm$  7,61, el tiempo medio de evolución de la enfermedad de 6,20  $\pm$  3,7. En la evaluación inicial, se obtiene una buena correlación entre la gammagrafía con Octreótido-DTPA-In111, la valoración clínica (rho Spearman: 0,632, p < 0,05) y la gammagrafía con MDP-Tc99 fase ósea (rho Spearman: 0,671, p < 0,05), y no se obtiene correlación significativa con la fase vascular. Tras 12 semanas de tratamiento, la valoración articular para cada paciente mejoró desde el punto de vista clínico y en la intensidad de captación del Octreótido-DTPA-In111 de manera significativa.

**Conclusión:** La gammagrafía con Octreótido-DTPA-In111 correlaciona con la evaluación clínica y con la gammagrafía ósea con MDP-Tc99 fase tardía (ósea) y no con la precoz (vascular). El tratamiento con anti-TNF $\alpha$  reduce la expresión de receptores de análogos de SOM en las articulaciones de pacientes con AR.

178

### EVALUAR LA EFICACIA EN LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA Y MEJORÍA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB

J. Fernandez Melón, G. Bonilla Hernán, A. García Aparicio, M. Pombo Suárez, A. Hernandez, A. Balsa Criado y E. Martín Mola

*Servicio de Reumatología Hospital Universitario La Paz.*

**Objetivo:** Valorar la disminución de la actividad inflamatoria y la mejoría de la calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide (AR) tratados con Infliximab (IFX) 3 mg/kg de peso según la pauta habitual (semanas 0, 2, 6, 14 y 22)

**Pacientes y métodos:** Se estudiaron 47 pacientes diagnosticados de Artritis Reumatoide con enfermedad activa, que no habían respondido al tratamiento con metotrexato y otros fármacos de acción lenta (FARAL). La edad media es  $54 \pm 12,97$  años y el rango de edad 23-75. Treinta y cinco (74,46%) eran mujeres y doce hombres. Los pacientes recibieron tratamiento con IFX y otro FARAL. 13 estaban en tratamiento concomitante con leflunomida y 37 con metotrexato (78,72%). Tres recibieron tratamiento con metotrexato y leflunomida. 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), EVA dolor y actividad por el paciente, cuestionario HAQ, hemograma, velocidad de sedimentación (VSG) y Proteína C reactiva (PCR). Se calculó el Disease Activity Score (DAS) antes de iniciar el tratamiento y tras cada visita. Se realizó un cálculo estadístico mediante ANOVA de medidas repetidas.

**Resultados:** El DAS28 medio antes de iniciar el tratamiento fue  $5,60 \pm 1,39$ , en la semana 2 fue  $4,65 \pm 1,35$ , en la semana 6 fue  $3,95 \pm 1,41$ , en la 14  $4,23 \pm 1,36$  y en la 22  $4,36 \pm 1,38$  siendo este descenso estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ). El HAQ al inicio de la enfermedad fue  $1,49 \pm 0,76$ , en la semana 2 fue  $1,27 \pm 0,76$ , en la semana 6 fue  $1,16 \pm 0,77$  en la semana 14 fue  $1,23 \pm 0,76$  y en la 22 fue  $1,08 \pm 0,77$  siendo el descenso estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ )

**Conclusion:** Observamos una mejoría clínica con el tratamiento que se refleja con una disminución significativa del DAS28 más llamativo tras la segunda infusión de tratamiento, pero que se mantuvo posteriormente y con una disminución del HAQ superior a 0,25 lo cual es clínicamente significativo.

179

### INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS LATENTE EN LOS PACIENTES CANDIDATOS A TRATAMIENTO ANTI-TNF-ALFA

G. Bonilla Hernán, J. Fernandez Melón, T. Cobo Ibañez, S. Muñoz Fernandez, A. Balsa Criado y E. Martín Mola  
*Servicio de Reumatología Hospital Universitario La Paz.*

**Introducción:** En los países con alta incidencia de tuberculosis, se ha observado un aumento de aparición de tuberculosis activa entre los pacientes que han recibido tratamiento con infliximab (anticuerpo monoclonal anti-TNF- $\alpha$ ). Antes de iniciar tratamiento con infliximab, se recomienda realizar

radiografía de tórax, mantoux y efecto booster a todos los pacientes.

**Objetivo:** Analizar la incidencia de tuberculosis latente (inactiva) en los pacientes de nuestro servicio que van a iniciar tratamiento con infliximab.

**Pacientes y métodos:** Con este fin realizamos un estudio retrospectivo de la incidencia de prueba cutánea de la tuberculina, efecto booster positivo y presencia de lesiones radiológica sugestivas de tuberculosis latente, en los pacientes candidatos a iniciar tratamiento con infliximab. Desde Enero del 2002 Se valoraron 66 pacientes, 25 varones (37,87%) y 41 mujeres (62,12%). La media de edad era  $49,56 \pm 15,33$  años, siendo el rango de edad 20-83. Cuarenta y tres estaban diagnosticados de Artritis Reumatoide, 6 de Espondilitis Anquilosantes, 7 de Espondiloartropatías Psoriásica, 1 espondiloartropatía indiferenciada, 2 de espondiloartropatías asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal, 5 uveítis, 1 fascitis eosinofílica y 1 enfermedad de Still del adulto.

**Resultados:** 14 pacientes tuvieron mantoux positivo, 5 efecto booster positivo y 8 tenían una radiografía de tórax con lesiones específicas, uno de los cuales había tenido mantoux positivo. En total 26 pacientes (39,3%) presentaban signos de tuberculosis latente y por lo tanto fueron candidatos a recibir profilaxis con isoniacida 300 mg/día durante 9 meses. Tres de los pacientes ya había recibido tratamiento profiláctico previo con Isoniacida 300 mg/ día con buena tolerancia y sin efectos secundarios. Se inició tratamiento profiláctico en 22 de los pacientes. Todos presentaron buena tolerancia y como efecto secundario únicamente resaltar elevaciones transitorias de transaminasas que no ha obligado a suspender el tratamiento en ningún caso.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia la incidencia de tuberculosis latente en pacientes candidatos a iniciar tratamiento con anti-TNF- $\alpha$  es elevada, más de la tercera parte. Siguiendo estas recomendaciones ningún paciente ha presentado infección tuberculosa por lo que son eficaces. La tolerancia y la seguridad de tratamiento con isoniacida concomitante con metotrexato o leflunomida es elevada dado que ningún paciente ha presentado efectos secundarios graves que haya obligado a suspenderlo.

180

### ¿CUÁNTO TIEMPO PERMANECEN LOS ENFERMOS EN INFLIXIMAB?

R. Cortés, E. Batlle Gualda, P. Vela, E. Pascual, A. Martínez, J. Esteve, T. Pedraz, R. Aragón, J. De La Torre y A. García  
*Hospital General Univ. de Alicante.*

**Objetivo:** Conocer la probabilidad que tienen los enfermos de permanecer en infliximab a lo largo del tiempo, y qué causas provocan su abandono.

**Pacientes y métodos:** Se incluyen todos los enfermos que recibieron al menos una dosis de infliximab en nuestro hospital de día desde marzo 2000 a diciembre 2002. Antes de cada bolo se evaluó de forma sistematizada la actividad clínica y las posibles reacciones adversas u otras contingencias, grabándose todo ello en una base de datos. Las dosis y el esquema de administración se realizó de acuerdo a las recomendaciones de la ficha técnica. El análisis de la "supervivencia" se realizó con el método de Kaplan-Meier.

**Resultados:** Se trataron 114 enfermos (69% mujeres): 89 Ar-

tritis Reumatoide (AR), 10 Artritis Psoriática (APs), 22 Espondilitis Anquilosante (EA) y 3 Still de adulto; mediana de edad, 57 años (límites: 19-79); mediana tiempo de evolución, 11 años (límites: 0,5-43). En total se administraron 1001 bolos, con una mediana de 7 bolos (límites: 2-24) y una mediana de seguimiento por paciente de 9 meses (P25-P75: 3-19).

La probabilidad (Kaplan-Meier) de permanecer en infliximab fue al año de 66% y a los dos años de 58%. Esta probabilidad fue significativamente mayor (p: 0,019; Log Rank) en las EA (al año, 95%) que en las AR (55%). No se observaron diferencias por género ni por tiempo de evolución. Treinta y siete (32,5%) enfermos suspendieron el tratamiento, 13 por falta o pérdida de eficacia y 24 por acontecimientos adversos. La mediana de supervivencia por acontecimientos adversos fue menor que por ineficacia (p: 0,025; Log Rank).

**Conclusiones:** A los dos años la mayoría de los enfermos permanecen en infliximab. Este perfil es más favorable para los enfermos con EA. La principal causa de abandonos son los acontecimientos adversos.

## 181

### REACCIONES ADVERSAS DURANTE EL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB

T. Pedraz, E. Batlle Gualda, P. Vela, J. De La Torre, A. García, E. Pascual, A. Martínez, J. Esteve, R. Cortés y R. Aragón

*Sección de Reumatología. Hospital General Univ. de Alicante.*

**Objetivo:** Describir los acontecimientos adversos (AA) observados en una cohorte de enfermos tratados con infliximab.

**Pacientes y métodos:** Se incluyen todos los enfermos que recibieron al menos una dosis de infliximab en nuestro hospital de día (período marzo 2000 a diciembre 2002). Antes de cada bolo se evaluó de forma sistematizada la actividad clínica y los posibles AA u otras contingencias. Toda la información se almacenó en una base de datos. Las dosis de infliximab se administraron de acuerdo a las recomendaciones de la ficha técnica.

**Resultados:** Se trataron 114 enfermos (69% mujeres): 89 Artritis Reumatoide (AR), 10 Artritis Psoriática (APs), 22 Espondilitis Anquilosante (EA) y 3 Still de adulto; mediana de la edad, 57 años (límites: 19-79); mediana del tiempo de evolución, 11 años (límites: 0,5-43). En total se administraron 1001 bolos, con una mediana de 7 bolos (límites: 2-24) y una mediana de seguimiento por paciente de 9 meses (P25-P75: 3-19).

Cincuenta y seis enfermos (49%) presentaron un total de 108 AA, 24 (21%) de los cuales tuvieron que abandonar el tratamiento. Treinta y un enfermos (27%) presentaron un solo AA y 24 (22%) más de uno. Los AA más frecuentes fueron las reacciones relacionadas con la infusión que aparecieron en 26 enfermos (23%), sobre todo enrojecimiento, prurito y, a veces, eritemas transitorios. En 7 enfermos (6%) se produjeron lesiones cutáneas más persistentes (4 eritema multiforme). Las infecciones afectaron a 18 enfermos (16%): 2 tuberculosis (1 Pulmonar, 1 Ganglionar, las dos antes de iniciar profilaxis), 7 respiratorias (3 neumonía), 2 urinarias, 3 herpes, 1 artritis séptica, 1 absceso epidural, 1 micosis, 1 apendicitis. Siete abandonaron el tratamiento. Fallecieron 3 enfermos: 1 de neumonitis por metotrexato, 1 de causa no filiada

en otro centro, 1 de patrón intersticial bilateral e insuficiencia cardíaca también en otro centro.

**Conclusiones:** Los acontecimientos adversos durante el tratamiento con infliximab relacionados con la infusión y las infecciones son los más frecuentes. Nuestra experiencia es similar a otros grupos. El seguimiento de estos enfermos requiere una especial vigilancia.

## 182

### TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB EN PACIENTES CON PANUVEITIS REFRACTARIA SECUNDARIA A ENFERMEDAD DE BEÇHET

M. Matías De La Mano, N. Garrido, R. Almodóvar, F. Monescillo, B. Joven, J. Saenz Del Castillo y A. De Juanes  
*Hospital 12 de Octubre, Madrid.*

**Introducción:** Las manifestaciones oculares más frecuentes de la enfermedad de Beçhet (EB) son: uveitis anterior con ó sin hipopión (56-79%), vitritis (18-66%), vasculitis retiniana, y uveitis posterior (3-29%). Los esteroides sistémicos (Co) no mejoran el pronóstico a largo plazo, y aunque se recomienda el uso de inmunosupresores (clorambucil, ciclofosfamida, ciclosporina (CSA) y azatioprina (AZA)), algunos pacientes no responden a estas terapias.

**Objetivo:** Describir la evolución de 2 pacientes con EB y panuveitis refractaria a tratamiento convencional con Co e inmunosupresores, tratados con infliximab (INF).

**Pacientes y métodos:** Dos pacientes con EB y panuveitis refractaria a tratamiento convencional. La valoración de la afectación ocular incluyó en ambos casos: agudeza visual, turbidez retiniana, fondo de ojo, retinograma y angiofluorescencia en las semanas 0, 2, 6, 14, 30 y 54.

**Resultados:** El paciente 1 es un varón de 37 años, diagnosticado en 1998 de panuveitis bilateral recidivante, que se controló parcialmente con Co (1 mg/kg/día) y CSA (5 mg/kg/día). En el 2000, presentó un empeoramiento de su afectación ocular, y se diagnosticó de EB por afectación mucocutánea (ulceras orales, eritema nodoso), ocular (panuveitis recidivante bilateral), neurológica (mononeuritis peronea común derecha) y articular. Se sustituyó la CSA por AZA, a pesar de lo cual desarrolló vasculitis en ambos ojos, con intensa vitritis y necrosis retiniana macular en izquierdo. En el 2001, ante la mala evolución ocular, se inició tratamiento con INF, a dosis de 5 mg/kg. La vasculitis retiniana desapareció en la semana 6, y tras 11 choques el paciente está en remisión, y ha suspendido los Co. La paciente 2 es una mujer de 37 años, diagnosticada en 1998 de EB, con afectación mucocutánea (ulceras orales, eritema nodoso), ocular (uveitis anterior en OD) y articular. Tras recibir tto con CSA (5 mg/kg/día) y Co (1 mg/kg/día), continuaba con uveitis bilateral recurrente, con disminución severa de la agudeza visual. En el 2001 se inició tto con AZA, con mala respuesta, por lo que en el 2002 se inició tratamiento con INF, a dosis de 5 mg/kg. La uveitis remitió en la semana 2, y tras 7 choques, la paciente continúa asintomática, sin tratamiento esteroideo, y solo refiere molestias oculares leves en relación con la menstruación.

**Conclusión:** El INF parece ser una terapia muy eficaz en casos seleccionados de afectación ocular secundaria a EB, que no responde a tratamiento con esteroides e inmunosupresores.

## 183

**EVOLUCIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO Y GLUCÍDICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON LEFLUNOMIDA**

I. Moller Parera, N. Martí Gasulla, C. Moragues Pastor y J. Sánchez García

*Instituto Poal de Reumatología, Barcelona.*

**Objetivo:** Evaluar la eficacia del tratamiento con leflunomida (LFN) en 38 pacientes (36 mujeres y 2 varones) diagnosticados de artritis reumatoide (AR) de acuerdo con los criterios ACR, así como comprobar su efecto sobre los niveles de glucosa, colesterol y triglicéridos.

**Métodos:** Estudio observacional, abierto y prospectivo. Todos los pacientes fueron tratados con LFN a dosis de 20 mg/día, permitiéndose dosis estables de antiinflamatorios no esteroideos y equivalente de metil prednisona < 8 mg/día. Se realizaron controles clínicos a los 0, 3, 6 y 12 meses de iniciado el tratamiento, valorándose en cada visita el colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos y glucosa. También se evaluó en cada visita la evolución de la actividad de la enfermedad, realizándose el recuento de 28 articulaciones para dolor (RAD) y tumefacción (RAT), valoración de la actividad por el médico y el paciente (entre 0 nada activa y 10 máxima actividad), duración de la rigidez matutina, EVA del dolor (entre 0 ningún dolor y 10 el máximo dolor) y VSG.

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

	Basal	3 meses	6 meses	12 meses	p
Colesterol total (mmol/L)	5,51 $\pm$ 0,32	5,56 $\pm$ 0,32	5,12 $\pm$ 0,45	5,22 $\pm$ 0,44	0,09
LDL (mmol/L)	2,99 $\pm$ 0,32	2,96 $\pm$ 0,29	2,86 $\pm$ 0,30	2,79 $\pm$ 0,30	0,685
HDL (mmol/L)	1,61 $\pm$ 0,14	1,66 $\pm$ 0,12	1,63 $\pm$ 0,17	1,58 $\pm$ 0,14	0,576
TG (mmol/L)	1,42 $\pm$ 0,19	1,59 $\pm$ 0,22	1,44 $\pm$ 0,18	1,27 $\pm$ 0,15 c	0,019
Glucosa (mmol/L)	4,83 $\pm$ 0,35	4,86 $\pm$ 0,26	4,94 $\pm$ 0,25	4,89 $\pm$ 0,25	0,645
RAT (n°)	10,68 $\pm$ 1,73	7,26 $\pm$ 1,20 a	5,50 $\pm$ 0,96 a	5,05 $\pm$ 0,97	< 0,0001
RAD (n°)	11,45 $\pm$ 1,98	7,18 $\pm$ 1,01 a	5,37 $\pm$ 0,90 a	4,68 $\pm$ 0,95	< 0,0001
MED	5,79 $\pm$ 0,41	4,26 $\pm$ 0,41 a	3,53 $\pm$ 0,36 a	3,32 $\pm$ 0,41	< 0,0001
PAC	5,89 $\pm$ 0,44	4,21 $\pm$ 0,47 a	3,53 $\pm$ 0,41 a	3,29 $\pm$ 0,40	< 0,0001
Rigidez (min.)	70,92 $\pm$ 14,12	46,58 $\pm$ 7,76 b	38,95 $\pm$ 5,71 b	36,58 $\pm$ 6,21	< 0,0001
EVA	5,53 $\pm$ 0,51	3,92 $\pm$ 0,47 a	3,24 $\pm$ 0,40 b	3,03 $\pm$ 0,44	< 0,0001
VSG	47,35 $\pm$ 8,09	34,62 $\pm$ 6,80 a	26,14 $\pm$ 4,13 b	29,73 $\pm$ 5,57	< 0,0001

a p &lt; 0,001 respecto a la visita anterior

b p &lt; 0,01 respecto a la visita anterior

c p &lt; 0,05 respecto a la visita anterior

**Conclusiones:** En nuestra serie de pacientes con AR tratados con leflunomida el fármaco es eficaz y bien tolerado, mejorando ya desde el tercer mes de tratamiento todos los parámetros de actividad de la AR analizados sin variar el perfil lipídico ni glucídico de los pacientes.

## 184

**NUEVA PAUTA DE INFUSIÓN DE INFLIXIMAB: ADMINISTRACIÓN EN 1 HORA**

C. Pérez García, I. Padró, J. Maymó, L. Pérez Edo, M. Almirall, V. Torente y X. García

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

**Introducción:** El infliximab (IFN) es una terapia que ha demostrado su eficacia y seguridad en el tratamiento artritis reumatoide, artritis psoriásica y espondilitis anquilosante. Su

administración se realiza mediante una infusión endovenosa durante 2 horas, controlando la tensión arterial y frecuencia cardiaca cada 30 minutos. El objetivo de este estudio fue valorar la seguridad y efectos adversos al administrar infliximab en 1 hora, controlando las constantes vitales al inicio y final de la infusión.

**Métodos:** 20 pacientes (17 AR/ 2 EA/ 1 A Pso) con una media de tratamiento de 24,3  $\pm$  8,1 meses, sin efectos adversos durante la infusión, se les administró la dosis indicada de IFN en 1 hora. Se controló la TA y FC al inicio y final de la infusión. Se comparó estas constantes con las registradas en la infusión previa y se registraron los efectos adversos ocurridos durante la infusión de 1 hora. Se realizó el estudio estadístico con T student con SPSS 10.

**Resultados:** Se administró infliximab a dosis de 3 mg/kg de peso a 12 pacientes y 5mg/kg de peso a 8 pacientes. Las dosis no variaron respecto a la infusión de 1 hora y 2 horas. No se hallaron diferencias significativas de las variables TA, FC (Tabla) al comparar las constantes durante la infusión de infliximab durante 2 horas, respecto a la misma dosis administrada durante en 1 hora. No ha aparecido ningún efecto adverso durante la infusión ni posterior a la infusión.

## Constantes vitales durante la infusión

	2 horas	1 hora	p
TAS inicio	120,75 $\pm$ 13,9	123,75 $\pm$ 916,05	NS
TAD inicio	77,0 $\pm$ 9,79	76,5 $\pm$ 6,30	NS
FC inicio	67,4 $\pm$ 2,68	67,65 $\pm$ 3,94	NS
TAS final	123,75 $\pm$ 16,05	123,00 $\pm$ 13,9	NS
TAD final	77,00 $\pm$ 9,23	78,25 $\pm$ 8,32	NS
FC final	66,40 $\pm$ 2,39	66,66 $\pm$ 2,35	NS

TAS:TA sistólica,TAD:TA diastólica, FC: frec. card

**Conclusión:** La disminución del tiempo de infusión en pacientes sin efectos adversos durante el primer año de tratamiento demuestra ser segura y no presentar efectos adversos al disminuirla a 1 hora de tratamiento

## 185

**ANÁLISIS INTERMEDIO A DOS AÑOS DE 250 PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA CON INFLIXIMAB**

S. Marsal, J. Granados, J. Maymó, R. Sanmartí, J. Valverde, M. Valls Roc, M. Sanmartí, E. Escarpenter, M. Centellas, F. Arasa, J. Llobet, R. Fontova, J. Dalmau, I. Rotés, J. del Blanco, M. Sala, R. Tuneu, J. Ruiz, J. Gratacós, X. Surís, A. Juan, J. Condemines, S. Gelman, J. Pujol, C. Castaño y V. Gómez

*Societat Catalana de Reumatologia, Barcelona.*

**Objetivo:** Evaluar la eficacia y seguridad de Infliximab en la práctica clínica.

**Métodos:** Se analizaron 250 pacientes con AR que no respondieron al tratamiento previo con 2 fármacos de acción lenta (incluido MTX) según criterios de mejoría ACR 1987 y acontecimientos adversos. Los pacientes recibieron Infliximab, 3 mg/Kg en las semanas 0, 2, 6 y cada 8 semanas hasta la semana 102. El análisis estadístico se realizó por el principio de intención de tratar, comparando los resultados de cada variable mediante el test de Wilcoxon para datos apareados.

**Resultados:** Las variables ACR, que incluyen VSG, dolor medido por escala analógica visual, evaluación global realizada

por el paciente y médico, HAQ y nº de articulaciones tumefactas y dolorosas disminuyeron de forma significativa en las semanas 6, 30, 54, 78 y 102 ( $p < 0,05$ ) respecto a la semana 0, excepto la VSG en las semanas 78 y 102 ( $p = 0,5$  y  $p = 1,0$ , respectivamente), y el dolor ( $p = 0,68$ ) y HAQ ( $p = 0,465$ ) en la semana 102. En la semana 30, la evaluación global realizada por el médico y el nº de articulaciones tumefactas y dolorosas disminuyeron de forma significativa ( $p < 0,05$ ) respecto a la semana 6. En la semana 54, el nº de articulaciones tumefactas disminuyó de forma significativa ( $p = 0,024$ ) respecto a la semana 30. En la semana 78, el VSG disminuyó de forma significativa ( $p = 0,025$ ) respecto a la semana 54. No hubo disminución significativa ( $p > 0,05$ ) de las variables clínicas y HAQ en la semana 102 respecto a la semana 78, debido al reducido número de pacientes que han completado el tratamiento en la semana 78 ( $n = 20$ ) y en la semana 102 ( $n = 5$ ). No se observó disminución significativa ( $p > 0,05$ ) en el 2º año, semana 102, respecto al primero, semana 54. El tratamiento fue bien tolerado; sólo ocurrieron acontecimientos adversos leves. No se registraron enfermedades intercurrentes ni complicaciones infecciosas graves.

Semanas	0* (n = 250)	6* (n = 226)	30* (n = 131)	54* (1º año) (n = 70)	78* (n = 20)	102* (2º año) (n = 5)
VSG	42,0	26,0	28,5	26,0	32,5	36,0
Evaluación del dolor por el paciente	61,0	36,0	36,0	32,5	26,5	11,0
Evaluación global por el paciente	6,8	4,0	4,0	3,3	2,75	1,4
Evaluación global por el médico	6,05	4,0	3,45	3,9	3,4	3,0
HAQ	1,75	1,15	1,2	1,185	1,37	1,62
Nº articulaciones dolorosas	18,5	7,0	6,0	6,0	3,0	3,0
Nº articulaciones tumefactas	10,0	4,0	2,0	2,0	1,0	1,0

\*Mediana de valores

**Conclusiones:** Los pacientes con AR refractaria mejoran de forma significativa, en cuanto a los parámetros clínicos y biológicos, con Infliximab, y esta mejora se mantiene durante el período de estudio sin acontecimientos adversos graves.

Con el soporte de Schering-Plough, España.

## 186

### SAFETY OF LEFLUNOMIDE IN RHEUMATOID ARTHRITIS; FROM CLINICAL TRIALS TO CLINICAL PRACTICE

B. Galarraga Gallastegui, A. Hassan, K.M. Jordan y R.D. Armstrong

Royal Bournemouth & Christchurch Hospitals, Wrightington Hospital, Southampton General Hospital.

**Background:** Clinical trials have shown that Leflunomide (LEF) is a safe and effective Disease modifying anti-rheumatic drug (DMARD) in rheumatoid arthritis (RA). It is equivalent to methotrexate (MTX) and sulphasalazine in treating RA and retarding disease progression. However, there has been concern regarding the safety of LEF and in particular its potential for liver toxicity. This study aims to assess the safety of LEF retrospectively in RA patients in a clinical practice setting.

**Methods:** Dual centre retrospective case review study of all patients fulfilling ACR criteria for RA who were started on Leflunomide between October 1999 and December 2001.

**Results:** 138 patients were identified. Only 131 case notes were available for review. Mean patient age was 61 years.

72% were female. Mean duration of RA was 15 years. Average number of previous DMARDs used 4,75 drugs. LEF was never the first DMARD. A loading dose of LEF was used in 72% of patients. LEF was used in combination in 22%, with MTX the most commonly used combination DMARD (average dose of 7.4 mg/week). Adverse events (AEs) occurred in 61% of patients. These included diarrhoea (31%), nausea (12%), abdominal pain (12%), headache (10%), reversible alopecia (4%), hypertension (8%), weight loss (4%), asthenia (8%) and skin rash. Transient elevation of liver enzymes occurred in 8%. These reverted to normal without dose alteration in half of the patients. No persistent elevation of liver enzymes in spite of dose alteration was recorded. AEs were reversible on dose reduction in 37%. They were less frequent with increased duration of treatment but correlated significantly with duration of RA ( $p 0,048$ ). There was no significant correlation with age, sex or number of previous DMARDs. The use of a loading dose was associated with significantly more diarrhoea, nausea and newly diagnosed hypertension. Combination therapy led to significantly more transient elevation of liver enzymes and deterioration of previously diagnosed hypertension. 55 (42%) patients discontinued the drug with an average treatment duration of 5 months. Reasons for drug withdrawal were AEs in 36 (27%), lack of efficacy in 14 (11%) and other in 5 (4%). AEs leading to drug withdrawal were diarrhoea in 17 (13%), nausea 8 (6%), abdominal pain 4 (3%), headache 6 (5%), hypertension 5 (4%), asthenia 7(5%) and skin rash 5 (4%). One patient died while on LEF due to dissection of thoracic aortic aneurysm. She suffered deterioration of her previously diagnosed hypertension on LEF.

**Conclusions:** LEF is a relatively safe drug. Although AEs were common, no serious liver toxicity or unexpected side effects were observed. AEs occur more with increased duration of RA and with the use of a loading dose.

## 187

### POLIMORFISMOS DE FCGR1IA (FCG RECEPTOR IIA) Y MBL ("MANOSA BINDING LECTIN") EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

I. Rúa Figueroa, M. A. Gantes, I. García Laorden, C. Erasquin, A. Naranjo y C. Rodríguez Gallego  
Hospital Doctor Negrin, Las Palmas de Gran Canaria.

Los polimorfismos del gen del FcγRIIa han sido implicados en la patogenia del LES. En varios, pero no todos los estudios, R131 ha resultado factor de riesgo genético de para la enfermedad y/o modificador de su presentación clínica. Asimismo existe controversia sobre si los alelos que condicionan baja producción de MBL ("manosa binding lectin") (Alelos 0) se asocian a LES. Ambas variantes genéticas podrían ocasionar deficiencias en el aclaramiento de inmunocomplejos en pacientes con LES.

Resultados preliminares comunicados por nuestro grupo no sustentan la asociación con susceptibilidad a padecer LES de ninguno de los polimorfismos de estos dos genes.

**Objetivos:** 1) determinar, en una población más amplia de pacientes si los polimorfismos gen del FcγRIIa o de MBL influyen en la susceptibilidad a padecer LES o en su presentación clínica. 2) si existe un efecto aditivo o sinérgico entre ambos polimorfismos.

**Métodos:** El genotipo FcgRIIa de 160 pacientes con LES (criterios ACR 1982) y 144 controles fue determinado mediante PCR-RFLP. El genotipo de MBL (en 168 pacientes y 188 controles) se estudió mediante PCR-RFLP, SDM-PCR-RFLP. Los datos clínicos fueron recogidos retrospectivamente.

**Resultados:** Las frecuencias alélicas y genotípicas de ambos polimorfismos genéticos se distribuyeron por igual entre pacientes y controles. Tampoco se apreciaron diferencias entre pacientes y controles combinando los genotipos anómalos: HR+AO (17,4% pacientes vs. 17,5% controles), HR+OO (3,5 vs. 2,5%), RR+AO (10,4% vs. 15,6%), RR+OO (1,4% vs. 1,3%). Analizando las características clínicas, el único hallazgo relevante fue que el 21,1% de los pacientes con genotipo RR ó 00 tenían nefritis frente a un 43,6% del resto de las combinaciones ( $p = 0,005$ , test exacto de Fisher) ( $N$  nefritis = 53).

**Conclusión:** En nuestra población, ni los polimorfismos del gen del FcgRIIa ni los de MBL ni la suma de ambas anomalías parecen aumentar la susceptibilidad a padecer LES. No se descarta un papel protector en cuanto al desarrollo de nefritis.

## 188

### ANÁLISIS DEL EFECTO DE DISTINTOS DONANTES NO EN LA MODULACIÓN DE APOPTOSIS EN CONDROCITOS

M.C. De Andrés, E. Maneiro, Á. Bonilla, M.J. López Armada, B. Caramés, M. Lires Dean, B. Cillero Pastor, J.A. Pinto, I. Fuentes, J.L. Fernández Sueiro, F. Galdo y F.J. Blanco García  
*Unidad de Investigación. Servicio Reumatología. C.H.U. Juan Canalejo. A Coruña.*

**Introducción:** La Osteoartritis (OA) está caracterizada por un incremento en la muerte de los condrocitos y la producción de NO. La primera generación de donantes de NO (SNP, SIN) induce apoptosis. Sin embargo, la última generación de estos donantes de NO (NOC-5; NOC-12) no es capaz de inducir apoptosis. La importancia patofisiológica de la mitocondria está ampliamente reconocida en los procesos apoptóticos.

**Objetivo:** Investigar el efecto de distintos donantes de NO (NOC-5, NOC-12 y SNP) en la actividad mitocondrial y su relación con la apoptosis.

**Material y métodos:** La obtención de muestras de explantes de cartilago se realizó a partir de cabezas femorales extraídas de individuos sometidos a intervención quirúrgica programada para artroplastia de cadera, y de articulaciones de rodilla sin ninguna patología articular procedentes de autopsias. Las células fueron analizadas por citometría usando la prueba JC-1 para medir el potencial de membrana mitocondrial, yoduro de propidio para determinar apoptosis y annexina-V-PI para determinar la integridad de la membrana celular y la apoptosis precoz. La expresión de mRNA de caspasas y la síntesis de proteínas fueron analizadas por ensayo de riboprotección y Western-blot, respectivamente.

**Resultados:** De todos los donantes de NO utilizados sólo el SNP indujo apoptosis en los condrocitos (85% en 12 horas). Además, el SNP (0,5 mM) indujo depolarización de la membrana mitocondrial tras 5 horas de incubación. Sin embargo, NOC-5 y NOC-12 en todas las dosis y períodos estudiados no modificó el potencial de membrana en los condrocitos. El análisis de la cadena de respiración mitocondrial mostró que el SNP (0,5 mM) a 5 horas reduce la actividad del complejo II (37%) y III (13%). Para estudiar la relación de la actividad de ambos complejos con la apoptosis, fueron emplea-

dos inhibidores mitocondriales específicos de complejo II y III. Los resultados mostraron que la inhibición individual no induce apoptosis, sin embargo la inhibición simultánea de ambos complejos indujo la apoptosis de los condrocitos. Los estudios realizados en condrocitos normales mostraron que el SNP indujo la expresión del mRNA de las caspasa-3, 8 y 7 de forma y tiempo dependiente. Hubo una expresión importante a las 6 horas que alcanzó un pico máximo a las 12 horas y comenzó a disminuir a las 24 horas. Los valores en 12 horas respecto de los niveles basales fueron: Caspasa-3: 390%; caspasa 8: 650%; caspasa 7: 210%.

**Conclusiones:** Los donantes de NO no mostraron diferente perfil en la actividad mitocondrial. Estos descubrimientos pueden explicar el diferente resultado de los donantes de NO en la apoptosis del condrocito.

## 189

### LA INHIBICIÓN DE LA FOSFATASA 1 Y 2A MODULA LA APOPTOSIS EN CONDROCITOS OSTEOARTRÍTICOS HUMANOS INDEPENDIENTEMENTE DE LA PRODUCCIÓN DE ÓXIDO NÍTRICO

B. Caramés, M.J. López Armada, I. Fuentes, B. Cillero Pastor, M. Lires Dean, B. Lema, E. Maneiro, M.C. De Andrés, A. Bonilla, J. A. Pinto, F.J. de Toro, J.L. Fernández Sueiro, F. Galdo y F.J. Blanco García  
*Unidad de Investigación. Servicio Reumatología. C.H.U. Juan Canalejo.*

No hay duda de que la muerte de los condrocitos puede contribuir a la progresión de la osteoartritis (OA). El presente estudio subraya la importancia de la inhibición de la proteína fosfatasa 1 y 2A en la modulación de la apoptosis en condrocitos humanos. La disfunción mitocondrial y la activación de las caspasas están involucradas en la apoptosis. En este estudio, nosotros evaluamos los efectos del ácido okadaico, un inhibidor de las fosfatasas 1/2A, sobre la activación de las caspasas, la familia de proteínas de Bcl-2 y el potencial de membrana (PM) mitocondrial en condrocitos humanos OA. Los estudios iniciales han mostrado que el ácido okadaico (10, 20 y 50 nM) induce la expresión del ARNm de las caspasas ejecutoras 3 y 7 de una forma tiempo y dosis dependiente (por ensayo de riboprotección) Hubo un rápido incremento a las 12 horas después de ser estimulados que alcanzó el pico máximo a las 24 h (caspasa 3: 240% y caspasa 7 300% vs basal 100%,  $n = 3$ ,  $p < 0,05$ ) y empezó a disminuir a las 48 h. Las caspasas-2, -5 y -6 se detectaron, sin embargo sus niveles no se modificaron de forma significativa con ninguna de las dosis ni tiempos empleados. Los resultados de expresión de los componentes de la familia de Bcl-2 mostraron una disminución en los niveles de las proteínas antiapoptóticas Bcl-W, Bcl-X y mcl-1. Las caspasas-3 y -7 también fueron evaluadas a nivel proteico mediante western-blot. El ácido okadaico indujo la activación de la caspasa-7 de una forma dosis- y tiempo-dependiente (ácido okadaico 50 nM: 250% vs basal,  $n = 3$ ,  $p < 0,05$ ). El estudio de la variación del PM mitocondrial se evaluó con 5,5',6,6'-tetracloro-1,1',3,3'-tetraetilbenzimidazol carbocianina yodada empleando citometría de flujo. Como control positivo, la despolarización de la membrana mitocondrial fue inducida con valinomicina (1 uM). Cuando los condrocitos fueron incubados durante 12 horas con varias concentraciones de ácido okadaico disminuyó PM mitocon-

drial de una forma dosi-dependiente (10 nM okadaic acid: 40% vs control, n = 3, p < 0,05). Finalmente, la inhibición de la fosfatasa 1 y 2A es capaz de modular la expresión de la forma inducible de la óxido nítrico sintasa y dado que el óxido nítrico (NO) esta implicado en la apoptosis del condrocito nosotros quisimos evaluar si la apoptosis inducida por la inhibición de fosfatasa 1 y 2A en condrocitos esta mediada por la inducción del NO. El ácido okadaico no fue capaz de inducir la producción de NO (valorado por el método de Greiss) tras 48 horas de incubación con ninguna de las dosis empleada. Estos resultados sugieren que la inhibición de fosfatasa 1 y 2A puede modular la apoptosis en condrocitos OA humanos independientemente de la producción de óxido nítrico.

## 190

### SUPERVIVENCIA DE LOS FARMACOS MODULADORES DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTROPATIA PSORIASICA

N. Garrido Puñal, M. Matías de la Mano, I. Saenz del Castillo, L. González Hombrado, R. Almodovar González, B. Joven Ibañez, A. García Velasco E I. Mateo Bernardo  
*Servicio de Reumatología, Hospital 12 de Octubre.*

**Objetivo:** Estudiar la supervivencia de los distintos fármacos moduladores de la enfermedad (FAMEs) en pacientes con artropatía psoriasisica (APs).

**Material y métodos:** Se revisaron un total de 302 cursos de tratamiento con FAMEs en 152 pacientes diagnosticados de Aps en nuestro Servicio de Reumatología desde el año 1977 hasta la actualidad. Los datos fueron recogidos de forma retrospectiva a través de la historia clínica según un protocolo establecido. Los 152 pacientes ( 73H/79M) con una edad media de 58,09±13,05. La edad al diagnóstico de la enfermedad es de 44,43±27,18. Presentaban un tiempo de evolución de la enfermedad desde el inicio de los síntomas hasta el

diagnóstico de 3 años. Según la clasificación de Wright y Moll, el 60,7% presentaban afectación poliarticular, 27,5% oligoarticular, 7,2% espondilítica, 3,3% afectación de IFD y 1,3% mutilante. 67,1 % presentaban datos de gravedad en la primera visita (más de 6 articulaciones inflamadas o reactantes de fase aguda elevados o erosiones) y el 60,8% habían utilizado esteroides en alguna ocasión. De cada paciente se recogieron el número de FAMEs totales, edad de inicio, duración del tratamiento y motivo de suspensión. Se realizaron curvas de Kaplan-Meier para estimar la supervivencia del tratamiento y se analizaron las causas de suspensión. Se realizó análisis multivariante según regresión de COX para analizar la influencia de otras variables demográficas y clínicas en la duración del tratamiento.

**Resultados:** los resultados de supervivencia aparecen recogidos en tabla 1.

Tabla 1. Resultados de supervivencia de FAMEs.

	Nº tratamientos	Tiempo medio (m)
ORO (v.o)	7	39,70 ± 72,40
ORO (i.m)	56	66,95 ± 64,85
SALAZOPIRINA (SSZ)	40	35,95 ±34,94
METOTREXATE (MTX)	112	50,98 ± 54,06
CLOROQUINA (CL)	29	21,38 ± 24,77
MTX+CL	8	29,05 ± 32,03
MTX+SSZ	13	26,23±18,79
MTX+SSZ+CL	7	20,00±39,70
LEFLUNOMIDA	7	7,99 ± 7,28
CICLOSPORINA A	9	26,95 ± 31,74
AZATIOPRINA	7	34,65 ± 45,26
D-PENICILAMINA	3	20,32 ± 16,33
INFLIXIMAB	4	7,87 ± 7,08

**Conclusiones:** El FAME más frecuentemente utilizado es metotrexate seguido de las sales de oro im, siendo este último, el FAME con mayor supervivencia.

### 3ª Sesión

Viernes 30 de mayo

191

#### TIAZIDAS, HIPOMAGNESEMIA, HIPOVITAMINOSIS D E HIPERPARATIROIDISMO: UN COCTEL EN LA PATOGENIA DE LA PSEUDOGOTA DEL ANCIANO

F. Perez Ruiz  
Baracaldo.

**Objetivos:** Determinar si hay diferencias en los niveles de Mg durante los ataques de pseudogota primaria y no sólo en fase intercrítica.

**Métodos:** Estudio de casos (Psg definida como artritis aguda, condrocalcinosis en al menos 2 articulaciones y visualización de cristales de pirofosfato cálcico dihidratado en líquido sinovial, excluyéndose hemocromatosis e hiperPTH primario) y controles (pacientes con brotes de artritis de otras etiologías), pareados por edad y género. Se determinaron: Mg, Cr, Ca, P, Na y K en sangre y orina, calculándose las excreciones fraccionadas, así como PTH, 25OHD3 y Falc en sangre. Monitorizó a los pacientes durante 12 meses, tratándose los casos con hipovitaminosis D.

**Resultados:** 20 pacientes y 20 controles, 34/40 (85%) mujeres, edad  $72,9 \pm 6,0$  (65-90). 8 pacientes y 3 controles tomaban tiazidas ( $p = NS$ ). Los niveles séricos de Mg fueron más bajos en pacientes que controles tanto sin tiazidas como con tiazidas ( $1,85 \pm 0,32$  vs.  $2,14 \pm 0,14$ ,  $p = 0,017$  y  $1,81 \pm 0,37$  vs.  $2,09 \pm 0,21$ ,  $p = 0,025$ ) y la hipomagnesemia fue más frecuente en Psg que en controles (6/20 vs. 1/20,  $p = 0,047$ ). En los pacientes con Psg, no había diferencia en los niveles séricos de Mg respecto a la toma de tiazinas, mientras que la excreción fraccionada de Mg fue baja - déficit exógeno - en los que no tomaban tiazidas y elevada - pérdida renal - en los que las tomaban ( $3,18 \pm 1,89$  vs.  $8,36 \pm 3,52\%$ , respectivamente,  $P = 0,000$ ). Los niveles de PTH y Falc fueron superiores en pacientes que en controles y aunque los niveles de 25OHD3 fueron similares, los pacientes con Psg mostraron más frecuentemente deficiencia severa (4/20 vs. 1/20) e hiperparatiroidismo secundario (5/20 vs 1/20). Los niveles de PTH y Falc se normalizaron tras la administración de 25OHD3 PO. durante el seguimiento evolutivo de los pacientes con pseudogota, observándose además episodios de hipomagnesemia en otros 3 pacientes, con un total de 9/20 (45%) pacientes con episodios de hipomagnesemia.

**Conclusiones:** Los ancianos con Psg muestran niveles séricos de Mg más bajos durante los ataques que los controles, un 30% con hipomagnesemia. La reducción de los niveles de Mg, asociado o no a la toma de tiazidas y el hiperPTH asociado a hipovitaminosis D, podrían relacionarse con la mayor prevalencia de condrocalcinosis en los ancianos. Estos aspectos merecen ser confirmados o refutados en una serie más amplia.

192

#### ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PRESENCIA DE PSICOPATOLOGÍA ENTRE PACIENTES CON FIBROMIALGIA (FM) Y CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

J. Wulff Alonso, M. Serra Riera y A. Rodríguez de la Serna  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

**Objetivo:** Valorar la presencia de alteraciones psicopatológicas en pacientes con AR y compararlos con una población patrón de FM.

**Pacientes y métodos:** Se estudiaron 35 pacientes con AR (33 mujeres y 2 hombres) con edad media de 59,9 años (rango de 35-83) y 50 pacientes con FM (48 mujeres y 2 hombres) con edad media de 49,5 años (rango de 28.65). Criterios de clasificación y diagnóstico de la American College of Rheumatology (ACR) para la enfermedad reumática y del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) para la psicopatología. Pruebas psicodiagnósticas: General Health Questionnaire (GHQ), Inventario de ansiedad estado (STAI-E) y ansiedad rasgo (STAI-R) de Spielberger, Cuestionario de depresión de Beck (BDI), Cuestionario VS (Vicisitudes sociales) -valoración de las áreas psicosociales- y McGill Pain Questionnaire de Melzac (Historia clínica y Cuestionario adjetival) -valoración de la descripción e intensidad del dolor-.

**Análisis estadístico:** codificación e introducción de los datos en el programa Acces 2000 y analizados mediante Excel 97 y el paquete SPSS/WN (Statistical Package for Social Sciences) versión 10.

**Resultados:** Los AR son de mayor edad ( $p = 0,000$ ) que los FM. Los AR presentan menor formación académica ( $p = 0,037$ ). En los AR predomina la profesión de amas de casa con respecto a los FM ( $p = 0,01$ ). Los FM presentan mayor psicopatología en GHQ ( $p = 0,000$ ), STAI-E ( $p = 0,000$ ), STAI-R ( $p = 0,001$ ) y BDI ( $p = 0,000$ ) que los AR. Los FM presentan niveles de satisfacción en el ámbito familiar ( $p = 0,004$ ), laboral ( $p = 0,000$ ) y social ( $p = 0,009$ ) menores con respecto a los AR. En el Cuestionario McGill: las intensidades expresadas adjetivamente son más frecuentes en el área sensitiva en los FM que en los AR ( $p = 0,056$ ). No existen diferencias en los adjetivos con carga emocional entre FM y AR. Los FM consumen más psicofármacos que los AR ( $p = 0,012$ ).

**Conclusiones:** Como grupo los pacientes con FM presentan claras diferencias con los pacientes con AR tanto en los datos sociodemográficos, en la presencia de psicopatología, niveles de satisfacción en las diferentes áreas de su vida, la percepción e intensidad del dolor, como en la administración de psicofármacos.

193

#### PERTINENCIA DE MICROCRISTALES EN EL LÍQUIDO ARTICULAR

J. del Blanco Barnusell\*, M. Pérez Vera\*\*, G. Estragué Bartomeu\*\*\*, A. Jovani Meseguer\*\*\*, C. Orrit Brossa\*\*\* y D. García Pina\*\*

\*Servicio de Reumatología. \*\*Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. \*\*\*Citotécnico. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Sant Jaume de Calella, Barcelona.

**Objetivo:** El objetivo del presente estudio es conocer como influye el paso del tiempo en los microcristales detectados en el líquido articular. Existen diversos estudios que analizan la persistencia de estos microcristales pero con resultados contradictorios respecto al número de días y el tipo de cristales que permanecen en el tiempo. También se plantea el conocer si estas diferencias se relacionan con el pH.

**Método:** Se trata de un estudio observacional, prospectivo, descriptivo y analítico. Se han analizado, de forma convencional con microscopía óptica y luz polarizada, los líquidos articulares que contienen microcristales obtenidos entre los meses de marzo y setiembre de 2002. El líquido articular se ha conservado a 4º y se ha dividido en 8 muestras que se

han examinado sucesivamente entre los días 1 y 10 después de la recogida. Se determina: 1. La cantidad de cristales observados en el líquido articular; cuatro categorías: 0-1-2-3 (variable cuantitativa discreta). 2. Tipo de cristal: cristales de urato, cristales de pirofosfato cálcico u otros cristales (variable cualitativa nominal). 3. Tiempo medido en días (variable cuantitativa discreta). 4. pH del líquido articular (variable cuantitativa continua).

**Resultados:** Se han analizado 36 líquidos articulares. El 55% (20) de los líquidos articulares contienen cristales de urato, el 42% (15) de pirofosfato y 1 (2,7%) cristales no filiados. El número de cristales en el líquido articular se ha mantenido constante durante los 10 días en 32 de los líquidos articulares estudiados. Los cristales han desaparecido en 3 casos, uno de cristales de urato, uno de cristales de pirofosfato y el caso de cristales no filiado, desapareciendo al 5º, 7º y 8º día, respectivamente. El pH era de 6,5 y 8,0 en los dos primeros casos. La cantidad de cristales ha disminuido en un caso de cristales de urato, a partir del 3er día. Estas diferencias no son estadísticamente significativas, según el test de chi-cuadrado.

**Conclusiones:** No hay diferencias estadísticamente significativas entre el número y el tipo de cristal encontrado en el líquido articular, estudiado en el momento de la artrocentesis y pasados 10 días. La diferencia de pH no parecen influir en los resultados. Aunque en condiciones ideales no debe demorarse el análisis del líquido articular, una demora de 10 días no supone a priori un resultado erróneo.

## 194

### SIGNIFICADO CLÍNICO DE LA HIPOCOMPLEMENTEMIA EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS. ANÁLISIS DE 1.202 PACIENTES

M. García Carrasco, M. T. Campoamor, O. Trejo, G. Claver, S. Jimenez, S. Segura, G. Salvador, J. C. Botero, J. Font, V. Gil, G. Claver y M. Ramos Casals  
*Servicio de Enfermedades Autoinmunes, Hospital Clinic.*

**Objetivo:** Analizar la prevalencia y el significado clínico de la existencia de valores disminuidos de C3, C4 y CH50 detectados durante el seguimiento de pacientes con enfermedad autoinmune sistémica.

**Pacientes y métodos:** Entre 1992 y 2001, se realizaron en nuestro Servicio de Inmunología un total de 6318 determinaciones de valores del complemento fueron realizadas correspondientes a pacientes ingresados y en régimen ambulatorio procedentes de nuestro Servicio. Fueron analizados 597 pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), 253 con síndrome de Sjögren primario (SSP), 184 con crioglobulinemia asociada al VHC, 70 con síndrome antifosfolípido primario (SAF), 47 con esclerosis sistémica, 40 con fenómeno de Raynaud (FR) primario y 11 con sarcoidosis. Se consideró hipocomplementemia la existencia de valores bajos de C3 (C3 < 0,82 g/L), C4 (C4 < 0,11 g/L) y/o CH50 (CH50 < 34 U/mL) en al menos dos determinaciones distintas.

**Resultados:** Hemos detectado hipocomplementemia en el 78% de los pacientes con crioglobulinemia asociada al VHC, en el 62% de LES, 47% de los pacientes con SAF, 28% de los pacientes con esclerosis sistémica, 25% de los pacientes con SSP, en el 10% de los pacientes con FR primario y en ninguno de los pacientes con sarcoidosis. En el LES, encontramos asociación estadísticamente significativa con la existencia de nefropatía, crioglobulinas y positividad de los anticuerpos

anti-dsDNA, así como con un mayor número de días de hospitalización acumulados. En el SSP, la hipocomplementemia se asoció con la existencia de manifestaciones clínicas extraglandulares (pulmonar, vasculitis cutánea, neuropatía, fiebre, adenopatías y artritis), crioglobulinemia y una mayor mortalidad. En el SAF, la hipocomplementemia se asoció con la existencia de valvulopatía, trombocitopenia y valores positivos de anti-dsDNA. En los pacientes con crioglobulinemia asociada al VHC, la hipocomplementemia se asoció a un mayor criocrito y a trombocitopenia.

**Conclusión:** Hemos detectado distintas prevalencias y asociaciones clínicas de la hipocomplementemia según la enfermedad autoinmune de base. Desde un punto de vista práctico, aconsejamos la determinación rutinaria de los niveles del complemento en el seguimiento de aquellos pacientes con LES, SSP y SAF, mientras que en el resto de enfermedades autoinmunes analizadas (crioglobulinemia asociada al VHC, esclerosis sistémica, FR primario y sarcoidosis) su determinación parece tener una escasa relevancia clínica.

## 195

### ACETATO DE PARAMETASONA EN EL TRATAMIENTO LOCAL DEL ESPOLÓN CALCÁNEO SINTOMÁTICO

M. P. Lisbona Perez, D. Rotes Sala, N. Segales Plana, V. Torrente Segarra, L. Perez Edo, P. Benito Ruiz y J. Carbonell Abelló  
*Servicio de Reumatología I.M.A.S. Hospital del Mar y Esperanza. U.A.B. Barcelona*

**Objetivo:** Evaluar la eficacia clínica de la infiltración con acetato de parametasona en el espolón calcáneo sintomático.

**Pacientes y métodos:** De un total de 2733 infiltraciones, realizadas en una consulta monográfica del servicio de Reumatología del I.M.A.S (Barcelona) en los últimos 7 años, el 3% corresponden a espolón calcáneo. Se recogieron los siguientes datos en un protocolo previamente establecido: edad, sexo, localización (derecho, izquierdo), número de infiltración, respuesta referida por el paciente a las 3 semanas (peor, igual, mejor) y presencia de efectos adversos. La infiltración se realizó en todos los casos en el punto calcáneo interno (vía lateral).

**Resultados:** 83 infiltraciones realizadas en 33 pacientes (25 mujeres/8 hombres) con espolón calcáneo sintomático (67,5% pie derecho/32,5% pie izquierdo). Edad media 60,6 años (DE 10,54). La talalgia fue en el 100% de los pacientes la indicación de infiltración. La relación número de infiltración/mejoría clínica, se presenta en la tabla 1.

Número de infiltración	Mejoría clínica (%)
1	34,9
2	19,2
3	15,6
> 3	17,1

En el 13,2% de los casos no se obtuvo la respuesta esperada, con empeoramiento o ausencia de respuesta clínica. La presencia de hematoma local en el área infiltrada fue descrito en un solo paciente.

**Conclusiones:** La infiltración con acetato de parametasona puede ser una opción terapéutica eficaz como tratamiento coadyuvante en los pacientes con espolón calcáneo sintomático.

196

**FALTA DE ASOCIACIÓN DEL POLIMORFISMO -1722 T > C DEL PROMOTOR DE CTLA-4 CON SUSCEPTIBILIDAD A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

L. Fernández Blanco, M. Liz Graña, P. Carreira, J.J. Gómez Reino y A. González  
Hospital Clínico Universitario de Santiago.

**Objetivos:** Comprobar si un nuevo polimorfismo identificado en la región promotora de CTLA-4 participa en la predisposición a LES. Este polimorfismo (-1722 T > C) ha sido fuertemente asociado con susceptibilidad a LES en pacientes coreanos e identifica un haplotipo de CTLA-4 en la población europea.

**Métodos:** Se han estudiado 168 pacientes con LES según los criterios de la ACR y 189 controles. Se determinaron los alelos del polimorfismo -1722 T > C mediante una nueva técnica, PCR-Confronting Two-Pair Primers, que amplifica conjuntamente los dos alelos con pares de primers alelo-específicos. Se compararon las frecuencias alélicas mediante el likelihood ratio test y se determinó la potencia estadística post-hoc con el programa Gpower.

**Resultados:** No se observaron diferencias significativas entre las frecuencias de los alelos del polimorfismo -1722 T > C entre controles y pacientes con LES. Este resultado negativo se obtuvo con una potencia estadística de 0,87 para detectar un efecto como el encontrado en la población coreana (OR = 2,06).

**Conclusión:** Algunos de los polimorfismos en el gen de CTLA-4 se han encontrado consistentemente asociados a susceptibilidad a diabetes tipo 1 y a las tiroiditis autoinmunes, sin embargo la evidencia de su participación en la susceptibilidad a LES es controvertida. La evidencia más fuerte proviene de un estudio analizando el polimorfismo -1722 T > C en pacientes coreanos. Nosotros no hemos podido confirmar este resultado en pacientes de nuestro país. Es muy probable que este resultado esté relacionado con heterogeneidad genética en la enfermedad y en las poblaciones: el LES en pacientes asiáticos tiene características clínicas muy diferentes de las observadas en los caucasoides y las frecuencias de los alelos de -1722 T > C son muy diferentes en las dos poblaciones.

**Bibliografía:**

- L Hudson, K Rocca, Y Song, J Pandey. CTLA-4 gene polymorphism in systemic lupus erythematosus: a highly significant association with a determinant in the promoter region. Hum Genet 2002;111:452-5.  
G Johnson, I Esposito, B Barrat et al. Haplotype tagging for the identification of common disease genes. Nat Genet 2001;29:233-7.

**Agradecimientos:** Este trabajo es posible por la generosa contribución de los pacientes y de los miembros de los Servicios de Reumatología de los hospitales participantes. Financiado por el proyecto FIS 01/3138.

197

**TENDINITIS CALCIFICANTE DE HOMBRO: PUNCIÓN ASPIRATIVA DIRIGIDA CON ECOGRAFÍA**

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

**Introducción:** La tendinitis calcificante de hombro (T.C.H.) es una patología muy común en nuestro medio, que provo-

ca importante dolor y limitación. La calcificación surge como consecuencia de un proceso inflamatorio local y además es un factor de riesgo para provocar nuevas tendinitis. La eliminación de dicha calcificación se ha basado hasta ahora en el tratamiento quirúrgico y con ultrasonidos.

**Objetivo:** Evaluar la utilidad terapéutica de la técnica de punción aspiración dirigida por ecografía de las T.C.H., así como las características ecográficas de la T.C.H. y su relación con el éxito del tratamiento.

**Material y métodos:** Hemos realizado un estudio prospectivo con un grupo de 50 pacientes, diagnosticados de T.C.H. (mediante exploración clínica y Rx simple de hombro) resistente a terapia conservadora. Utilizamos un protocolo de actuación realizando en una primera visita: 1) Valoración clínica del hombro en relación a los grados de movilidad que desencadenan dolor y limitación. 2) Índice de dolor y discapacidad del hombro afecto (SPADI), consistente en 13 preguntas que el paciente debe valorar en una escala analógica. 3) Estudio de las características radiológicas y ecográficas de la T.C.H. 4) Aspiración de la calcificación tras inyección local de anestésico disuelto en suero fisiológico, así como infiltración local de corticoide. En una segunda visita, 2 meses más tarde, se realiza una nueva valoración utilizando el mismo protocolo. Se dispone de un ecógrafo con sonda de 7,5 mH, una aguja intramuscular y una jeringa de 10 cc.

**Resultados obtenidos:** Hemos constatado una mejoría estadísticamente significativa comparando los resultados obtenidos en el protocolo realizado previa y posteriormente al tratamiento. Exponemos las características de las calcificaciones y su relación con la efectividad del tratamiento. Queremos destacar la ausencia de efectos adversos relevantes en nuestra serie de pacientes.

**Conclusiones:** La punción aspirativa de la T.C.H. es una técnica rápida, efectiva y que implica bajo riesgo de efectos adversos, y constituye otra opción terapéutica en este tipo de patología.

198

**ARTRITIS SÉPTICA EN PACIENTES CON TRANSPLANTE RENAL**

E. Soriano Navarro, C. Marras Fernández Cid, R. González Molina, S. Llorente Viñas, F. A. Martínez Angosto, J. Martínez Ferrín, J. Giménez Sánchez y P. Castellón de Arce  
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

**Introducción:** Las complicaciones infecciosas son frecuentes en los pacientes a los que se ha realizado un trasplante renal. Aunque estas infecciones pueden aparecer en cualquier localización no es frecuente que asienten sobre estructuras articulares. En los últimos años, coincidiendo con la introducción de nuevos tratamientos inmunosupresores, parece haber aumentado la incidencia de artritis infecciosa en este tipo de pacientes.

**Objetivo:** Estudiar la aparición de artritis séptica en pacientes trasplantados en nuestro hospital, documentando datos como tiempo postrasplante, localización articular, microorganismo causante, foco extraarticular, tratamiento inmunosupresor, respuesta a tratamiento, necesidad de tratamiento quirúrgico y evolución.

**Métodos:** Revisión de historias clínicas de los pacientes trasplantados de riñón en nuestro hospital desde julio de 1985 hasta diciembre de 2002.

**Resultados:** Desde el inicio del programa de trasplante renal se han realizado en nuestro hospital 502 trasplantes. Ha habido 5 casos de artritis séptica. El primero de estos casos apareció en el año 85, mientras que los cuatro restantes han acontecido en los últimos cinco años. La localización y los microorganismos causantes de las infecciones fueron: rodilla (2) (*Pseudomonas aeruginosa* y *E. Coli*), hombro (*E. Coli*), carpos y codo (*S. Aureus*), tarso (*corinebacterium*). En los dos casos en los que se aisló *E. Coli* se había objetivado urocultivo positivo para dicho agente. En el caso producido por *S. Aureus* se descubrió posteriormente un foco de osteomielitis en fémur. En el momento de la infección cuatro de ellos estaba siendo tratado con la combinación de prednisona + ciclosporina + micofenolato mofetil, y uno de ellos con prednisona + azatioprina + ciclosporina. En general la respuesta al tratamiento médico y la evolución articular fue desfavorable. Dos de los pacientes desarrollaron estado séptico, falleciendo durante el proceso.

**Conclusiones:** Según nuestra experiencia la incidencia de artritis séptica en pacientes trasplantados ha aumentado en los últimos años, y esto podría estar en relación con los inmunosupresores introducidos recientemente, en concreto con el micofenolato mofetil. La respuesta a tratamiento antibiótico suele ser insatisfactoria, y la necesidad de tratamiento quirúrgico es habitual.

## 199

### UTILIDAD DE LA CAPILAROSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL FENÓMENO DE RAYNAUD

M. Moreno, H. Corominas, A. Laiz, J. Llobet, A. Rodríguez De La Serna, C. Geli, C. Diaz Lopez y G. Vázquez  
*Hospital Sta Creu i St. Pau. Barcelona.*

**Objetivos:** El fenómeno de Raynaud es una manifestación clínica de vasoconstricción distal desencadenado por el frío y/o estrés, seguida de vasodilatación reactiva. Se distinguen tres fases: la palidez, cianosis y eritema. El dato clínico más fiable es la palidez. Puede acompañarse de dolor y adormecimiento de los dedos. Este fenómeno puede ser primario o secundario a gran variedad de enfermedades, entre ellas las colagenopatías. El Sd. de Raynaud puede ser la primera manifestación de la Esclerodermia. La capilaroscopia es una técnica no invasiva que permite examinar las características de los capilares de la dermis papilar, observando directa y selectivamente la red capilar proximal del lecho ungueal mediante biomicroscopía. Las variaciones en las características de los capilares nos ayudan en el diagnóstico diferencial entre fenómeno de Raynaud primario y secundario.

**Material y métodos:** Se realizó la técnica de capilaroscopia a 48 pacientes cuyo motivo de consulta era síndrome de Raynaud. El periodo comprende desde Abril del 2002 a Enero del 2003. Se hizo inspección de la red capilar proximal del lecho ungueal de los dedos de las manos exceptuando el primer dedo bilateral. Las características evaluadas fueron: densidad capilar, áreas de pérdida capilar, longitud, morfología, existencia de megacapilares, trombosis y hemorragias, visibilidad del plexo venoso y coloración del tejido pericapilar.

**Resultados:** De los 48 pacientes estudiados, cuyo motivo de consulta fue síndrome de Raynaud, el 66% presentaba una densidad capilar disminuida moderadamente, el 25% disminución importante y era normal en el 8.3%. Las áreas de

pérdida capilar eran leves en el 39,58%, moderadas en el 33,3%, importantes en el 12,5% y sin áreas de pérdida capilar en el 14,58%. La mitad de ellos conservaban la longitud mientras el otro 50% estaba acortada. La morfología era en horquilla en el 56,25%, sinuosos en el 29,16% y con otras morfologías (banco de peces) en el 14,58%. Se observaron megacapilares en el 25%, el 16,6% tenía trombosis y aparecían hemorragias en un 29,16%. El plexo venoso no era visible en el 81,25% siendo visible en el 18,75%. La coloración de los tejidos pericapilares era en edema en el 41,6%, palidez en el 39,58% y normal en el 18,75%. La valoración diagnóstica tras la capilaroscopia fue de Síndrome de Raynaud en el 75%, Raynaud asociado a colagenopatía el 16,6% y síndrome esclerodermiforme en el 8,3%.

**Conclusiones:** De los 48 casos estudiados que presentaban como síntoma inicial y aislado el fenómeno de Raynaud, la mayor parte de ellos (75%) presentaban una capilaroscopia compatible con fenómeno de Raynaud primario, el 16,6% se observaban cambios compatible con fenómeno de Raynaud secundario asociado a colagenopatía y el 8,3% los cambios eran compatibles con Esclerodermia. La capilaroscopia es una técnica no invasiva y sencilla de realizar, que resulta útil en el diagnóstico diferencial del fenómeno de Raynaud (primario, secundario) y en el estadiaje de éste. En el caso de la Esclerodermia la capilaroscopia tiene una sensibilidad superior a la de los anticuerpos anticentrómero.

## 200

### QUE CUADROS REUMATOLÓGICOS SE ATIENDEN EN UNA CONSULTA AMBULATORIA DE TRAUMATOLOGÍA

A. Romero Pérez, A. Rivas Velasco, V. Ramírez Tabernero y J. Morales  
*Hospital General Básico de Baza.*

**Objetivo:** Analizar cuales son los diagnósticos y tratamientos más frecuentes que se establecen en una consulta ambulatoria de primera visita de traumatología.

**Introducción:** La patología de ap. locomotor es compartida por las especialidades de traumatología y ortopedia, reumatología y rehabilitación desde diferentes campos bien delimitados. El aumento de prevalencia de enfermedades articulares degenerativas resultado del progresivo envejecimiento poblacional ha provocado una creciente demanda de estos profesionales durante estos últimos años.

**Material y métodos:** Se realiza un análisis estadístico que recoge los diferentes diagnósticos y tratamientos de 2.134 pacientes atendidos en una consulta de primera visita de traumatología del Hospital de Baza (Granada) durante el año 2002.

#### Resultados:

A. Patología articular (49%):

A.1 Artrosis (33,6%): generalizada (6,7%), localizada {gonartrosis (10%), coxartrosis (5%), espondiloartrosis (11,7%), {cervical (3%), dorsal (1,7%), lumbar (7%)}

A.2 Inflamatoria (7,3%): microcristalinas (3,7%) [gota (1,7%), condrocalcinosis (2%),] autoinmunes (3,6%) [a. reumatoide (2,9%), espondilop. seronegativas (0,7%) [a. reactivas (0,2%), psoriásica (0,3%), anquilosante (0,1%), enterógenas (0,1%)].

A.3 Traumáticas (8,1%) {condromalacias (7,1%), osteonecrosis (1%)}

B. Patología de partes blandas (24%): fibromialgia (7,2%), pat. manguito rotador (4,8%), entesopatías plantares (2,4%)

{espolones, fascitis metatarsalgias, esguinces (1,2%) {cervical, rodilla, tobillo} meniscopatías (0,9%), gangliones (2%), dedos en resorte (1,6%), tendinitis (3,8%).

C. Alt. de la estática (12%): columna {escoliosis (3%), cifosis (0,3%), Scheuerman (0,8%)} extremidades {displasia cadera (1%), genu valgo (0,3%), pie plano-cavo (3%), hallus valgus (4%), dedos-martillo (0,5%)}.  
D. Alt. estructurales del raquis (5%): discopatías (2%) (cervical (0,3%), lumbar (1,7%), estenosis canal (0,7%) espondilolistesis (1%), espondilolisis (0,1%), inestabilidad (dorso-lumbar) (0,1%), lumbo-sacra (1,1%).

E. Neuropatías por atrapamiento (3%): tunel del carpo (2,4%), otros (0,6%).  
F. Alt. metabolismo óseo (6%): osteoporosis (4,9%), algodistrofias (1,1%).

**Tratamientos establecidos:** A. patología articular: Tratamiento médico (72%), quirúrgico (20%), rehabilitador (8%). B. Pat. partes blandas: 62%, 25% y 13% respectivamente C. Alt. estática: 40%, 2% y 58% D: Alt. estructurales del raquis: 57% médico, 8% quirúrgico y 35% rehabilitador-ortésico. E. Neuropatías por atrapamiento: 23% médico y 77% quirúrgico, respectivamente; F. Alt. metabolismo óseo: 80% tratamiento médico y 20% tratamiento rehabilitador.

**Conclusiones:** 1) La mayor parte de las patologías que se derivan a una consulta de traumatología corresponden a cuadros reumatológicos, que van a recibir tratamiento médico en la mayoría de los casos. 2) El reumatólogo puede jugar un papel fundamental en el seguimiento de gran parte de la patología de una consulta de traumatología. 3) La participación del reumatólogo podría mejorar la eficiencia global de la consulta, liberando al traumatólogo de patologías con las que no está familiarizado.

## 201

### INFLUENCIA DE LAS RECOMENDACIONES DE LA SER EN LA DERIVACIÓN DEL DOLOR LUMBAR A URGENCIAS Y SU MANEJO

C.A. Montilla, J. Medina Luezas, N. Caro, M. Carrera, A. Martínez, A. Urruticoechea y V. del Villar  
*Hospital General de Soria.*

**Introducción:** El dolor lumbar es uno de los motivos de consulta médica más frecuente en los países desarrollados. En España el 4,3% de las personas que lo padecen acuden a los servicios de urgencias. En los últimos años se han publicado diversas recomendaciones de sociedades científicas y guías de práctica clínica sobre el dolor lumbar con la finalidad de mejorar la atención a los enfermos y racionalizar el elevado coste socio-sanitario derivado de este problema.

**Objetivo:** Analizar el efecto de las recomendaciones sobre el manejo del dolor lumbar consensuadas entre las sociedades de medicina general, SER y SECOT (1997), tanto en las características de los pacientes atendidos en urgencias hospitalarias por este problema como en los estudios complementarios que se realizaron.

**Métodos:** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con dolor lumbar (con o sin ciática) no traumático que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital General de Soria en los meses de octubre y noviembre de los años 1993 y 2000. Se recogieron de forma protocolizada antecedentes de patología raquídea, manifestaciones clínicas, métodos de imagen realizados y posterior seguimiento en servicios hospitalarios.

**Resultados:** Se resumen en la tabla:

	1993 (nº39)	2000 (nº37)	p
Edad	56,2 ± 20,1	51,3 ± 21,8	ns
Irradiación-parestésias	48,7%	45,9%	ns
Evol menor 7 días	53,8%	75,7%	< 0,05
Evol mayor 7 días	46,2%	24,3%	< 0,05
"Red flags"	5,1%	10,8%	ns
Déficit neurológico	7,7%	5,4%	ns
Consulta especializada previa	53,8%	43,2%	ns
Radiografía	76,9%	70,3%	ns
Otras técnicas de imagen**	23,1%	18,9%	ns

\* Salvo edad > 50años, \*\* princip TC lumbosacro

Cuatro pacientes de 1993 y solo uno de 2000 fueron vistos en consultas de Reumatología tras su paso por urgencias. Ningún paciente de 1993 y cuatro de 2000 fueron vistos posteriormente en consultas de Traumatología.

**Conclusiones:** Solamente en una minoría de los pacientes atendidos está justificada según los protocolos consensuados la atención especializada. La atención en urgencias conlleva la realización de un elevado nº de pruebas complementarias que como la radiografía simple no está indicada en la mayoría de los enfermos atendidos. La introducción de recomendaciones consensuadas en 1997 no se ha traducido en modificaciones importantes en la demanda de asistencia hospitalaria urgente ni la realización de técnicas de imagen en este servicio. Si bien se observa como dato positivo que un mayor porcentaje de pacientes que acuden en el año 2000 presentan datos clínicos de riesgo "red flags".

## 202

### INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO (SAF), LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) Y ENFERMEDADES RELACIONADAS

A. Robles Marhuenda, L. Diez Porres, M. Mora Rillo, J.I. Bernardino de la Serna, F. Montoya Lozano, P. Lavilla Uriol y A. Gil Aguado  
*Hospital La Paz, Madrid.*

**Objetivos:** 1) Determinar la prevalencia de IAM en pacientes con SAF, LES y enfermedades relacionadas; 2) evaluar la influencia de los anticuerpos antifosfolípidos (aAF), anticoagulante lúpico (AL) y otros factores de riesgo.

**Material y métodos:** Se incluyeron 46 pacientes con LES, 83 con LES+aAF, 60 con SAF primario (SAFP), 14 con SAF secundario (SAFS) distintos de LES y 32 enfermedades relacionadas.

**Resultados:** Se observaron 11 pacientes con IAM (5% de la serie), con 55% de varones. El 73% ocurrieron en SAFP y el 27% en LES+SAF. La edad media de presentación fue 59 años (intervalo = 46-79). Todos ellos presentaron durante la evolución otras trombosis arteriales y sólo el 30% presentaron trombosis venosas. Sólo en el 10% se objetivó trombo- penia. No se observaron diferencias significativas con respecto a corticoterapia previa, obesidad o diabetes mellitus, pero fue más frecuente la coexistencia de tabaquismo, hipertensión arterial e hipercolesterolemia. En todos los pacientes con cardiopatía isquémica (C.I.) se demostró hiperhomocisteína. Aunque la presencia de aAF fue un factor de riesgo importante no se pudieron establecer diferencias entre los diferentes isotipos debido al escaso número de pa-

cientes con C.I. Los porcentajes más elevados se han encontrado en pacientes con anticardiolipina-IgG, anti- $\beta$ 2GPI-IgG y anticoagulante lúpico.

**Conclusiones:** La prevalencia de IAM en la población de enfermos con LES y SAF es de nivel medio, siendo más frecuente en pacientes varones con SAFF y LES+SAF. Se asocia a una mayor frecuencia de trombosis arteriales y algunos isotipos de aAF parecen constituir un factor de riesgo para su aparición.

## 203

### MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS, HEMATOLÓGICAS, ENDOCRINAS Y ÓSEAS ATÍPICAS EN EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO (SAF), LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) Y ENFERMEDADES RELACIONADAS

A. Robles Marhuenda, L. Díez Porres, M. Mora Rillo, F. Montoya Lozano, J.I. Bernardino de la Serna, P. Lavilla Uriol y A. Gil Aguado

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de manifestaciones neurológicas, hematológicas, endocrinas y óseas atípicas en pacientes con SAF, LES y enfermedades relacionadas.

**Material y métodos:** Se revisó la base de datos del GESAF con 242 pacientes: 47 con LES, 87 con LES+ anticuerpo antifosfolípido (AAF), 62 con SAF primario (SAFP), 14 con SAF secundario (SAFS) distintos de LES y 32 enfermedades relacionadas.

**Resultados:** *Manifestaciones neurológicas:* Trece pacientes presentaron neuropatía, 7 fueron neuropatías craneales, todos ellos con AAF. El 43% eran pacientes con SAFP, el 28% con AAF silentes, el 14% con LES + aAF y el restante 14% con SAFS. El II par craneal fue el más frecuentemente afectado (30%). Los otros 6 presentaron polineuropatías periférica de predominio axonal, el 50% en pacientes con LES, el 34% con LES + AAF y el restante 16% con AAF silentes. En 15 pacientes se observó un deterioro cognitivo, 11 eran mujeres y la edad media de presentación fue de 52 años (37-71). De ellos, el 47% tenían LES + AAF, 26% SAFP, 13% SAFS y los dos pacientes restantes (14%) tenían LES y síndrome de Sjögren (SS) respectivamente. El síndrome de seudoesclerosis múltiple se diagnosticó en 5 pacientes, todos ellos con AAF, el 80% con SAFP y el 20% con LES + AAF. Dos pacientes presentaron mielitis transversa, otros 2 corea y otro hipertensión intracraneal benigna, todos ellos con LES + AAF. *Endocrino-metabólicas:* Trece pacientes presentaron patología tiroidea: 6 con tiroiditis autoinmune (2 con SAFP y uno con SAFS, LES, SS y síndrome lupus-like, respectivamente); 4 tuvieron hipotiroidismo idiopático (50% SAFP, 50% LES + AAF) y 3 pacientes con AAF silentes tenían bocio multinodular normofuncionante. Dos pacientes con SAFP presentaban una diabetes mellitus y un paciente con LES una lipodistrofia de Barraquer-Simons. *Hematológicas:* Ocho pacientes con LES tuvieron anemia hemolítica autoinmune, 3 de ellos con criterios diagnósticos de síndrome de Evans y en el 87% existían AAF. Se observaron 2 síndromes mielodisplásicos, en un LES + aAF y un AAF silente, un linfoma no Hodgkin en un LES + aAF y unseudolinfoma asociado a SS. *Óseas:* Ocho pacientes presentaron una necrosis ósea avascular (NOA), 7 de la cabeza femoral (72% LES + aAF, 28% LES) y 1 del segundo metatarsiano (enfermedad de Freiberg).

**Conclusiones:** El deterioro cognitivo es una expresividad

neurológica frecuente en pacientes con AAF. El síndrome de seudoesclerosis múltiple en estos pacientes es dependiente de la presencia de AAF. Todos los pacientes con neuropatía craneal presentaban AAF, siendo el segundo par craneal el más afectado. La tiroiditis autoinmune fue la patología más frecuente entre las endocrinas. Los pacientes con anemia hemolítica autoinmune y NOA de la cabeza femoral (las manifestaciones hematológica y ósea más frecuentes, respectivamente) eran LES.

## 204

### RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO (SAF)

J.I. Bernardino De La Serna, M. Mora, S. Novo, P. García Raya, F. Montoya, L. Díez, A. Robles, P. Lavilla y A. Gil Aguado

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

**Objetivo:** Examinar mediante Resonancia magnética cerebral (RNM) posibles alteraciones morfológicas en pacientes con LES y SAF y evaluar si existe relación con el espectro clínico y los anticuerpos antifosfolípidos.

**Métodos:** Se incluyeron 136 pacientes. En 8 pacientes no se pudo realizar RNM por razones técnicas. 58 pacientes tenían LES, 36 SAF primario, 11 SAF secundario, 11 con anticuerpos antifosfolípidos asintomáticos y 12 con otras enfermedades autoinmunes. La edad media era de 46 años (rango 18-89). 77% mujeres y 23% varones. Se analizaron cambios en la sustancia blanca cerebral [hiperintensidad periventricular (HPV) (0-6), hiperintensidad en sustancia blanca profunda (HSB) (0-24), hiperintensidad en ganglios basales (HGB) (0-30), hiperintensidad infratentorial (HIT) (0-30), escala de Pasquier de atrofia cerebral (0-39) y la presencia de calcificaciones e infartos corticales. Definimos isquemia silente si existían alteraciones en RNM en ausencia de manifestaciones de ictus o AIT.

**Resultados:** 81% de las RNM fueron patológicas. Se encontraron calcificaciones en el 14% de las RNM e infartos corticales en 8 pacientes (6%). Se encontraron varios incidentalomas (3 silla turca vacías, 3 asimetrías ventriculares, 3 meningiomas y 2 quistes pineales). La presencia de trombosis arterial era frecuente (16% ictus y 19% AIT). Un 30,5% (39 pacientes) presentaban isquemia silente. La isquemia silente era más frecuente en varones que en mujeres (52% vs. 24%,  $p < 0,005$ ). Asimismo se presentaba en sujetos de mayor edad ( $p < 0,0001$ ). Encontramos asociación entre la presencia de trombosis venosa e isquemia silente  $p < 0,029$ ). La presencia de trombosis arterial y las hiperintensidades en sustancia blanca, HPV ( $p < 0,001$ ), HIT ( $p < 0,001$ ), HGB ( $p < 0,05$ ) y la escala de Pasquier ( $p < 0,001$ ) estaban relacionadas. La presencia de deterioro cognitivo también se asociaba con HPV ( $p < 0,001$ ), HSB ( $p < 0,05$ ) y la escala de Pasquier ( $p < 0,05$ ). No se encontró ninguna relación entre cambios en la sustancia blanca, escala de Pasquier y los anticuerpos antifosfolípidos excepto para HIT ( $p < 0,001$ ). Existía relación entre anti beta2GPI1, anticuerpos antiprotrombina, anticoagulante lúpico e infartos corticales ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,001$  y  $p < 0,05$ ). Sólo la edad se relacionaba de forma independiente con la presencia de anomalías en la RNM.

**Conclusión:** La resonancia nuclear magnética parece constituir una herramienta diagnóstica útil en los pacientes con LES o SAF para detectar frecuentes lesiones isquémicas incluso en fases asintomáticas.

## 205

**PATRÓN CAPILAROSCÓPICO EN "BANCO DE PECES" Y COMORBILIDAD DE LOS PACIENTES CON ACROSÍNDROMES**

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

**Introducción:** Los acrosíndromes se presentan asociados a cambios de coloración episódicos y pueden ser benignos a secundarios a enfermedades del tejido conectivo. Mediante capilaroscopia periungueal se describen diferentes patrones característicos en la esclerosis sistémica, psoriasis, LES entre otros. En otros casos, se realiza como técnica de estudio de acrosíndromes y pacientes con fenómeno de Raynaud esencial. Existe el patrón denominado "en banco de peces o agujas" más característicos de procesos como la diabetes mellitus o otras enfermedades metabólicas. Este patrón se presenta con un número de capilares normal, con bucles cortos, dilataciones anulares apicales frecuentes con un fondo de color normal y ocasionalmente algunos halos. En pacientes diabéticos se presenta asociado a los cambios hemodinámicos microvasculares sobretodo en fases de mal control metabólico.

**Objetivo:** Identificar la comorbilidad de los pacientes con un patrón de capilaroscopia en "banco de peces" y valorar su especificidad en la DM.

**Material y métodos:** Se realizó una capilaroscopia periungueal a 82 pacientes remitidos a nuestra Unidad de Reumatología entre Abril 2002- Enero 2003. Los pacientes fueron remitidos para estudio de acrosíndromes y /o fenómeno de Raynaud primario o secundario. De las 82 exploraciones, en 12 (4 hombres y 8 mujeres, edad media de 53.6 años, rango: 33-77 años) pacientes, se evidencio un patrón "en banco de peces" uni o bilateral. Realizamos el estudio retrospectivo para analizar la comorbilidad de estos pacientes y la presencia de HTA, DM, vasculopatía difusa.

**Resultados:** Siete de los 12 pacientes fueron remitidos para estudio de Fenómeno de Raynaud. 5/12 pacientes padecían una esclerodermia en alguna de sus formas, HTA (4/12), DM (2/12), Hipotiroidismo (2/12), HVC (2/12), Sdme. Sjögren (2/12), Hodgkin (1/12), Dislipemia (1/12), CBP (1/12), PNP (1/12), Sdme Löfgren (1/12), Arteriopatía ocluyente (1/12).

**Conclusiones:** 1) El patrón capilaroscópico "en banco de peces" no parece en nuestra muestra específico de ninguna patología. 2) Los pacientes diabeticos presentan de manera difusa dilataciones nodulares apicales más frecuentemente. 3) La Capilaroscopia periungueal es una técnica de útil en la práctica clínica que facilita el diagnóstico y pronóstico de enfermedades vasculares. 4) Distingue de manera muy sensible las alteraciones funcionales (a menudo primarias), de la lesión orgánica (secundaria).

## 206

**IMPORTANCIA DE LA EDAD Y LA FUNCIÓN RENAL EN LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CRÓNICO CON ANTIPALÚDICOS**

E. Casado Burgos, M. Larrosa Padró, J. Gratacòs Masmitjà y M.E. Fernández Casado  
*Hospital de Sabadell. Fundació Universitària Parc Taulí. Sabadell.*

**Introducción:** Recientemente hemos comunicado una alta prevalencia de miopatía por antipalúdicos en pacientes con

enfermedades reumáticas en tratamiento crónico con cloroquina o hidroxiclороquina (A&R 2002; 46 (suppl): 1649) Sin embargo no se conocen los factores asociados a la presencia de esta complicación.

**Objetivo:** Investigar los factores asociados a la presencia de miopatía por antipalúdicos.

**Material y métodos:** 119 pacientes en tratamiento crónico (más de 6 meses) con antipalúdicos (111 CQ, 8 HCQ), de los que 15 pacientes presentaron una miopatía durante el tratamiento. Se analizaron las siguientes variables en todos los pacientes: sexo, edad, duración del tratamiento, dosis diaria y acumulada, creatinina plasmática y aclaramiento de creatinina (calculada mediante la fórmula de Cockcroft-Gault).

**Resultados:**

	Pacientes con miopatía	Pacientes sin miopatía	p
n (%)	15 (12,6%)	104 (87,4%)	
CQ/HCQ	13/2	98/6	
Edad (años)	62,3 ± 14,2	56,4 ± 14,0	p = NS
Sexo (Ratio Mujer/Varón)	2,7	2,5	p = NS
Duración del tratamiento (meses)	47,3 ± 29,4	40 ± 31,5	p = NS
Dosis acumulada (g)	335,5 ± 214	299,6 ± 236,2	p = NS
Creatinina (mg/dl)	0,99 ± 0,22	1,06 ± 0,22	p = NS
Aclaramiento de creatinina (ml/min)	61,85 ± 18,87	77,02 ± 21,30	p = 0,031

**Conclusiones:** Los pacientes que en nuestra serie desarrollan miopatía por antipalúdicos presentan un aclaramiento de creatinina significativamente inferior a los pacientes que no desarrollan esta complicación, a pesar de que no existen diferencias en la edad ni en las cifras de creatinina.

## 207

**COMPARACIÓN DEL TRATAMIENTO EN LA FIBROMIALGIA MEDIANTE ULTRASONIDOS Y SERTRALINA**

M.A. González Viejo, M.J. Condon Huerta, A. Mena Mur y M.I. Hernandez Morcuende  
*Hospital Virgen del Camino (Pamplona).*

**Objetivos:** Comparar la efectividad de Sertralina frente a la terapia física con ultrasonido en el tratamiento del dolor en pacientes con fibromialgia

**Métodos:** Estudio abierto y prospectivo de seis meses de duración realizado en pacientes con criterios diagnósticos de fibromialgia según el American College of Rheumatology. Los pacientes fueron distribuidos de forma aleatorizada en dos grupos. Un grupo recibió tratamiento continuado con Sertralina durante 6 meses, a dosis de 50 mg y el otro terapia física con ultrasonido a 1 watt/cm<sup>2</sup> aplicada sobre los puntos gatillo, durante un total de 15 sesiones. Se efectuó un control de las variables medidas a los 3 y 6 meses de seguimiento. En todas las pacientes se determinaron la respuesta al tratamiento del dolor, de la rigidez matutina y del trastorno del sueño acompañante mediante escalas analógico-visuales (EVA). Además se evaluaron mediante la escala de sueño de Moos y una escala de satisfacción con el tratamiento.

**Resultados:** Se estudiaron 70 pacientes de sexo femenino, edad media 47,5 años (rango 42-52). 36 recibieron Sertralina y 34 terapia física con ultrasonidos. El tratamiento con Sertralina redujo el dolor de forma significativa (EVA) a lo largo del seguimiento (puntuaciones de 7,2+1,1 al inicio, 5,3+1,3 a

los 3 meses y  $3+0,7$  a los 6 meses,  $p < 0,05$ ), no observándose sin embargo diferencias significativas en el grupo tratado con ultrasonidos. También se observaron diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre los valores inicial y final en los trastornos del sueño y en la rigidez matutina medidos con EVA en el grupo tratado con Sertralina, pero no con terapia física. La escala MOS mostró también una mejoría significativa con Sertralina, pero no con ultrasonidos. El 83% de los pacientes tratados con Sertralina valoraron el tratamiento como bueno o muy bueno frente a un 6% respecto a la terapia física. Ningún paciente abandonó el estudio por efectos adversos.

**Conclusión:** Las pacientes diagnosticadas de fibromialgia presentan una mejoría significativa en los síntomas de dolor, rigidez matutina y trastornos del sueño que no se obtiene en las tratadas con terapia física con ultrasonidos.

**Comentarios:** La prevalencia de la fibromialgia se aproxima al 2% de la población. Aunque su etiopatogenia se desconoce, en algunos estudios se han detectado niveles bajos de aminas en el LCR, sugiriendo un posible déficit de serotonina. Su tratamiento incluye un amplio abanico de terapias -distintos tipos de fármacos y terapias físicas-. En este estudio la respuesta de los síntomas de dolor, rigidez matutina y trastornos del sueño alcanzó una respuesta llamativa en pacientes tratados con Sertralina, que no se obtuvo con terapia de ultrasonidos, así como una satisfacción de las pacientes con el tratamiento.

## 208

### UN MODELO DE CONSULTA EFICIENTE CAPAZ DE ABSORBER UN GRAN NÚMERO DE PACIENTES NUEVOS Y EVITAR LA DEMORA A LARGO PLAZO

M.P. Fernández Dapica, M.R. González Crespo, J.M. Padrino, M.A. Matias, J.I. Saenz del Castillo, A. de Juanes, N. Garrido, R. Almodovar, B. Joven, L. González Hombrado, M.C. Herrero e I. Mateo

*Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

**Propósito:** Valorar la eficacia de un modelo de consulta que venimos utilizando desde 1996 que permite ver muchos nuevos sin generar demoras. Estudio de indicadores de funcionamiento, calidad técnica y percibida.

**Métodos:** Tres días de consulta a la semana.

**Primer día:** Consulta de pacientes nuevos. Importante: evitar demora mayor de un mes, ajustando nuestra agenda (aumentando número de pacientes cuando sea preciso) y que el día de consulta el paciente traiga la analítica y las radiografías (lo que permitirá poner muchos tratamientos ese mismo día. Esto significa dar muchas altas). Siempre que el paciente sea dado de alta se le informará de que cuando su médico precise nueva consulta del reumatólogo se le atenderá con igual prontitud y por el mismo especialista.

**Segundo día:** Consulta de tratamientos de nuevos y de crónicos en brote de actividad. Se reserva este día exclusivamente para ir citando a los pacientes que requieran tratamiento urgente, infiltraciones etc. Mantenemos este día de consulta siempre sin demora.

**Tercer día:** Consulta de revisiones de crónicos estables. Esta consulta se cita siempre de manera programada. Para evitar revisiones innecesarias que la saturen, con ayuda de la enfermería, llevamos a cabo (el primer miércoles de cada mes) un programa de educación para la salud de pacientes con artritis, explicándoles qué es un brote, qué hacer y si no se controla, citarse para la consulta del segundo día.

**Resultados:** Periodo de estudio: 5-9-2002 a 15-1-2003. Nuevos citados: 279. No asistieron a consulta: 12. La demora media del día de la consulta de pacientes nuevos ha sido durante el periodo de estudio de 36 días (desviación estándar 13 y mediana 36). De un total de 226, se dieron de alta tras la primera consulta 133 (58,8%). En la siguiente consulta tras realización de pruebas diagnósticas 16 (7%). En la tercera, al finalizar la terapia de infiltraciones 35 (15,4%). Pasaron a revisiones por patología inflamatoria crónica 42 (18,5%). Calidad percibida, medida con encuesta de satisfacción pasada a 80 pacientes: el 80% puntuó por encima de 8 en cuatro de las cinco cuestiones. Para conseguir evitar el aumento de la demora en el periodo de vacaciones de navidad se ha requerido incrementar en 8 días la consulta de pacientes nuevos, de este modo, las solicitudes de consulta del 15 de enero 2003 se asignaron para ser evaluados el 13 de febrero.

**Conclusión:** Este modelo de organización de la consulta resulta muy satisfactorio para los pacientes y, sin duda, para nosotros, sus médicos.

## 209

### ESTUDIO DE LA INFLAMACIÓN BRONQUIAL EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. RESULTADOS PRELIMINARES

C. Geli, C. Díaz, J. Dominguez, H. Corominas, V. Plaza, J. Belda, J. Giner, M. Torrejón, A. Ramos, G. Margarit, J. Bellido, C. Granel, P. Casan y J. Sanchis  
*Hospital de Sant Pau.*

La prevalencia de neumopatía asociada al Síndrome de Sjögren primario (SSp) oscila entre 10-45%. Sin embargo, es escasa la información disponible sobre la inflamación bronquial en el SSp.

**Objetivo:** Determinación de las características de la inflamación bronquial del SSp y su posible correlación con la función pulmonar.

**Método:** Estudio prospectivo, transversal y descriptivo para analizar el tipo y grado de inflamación bronquial en el SSp. Se incluyeron 36 pacientes con SSp (según criterios del Consenso ACR 2000). A todos ellos se les recogieron variables: a) clínicas: presencia de disnea y/o sibilantes, presencia y características de la tos; b) función pulmonar: espirometría, KCO y test de broncoprovocación con metacolina inhalada; y c) celularidad en el esputo inducido.

**Resultados:** La media de edad fue de 63,4 (35-82) años; Los años de evolución son de 6,3 (1-18). Respecto a la sintomatología respiratoria, a destacar tos crónica en el 41,6% y sibilancias en el 19,4% así como disnea en 41,6% de los pacientes. Desde el punto de vista funcional, la FEV1 media fue 98,81% y la FEV1/FVC 76,89%; la media de Kco fue 95,23%; el 37% presentaron prueba de broncoprovocación con metacolina positiva. En cuanto a las características de la inflamación bronquial, la celularidad obtenida tras inducción del esputo mostró linfocitosis en el 68,6%, eosinofilia en el 25%, linfocitosis y eosinofilia en el 25%, neutrofilia en el 12% e inclusiones lipídicas macrófágicas en el 37% compatible con microaspiraciones

**Conclusiones:** 1) Significativa incidencia de sintomatología respiratoria en forma de tos y disnea de grado ligero/moderado, pero no como sintomatología inicial y sólo en el 13,9% como sintomatología dominante 2) Escasa repercusión funcional pulmonar, 3) La linfocitosis se correlaciona con tos y disnea y no con los parámetros de la función pulmonar.

## 210

**EFFECTIVIDAD, TOLERABILIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO, CON TRAMADOL DE LIBERACIÓN CONTROLADA DE ADMINISTRACIÓN EN DOSIS ÚNICA DIARIA**

D. Samper Bernal, M. Casals Merchán y A. Suárez González  
*Unidad del Dolor H. Germans Trias i Pujol, Unidad del Dolor  
 Fundación Sanitaria de Igualada, y grupo español para el estudio  
 del dolor crónico.*

**Objetivo:** Evaluar la efectividad del tratamiento del dolor crónico, con Tramadol de liberación controlada y prolongada (Zytram®).

**Materiales y métodos:** Estudio prospectivo, observacional, multicéntrico. Se incluyeron pacientes con dolor crónico que iniciaron tratamiento con Zytram®. Al inicio se registraron características antropométricas, tipo de dolor, intensidad del dolor mediante escala analógica visual (EVA), test de Lattinen y escala de calidad del sueño. Se realizaron seguimientos a la semana y al mes del inicio del tratamiento registrándose intensidad de dolor, aparición de reacciones adversas y cambios en el tratamiento. Los pacientes cumplimentaron el cuestionario de calidad de vida SF-12 en la visita inicial y final.

**Resultados:** Se incluyeron 907 pacientes, 66,03% mujeres y 33,97% hombres. 52,92% de pacientes sufrían lumbalgia y 33,96% osteoartritis. Al mes de tratamiento se observó un descenso significativo en todos los indicadores de dolor, la puntuación de EVA pasó de  $7,31 \pm 1,29$  a  $4,6 \pm 2,57$  en la primera semana y a  $3,91 \pm 2,43$  al mes del tratamiento. La puntuación del test de Lattinen pasó de  $12,03 \pm 2,65$  a  $9,3 \pm 3,47$  y  $7,7 \pm 3,7$  sucesivamente. La puntuación en la escala de calidad del sueño pasó de  $4,97 \pm 2,57$  a  $5,19 \pm 3,19$  y  $5,21 \pm 3,95$  sucesivamente. Es importante resaltar que el 93,22% de los pacientes cumplimentaron adecuadamente el tratamiento durante el mes del estudio. El mayor impacto de la respuesta analgésica de Zytram® se reflejó en el índice de calidad de vida referente al estado físico ( $5,62 \pm 9,64$ ,  $p < 0,001$ ). Las variables más relacionadas con la Calidad de vida física fueron la puntuación de la EVA y test de Lattinen, padecer artrosis o dolor visceral, actividad física normal y normopeso.

**Conclusiones:** Zytram® se mostró altamente efectivo en la reducción del dolor crónico desde la primera semana de tratamiento. La tolerabilidad fue buena, registrándose una reducida tasa de efectos adversos, en general leves y de naturaleza descrita en la bibliografía de la molécula. La dosis única diaria de Zytram®, facilitó un elevado índice de adherencia al tratamiento.

## 211

**MORTALIDAD EN LA ARTRITIS SÉPTICA**

J. Belzunegui Otano, M. Santisteban, M. Gorordo, L. López, C. González, E. Barastay y C. Rodríguez  
*Hospital Donostia.*

**Objetivos:** Analizar qué factores demográficos, clínicos y analíticos determinan la mortalidad en individuos con artritis piógena.

**Métodos:** Análisis de 139 historias en las que se confirmó por métodos clínicos y microbiológicos la existencia de artritis piógena (107 casos con cultivo positivo de líquido y/o membrana sinovial y 32 casos con clínica compatible y al

menos 2 hemocultivos positivos). Se analizaron: 1. Edad. 2. Sexo. 3. Días entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico. 4. Microorganismo causante. 5. Artropatía previa. 6. Fiebre. 7. Analítica: VSG, hemograma, leucocitos. 8. Articulación afectada. 9. Otros factores de riesgo: ADVP, HIV, neoplasia, esteroides, inmunosupresores, insuficiencia renal, diabetes, alcoholismo, hepatopatía. En todos los casos el óbito se produjo en relación al proceso infeccioso estudiado. El análisis estadístico se realizó por medio de la t de student y del test de Fisher.

**Resultados:** De los 139 individuos estudiados fallecieron 7 (grupo A, 5%) y sobrevivieron 132 (grupo B, 95%). La edad media fue de 81 años (límites 63-94 años) en el grupo A y de 47 años (límites 15-86 años) en el grupo B ( $P < 0,05$ ). El resto de parámetros estudiados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

**Conclusión:** En sujetos con artritis piógena, la mortalidad es mayor en aquéllos de edad avanzada.

## 212

**UTILIDAD DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ATENCIÓN A PACIENTES DERIVADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS GENERALES**

J. Belzunegui Otano, M. Cancio, L. López, C. González, E. Barastay, C. Rodríguez, P. Busca y M. Figueroa  
*Hospital Donostia.*

**Objetivos:** Describir el funcionamiento y los diagnósticos realizados en los años 2001 y 2002 en una consulta monográfica realizada en colaboración con el Servicio de Urgencias Generales de nuestro Hospital.

**Métodos:** La consulta atiende los viernes de 9 a 13 horas a personas que han acudido durante la semana previa al Servicio de Urgencias Generales por patología aguda del aparato locomotor. Se cita una persona cada 15 minutos y se utiliza un método rápido de cribaje de modo que los pacientes son dados de alta, citados nuevamente para una valoración más exhaustiva con exámenes complementarios, o ingresados. De manera didáctica, hemos dividido los diagnósticos en los siguientes grupos: A. Patología local. B. Patología inflamatoria no microcristalina. C. Patología microcristalina. D. Fracturas. E. Infecciones. F. Miscelánea.

**Resultados:** Fueron citados 650 individuos. Acudieron 552 (85%). 321 (58%) fueron incluidos en el grupo A (122 lumbalgias, 102 ciáticas, 26 cervicalgias y dorsalgias, 23 NCB, 8 tendinitis hombro, 7 artrosis, 7 STC, 6 rotura menisco, etc), 96 (17%) fueron incluidos en el grupo B (47 artritis y artralgias no filiadas, 9 PMR, 5 AR, 4 eritema nodoso, 3 crioglobulinemias, 3 artritis B27+, 2 AT, etc), 42 (7,6%) fueron incluidos en el grupo C (23 gota [11 diagnosticadas con microscopio], 14 enfermedad por PPCD [2 diagnosticadas con microscopio], 5 hidroxiapatita [clínica + radiología]), 20 (3,6%) fueron incluidos en el grupo D (19 fracturas osteoporóticas [17 vertebrales, 1 sacro, 1 pelvis], 1 metatarsiana), 3 (0,5%) fueron incluidos en el grupo E (1 espondilodiscitis tuberculosa, 1 absceso estafilocócico primario de psoas, 1 bursitis estafilocócica). El resto fueron incluidos en el grupo F (cuadros no reumatológicos, metástasis óseas, etc.).

**Conclusiones:** 1) El diagnóstico temprano nos ha permitido un tratamiento precoz de procesos graves. 2) Este tipo de consulta incrementa la oferta sanitaria hospitalaria y ofrece a los pacientes un servicio rápido y de calidad.

## 213

**RESPUESTA AL TILUDRONATO DE LA ENFERMEDAD DE PAGET**

A. Hernández, A. Torrijos, T. Cobo, R. Madero, M. Pombo y E. Martín Mola

*Servicio de Reumatología y Bioestadística Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

El tiludronato, bifosfonato de segunda generación, se usa frecuentemente en la enfermedad de Paget.

**Objetivo:** Ver la respuesta al tiludronato de pacientes con enfermedad de Paget activa.

**Material y métodos:** Se incluyeron en el estudio 85 pacientes con enfermedad de Paget activa (aumento de al menos dos veces el límite superior de la normalidad de la fosfatasa alcalina sérica) a quienes se trató con dosis de 400mg/día de tiludronato durante 84 días. Se determinó la fosfatasa alcalina sérica total (valores normales: 90-260 U/l) en ayunas, y D-piridinolina (valores normales: 3-7,5 ng/ml) en la segunda orina de la mañana, basal, a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses; valorándose el porcentaje de respuesta, así como su duración en el tiempo. Un total de 62 pacientes concluyeron los dos años de seguimiento, y sólo en cuatro casos se perdió el seguimiento por no asistencia a consulta.

**Resultados:** Se observó un descenso máximo de fosfatasa alcalina a los 6 meses, donde el 91,2% de los pacientes (72) experimentaba una reducción mayor del 50%, manteniendo dicha respuesta a los 24 meses el 59,7%. De los pacientes que presentaban fosfatasa alcalina normal a los 6 meses, ésta persistía normal en el 74,3% (26 pacientes) a los 12 meses, y en el 38,2% (13) a los 24 meses. Requirieron nuevo ciclo de tratamiento por reactivación de la enfermedad o falta de respuesta siete pacientes (8,23%) al sexto mes, y doce (14%) a los 12 meses.

**Conclusiones:** El tiludronato fue bien tolerado, obteniéndose una buena respuesta a corto y largo plazo en más de la mitad de los pacientes. La fosfatasa alcalina persistía dentro de las cifras normales en más de un tercio de los pacientes tras 24 meses de seguimiento.

## 214

**PERFIL Y COMPLEJIDAD DE LOS INGRESOS VIA URGENCIAS EN UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA**

R. Expósito, M. Santisteban, I. Torre, A. Arrutia, L. Ortiz Vigón, M. L. García Vivar, E. Galindez y E. Ucar  
*Sección de Reumatología y Servicio de Urgencias. Hospital de Basurto. Bilbao.*

**Objetivos:** Analizar las características epidemiológicas y el grado de complejidad de los ingresos realizados durante el año 2002 desde el Servicio de Urgencias al Servicio de Reumatología de nuestro hospital.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de 281 historias clínicas de pacientes registrando las siguientes variables: edad, sexo, tiempo de estancia hospitalaria, pruebas diagnósticas y tratamiento realizado y diagnóstico al alta. Clasificamos la *Complejidad* utilizando una escala previamente definida: *Baja*: estancia inferior a dos días y/o patología que no precise tratamiento intravenoso o realización de pruebas no rutinarias para el diagnóstico (Ecografía, TAC, RMN, Biopsia). *Media*: entre 3 y 10 días de estancia y/o tratamiento intravenoso o realización de pruebas no rutinarias para el

diagnóstico. *Alta*: estancia superior a 11 días y/o patología con repercusión en órganos vitales o patología potencialmente mortal.

**Resultados:** Las mujeres representaron el 57% de los casos y los hombres el 43%. La edad media fue de 62 años y el rango entre 20 y 95 años. Agrupamos la patología en cuatro grandes grupos sindrómicos por orden decreciente: 1. Patología mecánica (47%), 2. Inflamatoria (35%), 3. Tumoral (8%), 4. Infeccioso (8%). La estancia fue inferior a dos días en 39 casos (14%), entre 3 y 10 días en 189 casos (67%) y más de 11 días en 53 casos (19%). Se realizaron 122 TAC, 41 RMN, 51 ECOs, 28 gammagrafías y 11 biopsias.

Mecánica	Inflamatoria	Infecciosa	Tumoral (MTX)
Espondilosis axial: 41	Artritis microcristalina: 26	Discitis séptica: 3	Mieloma: 7
Hernias discales: 43	Otros tipos de artritis: 36	Artritis séptica: 13	Próstata: 5
Acuñaamientos osteopóroticos: 36	Polimialgia Reumática: 23	Celulitis-Bursitis: 5	Pulmón: 2
Artrosis periférica: 9	Vasculitis: 7	Absceso psoas: 2	Vejiga: 2
Otros: 3	Conectivopatías: 4		Otros: 7
	Sarcoidosis: 2		
Total: 132	Total: 98	Total: 23	Total: 23

**Conclusiones:** 1) Predominio del sexo femenino (57%). 2) La mayor parte de los pacientes (62%) tiene una edad superior a los 60 años, predominando el intervalo de edad entre 60 y 80 años. 3) La patología mecánica e inflamatoria representa el 83% de los casos, siendo la espondilosis y hernia lumbar los diagnósticos más frecuentes. 4) La mayoría de los casos (90%) presenta una complejidad media (65%) o alta (25%).

## 215

**INCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE**

A. Barcelos, M. Rial, A. Braña, M.J. Salvador, D. Nour, J. Silva, A. Malcata y A. Porto  
*Servico Reumatologia - Hospitais da Universidade de Coimbra.*

**Introducción:** La incapacidad en la Espondilitis Anquilosante (EA) es considerada como consecuencia del efecto combinado de la actividad de la enfermedad y del daño estructural. La experiencia clínica sugiere que las dimensiones psicosociales de los pacientes tienen un papel muy importante en la percepción del grado de incapacidad, con consecuencias en las actividades de la vida diaria y en las relaciones sociales.

**Objetivos:** El objetivo principal de este estudio es valorar la relación entre la incapacidad funcional y calidad de vida en los pacientes con EA.

**Métodos:** 52 pacientes (35 hombres, 17 mujeres; edad media de 43,4 años, duración media de la enfermedad 17,9 años) se sometieron a examen clínico y respondieron a cuestionarios que valoraban datos sociodemográficos (que incluían su situación laboral); estado funcional y actividad de la enfermedad (BASFI, BASDAD); valoración de la actividad global de la enfermedad por el médico y el paciente, fatiga y lumbalgia en una escala visual analógica (EVA) de 100 mm; apoyo social (Medical Outcome Study Social Support Survey - MOS); y calidad de vida (Ankylosing Spondylitis Quality of Life - ASQoL). Todos los pacientes cumplían los criterios de New York de 1984.

**Resultados:** Tabla 1.

Valores medios	BASDAI $\geq$ 4 y BASFI $>$ 5 n = 22	BASDAI $<$ 4 $\leq$ 5 y BASFI n = 14
ASQol	13,4	3,4
MOS	76,1	85,2
Fatiga (EVA)	69,9	28,4
Lumbalgia (EVA)	56,8	16,9
Lumbalgia nocturna (EVA)	49,9	19,9

**Conclusiones:** BASDAI  $>$  4 y BASFI  $>$  5 están correlacionados con elevados scores de fatiga y peor calidad de vida (ASQol). Sin embargo, el apoyo social observado fue satisfactorio.

**216****RESPUESTA AL RISEDRONATO EN LA ENFERMEDAD DE PAGET**

T. Cobo, A. Torrijos, A. Hernández, R. Madero, A. García Aparicio, E. Martín Mola

*Servicio de Reumatología y Bioestadística: Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

El Risedronato es un aminodifosfonato de aprobación reciente en el tratamiento de la enfermedad de Paget.

**Objetivo:** Valorar la respuesta a corto-medio plazo de Risedronato en la enfermedad de Paget activa.

**Material y métodos:** Se incluyeron en el estudio 47 pacientes con enfermedad de Paget activa (fosfatasa alcalina de al menos dos veces el límite superior de la normalidad) que fueron tratados con Risedronato 30 mg/ día durante 56 días. Algunos pacientes habían sido tratados previamente con otros difosfonatos. Se determinó fosfatasa alcalina sérica total en ayunas (valores normales: 90-260 U/L) y d-piridinolina en la segunda orina de la mañana (valores normales: 3-7,5) basalmente a los 3, 6, 12 y 18 meses. Todos han cumplido tres meses de tratamiento. Se valoró el porcentaje de respuesta y la evolución en el tiempo.

**Resultados:** Se observó a los 3 meses la normalización en los niveles de fosfatasa alcalina y d-piridinolina en el 78,6% (33 de 42) y 38,5% de los pacientes respectivamente. En 14 de los 16 pacientes que presentaron normalización de la fosfatasa alcalina a los 6 meses, ésta persistía al año (87,5%). Existen diferencias significativas entre el valor de la media en la determinación basal, y el resto de momentos de determinación. Sólo un paciente tuvo que iniciar nuevo ciclo de tratamiento por falta de respuesta. Únicamente 10 pacientes alcanzaron los 18 meses de seguimiento en el momento actual.

**Conclusiones:** El Risedronato fue bien tolerado obteniéndose buena respuesta en los parámetros metabólicos que determinan la actividad de la enfermedad a corto-medio plazo. Los niveles de fosfatasa alcalina fueron normales a los 6 meses en más del 75% de los pacientes, y en casi el 74% a los 12 meses. Se realizará seguimiento a largo plazo.

**217****ACTIVIDAD DE LA ARTRITIS REUMATOIDE Y FACTOR REUMATOIDE**

T. Cobo Ibañez, A. Hernández, A. Balsa y E. Martín Mola  
*Servicio de Reumatología Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos:** Valorar si el factor reumatoide (FR) puede servir para medir la actividad clínica de la artritis reumatoide.

**Material:** Se determinaron de forma periódica, semestral, los títulos de FR así como la actividad de la enfermedad a

través del DAS28 en un total de 113 pacientes con artritis reumatoide de reciente comienzo, seguidos desde el inicio. Se compararon los títulos de FR en cada momento con la actividad en la visita correspondiente, así como la variación del título con la modificación de la actividad entre una visita y la inmediatamente anterior. Para este estudio se consideraron títulos significativos de FR por encima de 80.

**Resultados:** La edad media de los pacientes estudiados fue de  $53,43 \pm 16,59$  años. El 67,8% de los pacientes estudiados (88) eran mujeres frente a un 31,8% de hombres. El tiempo medio de evolución de la enfermedad hasta la primera visita fue de  $15,26 \pm 8,67$  semanas. No se evidenció correlación entre los niveles de FR y el grado de actividad de la enfermedad al inicio, y aunque el sí se encontró una relación estadísticamente significativa entre los niveles de FR y actividad en el posterior seguimiento de los pacientes, presentó un bajo coeficiente de correlación ( $r = 0,27$ ) que clínicamente no es valorable. De igual manera no se correlacionó la variación de los títulos de FR con la variación de la actividad.

**Conclusión:** El factor Reumatoide en la artritis reumatoide no ha demostrado servir en el seguimiento de la enfermedad, y su utilidad queda limitada al diagnóstico de la misma.

**218****ANÁLISIS DE LA PATOLOGÍA NO TRAUMÁTICA DEL APARATO LOCOMOTOR ATENDIDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO**

R. Expósito Molinero, M. Santisteban Bocos, I. Torre Salaberri, A. Arrutia Ciruelo, R. Asensi Jordán, J. M. Gorordo Olaizola y J.M. Aranburu Albizuri

*Sección de Reumatología y Servicio de Urgencias. Hospital de Basurto. Bilbao*

**Objetivo:** Describir el tipo de patología no traumática del aparato locomotor (PNTAL) atendida en el área de Traumatología de Urgencias de nuestro hospital, la proporción respecto a la patología traumática y la derivación al alta.

**Material y métodos:** Se recogen de forma sistemática datos de 100 pacientes cuyo motivo de consulta es PNTAL durante cinco días en un mes elegidos al azar y se cuantifican los que acuden por patología traumática en el mismo periodo de tiempo.

**Resultados:** La proporción de PNTAL respecto a la patología traumática fue del 27%. En nuestra muestra encontramos un 53% de mujeres y un 47% de hombres con una edad media de 52 años. Separando la edad por intervalos encontramos que los hombres de menos de 55 años consultan el doble que los mayores de esa edad, en la mujer no hay tal diferencia. El motivo de consulta más frecuente fue la patología mecánica (60%), destacando la lumbalgia. En segundo lugar la patología de partes blandas (25%), sobre todo tendinitis de hombro. Las enfermedades inflamatorias representan un 10% de la PNTAL. Para el diagnóstico se solicitó radiografía simple a todos los pacientes y a un 12% de ellos se le realizó otras pruebas como analítica de sangre y/o de líquido articular. La mayor parte de los pacientes (41%) fueron derivados al Médico de Atención Primaria, un 29% a consultas de Traumatología y un 25% de Reumatología. Fueron ingresados un 5% de la muestra.

**Conclusión:** Más de la cuarta parte de los pacientes que acuden al Área de Traumatología de Urgencias consultan por PNTAL. Destaca por frecuencia la patología artrósica, sobre todo de columna lumbar. A pesar de todo, son más los pacientes derivados a consultas de Traumatología que de Reumatología.

Hay un ligero predominio del sexo femenino y del intervalo de edad de 35 a 55 años. La mayor parte de los pacientes son derivados al alta al Médico de Atención Primaria.

## 219

### LA CIRUGÍA OSTEOARTICULAR EN LA PRENSA MÉDICA GRANADINA DE LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX

M. Tenorio Martín, M. Camacho, G. Pérez Lidón y J. Cabrera Afonso  
*Hospital Ingesa Ceuta.*

**Introducción:** Durante la segunda mitad del siglo XIX (Positivismo Decimonónico) la cirugía osteoarticular, al igual que las demás especialidades quirúrgicas, experimentó un gran desarrollo, debido a tres avances fundamentales: la anestesia, la antisepsia y la hemostasia. La prensa médica granadina de esta época se hizo eco de tal desarrollo.

**Objetivos:** Averiguar los conocimientos que estas publicaciones contenían acerca de la cirugía no traumatológica del aparato locomotor.

**Material y métodos:** Hemos revisado las cinco revistas médicas que se editaron en Granada a la sazón: LA GACETA MÉDICA DE GRANADA (1869-1871, primera época), LA PRENSA MÉDICA DE GRANADA (1879-1883), LA GACETA MÉDICA DE GRANADA (1883-1899, segunda época), LA CLÍNICA (1885-1886) y LA GACETA MÉDICA ESCOLAR (1898-1899), siguiendo las directrices de la metodología heurística. Hemos encontrado 51 artículos sobre cirugía osteoarticular. Para su análisis comparamos con la bibliografía de referencia, especialmente revistas, textos médicos coetáneos y críticas de expertos.

**Resultados:** Reseñamos los procedimientos propios de D. José Ribera (1852-1912) para la isquemia, para la desarticulación de la cadera y la rodilla; así como para el tratamiento de la tuberculosis articular y la espina bífida o la corrección de dofrmidades infantiles por medio de osteotomía u osteoclasis. D. Juan Creus (1828-1897), por su parte, ideó una técnica para la resección del maxilar inferior y huesos vecinos, indicada en el abordaje de los tumores. Otra aportación fue al método de las resecciones óseas parciales (subperiósticas y subcapsulares), en cuyo proceso de divulgación, confirmación práctica y perfeccionamiento intervinieron además de los citados, Amor y Rico, García Duarte (1820-1905) y Gómez Torres (1836-1888).

**Conclusión:** La cirugía no traumatológica del aparato locomotor está presente en la prensa médica granadina con un total de 51 artículos, que reflejan un buen nivel de conocimientos y de práctica quirúrgica. Destacan sobremanera los procedimientos de isquemia, desarticulación y operatoria articular de D. José Ribera y los de resecciones subperiósticas y subcapsulares, así como los de cirugía de tumores óseos de D. Juan Creus.

## 220

### DERMATOMIOSITIS/POLIMIOSITIS DE INICIO. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 12 CASOS

S. Ordoñez Palau, N. Busquets, N. Montalà, C. García, O. Codina, M. Gonzalez, D. Reina, E. Sirvent y J. Valverde  
*Hospital de Bellvitge.*

**Objetivos:** Describir las características clínicas, analíticas e inmunológicas de un grupo de pacientes con dermatomiositis (DM) y polimiositis (PM), al inicio del proceso.

**Métodos:** Mediante protocolo se revisaron todos los pacientes diagnosticados de DM y PM en el Servicio de Reumatología de un Hospital Universitario durante un periodo de 10 años (1992-2002); se excluyeron aquellos enfermos que presentaban una conectivopatía asociada.

**Resultados:** Se identificaron 12 pacientes (8 mujeres y 4 hombres) con una edad media de 61,5 años (37-91). 10 (83%) con el diagnóstico de DM y 2 (17%) de PM. El tiempo de evolución hasta el diagnóstico fue de 8,1 meses (0,5- 18 meses). El 66% (8/12) refería astenia, el 58% (7/12) pérdida de peso y el 41% (5/12) anorexia. Un 41% (5/12) presentaba fiebre en el momento del diagnóstico. El 50% refería artralgiás (solo 3 pacientes presentaban artritis), 41% (5/12) disfagia y 16% (2/12) fenómeno de Raynaud. Únicamente un 16% refería disnea de esfuerzo o tos seca. Desde el punto analítico se objetivó elevación de la VSG en el 58% (7/12) y de la PCR en el 50% (6/12). El 90% (10/11) presentaban LDH por encima de los valores de la normalidad, un 72% (8/11) de la GOT, un 66% (8/12) de las CK y un 63% (7/11) de las GPT. Los ANAS fueron positivos en el 83% (10/12) de los casos, con predominio del patrón moteado (80%). En 3 pacientes (25%) se identificó una neoplasia asociada (ovario, sigma y estómago).

**Conclusiones:** La DM/PM se presenta fundamentalmente en pacientes de edad avanzada con un predominio por el sexo femenino (2/1). Los síntomas constitucionales son frecuentes. Los niveles de CK y de otras enzimas musculares pueden ser normales en estadios iniciales. La incidencia de neoplasia asociada aparece con una frecuencia relevante.

## 221

### EXPRESIÓN DE LAS ISOFORMAS DEL CD45 EN LINFOCITOS T DE SANGRE PERIFÉRICA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: RELACIÓN CON EL GRADO DE ACTIVIDAD Y EL TRATAMIENTO CON METOTREXATO

E. Perucha, P. Prieto, G. Revilla, V. Sualdea, R. Hernández, E. San Antonio, A.B. Mallo, E. Reyes, A. Prieto, L. Manzano, A. Rodríguez, A. Zea y M. Álvarez de Mon  
*Dpto. Medicina-Unidad Asociada al CSIC, UAH.*

**Objetivo:** Existen evidencias de la implicación del Sistema Inmune en la etiopatogenia de la Artritis Reumatoide (AR). Sin embargo, los mecanismos que subyacen en la inadecuada respuesta inflamatoria continúan sin esclarecerse. El compartimento linfocitario T ha sido implicado en esta respuesta inflamatoria. El estado de activación de estas células puede ser estudiado mediante la expresión de las isoformas del CD45: células no activadas o novatas (CD45RA+brillantes), células recientemente activadas (CD45RO+CD45RA+) y células activadas o memoria (CD45RO+brillantes). En este trabajo, estudiamos la posible relación entre el estado de activación de los linfocitos T de los pacientes con AR, el grado de actividad de la enfermedad y el tratamiento con metotrexato (MTX).

**Materiales y métodos:** Se incluyeron en el estudio 9 pacientes de AR activa sin tratamiento de fondo (ARasin tto), 8 pacientes de AR activa en tratamiento con MTX (ARaMTX), 8 pacientes de AR estable bajo tratamiento con MTX (AReMTX) y 13 individuos sanos como grupo control. Se obtuvieron células mononucleares de sangre periférica (CMSPs) purificadas en gradiente de densidad en las que se determinó la expresión de antígenos de superficie mediante citometría de flujo de cuatro colores en un citómetro FACScalibur. Los resulta-

dos fueron valorados en términos de porcentaje de células positivas y número absoluto de células positivas para cada marcador.

**Resultados:** Los pacientes ARaMTX presentan un porcentaje de células CD45RA+ significativamente mayor con respecto al grupo control ( $p = 0,009$ ) y al de los pacientes AReMTX ( $p = 0,006$ ). En los pacientes con ARasin tto se observa una disminución en el número de células CD45RO+CD45RA+ respecto a los controles, tanto en la población CD4+ ( $p = 0,043$ ) como en la CD8+ ( $p = 0,042$ ). Esta disminución también se produce en los pacientes del grupo ARaMTX en ambas poblaciones de linfocitos T, tanto en el número de células ( $p = 0,008$  y  $p = 0,002$  respectivamente) como en el porcentaje de células positivas ( $p = 0,007$  y  $p = 0,007$ , respectivamente). Estas diferencias desaparecen en el grupo de pacientes AReMTX. En los pacientes ARasin tto se objetiva un aumento en el porcentaje de células CD45RO+ en la población CD8+ con respecto al grupo control ( $p = 0,027$ ), al grupo ARaMTX ( $p = 0,047$ ) y al grupo AReMTX ( $p = 0,047$ ).

**Conclusión:** En pacientes con AR activa, independientemente del tratamiento con MTX, existe una disminución del porcentaje y del número absoluto de células recientemente activadas tanto en células CD4 como en CD8. Esta alteración no se observa en pacientes AReMTX.

## 222

### MANIFESTACIONES ARTICULARES Y SCREENING DE OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES

C. Fernández Carballido, J. J. Alegre Sancho, G. Vidal Iniesta, M. Barrachina García, J.A. Roman Ivorra y E. Moreno Osset  
*Hospital Universitario Dr Peset, Valencia.*

**Objetivo:** Analizar la prevalencia de espondiloartropatía y de osteoporosis en pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales (Crohn, Colitis ulcerosa y colitis indiferenciadas).

**Pacientes y métodos:** 176 pacientes con EII (116 Crohn, 52 colitis ulcerosa y 2 colitis indiferenciadas). En todos los pacientes se realizó interrogatorio de síntomas articulares y de raquis, exploración física, Rx de columna dorsal-lumbar y sacroiliacas, y screening de osteoporosis mediante densitómetro PIXI (Lunar) de calcáneo izquierdo, definiéndose osteoporosis, según las recomendaciones del fabricante, si el t-score  $< -1,6$  y osteopenia: t-score  $< -0,6$ . La valoración de fracturas vertebrales en Rx de raquis se realizó mediante el índice de Genant. Periodo de estudio: enero-diciembre 2002.

**Resultados:** 108 varones y 68 mujeres; edad media 37,5 (d.e. 12,5). 94 pacientes (53,4%) referían artralgiás de articulaciones periféricas, en la mayoría de características mecánicas; objetivándose artritis en 23 pacientes (13,1%). 113 pacientes referían dolor de raquis (64,2%), de ritmo inflamatorio en 28 pacientes (15,9%). En 152 Rx valoradas se objetivó: sacroileítis en 21 pacientes (13,8%) y fracturas vertebrales en 3 pacientes (1,9%). Densitometría: en 33 pacientes el screening fue compatible con osteoporosis (18,8%) y en 49 pacientes osteopenia (27,8%).

**Conclusiones:** Más de la mitad de los pacientes con EII presentan artralgiás de articulaciones periféricas, aunque sólo se ha objetivado artritis en el 13,1% de los casos. El dolor de raquis es más frecuente que en la población general española, aunque en la mayoría de los casos es de caracte-

rísticas mecánicas y no se objetivan alteraciones radiológicas compatibles con espondiloartropatías. La prevalencia de masa ósea disminuida (osteopenia y osteoporosis) es elevada en éste grupo de enfermos, si bien, al tratarse de enfermos jóvenes, la prevalencia de fracturas vertebrales es baja. El screening y tratamiento precoz podrían contribuir a la reducción de la incidencia de fracturas futuras en éste grupo de enfermos.

## 223

### RAZONES PARA INICIAR EL TRATAMIENTO CON RALOXIFENO O ALENDRONATO EN LA OSTEOPOROSIS POSMENOPÁUSICA: RESULTADOS DEL ESTUDIO PROCUOS (PROYECTO DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN OSTEOPOROSIS)

G. Graña<sup>1</sup>, A. Torrijos<sup>2</sup>, G. Herrero Beaumont<sup>3</sup>, J.C. Acebes<sup>3</sup> y C. Turbí<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Juan Canalejo, A Coruña, <sup>2</sup>Hospital La Paz, Madrid, <sup>3</sup>Fundación Jiménez Díaz, Madrid, <sup>4</sup>Investigación Clínica, Lilly, S.A. Alcobendas, Madrid.

**Objetivos:** Describir las características basales de las pacientes incluidas en el estudio PROCUOS y evaluar las razones para iniciar el tratamiento con raloxifeno o alendronato para la osteoporosis posmenopáusicas, en la práctica clínica habitual.

**Material y métodos:** PROCUOS es un estudio observacional, longitudinal, multicéntrico, comparativo y abierto para evaluar el cumplimiento terapéutico de raloxifeno frente a alendronato a los 12 meses. Se incluyeron en el estudio mujeres posmenopáusicas  $> 55$  años, en visita rutinaria y que en opinión del médico, presentaran alto riesgo de fracturas osteoporóticas y que no hubieran sido tratadas con algún fármaco antirresortivo en los 3 meses previos a la inclusión, excepto el tratamiento con calcio y vitamina D. El tratamiento con raloxifeno 60 mg/día o Alendronato 10 mg/día, se asignó de acuerdo al criterio clínico del médico participante. Se recogieron las características basales de las pacientes incluidas en el estudio y las razones para elegir un tratamiento u otro. Se utilizaron los factores de riesgo de fracturas osteoporóticas de la National Osteoporosis Foundation (NOF) y los criterios densitométricos de la OMS para el diagnóstico de osteopenia u osteoporosis como razones para iniciar el tratamiento.

**Resultados:** Entre Octubre 2000 y Abril 2001, se incluyeron en el estudio 926 mujeres posmenopáusicas. El análisis por intención de tratar estuvo constituido por 902 pacientes, 476 en el grupo de raloxifeno (RLX) y 426 en el grupo de alendronato (ALN). La edad de las pacientes tratadas con ALN fue estadísticamente mayor ( $p < 0,001$ ) que las pacientes tratadas con RLX (65,4 vs. 63,5 años). El rango de edad en ambos grupos de tratamiento fue de 55-89 años. Un total de 628 (69,6%) pacientes no habían recibido tratamiento antirresortivo previo. Un 56,2% de las pacientes fueron incluidas en centros públicos, un 38,6% en centros privados y 5,2% en centros mixtos. En la población global del estudio, la principal razón para iniciar el tratamiento fueron osteoporosis (45,9%), osteoporosis establecida (23,9%) y osteopenia (17,1%). En una mayor proporción de pacientes en el grupo de raloxifeno se inició el tratamiento por osteopenia en comparación con alendronato, mientras que en una mayor proporción de pacientes se inició el tratamiento con alendronato por osteoporosis establecida (Tabla 1).

Tabla 1: Razones para iniciar tratamiento

Razones	Raloxifeno	Alendronato	Total	P
Riesgo de fracturas osteoporóticas	56 (11,8%)	47 (11,1%)	103 (11,4%)	ns
Osteopenia	102 (21,4%)	52 (12,3%)	154 (17,1%)	0,0003
Osteoporosis	215 (45,2%)	198 (46,7%)	413 (45,9%)	ns
Osteoporosis establecida	95 (20,0%)	120 (28,3%)	215 (23,9%)	0,0034
Otras	8 (1,7%)	7 (1,7%)	15 (1,6%)	ns

ns: no significativo

**Conclusiones:** En mujeres posmenopáusicas, la razón principal para iniciar tratamiento con raloxifeno o alendronato es osteoporosis basado en los criterios diagnósticos de la OMS.

## 224

### CAUSAS DE INTERRUPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS ANTIRRESORTIVOS EN LA OSTEOPOROSIS POSMENOPÁUSICAS. RESULTADOS DEL ESTUDIO PROCUOS (PROYECTO DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN OSTEOPOROSIS)

A. Torrijos<sup>1</sup>, J.C. Acebes<sup>2</sup>, G. Herrero Beaumont<sup>2</sup>, R. Miguelez<sup>3</sup>, S. García<sup>4</sup> y C. Turbif<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Hospital La Paz, Madrid, <sup>2</sup>Fundación Jiménez Díaz, Madrid, <sup>3</sup>Hospital de Móstoles, Madrid, <sup>4</sup>Hospital Puerta del Mar, Cádiz, <sup>5</sup>Investigación Clínica. Lilly S.A. Alcobendas, Madrid.

**Objetivo:** Describir las causas de interrupción de los tratamientos antirresortivos en la osteoporosis posmenopáusica

**Material y métodos:** PROCUOS es un estudio observacional, longitudinal, multicéntrico, comparativo y abierto para evaluar el cumplimiento terapéutico de raloxifeno frente a alendronato a los 12 meses. Se incluyeron en el estudio mujeres posmenopáusicas > 55 años, en visita rutinaria y que en opinión del médico, presentaran alto riesgo de fracturas osteoporóticas y que no hubieran sido tratadas con algún fármaco antirresortivo en los 3 meses previos a la inclusión, excepto el tratamiento con calcio y vitamina D. El tratamiento con raloxifeno 60 mg/día o Alendronato 10 mg/día, se asignó de acuerdo al criterio clínico del médico participante. Los tratamientos antirresortivos previamente utilizados, al menos 3 meses antes de su inclusión en el estudio, así como las causas de abandonos de dichos tratamientos fueron recogidos basalmente en el estudio.

**Resultados:** Entre Octubre 2000 y Abril 2001, se incluyeron en el estudio 926 mujeres posmenopáusicas. El análisis por intención de tratar estuvo constituido por 902 pacientes, 476 en el grupo de raloxifeno (RLX) y 426 en el grupo de alendronato (ALN). Un total de 628 (69,6%) pacientes no habían recibido tratamiento antirresortivo previo. 274 (30,4%) pacientes incluidas en el estudio habían sido tratadas previamente (Tabla 1).

Tabla 1: Tratamientos antirresortivos previos

Tratamientos	Total
Ninguno	628 (69,6%)
Calcitonina (CT)	158 (17,5%)
Alendronato (ALN)	51 (5,7%)
Etidronato (ET)	34 (3,8%)
Tratamiento Hormonal Sustitutivo (THS)	22 (2,4%)
Otros	9 (1,0%)
Raloxifeno (RLX)	4 (0,4%)

Las causas principales para interrumpir el tratamiento con CT fueron decisión de la paciente (26,6%) y por falta de eficacia (14,6). En las pacientes tratadas con ALN fueron las reacciones adversas (45,1%) y decisión de la paciente (25,5%). En las tratadas con ET, fueron decisión de la paciente, falta de eficacia y decisión del médico (un 23,5% para todas las causas). En cuanto a las tratadas con THS las causas fueron reacciones adversas (27,3), consejo de su médico (27,3) y miedo al cáncer de mama (22,7%). Cuatro pacientes abandonaron el tratamiento con raloxifeno, dos por decisión de la paciente, una por consejo de su médico y otra paciente por causas desconocidas.

**Conclusiones:** Las causas principales de incumplimiento terapéutico difieren según el tipo de tratamiento. Aunque la muestra de pacientes es pequeña, la causa principal para interrumpir el tratamiento con alendronato fueron las reacciones adversas, de acuerdo a lo descrito previamente en la literatura, sin embargo en las pacientes previamente tratadas con raloxifeno ninguna abandonó por reacciones adversas.

## 225

### OSTEOPOROSIS IDIOPÁTICA: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS SEGÚN EL SEXO

M.C. Fernández Espartero, M. J. Martínez Blasco y J. de la Mata

Hospital de la Zarzuela, Madrid.

**Introducción:** La osteoporosis idiopática (OI) es por exclusión la no asociada a enfermedad o tratamiento osteopenizante conocido. En el varón (V) podría suponer hasta la mitad de los casos y en la mujer premenopáusica (M) la mayoría de ellos. Las notables diferencias epidemiológicas de una y otra deberían marcar patrones de comportamientos clínicos y terapéuticos muy diferentes.

**Objetivos:** Describir las similitudes y diferencias en el comportamiento clínico y terapéutico de una serie de V y M con OI.

**Método:** Estudio descriptivo de 20 V (edad media 54 años) y 15 M (edad media 43 años) con OI seguidos durante 3 años. Se entendió por OI aquella pérdida de densidad mineral ósea (DMO) en columna lumbar y/o cuello femoral con t-score < -2,5 no asociada con enfermedades o fármacos osteopenizantes. Todos los pacientes se trataron con suplementos cálcicos. Se añadieron tiacidas a todos los pacientes con hipercalcemia. Se usaron antirresortivos en casos de fractura previa o pérdida de DMO en el primer año de tratamiento.

**Resultados:** No se encontraron diferencias significativas entre V y M en cuanto a la existencia de hábitos osteotóxicos, nivel de actividad física o DMO media basal. Se detectó hipercalcemia en el 40% de los V y en el 53,3% de las M. Basalmente, V y M con hipercalcemia presentaron similares porcentajes de fracturas. Sin hipercalcemia, las fracturas fueron más frecuentes en los V. La presencia de hipercalcemia requirió antirresortivos en el mismo porcentaje de V y de M (75%). Sin hipercalcemia, el 91,66% de los V precisó antirresortivos frente al 85,71% de las M. A los 3 años no se habían producido nuevas fracturas y las ganancias de DMO no difirieron significativamente entre V y M.

**Conclusiones:** La presencia de hipercalcemia en la OI parece condicionar marcadas similitudes en el comportamiento clínico y en las necesidades de antirresortivos. El sexo no parece marcar diferencias en la respuesta al tratamiento de la OI.

### RELACIÓN ENTRE LA ACTIVIDAD CLÍNICA Y BIOLÓGICA DE LAS ESPONDILOARTROPATÍAS Y LA NECESIDAD DE ANTI-INFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

V. Pérez Guijo, M.D.C. Castro Villegas, G. Morote Ibarrola, M.D. Miranda García, M. D. C. Muñoz Villanueva, E. Muñoz Gomariz, P. Font Ugalde, M.J. de la Torre, M. Lopez Pardo, M. Sanchez Hernández, J.C. Casasola Vargas y E. Collantes Estévez  
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Introducción:** Los Antiinflamatorios No Esteroideos (AINEs) son la base del tratamiento de las Espondiloartropatías (Eas) disminuyendo la inflamación y el dolor e incluso se considera que puede retrasar la osificación de la columna lumbar y se ha reportado que del 65 al 83% de los pacientes con espondilitis anquilosante usan Aines. La sensación subjetiva del paciente de necesidad de tomar Aines cotidianamente para el control de su enfermedad ha sido valorado por algunos autores sin que se haya cuantificado su efecto.

**Objetivos:** Relacionar la necesidad de toma de Aines con la actividad clínica y biológica de la enfermedad.

**Material y Métodos:** Estudio transversal y descriptivo en el que se incluyeron a 44 pacientes con Eas en los cuales se registro la necesidad de toma de Aines diariamente en el mes precedente. Se clasificaron en dos grupos: Grupos 1) Con necesidad de AINEs, y grupo 2) Sin necesidad de AINEs. A cada uno de ellos se evaluó parámetros clínicos y bioquímicas de actividad y de calidad de vida (BASDAI, BASFI, VSG, PCR, evaluación global de la actividad por el paciente) y el componente físico y mental del cuestionario SF-36.

**Análisis estadístico:** Los valores se representan en media y desviación estándar. T de student, U de Mann-Whitney y chi cuadrado.

**Resultados:** Se observó que el 65% (n = 29) de los pacientes tenían necesidad de AINEs. En la tabla se representan los resultados de los parámetros clínicos y bioquímicos de actividad de la enfermedad en ambos grupos de estudio, así como la diferencia entre ellos.

	Necesidad de AINEs (n = 29)	Sin necesidad de AINEs (n = 15)	p
Hombre (%)	21 (72,4)	13 (86,7)	0,45
Enfermedad axial (%)	23 (79,3)	13 (86,7)	0,9
Duración de la enfermedad en años	18,8 ± 12,9	15,3 ± 12,7	0,44
VSG, mm/horas	21,2 ± 17,6	14,0 ± 11,6	0,22
PCR,mg/L	14,7 ± 17,5	21,3 ± 33,9	0,45
BASFI,0-100-mm	41,8 ± 21,8	29,3 ± 30,9	0,21
BASDAI,0-100-mm EVA	51,0 ± 24,3	27,3 ± 21,0	0,005
Dolor lumbar, 0-100 mm EVA	47,7 ± 30,1	24,7 ± 23,9	0,026
Componente físico (SF-36)	42,5 ± 20,3	70,7 ± 20,7	0,001
Función física	50,5 ± 25,6	81,4 ± 16,4	0,001
Rol físico	33,5 ± 42,9	72,7 ± 37,8	0,015
Dolor corporal	43,0 ± 23,4	75,1 ± 23,1	0,001
Salud general	41,6 ± 19,0	53,6 ± 18,5	0,093
Componente mental (SF-36)	60,9 ± 25,0	66,5 ± 28,9	0,57
Función social	66,0 ± 28,4	79,6 ± 29,3	0,21
Salud mental	61,5 ± 25,3	68,4 ± 20,3	0,44
Rol emocional	66,0 ± 28,4	79,6 ± 29,3	0,53
Vitalidad -fatiga	49,1 ± 21,4	60,0 ± 27,2	0,22

La mayor parte de los parámetros que exploran la actividad inflamatoria se encuentran más elevados en el grupo de pacientes que tenían necesidad de tomar AINEs.

**Conclusión:** La necesidad subjetiva de ingesta diaria de Aines podría ser un parámetro de medida de la actividad de la enfermos con Spa.

### TRATAMIENTO DE LA HIPOVITAMINOSIS D: ¿CALCIDIOL O COLECALCIFEROL?

M. Larrosa Padró, J. Gratacòs Masmitjà, E. Casado Burgos, E. Berlanga Escalera y M.E. Fernández Casado  
Hospital de Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí (UAB). Sabadell.

**Introducción:** En un estudio previo comprobamos que la pauta de tratamiento con calcidiol corregía y mantenía los niveles de vitamina D en casos de hipovitaminosis (Rev Esp Reumatol 2000; 27:216).

**Objetivo:** Comparar la eficacia del tratamiento con calcidiol con el utilizado en la práctica clínica habitual (800 UI colecalciferol/d) en pacientes con hipovitaminosis D (25-OHD3 < 25 ng/ml) para mantener niveles normales de 25-OHD3.

**Pacientes y métodos:** 89 p. con hipovitaminosis D, 78 mujeres (87,6%), 11 varones, con una edad de 72,3 ± 8,9 años (43-88) incluidos de forma consecutiva durante el período junio 2000 - diciembre 2002. Enfermedad de base: 68% osteoporosis, 10% artritis reumatoide, 22% otras. Valores basales: 25-OHD3 16 ± 5 ng/ml, PTH 74 ± 47 pg/ml, calcemia 9,5 ± 0,4mg/dl, fosforemia 3,5 ± 0,5 mg/dl, F.Alcalina 177 ± 109 UL, calciuria 102 ± 86 mg/24h). 51% pacientes presentaban hiperparatiroidismo secundario (PTH > 65 pg/ml). En todos los pacientes incluidos se establecieron dos pautas de tratamiento: inicialmente recibieron una pauta inicial común de 16.000UI de calcidiol en una dosis a la semana, durante 4 semanas consecutivas y posteriormente de forma aleatoria se dividieron en dos pautas de tratamiento: calcidiol 16.000UI monodosis cada 3 semanas (más calcio 1-1,2 g/d) o colecalciferol 800UI/d (más calcio 1-1,2 g/d). Se realizó control analítico al mes, a los 3 y a los 6 meses del tratamiento.

**Resultados:** Al mes de tratamiento con calcidiol se observó: 25-OHD3 85 ± 33 ng/ml (p = 0,0001), PTH 55 ± 32pg/ml (p = 0,0001), calciuria 148 ± 97 mg/24h (p = 0,002), sin diferencias en calcemia, fosforemia ni F.Alcalinas. 6 pacientes no normalizaron niveles de 25-OHD3 y se excluyeron del estudio. La comparación entre la pauta de tratamiento con calcidiol o colecalciferol (tabla) demostró a los 3 y 6 meses niveles séricos más elevados de 25-OHD3 con calcidiol y con diferencias significativas a los 6 meses del tratamiento.

	68 Pacientes			44 Pacientes		
	3 meses		p	6 meses		p
	calcidiol	colecalciferol		calcidiol	colecalciferol	
25-OHD3 <25 ng/ml	2%	8%	NS	8%	28%	0,07
PTH > 65 pg/ml	28%	32%	NS	11%	50%	0,005
25-OHD3	63 ± 28	52 ± 21	NS	68 ± 32	36 ± 18	0,001
PTH	60 ± 37	59 ± 29	NS	59 ± 62	59 ± 25	NS
F.Alcalina	151 ± 109	124 ± 67	NS	126 ± 73	135 ± 90	NS
Ca	9,5 ± 0,3	9,4 ± 0,4	NS	9,6 ± 0,4	9,5 ± 0,5	NS
P	3,4 ± 0,4	3,3 ± 0,5	NS	3,4 ± 0,4	3,3 ± 0,6	NS
Calciuria	155 ± 91	118 ± 84	NS	185 ± 112	117 ± 66	0,05

**Conclusiones:** Una pauta de 16.000UI semanales de calcidiol durante 4 semanas normaliza los niveles séricos de 25-OHD3 y de PTH, en pacientes con déficit de vitamina D. A los 6 meses, estos niveles se mantienen con colecalciferol 800 UI diarias, o con calcidiol 16.000UI en monodosis cada 3 semanas, aunque con calcidiol persisten niveles séricos más elevados.

228

**EFFECTO ANALGÉSICO Y COMPLICACIONES A CORTO PLAZO DE LA VERTEBROPLASTIA EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS**

J. Pomés, J. Macho, J. Blasco, N. Guañabens, P. Peris y A. Monegal

*Servicios de Radiodiagnóstico y Reumatología (CDIC, ICAL). Hospital Clínic de Barcelona.*

**Objetivo:** Analizar el efecto analgésico de la vertebroplastia en el dolor secundario a fractura vertebral por osteoporosis y sus complicaciones a corto plazo.

**Pacientes y métodos:** Se practicaron 36 procedimientos en 15 pacientes (3 h/12 m) con una edad media de 69+2 años, con dolor secundario a fractura vertebral osteoporótica, refractario a tratamiento farmacológico. Tras evidenciar signos de edema en cuerpo vertebral (RNM) se realizó vertebroplastia con control de escopia, por vía oblicua transpedicular. Se evaluó la intensidad del dolor por EVA antes, a las 24 horas, a la semana y al mes de la vertebroplastia. Las complicaciones se evaluaron clínicamente y mediante escopia de tórax y TAC de la vértebra tratada, para visualización de fuga de material.

**Resultados:** Se realizaron una media de 2,3+1,3 vertebroplastias por paciente (rango 1-5). La vía de acceso fue bilateral en 5 casos y unilateral en 31 procedimientos. El EVA basal fue de 8,9+1,5 (rango 5-10). Los controles realizados a las 24 horas, 1 semana y al mes de tratamiento mostraron valores medios de EVA de 0,87+1,3 (rango 0-4), 1,7+1,5 (rango 0-4) y 2,5+2,5 (rango 0-7) ( $p = 0,000$ ). Cuatro pacientes requirieron una segunda vertebroplastia, dos de ellos por fractura de las vértebras adyacentes a una vértebra tratada. Ningún paciente desarrollo complicaciones sintomáticas por el procedimiento o por la fuga de material. Se detectaron fugas de material en: disco ( $n = 3$ ), venosa anterior ( $n = 3$ ), venosa posterior ( $n = 6$ ), canal ( $n = 2$ ) y partes blandas ( $n = 9$ ). En dos pacientes se detectaron embolismos pulmonares asintomáticos.

**Conclusión:** La vertebroplastia es un tratamiento eficaz para el dolor en los pacientes con fractura osteoporótica rebelde al tratamiento analgésico. Las complicaciones a corto plazo derivadas de la fuga de material fueron asintomáticas en todos los pacientes. Son precisos estudios a largo plazo que analicen el efecto de este procedimiento sobre la incidencia de fracturas en la vértebra adyacente.

229

**DIFERENCIAS DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍA INDIFERENCIADA (SPA-I) Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA)**

V. Pérez Guijo, M. Castro villegas, G. Morote Ibarrola, M.D. Miranda García, M.C. Muñoz Villanueva, E. Muñoz Gomariz, P. Font Ugalde, M.J. de la Torre, M. Lopez Pardo, M. Sanchez Hernández, J.C. Casasola Vargas y E. Collantes Estévez

*Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Introducción:** Las manifestaciones clínicas y radiológicas definen el diagnóstico de EA, sin embargo las manifestaciones iniciales de esta pueden ser consideradas al inicio como Spa-I.

**Objetivo:** Describir y comparar las características demográficas, clínicas y bioquímicas en una cohorte de pacientes con EA y Spa-I.

**Pacientes y métodos:** Estudio descriptivo, transversal y analítico en donde se incluyeron a 90 pacientes que cumplieron criterios modificados de New York para EA y del ESSG para Spa-I (EA:44 y Spa-I:46) y que acudieron por primera vez a la consulta monográfica de Espondiloartropatías; se realizó una evaluación clínica y radiológica que incluyó: historia familiar de espondiloartropatía, manifestaciones extrarticulares, movilidad espinal, recuento articular, recuento de entesis, evaluación de la actividad por el médico y por el paciente, BASDI, BASFI, estado de salud global por el paciente (EVA en la última semana, HAQ-EA, y SF-36), analítica con hemograma, VSG, proteína C reactiva y determinación del HLAB27, y las radiografías de columna lumbar, cervical, sacroiliacas y cadera. Para el análisis estadístico se utilizó: X2 para variables dicotómicas y prueba exacta de Fisher para variables continuas.

**Resultados:** En la siguiente tabla se presentan nuestros resultados en cada grupo. El porcentaje de género masculino, el tiempo de evolución y la afección axial evaluada por metrología fue mayor en el grupo de EA, la positividad de HLA-B27 se encontró en el 90,3% del grupo de EA comparado con el 90,6% de la Spa-I, no se encontró diferencia estadísticamente significativa en las otras variables evaluadas.

	EA (n = 44)	Spa-I (n = 46)	p
Masculino (%)	37 (84,1)	26 (56,5)	0,009
Enfermedad axial (%)	43 (97,7%)	34 (73,9%)	0,010
Tiempo de evolución (años)	22,4 ± 12,9	13,8 ± 11,3	0,002
VSG, mm/hora	22,0 ± 20,5	20,6 ± 20,0	0,76
PCR,mg/L	11,9 ± 11,9	15 ± 23,3	0,48
<i>Variables metrológicas</i>			
Expansión torácica, cm	4,8 ± 2,5	8,1 ± 12,6	0,096
Schober modificado, cm	7,4 ± 13,5	8,5 ± 12,8	0,69
Occipucio-pared, cm	4,9 ± 10,8	0,3 ± 1,2	0,009
Dedo-suelo, cm	16,7 ± 12,9	11,1 ± 13,5	0,048
BASFI, 0-100 mm EVA	42,5 ± 26,0	31,5 ± 25,9	0,067
BASDAI, 0-100 mm EVA	45,9 ± 24,0	41,8 ± 24,2	0,45
Componente físico (SF-36)	45,4 ± 21,9	50,3 ± 25,2	0,39
Componente mental (SF-36)	62,0 ± 24,3	56,3 ± 27,6	0,37

Los valores se representan en media ± SD o porcentajes, VSG = velocidad de sedimentación globular, PCR = Proteína C Reactiva, BASDAI = Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASFI = Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. VAS = Visual analogical scale.

**Conclusión:** El tiempo de evolución de la enfermedad es el dato más importante entre estos dos grupos, sin embargo se debe de realizar un seguimiento prospectivo de estos enfermos para definir los factores que pueda influir para la diferenciación en algún tipo específico de espondiloartropatía.

230

**SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PACIENTES CON ARTROPATÍA PSORIASICA EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO**M. Matías de la Mano, N. Garrido Puñal, L. González Hombrado, J.I. Saenz del Castillo, B. Joven Ibañez, R. Almodovar González, A. García Velasco e I. Mateo Bernardo *Servicio de Reumatología, Hospital 12 de Octubre.*

**Introducción:** La Artropatía psoriasisica (Aps) es una enfermedad reumatológica inflamatoria con una amplia variabilidad en la expresión clínica. En los últimos años se tiende a

pensar que la Aps se comporta como una artropatía inflamatoria de más difícil control clínico.

**Objetivo:** Estudiar la situación actual de los pacientes diagnosticados de Aps en nuestro Servicio, gravedad, tipo y seguimiento.

**Material y métodos:** Revisamos un total de 245 historias de pacientes codificados como Aps en una base informática de nuestro hospital. Veinticinco fueron desestimadas por no confirmarse el diagnóstico. Los 222 pacientes restantes cumplían los criterios de Wright y Moll para el diagnóstico de Aps. Se recogieron los datos demográficos de los pacientes (edad, sexo), tipo de Aps (poliarticular, oligoarticular, espondilítica, afectación de IFD y mutilante) y tiempo de demora en el diagnóstico así como los datos de actividad en la última visita: número de articulaciones dolorosas (NAD), número de articulaciones inflamadas (NAI), VSG, Proteína C reactiva (PCR). Definimos enfermedad activa si presentaban NAD y/o NAI > 6 y/o VSG > 20 y/o PCR positiva. Asimismo se recogió el tratamiento actual con fármacos moduladores de la enfermedad (FAMEs) o AINEs.

**Resultados:** La edad media fue de  $58,36 \pm 14,34$  (108 H/114M). Tipo de afectación: poliarticular 58,6%, oligoarticular 23,9%, espondilítica 12,6%, afectación de IFD 3,2% y mutilante 1,8%. El tiempo medio de demora en el diagnóstico fue de  $3,7 \pm 6,3$  años (mediana 1 año). Un 30,6% de ellos precisaron esteroides en algún momento de la evolución de la enfermedad. Continúan en seguimiento 136 pacientes con los tratamientos recogidos en tabla 1. El 33,6% (75 pacientes) presentaban criterios de gravedad en la última visita.

	Pacientes (%)
AINEs (SOLO)	37 (27,2)
Metotrexate (MTX)	46 (33,8)
Sales de oro	12 (8,8)
Salazopirina (SSZ)	12 (8,8)
Cloroquina (CL)	5 (3,7)
Leflunomida (LFN)	3 (2,2)
Azatioprina	1 (0,7)
Infliximab	2 (1,5)
MTX+CL	3 (2,2)
MTX+SSZ	5 (3,7)
MTX+SSZ+CL	1 (0,7)
Otros	9 (6,6)

**Conclusiones:** Más de la mitad de los pacientes precisan tratamiento con FAME para el control de la enfermedad en el momento actual, pese a lo cual hay un porcentaje alto de pacientes con criterios de gravedad en la última visita.

## 231

### HÁBITOS DIETÉTICOS EN LA MUJER POSMENOPAUSICA Y SU INFLUENCIA EN EL NIVEL DE CALCIDIOL SÉRICO Y EN LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA

T. Cobo, P. Aguado, E. Martín, M.L. González, M. Bernad, M. E. Martínez y E. Martín Mola

*Servicios de Reumatología y Bioquímica del Hospital La Paz. Servicio de Bioquímica del Hospital Central de la Defensa. Madrid.*

La nutrición es un factor que influye en el desarrollo de osteoporosis (OP) y una de las fuentes naturales de vitamina D (VD). En trabajos previos se ha descrito una elevada prevalencia de deficiencia de VD en mujeres postmenopáusicas que acudían a una consulta de Reumatología.

**Objetivo:** Estudiar los hábitos dietéticos de mujeres postmenopáusicas (PM) de nuestra área asistencial y su influencia en los niveles de calcidiol sérico (CS) y en la densidad mineral ósea (DMO).

**Pacientes y métodos:** Se realizó un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario a 190 mujeres PM ( $58,6 \pm 6,1$  años), 133 mujeres con OP y 57 sin OP (DEXA Hologic QDR 1000), recogiendo los principales grupos de alimentos: lácteos y derivados, farináceos, verduras y hortalizas, frutas, carne, pescados y huevos, grasas, embutidos, precocinados y dulces. Los productos lácteos consumidos fueron convertidos a su equivalencia en mg de calcio y día. Se registraron datos antropométricos y consumo de alcohol, café y tabaco. Ningún paciente tomaba complejos vitamínicos y/o suplementos de calcio y VD. Se determinaron los niveles de CS en el período de mínima irradiación solar (de Octubre a Junio). Se realizaron estudios de correlación y de comparación de poblaciones (Chi cuadrado y T Student) y estudios de regresión múltiple corrigiendo los resultados de acuerdo con la edad y datos antropométricos.

**Resultados:** Presentaron deficiencia de VD (CS < 15) el 66,48% de las mujeres no existiendo diferencias significativas en el nivel de CS entre mujeres con o sin OP. La ingesta diaria de los diferentes grupos de alimentos así como la media diaria de calcio procedente de lácteos ( $897 \pm 277,3$ ) fue inferior a las recomendaciones nutricionales establecidas para la mujer PM. No hubo diferencias significativas en la frecuencia de ingesta de alimentos ni en el consumo de alcohol y tabaco en los grupos poblacionales de mujeres con o sin OP ni en los de mujeres con o sin deficiencia de VD. Los niveles de CS se correlacionaron de manera inversa con el índice de masa corporal (IMC) ( $p:0,046$ ). Al aplicar la regresión logística ningún grupo alimentario influyó en el desarrollo de osteoporosis ni en la existencia de deficiencia de vitamina D.

**Conclusiones:** Los hábitos dietéticos de las mujeres PM estudiadas no cumplen los mínimos requeridos para cada grupo alimentario y debe promoverse la educación en el campo de la nutrición. La deficiencia de VD no reflejaría sólo conductas inadecuadas de alimentación. Factores antropométricos (IMC) parecen influir en los niveles de calcidiol sérico.

## 232

### RESULTADOS DEL TRATAMIENTO COMBINADO ETANERCEPT Y METOTREXATO EN LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ) Y COMPARACIÓN EN MONOTERAPIA CON ETANERCEPT

I. Calvo Penadés, E. Ceballos y J. Soriano  
*Hospital Infantil La Fe. Valencia.*

**Objetivo:** Valorar la eficacia clínica del Etanercept asociado Metotrexato (ETN-MTX) en niños con AIJ poliarticular refractaria al tratamiento con Metotrexato y comparar su respuesta con la obtenida en aquellos niños con AIJ poliarticular también refractaria que recibieron solo Etanercept (ETN).

**Pacientes:** Primer grupo: 10 niños tratados con Etanercept a 0,4 mg/Kg/sub, dos dosis semanales. Segundo grupo 10 niños elegidos secuencialmente en tratamiento con Metotrexato, dosis entre 12-14 mg/m<sup>2</sup> semanal a los que se añadió Etanercept a la dosis prescrita al grupo control. Tiempo de observación de 12 meses.

**Métodos:** *Diseño:* Estudio clínico abierto, sin asignación aleatorio. *Variables de estudio:* Se consideró el tratamiento con-

comitante con corticoides orales e infiltrados, número de articulaciones afectas, valoración global del paciente (VGP), valoración global del médico (VGM), CHAQ y VSG al inicio del tratamiento a los seis y doce meses.

**Resultados:** Distribución de medias y significación estadística de las variables grupo control (ETN) y grupo de estudio (ETN-MTX)

	ETN		ETN-MTX		p
	Inicio	12 meses	Inicio	12 meses	
Corticoide vía oral	0,46 (0,196)	0,394 (0,17)	0,30 (0,19)	0,21 (0,13)	0,022
Corticoide infiltrado	3,55 (1,50)	2,66 (1,00)	2,90 (1,28)	2,90 (1,28)	0,667
Articulaciones	6,33 (3,08)	5,33 (3,53)	16,5 (10,11)	15,9 (9,70)	0,008
VGP	8,22 (1,30)	3,66 (1,93)	7,70 (0,82)	5,60 (1,17)	0,016
VGM	7,88 (1,36)	4,00 (2,34)	8,10 (0,87)	5,80 (1,03)	0,058
CHAQ	1,81 (0,55)	0,98 (0,57)	1,80 (0,42)	1,18 (0,42)	0,418
VSG	54,77 (16,63)	38,33 (19,87)	41,90 (22,42)	26,60 (22,27)	0,244

**Conclusiones:** El tratamiento de etanercept combinado con Metotrexato resultó eficaz en los niños afectos de AIJ refractaria atendidos en nuestra consulta. No son valorables las diferencias encontradas en cuanto a la mayor disminución del número de articulaciones afectadas en el grupo de ETN-MTX, ya que esa variable era distinta en ambos grupos al inicio. El grupo ETN-MTX requirió menor dosis de corticoides orales en el transcurso de los 12 meses que el grupo ETN. La VGP mejoró de forma significativa en los 12 meses de tratamiento en el grupo ETN-MTX. El resto de variables del estudio no mostró diferencias significativas. Sería conveniente realizar estudios clínicos aleatorios y doble ciego que puedan confirmar o rechazar estas primeras observaciones.

## 233

### ENCUESTA DE COMPRESIBILIDAD DE DOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO: TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB Y TRATAMIENTO CON METOTREXATE

T. Cobo, P. Aguado, J. Gracia, A. Hernández, G. Rubiera, G. Bonilla y E. Martín Mola

*Servicio de Reumatología y Unidad de Calidad. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

El Consentimiento Informado (CI) es un documento clave en el desarrollo de la actividad asistencial y en la aplicación del derecho de Autonomía del paciente.

**Objetivo:** Conocer el grado de comprensibilidad de dos documentos de CI de uso frecuente, elaborados en el servicio de Reumatología: Tratamiento con Infliximab y Tratamiento con Metotrexate.

**Métodos:** Se elaboró un cuestionario registrándose: edad, sexo, nivel de estudios, estar o no tomando el correspondiente fármaco (caso o control), grado de comprensión (nada/poco, normal, mucho/excelente) de los diferentes apartados del CI (procedimiento, riesgos, beneficios, alternativas y autorizaciones). La participación voluntaria de los pacientes susceptibles de formar parte del estudio, se realizó en la Consulta Externa y/o en el Hospital de Día reumatológico, tras ser atendidos por su médico. Fueron entrevistados por personal ajeno al servicio, indicándoles que tras leer el documento de CI correspondiente, subrayaran las palabras que no comprendían y realizaran un resumen verbal de cada apartado del CI. El análisis de los datos se realizó con el software Spss 10.0. Se compararon los resultados según el nivel de estudios, caso-control y tipo de CI, reagrupando los valores de cada variable de más de dos cate-

gorías para permitir la aplicación de los test estadísticos. Para valorar la legibilidad se aplicó el índice de SMOG que estima de manera indirecta la dificultad de interpretar, entender y comprender lo que se lee en un texto determinado.

**Resultados:** Se realizaron 60 entrevistas (18 varones; 42 mujeres; edad media  $58 \pm 12,8$ ), 30 para cada CI. No se encontraron diferencias significativas en los resultados entre los casos y los controles ni entre los dos tipos de CI. El grado de comprensión del documento fue significativamente mayor en el grupo de estudios superiores. La mayoría de las palabras subrayadas no entendidas eran técnicas, siendo la mediana de 3 en el CI de Infliximab y de 2 en el de Metotrexate. Las expresiones "fines docentes y científicos" y "material gráfico y biológico" fueron las más subrayadas. El 75% de los entrevistados tuvo un grado de comprensión entre normal y excelente, excepto en el apartado de Alternativas (50% de no comprensión). La puntuación obtenida con el índice de SMOG ha sido 18 en el CI de Infliximab y 16 en el de Metotrexate ( $< 20$  indica legibilidad aceptable).

**Conclusiones:** El nivel de comprensibilidad general es adecuado (75%) en ambos CI, excepto en el apartado "Alternativas" que debería ser revisado. Las palabras técnicas y expresiones más subrayadas deberían ser cambiadas. La comprensibilidad está influenciada por el nivel de estudios, por lo que se requiere una explicación oral adaptada a cada paciente.

## 234

### SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PACIENTES CON ARTROPATÍA PSORIASICA EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

M.A. Matías de la Mano, N. Garrido Puñal, L. González Hombrado, J. I. Saenz del Castillo, B.E. Joven Ibañez, R. Almodóvar González, A. García Velasco e I. Mateo Bernardo  
*Hospital 12 de Octubre.*

**Introducción:** La Artropatía psoriasisica (Aps) es una enfermedad reumatológica inflamatoria con una amplia variabilidad en la expresión clínica. En los últimos años se tiende a pensar que la Aps se comporta como una artropatía inflamatoria de difícil control clínico.

**Objetivo:** Analizar la situación actual, gravedad, tipo de afectación y seguimiento de los pacientes diagnosticados de Aps en el servicio de Reumatología de un hospital terciario.

**Material y métodos:** Revisamos un total de 245 historias de pacientes codificados como Aps en la base de datos de nuestro servicio desde 1976 hasta la actualidad. Veinticinco pacientes se excluyeron por no confirmarse el diagnóstico de Aps. De 222 pacientes se recogieron: datos demográficos (edad, sexo), tipo de afectación según los criterios de Wright y Moll (poliarticular, oligoarticular, espondilítica, afectación de IFD y mutilante), tiempo de demora en el diagnóstico, tiempo de inicio del primer FAME, datos de actividad en la última visita (número de articulaciones dolorosas [NAD], número de articulaciones inflamadas [NAI], VSG y PCR) y el tratamiento actual con fármacos moduladores de la enfermedad (FAMES). Definimos enfermedad activa si presentaban 6 ó más articulaciones dolorosas y/o inflamadas y una VSG  $> 20$  o PCR positiva. Los datos se analizaron con la base de datos SPSS.

**Resultados:** De un total de 222 pacientes (108 varones y 114 mujeres): 58,6% tenían afectación poliarticular, 23,9%

oligoarticular, 12,6% espondilítica, 3,2% afectación de IFD y 1,8% mutilante. La edad media fue de  $58,36 \pm 14,3$  años y la edad al diagnóstico de  $46,6 \pm 14$  años. El tiempo medio de demora al diagnóstico fue de  $3,7 \pm 6,3$  años y el inicio del primer FAME fue a los  $2,4 \pm 4,5$  años del diagnóstico. El 71% de los pacientes han tomado algún FAME y un 30,6% precisaron corticoesteroides, en algún momento de la evolución de la enfermedad. En el momento actual, continúan en seguimiento 136 pacientes con los siguientes tratamientos (ver tabla).

El 33,6% (75 pacientes) se encuentran en actividad en el momento de la última visita.

	Pacientes (%)
AINEs (solo)	37 (27,2%)
Metotrexate (MTX)	46 (33,8%)
Sales de oro	12 (8,8%)
Salazopirina (SSZ)	12 (8,8%)
Cloroquina (CL)	5 (3,7%)
Leflunomida	3 (2,2%)
Azatioprina	1 (0,8%)
Infliximab	2 (1,5%)
MTX+CL	3 (2,2%)
MTX+SSZ	5 (3,7%)
MTX+SSZ+CL	1 (0,7%)
Otros	9 (6,6%)

**Conclusiones:** Más de la mitad de los pacientes precisan tratamiento con FAME para el control de la enfermedad, pese a lo cual hay un porcentaje alto de pacientes con criterios de actividad en la última visita.

## 235

### ESTUDIO DEL METABOLISMO MINERAL ÓSEO EN LA INFECCIÓN POR EL VIH

A. García Aparicio, S. Muñoz Fernández, J. Fernández, J.R. Arribas, J.M. Peña, S. Hernández Albuja, J.J. Vázquez, J. Coya, E. Martín Mola  
Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid.

**Introducción:** Recientemente se han comunicado trabajos asociando cierto grado de osteopenia en la infección por el VIH a pacientes que estaban en tratamiento antirretroviral con algún inhibidor de la proteasa (IP).

**Objetivo:** Comparar el metabolismo mineral óseo en pacientes portadores de la infección por el VIH que recibían tratamiento antirretroviral con un IP (grupo IP) con sujetos VIH positivo sin tratamiento (GST).

**Métodos:** Se estudiaron 36 pacientes varones, 13 en el grupo naive y 17 en el grupo IP. Excluimos las mujeres y aquellos pacientes que tuvieran algún factor conocido asociado a disminución de la densidad mineral ósea. Realizamos un cuestionario sobre hábitos de vida y nutricionales, así como una Densitometría ósea (LUNAR) en columna lumbar cuello de fémur y fémur completo. Se determinó el número de CD4, carga viral y marcadores de formación y resorción ósea. Comparamos los niveles de vitamina D y PTH con 16 voluntarios sanos pareados para edad y sexo. Para los análisis estadísticos empleamos el programa SPSS (U de Mann-Whitney, test exacto de Fisher y coeficiente de correlación de Spearman).

**Resultados:** 6 pacientes se perdieron durante el seguimiento que fueron excluidos del análisis. La edad media en el grupo naive fue de 35 años (DS 4,36) y 41 en el grupo IP (8,6). Según los criterios de la OMS, se objetivó osteopenia en 17/30

pacientes (57%); 8/13 (61,5%) en el GST y 9/17 (53%) en el grupo IP (diferencia no estadísticamente significativa). Un paciente del grupo naive y dos del IP cumplían los criterios de osteoporosis. Encontramos un déficit de vitamina D en el 86% de los pacientes, que fue definido como severo (menos de 10 ng/ml) en un 46%. Los niveles de vitamina D fueron estadísticamente más elevados en el grupo control ( $p = 0,04$ ). Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre los niveles de testosterona y la densidad mineral ósea en columna lumbar ( $t$ -score  $p = 0,05$ ,  $z$ -score  $p = 0,017$  y  $g/cm^2$   $p = 0,05$ ). Este hallazgo sugiere que el hipogonadismo, una patología frecuentemente asociada a la infección por el VIH, podría influir en la densidad mineral ósea.

**Conclusiones:** Tanto la osteopenia como el déficit de vitamina D parecen estar relacionados con la infección por el VIH. No existe diferencia entre pacientes sin y con tratamiento antirretroviral con un IP. Los niveles de testosterona se correlacionan con la densidad mineral ósea en columna lumbar.

## 236

### UVEÍTIS SARCOIDEA. DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y METODOLOGÍA DIAGNÓSTICA

J.M. De Llobet Zubiaga, A. Adán, M. Baget, T. Marieges y C. Díaz López  
Hospital de Sant Pau, Barcelona.

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa crónica de etiología desconocida que se caracteriza por la presencia de granulomas no caseificantes y afectación clínica multiorgánica, de predominio en ganglios, pulmón y piel, así como en ojos, riñón, músculo, hígado, corazón y sistema nervioso. Puede seguir un curso agudo o crónico; autolimitado o progresivo; leve o grave; con o sin secuelas. Los factores asociados a mal pronóstico son la raza negra, el comienzo en edad tardía, la duración mayor de seis meses, la afectación de más de tres órganos y la pulmonar sin adenopatías (grado III). El diagnóstico se establece por biopsia que muestre granulomas no caseificantes, junto con un cuadro clínico compatible (sarcoidosis comprobada). El hallazgo del enzima convertidor de la angiotensina elevado (ECA), la presencia de alteraciones en la Rx de tórax (adenopatías o infiltrados pulmonares), o una captación en la gammagrafía con Galio 67 (Gg67), permite el diagnóstico de presunción. La afectación ocular se presenta de forma bimodal con dos picos de edad: Entre 20-30 y entre 50-60 años. Ocurrirá en el 25-60% de los pacientes con sarcoidosis sistémica. La clínica más frecuente es la uveítis.

El objetivo de este estudio es presentar las características clínicas, oftalmológicas y sistémicas, la evolución, el diagnóstico y tratamiento de un grupo de 16 pacientes estudiados en la Clínica de Uveítis.

**Pacientes y métodos:** Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo sobre una muestra de 16 pacientes diagnosticados de uveítis sarcoidea entre marzo de 1998 y julio 2002. Se diagnostican de sarcoidosis definida los que tienen biopsia y clínica compatible y de sarcoidosis presunta los que teniendo clínica compatible, tienen un ECA elevado, o un TAC torácico que presente adenopatías mediastínicas y/o afectación intersticial pulmonar, o una Gg 67 con captación sugestiva de la misma, en ausencia de biopsia. *Clínica ocular sugestiva de sarcoidosis:* Uveítis anterior aguda bilateral recurrente (UAAR); Uveítis anterior bilateral sinequante cró-

nica (UAC); Panuveítis con uveítis anterior sinequante o con lesiones bilaterales coroidales inferiores en sacabocados bilaterales; Uveítis intermedia bilateral (UIB) con edema macular quístico (EMQ); Vasculitis retiniana (VR) con uveítis. A todos los pacientes se les realiza un estudio oftalmológico completo con agudeza visual (AV), presión intraocular (PIO), estudio de los segmentos anterior y posterior y angiofluoresceinografía en casos seleccionados. Estudio de complicaciones: cataratas, glaucoma, nódulos de Koeppe y de Bussacca, sinequias posteriores, vitreítis, EMQ y vasculitis retiniana.

**Resultados:** 16 pacientes (12 mujeres y 4 hombres) con edad media de 68,3 años (45-87) seguimiento medio de 34,5 meses. *Formas de presentación:* 1). Panuveítis en 9 (56,2%), que en 8 era bilateral. 2). UAC bilateral en 4 (25%). 3). UAAR en 1(6,2%). 4). UIB en 1 (6,2%). 5). Granuloma conjuntival con coriorretinitis bilateral en 1 (6,2%). *Diagnóstico:* 1). Sarcoidosis definitiva por biopsia en 6 (biopsia transbronquial 2, mediastinoscopia 1, labio 1, músculo 1, conjuntival y hepática 1. 2). Sarcoidosis presunta en 10: TAC en 7, gammagrafía con Galio 67 en 8, ECA en 4. En estos casos no se practicó biopsia por riesgo elevado por edad en unos o por falta de consentimiento en otros. *Sensibilidad de las pruebas:* Rx de tórax 30,7%, TAC torácico 9/13 (70%), GGa67 10/13(77%), ECA 6/13 (46%). *Clínica sistémica:* Fue más florida en los casos en que se practicó biopsia diagnóstica, y en 3 precedió la sarcoidosis a la uveítis y en tres fue simultánea. En los casos de presunta sarcoidosis el cuadro clínico dominante era ocular y las pruebas diagnósticas se realizaron de forma conjunta y prospectiva. *Evolución y tratamiento:* Agudeza visual inicial 0,5 y final de 0,6. Tratados con corticoides sistémicos 14 (87,5%); 7 corticoides y metotrexate; 1 terapia triple. 2 tratamiento tópico.

**Conclusiones:** La sarcoidosis es una enfermedad que cursa con una amplia variedad de síntomas oculares. La forma insidiosa que afecta preferentemente a mujeres de edad avanzada apenas tiene síntomas que sugieran enfermedad sistémica. Se requiere un alto índice de sospecha y se confirmará con las pruebas diagnósticas descritas. Tanto el TAC de alta resolución como la GG67 tienen una elevada sensibilidad para detectar adenopatías hiliares y mediastínicas, siendo superior el TAC para la afectación intersticial pulmonar. En los casos no tratados con corticoides la elevación del ECA en los pacientes con uveítis sugerirá sarcoidosis, que deberá referendarse con las otras pruebas. Siempre que sea posible se practicará biopsia de confirmación.

## 237

### GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS. RESULTADOS DEL ESTUDIO PROCUOS (PROYECTO DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN OSTEOPOROSIS)

R. Miguez<sup>1</sup>, G. Graña<sup>2</sup>, A. Torrijos<sup>3</sup>, G. Herrero Beaumont<sup>4</sup>, J.C. Acebes<sup>4</sup> y C. Turbi<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Móstoles, Madrid, <sup>2</sup>Hospital Juan Canalejo, A Coruña,

<sup>3</sup>Hospital La Paz, Madrid, <sup>4</sup>Fundación Jiménez Díaz, Madrid,

<sup>5</sup>Investigación Clínica, Lilly S.A. Alcobendas.

**Introducción:** En los últimos años el conocimiento de la osteoporosis ha aumentado, tanto por parte del profesional sanitario como en las pacientes. Es importante que las pacientes conozcan y entiendan su enfermedad, así como sus complicaciones, para que el manejo de la osteoporosis sea más efectivo.

**Objetivo:** Evaluar el grado de conocimiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas, ya que es uno de los factores que pueden influir en el cumplimiento terapéutico.

**Material y métodos:** PROCUOS es un estudio observacional, longitudinal, multicéntrico, comparativo y abierto para evaluar el cumplimiento terapéutico de raloxifeno frente a alendronato a los 12 meses. Se incluyeron mujeres posmenopáusicas > 55 años, en visita rutinaria y que en opinión del médico, presentaran alto riesgo de fracturas osteoporóticas y que no hubieran sido tratadas con algún fármaco anti-resortivo en los 3 meses previos a la inclusión, excepto el tratamiento con calcio y vitamina D. El tratamiento con raloxifeno 60 mg/día o Alendronato 10 mg/día, se asignó de acuerdo al criterio clínico del médico participante. Utilizamos el test de Batalla, modificado para la osteoporosis, que incluía las siguientes preguntas: 1) Es la osteoporosis una enfermedad para toda la vida?, 2) Se puede prevenir la osteoporosis cambiando los hábitos de vida o con medicamentos?. 3) Mencione una complicación de esta enfermedad. Se consideró un *conocimiento Bueno*, si la paciente contestaba afirmativamente a las 2 preguntas y mencionaba una complicación de la enfermedad. Se consideró un *Mal* conocimiento, si como mínimo la paciente no conoció una complicación de la enfermedad. Si la respuesta era intermedia se consideró un *conocimiento Regular*.

**Resultados:** Entre octubre 2000 y abril 2001, se incluyeron en el estudio 926 mujeres posmenopáusicas. El análisis por intención de tratar estuvo constituido por 902 pacientes, 476 en el grupo de raloxifeno (RLX) y 426 en el grupo de alendronato (ALN). En la población total, un 87,9% de las pacientes sabían que la osteoporosis es una enfermedad para toda la vida, un 88% sabían que se podía prevenir modificando los hábitos de vida o con medicamentos y un 68,8% conocía una complicación de la osteoporosis. El grado de conocimiento en la población total del estudio fue *Bueno* en el 49,3%, *Regular* en un 14,3% y *Mal* en un 36,5% de las pacientes. El grado de conocimiento de la osteoporosis fue similar en ambos grupos de tratamiento (Tabla 1).

Tabla 1. Grado de conocimiento de la Osteoporosis

Grado de conocimiento	RLX	ALN	Total	P
Bueno	228 (50.1%)	200 (48.3%)	428 (49.3%)	ns
Regular	68 (14.9%)	56 (13.5%)	124 (14.3%)	ns
Malo	159 (34.9%)	158 (38.2%)	317 (36.5%)	ns
No realizado	21	12	33	

ns: no significativo

**Conclusión:** El conocimiento de la osteoporosis todavía es deficiente en más del 50% de las mujeres posmenopáusicas, por lo que es necesario continuar aumentando el conocimiento de la enfermedad en esta población.

## 238

### CONDROITÍN SULFATO (CS) CUMPLE LOS CRITERIOS DE RESPUESTA TERAPÉUTICA PROPUESTOS RECIENTEMENTE POR LA OARSI EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTROSIS DE RODILLA (ARO)

J. Vergés, E. Montell, G. Martínez, C. Coronas y P. Du Souich  
Unidad de Investigación Clínica, Departamento Médico y Científico, Bioibérica Farma, Barcelona. Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad de Montreal, Québec, Canadá.

Recientemente, la OARSI (*Osteoarthritis Research Society International*) ha publicado unos criterios de respuesta terapéutica que postulan que para que un fármaco de acción

sintomática rápida (AINE) sea respondedor en el tratamiento sintomático de la ARO por vía oral debe producir una reducción del dolor inicial como mínimo de un 45%, conjuntamente con un cambio de 20 unidades. Además, esta reducción del dolor es un 20% superior a la del placebo.

**Objetivo:** CS es un fármaco de acción sintomática lenta efectivo en el tratamiento de la ARO que aporta como ventajas adicionales su seguridad y efecto persistente. El objetivo del presente estudio es verificar que CS, aún perteneciendo al grupo terapéutico de los SYSADOA (*Symptomatic Slow Acting Drugs for Osteoarthritis*), cumple los criterios de respuesta terapéutica propuestos por la OARSI para los AINEs en el tratamiento sintomático de la ARO.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio que ha evaluado la eficacia de CS (Condrosan<sup>®</sup>, Condrosulf<sup>®</sup>) en varios ensayos clínicos aleatorizados, a doble ciego, controlados con placebo que incluyen pacientes con ARO. El efecto de CS sobre el índice Lequesne, la EAV de Huskisson y el dolor a la carga han sido evaluados con una curva no lineal realizada por ordenador utilizando el modelo Emax (1). Esta metodología permite predecir el efecto máximo obtenible (Emax).

**Resultados:** Con dosis diarias de 800 mg de CS durante 90 días, la Emax predicha indica que los valores iniciales del índice Lequesne, EAV de Huskisson y dolor a la carga podrán reducirse de un 80 a un 100%. Por tanto, CS causa una reducción del dolor muy superior al 45%. Respecto al segundo criterio publicado por la OARSI, CS también lo cumple, ya que reduce la EAV de Huskisson de 70 unidades a 30 (40 unidades de reducción). Además, CS causa una respuesta 50% superior a la del placebo, que es de un 25%. Este último resultado es incluso superior al descrito por la OARSI para AINEs en el tratamiento sintomático de la ARO.

**Conclusión:** CS cumple ampliamente los criterios de respuesta terapéutica propuestos por la OARSI para AINEs en el tratamiento sintomático de la ARO.

1. Patrick du Souich, MD, and Josep Vergés, MD. *Simple approach to predict the maximal effect elicited by a drug when plasma concentrations are not available or are dissociated from the effect, as illustrated with chondroitin sulfate data.* Clin Pharmacol Ther 2001;70:5-9.

## 239

### ETANERCEPT EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ) POLIARTICULAR: RESULTADOS A LARGO PLAZO

I. Calvo Penadés, E. Ceballos y J. Soriano  
Hospital Infantil La Fe. Valencia.

El tratamiento con Etanercept es una nueva opción terapéutica en la AIJ poliarticular refractaria al Metotrexato. Ensayos aleatorios, a doble ciego y controlados con placebo lo demuestran.

**Objetivo:** Valorar la respuesta clínica del Etanercept en nuestros niños con AIJ poliarticular refractaria y comparar la respuesta a los 6 meses y a los 24 meses respecto al momento del inicio del tratamiento.

**Metodología:** Estudio prospectivo que compara las diferencias observadas a los seis y a los 24 meses respecto al momento de inicio. Las variables consideradas para medir la actividad de la enfermedad fueron: dosis de corticoides (CVO), número de infiltraciones (CIF), valoración global del

paciente (VGP), valoración global del médico (VGM), número de articulaciones activas (ART), CHAQ y VSG.

**Población:** 10 niños afectados de AIJ poliarticular refractarios a Metotrexato y tratados con Etanercept.

**Estadísticos:** Se ha calculado la diferencia de medias y el coeficiente de correlación de Pearson

**Resultados:** Descripción de las variables de estudio en pacientes tratados con Etanercept a los 6 y a los 24 meses (medias  $\pm$  DS).

	Inicio 6 meses	Inicio 24 meses	P (Pearson correlation)
Corticoide vía oral(mg/k/día)	0,355 (0,19)	0,445 (0,18)	0,03
Corticoide infiltrado	3,355 (1,63)	3,70 (1,63)	0,003
Articulaciones	4,60 (1,07)	5,90 (3,10)	0,742
VGP	4,70 (1,94)	6,00 (2,00)	0,424
VGM	4,50 (1,95)	5,80 (2,40)	0,444
CHAQ	0,93 (0,29)	0,91 (0,35)	0,285
VSG	34,50 (29,29)	39,50 (16,15)	0,380

A los 6 y 24 meses todas las variables mostraron efectos benéficos del tratamiento con Etanercept, siendo además estadísticamente significativo en cuanto al consumo e infiltraciones de corticoides.

**Conclusión:** Según nuestros resultados los pacientes tratados con Etanercept presentaron mejoría clínica importante desde los 6 meses de tratamiento, manteniéndose dicha mejoría a los 24 meses.

## 240

### DETERMINADAS CONDICIONES METEOROLÓGICAS PUEDEN INFLUIR EN LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS: RESULTADOS PRELIMINARES

J. Vergés, E. Montell, G. Martínez, C. Coronas, G. Cumelles, I. Möller y N. Martí

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

En la práctica clínica habitual es conocido que muchos de los pacientes que presentan dolores articulares lo atribuyen a determinadas condiciones meteorológicas como son: temperatura, presión atmosférica, humedad, etc. Existe poca información publicada al respecto y mucha de ella es contradictoria.

**Objetivo:** Evaluar el efecto de las condiciones climáticas en pacientes afectados de enfermedades reumáticas como son la artrosis, la artritis reumatoide, la fibromialgia y la osteoporosis.

**Material y métodos:** La Unidad de Salud Articular del Departamento Médico y Científico de Bioibérica Farma está realizando un macroestudio conjuntamente con el Instituto Poal de Reumatología. Las condiciones del estudio son: doble ciego, 1 año de duración e incluye 140 pacientes con diferentes tipos de patologías reumáticas (50 pacientes artrósicos, 30 pacientes afectados de artritis reumatoide, 30 pacientes con fibromialgia y 30 pacientes con osteoporosis), comparado con un grupo control de 30 personas que son los familiares acompañantes de los pacientes. La evaluación del dolor (EAV de Huskisson) y de la capacidad funcional (*Health Assessment Questionnaire* o HAQ) son determinadas a diario durante un mes de cada estación del año (primavera, verano, otoño e invierno). Las variables meteorológicas estudiadas (temperatura, humedad, precipitaciones, presión barométrica, velocidad y dirección del viento y radiación solar) son registradas diariamente durante el mes de estudio por el "Servei

de Meteorología de Catalunya". Los sujetos participantes y los médicos implicados no tienen conocimiento de estos datos. Los resultados preliminares obtenidos hasta la fecha han sido sometidos a análisis de regresión lineal y politómica y se ha realizado un análisis de varianza (ANOVA) ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** En estos momentos disponemos de los datos correspondientes a la estación de primavera. Los resultados obtenidos parecen indicar una relación inversamente proporcional estadísticamente significativa entre la temperatura y la EAV de Huskisson en el grupo de pacientes afectados de artrosis. Los datos también sugieren una correlación negativa entre la presión atmosférica y la EAV de Huskisson, así como una tendencia de una relación directamente proporcional entre la humedad y el HAQ en los sujetos artrósicos.

**Conclusiones:** Los resultados preliminares en pacientes artrósicos nos permiten sugerir una correlación negativa entre la temperatura y el dolor articular, conjuntamente con una relación inversamente proporcional entre la humedad y la capacidad funcional. Los datos también parecen indicar un efecto de la presión atmosférica sobre el dolor articular.

## 241

### HIPERTENSIÓN PULMONAR SEVERA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M. Matías de la Mano, I. Saenz del Castillo, L. Cea Calvo, P. Escribano y P. Carreira  
*Hospital 12 de Octubre, Madrid.*

**Introducción:** La hipertensión arterial pulmonar (HTP) es una manifestación infrecuente en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Este tipo de HTP es clínica, hemodinámica y pronósticamente, indistinguible de la HTP primaria. Su etiología es desconocida, y una vez establecida, la HTP generalmente sigue un curso independiente de otras manifestaciones del LES.

**Objetivo:** Describir la evolución de dos pacientes que presentaron un empeoramiento grave de su HTP coincidiendo con un brote de lupus, y que mejoraron tanto del LES como de la HTP con dosis altas de esteroides y prostaciclina iv.

**Resultados:** La paciente 1 era una mujer de 38 años, diagnosticada de LES (rash malar, lupus discoide, úlceras orales, artritis, ANA y a-DNA positivos) un mes antes, tratada con deflazacort (30 mg/día). De forma aguda comenzó con disnea severa, insuficiencia respiratoria y fallo cardíaco derecho, en coincidencia con ANA positivos e hipocomplementemia severa. Se le realizó cateterismo cardíaco derecho y se diagnosticó de HPT (PSP 90 mmHg) y brote lúpico. Con dosis altas de esteroides (metilprednisolona 1g/día durante 3 días, después 60 mg/día) y prostaciclina iv, desapareció el fallo cardíaco derecho, se estabilizó desde el punto de vista hemodinámico, los ANA se negativizaron y los niveles de complemento se normalizaron. Un año después la paciente continuaba asintomática, en tratamiento con. La paciente 2 era una mujer de 26 años de edad, diagnosticada de LES (rash malar, úlceras orales, Raynaud, vasculitis digital, proteinuria, ANA y a-DNA positivos) 5 años antes, y de HPT 2 años antes. Había recibido tratamiento con prednisona (7,5 mg/día) y prostaciclina sc. Presentó un empeoramiento severo de su disnea, con fallo cardíaco derecho, que se acompañó de proteinuria y sedimento patológico, Raynaud severo con necrosis digital, títulos elevados de ANA y a-DNA e hipocomplementemia. Se le realizó cateterismo cardíaco de-

recho y se diagnosticó de HPT severa (PSP 80 mmHg) y brote lúpico. Con dosis altas de esteroides (metilprednisolona 60 (mg/día), azatioprina (150 mg/día) y prostaciclina iv, el fallo cardíaco derecho se resolvió, el Raynaud mejoró, los anticuerpos a-ADN se negativizaron y la orina y los niveles de complemento se normalizaron. Tres meses después la paciente se encontraba asintomática, en tratamiento con prednisona (10 mg/día), azatioprina (150 mg/día) y prostaciclina iv. Un año después continuaba asintomática, y la prostaciclina se sustituyó por syldeinafilo con buen control.

**Conclusión:** La coincidencia temporal entre el desarrollo o empeoramiento de la HPT y la actividad lúpica severa en nuestros pacientes, con buena respuesta al tratamiento inmunosupresor y vasodilatador agresivos, sugiere que el evento inicial en el desarrollo de HPT en pacientes con LES, podría ser una lesión de origen inmune en el endotelio vascular pulmonar.

## 242

### RESERVA DE VITAMINA D Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES CON FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE CADERA

M. Larrosa, O. Nolasco, E. Casado, J. Gratacòs, M. Fernández, A. Gómez y E. Berlanga  
*Unidad de Reumatología, Servicio COT Hospital de Sabadell, Laboratori UDIAT, Fundació Universitària Taulí (UAB), Sabadell (Barcelona).*

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de hipovitaminosis D entre los pacientes con fractura de cadera. Valorar si se asocia con el grado de exposición solar y/o estado nutricional.

**Pacientes y métodos:** Estudio transversal en el que se incluyeron de forma correlativa todos los pacientes mayores de 65 años con fractura osteoporótica de cadera (traumatismo de bajo impacto) ingresados en el Hospital de Sabadell entre febrero y octubre del 2002. Se incluyeron 220p., 179 mujeres (82%), edad  $82 \pm 8$  años (65-100). Variables analizadas: 1-Parámetros del metabolismo P-Ca (Ca, P, F.Alcalina, 25-OHD3 (25-95 ng/ml) y PTH (10-65pg/ml), 2- Grado de exposición solar (según escala: Exposición pobre: reclusión en domicilio o 1-2 salidas a la calle/semana, Exposición normal: más de 3 salidas/semana o exposición expresa al sol), 3- Parámetros nutricionales: albúmina, prealbúmina, transferrina y linfocitos totales.

**Resultados:** 159/220 pacientes (72%) presentaban valores de 25-OHD3 inferiores a 25 ng/ml ( $13 \pm 6$  ng/ml) y 61/220p. (28%) valores normales ( $44 \pm 15$ ). Los valores de calcio, fósforo y F.Alc. fueron semejantes en ambos grupos, así como transferrina y linfocitos totales. Entre ambos grupos se encontraron diferencias significativas para albúmina, prealbúmina, PTH y exposición solar (tabla). Se detectó aumento de PTH en 102/159 pacientes (64%) del grupo con 25-OHD3 disminuida y en 34/61 (56%) del grupo con 25-OHD3 normal.

	25-OHD3 normal (25-95 ng/ml)	25-OHD3 baja (< a 25 ng/ml)	P
PTH	69 ± 67	95 ± 71	0,008
Albúmina	39 ± 4	37 ± 4	0,01
Prealbúmina	23 ± 8	20 ± 6	0,001
Exposic. Solar: Pobre/Normal	35%/65%	63%/37%	0,000

**Conclusiones:** Un 72% de los pacientes con fractura osteoporótica de cadera presenta hipovitaminosis D, con hiperpa-

ratiroidismo secundario en el 64% de casos. Este déficit de vitamina D se asocia a un peor estado nutricional y con una pobre exposición solar.

## 243

### FRACTURA DE CADERA, ¿PRIMER SINTOMA DE OSTEOPOROSIS ?

M. Larrosa, O. Nolasco, E. Casado, J. Gratacòs, M. Fernández, A. Gómez y E. Berlanga

Unidad de Reumatología, Servicio COT, Hospital de Sabadell, Laboratori UDIAT, Fundació Universitària Taulí (UAB), Sabadell (Barcelona).

**Objetivo:** Analizar la prevalencia del diagnóstico previo y tratamiento de osteoporosis (OP) en los pacientes con fractura de cadera. Determinar qué factores de riesgo facilitaron el diagnóstico de OP en estos pacientes.

**Pacientes y métodos:** Estudio transversal en el que se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes con fractura osteoporótica de cadera (traumatismo de bajo impacto) ingresados en el Hospital de Sabadell entre febrero y octubre del 2002. Se incluyeron 238 pacientes, 194 mujeres (82%), mayores de 65 años ( $82 \pm 7$  años, rango 65-100). Mediante cuestionario dirigido se analizaron las variables: 1. Presencia de fracturas previas (axial y/o periférica); 2. Diagnóstico previo de OP; 3. Tratamiento para OP en el último año (calcio, vitamina D, bisfosfonatos, calcitonina, raloxifeno); 4. Número de caídas en el último año; 5. Grado de exposición solar (según escala: Exposición pobre: reclusión en domicilio o 1-2 salidas a la calle/semana, Exposición normal: 3 o más salidas/semana). Se determinaron niveles séricos de 25-OHD3 (25-95 ng/ml) y PTH (10-65 pg/ml).

**Resultados:** 37/238p. (15%) habían sido diagnosticados previamente de OP. 142/238p. (60%) no habían presentado fracturas previas. Al comparar el grupo previamente diagnosticado de OP con el resto se observó: mayor número de pacientes en tratamiento (21% frente 2%  $p = 0,00$ ), mayor presencia de fracturas previas (76% frente 34%  $p = 0,000$ ), mayor número de pacientes con valores normales de 25-OHD3 (54% frente 30%  $p = 0,004$ ). No se observaron diferencias significativas en el grado de exposición solar, valores de PTH ni en el número de caídas en el año anterior.

**Conclusiones:** La OP está infradiagnosticada entre los pacientes con fractura de cadera y este diagnóstico suele hacerse por la presencia de fracturas previas. A pesar del diagnóstico de OP sólo una pequeña proporción de pacientes recibe tratamiento. Es frecuente que la fractura de cadera se presente como primera fractura en la OP.

## 244

### EVOLUCIÓN DE LA DMO Y MARCADORES BIOQUÍMICOS METABOLISMO ÓSEO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB: 1 AÑO DE SEGUIMIENTO

C. Pérez García, J. Maymó, L. Pérez Edo, M. Coll, C. Galisteo, M. Lisboa y N. Segales

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

**Introducción:** La disminución de la DMO en los pacientes con artritis reumatoide (AR) esta asociada a la propia enfermedad, al uso de corticoides y más discutido al tratamiento

con FAME. El infliximab (INF) (Ac. monoclonal quimérico anti-TNF alfa) ha demostrado su eficacia y seguridad en el tratamiento de la AR, pero su efecto sobre el remodelado óseo es desconocido.

**Métodos:** 18 pacientes (2H/16M) edad media  $48,7 \pm 11,8$  años y  $12,72 \pm 8,3$  años de evolución diagnosticados de AR según los criterios ARA en tratamiento con INF, se les realizó al inicio y a las 54 semanas de tratamiento estudio densitométrico con DEXA Hologic QDR- 4500 sl de c. lumbar y cadera, marcadores bioquímicos metabolismo óseo (MBMO). Así mismo se recogieron las variables demográficas, clínicas y analíticas referentes a la actividad de la AR. (Tabla 1). No se iniciaron ni modificaron los tratamientos antiresortivos durante el año de seguimiento. Se realizó el estudio estadístico con T student para variables apareadas con SPSS 10.

#### Variabes clínicas, analíticas y densitométricas

	Inicio	Semana 54	p
NAD/68	16,56 $\pm$ 9,25	3,22 $\pm$ 5,13	<0,0001
NAT/66	11,17 $\pm$ 7,08	1,0 $\pm$ 1,81	<0,0001
HAQ	1,26 $\pm$ 0,89	0,50 $\pm$ 0,44	<0,0001
EVA (100 mm)	47,67 $\pm$ 19,64	27,33 $\pm$ 23,44	0,008
VGM (10 cm)	5,22 $\pm$ 1,17	2,06 $\pm$ 1,73	<0,0001
VGP (10 cm)	5,00 $\pm$ 2,52	2,89 $\pm$ 2	0,006
VSG (mm 1 <sup>h</sup> )	44,61 $\pm$ 22,25	27,23 $\pm$ 29	0,001
PCR (mg/dl)	2,08 $\pm$ 1,59	0,61 $\pm$ 1,15	0,0008
DMO L1-L4 g/cm <sup>2</sup>	0,810 $\pm$ 0,10	0,829 $\pm$ 0,1	NS
DMO CF g/cm <sup>2</sup>	0,665 $\pm$ 0,10	0,680 $\pm$ 0,10	NS
DMO TC g/cm <sup>2</sup>	0,754 $\pm$ 0,13	0,784 $\pm$ 0,13	NS
FATR	10 $\pm$ 0,1	6,6 $\pm$ 2,5	NS
Hidroxiopro	9,2 $\pm$ 5,3	7,5 $\pm$ 3,3	NS

**Resultados:** Al inicio del estudio 9 pacientes presentaban osteoporosis y 9 osteopenia, esta proporción se mantuvo a la semana 54. No se evidenciaron diferencias significativas respecto a la DMO al inicio y año de seguimiento (Tabla 1), pero existe un aumento de la DMO del 2,3% en L1-L4, del 2,1% en cuello de fémur y 4,0% en cadera total. En referencia a los MBMO tampoco se evidenciaron diferencias significativas al año de tratamiento, pero se mostró una disminución del 34% de la FATR y de 20% de la hidroxiprolinuria de 2h.

**Conclusiones:** Los pacientes afectados de AR en tratamiento con infliximab, no muestran disminución de la DMO al año de tratamiento y se objetiva una disminución de la FATR y hidroxiprolinuria al año de tratamiento.

## 245

### ASOCIACIÓN DE LOS ANTICUERPOS ANTI-FILAGRINA (AAF) CON PARAMETROS DE ACTIVIDAD Y LESIÓN ESTRUCTURAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

A. Laiz Alonso, C. Geli, C. Díaz, H. Corominas, J. Rodríguez, M. Moreno, M. López, J. Llobet, A. Cortes y G. Vázquez  
Hospital St Pau. Barcelona.

**Objetivo:** Evaluar el significado de la presencia de AAF en el suero de pacientes con AR.

**Pacientes y métodos:** Estudiamos los AAF en el suero de 103 pacientes consecutivos con AR (ACR 87) en la consulta externa, entre julio y diciembre-02. En todos se evaluó: la edad, años de evolución, número de articulaciones con dolor e inflamadas, Ritchie, EVA-dolor y EVA-impresión global del paciente, estadios funcional, HAQ, DAS-28, parámetros de laboratorio general e inmunología, y estadios estructural. Los AAF se estudian por inmunofluorescencia indirecta en

piel humana. Se practica análisis estadístico por EPI-INFO, utilizando la T de student, chi cuadrado de pearson y U de Mann-Whitney, según el caso.

**Resultados:** De los 103 pacientes, 80 son mujeres, la media de edad es de 61 a (21-80) y la de los años de evolución de la AR de 13 (1-39). El resto de parámetros medidos se enumeran a continuación: Nº ART DOLOR; 7 (0-39), Nº DE ART INFL; 2 (0-18), RITCHIE; 4 (0-28), EVA DOLOR; 34 (0-100), EVA IMP PACIENTE; 36 (0-100), HAQ; 0,71 (0-2,75), DAS; 6,16 (0-7,53), HB; 128 (96-160), PLAQ; 251 (138-605), VSG; 32(1-105), PCR; 15 (1-99), FR; 56% POSITIVOS, ANA; 59% post, ANTIFILAGRINA; 55% post, Estadio estructural; 1 = 62, 2 = 34, 3 = 7, 4 = 0. De todas las asociaciones realizadas solo parece tener una significación estadística, la presencia de AAF y un DAS elevado, así como la presencia de AAF y una proteína C aumentada. Todo ello según datos preliminares.

**Conclusiones:** La presencia de AAF, es un parámetro inmunológico importante, a tener en cuenta como marcador de actividad de la artritis.

## 246

### COMPARACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD E INCAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y ARTRITIS REUMATOIDE: UN ESTUDIO CASO-CONTROL

L. Ines, M. J. Salvador, A. Malcata y A. Porto  
*Hospital Universitario de Coimbra.*

**Objetivos:** Comparar la actividad de la enfermedad y la incapacidad funcional de los pacientes con artritis psoriásica y artritis reumatoide.

**Métodos:** Fueron incluidos pacientes con artritis psoriásica (APs) (poliartritis simétrica u oligoartritis asimétrica, de acuerdo con May y Wright), observados consecutivamente en la consulta externa de Reumatología del Hospital Universitario de Coimbra. Los pacientes con artritis reumatoide (AR) (cumpliendo criterios de ACR 1987) seguidos en la misma consulta y emparejados en base a la edad fueron usados como controles. Dos reumatólogos realizaron el recuento de las 28 articulaciones a todos los pacientes y calcularon las cuatro variables necesarias para calcular el índice de la actividad de la enfermedad (DAS28). Los pacientes completaron la escala visual analógica y el cuestionario sobre el estado de salud (HAQ) el mismo día. Fueron realizadas las comparaciones de los dos grupos mediante T-tests.

**Resultados:** Se incluyeron 92 pacientes, 46 con APs (edad media - 51,8 ± 8,5 años; edad media de inicio - 40,1 ± 8,4 años; mujeres-23,9%) y 46 con AR (edad media - 51,7 ± 8,6; edad media al inicio - 39,0 ± 11,6; mujeres- 73,9%). Las características demográficas fueron similares entre los dos grupos APs y AR, excepto para el sexo. La puntuación media del HAQ fue de 0,9 ± 0,6 para APs y 1,0 ± 0,7 para AR, sin diferencia significativa. El número medio de articulaciones dolorosas fue de 2,4 y 2,7, y la media de articulaciones tumefactas fue de 2,2 y 3,2, para APs y AR, respectivamente. La velocidad de sedimentación media fue de 25,1 y 18,6 para APs y AR, respectivamente. La media de DAS28 para los pacientes con artritis psoriásica fue de 3,4+/1,2 y de 3,5 ± 1,3 para el grupo de pacientes con artritis reumatoide. Similar en ambos grupos. La medicación de los pacientes con APs y AR fue semejante en relación al uso de Metotrexato (APs- 72% de los pacientes, dosis media - 12,7 mg/semana;

AR - 78%, dosis media- 12,2 mg/semana), tratamiento con sulfasalazina (APs- 22%; RA- 20%) y toma de AINES. Bajas dosis de prednisona fueron usadas más frecuentemente en la artritis reumatoide (74%, dosis media - 6,3 mg/d) que en la APs (17%, dosis media - 6,3 mg/d) e hidroclicloroquina fue usado en la AR (39,1%) pero no en la APs. Ningún paciente fue tratado con terapéuticas biológicas.

**Conclusión:** La actividad de la enfermedad y la incapacidad funcional de los pacientes con artritis psoriásica con oligo o poliartritis fue comparable a la de los pacientes con Artritis Reumatoide.

## 247

### PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS Y FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE: ESTUDIO TRANSVERSAL DE 128 PACIENTES

M. Rial, M. Alexandra, L. Inés, P. Reis, A. Malcata y A. Porto  
*Hospital Universitario de Coimbra. Portugal.*

**Objetivos:** Estudiar la prevalencia de osteoporosis y fracturas osteoporóticas en la artritis reumatoide (AR).

**Material y métodos:** Se estudiaron 128 pacientes no seleccionados con Artritis Reumatoide, según los criterios de clasificación de la ACR 1987, con una edad media de 58,9 años (32-84 años), siendo el 82,8% mujeres, y con una edad media al diagnóstico de 42,7 años; el 72,9% con factores reumatoides positivos. Los pacientes fueron interrogados sobre antecedentes de fracturas de las muñecas y del cuello del fémur. Se realizaron radiografías de la columna lumbar y dorsal laterales y osteodensitometría de la columna lumbar y del cuello femoral. Las radiografías se analizaron con el fin de observar la existencia de fracturas vertebrales.

**Resultados:** Con relación a la osteodensitometría la media de la Z- score de la columna lumbar (L1-L4) fue de -0,48 ± 1,19. En la misma localización el T- score medio fue de -1,71 ± 1,20. En la columna lumbar, el 26,9% de los pacientes cumplían los criterios de diagnóstico para la osteoporosis de la OMS. En lo referente al cuello femoral, la Z- score media fue de -0,43 ± 1,01 y el T-score medio fue de -1,74 ± 1,19. En esta localización el 24,1% de los pacientes cumplía criterios diagnósticos de osteoporosis de la OMS. De los 128 pacientes con AR, 24 (18,8%) tenían por lo menos una fractura osteoporótica localizada en la columna dorsal o lumbar, cuello femoral o muñeca. 16 pacientes presentaban por lo menos una fractura vertebral (de 1 a 4 fracturas). 11 pacientes tenían una fractura de la columna dorsal y 10 una o más fracturas lumbares. 5 pacientes referían historia de fractura del cuello femoral y 6 pacientes de la muñeca.

**Conclusión:** La prevalencia de osteoporosis y de fracturas osteoporóticas en este grupo de pacientes con AR, es elevada.

## 248

### IMPACTO DE LA ARTROSIS EN EL ESTADO GLOBAL DE SALUD: UN ESTUDIO DE 242 PACIENTES

L. Ines, P. Reis, A. Malcata y A. Porto  
*Servicio Medicina III-Reumatología. Hospital Universitario Coimbra.*

**Objetivos:** Evaluar el impacto multidimensional de la artrosis en el estado global de salud.

**Material y métodos:** En la consulta externa del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Coimbra, 242 pa-

ciente con artrosis como diagnóstico principal (mujeres = 85,9%; edad media = 59,3 años), completaron el "Arthritis Impact Measurement Scale 2" (AIMS2). Fueron analizadas las respuestas a las 12 escalas sobre el estado de salud (movilidad, caminar, inclinarse, funcionalidad de manos y dedos, función de los brazos, autocuidados, actividad social, soporte familiar o de amigos, dolor articular, trabajo, nivel de tensión y estado anímico). La puntuación se expresa en rango de 0 – 10, representando el 0 el mejor estado de salud y el 10 el peor estado. Las escalas se agruparon en un modelo de 5 componentes (Función física, estado psicológico, dolor articular, interacción social y estado laboral).

**Resultados:** La mayoría de los pacientes pertenecían a un grupo de nivel socio-económico bajo (91,9% tenía menos de 7 años de escolarización y el 73,3% tenía un rendimiento mensual medio por debajo de los 500 Euros. El 82,8% estaban casados. La distribución de los pacientes de acuerdo con la clase funcional ACR, evaluada por un reumatólogo fue: Clase I = 35,8%, Clase II = 49,0%, Clase III = 17,9%, Clase IV = 1,3%. En lo referente al cuestionario AIMS, la puntuación media en el componente físico fue de 6,67 y el 74,6% de los pacientes con artrosis obtuvieron una puntuación superior a 5. En el componente psicológico, la puntuación media fue de 7,96 y el 94,1% alcanzó puntuaciones superiores a 5. En lo referente al dolor articular, el 90,8% alcanzó la puntuación superior media de la escala. En la interacción social, la puntuación media fue de 6,41 and 60,1% alcanzó el peor estado de la escala media. En el componente laboral, la puntuación media fue de 7,1 y fue superior a cinco en, 71,4% de los pacientes con artrosis. El 93,6% declararon que no estaban satisfechos con su estado de salud. Los pacientes atribuyeron a la artrosis (42,2%) as limitaciones en su estado de salud.

**Conclusión:** Esta población de pacientes con artrosis tuvo un pobre estado de salud. Todas las dimensiones de la salud fueron afectadas, desde la física a la psicológica, la dimensión social y laboral. Una alta proporción de problemas de la salud (42,2%) fueron atribuidos a la artrosis. Estos resultados demostraron que la artrosis tiene un gran impacto en el estado global de la salud.

## 249

### PERCEPCIÓN DEL DOLOR Y SUS REPERCUSIONES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AFECTOS DE FIBROMIALGIA EN ESPAÑA. ESTUDIO EPIDOR

J. Monfort Faure, J. Carbonell Abelló, J. Tornero Molina y R. Gabriel Sánchez

*Hospital del Mar de Barcelona.*

**Introducción:** No existen estudios epidemiológicos en el ámbito de la Reumatología en España que describan en pacientes diagnosticados de fibromialgia (F) tanto la prevalencia del dolor músculo-esquelético como su interferencia en los planos físico, psíquico y social así como las estrategias terapéuticas para combatirla.

**Objetivo:** El objetivo principal fue estimar la prevalencia del dolor en pacientes afectados de F, en consultas especializadas de Reumatología. Los objetivos secundarios fueron: Describir las características del dolor, la calidad de vida y su relación con el dolor, las enfermedades concomitantes y el tratamiento de los pacientes con F, así como describir la incidencia del componente depresivo en la intensidad del dolor y la calidad de vida de los pacientes fibromiálgicos

**Material y método:** Se realizó un estudio transversal de prevalencia mediante entrevista clínica a una muestra representativa de pacientes (n = 1134) atendidos en consultas externas de Reumatología de las diferentes comunidades autónomas de forma proporcional a su distribución nacional. Para el estudio de la calidad de vida se utilizó el cuestionario SF-36, para el estudio de depresión la escala Zung y para el estudio del dolor la EVA y el cuestionario breve para la evaluación del dolor

**Resultados:** Un 12% (n = 138) del total de la muestra en estudio (n = 1134) fueron diagnosticados de F. Un 95% de dichos pacientes eran mujeres. La edad media de los pacientes con F fue de 48,95 años (DE 11,53). Los pacientes afectados de F tenían una media de EVA de 66,64 (DE 19,27) mientras que en los no fibromiálgicos (NF) la media de EVA fue de 54,13 (DE 12,66), siendo las diferencias entre medias estadísticamente significativas (p < 0,0001). En el 72,58% de los pacientes diagnosticados de F el beneficio obtenido derivado del tratamiento fue regular o malo, comparando los resultados con los pacientes NF se observaron diferencias significativas en la distribución de la variable. Las patologías más frecuentemente asociadas a los pacientes con F fueron la depresión (35,51%) y la ansiedad (38,41%) comparando estos resultados con la población NF las diferencias fueron estadísticamente significativas (p < 0,0001). Los pacientes afectados de F presentaron puntuaciones del SF-36 tanto en el componente físico estandarizado (F: x 31,44 DE 9,08 vs NF x 35,55 DE 10,81) como en el componente mental estandarizado (F: x 37,62 DE 13,30 vs NF x 48,83 DE 12,17) significativamente inferiores a los pacientes NF. En el cuestionario breve para la evaluación del dolor se detectó que los pacientes con F padecían dolor grave e interferencias del dolor graves respecto a la población NF (los resultados alcanzaron significación estadística). En el subanálisis de pacientes F más depresión moderada grave (D) vs pacientes con F sin depresión moderada grave se observó que los pacientes con F y D presentaban peores puntuaciones del SF-36 tanto para el componente físico como para el componente mental. Las diferencias entre medias fueron estadísticamente significativas. En el cuestionario breve para la evaluación del dolor los pacientes con F y D presentaron mayor intensidad del dolor aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Los pacientes con F y D presentaron interferencias del dolor significativamente mayores.

**Conclusiones:** Los enfermos afectados de F presentaban peor calidad de vida, más dolor y menor beneficio obtenido en el tratamiento que los pacientes no afectados de fibromialgia. El grupo de enfermos con F presentaban un mayor grado de depresión y ansiedad que el resto de la población estudiada. Aquellos pacientes que padecen F y depresión moderada-severa presentan una peor calidad de vida y mayores interferencias producidas por el dolor que aquellos pacientes fibromiálgicos sin componente depresivo asociado.

## 250

### PATOLOGÍA ASOCIADA AL QUISTE DE BAKER

T. Cobo, E. de Miguel, G. Bonilla, A. García Aparicio, A. Hernández y E. Martín Mola

*Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos:** Conocer la patología asociada al quiste de Baker en consulta de Reumatología.

**Material y métodos:** Búsqueda sistemática de todos los informes con el diagnóstico de quiste de Baker de la consulta de ecografía musculoesquelética de nuestro Servicio. Recogida retrospectiva de los datos clínicos en las Historias de los pacientes tanto en el Hospital como en los Centros de Especialidades de nuestro área.

**Resultados:** Se encontraron 174 pacientes con quiste de Baker de los que se ha logrado recuperar datos válidos para el estudio en 145 (22 hombres y 118 mujeres), con edades comprendidas entre 33 y 84 años (edad media 66,8). Las enfermedades asociadas fueron: 78 Gonartrosis, 30 Artritis Reumatoideas, 8 Condrocálcinos, 7 Meniscopatías, 5 Artropatías Psoriásicas, 5 Artropatías no filiadas, 4 Otras Artropatías inflamatorias, 3 Gotas, 2 Artropatías Paraneoplásicas, 1 Enfermedad de Crohn, 1 Amiloidosis, 1 Artritis séptica. Recuperamos los datos de 22 de los 25 pacientes que presentaban quiste de Baker roto, comprobando que se asociaban a las siguientes enfermedades: 9 Artritis Reumatoideas, 5 Gonartrosis, 2 Artropatías Psoriásicas, 2 Otras Artropatías inflamatorias, 1 Enfermedad de Crohn, 1 Condrocálcinos, 1 Artritis séptica y 1 Artropatía no filiada. En 22 pacientes con quiste de Baker no se objetivó derrame articular en bursa suprapatelar en la exploración ecográfica.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia, la patología asociada a quiste de Baker más frecuente es la Artrosis (53,7%), seguida de la Artritis Reumatoide (20,68%). Mientras que en los casos de quiste de Baker roto cambia la prevalencia y la patología inflamatoria (72,77%) supera a la degenerativa (22,72%).

## 251

### PREVALENCIA DEL QUISTE DE BAKER EN GONARTROSIS PRIMARIA SINTOMÁTICA

T. Cobo, E. de Miguel, G. Bonilla, A. García Aparicio, A. Hernández y E. Martín Mola

*Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos:** Conocer la prevalencia del quiste de Baker en pacientes con gonartrosis primaria sintomática.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo clínico y ecográfico. Criterios de inclusión: *a)* Pacientes con síntomas de artrosis de rodilla en los últimos seis meses; *b)* dolor en rodilla mayor de 30 mm en las últimas 48 horas, valorado mediante la escala visual analógica (EVA) y *c)* diagnóstico de gonartrosis según los criterios clínicos y radiológicos del ACR. A todos los pacientes se les realizó una ecografía de rodilla según la técnica descrita por M van Holsbeeck, con un equipo General Electric 400, se utilizó una sonda multifrecuencia 8-13 Mhz. Así mismo, se analizó la relación entre quiste de Baker y las variables edad, dolor, valoración global de la enfermedad por el paciente (VGP), valoración global de la enfermedad por el médico (VGM), derrame articular en bursa suprapatelar, extrusión de menisco y grado radiológico de Kellgren y Lawrence. En el análisis estadístico se utilizaron los test de la U de Mann-Whitney y de Chi-cuadrado.

**Resultados:** De los 64 pacientes estudiados 25 presentaban quiste de Baker (39,06%). Los pacientes con quiste de Baker eran mayores ( $69,9 \pm 6,4$  años) que los que no presentaban ( $65,8 \pm 9,1$  años), la diferencia se encontraba cerca de la significación estadística ( $p = 0,059$ ). Las medias de las variables dolor, VGP y VGM por EVA en pacientes con Baker y

sin él fueron:  $59,3 \pm 19,6$  y  $61,6 \pm 19,3$  mm;  $63,6 \pm 25,7$  y  $66,4 \pm 20,8$  mm;  $48,9 \pm 18,9$  y  $38,7 \pm 16,3$  mm respectivamente, diferencias que no eran estadísticamente significativas aunque la VGM mostraba una tendencia a la significación ( $p = 0,061$ ). Encontramos derrame articular en bursa suprapatelar en 21 pacientes con quiste de Baker (84%), así como en 29 que no lo presentaban (74,4%). La extrusión del menisco interno aparecía en 14 (56%) y 19 (48,7%) casos respectivamente. En ambos casos sin diferencias estadísticamente significativas. Radiológicamente se encontró gonartrosis grado III en 61,1% de los pacientes con Baker y en 30,7% sin quiste de Baker; mientras que el grado II se vio en el 27,7% y 35,58% respectivamente. De nuevo no encontrábamos relación entre el grado radiológico y la presencia de quiste de Baker, aunque en este caso probablemente debido al fraccionamiento de la muestra en los distintos grupos analizados.

**Conclusiones:** En nuestro estudio la prevalencia de quiste de Baker en artrosis sintomática de rodilla es del 39%, creemos que su presencia está infravalorada en la práctica clínica y que la ecografía debería incorporarse a la valoración del paciente con gonartrosis sintomática, que no responde al tratamiento habitual. No hemos encontrado ninguna variable clínica que se correlacione con el diagnóstico de quiste de Baker, aunque algunas de las variables analizadas muestran una clara tendencia a la significación estadística.

## 252

### ESTUDIO CLÍNICO, RADIOLÓGICO Y TRATAMIENTO CONSERVADOR EN PACIENTES CON ESTENOSIS DE CANAL LUMBAR

P. Brieva Beltran

*H.U. Marques de Valdecilla y Dep. de Med. y Psiq. Univ Cantabria.*

**Objetivos:** Descripción de las características clínicas y radiológicas, así como del tratamiento conservador de una muestra de 36 pacientes con estenosis de canal, de una población de 420 pacientes con dolor lumbar asistidos en una Unidad de Espalda Multidisciplinar.

**Material y método:** Los 36 pacientes que presentaron estenosis de canal, significan todos los casos vistos sobre un total de 420 con dolor lumbar referidos a la Unidad de Espalda durante un año de funcionamiento. En todos los casos se cumplimentó un protocolo estandarizado de historia clínica general de lumbalgia. Para definir y clasificar a dichos pacientes seguimos los criterios de O'Duffy, recogiendo las siguientes características de la historia clínica: dolor lumbar, pseudoclaudicación neurógena, debilidad bilateral de miembros inferiores, radiculalgia, alteración de esfínteres y la discapacidad percibida para la deambulación. Las técnicas radiológicas empleadas para el diagnóstico fueron fundamentalmente TAC y RNM, y de manera selectiva EMG. Se utilizaron criterios radiológicos para clasificar el tipo de estenosis como central, lateral o foraminal. El tratamiento realizado fue farmacológico, infiltraciones epidurales y fisioterapia, procedimientos que se utilizaron de forma combinada o aislada indistintamente.

**Resultados:** La edad media de la muestra se situaba en torno a los 66 años, edades muy similares para ambos sexos. La mayoría de los pacientes presentaban estenosis adquirida, degenerativas y mixtas. Las características clínicas predominantes fueron dolor lumbar y claudicación neurógena. Ninguna de ellas presentó alteración de esfínteres. En general el grado de discapacidad era leve-moderado. En la clasificación

radiológica predominaban las estenosis centrales y foraminales en un espacio intervertebral. Casi todos los pacientes realizaron tratamientos farmacológicos y fisioterapia. La respuesta al tratamiento fue favorable en la mayoría de los casos.

**Conclusiones:** 1) Con una edad media que se situaba en la 7ª década de la vida, el dolor lumbar la claudicación neurogénica y la irritación radicular fueron las manifestaciones clínicas más sobresalientes, 2) El estudio de imagen más solicitado fue la TAC, por encima del 75% de los casos, 3) Con el tratamiento conservador, se logró un número importante de mejorías parciales o totales.

## 253

### ESTADO DE SALUD Y PROGRESIÓN DEL DAÑO ARTICULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: ESTUDIO PROSPECTIVO DE 2 AÑOS

L. Inês, P. Reis, M. Rial, R. Melo, A. Braña, A. Malcata y A. Porto

*Servicio de Reumatología - Hospital Universitario de Coimbra.*

**Objetivos:** Evaluar prospectivamente el deterioro del estado de la salud en relación a la progresión del daño radiológico en pacientes con artritis reumatoide.

**Métodos:** 449 pacientes con AR (mujeres - 80,6%, edad media - 58,5 ± 13,0 años, duración media de la enfermedad - 15,9 ± 9,3 años, FR positivo - 73,6%) seguidas en la consulta externa del hospital Universitario de Coimbra., completaron el cuestionario "Arthritis Impact Measurement Scale" (AIMS2) en el año 2000 y otra vez en el año 2002. Cada escala de AIMS2 se puntuó del 0 (mejor) a 10 (peor). Se obtuvieron radiografías de las manos y pies en los mismos periodos y se puntuaron según el método de Larsen.

**Resultados:** El cuestionario AIMS2 se realizó con el intervalo de dos años en 111 pacientes. Durante este período, hubo una estabilización o mejoría en todas las escalas de salud del AIMS2 (tabla). La puntuación media del Larsen de manos y pies fue de 57,4 ± 33,4 en la primera evaluación y de 64,2 ± 26,5 dos años después (la progresión media del daño articular fue de - 3,9 puntos/año).

Puntuaciones medias AIMS2 1ª y 2ª evaluación

AIMS	2000	2002	significado estadístico
Nivel de movilidad	8,1	6,6	p < 0,001
Caminar e inclinarse	8,7	8,7	n.s
Función manos y dedo	7,6	7,4	n.s
Función brazos	7,1	6,7	n.s
Auto cuidados	5,6	5,5	n.s
Tareas domesticas	6,4	6,1	n.s
Actividad social	7,7	7,7	n.s
Soprote familiar y amigos	5,6	5,3	n.s
Dolor articular	9,8	9,1	p < 0,001
Trabajo	6,2	6,3	n.s
Nivel de tensión	8,8	8,4	p < 0,05
Humor	7,3	7,0	n.s

**Conclusiones:** En esta población de pacientes con AR de larga evolución, la progresión del daño radiológico durante este período de dos años no se tradujo en deterioro del estado global de salud.

#### Referencias:

- Inês LS, Reis P, Santos MJ, et al. The social and psychological impact of rheumatoid arthritis: a study of 146 patients. *J Rheumatol* 2001; 28 (suppl 63): S96.
- Inês LS, P Reis, Santos MJ, et al. Joint damage does not explain functional disability in rheumatoid arthritis patients: a cross-sectional study of 146 patients. *J Rheumatol* 2001; 28 (suppl 63): S96.

## 254

### ESTUDIO DE 418 PACIENTES CON LUMBALGIA TRATADOS EN LAS UNIDAD DE ESPALDA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA

J.L. Peña Sagredo, P. Brieve Beltran, C. Peña Martin, R. Blanco Alonso, R. Rubio, A. Garcia y A. Garcia Muriedas  
*H.U. Marques de Valdecilla y Dep. de Med. y Psiq. Univ Cantabria.*

**Material y método:** Los datos proceden del registro de casos de nuestra unidad. Todos los pacientes eran estudiados mediante un protocolo diseñado por el equipo. En este estudio se analizan los siguientes aspectos: características sociodemográficas, vía clínica de derivación, diagnóstico y actuación realizada dentro de la unidad.

**Resultados:** La edad media de los pacientes vistos durante este periodo es de 48'54 años en los varones y 47'86 en las mujeres, siendo estas un 65% del total. En torno a un 70% de los casos procedían de atención especializada, predominando los servicios de traumatología, cirugía ortopédica, reumatología y neurocirugía. El 30% restante procedía de los distintos centros de atención primaria. Los diagnósticos realizados por orden de frecuencia fueron: lumbalgia inespecífica (en torno al 25%), espondiloartrosis, hernia discal y estenosis de canal sumaban un 65%, y otras patologías el resto de casos. Además de los procedimientos diagnósticos convencionales (pruebas de imagen, analíticas, estudios neurofisiológicos etc.), a un 24% se le aplicó una batería de screening psicopatológico. Las actuaciones terapéuticas ofertadas fueron tratamiento farmacológico, fisioterapia (en un 43% de los casos), escuela de espalda y apoyo psicológico. Un 6% de los casos fue orientado para valoración quirúrgica. Se realiza un análisis específico sobre las características clínicas, tratamientos realizados y respuesta a los mismos, en los grupos diagnósticos con lumbalgia inespecífica, hernia de disco y estenosis de canal

**Conclusiones:** 1) La edad media de la población asistida se sitúa en la 5ª década de la vida, siendo mujeres el 65% de los casos, 2) Durante el tiempo analizado la mayoría de los pacientes, en torno al 70%, procedían de la atención especializada, 3) Las principales entidades clínicas estudiadas fueron lumbalgia inespecífica, espondiloartrosis, hernia de disco y estenosis de canal, 4) Prácticamente la mitad de los pacientes precisaron fisioterapia y el 25% fueron valorados desde el punto de vista psicológico, 5) La mayoría de nuestros pacientes mejoró con medidas conservadoras, 6) Solamente el 6% de los casos necesito valoración quirúrgica

## 255

### ANTI - TNF EN LA ARTRITIS REUMATOIDE – EFICACIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

M.J. Salvador, A. Barcelos, M. Rial, A. Braña, I. Cunha, M. Alexandre, D. Nour, L. Inês, P. Reis, J.A. Pereira Da Silva, J. Silva, A. Malcata y A. Porto  
*Hospital Universiatrio de Coimbra. Portugal.*

**Objetivos:** Evaluación de las actividad clínica en pacientes expuestos a anti- TNF.

**Métodos:** En el año 2000, 33 de nuestros pacientes con AR (total 445) iniciaron tratamiento con Anti-TNF, debido a la inadecuada respuesta o intolerancia a los DMARDs clásicos.

El Infiximab fue administrado en dosis de 3 mg/kg en las 0, 2, 6 semanas y cada 8 semanas posteriormente. Etanercept fue dado en dosis de 25 mg sc, dos veces por semana. La selección de la terapéutica fue basada en la elección del paciente y la capacidad para auto inyectarse. Los índices de la actividad de la enfermedad fueron registrados en los días de administración de Infiximab.

**Resultados:** 25 de los 33 pacientes fueron tratados durante 22 semanas o más. (5 pararon por intolerancia o inadaptación); (3 comenzaron recientemente.). 17 recibieron Infiximab y 8 fueron tratados con Etanercept. Estos grupos fueron comparados en términos de edad, sexo, duración de la enfermedad (11,9 vs 11,6) y DAS inicial (5,54 vs 5,03; N.S.). A las 6 semanas 82,3% (14 pacientes) tratados con Infiximab alcanzaron los criterios de respuesta del EULAR (respuesta moderada 10; buena 4). A las 14 y 22 semanas (después del primer intervalo de 8 semanas) el porcentaje de respondedores disminuyó a 64,7 y 47% (8 pacientes: 4 buena y 4 moderada respuesta) respectivamente. La respuesta inicial con Etanercept fue del 87,5% en la semana 6 (7 pacientes; 4 buena y 3 moderada respuesta) se mantuvo. El 75 y 100% de los pacientes respondieron a la terapéutica en las semanas 14 y 22 (3 buena y 5 moderada respuestas) respectivamente. Anti- TNF fueron generalmente bien tolerados. 6 pacientes desarrollaron anticuerpos ANA durante el tratamiento (todos con infliximab) sin manifestaciones iniciales de LES.

**Conclusiones:** Estos resultados sugieren que, en la práctica clínica, los beneficios con etanercept son más duraderos que con Infiximab en la dosis de 3mg/Kg. Más estudios son necesarios para 1). Aclarar definitivamente las diferencias en la eficacia entre las dos farmacías. y 2). Establecer el raciocinio para aumentar las dosis o disminuir el intervalo entre las administraciones con Infiximab.

## 256

### TRATAMIENTO CON TILDURONATO EN LA ENFERMEDAD DE PAGET: RESULTADOS A LARGO PLAZO

F.J. Bachiller Corral, A. Morales Piga, J. Rey Rey, V. Abreira y J. Beltran Gutiérrez  
*Hospital Ramon y Cajal.*

**Objetivo:** Estudiar la duración de la respuesta al tratamiento con tiludronato en pacientes con enfermedad de Paget (EP) y los factores clínicos y farmacocinéticos que la determinan.

**Pacientes y método:** Se incluyeron 26 casos de EP con fosfatasa alcalina (FA) superior al doble del valor de referencia. A todos ellos se les administró 400 mg/día de tiludronato por vía oral durante 3 meses. Se determinaron variables clínicas (edad, sexo, extensión, FA basal y % de reducción tras el tratamiento) y farmacodinámicas (concentración mínima de tiludronato, concentración máxima, y área bajo la curva concentración-tiempo). Se siguió a los pacientes durante 10 años. Se determinó la duración de la respuesta (en meses) y la presencia de recaída bioquímica (elevación de FA superior al doble del valor de referencia). Los pacientes con recaída recibieron nuevo ciclo de tiludronato. La influencia de las variables sobre el tiempo de respuesta se ha analizado mediante un modelo de regresión de Cox.

**Resultados:** Se incluyeron 17 (65%) varones y 9 (35%) mujeres y la edad media ( $\pm$  DE) al inicio del tratamiento fue de 60,3 ( $\pm$  9,8) años. Veinticinco pacientes presentaron una respuesta bioquímica satisfactoria (reducción de FA por debajo del criterio de inclusión) y en 18 hubo remisión completa. Durante el seguimiento 9 pacientes (36%) mantuvieron la respuesta hasta final del estudio. En los 16 restantes que sufrieron recaída hubo que tratar de nuevo una media de 1,5 veces por paciente. El tiempo medio de respuesta ( $\pm$  DE) al ciclo de tiludronato fue de 69,4 ( $\pm$  26,9) meses. En el modelo final de regresión de Cox la FA basal y la concentración sérica mínima de tiludronato fueron las variables con mayor capacidad predictora.

**Conclusiones:** El tiludronato es un fármaco muy eficaz en la EP, con una duración media de respuesta bioquímica superior a 5 años. La FA basal y la concentración mínima del fármaco son los mejores predictores de la duración de respuesta.

## 257

### THE ROLE OF ULTRASONOGRAPHY AND TRIPLE PHASE BONE SCINTIGRAPHY FOR DETECTION OF EARLY INFLAMMATORY ARTHROPATHY

B. Galarraga Gallastegui, P. Kumar, T. Pullar y T.B. Oliver  
*Newells Hospital & Medical School.*

**Background:** Conventionally many rheumatologists have used triple phase bone scintigraphy to detect early synovitis in patients in whom this is suspected but not apparent clinically. Recently ultrasonography of small joints has been increasingly used to detect early synovitis and erosions. We have found in our unit an increasing tendency to request ultrasound of the small joints of the hands in patients if the clinical suspicion and scintigraphic findings do not correspond. We decided to review our cases who had both investigations to ascertain whether ultrasound gave useful additional information.

**Methods:** Single centre retrospective case review of all patients who underwent technetium labelled biphosphonate bone scintigraphy and also colour/power Doppler ultrasonography of the small joints of the hands between August 2001 and October 2002.

**Results:** Fourteen patients (10 women and 4 men) aged 16 to 62 years were identified. Inflammatory parameters were normal or mildly raised in all the patients (C-reactive protein ranged from 3-12 mg/l). X Rays of hands and feet showed some degree of periarticular osteopenia in three patients (21%) but were otherwise unremarkable. Rheumatoid factor was negative in 11 (79%) patients. In all but two patients positive results indicated joint synovitis; in these two (1 positive ultrasound only, 1 positive ultrasound plus scintigraphy) the findings were of tenosynovitis. Interestingly neither positive rheumatoid factor nor periarticular osteopenia on conventional radiology correlated with evidence of inflammatory arthritis on bone scan or ultrasonography.

**Conclusions:** Our study has shown that patients with a negative triple phase bone scan scintigraphy are rarely found to have abnormalities on ultrasonography. In these cases ultrasound is perhaps unnecessary. If patients have equivocal or non-specific changes on bone scintigraphy, ultrasonography may be of benefit.

258

**SEGURIDAD DE LEFLUNOMIDA EN PACIENTES CON PROCESOS INFLAMATORIOS POLIARTICULARES**

J.A. Miranda Filloy, J. A. Pinto, C. Fernández López, F.M. Rodríguez Núñez, M. Freire, A. Atanes, J. Graña, F.J. de Toro, J.L. Fernández Sueiro, F.J. Blanco y F. Galdo  
C.H.U. Juan Canalejo, A Coruña.

**Objetivo:** Evaluar la seguridad en el manejo de la Leflunomida en un período de 2 años y medio en pacientes con diversa patología inflamatoria poliarticular y descripción de sus características epidemiológicas.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo una revisión protocolizada de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados en las consultas externas de reumatología de nuestro hospital que habían iniciado tratamiento con leflunomida entre junio de 2000 y diciembre del 2002. Fueron recogidos los datos demográficos, fármacos modificadores de la enfermedad (DMARD) previos y concomitantes, además de los acontecimientos adversos durante el tratamiento con leflunomida.

**Resultados:** Se identificaron 68 pacientes. Esta población estaba constituida por 54 mujeres (79%) y 14 hombres. La edad estaba comprendida entre los 27-75 años (media = 54,1). La duración de la enfermedad variaba entre 2-25 años (media = 10,4). La distribución por patologías: 56,8% artritis reumatoide (AR) seropositiva, 20,6% AR seronegativa, 15,5% A. Psoriásica, 5,1% espondiloartropatías y 1 caso de Síndrome de Superposición. En cuanto a los DMARD previos: MTX 93%; Antipalúdicos 39,6%, Oro i.m. 37,9%, Ciclosporina A 32,7%, Sulfasalacina 19%, oro v.o.15%, CFM 5% y D-penicilamina 5%. El uso de otro DMARD asociado fue: MTX 27,5%, Ciclosporina A 7% y Antipalúdicos 5%. Los acontecimientos adversos observados fueron: manifestaciones gastrointestinales (3 dispepsia, 2 dolor abdominal, 1 diarrea, 1 anorexia), Manifestaciones hematológicas (1 anemia y 1 leucopenia), 7 elevación de transaminasas, 5 Hipertensión arterial (4 sin antecedente), 6 lesiones cutáneas (entre ellas 2 cuadros de alopecia y 1 brote de psoriasis cutánea), 2 elevación de creatinina, 2 cefalea y 2 hiperlipemia, 1 neumonía. Los abandonos fueron un 39% (70% por falta de respuesta y los restantes por HTA, reacciones cutáneas o hepatotoxicidad). El tiempo medio entre el inicio del tratamiento y el abandono del fármaco se estableció en 8,7 meses.

**Conclusiones:** Leflunomida es tratamiento que se tolera bien, siendo los acontecimientos adversos generalmente leves. En nuestra serie la retirada del fármaco principalmente por ineficacia. En combinación con otros DMARD es bien tolerado.

259

**GRADO DE DESTRUCCIÓN ARTICULAR RADIOLÓGICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: UN ESTUDIO PROSPECTIVO DE 2 AÑOS**

P. Reis, L. Inês, A. Braña, R. Melo, M. Rial, A. Malcata y A. Porto

*Servicio de Medicina III-Reumatología (Sector de Reumatología). Hospital de la Universidad de Coimbra. Portugal.*

**Objetivos:** Valorar la progresión de destrucción articular radiológica en pacientes con artritis reumatoide (RA) y los factores relacionados con el grado de esta destrucción.

**Métodos:** Los 449 pacientes con AR (mujeres - 80,6%, edad media - 58,5 ± 13,0 años, duración media de la enfermedad - 15,9 ± 9,3 años, FR positivo - 73,6%) seguidos en la consulta externa de Reumatología del Hospital Universitario de Coimbra fueron sometidos a estudio radiológico de las manos y pies en el año 2000 y nuevamente en 2002. Las radiografías fueron analizadas de acuerdo con el método de Larsen ocultando el correspondiente "time point". Fue calculado el score total de Larsen de las manos y pies.

**Resultados:** Se obtuvieron radiografías de 165 pacientes en la primera evaluación y de 169 pacientes dos años después. La media del score total de Larsen fue 57,4 ± 33,4 en la primera evaluación y en la segunda fue 64,2 ± 26,5. El grado medio de progresión de la destrucción articular de los pacientes con estudio radiológico fue 3,9 Larsen puntos/año. El grado medio de progresión de la destrucción articular de los pacientes con AR seropositiva fue 5.5 puntos/año y de aquellos AR seronegativa fue 0,7 puntos/año (p < 0,05). Se encontraron diferencias no significativas en el grado de progresión entre hombres (4.2 puntos/año) y mujeres (3,8 puntos/año). Se observó una correlación negativa del grado de destrucción articular con el score total de Larsen en la primera evaluación (r = -0,7; p < 0,0001) y con la duración de la enfermedad (r = -0,3; p < 0,01), pero no existe correlación con la edad de inicio de la AR.

**Conclusión:** El grado de progresión de la destrucción articular radiológica es mayor en pacientes con AR seropositiva y menor en pacientes con mayor severidad de destrucción articular al inicio y larga duración de la enfermedad.

260

**SIMETRÍA DEL ENVOLVIMIENTO DE LAS ARTICULACIONES DE LAS MANOS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE: ESTUDIO TRANSVERSAL DE 259 PACIENTES.**

A. Braña, R. Melo, M. Rial, L. Inês, P. Reis, A. Malcata y A. Porto

*Servicio de Medicina III-Reumatología (Sector de Reumatología). Hospital de la Universidad de Coimbra. Portugal.*

**Introducción:** Previamente demostramos que en pacientes con artritis reumatoide (AR), las alteraciones articulares radiológicas de las articulaciones de las manos son significativamente más severas en la mano derecha para la muñeca y las MCFs.

**Objetivos:** Estudiar los posibles factores clínicos relacionados con estas diferencias en la destrucción articular en la AR. To evaluate clinical factors possibly related to these differences in joint damage in RA.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal de 259 pacientes con AR (mujeres - 84,9%, edad media - 57,9 ± 12,1 años, duración media de la enfermedad - 14,1 ± 9,8 años) seguidos en consulta externa del Hospital Universitario de Coimbra. En cada paciente se realizó el recuento de número de articulaciones dolorosas y tumefactas (muñecas, MCFs e IFPs) y cuantificación de "grip strenght" en cada mano utilizando un dinamómetro. Fueron realizadas radiografías de las manos y se analizaron según el método de Larsen.

**Resultados:** 96,6% de los pacientes refirieron ser diestros. La media del número de articulaciones dolorosas fue 2,8 ± 3,5 para la mano derecha y 2,7 ± 3,6 en la izquierda. La media del número de articulaciones tumefactas fue 2,3 ± 2,5 y 2,2 ± 2,6 para la mano derecha e izquierda, respectivamente. La media de "grip strenght" fue 0,24 ± 0,38 en la mano

derecha y  $0,24 \pm 0,39$  en la izquierda. Se encontraron diferencias no significativas entre la mano derecha e izquierda para el número de articulaciones dolorosas y tumefactas o para el "grip strength". No se encontró correlación entre "grip strength" y el score de Larsen de las manos.

**Conclusión:** No se encontraron asimetrías en la actividad de la enfermedad en las articulaciones de las manos o en el "grip strength" asociados con la mayor severidad de la destrucción articular descritos anteriormente en lado derecho.

#### Referencias

Inês LS, Reis P, Santos MJ, et al. Joint destruction in rheumatoid arthritis is not symmetrical: a radiological study of 203 patients. *Arthritis Rheum* 2000; 43: S293.

## 261

### PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE SICCA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE: ESTUDIO TRANSVERSAL DE 252 PACIENTES

R. Melo, M. Rial, A. Braña, L. Inês, P. Reis, A. Barcelos, I. Cunha, D. Nour, M.J. Salvador, J.A.P. Da Silva, A. Malcata y A. Porto

*Servicio de Medicina III-Reumatología (Sector de Reumatología). Hospital de la Universidad de Coimbra. Portugal.*

**Introducción:** Los síntomas y signos de Sicca en pacientes con artritis reumatoide (AR) pueden deberse a múltiples causas, incluyendo la edad, síndrome de Sjögren secundario, iatrogenia medicamentosa y sialadenitis no específica, entre otras.

**Objetivos:** Valorar la prevalencia del síndrome de sicca en la AR y su correlación clínica y analítica.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal de 252 pacientes con AR (mujeres - 84%, edad media -  $57,9 \pm 12,1$  años, duración media de la enfermedad -  $14,2 \pm 9,9$  años) seguidos en consulta externa de reumatología del Hospital Universitario de Coimbra. A cada paciente se le realizó un inquérito sobre presencia de síntomas secos oculares y orales, se realizó también un teste de Schirmer bilateral (positivo si menor de 5 mm a los 5 minutos) y auto-anticuerpos Ro (SSA) y La (SSB).

**Resultados:** 55,5% de los pacientes refirieron síntomas secos oculares y orales y fueron constatados 50,6%. El teste Schirmer fue positivo al menos en un ojo el 50,7% de los pacientes y en ambos ojos el 36,6%. SSA o SSB positivos fueron confirmados en el 6,2% de los pacientes. Se encontró una correlación significativa entre el test de Schirmer positivo bilateral y los síntomas oculares ( $p < 0,05$ ) y orales ( $p < 0,001$ ). Se encontró también una correlación del test de Schirmer positivo con el aumento de la duración de la enfermedad ( $p < 0,01$ ) y la edad ( $p < 0,05$ ).

**Conclusión:** La prevalencia del síndrome de sicca en pacientes con AR fue muy alta. Los reumatólogos deberían tener en cuenta esto y tomar medidas apropiadas para su diagnóstico y tratamiento sintomático.

## 262

### ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD COMUNICADA EN LAS ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

C. Bohórquez Heras, D. Peiteado López, B. Civantos Martín, L. Gil Guerrero, E. de Miguel Mendieta y E. Martín Mola  
*Hospital Universitario La Paz.*

**Objetivos:** Describir la mortalidad de las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo en la población española.

**Material y métodos:** Hemos tenido acceso a los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística referidos a los años 1994-1998, basados en los certificados de defunción emitidos a nivel nacional.

**Resultados:** Podemos resumir nuestros resultados en la tabla adjunta:

Enfermedades	1994	1995	1996	1997	1998	Total
Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	2705	2835	2815	2832	2940	14127
1. Enfermedades difusas del tejido conjuntivo	163	197	172	181	185	898
LES	44	68	64	63	75	314
Esclerodermia	68	74	63	69	64	338
2. AR y otras poliartr. infl.	267	256	236	242	256	1257
Artritis reumatoide	247	243	208	202	221	1121
3. Espondilitis anquilosante	18	13	11	15	17	74
4. Trastornos de los huesos y cartilagos	1868	1949	1961	1935	1944	9657
Osteoporosis	89	108	90	84	92	463
Fractura patológica	1766	1820	1839	1831	1835	9091

**Conclusiones:** La mortalidad recogida en los partes de defunción por enfermedades osteomusculares se mantiene constante en el periodo estudiado. La causa principal de muerte es la osteoporosis-fractura patológica. La artritis reumatoide es la segunda causa de muerte, seguida por la esclerodermia y el LES.

## 263

### EL RIÑÓN EN LA ARTRITIS REUMATOIDE: ESTUDIO TRANSVERSAL DE 135 PACIENTES

A. Braña, M. Rial, R. Melo, L. Inês, P. Reis, A. Malcata y A. Porto

*Hospital Universitario de Coimbra. Coimbra. Portugal.*

La afectación extraarticular es una característica reconocida de la artritis reumatoide (AR) pero los riñones se consideran respetados. En la AR las anomalías renales son debidas al uso de agentes para el tratamiento de la AR, pero se sabe poco acerca de la frecuencia de este tipo de compromiso. Nosotros realizamos este estudio con el fin de evaluar la frecuencia del involucramiento renal en la AR y determinar si hay variables que ayudarían a predecir la presencia de deterioro de la función renal.

**Pacientes y métodos:** Evaluamos una población de pacientes con AR, en cuanto a la presencia de disfunción renal (usando creatinina sérica, aclaramiento de creatinina e proteinuria de 24 horas) y la severidad de la destrucción articular (usando el método de puntuación Larsen para manos y pies).

**Resultados:** Evaluamos 135 pacientes, 79,2% sexo femenino, edad media =  $58,5 \pm 11,2$  años, duración AR =  $14,6 \pm 8,9$  años, puntuación Larsen media =  $64,2 \pm 26,5$ , edad de inicio de la AR =  $42,9 \pm 13,1$  años, FR+ = 73,6%. la creatinina sérica fue normal en todos lo pacientes ( $0,84 \pm 0,17$  mg/dl), pero 37,7% (51) de nuestros pacientes presentaron aclaramiento de creatinina bajo. La creatinina sérica media fue mas alta entre los pacientes con aclaramiento de creatinina bajo ( $0,88 \pm 0,17$  mg/dl) que entre los que tenían un aclaramiento de creatinina normal ( $0,76 \pm 0,19$  mg/dl) ( $p = 0,017$ ). La proteinuria de 24 horas fue normal en todos los pacientes. No se pudo encontrar correlacion entre la presencia de daño renal (evaluado por el aclaramiento de creatinina) y edad, sexo, duración de la AR y la severidad da la destrucción articular.

**Discusión:** Los resultados de este estudio sugieren que en los pacientes con AR la presencia de disfunción renal no se puede predecir por la evaluación de la creatinina sérica. Como muchos de los DMARDs dependen de la eliminación renal y otros agentes terapéuticos pueden influir negativamente en la función renal, sugerimos que la evaluación periódica del aclaramiento de creatinina debería ser incluida en el control rutinario de laboratorio de los pacientes con AR.

## 264

### ESTUDIO OBSERVACIONAL DE DISEÑO NATURALÍSTICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CANDIDATOS A TRATAMIENTO CON CICLOSPORINA A: SEGUIMIENTO DURANTE 12 MESES

P. Benito, I. Montegudo y Grupo de Estudio COLO

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica e inflamatoria de etiología desconocida. La ciclosporina A (CsA) ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la AR grave.

**Objetivos:** Evaluar la conducta de prescripción de CsA, a través de los motivos que indujeron su introducción en el tratamiento de la AR. Evaluar la pauta de tratamiento, la seguridad y la tolerabilidad de la CsA, administrada en monoterapia o en combinación con otros fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) en pacientes con AR activa en condiciones asistenciales reales.

**Métodos:** Se realizó un estudio multicéntrico abierto de seguimiento, prospectivo de 12 meses de duración en pacientes con AR activa que por criterio médico se trataron con CsA, en forma de monoterapia o tratamiento combinado.

Para evaluar la indicación de prescripción de CsA se analizaron las variables: tratamientos previos con FAME, enfermedades concomitantes y características demográficas. La dosis inicial de CsA fue de 2,5 mg/kg/día, en dos administraciones, que podía aumentarse hasta 5 mg/kg/día dependiendo de la eficacia y la tolerancia de los pacientes. Los pacientes incluidos realizaron un total de 5 visitas. Se evaluaron variables de seguridad (presión arterial, frecuencia cardíaca, función hepática, función renal) y variables de eficacia (número de articulaciones dolorosas (NAD), número de articulaciones inflamadas (NAI), HAQ, VSG, PCR, hemoglobina, EVA dolor).

**Resultados:** Se incluyeron 224 pacientes, edad media 54 años (20-77 años), 74% mujeres. La duración media de la AR fue de 8,3 años (el 37% duración menor de 5 años), 83% Factor Reumatoide positivo, 60% clase funcional II, 32% clase funcional III. Todos los pacientes habían sido tratados previamente con algún FAME. La indicación del tratamiento con CsA fue falta de eficacia en el 89% de los casos. El tratamiento con CsA se administró como monoterapia en el 36% de los pacientes y el 64% recibieron CsA en combinación con otros FAME.

Resultados de las variables de eficacia

Variables	Visita 1	Visita 5	p
NSA	13,7 ± 6,6	8,3 ± 6,4	< 0,05
NPA	9,4 ± 4,6	3,9 ± 3,9	<0,05
VSG	43,1 ± 26,2	36,6 ± 22,7	<0,05
PCR	3,0 ± 3,2	2,0 ± 3,0	n.s
PVAS	61,6 ± 16,3	35,4 ± 24,3	<0,05

La tabla muestra los resultados de las variables de eficacia (media ± DE) en la visita inicial (1) y final (5).

La mayoría de los pacientes (54%) y de los médicos (58%) consideraron la efectividad del tratamiento como muy buena/buena. La tolerabilidad del tratamiento (el 68% de los pacientes y el 69% de los médicos) la valoraron como buena.

**Conclusiones:** El tratamiento con CsA se prescribió a pacientes con AR de larga evolución resistentes al tratamiento con otros FAME. El tratamiento produjo una mejoría significativa de los pacientes tanto en parámetros clínicos como biológicos. La percepción de eficacia y tolerabilidad fue buena tanto en los pacientes como en los médicos. Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que la Ciclosporina A es eficaz y segura en el tratamiento de la artritis reumatoide en este tipo de pacientes.

## 265

### EPIDEMIOLOGÍA DEL DOLOR EN LAS CONSULTAS DE REUMATOLOGÍA ESPAÑOLAS. ESTUDIO EPIDOR

R. Gabriel Sánchez, J. Monfort Faure, J. Carbonell Abelló y J. Tornero Molina

Hospital del Mar de Barcelona.

**Objetivo:** Estimar la prevalencia y características del dolor reumatológico en la población adulta española atendida en consultas especializadas de reumatología.

**Diseño:** Encuesta a una muestra aleatoria de la población de pacientes atendidos en consultas de reumatología de Hospitales públicos españoles.

**Sujetos:** 1.150 pacientes elegidos mediante muestreo aleatorio a partir de listados de pacientes citados, durante un periodo de una semana, en consultas reumatológicas de cada uno de los hospitales participantes.

**Variables principales del estudio:** Motivo de consulta (paciente de nuevo diagnóstico o de revisión), características del paciente [sexo, edad, hábitos (alcohol/tabaco), estado civil] localización, tipo, intensidad, duración, tolerancia y manejo del dolor, tratamiento (farmacológico o no farmacológico) realizado, satisfacción con el tratamiento y asociación con fibromialgia.

**Resultados:** La prevalencia de dolor en PND fue de 98,6% y en PR del 95,1%, con una prevalencia global del 90% predominando principalmente en mujeres adultas, sedentarias y con fibromialgia. La frecuencia de dolor agudo fue del 80% y crónico 20%. La prevalencia de fibromialgia fue del 12%. El patrón de dolor dominante actual que prevaleció fue de tipo mecánico. Las patologías asociadas más frecuentes fueron digestivas (15,19%), signos depresivos (15,47%), diabetes (6%) e HTA (20,99%).

Todas las variables del estudio analizadas cambiaron según edad, sexo y tipo de paciente (paciente de nuevo diagnóstico o de revisión). El tratamiento más usado fue farmacológico con AINES en más del 51,1%. El médico prescriptor del tratamiento fue en PND primero el médico general (56,1%) seguido del reumatólogo (14,09%) y en PR el primero fue el reumatólogo (69,9%) seguido del médico general (16,4%).

**Conclusiones:** Los resultados muestran que la prevalencia del dolor reumatológico es muy elevada, predominando principalmente en mujeres adultas con fibromialgia. La localización, intensidad, tipo, patología asociada y tratamiento varían según edad, sexo y tipo de paciente.

### TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB EN LA ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO REFRACTARIA: PRESENTACION DE CUATRO CASOS

T. Cobo, C. Resende, G. Bonilla, M. Viana Queiroz, E. de Miguel y E. Martín Mola

Servicio de Reumatología del Hospital Universitario La Paz; Madrid. Servicio de Reumatología del Hospital Santa María; Lisboa.

**Introducción:** El tratamiento convencional de la enfermedad de Still del adulto se basa inicialmente en el uso de AINES y corticoides y si estos no son efectivos se añaden los FAME.

**Objetivos:** Valorar la eficacia de la terapia biológica Infliximab (antiTNF- $\alpha$ ) en cuatro pacientes con enfermedad de Still del adulto y actividad persistente a pesar de tratamiento convencional.

**Material y métodos:** Cuatro pacientes (P), dos mujeres y dos Hombres, con enfermedad de Still del adulto refractaria a AINES, corticoides y FAME (MTX, Sales de Oro, Salazopirina) y una evolución de la enfermedad de 3(P1), 6(P2), 2 (P3) y 14(P4) años, iniciaron tratamiento con Infliximab durante un periodo de 21, 4, 15 y 10 meses cada uno. Todos los pacientes habían presentado brotes de la enfermedad con afectación sistémica y articular previo al tratamiento con Infliximab. La dosis utilizada fue de 5 mg/Kg (P1 y P2) y 3mg/Kg en el resto, siguiendo la pauta establecida para los pacientes diagnosticados de Artritis Reumatoide, a las semanas 0, 2, 6, y cada 8 semanas, con valoración clínica y analítica previa a todas las infusiones.

**Resultados:** En todos los pacientes se ha obtenido una mejoría tanto en parámetros clínicos como analíticos, siendo más significativa la respuesta en el DAS28 y HAQ. Ningún paciente presentó nuevo brote con afectación sistémica y/o efectos adversos graves, únicamente un paciente tuvo un absceso por lo que se suspendió el tratamiento de forma transitoria.

	HB	Leucocitos	NAD	NAT	VGP	VSG	PCR	DAS28	HAQ
<i>Paciente 1</i>									
Al inicio de Infliximab	9,4	4400	13	13	53	88	13,7	6,91	1,5
A los 21 meses	10,7	5660	1	0	9	20	<3,20	2,78	0,62
<i>Paciente 2</i>									
Al inicio de Infliximab	12,9	17090	3	2	98	31		5,14	1,75
A los 4 meses	11,7	13600	2	3	42	27	43,5	4,17	0,87
<i>Paciente 3</i>									
Al inicio de Infliximab	12,7	13000	2	4	15	53	neg	3,75	1
A los 15 meses	14,1	6810	3	0	32	8	<0,6	1,66	0,12
<i>Paciente 4</i>									
Al inicio de Infliximab	12	11600	6	6	100	100	20	6,68	3
A los 10 meses	14,2	8400	1	0	11	5	0	1,88	0,62

**Conclusión:** La respuesta de todos los pacientes ha sido favorable, por lo que pensamos que el tratamiento con Infliximab puede ser una alternativa en la enfermedad de Still refractaria, aunque son necesarios más estudios para definir mejor el efecto y la dosis eficaz en esta enfermedad.

### DETERMINACIÓN DE NIVELES DE CICLOSPORINA PARA MICROEMULSIÓN (SANDIMMUN NEORAL) A LAS DOS HORAS POST-DOSIS EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

J. Cruz, A. Gómez, J. M. Sánchez, R. Miguelez, J. Del Blanco, C. Geli, J. Ibáñez, A. J. Lozano, J. Sánchez y X. Molina  
Grupo de Estudio NEOCESAR.

**Introducción:** La CsA ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la AR activa, refractaria, pero la gran variabilidad

interindividual en la absorción dificultan la optimización de las dosis. La monitorización de la ciclosporinemia a las 2 horas tras la dosis (C2) ha demostrado ser el mejor indicador del área total bajo la curva de ciclosporinemia en los pacientes trasplantados tratados con CsA.

**Objetivos:** Evaluar la relación entre los niveles de C2 y la seguridad del tratamiento en pacientes con AR tratados con CsA.

**Métodos:** Estudio observacional, multicéntrico, prospectivo, abierto acerca de la seguridad y efectividad de CsA en AR con un seguimiento previsto de 12 meses. Se incluyeron en el estudio pacientes con AR diagnosticada según criterios ACR, clínicamente activa (mínimo 4 articulaciones tumefactas y 4 dolorosas y dos de los siguientes criterios: VSG > 28 mm en 1ª hora; Rigidez matutina > 45 minutos; PCR > 2 mg/dl). En más del 80% de los pacientes el tratamiento CsA fue en combinación con otro FAME. La seguridad se evaluó mediante la comunicación de reacciones adversas con posible relación de causalidad con CsA.

**Resultados:** Se presentan los resultados parciales de los primeros 140 pacientes con seguimiento mínimo de 3 meses. Un total de 44 pacientes presentaron alguna reacción adversa con posible relación con CsA, (28,6%) La C2 media en este grupo de pacientes fue de 896,50 ng/mL (IC95% 744,7 – 1048,3). Todas las reacciones adversas comunicadas se encuentran descritas en la ficha técnica del fármaco, no se comunicó ninguna reacción adversa inesperada o grave. Las reacciones adversas más frecuentes fueron hipertrichosis, HTA, hirsutismo y alteraciones renales. La mayoría se clasificaron de intensidad leve o moderada. En el grupo de pacientes que no presentaron reacciones adversas (96 casos, 68,5%) la C2 media fue de 503,3 ng/mL (IC95% 444,6 – 562,2). Existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de C2 de los dos grupos ( $p < 0,05$ ; t de Student).

**Conclusiones:** La medición de la C2 es un buen indicador de la seguridad y tolerabilidad del tratamiento con CsA en la AR como ocurre en los pacientes trasplantados. En la actualidad se están llevando a cabo estudios para establecer los niveles óptimos de C2 en el tratamiento de la AR.

### PATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN UNA POBLACIÓN ACTIVA EN SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL. ANÁLISIS DE UN PROGRAMA ESPECÍFICO DE REINCORPORACIÓN LABORAL

C. Ordas Calvo, S. Gonzalez Suarez, J. Babio Herraiz, L. Rodríguez Arbolea y J.A. Jover Jover  
Hospital de Cabueñes. Gijón, Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivo:** Analizar la patología musculoesquelética más frecuente en una población activa en situación de incapacidad temporal (IT) y la eficacia de un Programa específico de reincorporación laboral.

**Métodos:** Se aplicó el Programa IT-ME en el Área Sanitaria V del Principado de Asturias. Se analizaron de forma prospectiva los procesos iniciados entre el 1 de octubre de 2001 y el 30 de diciembre de 2002. Los pacientes fueron distribuidos aleatoriamente en dos grupos: grupo control (sigue el sistema tradicional de asistencia pública: primaria-especializada) y grupo intervención: atendido directamente por reumatólogos (valoración y tratamiento precoz, educación personalizada, prevención secundaria y control administrativo).

A través del diagnóstico de los partes de baja se seleccionaron los procesos más frecuentes (CIE-9) y se analizó en cada grupo la duración media de la IT, el número total de los días de IT, la eficacia y el ahorro en pago de compensaciones (de acuerdo con el coste medio diario de un proceso de IT en Asturias).

**Resultados:** Se incluyeron durante los 15 meses del estudio 5.564 procesos (3.441 grupo control y 2.123 grupo intervención). La lumbalgia (724.2) fue la causa más frecuente de IT: 1.813 procesos (33% del total), seguida del dolor cervical (723):778 procesos, lumbociatalgia (724.3):544 procesos y los reumatismos de partes blandas (726):181 procesos. Comparando Grupo Control (GC) y Grupo Intervención (GI):

Tabla 1

	Lumbalgia	Cervicalgia	Lumbociatalgia	R. Partes Blandas
	GC/GI	CG/GI	GC/GI	GC/GI
Nº pacientes	993/613	425/273	285/176	93/73
Nº procesos	1121/692	473/305	346/198	105/76
Días IT/proceso	59,59/33,41	70,92/37,47	72,04/54,25	53,47/37,50
Total días IT	66.800/23.119	33.545/11.428	24.925/10.741	5.614/2.850
% de eficacia	43,93%	47,16%	24,69%	29,86%
Días de IT ahorrados	18.116	10.202	3.522	1.213
Ahorro en pago de compensaciones	90.582.800 pts 544.413 €	51.011.250 pts 306.583 €	17.612.100 pts 105.850 €	6.068.600 pts 36.473 €

**Conclusión:** El dolor lumbar (lumbalgia/lumbociatalgia) fue la causa más frecuente de IT de origen musculoesquelético (42% del total), lo que confirma su elevada prevalencia en la población activa. El dolor cervical y los reumatismos de partes blandas ocasionaron el 17% de los procesos de IT-ME. Los Programas de tratamiento específico son efectivos, logrando reducir el tiempo de incapacidad laboral con el consiguiente ahorro en coste de salud (coste directo) y pago de compensaciones (coste indirecto).

## 269

### APOPTOSIS INDUCIDA EN CELULAS MONONUCLEARES DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

M. C. Muñoz Villanueva, R. Ramírez, E. Collantes  
*Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.*

**Objetivo:** Cuantificar la apoptosis de células mononucleares de sangre periférica en pacientes con AR y valorar el efecto de rofecoxib (inhibidor específico de COX-2) sobre ella.

**Material y métodos:** Se estudiaron células mononucleares de sangre periférica de 9 donantes sanos y 9 pacientes con AR. Ninguno de ellos podía estar bajo tratamiento alguno, especialmente AINEs ni corticosteroides, en las dos semanas previas a la obtención de la muestra sanguínea. Las células mononucleares fueron aisladas mediante gradiente de Ficoll y posteriormente adherencia a la placa. Se incubaron durante 36 horas en medio completo RPMI-1640 con/sin LPS (1 µg/ml de L 3129, Scherichia coli serotype 0127:B8) y/o Rofecoxib (inhibidor específico de COX-2) utilizándose cuatro concentraciones diferentes: 2,5, 5, 7,5 y 10 µg/ml de una solución de trabajo 10 µM (20, 40, 60 y 80 µl/ml, respectivamente). Tras el cultivo, los % de células apoptóticas CD14 positivas se midieron por Citometría de Flujo mediante el marcaje con Anexina-V y yoduro de propidio. Los valores de  $p < 0,05$  fueron considerados estadísticamente significativos.

**Resultados:** Se incluyeron 12 hombres y 6 mujeres, con una edad promedio de  $52 \pm 8$  años. En la tabla se indican medias  $\pm$  DS de los porcentajes de células apoptóticas obtenidos. Los cultivos con 20, 40 y 60 µl/ml de Rofecoxib (es decir, concentraciones de 2,5, 5 y 7,5 µg/ml) no detectamos cambios significativos en la apoptosis de células mononucleares de pacientes con AR ni controles. Después del cultivo con 80 µl/ml de Rofecoxib (concentración de 10 µg/ml) observamos un incremento estadísticamente significativo del porcentaje de células apoptóticas en el grupo de pacientes con AR, pero no en los controles.

#### Porcentajes de células mononucleares apoptóticas

	9 controles	9 pacientes con AR
RPMI (basal)	30 $\pm$ 25	19 $\pm$ 21
RPMI + LPS	29 $\pm$ 21 ( $p > 0,1$ )	15 $\pm$ 13 ( $p > 0,1$ )
RPMI + LPS + Rofecoxib (10 microg/ml)	29 $\pm$ 17 ( $p > 0,1$ )	16 $\pm$ 12 ( $p > 0,1$ )
RPMI + Rofecoxib (10 microg/ml)	37 $\pm$ 23 ( $p = 0,087$ )	31 $\pm$ 24 ( $p = 0,000$ )
RPMI + Rofecoxib (7,5 microg/ml)	29 $\pm$ 7 ( $p > 0,1$ )	24 $\pm$ 14 ( $p = 0,078$ )
RPMI + Rofecoxib (5 microg/ml)	23 $\pm$ 6 ( $p > 0,1$ )	20 $\pm$ 15 ( $p > 0,1$ )
RPMI + Rofecoxib (2,5 microg/ml)	18 $\pm$ 4 ( $p > 0,1$ )	19 $\pm$ 17 ( $p > 0,1$ )

**Conclusión:** Nuestros resultados sugieren que altas concentraciones de rofecoxib (inhibidor específico de COX-2) inducen apoptosis en células mononucleares de sangre periférica de pacientes con AR (pero no en sujetos normales) y que este hecho puede ser independiente de la propia inhibición de COX-2. Por tanto, la inducción de apoptosis en células mononucleares puede estar involucrada en la actividad antiinflamatoria de los inhibidores de COX-2.

## 270

### INFLAMACIÓN INTESTINAL SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATIAS TRATADOS CON ANTI-TNF-ALFA

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

**Introducción:** La presencia de inflamación intestinal subclínica en pacientes con espondiloartropatías (EAS) oscila entre 25-75%, dependiendo del tipo de EAS. Algunos datos sugieren que la asociación entre inflamación intestinal y sinovitis refleja una relación etipatogénica. La gammagrafía abdominal con leucocitos marcados con  $^{99m}Tc$ -HMPAO (GALM) es una herramienta excelente para evaluar la extensión y la actividad de las lesiones intestinales en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

**Objetivo:** Evaluar los resultados de la GALM en pacientes con EAS sin evidencia clínica de EII, antes y después del tratamiento biológico con anti-TNFalfa.

**Pacientes y métodos:** Se analizaron 6 pacientes diagnosticados de EAS (criterios del ESSG 1991), sin evidencia clínica de EII y en tratamiento con infliximab. Estos pacientes (5 con espondilitis anquilosante y 1 con espondiloartropatía psoriásica) recibieron 6 infusiones intravenosas de infliximab a dosis de 5 mg/kg de peso corporal en las semanas 0, 2, 6, 14, 22 y 30. Las GALM se realizaron en dos ocasiones, una en la semana previa al comienzo del tratamiento (basal) y otra a las cuatro semanas desde la última infusión (semana 34). Para la uniformidad de criterios, las imágenes gammagráficas se obtuvieron a los 30 y 150 minutos después de la reinyección de los leucocitos autólogos marcados. También

se recogieron otros parámetros de actividad, de función y analíticos, entre ellos: BASDAI, BASFI, valoración global del paciente (VGP), velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR).

**Resultados:** 5 hombres y 1 mujer con edad media de  $39 \pm 5$  años (Min-Max: 34-46) y una duración media de enfermedad de  $15 \pm 5$  años (Min-Max: 8-20). La GALM basal mostró captación anormal en cinco pacientes: 3 pacientes dieron una intensidad aumentada de 1 a 2 (+/++) en la escala de captación y 2 pacientes dieron captación aumentada de 3 a 4 (+++/++++). La GALM de la semana 34 mostró en 2 pacientes una menor intensidad y extensión de la captación. Las zonas predominantemente afectadas fueron ileon terminal y ciego. Los resultados que se presentan en la tabla son medias  $\pm$  DS o porcentajes de pacientes.

	Basal	Semana 34	p*
BASDAI (0-100 mm)	$80 \pm 9$	$39 \pm 18$	0,019
BASFI (0-100 mm)	$74 \pm 11$	$49 \pm 17$	0,080
VGP (0-100 mm EVA)	$82 \pm 12$	$46 \pm 31$	0,141
VSG (mm/h)	$47 \pm 33$	$20 \pm 29$	0,043
PCR (mg/L)	$30,2 \pm 23,2$	$7,7 \pm 10,8$	0,043
GALM:			
Negativa (% pacientes)	1 paciente (17%)	1 paciente (17%)	
+/+ (% pacientes)	3 pacientes (50%)	5 pacientes (83%)	0,050
+++ /++++ (% pacientes)	2 pacientes (33%)	0 pacientes (0%)	0,050

\*p = nivel de significación respecto al basal

**Conclusiones:** El examen con GALM muestra captación aumentada en pacientes con EAS sin evidencia clínica de EII, por ello, puede ser una herramienta interesante para detectar la inflamación intestinal subclínica en pacientes con EAS. Estos hallazgos proporcionan nuevas evidencias vinculando las EAS con la inflamación intestinal y sugieren que en algunos casos el proceso intestinal podría contribuir al desarrollo de la espondiloartropatía. Estudios de seguimiento a largo plazo y con mayor número de pacientes son necesarios para evaluar las implicaciones diagnósticas y terapéuticas de estos resultados. El tratamiento con Infleximab de pacientes con EAS puede mejorar la afectación intestinal subclínica, así como otros parámetros clínicos y analíticos de actividad de la enfermedad.

## 271

### SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATIAS TRATADOS DURANTE UN AÑO CON ANTI-TNFALFA

M.C. Muñoz Villanueva, E. Collantes, R. Sanmartí, J. Cañete, J. Gratacos, P. Zarco, J. C. Torre Alonso y C. González  
Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, Hospital Clínic de Barcelona, Hospital Parc Taulí de Barcelona, Fundación Hospital de Alcorcón de Madrid, Hospital Monte Naranco de Oviedo, Hospital Gregorio Marañón de Madrid.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia terapéutica a largo plazo de la monoterapia con Infleximab en pacientes con espondiloartropatías activas y refractarias a otros tratamientos.

**Pacientes y métodos:** Estudio abierto, multicéntrico y prospectivo en pacientes diagnosticados de Espondiloartropatías (EAS) según criterios del ESSG o de Amor, en fase activa persistente y refractaria a pesar del uso de AINES a dosis plenas (incluida la Indometacina) y de otras terapias como Sulfasalazina, Metotrexate o Pamidronato. Se consideraron 22 pacientes que llevaban un año bajo tratamiento con Infleximab (9 infusiones intravenosas a dosis de 5 mg/kg de peso). Se realizaron medidas de actividad de la enfermedad, incluyendo

BASDAI, EVA del dolor (0-100 mm), inflamación (0-100 mm) como media de los dos ítems del BASDAI relativos a la rigidez (intensidad y duración) y valoración global del paciente (VGP) de su estado de enfermedad. La discapacidad funcional fue valorada con el BASFI. También se determinaron parámetros analíticos inflamatorios como VSG y PCR.

**Resultados:** 22 pacientes (16 hombres y 6 mujeres): 16 pacientes con espondilitis anquilosante, 2 con espondiloartropatía psoriásica, 2 con espondiloartropatía de enfermedad inflamatoria intestinal y 2 con espondiloartropatías indiferenciadas; con una edad media de  $42 \pm 12$  años (Min-Max: 21-64) y una duración media de enfermedad de  $18 \pm 10$  años (Min-Max: 3-44). Se observaron mejorías significativas en parámetros clínicos, funcionales y analíticos.

	Basal (m $\pm$ ds)	Después de 1 año (m $\pm$ ds)	p*
BASDAI (0-100 mm)	$74 \pm 13$	$35 \pm 23$	0,000
Dolor (0-100 mm)	$87 \pm 10$	$51 \pm 31$	0,000
Inflamación (0-100 mm)	$78 \pm 17$	$32 \pm 22$	0,000
VGP (0-100 mm VAS)	$80 \pm 12$	$48 \pm 30$	0,000
BASFI (0-100 mm)	$69 \pm 16$	$48 \pm 27$	0,001
VSG (mm/h)	$45 \pm 33$	$31 \pm 31$	0,026
PCR (mg/L)	$22,1 \pm 18,1$	$11,5 \pm 10,6$	0,002

\*p = nivel de significación respecto a basales

**Conclusión:** Pacientes con espondiloartropatías refractarias a otras terapias mantiene una mejoría clínica y funcional estadísticamente significativa después de un año de tratamiento ininterrumpido con Infleximab.

## 272

### SUPERVIVENCIA DE ETANERCEPT EN PACIENTES REFRACTARIOS A INFILIXIMAB

S. Rodríguez Montero, J.L. Marenco, L. Mayordomo, P. González Moreno y E. Rejon  
Hospital Universitario de Valme. S Reumatología.

**Objetivos:** Dado el diferente mecanismo de acción de etanercept e infliximab, hemos evaluado la supervivencia de etanercept en pacientes considerados refractarios a infliximab.

**Material y método:** Sobre 38 AR tratadas con infliximab, se ha considerado fracaso terapéutico en 3 pacientes en base al contaje articular, cuestionario de salud o evaluación global del paciente/médico. Paciente 1.- mujer 66 años AR 3 años de evolución. Tratada con infliximab 8 meses mg/Kg., precisando administración cada 4 semanas, actividad inflamatoria persistente y rebrote inflamatorio que requiere tratamiento esteroideo. El tratamiento con etanercept provoca disminución del MHAQ al 46% y ausencia de articulaciones inflamadas al año de tratamiento. Continúa tratamiento después de un año. Paciente 2.- Mujer de 44 años AR 2 años evolución. Presenta brotes continuos a pesar de aumento de dosis y frecuencia, precisa prednisona a dosis altas. Valoración médico y paciente favorable a 18 meses del inicio de etanercept. Continúa tratamiento. Paciente 3.-AR de 15 años de evolución. 19 meses con infliximab, presenta 4 brotes. Al año de enbrel dos brotes, con reducción del número de articulaciones inflamadas de 13 a 4. Un año después se produce rebrote. No continúa tratamiento.

**Conclusión:** En estos 2 de los 3 pacientes se ha objetivado respuesta favorable con supervivencia del fármaco. La falta de respuesta a un fármaco anti-TNF en pacientes con AR justifica el ensayo con otro agente biológico.

273

**LA VERTEBROPLASTIA COMO TRATAMIENTO DEL DOLOR EN LOS APLASTAMIENTOS VERTEBRALES**

C. Fernández López, J. Pinto, F. Rodríguez Núñez, A. Miranda, J. Graña, M. Freire, A. Atanes, J. de Toro, F. Blanco, J. Fernández Sueiro, F. Galdo y A. Moreno  
*Servicio de Reumatología. Servicio de Neuroradiología. CHU Juan Canalejo. A Coruña.*

**Introducción:** La vertebroplastia consiste en la inyección de cemento acrílico en un cuerpo vertebral dañado, por vía transpedicular para devolver consistencia a la vértebra y reducir el dolor causado por la fractura. En nuestro Hospital se realizan vertebroplastias desde el año 2000, para tratar el dolor secundario a aplastamiento vertebral de diversas etiologías, con unos resultados clínicos aceptables.

**Objetivos:** Evaluar la modificación del dolor, en pacientes con aplastamiento vertebral por osteoporosis, traumatismos y metástasis tumorales, ingresados en nuestro servicio, con mala respuesta al tratamiento habitual y que fueron sometidos a vertebroplastia.

**Material y método:** Se seleccionan los pacientes con aplastamiento vertebral reciente, con dolor intenso que no cede con el tratamiento convencional. Ingresan en el Hospital el día anterior a la realización de la vertebroplastia. Se realiza un estudio preoperatorio elemental (analítica con estudio de coagulación, electrocardiograma y Rx de tórax). Se realiza profilaxis antibiótica con Cefazolina 2 g antes de la intervención y 1 g cada 6 h dos dosis más. Bajo los efectos de raquianestesia se accede al cuerpo vertebral por vía transpedicular y se inyecta el cemento acrílico. La evaluación de l dolor se hace con una EVA que se realiza previa a la vertebroplastia y a las 24 h previa al alta hospitalaria.

**Resultados:** La disminución de la EVA fue del 64,33% en el total, del 69,82% en los diagnosticados de osteoporosis y del 47,33% en el resto de los pacientes. 51 correspondían a osteoporosis, 6 a metástasis tumorales, 1 postraumática y los 4 restantes a hemangiomas. De los 65 pacientes 25 eran varones y 41 mujeres, con un descenso de la EVA del 66,04% y del 61,61% respectivamente. Como complicaciones sólo se presentaron 3 casos de fuga anterior y una fuga anterior, sin repercusión clínica. En esta serie, 4 pacientes fueron sometidos a un a segunda intervención en el mismo cuerpo vertebral. En otros 3 se realizó una segunda vertebroplastia, en ningún caso en vértebras adyacentes, siempre en pacientes con osteoporosis severa.

**Conclusiones:** La vertebroplastia es una técnica sencilla, rápida y segura en manos experimentadas para el tratamiento del dolor en pacientes con aplastamiento vertebral que no responden al tratamiento farmacológico.

274

**EFICACIA DE TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE REFRACTARIA: EXPERIENCIA DE 2 AÑOS**

R. Almodóvar González, B. E. Joven Ibáñez e I. Mateo Bernardo  
*Servicio de Reumatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivo:** Evaluar la eficacia del infliximab (INF) en pacientes con Artritis Reumatoide (AR) activa y refractaria a los FAME habituales.

**Material y métodos:** Estudio abierto, prospectivo desde Enero 2000 a Enero 2003; en 39 pacientes (7 V y 32 M) con AR según los criterios de la ARA. Todos ellos presentan un DAS 28 > 3,2 y el 82% de los pacientes tienen FR positivo. La edad media es de 52 ± 14 años, la edad de inicio es de 40 ± 15 años, el tiempo de evolución es de 11 ± 6 años y la media de FAMES previos es de 3,3. Se inició tratamiento con INF a dosis de 3 mg/Kg en las semanas 0,2,6 y posteriormente cada 8 semanas. En cada infusión se recogieron los siguientes datos: número de articulaciones dolores, número articulaciones inflamadas, clase funcional, rigidez, VSG, PCR, evaluación global de la enfermedad por el paciente y médico y del dolor por el paciente (EVAd, EVAp, EVAm) y cuestionario de calidad de vida (HAQ). La actividad de la enfermedad se evaluó mediante la respuesta al DAS 28 a los 3, 6, 12 y 24 meses del inicio del tratamiento. Para el estudio estadístico se ha usado t de Student para datos pareados.

**Resultados:** Los resultados se muestran en la tabla.

	Basal	3 meses	6 meses	12 meses	24 meses	Valor p
Nº pacientes	39	38	35	19	4	> 0,0001
NAD	15 ± 10	6 ± 6	7 ± 8	4 ± 6	1,3 ± 2,5	> 0,0001
NAI	12 ± 7	3,6 ± 4	4 ± 6	3 ± 5	1,3 ± 2,5	> 0,0001
Rigidez (minut)	75,5	25 ± 48	26 ± 44	20 ± 29	11 ± 14	> 0,0001
Grado f (x)	2 ± 0,6	1,5 ± 0,6	1 ± 0,6	1,3 ± 0,6	2 ± 1,4	> 0,0001
VSG	38 ± 22	26 ± 16	29 ± 17	25 ± 20	37 ± 27	> 0,0001
PCR	2,7 ± 3,4	0,9 ± 1,3	1,6 ± 1,9	0,9 ± 1,3	3,5 ± 3,8	0,002
HAQ	1,7 ± 0,7	1,3 ± 0,6	1,3 ± 0,6	1,2 ± 0,7	1,3 ± 0,9	> 0,0001
EVAd	61 ± 18	32 ± 20	40 ± 21	36 ± 27	36 ± 6	> 0,0001
EVAp	64 ± 20	32 ± 20	36 ± 24	28 ± 27	26 ± 17	> 0,0001
EVAm	60 ± 18	29 ± 20	32 ± 23	26 ± 22	24 ± 17	> 0,0001
DAS28	7,2 ± 1,6	5 ± 1,5	5,2 ± 1,7	4,4 ± 1,6	4,1 ± 1,7	> 0,0001

Durante el tratamiento, el 39% (15) de pacientes han precisado aumentar la dosis a 5 mg/Kg y en un 7,7% (3) ha habido que acortar el periodo entre infusiones a 6 semanas. Se ha conseguido una reducción del 30% en la necesidad de corticoesteroides. Finalmente el 26% de pacientes han tenido buena respuesta definida por un DAS < 3,2 y una diferencia DASfinal-DASinicial > 1,2, 49% han tenido respuesta moderada (DAS < 5,1 o diferencia DASfinal-DASinicial 0,6-1,2) y 25% no han respondido.

**Conclusiones:** La terapia con INF es eficaz en nuestros pacientes con AR activa y refractaria, pues consigue una mejora estadísticamente significativa en todos los parámetros de actividad, que se mantiene a lo largo de todo el seguimiento.

275

**REACCIONES ADVERSAS EN PACIENTES TRATADOS CON INFLIXIMAB TRAS 2 AÑOS DE TRATAMIENTO**

R. Almodóvar González, B. Joven Ibáñez e I. Mateo Bernardo  
*Servicio de Reumatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivo:** Analizar la frecuencia de aparición de reacciones adversas en pacientes tratados durante 2 años con infliximab (anticuerpo monoclonal anti TNF- $\alpha$ ), en el servicio de Reumatología de nuestro hospital.

**Material y métodos:** Desde Enero de 2000 hasta Enero de 2003, se han recogido todas las reacciones adversas aparecidas, tanto durante la infusión como durante el seguimiento; de un total de 60 pacientes tratados en el Hospital de Día.

**Resultados:** De un total de 60 pacientes en tratamiento con infliximab por diversas causas (39 artritis reumatoideas, 6 artropatías psoriásicas, 11 espondilitis anquilosantes, 2 enf. Behcet, 1 artritis reactiva); 28 pacientes (46,6%) presentaron reacciones adversas. Durante la infusión aparecieron 5

(17,8%): Hipotensión arterial (2); mareo (1); rubor facial (2); que cedieron al disminuir el ritmo de perfusión. Posteriormente en el seguimiento se hallaron acontecimientos adversos en 23 pacientes (82,1%) [V. tabla 1]. Seis pacientes (21,4%) presentaron acontecimientos adversos graves, con dos muertes. La suspensión del tratamiento se produjo en 11 pacientes (19%); en 4 debido a ineficacia, en 6 por reacciones adversas y 1 por traslado a su hospital de referencia. En el 25% de los pacientes los anticuerpos antinucleares (ANA) se positivizaron, sin aparición de anti-DNAs. En ningún caso se desarrolló lupus-like.

Tabla 1. Reacciones adversas en pacientes tratados con Infleximab.

Reacciones adversas	Pacientes/ Frecuencia (%)	Resultados	Si/temporal
Trombopenia	1/3,5%	Resuelta	Si/temporal
Sepsis absceso hepático	1/3,5%	Exitus	Si/temporal
TBC pulmonar	1/3,5%	Exitus	Si/temporal
Neumonía neumocócica	1/3,5%	Resuelta	Si/temporal
Neumonitis intersticial + Insf. Respiratoria	2/7,1%	Asintomáticas	Si/temporal
IRVA	6/21,4%	Resueltas	No
Herpes Zoster	1/3,5%	Resueltas	No
ITU	2/7,1%	Resueltas	No
Reacciones cutáneas	2/7,1%	Resueltas	No
Cefalea	4/14,2%	Resueltas	No
GEA	1/3,5%	Resueltas	No
Nerviosismo	1/3,5%	Resueltas	No

**Conclusiones:** La terapia con Infleximab ha revolucionado el tratamiento de ciertas conectivopatías, fundamentalmente de la artritis reumatoide. Es importante monitorizar estrictamente al paciente durante el tratamiento por la diversidad de acontecimientos adversos que pueden aparecer. Y por último, se necesita más experiencia para evaluar los efectos secundarios a largo plazo, sobre todo a nivel infeccioso y neoplásico.

## 276

### TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB EN ARTROPATÍA PSORIÁSICA REFRACTARIA

R. Almodóvar González, B.E. Joven Ibáñez, R. González Crespo e I. Mateo Bernardo  
Servicio de Reumatología Hospital Doce de Octubre. Madrid.

**Introducción:** La afectación articular aparece en el 5-7% de los pacientes con psoriasis cutánea. Aunque clásicamente considerada de buen pronóstico, existe un porcentaje de pacientes con formas severas, refractarias a los FAME habituales, en los que se plantea terapia con anti-TNF $\alpha$ . Sin embargo, es poco frecuente encontrar estudios que analicen de forma individualizada a este grupo de pacientes.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con Infleximab en pacientes con APs poliarticular, según los criterios de Moll y Wright, refractaria a los inmunosupresores habituales.

**Material y métodos:** Estudio abierto y prospectivo de 54 semanas, de 6 pacientes mujeres, con APs poliarticular activa definida por un DAS > 5,1 que recibieron tratamiento con Infleximab a dosis de 5 mg/kg en las semanas 0, 2, 6 y posteriormente cada 8 semanas. La edad media de los pacientes era de 48  $\pm$  15 años, la edad de inicio de los síntomas era de 36  $\pm$  19 años, el tiempo medio de evolución de la enfermedad era de 12  $\pm$  8 años y tratados con una media de 2,7 FAMEs previos. Se recogieron datos sobre número de articulaciones dolorosas (NAD) e inflamadas (NAI), clase funcional, rigidez matutina, cuestionario de salud según HAQ,

VSG, PCR, valoración por escala visual analógica (EVA) del dolor (EVAd), actividad de la enfermedad según el paciente (EVAp) y médico (EVAm), y actividad de la enfermedad medida por DAS 28 a los 3, 6, y 12 meses del inicio del tratamiento. Se registraron los efectos adversos en el momento de producirse, el número de abandonos y su causa.

**Resultados:** Los resultados se muestran en la siguiente tabla.

	Basal	3 meses	6 meses	12 meses	P
Nº pacientes	6	3	3	2	
NAD	19 $\pm$ 7	13 $\pm$ 9	4,3 $\pm$ 2	4,5 $\pm$ 6	0,05
NAI	14 $\pm$ 8	5 $\pm$ 7	3 $\pm$ 3	4,5 $\pm$ 6	0,035
Rigidez	70 $\pm$ 49	27 $\pm$ 30	35 $\pm$ 9	13 $\pm$ 4	0,08
Grado funcional	2 $\pm$ 1,3	1 $\pm$ 0	1 $\pm$ 0	1,5 $\pm$ 0,7	
VSG	51 $\pm$ 35	36 $\pm$ 19	23 $\pm$ 1	30 $\pm$ 13	
PCR	4,4 $\pm$ 5,5	0,9 $\pm$ 1,2	0,7 $\pm$ 0,6	0,7 $\pm$ 0,7	
HAQ	1,7 $\pm$ 0,6	0,9 $\pm$ 0,2	1,2 $\pm$ 0,3	1,3 $\pm$ 0,2	
EVAd	64 $\pm$ 28	50 $\pm$ 20	35 $\pm$ 18	47 $\pm$ 4	
EVAp	53 $\pm$ 26	47 $\pm$ 15	32 $\pm$ 18	40 $\pm$ 28	
EVAm	54 $\pm$ 20	43 $\pm$ 15	37 $\pm$ 6	45 $\pm$ 50	
DAS28	7,8 $\pm$ 1,3	6,5 $\pm$ 1,4	5,1 $\pm$ 0,5	5,1 $\pm$ 2,6	0,04

\*p no significativa

A lo largo del tratamiento en una paciente se tuvo que acortar el período de infusión a 6 semanas. Hubo una reducción de las necesidades de tratamiento corticoideo de un 38%. Las pacientes con lesiones cutáneas severas experimentaron una espectacular mejoría. En 3 pacientes se suspendió el tratamiento: 1 por traslado a su Hospital de referencia y 2 por neumonitis intersticial en la semana 2 y 6 respectivamente. En estas últimas no ha sido preciso reiniciar el tratamiento por remisión completa de la enfermedad hasta el momento actual. Como eventos adversos leves se registró una infección respiratoria y una gastroenteritis.

**Conclusión:** El tratamiento con Infleximab en nuestras pacientes mejora de forma significativa el NAD, NAI y la actividad medida por el DAS 28, por lo que puede ser una opción terapéutica en pacientes con Aps refractaria.

## 277

### TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB EN ESPONDILOARTROPATÍAS

B.E. Joven Ibáñez, R. Almodóvar González e I. Mateo Bernardo  
Servicio de Reumatología Hospital 8220; Doce de Octubre. Madrid.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con Infleximab en pacientes con Espondiloartropatías (EAs) activas.

**Material y métodos:** Estudio abierto y prospectivo de 54 semanas entre marzo de 2000 y Enero de 2003, de 13 pacientes diagnosticados de EAs según los criterios de ESSG o de Amor. Todos los pacientes se encontraban activos pese a tratamiento con dosis plenas de AINEs y FAMEs habituales: metotrexate (MTX), salazopirina (SSZ) y oro. Se administró tratamiento con infliximab a dosis de 3 mg/kg en 6 pacientes y a 5mg/Kg en 7 pacientes en las semanas 0, 2, 6 y posteriormente cada 8 semanas. Se recogieron datos sobre el número de articulaciones dolorosas (NAD) e inflamadas (NAI), clase funcional, rigidez matutina, HAQ, VSG, PCR, valoración por escala visual analógica (EVA) del dolor (EVAd), actividad de la enfermedad según el paciente (EVAp) y el médico (EVAm), BASDAI, BASFI y datos clinimétricos: Shöber, distancia dedo-suelo (DDS), expansión torácica (ET) y occipucio-pared (OP) a los 3, 6 y 12 meses de tratamiento. Se recogieron los abandonos y las causas de estos.

**Resultados:** 11 varones y 2 mujeres con EAs (10 formas mixta y 3 formas axiales): 10 EA, 1 E. indiferenciada, 1 E. asociada a EII y 1 E. reactiva. El 77% de los pacientes son HLA B27 positivo. La edad media es de  $38 \pm 8$  años, la edad de inicio de los síntomas es de  $23 \pm 12$  años y el tiempo de evolución es de  $15 \pm 11$  años, durante el que recibieron una media de 1,5 FAMES.

Los resultados se muestran en la siguiente tabla.

	Basal	3 meses	6 meses	12 meses	p
Nº pacientes	13	12	9	5	
NAD	$7 \pm 6,2$	$0,6 \pm 1,2$	$0,5 \pm 1,1$	$1 \pm 1,7$	0,003
NAI	$4 \pm 4,34$	$0,42 \pm 1,1$	$0,3 \pm 1,1$	$0,8 \pm 1,7$	0,012
VSG	$61,1 \pm 39$	$14,6 \pm 16$	$16,1 \pm 13,2$	$24,4 \pm 20$	0,001
PCR	$5,4 \pm 6,4$	$0,6 \pm 0,6$	$1,1 \pm 2$	$0,8 \pm 0,6$	0,02
HAQ	$1,2 \pm 0,7$	$1,2 \pm 3$	$0,54 \pm 0,5$	$0,54 \pm 0,53$	0,015
EVA <sub>d</sub>	$61 \pm 22,5$	$22,1 \pm 20$	$28 \pm 26,1$	$19 \pm 10,3$	0,01
EVA <sub>p</sub>	$66 \pm 25$	$21 \pm 21$	$27,2 \pm 27$	$24 \pm 21$	0,000
EVA <sub>m</sub>	$61 \pm 21$	$32,5 \pm 20,5$	$23,3 \pm 25$	$20 \pm 19$	0,000
BASFI	$63,1 \pm 15$	$26,8 \pm 17$	$24 \pm 20$	$24,6 \pm 20$	0,000
BASDAI	$63,4 \pm 14,2$	$22,1 \pm 13,7$	$21 \pm 16,7$	$21,1 \pm 22$	0,000
SHÖBER	$13,6 \pm 2,1$	$15 \pm 2,1$	$15,5 \pm 2,5$	$14,5 \pm 2,1$	0,036
DDS	$29,4 \pm 20$	$17,2 \pm 16,3$	$25 \pm 20$	$21 \pm 15$	0,31*
OP	$4,2 \pm 6,5$	$3 \pm 6,3$	$3,5 \pm 6,5$	$2 \pm 3,4$	0,047
ET	$3,6 \pm 1,5$	$3,6 \pm 1,5$	$3,7 \pm 2$	$3,2 \pm 1,6$	0,8*

\*p no significativa

Durante el tratamiento, 1 paciente ha requerido aumentar la dosis a 5 mg/Kg y en 1 paciente ha habido que acortar el tiempo de infusión a 6 semanas. Hubo una reducción de la necesidad 6 y otro paciente suspendió el tratamiento por ineficacia en la semana 54.

**Conclusión:** En nuestros pacientes con EAs la terapia con INF mejora de forma estadísticamente significativa los parámetros de respuesta de la enfermedad; siendo una buena alternativa para aquellos pacientes no respondedores a los inmunosupresores habituales.

## 278

### SUPERVIVENCIA DEL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ESPONDILOARTROPATÍAS.

B.E. Joven Ibáñez, R. Almodóvar González e I. Mateo Bernardo  
*Servicio de Reumatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivo:** Evaluar si existen diferencias, entre la artritis reumatoide y las espondiloartropatías, respecto a la supervivencia del tratamiento, la tasa de suspensiones y la necesidad de aumento de dosis de infliximab (INF) o acortamiento del período entre infusiones.

**Material y métodos:** Estudio abierto y prospectivo desde Enero 2000 a Enero 2003 de tratamiento con INF según pauta habitual (0, 2, 6 semanas y posteriormente cada 8 semanas). Se incluyen un total de 58 pacientes (18 varones y 40 mujeres). 39 pacientes con artritis reumatoide (AR), 6 con artritis psoriásica tipo AR y 13 con espondiloartropatías (EAs). La edad media es de  $48 \pm 14$  años, la edad de inicio de los síntomas es de  $36 \pm 16$ , el tiempo de evolución es de  $12 \pm 8$  y una media de FAME previos de 3. Para analizar la supervivencia del tratamiento se han utilizado las curvas de Kaplan-Meier. Por otro lado, se ha analizado la tasa de abandonos y la necesidad de aumentar la dosis de tratamiento para mantener la eficacia.

**Resultados:** De los pacientes diagnosticados de AR, 9 (20%) pacientes suspendieron el tratamiento con INF tras  $12 \pm 7$  (1-26) meses de seguimiento: 5 por efectos adversos (2 neumonitis intersticial, 1 neumonía, 1 trombopenia, 1 tuberculosis que causó exitus) 3 ineficacia, 1 por traslado a su hospital de

referencia. Dos pacientes con EAs suspendieron el tratamiento con INF tras  $9 \pm 5$  (3-20) meses de seguimiento: 1 por ineficacia y otro por sepsis por absceso hepático que causó muerte. La supervivencia del tratamiento es de 80% para la AR: 100% para los pacientes con AR seronegativa, 81% en los casos de AR seropositiva y 40% para la A. psoriásica. La supervivencia del tratamiento es del 85% en los pacientes con EAs. Quince (33%) pacientes con AR y 1 con EAs han necesitado aumentar la dosis de INF. En 4 pacientes con AR y en 1 con EAs tuvo que acortarse el período entre infusiones.

**Conclusión:** La supervivencia del tratamiento con INF en pacientes con AR y EAs no muestra diferencias significativas en nuestra serie. No obstante en pacientes con AR es relativamente frecuente la necesidad de elevar la dosis para mantener la eficacia. El número de pacientes que han precisado acortamiento del período entre infusiones, similar en ambos grupos, sugiere que la pauta habitualmente empleada en la AR puede ser útil en las EAs.

## 279

### EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB EN LA PROGRESIÓN RADIOLÓGICA

B.E. Joven Ibáñez, R. Almodóvar González, P. Manjón Luengo e I. Mateo Bernardo  
*Servicio de Reumatología y \*Servicio de Radiología. Hospital 12 Octubre. Madrid.*

**Introducción:** La evaluación radiológica no se emplea de forma habitual en la consulta de Reumatología para decidir la eficacia o ineficacia de un tratamiento. La aparición de nuevas terapias que demuestran retraso en la progresión del daño estructural radiológico nos obliga a incorporar la radiología en la decisión terapéutica.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia en el retraso en la progresión radiológica en pacientes con Artritis Reumatoide (AR) tratados con Infliximab.

**Material y métodos:** Estudio abierto, prospectivo de 12 meses de duración, en 14 pacientes con AR en tratamiento con Infliximab. Se realizaron radiografías de manos y pies al inicio del estudio y tras completar 12 meses de tratamiento, según el esquema habitual de infusiones en las semanas 0, 2, 6 y posteriormente cada 8 semanas. Un radiólogo entrenado en radiología ósea, evaluó de forma ciega todas las placas según el método de Van der Heijde/Sharp valorando erosiones y pinzamientos de forma independiente. Para el estudio estadístico se utilizó la t de Student para datos pareados.

**Resultados:** Catorce pacientes con AR (2 varones, 12 mujeres) con una media de edad de  $48 \pm 13$  años, edad de inicio de los síntomas a los  $37 \pm 17$  años y un tiempo de evolución de  $12 \pm 6$  años, durante el que habían recibido una media de 3 FAMES. Diez pacientes (71%) tenían factor reumatoide (FR) positivo, el 21% (3 pacientes) presentaban nódulos reumatoideos y ninguno afectación extraarticular. Todos los pacientes tenían erosiones radiológicas al inicio del estudio. El índice medio de erosiones al inicio y a los 12 meses era de  $37,3 \pm 36,5$  y  $40 \pm 36$ , respectivamente sin encontrarse diferencias significativas ( $p = 0,304$ ). En cuanto a la evaluación del pinzamiento articular al inicio y final del estudio era de  $22,2 \pm 23$  y  $28 \pm 25$  con diferencias significativas ( $p = 0,009$ ). Los pacientes que no respondieron al tratamiento eran los que mostraban más tendencia a la progresión del pinzamiento articular ( $p = 0,05$ ) La edad, sexo, la

presencia de FR o de nódulos reumatoideos no se relacionó con la progresión de los pinzamientos. No encontramos asociación entre factores de severidad al inicio del tratamiento definidos por DAS > 5,1, articulaciones inflamadas > 20, VSG > 60, HAQ > 1 y la progresión del daño estructural.

**Conclusión:** El infliximab parece estabilizar el daño estructural en nuestros pacientes, aunque sería deseable estudios con mayor número de pacientes y mayor tiempo de seguimiento. La valoración radiológica debería incorporarse en el esquema de decisiones terapéuticas, dada la existencia de fármacos que como éste, frenan la progresión radiológica.

## 280

### PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS Y FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE: ESTUDIO TRANSVERSAL DE 128 PACIENTES

M. Rial, M. Alexandre, L. Inês, P. Reis, A. Malcata y A. Porto  
*Servicio de Medicina III y Reumatología- HU Coimbra.*

**Objetivos:** Estudiar la prevalencia de osteoporosis y fracturas osteoporóticas en la artritis reumatoide (AR).

**Material y métodos:** Se estudiaron 128 pacientes no seleccionados con Artritis Reumatoide, según los criterios de clasificación de la ACR 1987, con una edad media de 58,9 años (32-84 años), siendo el 82,8% mujeres, y con una edad media al diagnóstico de 42,7 años; el 72,9% con factores reumatoideos positivos. Los pacientes fueron interrogados sobre antecedentes de fracturas de las muñecas y del cuello del fémur. Se realizaron radiografías de la columna lumbar y dorsal laterales y osteodensitometría de la columna lumbar y del cuello femoral. Las radiografías se analizaron con el fin de observar la existencia de fracturas vertebrales.

**Resultados:** Con relación a la osteodensitometría la media de la Z- score de la columna lumbar (L1-L4) fue de  $-0,48 \pm 1,19$ . En la misma localización el T- score medio fue de  $-1,71 \pm 1,20$ . En la columna lumbar, el 26,9% de los pacientes cumplían los criterios de diagnóstico para la osteoporosis de la OMS. En lo referente al cuello femoral, la Z- score media fue de  $-0,43 \pm 1,01$  y el T-score medio fue de  $-1,74 \pm 1,19$ . En esta localización el 24,1% de los pacientes cumplía criterios diagnósticos de osteoporosis de la OMS. De los 128 pacientes con AR, 24 (18,8%) tenían por lo menos una fractura osteoporótica localizada en la columna dorsal o lumbar, cuello femoral o muñeca. 16 pacientes presentaban por lo menos una fractura vertebral (de 1 a 4 fracturas). 11 pacientes tenían una fractura de la columna dorsal y 10 una o más fracturas lumbares. 5 pacientes referían historia de fractura del cuello femoral y 6 pacientes de la muñeca.

**Conclusión:** La prevalencia de osteoporosis y de fracturas osteoporóticas en este grupo de pacientes con AR, es elevada.

## 281

### FACTORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ARTROPATÍA PSORIÁSICA

J. Saénz del Castillo, L. González Hombrado, M. Matías de La Mano, N. Garrido Puñal, B. Joven Ibáñez, R. Almodóvar e I. Mateo

*Servicio de Reumatología Hospital 12 Octubre. Madrid.*

**Introducción:** La artropatía psoriásica (APs) muestra un amplio espectro clínico, desde casos leves hasta formas mutilantes. Los factores que determinan una evolución en uno u otro sentido son poco conocidos.

**Objetivos:** Determinar que factores pueden influir en la evolución de la artropatía psoriásica.

**Material y métodos:** Se revisaron todos los pacientes diagnosticados de APs en seguimiento en el Servicio de Reumatología de nuestro hospital desde 1976 hasta la actualidad. De las historias clínicas se recogieron: datos demográficos (edad, sexo), tipo de afectación según los criterios de Wright y Moll (poliarticular, oligoarticular, espondilítica, afectación de IFD y mutilante), comorbilidad y datos clínicos (el número de articulaciones dolorosas e inflamadas), analíticos (VSG y/o PCR) y radiológicos al inicio de la enfermedad y en la última visita. Se definió como criterios de gravedad la presencia de  $\geq 6$  articulaciones dolorosas y/o inflamadas más algún reactante de fase aguda elevada (VSG < 30 y/o PCR > 1) o presencia de erosiones o cirugía ortopédica. Se utilizaron  $\chi^2$  y test exacto de Fisher para medir la fuerza de asociación entre las variables.

**Resultados:** De un total de 222 pacientes (108 varones y 114 mujeres): 58,6% tenían afectación poliarticular, 23,9% oligoarticular, 12,6% espondilítica, 3,2% afectación de IFD y 1,8% mutilante. La edad media fue de  $58,36 \pm 14,3$  años y la edad al diagnóstico de  $46,6 \pm 14$  años. La gravedad se asoció con el tipo de afectación poliarticular ( $p = 0,014$ ), no axial ( $p = 0,017$ ), con la presencia de > 6 articulaciones dolorosas y/o inflamadas ( $p = 0,001$ ), reactantes de fase aguda elevados ( $p = 0,007$ ) y presencia de erosiones radiológicas ( $p < 0,001$ ) todo ello al inicio de la enfermedad. El sexo, la edad de inicio y la comorbilidad no parecen influir en la gravedad de la APs, en nuestro estudio. El tratamiento con esteroides, FAME, particularmente metotrexate, se asocia con los pacientes más graves.

**Conclusión:** En nuestra serie de pacientes con APs la afectación poliarticular, la presencia de > 6 articulaciones dolorosas y/o inflamadas, la elevación de reactantes de fase aguda y la presencia de erosiones radiológicas al inicio de la enfermedad son factores pronósticos de la gravedad de la enfermedad.