

3ª Sesión

Viernes 21 de mayo

205

CALIDAD DE VIDA EN UN GRUPO DE EJERCICIO DE MAYORES A TRAVÉS DE LAS LÁMINAS DE COOP/WONCA

S. Gerechter Fernández y M. Esteban y Peña
Centro Municipal de Salud (Centro de Día). Madrid.

Objetivos: Pretendemos determinar la percepción de la calidad de vida y el perfil de los usuarios que acuden a los Grupos de Fisioterapia de Mantenimiento del Ayuntamiento de Madrid.

Material y métodos: Recogimos datos de 161 ancianos de diferentes distritos de Madrid, admitidos durante los años 2002-2003. La edad media es de 70 años. El 84% son mujeres. Registramos variables cuantitativas (T.A., pulso, nº de fármacos, IMC, Lawton) y cualitativas (patologías, caídas, uso de bastón, problemas auditivos y visuales). Los datos de calidad de vida se valoraron con el test auto-administrable de COOP/WONCA. Procesando los datos en Excel.

Resultados: Las patologías más frecuentes son: artrosis en un 89% de nuestra población, osteoporosis en un 45% (diagnóstico por fracturas espontáneas o a mínimos traumatismos y/o por densitometría ósea), hipertensión arterial en un 57%, DM en un 19%, hipercolesterolemia en un 43%, insuficiencia venosa en un 40%, incontinencia urinaria en un 27%, clínica compatible con depresión en un 35%. El porcentaje de caídas en el último año fue del 27%. El 9% utilizaba bastón previamente. Del total de nuestra población, el 30% presentaba problemas de visión aún con corrección y el 17% de audición. El Lawton es de 7,34. La media de toma de fármacos fue de 3,7 fármaco/usuario/día. El 49% toma algún AINE y/o analgésicos para el dolor. La media del COOP/WONCA fue del 26,39 puntos, resultando cada ítem por encima de los de referencia para la población general.

Conclusiones: Es una población con elevada patología (fundamentalmente artrosis), independientes en las actividades instrumentales de la vida diaria, que perciben una calidad de vida "no buena". Supone un reto saber si podemos contribuir a su mantenimiento físico y funcional, además de introducir la "calidad de vida" como parámetro para valorar y mejorar.

206

EVALUACIÓN DE LA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-DSDNA Y -ENA MEDIANTE UN NUEVO MÉTODO FLUORESCENTE AUTOMATIZADO

M. López Hoyos, H. López Escribano, R. Blanco, M. Peña, V. M. Martínez Tabeada y V. Rodríguez Valverde
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivo: Evaluar la utilidad de un nuevo inmunoensayo automatizado para la detección y cribado de los anticuerpos (Acs) anti-dsDNA y -ENA.

Material y métodos: Se estudió la presencia de anticuerpos antinucleares en suero mediante los ensayos automatizados de EliA dsDNA (dsDNA) and EliA Symphony (RNP, Ro, La, CENP-B, Scl-70, Jo-1, Sm) automated tests (Farmacia Diagnósticos, Friburgo, Alemania). Se evaluaron 358 sujetos dividi-

dos en cuatro grupos: Lupus Eritematoso Sistémico (LES), conectivopatías auto-inmunes no lúpicas [Síndrome de Sjögren (SS), Esclerosis Sistémica, Conectivopatías indiferenciadas, Síndrome Antifosfolípido Primario (SAF)], otras enfermedades inflamatorias [artritis reumatoide (AR), espondiloartropatías, polimialgia reumática/arteritis de células gigantes (PMR/ACG), y otras] y sujetos sanos.

Resultados: El ensayo de EliA dsDNA resultó positivo en las siguientes proporciones (nº positivas / nº total): LES (35/105), SS (3/35), Esclerosis Sistémica (1/25), Conectivopatía indeterminada (5/31), SAF (3/19), AR (3/38), Espondiloartropatías (1/14), PMR/ACG (0/47), otros (1/11), controles sanos (1/33). Los pocos pacientes positivos en el EliA dsDNA del grupo de no conectivopatías tuvieron títulos similares al "cut off" establecido para el ensayo (15 IU/ml), mientras que los pacientes con LES tuvieron títulos más elevados que las conectivopatías autoinmunes no lúpicas (36,0 + 99,1 vs. 4,0 + 7,4 IU/ml, p = 0,001). El EliA Symphony mostró los siguientes resultados positivos: LES (48/105), SS (27/35), Esclerosis Sistémica (12/25), Conectivopatía indeterminada (15/31), SAF (3/19), AR (3/38), Espondiloartropatías (1/14), PMR/ACG (5/47), otras enfermedades inflamatorias (2/11), controles sanos (1/33). La combinación de ambos métodos mostró respectivamente una sensibilidad del 65% y del 59% para el diagnóstico de LES y de conectivopatías auto-inmunes no lúpicas. La especificidad del empleo de ambos métodos fue del 88%. Tanto el EliA dsDNA como el EliA Symphony mostraron una buena correlación con los métodos de detección de Acs anti-dsDNA y -ENA mediante IFI sobre C. luciliae y el ELISA con antígenos específicos purificados.

Conclusión: La combinación de ambos tests podría ser de utilidad para el diagnóstico de LES dado que aumenta la sensibilidad, a pesar del descenso ligero de especificidad. Tal combinación parece recomendable para el diagnóstico de las conectivopatías auto-inmunes no lúpicas. Dado que la petición en la clínica de ANA se ha incrementado espectacularmente, proponemos realizar el cribado de ANA mediante ambos ensayos de EliA en el segundo paso de estudio de un suero positivo para ANA mediante IFI. El tercer paso sería la definición de la especificidad antigénica mediante pruebas más específicas.

207

FUNCIÓN ENDOTELIAL EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

G. Morote, B. Cortés, E. Muñoz, M.C. Castro, V. Pérez Guijo, M.D. Miranda, A. Escudero, F.G. Martínez y E. Collantes
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos: Investigar la relación entre la actividad inflamatoria y la función endotelial en una muestra de pacientes con A.R.

Material y métodos: Se seleccionaron 23 pacientes procedentes de consultas externas con los siguientes criterios de inclusión: A.R. diagnosticada según los criterios de A.C.R., Edad: 18 a 65 años, mujer post menopáusica. **Criterio de exclusión:** enfermedad cardiovascular diagnosticada. Antecedentes familiares y personales de enfermedad cardiovascular precoz, diabetes mellitus, HTA, dislipemia, tratamiento actual y hábitos tóxicos. Se solicitó colesterol, glucemia basal, homocisteína, PCR, VS.G, FR. Se analizó la función endotelial con la variación del flujo capilar de la piel con fluometría láser doppler, siendo patológico valores iguales o infe-

riores a 10% de cambio determinando la actividad de la enfermedad mediante el DAS 28. La relación entre el porcentaje de cambio antes y después de la isquemia (función endotelial) y los factores se efectuó mediante: 1) La prueba U de Mann-Whitney si la variable era cualitativa dicotómica. Gráficamente se representaron mediante los diagramas de caja. 2) Cálculo del coeficiente de Spearman si la variable era cuantitativa. Gráficamente se obtuvieron los diagramas de dispersión. Se realizó una doble entrada de todos los datos y se recogieron las discrepancias entre las dos bases de datos. Se aplicaron las técnicas necesarias de depuración de datos y detección de inconsistencias para asegurar la fiabilidad y validez de la información. En todas las pruebas estadísticas se consideraron "significativos" los valores de $p < 0,05$ y los contrastes de hipótesis fueron bilaterales. Como paquete estadístico se utilizó el SPS® 11.0 para Windows.

Resultados: Se obtuvieron 14 mujeres y 9 hombres, con edad media de $53,82 \pm 6,38$, 18 de ellos hipertensos, 9 hipercolesterolémicos y 5 fumadores. El DAS 28 medio fue de $3,63 \pm 1,50$. En 15 pacientes el FR fue positivo. La PCR media fue de $14,05 \pm 18,5$ y la homocisteína $12,55 \pm 18,15$. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la función endotelial y el DAS 28 ($p = 0,74$), ni con la hipertensión arterial ($p = 0,823$), obesidad ($p = 0,75$), hipercolesterolemia ($p = 0,75$) hábito tabáquico ($p = 0,333$), ni con la positividad para el FR ($p = 0,881$).

Conclusión: En nuestra serie no hemos encontrado relación estadísticamente significativas entre la función endotelial en los pacientes con actividad inflamatoria de la enfermedad respecto a los pacientes que se encontraban en remisión. Tampoco encontramos diferencias significativas en la función endotelial de los pacientes con factores de riesgos cardiovasculares respecto a aquellos que no los tenían, ni entre los pacientes con A.R. seropositiva respecto a los seronegativos. Serían necesarios nuevos estudios que incluyeran un número mayor de pacientes y que comparara la función endotelial con una muestra poblacional sana.

208

NUEVAS FORMAS DE TRATAMIENTO PARA EL DOLOR REUMÁTICO

P. Morales Garrido, A. Rueda, P. Ros, C. Páez, P. Paule y D. Salvatierra

Hospital Clínico San Cecilio de Granada. Granada.

Objetivos: El tratamiento del dolor en la asistencia del enfermo reumatológico, es una de las principales labores del médico, por ser el síntoma más frecuente del que se aquejan nuestros pacientes. Una opción terapéutica dentro del arsenal farmacológico existente en la actualidad, es la utilización de fentanilo transdérmico, fármaco opioide agonista puro. Con este estudio queremos conocer la eficacia de este fármaco para el dolor crónico reumatológico.

Métodos: Estudio prospectivo con quince pacientes, todos ellos diagnosticados de patología degenerativa (osteoporosis establecida y/o sd. artroscóico avanzado), con edad comprendida entre 60-80 años (edad media 72,8 años); 11 son mujeres y 4 varones. Todos habían estado con medicación similar (3gr de paracetamol/día, ibuprofeno 1200mg/día, y de 100 a 150 mg de tramadol/día) durante al menos tres meses, sin control del dolor. Se instaura tratamiento con fentanilo vía transdérmica. Se les pasa la escala analógica visual del

dolor (EVA) antes de introducir el fármaco y un mes después, recogiendo cualquier efecto secundario que pueda aparecer durante este período de tiempo.

Resultados: La escala EVA tuvo un valor medio antes de tratamiento de 8,32; tras un mes de tratamiento con fentanilo transdérmico fue de 5,76. Los efectos adversos más frecuentemente presentados fueron: 28% mareo y/o sedación, 14% náuseas y/o vómitos, 52% estreñimiento y 8% otros.

Conclusión: 1) La utilización de fentanilo vía transdérmica es una opción más para el control del dolor en pacientes reumáticos con enfermedad degenerativa avanzada. 2) Los efectos 2ºs más frecuentes, ya comentados, podrían ser paliados con tratamiento antiemético y laxante. 3) La adicción o no al fármaco no se evalúa, por ser el tiempo de estudio muy limitado. 4) Quizá el % de pacientes con estreñimiento secundario al fármaco no sea real ya que muchos de ellos afirman padecer estreñimiento crónico desde hace años.

209

DETECCIÓN DE ANTICUERPOS CONTRA EL PÉPTIDO CITRULINADO CÍCLICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y SU RELACIÓN CON LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

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

Objetivos: Evaluar la presencia de anticuerpos anti-CCP en pacientes con artritis reumatoide y la relación de su título con el desarrollo de enfermedad erosiva.

Pacientes y métodos: Hemos estudiado 69 pacientes que cumplían criterios diagnósticos de artritis reumatoide, con un rango de edades entre 24 y 86 años; 41 pacientes presentaban menos de dos años de evolución de su enfermedad y 28 más de dos años, el factor reumatoide fue positivo en 51 casos y negativo en 18, la detección de anti-CCP fue realizada con un método de inmunoensayo enzimático (EIA) IMMUNOSCAN RA (Mark2).

Resultados: El título de anti-CCP fue positivo en 42 pacientes, negativo en 23 e indeterminado en 4. Presentaron enfermedad erosiva 42 de los 69 pacientes evaluados. La relación entre la presencia de anticuerpos anti-CCP y la presencia de erosiones tuvo significación estadística ($p = 0,0052$) en el grupo de pacientes estudiado. Además, existía diferencia estadística significativa ($p = 0,01$) entre el título de anticuerpos alcanzado en los cuadros erosivos y el obtenido en los no erosivos.

Conclusión: La asociación de los anti-CCP con signos de enfermedad erosiva sugiere la utilidad de estos anticuerpos no solo para el diagnóstico de la artritis reumatoide sino también como potenciales marcadores pronóstico de la enfermedad.

210

ECOGRAFÍA VERSUS RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR EN EL ESTUDIO DE LA PATOLOGÍA DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES

M. Castaño Sánchez
Servicio de Reumatología. Hospital Ibermutuamur. Murcia.

Introducción: Existe una gran controversia entre los especialistas que tratan la patología del hombro (reumatólogos,

traumatólogos, rehabilitadores), en cuanto a que técnica es la más adecuada, y por tanto, la que tiene más sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de las lesiones del manguito de los rotadores.

Objetivos: Intentamos demostrar que la ecografía es más sensible y específica que la RMN en el diagnóstico de la roturas del manguito de los rotadores.

Métodos: Hemos revisado de forma retrospectiva las historias de los pacientes a los que se les realizó cirugía artroscópica de hombro durante el año 2003 en nuestro hospital y hemos comparado los resultados de los informes de Ecografía y de RMN, con los informes quirúrgicos. Las ecografías se realizaron con un Ecógrafo Siemens Sonoline G 50 con una sonda lineal multifrecuencia de 7 a 13 Mhz, mientras que las RMN se realizaron en un centro externo concertado con nuestro hospital. Aquellos pacientes propuestos para cirugía artroscópica, que solo tenían una de las 2 pruebas diagnósticas (ECO o RMN), se les realizó la complementaria. Durante el año 2003 se realizaron 76 artroscopias de hombro con diagnóstico de lesión del manguito de los rotadores, a pacientes comprendidos entre los 34 y 62 años de edad, 54 varones y 22 mujeres. De estas 76, se evidenció patología en el manguito en 63 casos.

Resultados:

Informe quirúrgico	Ecografía	RMN
12 Roturas masivas	12	12
22 Roturas completas	20	16
11 Roturas parciales	7	3
18 Tendinosis	15	11

211

LAVADO ARTICULAR. TRATAMIENTO DE ELECCIÓN JUNTO CON ANTIBIOTERAPIA IV EN ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA

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

Objetivos: Demostrar la mayor eficacia y rapidez en el control de síntomas del lavado articular frente a las artrocentesis repetidas en la artritis séptica de rodilla.

Métodos: En el último año se han documentado mediante cultivo sinovial positivo cuatro artritis sépticas de rodilla (2 *S. Aureus*, 1 *Strept. Agalactiae*, 1 *E. Coli*) en nuestro servicio. Todos recibieron anti-bioterapia iv. Un 50% recibe artrocentesis diarias, el otro 50% un lavado articular diario (2-3 días consecutivos). Se comparan ambas técnicas mediante desaparición del dolor y signos flogóticos, datos analíticos de infección (leucocitosis, RFA) y control ecográfico.

Resultados: En los pacientes tratados con lavado articular se obtuvo una mejoría precoz (primeras 24 horas) del dolor y los signos flogóticos, con un descenso de PCR y VS.G superior al 50% en menos de 72 horas, y una reducción ecográfica del derrame articular superior al 75% después del segundo lavado. Los pacientes que recibieron artrocentesis diarias presentaban dolor articular persistente con leucocitosis y aumento RFA mantenidos, y presencia ecográfica de derrame articular al cabo de 72 horas que requería continuar la evacuación mediante artrocentesis repetidas.

Conclusiones: Según nuestra experiencia la realización de lavados articulares en artritis séptica de rodilla controla la sintomatología en la fase precoz, y contribuye a una mejor evolución del proceso séptico local, como se pone de manifiesto en los datos analíticos e imagen ecográfica.

212

FRACTURA DE CADERA. TRATAMIENTO PREVENTIVO, SUPERVIENCIA Y CAPACIDAD FUNCIONAL

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

Objetivo: En el año 1999 ingresaron 325 pacientes con fractura de cadera en nuestro hospital. El objetivo del estudio es determinar, 3 años después, el porcentaje de pacientes que realizaba tratamiento para la osteoporosis antes de la fractura de cadera, al alta hospitalaria, o en algún momento hasta hoy, qué incidencia de nuevas fracturas de cadera han presentado, la supervivencia de este grupo de pacientes y su grado de capacidad funcional.

Metodología: Se realiza una revisión retrospectiva de cada caso de fractura sobre la historia clínica de los pacientes y se complementa con una actualización de la situación global de los pacientes en el momento actual.

Resultados: Un 5% de los pacientes realizaba tratamiento preventivo primario antes de la fractura. Al alta se recomendó tratamiento al 1% de los pacientes. Hasta el día de hoy un 9% han iniciado algún tipo de tratamiento preventivo secundario. Se objetiva una mortalidad cercana al 50% a los tres años, quedando el resto de pacientes con una limitación moderada-severa. La incidencia de nuevas fracturas de cadera fue 10%.

Conclusión: La fractura osteoporótica de cadera es causa de una alta mortalidad e incapacidad funcional siendo escasamente prevenida. Es necesario establecer programas de trabajo con los servicios de cirugía ortopédica para instaurar tratamiento antirreabsortivo a los pacientes atendidos por fractura de cadera osteoporótica.

213

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA DE ACUERDO AL TIPO DE PSORIASIS CUTÁNEA

J.L. Fernández Sueiro, A. Willis Domínguez, L.F. Meira Machado, C.M. Cadarso Suárez, J.A. Pinto Tasende, M. Rodríguez Gómez, M. Freire González, F.J. de Toro Santos, F. Blanco García y F. Galdo
Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Objetivos: Estudios epidemiológicos y genéticos demuestran la presencia de dos tipos de psoriasis cutánea de acuerdo a la edad de presentación; psoriasis tipo I < 40 años y psoriasis tipo II > 40 años. En este estudio se valora la posible influencia del tipo de psoriasis en las manifestaciones clínicas de la artritis psoriásica (APs).

Material y métodos: Revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de APs (criterios de Moll y Wright) en el servicio de reumatología del Hospital Cristal Piñor de Orense. Los datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio fueron extraídos de acuerdo a un protocolo preestablecido,

se dividieron los pacientes de acuerdo a la edad de presentación de la psoriasis cutánea. Para el estudio estadístico se realizó el Chi-cuadrado para la asociación entre dos variables categóricas, el test de Mann-Whitney para comparación de muestras independientes y el de Wilcoxon para muestras apareadas.

Resultados: Un total de 208 pacientes fueron estudiados, 59,1% presentaban psoriasis tipo I y 40,9% psoriasis tipo II. La edad al diagnóstico de psoriasis fue 25,71 años tipo I y 53,75 años tipo II (p 0,0001). La edad al diagnóstico de APs fue 42,16 años tipo I y 57,69 tipo II (p 0,0001). Historia familiar de psoriasis se presentó en el 38,2% en el tipo I y 21,2% en el tipo II (p 0,01). El 4,1% del tipo I presentó artritis previa a psoriasis, el tipo II fue del 12,9% (p 0,031). El tiempo medio de seguimiento fue de 7,55 y 6,23 años para el tipo I y II respectivamente. No hubo diferencias significativas en cuanto a la forma de presentación articular, oligoarticular (60,2%, 50,6%), poliarticular (26%, 36,5%), distal aislada (1,6%, 0%), espondilitis (12,2%, 12,9%), no se observaron formas mutilantes al inicio. La forma poliarticular simétrica fue más frecuente en el tipo II (2 versus 9 pacientes -p 0,008-). Las formas articulares a la recogida de datos fueron oligoarticular (27%, 21,2%), poliarticular (2,4%, 4,7%) distal aislada (1,6%, 0%), mutilante (4,9%, 1,2%) espondilitis (13,8%, 12,9%). En los reactantes de fase aguda la VS.G media al inicio fue de 24,77 mm 1ª hora en el tipo I y 32,68 mm 1ª hora en el tipo II (p 0,004). En el tratamiento de inicio se emplearon AINEs como único tratamiento en el 40,6% y el 42,4% del tipo I y II respectivamente, AINEs más modificadores de enfermedad en el 49,6% y el 51,8% respectivamente. En la recogida 62 pacientes de tipo I y 44 pacientes de tipo II no presentaban artritis clínica, el 9,7% y el 25% respectivamente estaban con un modificador de enfermedad.

Conclusiones: Los pacientes con APs con psoriasis tipo I tienen una historia familiar positiva y generalmente presentan psoriasis antes de artritis, mientras que en el tipo II la artritis se presenta más frecuentemente antes que la psoriasis. Aunque la VSG está incrementada en la APs con psoriasis tipo II, no parecen existir diferencias clínicas en el comportamiento de la artritis basada en el tipo de psoriasis cutáneo.

214

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS DE NUESTRA POBLACIÓN CON ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO Y ANTI-U1RNP POSITIVO

M. Córdoba, J. Rodríguez, M. Martínez, M. Nishishinya, H. Corominas, C. Geli y C. Díaz López
Hospital Pablo Soria Jujuy, Argentina, Inmunología. Hospital de Sant Pau, Reumatología. Hospital de Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Describir nuestra población con Enfermedades del Tejido Conectivo (ETC) y Anticuerpos anti U1-RNP positivo.

Materiales y métodos: Se evaluaron 80 pacientes (p.) con criterios de ETC como Lupus Eritematoso Sistémico (LES), Artritis Reumatoidea (AR), Esclerodermia (ES), Polimiositis (PM), Síndrome de Sjögren 1º (SS), Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo (EMTC) e Indiferenciada (EITC), controlados en los consultorios externos de la Unidad de Reumatología desde 1985-2003 con U1-RNP positivo detectado en algún momento de la evolución por dos de las siguientes pruebas: ELISA, Contrainmunolectroforesis e Inmunoprecipitación de RNA.

Resultados: De los 80 p. hubo 9 (11%) hombres y 71 (89%) mujeres con una edad $x = 52$ años (+ 16 a y un rango 16-92 a) y una duración $x = 18$ años (+ 10 a y un rango 3-58 a). En cuanto a las ETC hubo 70 p. (87%) con LES, 41 p. (58%) con dos o más ETC asociadas (ES,SS,AR,PM), 12 p. (15%) con una ETC aislada y 19 p. (28%) asociado con EMTC, ES aislada 5 p. (6%) y otras 4p. (7%). De los 80 p. evaluados 56 p. (70%) cumplen criterios diagnósticos de EMTC (1). Las manifestaciones clínicas de nuestra población fueron:

Manifestaciones clínicas	Nº pacientes	%
Sinovitis	74	92
Edema de manos	71	89
F de Raynaud	58	73
Afectación pulmonar	37	46
Acroesclerosis	20	25
Afectación renal	19	24
Afectación SNC	17	21
Afect. cardiovascular	13	16
Miositis	4	5

Hallazgos de laboratorio: 80 p. (100%) son ANA y anti-U1-RNP (+), 37 p. (46%) anti-Anticardiolipinas (+), 24 p. (30%) anti RO (+), 21 p. (26%) DNAN (+), en 18 p. (22,5%) el Factor Reumatoideo y anti-Sm fue (+) respectivamente. Con un seguimiento x de 18 años, hubo una evolución clínica benigna, con sólo 2 muertes por causas ajenas a su enfermedad de base.

Conclusiones: En nuestra población estudiada con U1-RNP positivos, el 75% cumplía los criterios de EMTC según Alarcón Segovia ^{D(1)}, siendo de esos criterios los más frecuentes la sinovitis, el edema de manos y el fenómeno de Raynaud (56 p. 70%). Se observó una elevada frecuencia de los anticuerpos Anticardiolipinas (46%) que corresponde a pacientes con LES con manifestaciones trombóticas, anticuerpos anti-RO (30%) y anti Sm (22,5%). La evolución clínica de nuestra población con casi 20 años de seguimiento fue benigna.

(1) Alarcón-Segovia D, J Rheumatol 1989; 16:328-334.

215

DIAGNÓSTICO DE AMILOIDOSIS EN UN HOSPITAL COMARCAL

F. Sala, E. Roquer, X. Surís, A. Ponce y D. Cerdà
Hospital General de Granollers. Barcelona.

Objetivo: Analizar retrospectivamente el diagnóstico de amiloidosis en un hospital comarcal.

Metodología: Revisión de archivos de biopsias de grasa subcutánea abdominal (BGSA) y de diagnósticos de amiloidosis en altas hospitalarias en un período de 10 años. Se excluyen los casos de diagnóstico no confirmado con biopsia y las historias que no se han podido revisar. Se analizan todas las biopsias practicadas a cada paciente.

Resultados: Del archivo de BGSA se han analizado 105 biopsias en 100 pacientes (5 pacientes con 2 biopsias) de las cuales sólo 4 han sido positivas (3,8%). Una BGSA fue negativa confirmándose el diagnóstico posteriormente con biopsia rectal. De 33 códigos de diagnóstico de amiloidosis en alta hospitalaria, 14 se descartaron por no tener confirmación histológica y 6 por no haber podido recuperar la historia clínica. Del total de pacientes hallados a través del diag-

nóstico del alta hospitalaria, fueron 13 los que se confirmaron con diagnóstico histológico. Se realizaron 14 biopsias (6 rectales, 1 gástrica, 1 de íleon, 1 de ganglio linfático y 5 BGSA) de las que 13 fueron positivas y una BGSA fue negativa, confirmándose el diagnóstico con biopsia rectal. En total hay 13 diagnósticos confirmados de Amiloidosis, 8 primarias y 5 secundarias. 2 hombres y 11 mujeres con una edad media de 74 años.

Conclusiones: El diagnóstico de amiloidosis en nuestro hospital comarcal se ha obtenido a través del estudio histológico de diferentes tejidos. El porcentaje de positivos en BGSA fue bajo (3,80%).

216

ARTRITIS PSORIÁSICA EN EL ANCIANO: MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y COMPARACIÓN CON LA ARTRITIS PSORIÁSICA DE LAS PERSONAS JÓVENES

J.L. Fernández Sueiro, A. Willisch Domínguez, L.F. Meira Machado, C.M. Cadarso Suárez, J.A. Pinto Tasende, L. Fernández Domínguez, M. Freire González, F.J. de Toro Santos, F. Blanco García y M. Acasuso Díaz
Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Objetivos: Estudiar las manifestaciones clínicas de la artritis psoriásica (APs) en el anciano (> 60 años) y compararlos con la APs de las personas jóvenes (< 60 años). Evaluar si la edad influye en el comportamiento clínico.

Material y métodos: Revisión de las historias de los pacientes diagnosticados de APs (criterios de Moll y Wright) en el servicio de reumatología del Hospital Cristal Piñor de Orense. Los datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio fueron recogidos de acuerdo a un protocolo. La APs del anciano fue definida cuando se diagnosticó en personas > de 60 años. Los datos fueron analizados comparando las características en la presentación clínica y en el momento de la recogida. Para el estudio estadístico se realizó el Chi-cuadrado para la asociación entre dos variables categóricas, el test de Mann-Whitney para comparación de muestras independientes y el de Wilcoxon para muestras apareadas.

Resultados: Un total de 220 pacientes fueron estudiados, 47 (21,36%) se diagnosticaron a una edad > de 60 años. La edad media al diagnóstico de APs fue de 68,72 años y a la recogida de datos 72,17 años, el tiempo de evolución antes del diagnóstico fue de 25,48 meses. El 25,5% presentó historia familiar de psoriasis, artritis antes de psoriasis se presentó en el 4,3% de los pacientes. No se encontraron diferencias significativas con los pacientes de una edad < 60 años. El tiempo medio de seguimiento fue de 4,80 años. Las formas clínicas de presentación fueron las siguientes: oligoarticular (36,2%, 60,1% -p 0,005)) para > 60 y < 60 respectivamente, poliarticular (48,9%, 26,6% - p 0,005 -) distal aislada (0, 1,2%), espondilitis (48,9%, 14,9%), no se encontraron formas mutilantes al inicio. En la recogida de datos el patrón articular fue: oligoarticular (21,3%, 20,2%), poliarticular (4,3%, 2,9%), distal aislada (0, 1,2%), mutilante (0%, 4%), espondilitis (12,8%, 13,3%). En los reactantes de fase aguda la VS.G media al inicio fue de 25,90 mm 1ª hora y 27,37 mm 1ª hora, a la recogida de datos fue 22,79 mm 1ª hora y 19,36 mm 1ª hora. En el tratamiento de inicio se emplearon AINES como único tratamiento en el 40,6% y el 41,6% respectivamente, AINES más modificadores de enfermedad en el 51,1% y el 51,5% respectivamente. En la recogida 22 pacien-

tes > 60 años y 94 pacientes < 60 años no presentaban artritis clínica, el 18,1% y el 14,9% respectivamente estaban con un modificador de enfermedad.

Conclusiones: La forma poliarticular es la presentación clínica más frecuente en el anciano en esta serie. El tiempo de evolución parece equilibrar las formas clínicas. En este estudio preliminar no se observan diferencias significativas en el comportamiento clínico ni en el pronóstico de la APs en el anciano con respecto a las personas jóvenes.

217

MONITORIZACIÓN MEDIANTE ECOGRAFÍA EN B-MODE DE UNA PACIENTE CON ARTERITIS DE TAKAYASU TRATADA CON INFLIXIMAB

M.T. Pedráz Penalva, P. Bernabeu, E. Pascual, J. Carneado, P. Vela, R. Aragón, A. Martínez, J. Esteve y E. Batlle
H.G.U. Alicante. Alicante.

Introducción: La arteritis de Takayasu cursa con una inflamación difusa de la capa media y adventicia de vasos de mediano y gran calibre. Esto puede ser detectado mediante una ecografía B-mode de troncos supra-aórticos, que muestra un engrosamiento difuso de la media y la adventicia en la enfermedad de Takayasu, diferente del engrosamiento focal de las capas íntima y media que aparece en la arteriosclerosis.

Objetivo: Describir los hallazgos ecográficos como parte del seguimiento en una paciente con Arteritis de Takayasu y su correlación con datos clínicos y analíticos.

Material y métodos: El seguimiento de esta paciente se realiza mediante revisiones periódicas que incluyen una exploración física completa y determinación de hemograma, bioquímica y reactantes de fase aguda mensuales y la ecografía B-mode de troncos supra-aórticos practicada inicialmente (basal), quincenal, mensual y, posteriormente trimestral. Se dispone para ello de un equipo Hitachi 6500, con sonda 7,5 MHz. Para el estudio ecográfico se utilizan tres planos (uno transversal y dos longitudinales) de la arteria carótida común e interna de ambos lados. Se mide el grosor de la pared arterial en uno de los planos longitudinales.

Resultados: La paciente fue diagnosticada en marzo del 2003 de enfermedad de Takayasu en base a fiebre, síndrome constitucional, claudicación intermitente de miembros inferiores, elevación de reactantes de fase aguda, anemia microcítica y soplos carotídeos, en yugulum esternal, axilar izquierdo, foco Aórtico y femoral izquierdo. Se inició tratamiento con prednisona 1 mg/ Kg / día e infliximab 5 mg/Kg.

	Basal	1ª dosis (31/3/03)	2ª dosis (14/4/03)	3ª dosis (6/5/03)	4ª dosis (6/6/03)	5ª dosis (7/7/03)	6ª dosis (7/8/03)	7ª dosis (3/9/03)	8ª dosis (17/10/03)	9ª dosis (10/12/03)	10ª dosis (9/1/04)
VS.G en mm 1h	109	77	40	10	21	34	48	54	29	15	11
PCR-AS en mg/dl	18,5	0,84	0,06	0,04	0,13	1,6	3,72	2,24	1,72	0,06	0,07
Hb en mg/ dl	9,9	11,8	12,6	13,6	13,1	11,7	11,6	11,6	11,5	13,2	14,1
Prednisona (mg/día)	60	60	60	40	40/30	20	20/15	15	25	25	20
Carót Izq	2,7	2,3	2,1	2,1				2,2		1,8	
Carót Derecha	3,2		2,2	2,0				2,1		1,9	

Entre el 8º y 9º bolo de infliximab la paciente desarrolló un absceso ovárico por *Salmonella enteritidis*, que requirió tratamiento quirúrgico y antibioterapia, con resolución del cuadro. Durante el seguimiento, se ha objetivado una correlación positiva entre la mejoría clínica, analítica y ecográfica de la paciente.

Conclusiones: La ecografía-doppler es un método no invasivo, económico e inocuo que puede aportar información adicional en el diagnóstico y seguimiento de pacientes con

vasculitis del SNC. Adicionalmente, el infliximab puede en un futuro demostrar utilidad en pacientes con arteritis de Takayasu, como lo ha demostrado en otras vasculitis (Wegener, arteritis de células gigantes).

218

CAUSAS DE MUERTE, MORTALIDAD Y SUPERVIVENCIA EN LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS

R. Belmonte, C. Torres, M. Galindo, F.J. Gómez Reino y P.E. Carreira

Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Objetivo: Analizar la mortalidad, causas de muerte, y supervivencia en nuestra población de pacientes con miopatías inflamatorias (MI).

Pacientes y métodos: Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de MI en nuestro hospital, entre 1976 y 2003. Los datos demográficos (edad, sexo) y clínicos (tipo de afectación, terapia, mortalidad y causa de muerte), se obtuvieron retrospectivamente de las historias clínicas. Se definió afectación pulmonar como infiltrado intersticial en RX/TAC pulmonar, en ausencia de infección o insuficiencia respiratoria. La afectación cardíaca se definió por alteración en EKG. Se utilizó OR con 95% CI para medir fuerza de asociación entre variables y curva de Kaplan-Meier para estimar supervivencia.

Resultados: Encontramos 99 pacientes (70 M, 19 V), con 42 ± 22 años al diagnóstico, y 9 ± 6 años de seguimiento. Cincuenta y nueve (60%) tenían afectación cutánea, 54 (55%) afectación articular, 27 (28%) afectación digestiva, 19 (19%) afectación cardíaca, 35 (36%) afectación pulmonar, 38 (39%) fenómeno de Raynaud, 10 (10%) vasculitis, 10, y 9 (9%) calcinosis. Veinte pacientes (20%) tenían menos de 18 años al inicio de los síntomas. Cuatro pacientes (5%) tenían miopatía por cuerpos de inclusión. En 19 (20%) pacientes se detectó alguna neoplasia (4 pulmón, 3 mama, 2 gástricos, 2 ovario, 2 linfomas, 1 vejiga, 1 astrocitoma, 1 endometrial, 1 renal, 1 próstata, 1 origen desconocido). Serológicamente 48 (53%) tenían ANA, y 11 (12%) anti-sintetasa. Como terapia, 94 pacientes recibieron esteroides, 4 ciclofosfamida, 11 metotrexate, 33 azatioprina y 6 inmunoglobulina IV. Fallecieron 24 pacientes, y en 17 casos la causa de muerte se relacionó con la enfermedad (8 tumores, 3 afectación cardíaca, 3 afectación pulmonar, 2 complicaciones infecciosas). La mortalidad se asoció con afectación cardíaca (OR = 10; 95%CI 3,1-31,9; $p < 0,0001$) y con la presencia de neoplasia (OR = 8,5; 95%CI 2,6-27; $p < 0,0001$). La supervivencia media a los 10 años era de 70%, y a los 15 años de 60%. La supervivencia era menor en los pacientes con afectación cardíaca (Log rank 0,0009) y con neoplasia asociada (Log rank 0,002).

Conclusión: En nuestros pacientes con miopatía inflamatoria, la mortalidad está aumentada en aquellos con afectación cardíaca y con neoplasia asociada a la enfermedad.

219

OLIGOARTRITIS INDIFERENCIADAS SERONEGATIVAS HLA B27 NEGATIVAS SIN COMPROMISO AXIAL: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 52 CASOS

J.J. Bethencourt Baute, I. Ferráz, A. Álvarez, J.C. Quevedo, S. Machín, C. Luna, S. Bustabad, T. González y F. Díaz
Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

Objetivos: Describir la evolución de pacientes mayores de 16 años con mono-oligoartritis seronegativas HLA B27 nega-

tivas sin compromiso axial que no cumplieran en el momento del debut criterios para ser incluidas en ninguna categoría diagnóstica definida.

Método: Se estudiaron retrospectivamente 52 pacientes (27 mujeres, 25 hombres) con oligoartritis seronegativa HLA B27 negativa sin compromiso axial y que no cumplieran criterios en el momento del debut para artritis reumatoide, artropatía enteropática, psoriásica, reactiva o por microcristales.

Resultados: La edad media al debut de la oligoartritis fue de 38,7 años (33,81 mujeres y 47,8 hombres). El tiempo medio de seguimiento fue de 3,7 años (rango 1-24). 17 (32,7%) cursaron como monoartritis, de predominio en extremidades inferiores. En su evolución, 8 (15,38%) se resolvieron espontáneamente, y el tiempo medio entre el inicio y la desaparición de la clínica fue de 6,5 años. Se llegó a un diagnóstico definitivo en 13 (25%), siendo el tiempo medio entre el debut y su diagnóstico definitivo de 4,15 años (rango 1-13): 3 artritis reumatoide, 2 artropatías enteropáticas, 4 artropatías microcristalinas, 3 artropatías psoriásicas y una artropatía en el contexto de un síndrome SAPHO. En los 31 (59,6%) casos restantes no se ha podido establecer un diagnóstico definitivo, sin mejoría en su evolución. Se ha instaurado tratamiento con FME en 21 pacientes (40,3%) incluyendo todos los pacientes diagnosticados, excepto las microcristalinas, siendo el más utilizado el metotrexate.

Conclusión: Destacamos la dificultad diagnóstica de las oligoartritis indiferenciadas y el reto que suponen para el Reumatólogo. En nuestra experiencia, en mayores de 16 años con mono-oligoartritis seronegativas HLA B27 negativas de comienzo indiferenciado, el 25% cumplían criterios diagnósticos al cabo de un tiempo medio de 4,15 años, mientras que el 59,6% no cumplieron criterios diagnósticos tras 9,2 años de evolución media. Destacar, que la oligoartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal fue el grupo cuyo diagnóstico se demoró más en el tiempo.

220

“AURA MIGRAÑOSA” EN PACIENTES CON LUPUS EREMATOSO SISTÉMICO (LES): RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO CASOS Y CONTROLES

E. Molero Campos, M.V. González, A. Cañete, R. García Portales, I. Coca Prieto, A. Hidalgo Conde, M. de Haro Linger, J. Aguilar Del Rey, I. Aguilar, R. González, J. Rodríguez Andreu y A. Fernández Nebro
Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: Muchos pacientes con lupus sufren trastornos sensoriales transitorios similares al aura migrañosa durante fases activas de la enfermedad que no siempre están relacionadas con la presencia de migraña.

Objetivo: Valorar la prevalencia de los “fenómenos migrañosos” (FM) en nuestra población de LES.

Material y método: Estudio de casos y controles. *Casos:* pacientes con LES según la ACR incluidos consecutivamente de nuestra consulta de EAS. *Controles:* personas sin lupus del entorno social de los pacientes, no emparentados con ellos y de su misma edad y sexo. A todos los sujetos se les pasó un cuestionario encaminado a obtener información sobre la presencia y características de FM y cefalea, particularmente migraña.

Resultados: Hasta ahora hemos incluido 60 pacientes (90% mujeres) y 19 controles (83% mujeres) con una edad de 42,5

+ 12,6 y 37,3 + 12,8 años, respectivamente (0,256). No hemos hallado diferencias entre casos y controles en lo referente a los antecedentes personales (62% vs. 74%) o familiares (50% vs. 32%) de migraña, ni a la presencia y características de FM (69% vs. 53%) en presencia (53% vs. 47%) o ausencia (16% vs. 5%) de cefalea. El 51% de los pacientes relacionan subjetivamente los FM con el lupus por coincidencia temporal (51%) o por coincidencia con la actividad (18%). Los pacientes con FM tienen un SLICC más alto que los demás (1,36 + 1,58 vs. 0,43 + 0,51; 0,011). Los FM más comunes en todos los individuos (>50%) fueron los mareos, acúfenos, parestesias en extremidades, súbita tristeza y bradipsiquia. También fueron bastante comunes (40-50%) los fosfenos, la afasia motora y la necesidad imperiosa de tomar algo dulce. Ajustando las características clínicas a un patrón estereotipado de cefaleas comunes hallamos las siguientes diferencias entre casos y controles: migraña (75% vs. 41%; 0,034), cefalea tensional (17% vs. 8%; 0,479), cefalea en piquetazo (6% vs. 33%; 0,028) y cluster (3% vs. 17%; 0,085).

Conclusión: Los FM con o sin cefalea son muy comunes. Aunque este estudio está inconcluso, no parece que los pacientes con lupus, de forma global, difieran mucho de la población general en la prevalencia de FM.

221

UTILIDAD DEL MHAQ EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 87 CASOS

C. Díaz Torné, B. Bernad, D. Roig Vilaseca, N. Montalà, N. Busquets y J. Rodríguez Moreno
Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: La escala mHAQ se está utilizando en la valoración funcional de los pacientes con artritis reumatoide. Su uso no se ha validado en la artritis psoriásica (AP).

Objetivos: Aproximarse a la utilidad del mHAQ en los pacientes afectados de AP.

Pacientes y métodos: Entre junio del 2002 y diciembre del 2003 se aplicó un protocolo de estudio a 87 pacientes controlados de AP en un hospital universitario (n: 71) y en un centro de atención primaria (n: 16). La recogida de datos incluyó: género, edad, duración de la AP, índices articulares, reactantes de fase aguda, clase funcional y mHAQ. La estadística se realizó mediante el programa SPSS (Correlaciones de Pearson y ANOVA).

Resultados: La edad media de los 87 pacientes (57 mujeres y 30 varones) fue de 56,6 ± 13 años. La duración media de la AP fue de 13,7 ± 10,1 años. La VSG media fue de 30,84 ± 16,83mm y la PCR de 15,3 ± 13,8 mg/l. El número de articulaciones dolorosas fue de 6,71 ± 6,42 y el de tumefactas de 1,47 ± 3,73. Treinta y cinco (40%) pacientes estaban en clase funcional I, 38 (44%) en clase funcional II, 13 (15%) en clase funcional III y 1 (1%) en clase funcional IV. El mHAQ medio fue de 1,0 ± 0,7. El mHAQ se correlacionó de forma estadísticamente significativa con la edad (r = 0,245), número de articulaciones tumefactas (r = 0,295) y dolorosas (r = 0,45), VSG (r = 0,442), PCR (r = 0,354) y clase funcional; no se correlacionó con la duración de la artritis.

Conclusión: La escala mHAQ presenta una correlación estadísticamente significativa con los parámetros de actividad en los pacientes con AP. Podría ser una herramienta útil para su uso en la evaluación de los mismos.

222

IMPLANTACIÓN Y GESTIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DIRIGIDO A PACIENTES Y SUS FAMILIARES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO

M.P. Fernández Dapica, M. Herrero Manso, M. Jiménez Muro, M. González Crespo, M. Valiente, A. Méndez, T. Azcárraga, A. García Ojeda, C. Moya, M. Ortiz de Urbina, T. Tamayo, D. Solera y I. Mateo Bernardo
Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivo: Impartir los conocimientos básicos de esta enfermedad y de su tratamiento a pacientes con Artritis Reumatoide de inicio y a sus familiares, para que participen activamente en el proceso de control de la enfermedad.

Material y métodos: Se ideó e implantó un programa de educación para la salud en forma de seminarios, dirigido a aquellos pacientes que voluntariamente quisieran asistir y coordinado por un reumatólogo y la enfermera de la consulta de Reumatología.

Resultados: El programa se implantó en el año 2000 y continúa en la actualidad. Los seminarios son impartidos por un reumatólogo, un rehabilitador, un fisioterapeuta, cinco terapias ocupacionales y una enfermera, quien al inicio de la terapia con fármacos modificadores de la enfermedad los incluye en una base de datos y les invita a participar en el seminario, explicándoles la importancia de su asistencia. La secretaria les envía los programas a su domicilio, pidiéndoles confirmación telefónica de su asistencia y ofreciéndoles un justificante laboral si lo precisan. Estos seminarios se realizan tres miércoles sucesivos, en ciclos trimestrales y con una duración de tres horas. La última hora de cada día se dedica a que la fisioterapeuta les enseñe los ejercicios prácticos. *Primer día:* el reumatólogo y la enfermera les enseñan qué es la enfermedad y cómo se controla, qué es un brote y qué hacer en ese caso, y a cumplimentar las escalas de dolor y calidad de vida. *Segundo día:* qué medicinas se utilizan y sus posibles complicaciones. *Tercer día:* cómo proteger las articulaciones y qué ayudas técnicas se pueden utilizar. Al final del curso se les pasa un cuestionario de satisfacción, se les piden sugerencias de mejora y se les entrega una hoja recordatoria de los ejercicios enseñados. A lo largo de este tiempo hemos impartido estos seminarios a 98 pacientes y 29 familiares, obteniendo un alto grado de satisfacción en los participantes tanto en los pacientes como en los profesionales.

Conclusión: Los servicios de Reumatología y Rehabilitación hemos implantado en nuestro hospital un programa de educación para la salud dirigido a los pacientes con Artritis Reumatoide de inicio y sus familiares, con objeto de mejorarles su calidad de vida, su actitud ante la enfermedad y su seguridad con la terapia. El programa está teniendo muy buena aceptación.

223

EVOLUCIÓN DE SLICC/ACR DI A UN AÑO EN UNA COHORTE DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

E. Molero Campos, I. Coca Prieto, A. Cañete, R. García Portales, M.V. González, I. Ureña Garnica, A. Hidalgo Conde, I. Aguilar, R. González, J. Aguilar Del Rey, M. de Haro Linger, J. Rodríguez Andreu y A. Fernández Nebro
Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Objetivo: Evaluar la modificación del Índice de Lesión Orgánica (SLICC) en pacientes con Lupus tras un año de seguimiento.

Métodos: Análisis longitudinal de 2 cortes transversales separados entre sí por un año. Seleccionamos consecutivamente a los pacientes y se clasificaron como LES según la ACR en consulta de EAS. Se recogieron las principales variables demográficas y el índice de actividad SLEDAI de los pacientes. Medimos el daño crónico acumulado mediante SLICC/ACR al comienzo del estudio (corte 1º) y 1 año más tarde (corte 2º).

Resultados: Se incluyeron inicialmente 99 pacientes, aunque a solo 91 se les hizo también el 2º corte. La edad media de los pacientes fue de $38 \pm 11,95$ años (17-70), el 93,9% (93) son mujeres y el 6,1% (6) hombres, la edad media en el comienzo de los síntomas del LES fue de $29,6 \pm 11,4$ años (8-63) y la edad al diagnóstico 33 ± 12 años (12-65). El tiempo de evolución medio de la enfermedad $9,64 \pm 7,76$ años (1-46) y el tiempo de instauración del LES de $3,43 \pm 6,41$ años (0-40). Al comienzo del estudio la mayoría de los pacientes no sufría ninguna lesión orgánica irreversible (47,5%), 27 (27,3%) solo había sufrido una, 11 (11,1%) dos y 14 (14,1%) 3 ó más. La puntuación SLICC permaneció estable en 90 (90%), mientras que en el resto aumentó 1 punto. El ítem que se modificó con más frecuencia (2%) fue el aplastamiento vertebral osteoporótico y en 1% los siguientes: ACV, neuropatía, valvulopatía, pericarditis crónica, síndrome posttrombótico y úlcera cutánea crónica. Hallamos correlación entre SLICC y la edad al diagnóstico de LES ($p = 0,05$), edad al protocolo ($p = 0,01$) y tiempo de evolución del LES ($p = 0,05$). No hallamos correlación entre SLICC con el tiempo de instauración LES, edad al comienzo de la enfermedad, dosis de prednisona en los últimos 6 meses, ni con la puntuación de SLEDAI en el momento del protocolo.

Conclusión: El daño crónico acumulado tras un año en la evolución de los pacientes con LES es mínimo.

224

INCIDENCIA DE TUMORES EN UNA COHORTE DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

E. Molero Campos, A. Hidalgo Conde, E. Molero Campos, I. Coca Prieto, A. Cañete, M.V. González, R. García Portales, I. Aguilar, R. González, J. Aguilar del Rey, M. de Haro Linger, J. Rodríguez Andreu y A. Fernández Nebro
Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Objetivo: Conocer la incidencia de tumores en nuestros pacientes con LES.

Material y método: Recogida de los casos acumulados de tumores benignos y malignos acaecidos en una cohorte dinámica de 144 pacientes con LES seguidos ambispectivamente desde enero de 1990 a octubre de 2003 en nuestra consulta de EAS, lo que ha supuesto un total de 1.035 pacientes-año en riesgo. Todos cumplen los criterios de clasificación de LES según la ACR.

Resultados: Se han incluido 133 mujeres y 11 hombres con LES con una edad media en el momento de $41 + 13$ años (21 - 74) y un tiempo de evolución del lupus de $7 + 5$ años (0 - 24). Hemos hallado 14 tumores en 11 (9,2%) pacientes, 6 de ellos malignos (3 "in situ"). En 2 casos el cáncer fue previo al lupus (32 y 37 meses de antelación). Tres (2,5%) pacientes sufrieron 2 tumores, aunque el segundo siempre fue benigno (meningioma, cistadenoma seroso de ovario y mioma uterino). Entre los tumores malignos se registraron 3 (50%) adenocarcinomas de mama y 3 (50%) carcinomas (2 CIN III y 1 carcinoma transicional papilar de vejiga). Durante los 13

años de seguimiento se diagnosticaron 4 cánceres después del diagnóstico de LES [Incidencia acumulada = 0,0277 (IC 95%: 0,0048 - 0,0642); Tasa de incidencia = 0,0038 casos por paciente-año (IC 95%: 0,0009 - 0,0546)]. El tratamiento del tumor principal en los 11 pacientes fue cirugía en 8 (80%), quimioterapia en 2 (20%) y radioterapia en 1 (10%). Ningún paciente ha fallecido por neoplasia. La paciente que se le diagnosticó cáncer de mama antes del LES sufre actualmente metástasis a distancia por adenocarcinoma de mama. La paciente con un carcinoma transicional de vejiga, falleció por fallo cardíaco agudo secundario a valvulopatía lúpica. Los restantes enfermos siguen vivos y solo la paciente con adenocarcinoma de mama previo al LES tiene metástasis. Las pacientes con cáncer tiene más edad que las demás ($53 + 9$ vs. $40 + 11$; 0,055) y fueron diagnosticados de LES más tarde ($47 + 7$ vs. $31 + 11$; 0,027).

Conclusiones: El cáncer parece una patología infrecuente entre los pacientes con LES. La mayoría de los casos suceden entre las pacientes con mayor edad y que fueron diagnosticadas de lupus más tarde.

225

VALORACIÓN DE LOS PACIENTES DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA: CONTROLES ANALÍTICOS

M. Noheda Recuenco, A.A. Pérez Mateo, E. García Díaz y R. Virués Fornel
Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.

Introducción: Hace 4 años, se crea en la Unidad de Reumatología de nuestro centro, una consulta de enfermería denominada Controles Analíticos. Se forma al personal asignado para dicha consulta con el fin de llevar de forma alternativa y coordinada con el personal facultativo, el control de la enfermedad, evaluación de los resultados analíticos, control y supervisión del tratamiento médico y aclaración de dudas que plantean los pacientes.

Objetivo: Valorar el funcionamiento de la consulta de enfermería de Controles Analíticos.

Material y métodos: Encuesta realizada entre el 1 de octubre de 2003 y el 31 de diciembre de 2003, con una muestra de 70 pacientes pertenecientes al área 8 de la Comunidad Autónoma de Madrid, que acuden a la Unidad de Reumatología y han sido controlados durante al menos 10 meses en la Consulta de Enfermería. Se utiliza un cuestionario con 10 ítems, en los que se valora: a) necesidad de la consulta de Enfermería; b) lugar de preferencia del paciente para realizarse la analítica, control y evolución de su enfermedad; c) Capacitación, disponibilidad y atención prestada por el personal de Enfermería; d) disponibilidad y accesibilidad a los profesionales de la salud.

Resultados: El 91% de los pacientes prefieren realizarse la analítica y el control de su enfermedad en el Hospital (Reumatólogo y consulta de Controles Analíticos) frente a un 9% que prefieren hacerlo en su Centro de Salud. El 45% de los pacientes encuestados plantean las dudas que presentan sobre su enfermedad al Reumatólogo, el 41% a la enfermera de la consulta de Controles Analíticos y el 14% restante al Médico de Atención Primaria. Los motivos expuestos son que los profesionales que les atienden en el Centro Hospitalario tienen mayor conocimiento de las patologías que les afectan y menos masificación en las consultas, frente a la proximidad geográfica que es el motivo que exponen los pacientes que prefieren ser atendidos en su Centro de Salud.

Si no existiera la consulta de Enfermería, los pacientes plantearían sus problemas al Reumatólogo en un 70% y un 30% al Médico de Atención Primaria. El 100% de los pacientes considera necesaria la consulta de Enfermería, y que el personal de Enfermería está suficientemente capacitado para realizar el seguimiento de su enfermedad. El 100% de los pacientes refieren que la información recibida en la consulta de Enfermería sobre su enfermedad, evolución, resultado de la analítica y tratamiento, es clara y concisa, solucionando de forma correcta las dudas que puedan plantear.

Conclusión: La consulta de enfermería de controles analíticos es valorada de forma positiva por la totalidad de los pacientes y consideran que el personal de Enfermería, previa formación específica, está capacitado para llevar el control de su enfermedad, realizar la evaluación de su analítica y supervisar el tratamiento.

226

PD-1 ASOCIADO CON LA SUSCEPTIBILIDAD AL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M. Gantes Mora, I. González Mamely, J.C. Quevedo Abeledo, I. Rúa Figueroa, Y. Barrios, M.B. Rodríguez Lozano, S. Machín García y T. González

Hospital Universitario de Canarias, Hospital Dr. Negrín. Canarias.

El PD - 1 es un inmunoreceptor regulador de la auto-tolerancia periférica en células T y B. Recientemente el haplotipo PD - 1,3 (A/G) se ha encontrado asociado a susceptibilidad para desarrollar LES en población europea.

Objetivos: Estudiar la influencia del polimorfismo PD - 1 en la susceptibilidad al LES y examinar la posible relación del mismo con el daño acumulado de la enfermedad.

Métodos: En 75 pacientes que cumplían criterios ARA para LES, con edad media de inicio de la enfermedad de 34,9 años y seguidos al menos durante 5 años, se determinó el patrón de daño acumulado de la enfermedad con el Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC). En los pacientes y en 75 controles sanos igualados en edad, sexo y etnia, se aisló DNA de leucocitos periféricos para genotipaje del PD - 1,3 (A/G) mediante PCR y posterior corte con la enzima de restricción Pst 1.

Resultados: El polimorfismo PD - 1,3 presentó asociación estadísticamente significativa ($P = 0,006$) con el LES. La frecuencia del alelo A en los pacientes fue del 37,3% ($N = 28$) respecto a los controles sanos con frecuencia del alelo del 13,5% ($N = 13$). No se encontró sin embargo asociación del polimorfismo del PD - 1,3 con la edad de inicio del LES ni con el SLICC que presentara el paciente.

Conclusiones: La asociación del polimorfismo del PD-1 en nuestros pacientes con LES sugiere un papel marcador de susceptibilidad al alelo A, sin efecto sin embargo en el daño acumulado según SLICC.

Patrocinio: Consejería de Educación, Gobierno de Canarias.

227

USO DE LA ESCALERA ANALGÉSICA EN PACIENTES CON LUMBALGIA POR ESPONDILOARTROSIS

P. Ros Sánchez, M. Tévar Sánchez, P. Morales Garrido, C. Rodríguez Páiz, P. Paule Sastre y D. Salvatierra Ríos
Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivo: Determinar qué nivel de la escalera analgésica ocupan los pacientes tratados por dolor lumbar en la espon-

diloartrosis, valorando la efectividad de la terapia, y la necesidad de añadir fármacos coadyuvantes y recurrir a técnicas más invasivas.

Material y métodos: Estudio transversal realizado con 48 pacientes (33 mujeres y 15 varones), con una edad media de 58 años, y con una evolución media de su enfermedad de 6,4 años. Se les interroga sobre el tratamiento que vienen realizando para determinar qué peldaño de la escalera analgésica ocupan (1: Paracetamol; 2: Aines a dosis mínimas; 3: Aines a dosis máximas; 4: Opioides débiles; 5: Opioides fuertes), así como sobre la efectividad del tratamiento y de la necesidad o no de recurrir a otras terapias coadyuvantes para paliar su dolor lumbar.

Resultados: De los 48 pacientes con lumbalgia crónica por espondiloartrosis, 21 recibían tratamiento del primer peldaño de la escalera analgésica (43,8%), 33 lo hacían del segundo peldaño (68,8%) destacando como fármacos más empleados el Diclofenaco (50%), Ibuprofeno (31,25%) y Meloxicam (18,75%) a dosis comprendidas entre 1,2-1,8 gramos, y tan sólo 9 sujetos (18,75%), ocupaban el tercer nivel representado por Aines a dosis máximas de 2,4 gramos. 9 pacientes (18,75%), se situaban en el cuarto peldaño, representado por el Tramadol, y 3 (6,25%) recibían tratamiento del último escalón, donde destacamos el papel de la Morfina y el Fentanilo. De todos ellos refirieron notar mejoría 18 pacientes (37,5%), mientras que los 30 restantes (62,5%) dijeron no sentir alivio alguno o haber empeorado.

Conclusiones: 1) La mayoría de los pacientes con dolor lumbar por espondiloartrosis, están siendo infratratados con fármacos del primer y segundo escalón, resultando conveniente el ascenso en la escalera analgésica de forma progresiva, e incluso la combinación de los dos últimos escalones con fármacos del primer o segundo peldaño. 2) Puede resultar favorable, asociar una terapia adyuvante del tipo de la gabapentina, (fundamentalmente en el dolor irradiado a miembros inferiores), e incluso la derivación a la Unidad del Dolor cuando fracase el último escalón para infiltración de corticoides epidurales o morfina intradural.

228

REFRACTURA EN VERTEBRA TRATADA CON VERTEBROPLASTIA PERCUTÁNEA Y EFICACIA DE NUEVA VERTEBROPLASTIA

V. Torrente Segarra, N. Segalés Plana, M. Coll Batet, M. Ciria Recasens, J. Serra Burgés, J. Blanch Rubió y L. Pérez Edo
Servicio Reumatología. Hospital del Mar y Hospital de la Esperanza, IMAS. Barcelona.

Introducción: La vertebroplastia percutánea (VP) es una técnica poco invasiva cuya finalidad principal es mejorar el dolor de las fracturas vertebrales refractarias a tratamiento conservador. Consiste en la inyección de polimetilmetacrilato guiada por técnica de imagen (TAC) en el cuerpo vertebral patológico. En nuestro conocimiento, después de una revisión bibliográfica, no se ha descrito la refractura de una vértebra tratada con VP.

Objetivo: Es nuestro propósito comunicar un caso de refractura de vértebra "vertebroplastiada" en la que se practica nueva VP y que presenta una buena respuesta la retratamiento. *Caso clínico:* Mujer de 72 años con antecedentes patológicos de histerectomía y anexectomía bilateral a los 46 años por metrorragias y osteoporosis senil (DMO lumbar puntuación T - 3,69 DE). En octubre del 2002, tras presentar

fractura vertebral refractaria a tratamiento conservador, se realiza VP de D12 con buena evolución (EVA inicial 10/10, EVA post-VP 2/10). Seis meses después, la paciente presenta nuevo episodio de dolor dorso-lumbar. Se practica RMN donde se observa refractura de la vértebra (D12) previamente tratada. Se practica nueva VP con buena respuesta al dolor a las 24 horas (EVA dolor inicial 8/10; EVA dolor post-vertebroplastia 2/10).

Conclusiones: La refractura de una vértebra tratada con VP puede ser una complicación de la misma. Su retratamiento con una nueva VP parece ser efectivo en la reducción del dolor y en la mejoría de la capacidad funcional.

229

EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON ALPROSTADILO ENDOVENOSO DEL FENÓMENO DE RAYNAUD GRAVE EN EL HOSPITAL DE DÍA DE REUMATOLOGÍA

E. Beltrán Catalán, C. Pérez García, I. Padró Blanch, M. Almirall Bernabé, J. García Miguel, J. Blanch Rubió y A. Pros Simón

Servicio Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivo: Describir las características clínicas y analíticas de los pacientes afectados de fenómeno de Raynaud, tratados con alprostadilo endovenoso, en régimen de hospital de día de reumatología y evaluar la eficacia y seguridad del fármaco.

Material y métodos: De una serie hospitalaria de 62 pacientes diagnosticados por criterios de la ARA de esclerosis sistémica (ES) y 20 de un síndrome de superposición (ES + colagenopatía definida), se incluyeron 9 mujeres (media de edad 49 ± 16) afectas de un fenómeno de Raynaud grave, indicándose alprostadilo por fracaso del tratamiento convencional con antagonistas de los canales del calcio. Se incluyó también una paciente afecta de dermatopolimiositis (DPM). Pauta de tratamiento recibido: alprostadilo endovenoso a dosis de 40 mg en infusión durante 2 horas, 5 días consecutivos. Se definió como fenómeno de Raynaud grave la presencia de isquemia digital sintomática persistente, con o sin presencia de úlceras digitales y signos de gangrena. Se recogen las siguientes variables: tipo de colagenopatía tiempo de evolución de la enfermedad y del fenómeno de Raynaud, características del fenómeno de Raynaud (dolor: intenso, moderado, leve, presencia de lesiones isquémicas tróficas, úlceras, gangrena o sobreinfección), ciclos de tratamiento.

Resultados: El tiempo medio de evolución de la colagenopatía fue de $3,8 \pm 2,5$ años y del fenómeno de Raynaud $4,5 \pm 2,2$ años. Todas las pacientes seguían tratamiento con antagonistas del calcio (dosis media nifedipina de $25,5 \pm 5,2$); 5 pacientes estaban afectas de esclerosis sistémica difusa, 4 esclerosis sistémica limitada, 1 ES-DPM y una DPM. Todas las pacientes presentaban dolor intenso y lesiones isquémicas: ulceradas en 8 pacientes y en 2 de características tróficas. Dos pacientes presentaban úlceras sobreinfectadas. Se realizó en todas las pacientes 1 ciclo de tratamiento con alprostadilo endovenoso. Las úlceras sobreinfectadas fueron tratadas con antibióticos sistémicos y tópicos. No se ha documentado ningún efecto adverso durante el tratamiento, objetivándose una mejoría en las variables medidas en todos los pacientes. El dolor persistió con intensidad leve en 5 pacientes, resolviéndose las úlceras en todas ellas. Se indicó un segundo ciclo en dos

pacientes por recurrencia de la clínica previa a los 2 años y a los 5 meses de la primera infusión, presentando resolución de la sintomatología.

Conclusiones: 1) Todos los pacientes tratados con alprostadilo estaban afectados de un fenómeno de Raynaud grave. 2) Todos los pacientes respondieron favorablemente al tratamiento, resolviéndose las úlceras y mejorando la intensidad del dolor. 3) Únicamente en 2 pacientes se indicó un segundo ciclo de tratamiento. 4) Consideramos el tratamiento con alprostadilo una alternativa terapéutica segura y eficaz para el manejo del fenómeno de Raynaud grave.

230

ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA (EPID) ASOCIADA A ESCLEROSIS SISTÉMICA DIFUSA (ESD). CARACTERIZACIÓN RADIOLÓGICA EN 6 PACIENTES

A. Pros Simón*, E. Balcells Vilarnau**, A. Gayete Clara**, E. Beltrán Catalán*, J. García Miguel*, J. Maymó Guarch* y J. Blanch Rubió*

Servicio Reumatología, **Servicio Neumología, *Instituto de Diagnóstico por la Imagen. Hospital del Mar. Barcelona.*

Introducción: La afectación pulmonar es una causa importante de morbimortalidad en la ESD; la más frecuente es la EPID, que se ha detectado hasta en un 80% de los pacientes en estudios necrópsicos. Las EPID asociadas a ESD son la neumonía intersticial usual (NIU) y la neumonía intersticial no específica (NINE); en esta última entidad se ha descrito un mejor pronóstico. La Tomografía Computarizada de alta resolución (TCAR) es más sensible que la radiografía de tórax en la detección precoz de anomalías parenquimatosas, y permite definir patrones radiológicos que pueden orientar hacia los diferentes tipos histológicos de EPID (NINE/NIU).

Objetivo: Descripción de las características clínicas, funcionales respiratorias y radiológicas de la EPID asociada a ESD o a síndrome de superposición (ESD-Dermatopolimiositis), a partir de una serie de 17 pacientes con ESD y 3 pacientes con ESD-Dermatopolimiositis.

Pacientes y métodos: Se estudiaron 6 pacientes de forma retrospectiva (5 mujeres y 1 varón, edad media 51 ± 19 años) diagnosticados de EPID asociada a ESD (3 pacientes) y a ESD-dermatopolimiositis (3 pacientes) mediante una TCAR compatible con EPID. La valoración de los síntomas se realizó a partir de la historia clínica. En todos los pacientes disponíamos de estudio funcional respiratorio que incluía espirometría forzada, volúmenes pulmonares y capacidad de transferencia del monóxido de carbono (DLCO).

Resultados: El tiempo medio de evolución de la colagenopatía hasta el diagnóstico de la EPID fue de 8 años. En el momento del diagnóstico, 6 pacientes presentaban disnea y 4 tos no productiva. Las pruebas funcionales respiratorias (PFR) mostraron: FVC% 66 ± 5 , FEV1% 65 ± 12 , FEV1/FVC% 74 ± 4 , TLC% 71 ± 5 , DLCO% 59 ± 6 . Desde el punto de vista radiológico, en el TCAR de 2 pacientes se detectaron engrosamientos septales con panalización de distribución periférica y basal sin vidrio esmerilado (sugestivo de NIU), y en 3 pacientes los engrosamientos septales se asociaban a áreas extensas de vidrio esmerilado sin predominio periférico (sugestivo de NINE); en una pacien-

te las alteraciones radiológicas fueron inespecíficas y se solaparon características de ambas entidades. En una paciente con patrón radiológico sugestivo de NINE, tratada con ciclofosfamida, que se retiró al presentar cistitis hemorrágica, y posteriormente con micofenolato y tacrólimus, se constató mejoría clínica, funcional y radiológica con práctica desaparición de las áreas de vidrio esmerilado en el TCAR.

Conclusiones: 1) Todos los pacientes con EPID presentaron alteración de las PFR en forma de trastorno ventilatorio restrictivo (disminución de la TLC) y disminución de la DLCO. 2) En 3 pacientes se detectó un patrón radiológico sugestivo de NINE, que es la neumonía intersticial más frecuente en esta conectivopatía; en una paciente con este patrón, tratada con inmunosupresores, se constató mejoría clínica, funcional y radiológica.

231

CALIDAD DE VIDA EN OSTEOPOROSIS POSMENOPAÚSICA. ESTUDIO PRELIMINAR

D. Mendoza Mendoza, R. Ariza Ariza, M.J. Montoya García y F. Navarro Sarabia
Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es de gran importancia tanto para valorar el impacto de una enfermedad como medida de desenlace en enfermedades crónicas. La osteoporosis (OP) es una enfermedad prevalente que en el caso de asociarse a fracturas ocasiona gran discapacidad.

Objetivos: Evaluar la CVRS en un grupo de pacientes con OP posmenopáusica comparándola con los valores de referencia publicados para su edad. Evaluar el impacto de las fracturas vertebrales prevalentes en la CVRS.

Material y métodos: Se seleccionaron 40 pacientes con OP posmenopáusica definida como T score $< -2,5$ DE en densitometría ósea de columna lumbar y cuello femoral (densitómetro Hologic QDR-1000). Presentaban fracturas vertebrales 18 pacientes y 22 no presentaban fracturas medidas por RX centrada en D4-L4. La CVRS se evaluó mediante el SF-36, como cuestionario genérico y el OPTQoL como cuestionario específico para OP. Se excluyeron pacientes con patología inflamatoria del aparato locomotor.

Resultados: La edad media fue de 67,5 (42-81) años aunque las pacientes con fracturas tenían edad superior, 70,32 años frente a 64,06 ($p < 0,05$). Mayoritariamente tenían nivel de estudios básicos (86%) y realizaban una actividad física leve o sedentaria (75%). La CVRS en el grupo de 40 pacientes, medida con SF-36, comparada con los de su grupo de referencia de la población española, se vio afectada en el área física, dominios de función física, rol físico y dolor ($p = 0,0001$). Entre los dos subgrupos, con y sin fracturas, se obtuvo resultado similar al del grupo total, comparado con la población de referencia ($p = 0,0001$) y se obtuvieron peores índices en el subgrupo con fracturas vertebrales en los dominios del área física tanto en el SF-36 como en el OPTQoL aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Conclusiones: Las mujeres con OP tienen peor calidad de vida comparadas con la población de referencia independientemente de que tengan fracturas o no. El hecho de tener fracturas no empeora significativamente la CVRS.

232

SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

E. Pérez Pampín, A. Mera Varela y J.J. Gómez Reino
Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. A Coruña.

Introducción: Los estudios de supervivencia a largo plazo en pacientes con artritis reumatoide (AR), son escasos y no están disponibles en nuestro entorno.

Objetivos: Conocer la supervivencia de los pacientes con AR diagnosticados en un servicio de Reumatología de un hospital de referencia y las causas de mortalidad.

Métodos: Estudio de supervivencia de los 1032 pacientes diagnosticados desde 1986 y seguidos hasta diciembre de 2003 en el área sanitaria de un Servicio de Reumatología de un Hospital Clínico Universitario. Las historias clínicas de todos los pacientes se revisaron para conocer la fecha de diagnóstico, última revisión y, en su caso, la fecha y causa del éxito. La supervivencia se estudió utilizando el método de Kaplan-Meier.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 57 ± 14 años (rango 18-87), de los cuales el 71% eran mujeres y el 28% eran varones. El tiempo medio de seguimiento fue de $6,02 \pm 5,05$ años. La supervivencia fue del 99% en el primer año, 94% a los cinco, 86% a los diez y 72% a los quince. Fallecieron 95 pacientes, con una edad media de 67 \pm 10 años (rango 32-83); la mortalidad en los varones fue el doble que en las mujeres. Las curvas de supervivencia de las mujeres y los varones fueron significativamente diferentes ($p = 0,0002$; log rank). Las causas de fallecimiento en 51 pacientes fueron: de origen infeccioso 21, de origen cardiovascular 11 y de origen neoplásico en 10.

Conclusión: La mortalidad en la AR en España es similar a la descrita en otros países. Las infecciones se han mantenido durante todo el período del estudio, como la causa más frecuente de muerte.

233

ETANERCEPT: UTILIDAD EN PACIENTES REFRACTARIOS O CON EFECTOS ADVERSOS A OTRAS TERAPIAS BIOLÓGICAS

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

Objetivo: Describir los resultados observados en pacientes tratados con etanercept por enfermedad inflamatoria articular [artritis reumatoide (AR), a. psoriásica (APs) y artritis crónica juvenil (ACJ)], que previamente han sido tratados con otras terapias biológicas sin respuesta satisfactoria a las mismas o con efectos adversos.

Material y método: De un total de 30 pacientes que en la actualidad siguen tratamiento con etanercept (25 mg/2 veces por semana) por enfermedad inflamatoria articular, hemos seleccionado aquellos que habían sido tratados previamente con otras terapias biológicas, fundamentalmente Infliximab y Adalimumab; siendo el motivo de la suspensión de éstas la respuesta insatisfactoria o bien la aparición de un efecto adverso. Consideramos respuesta insatisfactoria un DAS 28 $> 3,2$ en el 3º mes de tratamiento. Evaluamos de forma periódica (basal, 1º y 3º mes) los siguientes parámetros: número articulaciones

dolorosas (NAD), número articulaciones tumefactas (NAT), VSG, PCR, DAS-28, así como la aparición de efectos adversos.

Resultados: Actualmente 30 pacientes se encuentran en tratamiento con etanercept (15 APs, 14 AR y 1 ACJ). 12 de ellos recibieron tratamiento previamente con otros biológicos (9 Infliximab, 3 Adalimumab), todos ellos diagnosticados de AR. 4 pacientes fueron retirados por respuesta insatisfactoria (3 a Infliximab y 1 a Adalimumab) y 6 por efecto adverso (1 parestesias faciales, 1 alteración tiroidea, 2 infección, 3 reacción anafiláctica). En los pacientes con respuesta insatisfactoria a otros biológicos, hemos observado mejoría media en el DAS 28, tras tres meses, de tratamiento ha sido de un 16%, aunque ninguno de ellos ha alcanzado un DAS 28 < 3,2. No hemos observado de momento efectos adversos, tampoco en aquellos que los presentaron con anterioridad y en los cuales éste fue el motivo de suspensión de la terapia biológica.

Conclusiones: Etanercept se presenta como una opción terapéutica en aquellos pacientes que han presentado efectos adversos o ineficacia con otros tratamientos biológicos.

234

PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS Y UTILIDAD DE LA DEXA DE FALANGE (ACCUDEXA) COMO MÉTODO DE SCREENING EN VARONES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

E. Casado Burgos, E. Naval, M. Larrosa, M. Gallego, J. Gratacòs y A. Gómez

Institut Universitari Parc Taulí (UAB). Sabadell. Barcelona.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de osteoporosis en pacientes varones con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Evaluar si la absorciometría dual de rayos X de falange (AccuDEXA) es un método de cribaje útil para identificar la presencia de osteoporosis en estos pacientes. Analizar los posibles factores asociados a la presencia de osteoporosis en estos pacientes.

Pacientes y métodos: Estudio transversal. Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes varones con EPOC atendidos en la consulta de neumología de nuestro hospital entre Junio-Diciembre 2003. El diagnóstico de osteoporosis se estableció por DEXA de columna lumbar (CL) y fémur total (FT) según los criterios de la OMS. Se realizó AccuDEXA (densidad mineral ósea en falange media de mano no dominante) en todos los pacientes. Se analizó la exactitud diagnóstica y el mejor punto de corte para el cribaje de osteoporosis con esta técnica a través de la curva ROC. La gravedad de la EPOC se clasificó a partir del FEV1 (leve >50%; moderado 35-50%; grave <35%). Se investigó sobre la toma de glucocorticoides en el último año en todos los pacientes.

Resultados: Se estudiaron 150 pacientes varones con EPOC. Edad media 67 ± 8 años. 96 pacientes (64%) habían recibido corticoides en el último año. La EPOC era leve en el 20% de los pacientes, moderada en el 34% y grave en el 46%. La DMO por DEXA fue de $1,071 \pm 0,206$ g/cm² en CL (T score $-1,39 \pm 1,72$) y $0,904 \pm 0,160$ g/cm² en FT (T-score $-1,43 \pm 1,23$). La DMO media (g/cm²) según AccuDEXA fue de $0,523 \pm 0,109$ (T score $-1,09 \pm 1,68$). Las mediciones de CL y FT presentaron una buena correlación con AccuDEXA (r: 0,561 y r: 0,597 respectivamente, $p < 0,000$). Usando los criterios de la OMS la prevalencia de osteoporosis por DEXA fue del 34% (95 CI: 27-42%) y por AccuDEXA del 21% (95 CI: 15-29%). La sensibilidad de AccuDEXA para osteoporosis

fue 52% y la especificidad 85%, valor predictivo negativo (VPN) 77%. Mediante la curva ROC el mejor punto de corte para AccuDEXA en nuestro estudio fue T-score-0,8 (sensibilidad 85%, especificidad 63%, VPN del 89%). El área bajo la curva fue de 0,74. Usando una T-score-0,8 como screening de osteoporosis se hubieran evitado 55 (44%) DEXA de CL y FT. Sólo la toma glucocorticoides se asoció en el análisis multivariante significativamente con la presencia de osteoporosis en estos pacientes ($p = 0,0004$).

Conclusiones: La prevalencia de osteoporosis en pacientes varones con EPOC es alta (34%). La densitometría de falange (AccuDEXA) es una técnica útil de screening de osteoporosis en estos pacientes, utilizando una T-score-0,8. La osteoporosis de estos pacientes se asocia con la toma de glucocorticoides.

235

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL TRASPLANTE AUTÓLOGO DE CONDROCITOS COMO TRATAMIENTO DE LAS LESIONES OSTEOCONDRALES

J.C. Fernández, M. Ramallal, E. Rendal, E. Maneiro, J.R. Barrueco, C. Ramírez, F. Galdo y F.J. Blanco García
Servicio Reumatología. Servicio Traumatología. Área de Terapia Celular. Servicio Rehabilitación. Banco de Sangre. C.H.U. Juan Canalejo. A Coruña.

Introducción: La osteocondritis disecante de rodilla presenta un pronóstico desfavorable con tratamientos poco eficaces, precisando un alto porcentaje de pacientes con el tiempo recambio protésico. En los últimos años se ha comenzado a utilizar el trasplante de condrocitos para reparar lesiones del cartilago articular.

Objetivos: Describir la evolución de los pacientes tratados mediante trasplante autólogo de condrocitos en nuestro Hospital.

Material y método: Revisamos las historias de los pacientes con osteocondritis sometidos a trasplante de condrocitos durante los años 2002 y 2003 en nuestro Hospital. La información sobre la valoración clínica se obtuvo del análisis del cuestionario Cincinnati, previo a la intervención, a los seis meses, al año y a los dos años. Para valorar la reparación anatómica de la lesión se analizó las RNM al año y dos años, así como las posibles artroscopias que se le habían practicado.

Resultados: Ocho pacientes (6H/2M), diagnosticados de osteocondritis de rodilla, con mala evolución clínica y sintomáticos, entraron en el programa de trasplante autólogo de condrocitos. La edad media fue de 29 años (rango 23-38). El tiempo medio transcurrido desde la lesión osteocondral hasta el implante de condrocitos fue de 6 años (rango 2-14). El 50% de los pacientes habían recibido tratamiento quirúrgico previo, que consistió en perforaciones múltiples en dos pacientes y desbridamientos en dos pacientes, a uno de los cuales se le había realizado una abrasión. Seis pacientes presentaban la lesión en la rodilla derecha y dos en la rodilla izquierda. Seis en el condilo femoral interno uno en la tróclea y uno en el condilo femoral externo. El diámetro medio de la lesión fue de 5 cm. Desde el punto de vista clínico valorado por el test de Cincinnati, los pacientes partían de una valoración de la condición conjunta de la rodilla de 3,62 (limitaciones significativas que afectan a las actividades de la vida diaria) obteniendo al año un valor de 7,16 (algunas limitaciones para los deportes pero puede participar), valor

que conservan a los dos años. En la valoración de la vida diaria, partiendo de una situación de gran dificultad para andar 3 ó 4 manzanas, subir 11-30 escaleras y agacharse 6-10 veces, encontramos al año que los pacientes han mejorado y son capaces de realizar estas actividades con sólo algunas limitaciones, capacidad que conservan a los dos años. Analizando los datos correspondientes a la actividad deportiva, como correr, saltar o hacer torsiones, partiendo de "ser incapaz de hacerlo", al año responden que lo realizan con algunas limitaciones, manteniendo esta respuesta a los dos años. Al año de la intervención, a uno de los pacientes se le sometió a una artroscopia por meniscopatía, observando la reparación macroscópica de la lesión que presentaba.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el auto-trasplante de condrocitos es un tratamiento que mejora la situación clínica de los pacientes con osteocondritis.

236

PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS MEDIANTE DEXA DE FALANGE (ACCUDEXA)

E. Casado Burgos, L. Ribera, M. Larrosa, J. Almirall, J. Gratacòs y A. Gómez

Institut Universitari Parc Taulí (UAB). Sabadell. Barcelona.

Objetivos: Analizar la prevalencia de osteoporosis en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en programa de hemodiálisis. Investigar los factores asociados a la presencia de osteoporosis u osteopenia en este grupo de pacientes.

Pacientes y métodos: Estudio transversal. Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes con IRC terminal tratados en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital de Sabadell. Se determinó el valor de densidad mineral ósea (DMO) mediante absorciometría dual de rayos X (AccuDEXA). Se analizaron diferentes variables clínicas (edad, sexo, tiempo de hemodiálisis, etiología de la nefropatía, tratamiento con quelantes cálcicos o vitamina D) y analíticas (calcio, fósforo, F. Alcalina, PTH, albúmina, aluminio).

Resultados: Se estudiaron 127 pacientes en hemodiálisis. 77 varones, 50 mujeres. Edad media $65,8 \pm 14,6$ años. El tiempo medio de diálisis fue de $45,9 \pm 39,3$ meses. 20/127 pacientes habían recibido glucocorticoides sistémicos a dosis medias-altas ($> = 1/2$ mg/kg prednisona o equivalente durante al menos 3 meses) en los últimos 5 años. La DMO media (g/cm²) por AccuDEXA fue de $0,45 \pm 0,24$ (T-score $-1,4 \pm 1,57$). 32/127 pacientes (25,2%) presentaban osteoporosis utilizando los criterios de la OMS (T-score $\leq -2,5$) y 40/127 pacientes (31,5%) presentaban osteopenia. Utilizando una T-score $< -1,65$ como definición de osteoporosis (Fiter 2001) la prevalencia de osteoporosis resultó ser de un 42% (53 pacientes). Las variables relacionadas con la presencia de osteoporosis, con independencia del criterio diagnóstico utilizado, fueron: edad (72 ± 10 vs. 60 ± 16 años; $p = 0,001$), tiempo de hemodiálisis (68 ± 54 vs. 36 ± 26 meses; $p < 0,001$) y cifras de PTH (244 ± 167 vs. 173 ± 118 pg/ml; $p = 0,02$).

Conclusiones: La prevalencia de osteoporosis en los pacientes con IRC en hemodiálisis es del 25% (criterios OMS). Utilizando un punto de corte inferior (T-score $< -1,65$, Fiter 2001) la prevalencia es del 42%. La presencia de osteoporosis en estos pacientes se asocia con la edad, el tiempo de diálisis y el grado de hiperparatiroidismo secundario.

237

MANEJO DE PACIENTES CON TÚNEL DEL CARPO ATENDIDOS EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

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

Objetivo: Analizar las características de los pacientes diagnosticados de Túnel del Carpo (TC) atendidos en una consulta de Reumatología.

Material y métodos: Se revisaron las historias clínicas de 139 pacientes diagnosticados de TC desde Septiembre del 2002 hasta Diciembre del 2003. Se recogieron datos demográficos, clínicos, enfermedades concomitantes, electromiograma (EMG), tratamiento, tipo de trabajo, especificando si realizaban movimientos repetidos de miembros superiores (MMSS) y datos de discapacidad laboral (IT). Para el análisis estadístico se emplearon test no paramétricos.

Resultados: De los 139 pacientes 138 (99%) eran mujeres con una edad media de 48 años ($x \pm 8$ DE). En cuanto a las enfermedades concomitantes 73 (57,03%) presentaban cerviccoartrosis, 26 (20,3%) hipotiroidismo, 8 (6,3%) fibromialgia, 5 (3,94%) tendinitis de Quervain, 4 (3,15%) diabetes mellitus, 4 (3,15%) hipertiroidismo y 4 (3,15%) artritis reumatoide. De todos los pacientes 45 (34,88%) eran recidivas. El TC fue bilateral en 102 (79%) y de éstos 6 (4,65%) habían sido operados. El EMG fue normal en 28 pacientes (22, 05%), leve en 54 (42%), moderado en 28 (22,05%) y severo en 17 (13,39%). Se trataron con AINEs 126 pacientes (98,44%), 40 (31%) con infiltraciones y 67 (52,34%) con férulas. Realizaban trabajos que exigían movimientos repetitivos de MMSS 58 (71,6%). Precisarón baja laboral transitoria 8 pacientes (7%). La duración de la clínica tendía a ser similar en los tratados con AINEs o infiltración, aunque no encontró significación estadística. Los pacientes con afectación moderada-severa en el EMG usaban la férula con más frecuencia ($p = 0,000$). Predominaba la afectación electromiográfica leve tanto en el TC unilateral como en el bilateral ($p = 0,012$), y la afectación moderada o severa fue más frecuente en el bilateral ($p = 0,012$).

Conclusiones: En nuestra serie, la mayoría de los pacientes con TC eran mujeres. La afectación electromiográfica leve fue la más frecuente. Las formas moderadas y severas son bilaterales con más frecuencia y en ellas es más habitual el uso de férulas nocturnas. Son pocos los casos derivados a cirugía. El TC es una causa poco frecuente de IT.

238

ESTUDIO OBSERVACIONAL DE DISEÑO NATURALÍSTICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CANDIDATOS A TRATAMIENTO CON CICLOSPORINA A: RESULTADOS DE LA EXTENSIÓN DEL ESTUDIO COLO A 24 MESES

I. Monteagudo, P. Benito, C. Armas, J. Cruz y A. Rodríguez
H. Gregorio Marañón. Madrid, H. del Mar. Barcelona, H. Clínico. Zaragoza, H. de Monteselo. Pontevedra, H. Sant Pau. Barcelona.

Introducción: El estudio COLO es un estudio observacional naturalístico en 224 pacientes afectos de artritis reumatoide (AR) activa tratados con ciclosporina (CsA), cuyo objetivo era evaluar la conducta de prescripción, la seguridad y tolerabilidad del tratamiento con CsA durante un período de 12 meses y cuyos resultados se presentaron en el congreso de la SER de 2003.

Objetivos: Evaluar la seguridad y la tolerabilidad de la CsA, administrada tanto en monoterapia como en combinación con otros fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) en pacientes con AR activa en condiciones asistenciales reales, en un estudio de extensión a 24 meses del estudio COLO.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, abierto de seguimiento, prospectivo de 12 meses de duración tras la realización del estudio COLO (total 24 meses). Se incluyeron en la fase de extensión 115 pacientes que habían presentado una buena respuesta a la CsA, tanto en monoterapia como en tratamiento combinado. La dosis inicial de CsA fue la que realizaban al finalizar el estudio COLO y que podía aumentarse hasta 5 mg/kg/día dependiendo de la eficacia y tolerancia. Se realizaron un total de 3 visitas protocolizadas, además de las pertinentes a lo largo de su evolución. Se evaluaron variables de seguridad (presión arterial, función hepática y renal) y variables de eficacia (número de articulaciones dolorosas (NAD), número de articulaciones inflamadas (NAI), HAQ, VSG, PCR, hemoglobina, EVA dolor).

Resultados: De los 115 pacientes incluidos 95 (82,6%) finalizaron la fase de seguimiento. La tabla muestra los resultados de las variables de eficacia (media \pm DE) en la visita inicial (Vis1), al inicio del seguimiento (Vis5) y en la visita final (Vis7) a los 24 meses. No se hallaron diferencias en los parámetros de eficacia entre la visita 5 y 7, aunque sí diferencias significativas en las variables de eficacia entre la visita inicial (Vis1) y las visitas a los 18 (Vis6) y a los 24 meses de seguimiento (Vis7). No se observaron diferencias significativas en las variables de seguridad durante el período de seguimiento del estudio. De los 20 pacientes que abandonaron prematuramente el estudio, la causa del abandono fue ineficacia en 7, efectos secundarios en 10 y otras 3.

	Visita 1	Visita 5 (12 m)	Visita 7 (24m)
n	115	115	95
NAD (DE)	15,2 (7,0)	7,6 (6,2)	5,6 (5,0) *
NAI (DE)	10,3 (4,9)	3,4 (3,9)	2,3 (2,9) *
VSG (DE)	46,0 (30,4)	35,7 (20,9)	36,0 (22,9) *
PCR (DE)	2,6 (2,9)	1,9 (2,9)	1,4 (2,2) *
EAV (DE)	63,7 (15,1)	30,5 (22,6)	29,2 (21,9) *
DAS 28 3 para VSG (DE)	6,4 (0,9)	4,6 (1,3)	4,2 (1,3) *
DAS 28 3 para PCR (DE)	5,0 (0,8)	3,5 (1,1)	3,5 (1,2) *

(*) $p < 0,05$ Visita 1 *versus* Visita 7

Conclusiones: Existe una mejoría significativa en los parámetros clínico-biológicos de los pacientes con AR de larga evolución resistentes al tratamiento con otros FAME, que finalizaron el seguimiento a dos años. La supervivencia del tratamiento a los 24 meses fue del 42,4%. Entre los 12 y los 24 meses no se evidenció un aumento significativo de los efectos adversos. Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que la Ciclosporina A es eficaz y segura en el tratamiento a largo plazo de la AR de larga evolución resistente a otros FAME, por lo que sería una opción a tener en cuenta antes del inicio de un fármaco biológico.

239

AFECTACIÓN MIOCÁRDICA EN LA ESCLEROSIS SISTÉMICA

M. Román, B. Jóven, R. Almodóvar, F. Arribas y P.E. Carreira
Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Objetivo: Analizar la incidencia, características clínicas y asociaciones de la afectación miocárdica de la esclerosis sistémica (SSc), en ausencia de hipertensión pulmonar.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo transversal, basado en una muestra de pacientes consecutivos, diagnosticado de SSc entre 1980 y 2003 en nuestro servicio, y a los que al menos se les había realizado EKG y ecocardiograma. Definimos la afectación miocárdica como: síntomas clínicos consistentes (palpitaciones, síncope, angor, muerte súbita), alteraciones en EKG/holter (arritmias, bloqueos, isquemia) o en ecocardiografía (disfunción o hipertrofia de VI), en ausencia de HTP moderada-grave (PAP estimada > 40 mmHg). Los datos demográficos y clínicos se obtuvieron retrospectivamente de las historias clínicas. Se realizó estadística descriptiva, y se utilizó Odds ratio con un 95% CI para medir la fuerza de asociación entre variables. Se utilizó curva de Kaplan-Meier para estimar supervivencia.

Resultados: Encontramos 116 pacientes (15 V, 101 M), de 56 ± 16 años en el momento del estudio, 49 ± 17 en el diagnóstico, y 6 ± 7 años de seguimiento. Sesenta y ocho (59%) tenían SSc limitada, 31 (27%) SSc difusa y 17 (15%) síndrome overlap. Treinta y cinco (30%) tenían afectación miocárdica. Clínicamente 9 (8%) referían palpitaciones, 6 (5%) síncope, 8 (7%) angor y 6 (5%) presentaron muerte súbita. En el EKG, 17 (15%) presentaban arritmias auriculares, 9 (8%) arritmias ventriculares, 13 (11%) bloqueos y 7 (6%) signos de isquemia. En el ecocardiograma, 12 pacientes (10%) presentaban disfunción de VI, con o sin hipertrofia. Globalmente, la afectación cardíaca tendía a ser más frecuente en pacientes con insuficiencia renal (IR) e HTA, y no se asociaba con ninguno de los subtipos de SSc. Los síncope se asociaban a HTA (OR = 17,2; 95%CI 2,8-103; $p = 0,006$) e IR (OR = 26,7; 95%CI 3-241; $p = 0,01$), la isquemia a afectación renal (OR = 9,4; 95%CI 1,8-49; $p = 0,02$) y a miositis (OR = 9,6; 95%CI 1,7-23; $p = 0,02$), la arritmia ventricular a miositis (OR = 6,3; 95%CI 1,2-31,5; $p = 0,04$), el bloqueo cardíaco a pericarditis (OR = 6; 95%CI 1,5-24,6; $p = 0,02$), y la disfunción de VI a HTA (OR = 6,1; 95%CI 1,3-29; $p = 0,04$) y miositis (OR = 24; 95%CI 4,6-125; $p < 0,0001$). Los pacientes con disfunción VI recibieron más esteroides (OR = 12,7; 95%CI 1,6-104; $p = 0,004$) y tendían a presentar mayor mortalidad (OR = 3,6; 95%CI 0,9-13,5; $p = 0,06$). Ninguna otra afectación miocárdica aumentaba la mortalidad de los pacientes, ni influía en la supervivencia.

Conclusiones: La afectación cardíaca, en ausencia de HTP, aparece en un tercio de los pacientes con SSc. Los diferentes tipos de afectación miocárdica se asocian a la presencia de HTA e IR, probablemente reflejando patología vascular secundaria, y también a miositis, lo que sugiere afectación intrínseca por la enfermedad.

240

¿REDUCIMOS LA DOSIS DE ESTEROIDES EN LOS PACIENTES TRATADOS CON BIOLÓGICOS? RESULTADOS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

I. Vázquez, J.R. Rodríguez, J.A. Gómez Puerta, J.D. Cañete, E. Graell, J. Muñoz Gómez y R. Sanmartí
Servicio de Reumatología, Hospital Clínic, Barcelona.

Objetivos: Analizar si en la práctica clínica diaria, se produce una reducción significativa de la dosis de esteroides en pacientes tratados con infliximab (INF) y determinar si existen características diferenciales en la población de pacientes en que se produce dicha reducción.

Material y métodos: Se incluyeron todos los pacientes con artritis reumatoide (AR) seguidos en el Hospital de Día, que

habían recibido tratamiento con INF por un período mínimo de 12 meses y estaban en tratamiento con esteroides a dosis bajas en el momento del inicio de la terapia con INF. Las dosis de corticoides se expresaron en su equivalente de prednisona (PDN). La decisión de la disminución de la dosis de PDN se realizó a criterio médico, sin un protocolo preestablecido. Se analizó el porcentaje de pacientes en que se redujo la dosis de PDN a lo largo del seguimiento y se comparó la actividad clínica y biológica al inicio y al final del estudio, así como la tasa de respuesta terapéutica (criterios EULAR) entre el grupo de pacientes que redujeron la dosis de esteroides y los que no.

Resultados: De 38 pacientes en tratamiento con INF de al menos un año, se incluyeron 34 pacientes (31 M/3 H) con una edad media de $54,5 \pm 13$ años y una evolución de la AR de $13 \pm 8,2$ años. El 74% de pacientes recibía FAMEs, principalmente metotrexato. La dosis media de PDN al inicio era de $5,8 \pm 1,9$ mg/día y al cabo de un año se redujo a $4,7 \pm 2$ mg/día ($p < 0,01$). Al final de los 12 meses, un total de 12 pacientes (35,3%) había disminuido la dosis de PDN, con una reducción media de 3,3 mg/día; en tres de ellos se logró su retirada total. En 21/34 (61,8%) pacientes se mantuvo la misma dosis y en 1(2,9%) tuvo que incrementarse. La dosis media de PDN al inicio de INF era superior en el grupo que redujo los esteroides ($6,6 \pm 2,5$ vs. 5 ± 1 , $p = \text{NS}$). Al inicio del tratamiento con INF, no se observaron diferencias entre los parámetros de actividad clínica y biológica entre los pacientes que redujeron la dosis de PDN y los que no, pero si al final del seguimiento, donde el primer grupo mostró una menor actividad clínica y biológica que aquellos en los que no se produjo tal reducción [VSG (mm): $37,2 \pm 27$ vs. $51,7 \pm 32,7$; $p = \text{NS}$, PCR (mg/dl): $2,1 \pm 2,4$ vs. $3,7 \pm 3,6$; $p = \text{NS}$, HAQ $0,6 \pm 0,4$ vs. $1 \pm 0,6$; $p < 0,03$]. Las diferencias en las tasas de respuestas terapéuticas satisfactorias entre ambos grupos (75% vs. 65%), así como la necesidad de modificar la dosis o el intervalo de INF (66% vs. 73%) no fueron estadísticamente significativas.

Conclusiones: Un 89% de pacientes con AR que inicia tratamiento con INF, recibe dosis bajas de esteroides. Un porcentaje significativo de estos pacientes (más de una tercera parte en este estudio) puede disminuir la dosis de esteroides y en escasas ocasiones se consigue la suspensión definitiva. Estas reducciones suelen producirse en pacientes cuyas dosis iniciales eran mayores y reflejan la mejoría de la actividad de la enfermedad.

241

ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE TRATAMIENTO COMBINADO CON INFILIXIMAB Y METOTREXATO EN PACIENTES CON POLIARTRITIS PSORIÁSICA REFRACTARIA A METOTREXATO (ESTUDIO MIPRA)

E. Casado Burgos, J. Gratacòs, J.C. Torre, M. Baré, J. Real y Grupo Estudio MIPRA

Institut Universitari Parc Taulí (UAB). Sabadell. Barcelona.

Objetivo: Establecer la eficacia del tratamiento combinado con Infliximab y MTX en pacientes con artritis psoriásica refractaria al tratamiento con MTX y analizar la seguridad a corto plazo de esta asociación.

Métodos: Estudio multicéntrico (34 hospitales de España), en el que se han incluido 65 pacientes con poliartritis psoriásica refractaria al tratamiento con MTX (15 mg/semana

durante al menos 8 semanas). Edad $42,9 \pm 13,1$ años; 40 mujeres, 25 varones. En el momento de la inclusión el recuento articular era NAD $21,1 \pm 12,5$; NAT $13,3 \pm 10,5$; VSG $39,8 \pm 26,7$; PCR $23 \pm 18,8$ mg/l, HAQ $1,6 \pm 0,6$. 60% pacientes presentaban afectación de grandes articulaciones (caderas y/o rodillas) y en el 75% de los pacientes la artropatía era erosiva. El tratamiento consistió en la combinación de MTX (15 mg/semana) e Infliximab (5 mg/kg) en las semanas 0, 2, 6, 14, 22 y 30. El tratamiento con otros FAME distintos al MTX debía suspenderse al menos 4 semanas antes de la inclusión y la dosis glucocorticoides mantenerse estable a lo largo del estudio (≤ 10 mg de prednisona).

Resultados: 50 pacientes han completado el período de inducción (semana 14) y 45 pacientes han llegado a la visita final (semana 38). Tras la fase de inducción (semana 14) 45/50 pacientes (90%) alcanzaron un ACR 20, un 53% ACR 50 y un 29% ACR 70 (NAD $5,1 \pm 6,6$; NAT $2,3 \pm 2,8$; VSG $17,3 \pm 14,1$; PCR $6,5 \pm 13,9$ mg/l; HAQ $0,7 \pm 0,6$). En la visita final (semana 38) 40/45 pacientes (89%) mantuvieron una respuesta ACR 20, un 64% ACR 50 y un 30% un ACR 70 (NAD $5,9 \pm 7,9$; NAT $1,6 \pm 3,1$; VSG $20,9 \pm 18,3$; PCR $6,4 \pm 9,1$ mg/l; HAQ $0,8 \pm 0,7$). Se observó una respuesta en grandes articulaciones en un 42% de los pacientes. Se ha documentado un acontecimiento adverso grave (macroglobulinemia de Waldenstrom) y en 10 pacientes una elevación de transaminasas, que se normalizó en todos los casos al disminuir la dosis de MTX.

Conclusiones: El tratamiento con infliximab más MTX es eficaz en el tratamiento de los pacientes con artritis psoriásica, mostrándose seguro y bien tolerado a corto plazo.

Agradecimientos: Shering-Plough, S.A.

242

DISTINTOS DONADORES DE ÓXIDO NÍTRICO AFECTAN DE FORMA DIFERENTE A LA VIABILIDAD DE CONDROCITOS NORMALES EN CULTIVO

B. Cillero Pastor, M.J. López Armada, B. Caramés, M. Lires Deán, C. Ruiz Romero, I. Fuentes Boquete, B. Lema, S. Novo Taboada, J.A. Pinto, F. Galdo y F.J. Blanco García
Unidad de Investigación. Sección de Reumatología. C.H.U. Juan Canalejo. A Coruña.

Antecedentes: En el último año ha surgido una gran controversia sobre el posible papel protector que el óxido nítrico (NO) puede desempeñar en la apoptosis del condrocito. Esta controversia se ha iniciado con el empleo de las nuevas moléculas, de última generación, donadoras de NO, como son los NOCS (díazenumdiolates). En este sentido, algunos autores han descrito que estas moléculas pueden prevenir la muerte celular causada por el estrés oxidativo.

Objetivos: En este trabajo, hemos comparado los efectos del nuevo donador de NO, NOC12, con el donador clásico de NO, SNP (sodium nitroprusside), sobre la viabilidad, expresión de de la familia de Bcl-2 y activación de la familia de las caspasas.

Métodos: Los cartílagos humanos normales fueron obtenidos de autopsias. La viabilidad celular se valoró mediante ensayo de MTT; como control, se empleo estaurosporina (1 μM). La expresión de la familia de Bcl-2 y de las caspasas, mRNA y proteínas, se analizó mediante ensayo de protección y Western-blot, respectivamente. La producción de NO se evaluó por el método de Greiss.

Resultados: En primer lugar, evaluamos los niveles de NO en pacientes con artropatías inflamatorias. Los niveles de NO encontrados en el líquido sinovial fueron 829 ± 232 mM. En segundo lugar, comparamos la producción total de NO producida por el donador clásico de NO, el SNP, y el nuevo donador de NO NOC12. Los resultados indicaron que después de 24 horas de incubación, concentraciones menores de NOC12 que de SNP producen cantidades similares de NO (NOC12 (0,1 mM): 759 ± 121 μ M vs. SNP (2 mM): 60 ± 21 μ M, $n = 4$, $p < 0,05$). En tercer lugar, se evaluó la viabilidad encontrándose que NOC12 no redujo de forma significativa la viabilidad a ninguno de los tiempos (24, 48 y 72 h) ni dosis (0,05, 0,1 y 0,5 mM) empleada, a diferencia de SNP que provocó una pérdida de la viabilidad de forma dosis- y tiempo dependiente. Cuando se evaluó la activación de las caspasas no se encontró activación de las mismas y en consecuencia no se observó ruptura de la PARP, a diferencia del SNP que indujo la activación de la caspasa-3 y -7 de una forma tiempo- y dosis-dependiente. Cuando se estudio la producción de Bcl-2 se encontró que dosis pequeñas de NOC12 (0,5 mM) incrementaron su síntesis de forma dosis-tiempo-dependiente, a diferencia de dosis mayores que no la indujeron. El SNP redujo los niveles de Bcl-2. Finalmente, el mRNA de la familia de Bcl-2 y de las caspasas no mostraron ninguna modulación en relación con los niveles basales después de la incubación con NOC12.

Conclusión: Estos resultados pueden indicar que el NO no es citotóxico por si mismo y que incluso concentraciones pequeñas de NOC12 puede proteger a condrocitos en cultivo de la muerte celular a través de la síntesis de Bcl-2. Estos datos pueden ser importantes para entender mejor la participación del NO en la patogénesis de la degradación del cartilago.

243

PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE FIBROMIALGIA

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

Facultad de Educación. Universidad de Zaragoza. Zaragoza.

Objetivo: El objetivo de esta investigación es comparar los valores de percepción subjetiva de la calidad de vida entre pacientes diagnosticados de fibromialgia y sujetos sanos.

Métodos: La muestra esta constituida por un total de 86 mujeres, de las cuales 15 pertenecen a población española estándar y 71 son pacientes diagnosticadas de fibromialgia, según los criterios de la ACR (Wolfe, 1990). Todos los sujetos objeto de estudio se sometieron mediante entrevista a la cumplimentación del cuestionario SF-36 (Alonso y cols. 1998), instrumento psicométrico empleado para la evaluación de la calidad de vida.

Resultados:

Resultado de las funciones del cuestionario SF-36

	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
X grupo FM	35,28	9,78	24,15	30,8	20,80	50,70	49,52	49,71
SD grupo FM	20,39	24,71	19,35	15,79	17,83	27,78	46,01	22,50
X grupo control sano	84,61	84,61	76,3	71,76	68,46	87,5	76,92	73,53
SD grupo control sano	20,25	28,02	22,67	19,83	20,34	19,76	39,40	23,69

Conclusión: En todas las funciones, los sujetos diagnosticados de fibromialgia, obtienen valores significativamente menores al grupo control, e incluso también inferiores a los resultados encontrados en revisiones bibliográficas de población estándar general (Proyecto IQOLA, 2002, Zúñiga & cols., 1995) y de pacientes con distintas patologías, hipertensión arterial, artrosis, EPOC (Proyecto IQOLA, 2002), asma (Espinosa & cols., 2002). Concretamente, es reseñable la limitación existente en la capacidad funcional (rol físico, función física) de los sujetos fibromiálgicos. A pesar de la controversia respecto a la fibromialgia (concepto, etiología, diagnóstico y tratamiento), es evidente la existencia de un problema real que conlleva muy baja calidad de vida, que consecuentemente eleva el gasto sanitario, masifica consultas y causa gran número de bajas laborales. Este hecho implica la necesidad de una mayor dedicación al estudio de la etiología, diagnóstico y tratamiento de dicha enfermedad.

Bibliografía

Alonso J. & cols. Med Clin, 1998. Espinosa & cols. Arch Bronconeumol, 2002. Proyecto IQOLA, 2002. Wolfe F. Arthritis Rheum, 1990. Zúñiga & cols. Salud Pública Mex, 1999.

244

ESTUDIO DE VITAMINA D EN ANCIANOS EN LA C.A. DE LA RIOJA

S. Benito Urbina y E. Huarte Loza

Sección Reumatología y Nefrología. Hospital S Millán-S Pedro. Logroño.

Objetivos: El consumo dietético bajo de calcio y vitamina D y una exposición solar inadecuada, condicionan en parte la elevada prevalencia de osteoporosis senil. Los niveles de vitamina D disminuyen con la edad. Las personas de edad avanzada suelen sumar ambos factores: baja ingesta oral y baja exposición solar.

Métodos: Hemos realizado un estudio de una población de edad avanzada, durante la época invernal (15 de noviembre al 15 de enero). Todos los estudiados realizaban actividad normal para su edad. Ninguno estaba ingresado en instituciones geriátricas, habitando todos en su domicilio habitual. Nadie de los estudiados había estado encamado previamente. Todos tenían deambulacion normal y exposición solar diaria con la ropa habitual de invierno; con extremidades cubiertas por la ropa. No tenían enfermedad hepática, digestiva, renal, endocrinológica. No tomaban fármacos o suplementos orales de calcio y vitamina D que pudieran interferir en los resultados. Se realizaron determinaciones de niveles séricos de 25 hidroxicoalciferol (25 OH vitamina D), 1,25 dihidroxicoalciferol (1,25 [OH] 2 vitamina D), fosfatasa alcalina (FA), parathormona intacta (PTH), calcio total (Ca), fósforo (P), magnesio (Mg), ácido úrico, TSH y T4 libre. El estudio se realizó en un grupo de 96 ancianos sanos, con edades comprendidas entre 65-75 años (24 varones y 24 mujeres) y otro grupo de mayores de 75 años (24 varones y 24 mujeres). Todos residentes en la ciudad de Logroño. Se valoró la capacidad funcional, exposición solar, hábitos, dieta, peso y talla.

Resultados: Nuestro estudio detecta un importante descenso en los niveles séricos de 25 hidroxicoalciferol (25 OH vitamina D), en ambos grupos de población de edad avanzada.

Conclusión: Los varones y mujeres a partir de 65 años, en nuestro medio, tienen un elevado descenso de niveles de 25 OH vitamina D, a pesar de que la población estudiada hace vida normal.

245

ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LA EVOLUCIÓN DE 347 PACIENTES CON OSTEOPENIA EN UNA CONSULTA DE ASISTENCIA PRIMARIA

D. Roig Vilaseca
CAE Cornellà (SAP Baix Llobregat Centre). Barcelona.

Introducción: Es habitual tratar los pacientes diagnosticados de "osteoporosis" según los criterios de la OMS, y no tratar los pacientes "normales". Sin embargo, no hay una práctica unificada respecto al tratamiento de los pacientes con "osteopenia".

Objetivo: Conocer la evolución de la densidad mineral ósea (DMO) y de nuevas fracturas en pacientes diagnosticados de osteopenia, en una consulta especializada de asistencia primaria.

Material y métodos: De una base de datos con 1584 pacientes de los que se dispone de densitometría ósea se ha estudiado la evolución de la densidad mineral ósea en 347 pacientes (43 hombres) diagnosticados de osteopenia según los criterios de la OMS y con al menos 2 densitometrías. Para el diagnóstico se consideró la peor clasificación correspondiente a columna lumbar (CL) y cuello de fémur (CF) mediante DEXA. Se excluyeron los pacientes que presentaban osteoporosis ($T < -2,5$) en CL o CF, y los que tenían una DMO normal ($T > -1$). Se consideraron 3 grados de osteopenia: leve (T entre -1 y $-1,5$), moderada (T entre $-1,5$ y -2) e importante (T entre -2 y $-2,5$). 198 pacientes habían recibido tratamiento antirresortivo, sin ningún criterio preestablecido.

Resultados: La edad media fue de $58,8 \pm 9,9$ años. El tiempo medio de seguimiento fue de $3,2 \pm 1,9$ años. 61 pacientes tenían osteopenia leve, 121 moderada y 100 importante. La indicación de tratamiento fue más probable cuanto peor el valor de la densitometría (26,2%, 48,8% y 75,0% para cada una de las categorías, respectivamente). El índice T pasó de $-1,69 \pm 0,73$ a $-1,63 \pm 0,86$ en CL ($P = 0,022$), y de $-1,47 \pm 0,62$ a $-1,41 \pm 0,68$ en CF ($P = 0,132$). El índice T aumentó en los pacientes tratados ($0,23 \pm 0,60$ en CL y $0,16 \pm 0,46$ en CF), y disminuyó en los no tratados ($0,13 \pm 0,51$ en CL y $1,13 \pm 0,41$ en CF). La diferencia en los cambios entre los pacientes tratados y no tratados fue significativa en ambas localizaciones. 107 pacientes empeoraron de categoría, mientras que 103 mejoraron. 14 pacientes normalizaron la DMO, y 48 pasaron al grupo de osteoporosis (2 del grupo leve (3,2% de los pacientes en este grupo), 13 del grupo moderada (10,7%) y 33 del grupo importante (20,0%)). El 22,2% de los pacientes tratados empeoró, por el 43,9% de los no tratados. Entre los pacientes tratados el 19,7% sufrieron una nueva fractura; entre los no tratados la sufrieron el 18,4% (P no significativa).

Conclusión: Los pacientes con osteopenia sin tratamiento tienden a empeorar de forma leve después de un seguimiento medio de 3 años. El tratamiento permite el mantenimiento o el aumento de la DMO en un 78% de pacientes. Debería plantearse la posibilidad de tratamiento de los pacientes con osteopenia importante, y podría obviarse el tratamiento en paciente con osteopenia leve.

246

RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON RISEDRONATO DURANTE DOS AÑOS EN MUJERES CON OSTEOPOROSIS POSTMENOPÁUSICA

D. Peiteado López, C. Bohorquez Heras, M. Bernad, M.V. Garcés y E. Martín Mola
Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivo: Evaluar la respuesta al tratamiento con risedronato en pacientes con osteoporosis posmenopáusica.

Pacientes y métodos: Se evaluaron en forma consecutiva, 75 pacientes ($63,8 \pm 6,2$ años) con osteoporosis posmenopáusica (T -score $-2,9$). Se determinó la densidad mineral ósea (DMO) mediante absorciometría dual de rayos X (DXA) en situación basal y a los 12 y 24 meses, además de PTH, calcidiol y D-piridinolina basal y a los 6, 12 y 24 meses. El diagnóstico de fracturas vertebrales se realizó en base a pruebas radiológicas. Las pacientes recibieron tratamiento con risedronato (5mg/día ó 35mg/semana), junto con suplemento de calcio y vitamina D.

Resultados: En situación basal, el 58,7% de las pacientes presentaba una fractura, de éstas el 12% más de una; el 76%, presentaba deficiencia de vitamina D, el 80,3% tenía una baja ingesta de lácteos, el 85% exposición solar baja y el 72,2% no practicaba ejercicio. Seis pacientes (8%) suspendieron el tratamiento a los 12 meses, 3 sin causa justificada y 3 por estreñimiento, hemorragia digestiva alta y aumento de transaminasas. Nueve pacientes (12%) presentaron efectos secundarios, de éstas 6 no suspendieron el tratamiento. Treinta y cinco pacientes aún no han completado 24 meses de tratamiento. Respecto al valor basal, la DMO de columna lumbar mostró un aumento significativo: 2,95%, $p < 0,002$ a los 12 y 3,57%, $p < 0,003$ a los 24 meses. La DMO de cuello femoral no mostró cambios significativos a los 12 meses y aumentó 2,13% ($p = 0,012$) a los 24 meses. A los 12 meses se produjeron 5 nuevas fracturas, todas en pacientes con fracturas previas.

Conclusión: El tratamiento con risedronato aumenta la densidad mineral ósea y disminuye el riesgo de nuevas fracturas en pacientes con osteoporosis posmenopáusica.

247

EFICACIA Y SEGURIDAD TRAS UN AÑO DE TRATAMIENTO CON ETANERCEPT EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SIN RESPUESTA PREVIA AL INFLIXIMAB

J.A. Gómez Puerta, J.R. Rodríguez, C. Albadalejo, J.D. Cañete, J. Muñoz Gómez y R. Sanmarti
Servicio de Reumatología, Hospital Clínic, Barcelona.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad tras un año de tratamiento con etanercept (ETC) en pacientes con artritis reumatoide (AR) evolucionada que habían recibido tratamiento previo con infliximab (INF).

Pacientes y métodos: Se incluyeron todos los pacientes con AR de nuestro centro que habían recibido tratamiento previo con INF y que posteriormente fueron tratados con ETC por un período mínimo de 12 meses. Se analizaron distintos parámetros clínicos y biológicos de actividad de la enfermedad, así como el índice de actividad DAS-28 al inicio, a las 6 semanas y al final del tratamiento con infliximab, así

como a los 3,6 y 12 meses de iniciar ETC. Se utilizaron los criterios de respuesta terapéutica de la EULAR.

Resultados: Un total de 10 pacientes (9 mujeres y 1 hombre) cumplieron los criterios de inclusión, con una edad media de $59 \pm 11,5$ años (rango de 38-75) y una media de evolución de la artritis de $11 \pm 6,2$ años (rango 3-22 años). El INF se administró por un período medio de $14,4 \pm 9,2$ meses (rango 12-29 meses) y el ETC se viene administrado durante un período medio de $17,4 \pm 5,4$ meses (rango 13-27 meses). Las causas de abandono de INF fueron ineficacia (9 pacientes) y efectos adversos (1 paciente). La mayoría de los pacientes habían obtenido una respuesta terapéutica favorable al inicio del tratamiento con INF que se perdió posteriormente a pesar de incrementarse la dosis o disminuir el intervalo de las infusiones. Durante el período de tratamiento con ETC, los parámetros clínicos y biológicos de actividad inflamatoria experimentaron una notable y significativa mejoría respecto al momento de finalizar el tratamiento con INF. Un total de 8 pacientes (80%) obtuvieron una respuesta terapéutica satisfactoria a los 6 meses de ETC y un total de 5 (50%) a los 12 meses de ETC con respecto al final del tratamiento con INF, con una reducción significativa del índice DAS-28, de $5,77 \pm 0,9$ a $4,29 \pm 0,8$ a los 6 meses ($p = 0,022$) y de $4,6 \pm 0,6$ a los 12 meses ($p = 0,017$) (test de Wilcoxon). La magnitud de la respuesta fue mayor en los 4 pacientes que no habían respondido inicialmente a INF, pasando de una media DAS-28 de $6,62 \pm 0,6$ a $4,81 \pm 0,4$ (magnitud del cambio de 1,81), mientras que en los 6 pacientes que inicialmente respondieron al INF la magnitud del cambio fue menor (0,75) pasando de un DAS de $5,2 \pm 0,6$ a $4,46 \pm 0,7$. No se presentó ningún efecto adverso importante durante el seguimiento del tratamiento con ETC.

Conclusiones: ETC es una terapia eficaz y segura en pacientes con AR, en los que el tratamiento con INF ha resultado ineficaz o ha debido interrumpirse por efectos adversos. La eficacia del ETC se mantiene después de un año de seguimiento en la mayoría de los pacientes.

248

AFECTACIÓN ARTICULAR EN LA ESCLEROSIS SISTÉMICA

B. Joven, R. Almodóvar y P.E. Carreira
Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Objetivo: Analizar las características clínicas, serológicas y radiológicas de los pacientes con esclerosis sistémica (SSc) y afectación articular.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo transversal, basado en una muestra de pacientes consecutivos diagnosticados de SSc en nuestro servicio, entre 1980 y 2003. Se define afectación articular como la presencia de artralgias inflamatorias o por la presencia de artritis objetivada, de más de 6 semanas de duración. Los datos demográficos, clínicos, serológicos y radiológicos, se recogieron retrospectivamente de las historias clínicas. Se realizó estadística descriptiva, y se utilizó Odds ratio con 95%CI para medir la fuerza de asociación entre variables.

Resultados: Encontramos 132 pacientes con SSc (117 M, 15 V), con edad media de 57 ± 18 años y tiempo de seguimiento de 8 ± 6 años. Quince pacientes (45%) tenían SSc limitada, 7 (21%) SSc difusa y 11 (33%) síndrome overlap. Cincuenta y tres (48,6%) presentaban afectación articular.

De ellos, 33 (62%) presentaban artritis, en 26 casos (79%) ya en la primera visita. El patrón de presentación articular era bilateral y simétrico en la gran mayoría de los pacientes, con una media de NAD y NAI de $8,6 \pm 7,7$, $7,1 \pm 7$, respectivamente. Las articulaciones más afectadas por orden de frecuencia eran muñecas, rodillas, codos, MCFs, carpos y hombros. El 87,5% de los pacientes presentaban ANA (+), 22% anti-centrómero, 25% anti-Scl70, 19% anti-RNP y 29% FR. En el 33% de los casos la VS.G estaba elevada. Radiológicamente se observó osteopenia (26%), erosiones (18,5%) y calcinosis (6%). El índice de Sharp/Van der Heide era de $4,8 \pm 5,8$ para pinzamiento y de $0,67 \pm 1,6$ para erosiones. Los factores de riesgo para el desarrollo de afectación articular fueron: edad al inicio de la enfermedad > 30 años (OR = 3; 95%CI 1,1-8,1; $p = 0,02$), afectación pulmonar al inicio (OR = 2,5; 95%CI 1-6,3; $p = 0,03$), presencia de FR (OR = 4,5; 95%CI 1,4-14,2; $p = 0,005$), y de anti-RNP (OR = 3,8; 95%CI 1-14,2; $p = 0,03$), y síndrome seco (OR = 2,5; 95%CI 1-6,1; $p = 0,036$). Los pacientes con anti-centrómero tenían menor incidencia de artritis (OR = 0,3; 95%CI 0,2-0,7; $p = 0,006$).

Conclusiones: La afectación articular aparece en cerca de la mitad de nuestros pacientes con SSc, principalmente al inicio de la enfermedad. El patrón es similar al que aparece en la AR, bilateral y simétrico, con afectación predominante de las muñecas, aunque con mucha menor incidencia de erosiones articulares.

249

DIVERSIDAD DE TRATAMIENTOS PARA LA FIBROMIALGIA

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

Objetivo: El objeto de este estudio es analizar los diferentes tratamientos que se llevaban a cabo en el pasado y se llevan actualmente con el propósito de paliar la sintomatología de la Fibromialgia (FM).

Método: 59 mujeres diagnosticadas previamente de FM fueron sometidas a un cuestionario donde se les preguntaba sobre los tratamientos para la FM que siguieron en el pasado y sobre los que siguen actualmente.

Resultados:

% de sujetos que señalaron los tratamientos

Tratamientos	Fármacos	Homeopatía	Acupuntura	Actividad física	Relajación
Anteriormente	67,80	25,42	33,90	49,15	28,81
Actualmente	77,97	20,34	13,56	54,23	35,59
Tratamientos	Ozono	Ejercicios rehabilitación	Masajes	Terapia cognitiva	Otros
Anteriormente	1,69	44,07	42,38	5,08	11,86
Actualmente	5,08	18,64	38,98	10,17	10,17

Conclusión: El porcentaje de pacientes que seguían y siguen los diferentes tratamientos no ha sufrido modificaciones significativas en este lapso de tiempo, exceptuando la actual decadencia de los ejercicios de rehabilitación y la acupuntura, lo que pone de manifiesto que ningún tratamiento ha demostrado una eficacia absoluta. El hecho de que exista gran diversidad de tratamientos y que ninguno de ellos sea administrado para la totalidad de los pacientes diagnosticados de FM es una muestra de que no existe ninguno totalmente efectivo, es por ello que son necesarias fu-

turas investigaciones desde un enfoque integral y multidisciplinar que aúnen los conocimientos de los distintos profesionales que tratan dicha patología.

250

ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS DE LOS PACIENTES CON FIBROMIALGIA

M.R. González Crespo, M.P. Fernández Dapica, C. Mingote, M.A. Martín, Y. Campos, J. Arenas, A. Cabello y I. Mateo
Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivo: Estudiar los aspectos psiquiátricos de los pacientes con fibromialgia.

Pacientes y métodos: Se seleccionaron pacientes con fibromialgia seguidos en Reumatología que cumplían criterios de la ACR. Se recogieron características clínicas, actividad física, capacidad funcional (HAQ), calidad de vida (SF-36), escalas analógicas visuales sobre dolor, astenia, sueño y estado general, y situación laboral y consumo de recursos. Los aspectos psiquiátricos se estudiaron mediante el cuestionario SCL-90, HAD de ansiedad y depresión, escala de trauma previo de Davidson y el Índice de Reactividad al Estrés (IRE). Para el estudio estadístico se usaron pruebas de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Chi cuadrado y correlación de Spearman. Los datos descriptivos se dan con la media y la desviación estándar. Las diferencias se consideraron significativas si $p < 0,05$.

Resultados: Se seleccionaron 30 mujeres con fibromialgia con una edad media de 49 ± 9 años y un tiempo medio de evolución desde el diagnóstico de 4 ± 2 años. El 65% tenían patologías concomitantes y el 75% recibían medicación anti-depresiva. La media en mm de la escala de dolor fue 71 ± 27 , del cansancio 65 ± 33 , del sueño 51 ± 29 y del estado general 42 ± 25 . El HAQ medio fue $1,16 \pm 0,69$, el SF-36 total $29,88 \pm 20$. El 80% de las que trabajaban había estado de baja más de 6 meses por su enfermedad y 35% recibía alguna compensación económica. La media del apartado de depresión del SCL-90 fue $1,9 \pm 0,9$ y de ansiedad $1,6 \pm 1$, del HAD general $1,4 \pm 0,7$ (apartado depresión $1,3 \pm 0,7$, apartado ansiedad $1,5 \pm 0,7$). Según el SCL-90, el 30% presento signos de depresión y el 20% de ansiedad. No había datos de obsesión/compulsión, ansiedad fóbica, hostilidad, ideación paranoide ni psicoticismo. En el 70% de los casos hubo situaciones traumáticas previas (20% malos tratos) y la media del índice de reactividad al estrés fue 15 ± 5 , presentando el 55% de los pacientes más de 16 puntos. Hubo un alto grado de correlación entre el grado de depresión y ansiedad medido con el SCL-90 y el HAD ($r = 0,8$ y $0,9$ respectivamente), entre ellos ($r = 0,8$ en ambas pruebas) y con un mayor índice de reactividad al estrés. El grado de ansiedad/depresión se asoció significativamente con una mayor edad, con menor actividad física, menor capacidad física, peor puntuación en todos los dominios de SF-36 excepto la función social, mayor cansancio, peor estado general de salud y mayor número de síntomas asociados al dolor, así como con el número de bajas laborales largas y compensaciones económicas.

Conclusión: Un tercio de nuestros pacientes con fibromialgia presenta datos de depresión/ansiedad, pero no otras patologías psiquiátricas. Muchos presentan situaciones emocionales traumáticas previas y elevados índices de respuesta al estrés. El grado de depresión/ansiedad se relaciona con mayor respuesta a estrés, datos de severidad de la enfermedad y mayor consumo de recursos económicos.

251

HIPERHOMOCISTEINEMIA EN ENFERMOS REUMÁTICOS: FACTOR DE RIESGO EN LA ATROSCLEROSIS (DATOS PRELIMINARES)

L. Lima Faleiro, J. Figueirinhas, V. Paiva, J. Sampaio y M.J. Mediavilla

Instituto Português de Reumatologia. Lisboa. Portugal.

Introducción: Se admite la hiperhomocisteinemia como un nuevo factor de riesgo de aterosclerosis siendo ya considerada un factor de riesgo cardiovascular independiente. Nos pareció interesante, en una institución de reumatología, hacer una evaluación teniendo en cuenta que la aterosclerosis es la principal causa de morbilidad y mortalidad en las Enfermedades Inflamatorias Crónicas, estando las enfermedades cardíacas y cerebro-vasculares implicadas en un 60-70% de los casos.

Objetivos: Este trabajo es una continuación de estudios ya presentados, en los que fueron evaluados otros factores de riesgo en enfermos reumáticos portugueses.

Métodos: Estudiamos 41 enfermos con edad media de $60,4 \pm 11,3$ años, de los cuales 22 (53,7%) eran hombres. Evaluamos los siguientes parámetros: homocisteinemia, colesterolemia, trigliceridemia, HDL-c, LDL-c, uricemia, fibrinogenuemia, doseamiento sérico de vitamina B12 y del ácido fólico y pruebas de función hepática. Estudiamos también el Índice de Masa Corporal (IMC) y fueron realizadas radiografías de tórax (frente y perfil) y electro y ecocardiograma (modo M y 2D).

Resultados: Los primeros resultados de un estudio que estamos a desarrollar muestran que los enfermos sufrían de diversas patologías reumatológicas: Enfermedades Inflamatorias (9 enfermos con Espondilitis Anquilosante, 7 con Artritis Reumatoide, 4 con Artritis Psoriática, 1 con enfermedad de Behçet y 1 con Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo); Enfermedades Microcristalinas (8 enfermos con gota); Enfermedades No Inflamatorias (11 con Enfermedad Ósea de Paget). La homocisteína estaba elevada en 18 enfermos (43,9%); en 9 (50%) pacientes con enfermedades inflamatorias, en 5 (27,8%) con enfermedad microcristalina y en 4 (22,2%) con enfermedad no inflamatoria. La hiperhomocisteinemia estaba presente en 5 de los enfermos con gota (62,5%), en 4 enfermos con AR (57,1%), en 4 con DOP (36,4%) y aun en los enfermos con Behçet y con EMTC. El fibrinogenio estaba elevado en 6 (14,6%) enfermos, la uricemia en 11 (26,8%), la Lp (a) en 9 (22,0%), los triglicéridos en 13 (31,7%) y el colesterol en 30 (73,2%). El HDL-c estaba disminuido en 2 (4,9%) enfermos y el LDL-c estaba aumentado en 14 (34,1%). Los niveles de la vitamina B12 estaba por debajo de lo normal en 6 (14,6%) enfermos y los del ácido fólico en 5 (12,2%).

Conclusiones: 1) Siendo la homocisteína un factor de riesgo para la aterosclerosis y detectadas sus alteraciones en este estudio preliminar, su determinación es importante porque además el riesgo global está dependiente del número de factores presentes en cada enfermo; 2) La hiperhomocisteinemia se ha verificado más frecuentemente en los reumatismos inflamatorios; 3) Nuestro estudio sugiere la asociación frecuente de múltiples factores de riesgo; 4) No encontramos alteraciones de la homocisteína en los enfermos con Artritis Psoriática.

252

LA GOTA EN PORTUGAL

J. Aires Figueirinhas, C. Silva, V. Paiva, J. Sampaio, J. Vaz Pato y M.J. Mediavilla
Instituto Português de Reumatologia. Lisboa. Portugal.

Introducción: Algunos de nuestros trabajos anteriores apuntaban en el sentido de existir algunas alteraciones de la historia natural de la Gota en Portugal, por lo que resolvimos realizar una actualización de los datos que disponemos.

Objetivos: Identificar, estudiar y confirmar las posibles alteraciones en la historia natural de la Gota en enfermos portugueses.

Métodos: Realizamos un estudio transversal con 203 enfermos con Gota. Se hizo una valoración desde el punto de vista clínico, laboratorial y radiográfico. Fueron pedidas ecografías de riñón, próstata y vesícula biliar. Usamos el Índice de Masa Corporal (IMC) con el fin de caracterizar el tipo constitucional. En este estudio 198 (97,5%) enfermos eran hombres. La edad media de los enfermos en el momento de la consulta era de $58,5 \pm 11,1$ años. La mayoría de los enfermos eran naturales de Lisboa (54 enfermos = 26,6%), de Santarém (25 enfermos = 12,3%), de Setúbal (17 enfermos = 8,4%) y de Castelo Branco (17 enfermos = 8,4%).

Resultados: La edad media de la primera crisis fue de $41,5 \pm 9,5$ años (de los 17 a los 75 años). Las localizaciones articulares de la primera crisis fueron: 1ª MTF (133 enfermos = 65,5%), las rodillas (28 enfermos = 13,8%) y los tobillos (25 enfermos = 12,3%). Encontramos 112 (55,2%) enfermos pícnicos y 87 (42,9%) normolínios. En 82 (40,4%) enfermos estaban presentes los tófos. Las alteraciones bioquímicas encontradas fueron: la hiperuricemia en 194 (95,6%), la hipercolesterolemia en 159 (78,3%), la hipertrigliceridemia en 116 (57,1%), la hipercreatininemia en 51 (25,1%), la hiperazotemia en 40 (19,7%) y las patologías asociadas fueron HTA en 122 (61,1%) enfermos, las pruebas hepáticas, aisladamente o en conjunto, estaban alteradas en 74 (36,5%) enfermos, la diabetes fue diagnosticada en 54 (26,6%) enfermos y la litiasis renal, en 77 (37,9%).

Conclusiones: 1) La edad media de los enfermos es ligeramente inferior a la descrita aunque esta diferencia no sea muy significativa. 2) La Gota Tofácea es menos frecuente que la encontrada en anteriores series, lo que se podría explicar por un diagnóstico y un tratamiento más precoz. 3) La dislipidemia y la HTA podrían ser más frecuente que en la población general portuguesa. 4) En nuestro estudio existen muy pequeñas alteraciones de la historia natural de la enfermedad.

253

MEJORÍA EN LA SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE CON CICLOSPORINA MICROEMULSIÓN (SANDIMMUN NEORAL) MEDIANTE EL CONTROL DEL NIVEL A LAS DOS HORAS POST-DOSIS (C2)

J. Cruz, A. Gómez, J.M. Sánchez y R. Miguélez
H. de Monteselo. Pontevedra, Consorci Hospitalari del Parc Taulí. Sabadell, H. de Valme. Sevilla, H. de Móstoles. Madrid.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es la enfermedad inflamatoria articular más frecuente. La ciclosporina en microemulsión (CsA) ha demostrado su eficacia en la AR acti-

va, grave y refractaria a otros tratamientos aunque su perfil de seguridad puede diferir de un individuo a otro en función del grado de absorción.

Objetivos: Evaluar la seguridad y eficacia del tratamiento con CsA en pacientes con AR y su relación con la determinación de los niveles de CsA a las 2 horas post-dosis (C2) Presentación de los resultados del estudio NEOCESAR.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, multicéntrico, prospectivo y abierto, con pacientes diagnosticados de AR en tratamiento con CsA (NEOCESAR). El tiempo de seguimiento fue de 12 meses. Los criterios de inclusión en el estudio fueron: pacientes con AR (según criterios ACR) clínicamente activa (4 o más articulaciones tumefactas, 4 o más articulaciones dolorosas y dos de los siguientes criterios: VSG > 28 mm en 1ª hora; Rigidez matutina > 45 minutos; PCR > 2 mg/dl). El tratamiento con CsA fue mayoritariamente en combinación con otros FAME según criterio clínico (más de un 80% de los pacientes). La seguridad se evaluó por el número de reacciones adversas con posible relación de causalidad con CsA analizándose si existía relación con los niveles de C2. La efectividad mediante la consecución de un ACR20 a los 12 meses y mediante las diferencias entre el índice DAS28 en la visita basal y la a los 12 meses en los pacientes que finalizaron el estudio.

Resultados: Se incluyeron un total de 351, de los cuales acabaron el estudio 231 (65,8%). Ciento diecinueve pacientes (33,9%) presentaron alguna reacción adversa a la CsA. La media de C2 en estos pacientes fue de 658 ng/mL (IC95%: 603 – 713), significativamente superior a la media de los pacientes que no presentaron reacciones adversas: 535 ng/mL (IC95%: 499-572) ($p < 0,001$). Las reacciones adversas más frecuentes fueron hipertensión (10,5%), hipertricosis (6%), aumento de la creatinina sérica (4,8%) y cefalea (2,8%). La mayoría se clasificaron de intensidad leve o moderada. Únicamente se observaron tres reacciones adversas graves sospechosas de estar relacionadas con la CsA, ocurridas en un mismo paciente: pielonefritis, sepsis y artritis séptica. Respecto a la eficacia a los 12 meses de seguimiento, un 59% de los pacientes tuvieron respuesta ACR20. El índice DAS se redujo significativamente de $6,1 \pm 0,8$ en la visita basal a $4,5 \pm 1,3$ al final del estudio ($p < 0,001$).

Conclusiones: Existe una diferencia significativa entre los niveles de C2 de los pacientes que experimentaron efectos adversos durante el estudio y los que no. El control de la concentración de CsA a las dos horas (C2) puede mejorar el perfil de seguridad de la CsA. Son necesarios nuevos estudios para establecer los niveles óptimos de C2 recomendables para el tratamiento de la AR.

254

GOTA TOFÁCEA VERSUS GOTA NO TOFÁCEA

M.J. Mediavilla, J. Figueirinhas, V. Paiva, J. Sampaio, J. Vaz Pato y C. Silva
Instituto Português de Reumatologia. Lisboa. Portugal.

Introducción: En algunos estudios se tienen demostrado diferencias entre la forma Tofácea de Gota y la forma No Tofácea, en lo que respecta al tiempo de evolución a las manifestaciones clínicas y diferentes asociaciones patológicas.

Objetivo: Estudiamos en enfermos portugueses con Gota Tofácea, las principales características y las comparamos con las de otro grupo de enfermos con Gota No Tofácea.

Métodos: Estudiamos 201 enfermos con Gota, de los cuales 81 (40,3%) presentaban tófos y 120 (59,7%) no. En el primer grupo había 80 (96,8%) hombres y en el segundo 119 (99,2%). La edad media en el momento de la consulta era respectivamente de $60,5 \pm 10,4$ años en el primer grupo y $57,0 \pm 11,3$ años en el segundo. La mayoría de los enfermos del grupo de Gota Tofacea eran naturales de Lisboa (22 enfermos = 27,2%), Castelo Branco (10 = 12,3%), Setúbal (9 = 11,1%) y Viseu (6 enfermos = 4,7%); en el segundo grupo la mayoría de los enfermos eran naturales de Lisboa (31 enfermos = 25,8%), Santarém (18 = 15%), Castelo Branco (8 = 6,7%) y Évora (8 = 6,7%). También estudiamos el Índice de Masa Corporal para poder caracterizar el tipo constitucional.

Resultados: En los enfermos con Gota Tofacea había 68 (56,7%) pícnicos y ningún longilíneo; en el grupo no tofaceo había 40 (33,3%) pícnicos y 3 (2,5%) longilíneos. La edad media de la 1ª crisis en el grupo tofaceo era de $40,7 \pm 9,1$ años y en el 2º grupo era de $41,9 \pm 9,8$ años. El tiempo de evolución era de $21,7 \pm 12,7$ versus $16,5 \pm 3,3$ años. La localización de la primera crisis en los enfermos tofaceos por orden de frecuencia era: 1ª MTF (57 enfermos = 70,4%), rodillas (10 = 12,3%) y tobillos (8 = 9,9%); en los enfermos del segundo grupo: 1ª MTF (83 enfermos = 69,17%), rodilla (18 = 15%) y tobillo (10 = 8,3%). En el primer grupo la uricemia estaba aumentada en 96,3% de los casos y en el segundo grupo en 95,8%. En el primer grupo había 25,9% de diabéticos y en el segundo grupo, 33,3%. El 66,7% de los enfermos con Gota Tofacea tenían HTA, y se presentaba en 59,2% de los enfermos con Gota No Tofacea. La creatinemia estaba elevada en 30,9% de los enfermos con tofos y en 22,5% de los enfermos que no tenían tofos. La urea estaba elevada en 28,4% de los enfermos con tofos y en 15,8% de los que no presentaban tofos. La hipercolesterolemia estaba presente en 66,7% en el primer grupo y en 80,8% en el segundo grupo. En el primer grupo el 50,6% tenía hipertrigliceridemia y en el segundo grupo, 59,2%.

Conclusiones: 1) Con este estudio no se demuestra que la edad de los enfermos, la edad de la 1ª crisis y el tiempo de evolución podrán condicionar las formas clínicas de la Gota. 2) Este estudio no demuestra que las otras características personales y la localización de las 1as crisis puedan diferenciar un grupo de otro. 3) También en las características clínicas, no parece haber diferencias significativas en los dos grupos. 4) Algunas alteraciones pueden ser más frecuentes en la forma No Tofacea.

255

INCIDENCIA DE ESPONDILOARTROPATÍA SEGÚN PATRÓN DE UVEÍTIS ANTERIOR UNILATERAL, EN UNA COHORTE DE UVEÍTIS DE 11 AÑOS DE SEGUIMIENTO

E. Pato Cour, E. Júdez, E. Loza, L. Abasolo, M. Blanco y R. Méndez
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo: Comprobar que la evolución a espondiloartropatía en pacientes con uveítis anterior se asocia con el patrón de afectación de uveítis anterior aguda recidivante unilateral (UAARU).

Diseño: Estudio observacional longitudinal prospectivo de una cohorte de 942 pacientes con uveítis seguidos 11 años.

Material y métodos: Estudio longitudinal desde enero de 1992 a enero de 2004 fueron atendidos 942 nuevos pacien-

tes en la consulta de uveítis del Hospital Clínico San Carlos. De forma prospectiva se establece en todos los casos el patrón de afectación (Arthritis Rheumatism 40:358-370, 1997) y el diagnóstico inicial. En el seguimiento del paciente se recoge en la base de datos si hay cambio en el diagnóstico inicial y se indica el nuevo diagnóstico. **Muestra:** según el patrón de afectación 521 pacientes tienen uveítis anterior aguda unilateral (UAARU). **Análisis estadístico:** análisis descriptivo de la muestra y posteriormente análisis bivariado utilizando tablas de contingencia.

Resultados: 521 pacientes tenían una uveítis anterior unilateral, 50,1% eran varones y la edad media era de 47,33 (DS 17,34). 316 (60,65%) eran UAARU. En 204 pacientes el diagnóstico inicial fue uveítis anterior idiopática y a lo largo de la evolución en 51 pacientes se cambió el diagnóstico final, 92,16% eran UAARU y 7,84% uveítis anteriores agudas unilaterales no recidivantes. En 35 casos el diagnóstico final fue de espondiloartropatía y todos tenían un patrón de afectación de UAARU, ninguna uveítis anterior aguda unilateral no recidivante evolucionó a espondiloartropatía. De las 153 uveítis anteriores idiopáticas que no cambiaron el diagnóstico sólo el 46,4% eran UAARU.

Conclusión: En nuestra serie todas las uveítis anteriores agudas unilaterales que en su evolución se diagnosticaron de espondiloartropatía tenían un patrón recidivante.

256

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, MORTALIDAD Y SUPERVIVENCIA DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR PRIMARIA (HPP) Y SECUNDARIA (HPS) EN LA ESCLEROSIS SISTÉMICA (SSC)

B. Joven, R. Almodóvar y P.E. Carreira Delgado
Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Objetivo: Comparar las características clínicas, mortalidad y supervivencia de los pacientes con SSC que desarrollan HPP o HPS.

Pacientes y métodos: Se recogieron datos demográficos y clínicos de una cohorte de 118 pacientes con SSC, seguidos de forma prospectiva. A todos los pacientes se les realizó examen clínico en la primera visita, y posteriormente cada 6 meses, y radiografía de tórax, EKG, pruebas de función pulmonar, CT torácico y ecocardiografía en la primera visita y posteriormente cada 2 años, o antes si se consideraba indicado clínicamente. Se definió HP como una presión pulmonar media (PAP) >30 mmHg en un ecocardiograma en reposo. Los pacientes con HP-SSC se clasificaron como HPP (sin evidencia de fibrosis pulmonar significativa) y HPS (presencia de fibrosis pulmonar previa al desarrollo de HP). Se utilizó el test exacto de Fisher para calcular la significación de las diferencias en frecuencias, la Odds ratio con 95% CI para medir la fuerza de asociación entre variables, y la curva de Kaplan Meier para estimar supervivencia.

Resultados: Encontramos 24 pacientes (3 V, 21 M), con HP (20%): 18 (15%) con HPP y 6 (5%) con HPS. La HPP se asoció con SSC limitada (83%) y la HPS con SSC difusa (66%) ($p = 0,03$). La edad de inicio (HPP: 47 ± 22 ; HPS: 57 ± 13) y el tiempo de evolución (HPP: 11 ± 10 , HPS: 9 ± 3) fueron similares en ambos grupos, pero la HPS apareció antes que la HPP (4 ± 4 vs. 8 ± 9). Los pacientes con HPS presentaban mayor incidencia de necrosis cutánea ($p = 0,03$), y mayor disminución de la DLCO y la CVF ($p < 0,0001$). La PSP ten-

día a ser más alta en la HPP (70 ± 23 vs. 42 ± 3 mmHg) ($p = 0,07$), diferencia que se mantenía (75 ± 25 vs. 57 ± 15 a los 2 años, $p = 0,07$). La PSP > 60 mmHg en el primer ecocardiograma se correlacionaba con un 2º tono acentuado ($p = 0,03$). Los hallazgos del EKG (aumento de onda p, crecimiento de VD, bloqueo de rama derecha) y ecocardiograma (crecimiento de cavidades derechas, insuficiencia tricuspídea, derrame pericárdico), no predecían una rápida progresión de la HP. Fallecieron 8 pacientes con HPP y 5 con HPS. La mortalidad tendía a ser más alta en el grupo con HPS ($p = 0,07$). La supervivencia media fue de 7 ± 1 años (HPP) y 9 ± 2 años (HPS) sin diferencias en la supervivencia acumulada a los 10 años (HPP 34%; HPS 33%) ($p = 0,79$).

Conclusiones: HP complica el 20% de nuestras SSc. Aunque la HPP es más frecuente en SSc limitada y la HPS en la SSc difusa, ambas pueden aparecer en cualquier tipo de SSc. La HPS tiende a aparecer antes, es menos grave y tiene una progresión más lenta, pero se asocia con una mayor mortalidad que la HPP.

257

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA VERTEBROPLASTIA COMO TRATAMIENTO DEL DOLOR EN LOS APLASTAMIENTOS VERTEBRALES

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

Introducción: La osteoporosis es la enfermedad metabólica ósea más frecuente, estimándose una prevalencia, del 24-40% de las mujeres Españolas posmenopáusicas mayores de 60 años¹. Aunque puede producir cualquier fractura, la más frecuente es la vertebral, estimándose una prevalencia del 12-25%². La clínica característica de la fractura vertebral es el dolor de espalda, la deformidad, la disminución de la capacidad respiratoria y un importante deterioro de la calidad de vida de los pacientes³. Como terapia para eliminar o reducir el dolor y para ayudar en la consolidación de la vértebra, aparece en la década de los 80 la Vertebroplastia percutánea, la técnica consiste en la inyección de cemento de polimetilmetacrilato en el cuerpo vertebral, accediendo a través de los pedículos vertebrales. Su indicación es el tratamiento de los angiomas vertebrales sintomáticos⁴, el tratamiento del dolor producido por tumores malignos vertebrales⁵ y su aplicación más extendida es en las fracturas vertebrales secundarias a Osteoporosis⁶. Como complicaciones se pueden presentar alteración en la tensión arterial⁷, embolismo pulmonar⁸ y toxicidad Hepática. Otras posibles complicaciones son las complicaciones radiculares, neurológicas, infecciosas y la fuga de cemento hacia los órganos de la vecindad.

Objetivos: Describir la evolución de los pacientes diagnosticados de aplastamiento vertebral, tratados mediante vertebroplastia.

Material y método: Del año 2001 al año 2003 se realizaron 95 vertebroplastias, en pacientes con dolor intenso que no cede con el tratamiento convencional. Ingresan en el Hospital el día anterior a la realización de la vertebroplastia. Bajo los efectos de raquianestesia se accede al cuerpo vertebral por vía transpedicular y se inyecta el cemento acrílico. La evaluación de dolor se hace con una EVA que se realiza previa a la vertebroplastia y a las 24 h previa al alta hospitalaria.

Resultados: Se realizaron 95 intervenciones, realizadas sobre 119 vértebras. En una intervención se repararon tres vértebras en el mismo acto quirúrgico y en 22 se actuó sobre dos vértebras en la misma intervención. La media de edad de los pacientes es de 67 años, siendo 57 mujeres, con una media de edad de 67 años y 38 varones con una media de edad de 65 años. La disminución del EVA fue del 62,72% en el total de los pacientes con un 60,03% en las mujeres y del 66,37% en los varones. De las 119 vértebras abordadas en el 11% el abordaje fue unilateral y en el 98% fue bilateral. El número total de complicaciones fue de 30 (31,5%), 29 de ellas correspondieron a pequeñas fugas de cemento (17 fugas anteriores, 2 fugas laterales, 5 fugas y 5 fugas al disco intervertebral) y una fractura de la lamina vertebral. Solo dos de las complicaciones precisaron tratamiento médico, en el caso de una fuga lateral que precisó tratamiento con corticoides y en el caso de la fractura de la lamina vertebral que precisó analgesia.

Conclusiones: La vertebroplastia es una técnica sencilla, rápida con buenos resultados y con escasos efectos adversos para el tratamiento del dolor en pacientes con aplastamiento vertebral que no responden al tratamiento farmacológico.

Bibliografía

1. M. Díaz Curiel, J.J. García, J.L. Carrasco, J. Honorato, R. Pérez Cano, A. Rapado et al. Prevalencia de la osteoporosis determinada por densitometría en la población española. *Med Clin (Barc)* 2001;116:86-8.
2. O'Neill TW, Felsenberg D, Varlow J, Cooper C, Kanis J.A., Silman A.J. The prevalence of vertebral deformity in European men and women: The European Vertebral Study. *J Bone Miner Res* 1996; 11:1010-8.
3. A. Gómez Alonso C, Díaz Corte C, Cannata Andía J. Efecto de la fractura vertebral sobre la calidad de vida relacionada con la salud en población asturiana mayor de 54 años. *Med Clin (Barc)* 2001;116:
4. Galibert P, Deramond H, Rosat P, Le Gars D. Preliminary note on the treatment of vertebral angioma by percutaneous acrylic vertebroplasty. *Neurochirurgie*. 1987;33(2):166-8.
5. Daramond H, Depriester C, Toussaint P. Vertébreplastie et radiology interventionnelle percutanée dans les métastases osseuses. Technique, indications, contre-indications *Bull Cancer* 1996;83: 277-82.
6. F. Grados, C. Depriester, G. Cayrolle, N. Hardy, H. Deramond, P. Fardellone. Long-term observations of vertebral osteoporotic fractures treated by percutaneous vertebroplasty. *Rheumatology* 2000;39:1410-14
7. Kaufmann T.J., Jensen M.E., Ford G, Gill LL, Marx W.F., Kallmes D.F. Cardiovascular effects of polymethylmethacrylate use in percutaneous vertebroplasty. *AJNR Am J Neuroradiol* 2002 Apr; 23(4):601-4
8. Padovani B, Kasriel O, Brunner P, Peretti-Viton P. Pulmonary embolism caused by acrylic cement: a rare complication of percutaneous vertebroplasty. *AJNR Am J Neuroradiol* 1999 Mar;20 (3):375-7

258

IMPACTO DE LA APLICACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA SOBRE LOS INDICADORES DE ACTIVIDAD Y CALIDAD EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

C. Gómez Vaquero, J.M. Nolla, X. Corbella, J. Rodríguez Moreno, X. Juanola y J. Valverde
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet. Barcelona.

A principios del año 2002, la reorganización de las unidades de hospitalización convencional del hospital comportó un cambio en la dotación estructural del Servicio de Reumatología materializado, fundamentalmente, en la reduc-

ción del número de camas asignadas de 14 a 6. Ante la irreversibilidad del cambio, el servicio decidió implicarse en el proceso y pactó con la dirección del centro la autogestión de dichas camas de hospitalización para sus ingresos (urgentes y programados), sin interferencia del Servicio de Admisiones. Además de esta intervención, se procedió a la reestructuración funcional del servicio, lo que comportó: 1) Unificación de los equipos asistenciales, 2) Gestión conjunta de la lista de espera, 3) Estandarización de los criterios de ingreso procedentes del Servicio de Urgencias, 4) Conexión funcional con los reumatólogos del área de influencia del hospital y 5) Aplicación de circuitos rápidos de diagnóstico en consultas externas. Dos años después, es una exigencia obvia el evaluar los resultados del cambio mediante la comparación de los años 2001 (año control) y 2002 (año intervención), respecto a distintos indicadores de actividad y calidad. Durante el año 2002, ingresaron 264 pacientes, 84 más que durante el año 2001 ($p < 0,01$), sin diferencias en el porcentaje de ingresos procedentes del Servicio de Urgencias y de pacientes ubicados fuera de nuestras camas. El porcentaje de anulación de ingresos descendió del 18% al 2% ($p < 0,01$). La estancia media bruta disminuyó de 11,19 a 9,0 días; de los 2,19 días, 1,59 son atribuibles a mejoras en el funcionamiento del servicio. El índice de rotación de las camas fue de $1,14 \pm 0,3$ vs. $3,66 \pm 1,1$ ($p < 0,001$), en 2001 y 2002, respectivamente. En el año 2002, la razón de funcionamiento estándar mejoró un 16% respecto al año 2001. El peso relativo de los pacientes ingresados durante los dos años estudiados fue similar así como el porcentaje de complicaciones y defunciones. De nuestra experiencia, podemos concluir que la disminución de estructura en camas de hospitalización en un servicio médico no implica necesariamente una reducción de sus índices de actividad y calidad si se aplican modelos de gestión clínica apropiados.

259

ABORDAJE TERAPEÚTICO DE LA OSTEOPENIA Y OSTEOPOROSIS. FÁRMACOS DE MAYOR UTILIZACIÓN Y EFECTOS SECUNDARIOS MÁS FRECUENTES REFERIDOS POR LOS PACIENTES

P. Ros Sánchez, M. Tévar Sánchez, A. Rueda Cid, I. Jiménez Moleón y P. Paule Sastre

Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivo: Determinar los principales fármacos utilizados en nuestra consulta para el abordaje terapéutico de la osteopenia/osteoporosis, y efectos secundarios más frecuentes. Análisis de los hábitos alimenticios en relación con la ingesta láctea.

Material y métodos: Estudio transversal con 51 pacientes (42 mujeres y 9 varones) con un promedio de 65 años, diagnosticados de osteopenia/osteoporosis, mediante métodos radiológicos o densitométricos. Se interroga sobre el tratamiento realizado por recomendación del especialista y de los efectos adversos observados con la terapia. Se pregunta acerca de la ingesta láctea diaria (leche pasteurizada, yogurt y queso fresco). Período de estudio comprendido entre el 1 de Octubre del 2003 y el 15 de Enero del 2004.

Resultados: De los 54 pacientes, 36 (70%) han sido diagnosticados de osteoporosis (DMO: $< -2,5$), y 15 (30%) de osteopenia (DMO: -1 a $-2,5$). De los 36 pacientes con osteo-

porosis, 6 de ellos (11,7%), están siendo tratados exclusivamente con preparados de calcio y vitamina D; 9 añaden a este tratamiento calcitoninas sintéticas (17,6%), y 21 sujetos (41,1%), adicionan algún bifosfonato. De los 15 pacientes con osteopenia, todos están recibiendo únicamente compuestos de calcio y vitamina D. De los 51 sujetos del total, 27 han referido padecer algún efecto adverso derivado de su consumo (52,9%), siendo todos ellos de tipo gastrointestinal. El 47% los relacionan con el Calcio-Vitamina D, y el 3% con los bifosfonatos. 6 pacientes (11,7%) refieren piro-sis, 9 distensión abdominal y dispepsia (17,6%) y 12 epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho (23,5%). Al preguntar sobre la ingesta láctea, 12 sujetos (23,5%) dicen tomar más de 3/4 de litro / día, 15 de ellos (29,41%) en torno a 1/2 litro/ día, y 24 (47%), aceptan no tomar productos lácteos o ingerir en torno a 1/4 de litro/ día.

Conclusiones: 1) La osteopenia se está tratando con compuestos de calcio y vitamina D; la osteoporosis, con calcio y vitamina D adicionando un bifosfonato o calcitoninas sintéticas. Los pacientes osteoporóticos tratados exclusivamente con calcio y vitamina D, suelen tener en su tratamiento algún fármaco antirreabsortivo de dosis diaria, incumpliendo la terapia por motivos de comodidad. 2) Los efectos secundarios más frecuentes, se presentan en su mayoría con los preparados de calcio; el más frecuente es la epigastralgia seguido de la dispepsia y distensión abdominal, y por último, la piro-sis. 3) La ingesta láctea de la población, resulta mínima o nula, debiendo insistirse en esta medida de aporte adicional de calcio en nuestras consultas.

260

NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE DÍA

J. De La Torre Aboki, A. García Palao, J. Martínez Cutanda, P. Vela Casasempere, E. Batlle Gualda, A. Martínez Sanchís, J. Esteve Vives, T. Pedraz Penalva, R. Aragón Laínez y E. Pascual Gómez

Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

Objetivo: Mantener una buena relación con los profesionales sanitarios que le asisten y la adherencia al tratamiento son considerados como dos aspectos fundamentales en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas. Por ese motivo, nos planteamos como objetivo conocer el nivel de satisfacción con la atención y el seguimiento recibido en los pacientes atendidos en el Hospital de Día de nuestra unidad.

Pacientes y método: 20 pacientes con diferentes diagnósticos, con una edad media de 45,5 años (límites: 16-75) que acudieron al Hospital de Día para la administración de su tratamiento habitual (Infliximab, Ciclofosfamida o Pamidronato). Después de realizar una revisión sobre el tema, seleccionamos el Cuestionario de Satisfacción de Leeds (-LSQ- J. Hill, 1991). Ha mostrado una elevada sensibilidad y especificidad (alfa de Cronbach: 0,96 y test-retest r: 0,83) en su versión original inglesa. Está compuesto de 45 ítems que miden seis aspectos básicos de la atención, a saber: satisfacción general, información al paciente, empatía hacia el paciente, competencia y aptitud técnica del profesional, actitud hacia el paciente y accesibilidad y continuidad de la atención. Las posibles respuestas de los ítems tenían una amplitud de 1 "totalmente de acuerdo" a 5 "totalmente en desacuerdo". Un

grupo de expertos, realizó la traducción del cuestionario original de inglés a español. Posteriormente, se realizó una prueba piloto con dicha versión, en la cual los pacientes manifestaron una gran dificultad para responder los ítems. Los resultados de la prueba nos llevaron a realizar más cambios en el cuestionario: se redujeron las posibilidades de respuesta a "Sí", "No sé" y "No" y se realizó una segunda traducción del cuestionario con el fin de hacerlo más comprensible a los pacientes. Esta segunda versión fue la utilizada finalmente puesto que era más fácil de cumplimentar por los pacientes. Respecto a la corrección del cuestionario, al no mantener la estructura inicial de cinco posibilidades de respuesta, no se pudo efectuar la corrección dictada por la autora. Un grupo de expertos llegó al consenso de puntuar con un 1 las preguntas cuya respuesta estipulada era "Sí" y aquellas preguntas formuladas en forma negativa cuya respuesta estipulada era "No". Por lo tanto el resultado del cuestionario fue de 0 (Nada satisfecho) a 100 (Muy satisfecho).

Resultados: La puntuación media del cuestionario fue de 89,3 (límites: 82-97). Lo cual demuestra que los pacientes refirieron estar muy satisfechos con la atención recibida en el Hospital de día.

Discusión: A pesar de que los resultados obtenidos con el cuestionario fueron muy positivos y que la autora refiere escasa dificultad para la comprensión del mismo en su entorno, se hace necesario la adaptación del cuestionario a nuestro medio. La mera traducción ha mostrado gran dificultad a la hora de comprender y entender determinados ítems en muchos pacientes, en especial en los ítems redactados en forma negativa.

261

¿PUEDEN RESPONDER A OTROS ANTI-TNF ALFA LOS PACIENTES QUE NO HAN RESPONDIDO A INFLIXIMAB?

B. Joven, M. Matías de la Mano, I. Mateo y P.E. Carreira
Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El desarrollo de los nuevos tratamientos anti-TNF α ha ampliado considerablemente las opciones terapéuticas para las enfermedades inflamatorias crónicas. Sin embargo, un pequeño porcentaje de pacientes no responde a estas terapias. Una cuestión sin resolver es hasta que punto un paciente que no haya respondido a un tratamiento anti-TNF α puede responder a otro agente dirigido contra la misma molécula diana.

Objetivo: Evaluar la eficacia de otros tratamientos anti-TNF α (etanercept y adalimumab) en pacientes que no han respondido adecuadamente a tratamiento con infliximab (INF).

Pacientes y métodos: Se incluyeron todos los pacientes a los que se suspendió INF por ineficacia y que posteriormente mantuvieron actividad inflamatoria (DAS28 \geq 5,1). Se excluyeron los pacientes a los que se suspendió INF por efectos adversos. Se evaluó clínicamente a los pacientes (rigidez matutina, escala analógica visual para actividad de la enfermedad según el paciente (EAV-, HAQ, NAD e NAI, VSG y PCR) y se valoró la actividad mediante DAS28, en el momento de suspender el tratamiento con INF, y posteriormente cada 6 meses una vez iniciado el nuevo anti-TNF α . Se realizó estadística descriptiva, se utilizó test de t de Student para datos pareados, para comparar medias, se realizó

ANOVA para detectar diferencias entre las distintas terapias anti-TNF α .

Resultados: Once pacientes (8M, 3V) de 40 ± 8 años no respondieron adecuadamente al tratamiento con INF: 9 con AR, 1 con APs y 1 con EA con afectación periférica. La duración media de la enfermedad era de 9 ± 5 años y el nº medio de FAMES previos de 5 ± 3 . El tratamiento concomitante no se modificó. Tras iniciar el nuevo anti-TNF α (6 meses con Adalimumab y 12 meses con Etanercept), se observó una disminución significativa en el NAD (12 ± 10 a 4 ± 5 ; $p = 0,03$), en el NAI (10 ± 8 a 3 ± 1 , $p = 0,02$), en la VSG (26 ± 15 a 13 ± 6 , $p = 0,15$) y en el DAS28 ($6,1 \pm 1,3$ a $3,5 \pm 1,5$, $p = 0,01$). Ningún paciente ha empeorado hasta el momento con la nueva terapia anti-TNF α , sin encontrarse diferencias significativas entre los pacientes que reciben Etanercept o Adalimumab ($p = 0,39$).

Conclusiones: Nuestros resultados, en un pequeño número de casos, sugieren que el fracaso de una terapia anti-TNF α , no indica que el paciente no pueda responder a otro agente dirigido contra esta molécula, de forma rápida y mantenida. Las ligeras diferencias en el mecanismo de acción entre las diferentes terapias anti-TNF α podrían explicar este hecho.

262

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE DOS COHORTES (ESPAÑA-MÉXICO) DE PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍAS DE RECIENTE INICIO

M.D. Miranda, M.C. Muñoz Villanueva, V.C. Pérez Guijo, M.C. Castro, G. Morote, J.A. Carrasco, P. Font, E. Muñoz Gomariz, J.C. Casasola y E. Collantes

Servicio de Reumatología y Unidad de Apoyo a la Investigación del Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, España; Hospital General de México, México D.F.

Objetivo: Describir y comparar las características demográficas, clínicas y analíticas en dos cohortes de pacientes (España-México) con espondiloartropatías de reciente inicio (EaRI).

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo y analítico donde se incluyeron pacientes españoles y mexicanos que cumplían los criterios de espondiloartropatías del European Spondylarthropathy Study Group (ESSG) y tenían un tiempo de evolución de la enfermedad inferior o igual a cinco años. En el momento de incluir al paciente en la cohorte de seguimiento, se recogieron datos sociodemográficos (edad, género), anamnésticos (edad al inicio de los síntomas, primer signo/síntoma de espondiloartropatía, HLA-B27, retraso diagnóstico, tiempo de evolución, episodios de uveítis o entesitis, diagnóstico y afectación clínica, terapia del momento, historia familiar de espondiloartropatías), datos clínicos y metrológicos (EVA dolor, EVA dolor nocturno, EVA global por el paciente, EVA actividad por el medico, BASDAI, BASFI, expansión torácica, Schober modificado, occipucio-pared, dedo-suelo) y datos analíticos (VSG y PCR).

Resultados: Los datos obtenidos pertenecen a 90 pacientes: 39 españoles (27 hombres, 12 mujeres) y 51 mexicanos (37 hombres, 14 mujeres). En la tabla siguiente se indican los resultados de ambas cohortes y las diferencias observadas entre ellas; los valores se expresan en $m \pm ds$ y frecuencias absolutas con porcentajes según sean variables cuantitativas o cualitativas, respectivamente.

	España (n = 39)	México (n = 51)	p
Edad (años)	33 ± 11	26 ± 9	0,001
Género masculino (%)	27 (69%)	37 (73%)	0,913
Edad al inicio de los síntomas (años)	31 ± 11	24 ± 9	0,002
Primer signo / síntoma de espondiloartropatía	58% Lumbalgia 24% Artritis 5% Entesitis	33% Lumbalgia 55% Artritis 6% Entesitis	0,009
HLA-B27 positivo	29 (75%)	30 (59%)	0,001
Retraso diagnóstico (años)	1,2 ± 1,1	2,6 ± 1,7	0,000
Tiempo de evolución (años)	3,3 ± 1,2	2,7 ± 1,7	0,128
Episodios de uveítis	2 (5%)	4 (9%)	0,687
Entesitis	5 (13%)	3 (6%)	0,005
Diagnosticados de EIndif o EA	51% EIndif 3% EA	94% EIndif 6% EA	0,000
Afectación clínica fundamental	54% Axial 11% Periférica 35% Mixta	9% Axial 34% Periférica 57% Mixta	0,000
Terapias en el momento de la inclusión	70% AINES 3% Corticoides 3% MTX 0% SFZ	82% AINES 65% Corticoides 2% MTX 59% SFZ	0,227 0,000 1,000 0,000
Historia familiar de espondiloartropatías	10 (26%)	4 (8%)	0,044
EVA dolor (mm)	35 ± 33	27 ± 29	0,173
EVA dolor nocturno (mm)	35 ± 32	3 ± 5	0,054
EVA global por el paciente (mm)	43 ± 32	40 ± 33	0,750
EVA actividad por el medico (mm)	24 ± 23	46 ± 23	0,092
BASDAI (mm)	35 ± 28	41 ± 23	0,261
BASFI (mm)	29 ± 26	32 ± 28	0,722
Expansión torácica (cm)	7,0 ± 2,6	4,6 ± 1,4	0,000
Schober modificado (cm)	4,5 ± 1,9	5,0 ± 1,2	0,143
Occipucio-pared (cm)	0,9 ± 4,6	0,0 ± 0,0	0,113
Dedo-suelo (cm)	7,9 ± 12,9	22,3 ± 10,7	0,000
VSG (mm 1 ^h)	22 ± 20	25 ± 13	0,803
PCR (mg/L)	19,1 ± 35,6	35,2 ± 20,9	0,061

Conclusiones: Los pacientes de la cohorte mexicana tienen una edad media más joven que los de la española y el debut de la enfermedad es más temprano. El síntoma inicial más frecuente es la lumbalgia en los españoles y la artritis en los mexicanos. El diagnóstico más frecuente es la espondiloartropatía indiferenciada en ambos grupos, pero en los españoles predomina la afectación axial y en los mexicanos la mixta. El tratamiento de base predominante es con antiinflamatorios no esteroideos, pero un alto porcentaje de mexicanos consumen corticosteroides y sulfasalazina a diferencia de los españoles. La presencia de familiares afectados de espondiloartropatías es más frecuente en los pacientes españoles que en los mexicanos. Estas características diferenciadoras entre ambas cohortes podría indicarnos que las formas desarrolladas en los pacientes mexicanos son más severas o agresivas que en los españoles.

263

CONECTIVOPATÍA INDIFERENCIADA: EVOLUCIÓN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-INMUNOLÓGICAS DE 75 PACIENTES

J.C. Quevedo Abeledo, I. Ferráz Amaro, S. Machín García, C. Luna, J.J. Bethencourt Baute, A. Álvarez Pío y T. González Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

Objetivo: Analizar la evolución natural así como los perfiles inmunológico y clínico de 75 enfermos con diagnóstico inicial de Conectivopatía Indiferenciada, tras un seguimiento medio de 6 años.

Métodos: Estudiamos retrospectivamente a 75 pacientes con Conectivopatía Indiferenciada, definida por la presencia de al menos 3 de 11 manifestaciones clínicas de enfermedad auto-inmune sistémica y al menos un anticuerpo no órgano específico y que al inicio de los síntomas no cumplían criterios para ser incluidos en ninguna categoría diagnóstica definida.

Resultados: La edad media en el momento de debut fue de 40,29 años. En el momento de inicio, el 57% presentaban manifestaciones articulares (artralgias/artritis), el 15% alteraciones cutáneas, un 12% hallazgos hematológicos y un 5% fenómeno de Raynaud. Hallazgos clínicos: artritis y artralgias 48%, Raynaud 32%, síndrome sicca 19%, aftosis oral 15%, alopecia 15%, fotosensibilidad 13% y rash malar 10%. Hallazgos inmunológicos: 100% ANA positivo (La 14%, Ro 14%, Anticardiolipina 13%, DNAn 5%, Sm 4%, RNP 3%), 23% trombopenia o leucopenia en al menos dos determinaciones, 23% hipocomplementemia, 24% hipergammaglobulinemia. Se realizaron 9 biopsias de glándula salival menor (sólo 2 de ellas con hallazgos significativos), 17 biopsias cutáneas (test de banda lúpica positiva en 6 pacientes), 16 gammagrafías de glándulas salivales (6 patológicas) y 4 pacientes presentaban hipotonía de esfínter esofágico inferior tras manometría. Se obtuvo un diagnóstico definido en 9 pacientes (3 LES, 3 síndrome de Sjögren, 1 Artritis Reumatoide, 1 CREST y 1 crioglobulinemia secundaria a VHC). Se instauró tratamiento con esteroideos y/o antipalúdicos en el 26% de los casos.

Conclusión: En nuestro estudio, la tasa de evolución a una categoría diagnóstica definida ha sido baja (12%), coincidiendo con comunicaciones previas de otros autores (6% - 37%). La mayoría de los pacientes tuvieron un curso favorable con una baja frecuencia de afectación visceral, siendo necesario tratamiento inmuno-modulador en un número limitado de ellos.

264

EFFECTO DE LA TERAPIA ANTI-TNF- α (INFLIXIMAB O EMBREL) EN LOS DIFERENTES SUBTIPOS DE CÉLULAS T MEMORIA CD4 Y CD8 DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

V. Pérez Guijo, O. de la Rosa, M.C. Castro Villegas, P. Font Ugalde, M.C. Muñoz Villanueva, R. Solana Lara y E. Collantes Estévez

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: Las células T (CD4+ y CD8+) parecen jugar un importante papel en la patogénesis de la Artritis Reumatoide (AR) si bien la naturaleza exacta de su implicación permanece aún insuficientemente aclarada. Recientemente las células de memoria CD4 y CD8 se han clasificado en 3 poblaciones diferentes de acuerdo con la expresión del marcador de superficie CD45RA y el receptor de quimioquinas CCR7; una población de memoria central, como es CD45RA-CCR7+, y dos poblaciones de memoria efectora llamadas memoria efectora (CD45RA-CCR7) y población efectora (CD45RA+CCR7). En formas refractarias de AR, los fármacos anti-TNF α han demostrado un importante beneficio clínico, si bien el efecto de éstos sobre las diferentes poblaciones de células T no está clara.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es analizar el efecto de la terapia anti-TNF α (Infliximab o Embrel) en la distribución de CD4 y CD8 (subtipo memoria) en pacientes con AR.

Métodos: Los PBMC de pacientes con AR se obtuvieron antes y después (número de infusiones o tiempo) de la terapia bloqueadora. Estas células fueron analizadas por inmunofluorescencia multiparamétrica con una combinación de anticuerpos monoclonales contra CD45RA, CCR7, CD4, CD8 o CD3, etiquetados con FITC, PE, PerCP o fluorocromos APC. También se analizaron células procedentes de un grupo de individuos sanos de las mismas edades que los sujetos con AR.

Resultados: Los resultados no muestran cambios significativos en la distribución de CD4 y CD8 entre controles sanos y pacientes con AR. Sin embargo, cuando analizamos los efectos del tratamiento con anti-TNFa encontramos un significativo descenso en el porcentaje de células T (CD3+) totales y un descenso en el porcentaje de la población de CD4 después de la terapia anti-TNFa. No encontramos cambios significativos en la población de CD8. Además las células T CD4 memoria central (CCR7+CD45RA-) estaban disminuidas después de la terapia, mientras que, por el contrario, observamos un incremento significativo en el porcentaje de células efectoras T CD8+ (CCR7-CD45RA) CD8+ T después de dicho tratamiento.

Conclusiones: La determinación de estos fenotipos después del tratamiento anti-TNFa en pacientes con AR puede aportar un conocimiento importante en la homeostasis de las células T. El tratamiento anti-TNFa puede ser modulador de la distribución de los diferentes subtipos de células T CD4 y CD8 implicados en la patogénesis de la artritis reumatoide.

265

¿PUEDE CONTROLARSE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA ARTICULAR TRAS LA SUSPENSIÓN DE INFLIXIMAB SIN LA INTRODUCCIÓN DE OTRO ANTI-TNFα?

M. Matías de la Mano, B. Joven, R. González Crespo, P.E. Carreira Delgado e I. Mateo
Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Las terapias anti-TNFα se han convertido en el patrón de referencia para el control de la actividad inflamatoria en pacientes con artritis reumatoide y otras enfermedades reumáticas refractarias a tratamientos con los FAME tradicionales.

Objetivo: Analizar la evolución de los pacientes con artropatías inflamatorias tras la suspensión del tratamiento con infliximab, a los que no se ha asociado otro anti-TNFα.

Material y métodos: Se incluyen en el estudio a aquellos pacientes a los que se suspende el tratamiento con Infliximab (INF), y en los que no se inicia otro anti-TNF. Se analiza en todos ellos la causa de suspensión. La actividad de la enfermedad se evalúa mediante HAQ, número de articulaciones dolorosas (NAD) e inflamadas (NAI), rigidez matutina, VSG, PCR y DAS28 / BASDAI, en el momento de suspender el INF, y posteriormente cada 6 meses. Se realizó estadística descriptiva, y se utilizó test de t de Student para datos pareados, para comparar medias.

Resultados: De un total de 81 pacientes tratados con INF, 10 (2V y 8M), con edad media de 45 ± 13 años, suspendieron el tratamiento, sin que se introdujera posteriormente otra terapia biológica: 6 con artritis reumatoide, 2 con espondilitis anquilosante, 1 con artropatía psoriásica y 1 con enfermedad de Behçet. Todos los pacientes presentaban un DAS28 ≥ 5,1 al inicio del tratamiento con INF. Durante el

tratamiento los pacientes mejoraron significativamente en todos los parámetros de actividad articular. Las causas de suspensión de INF fueron: 2 por deseo gestacional, 4 por efectos secundarios, 3 por negativa del paciente a continuar el tratamiento y 1 por remisión de la enfermedad. Los FAME que recibían concomitantemente con el INF en el momento de la suspensión eran: 8 metotrexate (MTX), 1 salazopirina (SSZ) y 1 azatioprina (AZA). Al año, sólo 4 pacientes toman MTX, 1 SSZ, 1 AZA, a 1 paciente se le añadió hidroxiquina (HCL), y 3 de ellos no recibían ningún FAME. Al año de la suspensión del tratamiento con INF, la mayoría de los pacientes ha presentado empeoramiento leve de su enfermedad articular, pero no se ha objetivado un incremento significativo en ninguno de los parámetros de actividad analizados. Tampoco hubo diferencias en cuanto a la dosis de esteroides / AINES administrados.

Conclusiones: En pacientes que han suspendido el tratamiento con INF por causas diferentes de la ineficacia, el control de la actividad inflamatoria puede mantenerse durante al menos un año.

266

SÍNDROME ESCLERODERMIFORME COMO MANIFESTACIÓN ÚNICA DE LA ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUESPED CRÓNICA (EICHc)

M. Matías de la Mano, B. Joven, R. Almodóvar, P.E. Carreira y R. González Crespo
Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: La EICHc es la complicación tardía más frecuente e importante del trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) alogénico. Aunque una gran parte de las lesiones cutáneas en el seno de EICHc debutan inicialmente como liquen plano, en un pequeño número de casos pueden progresar hacia lesiones esclerodermiformes. Las lesiones esclerodermiformes como manifestación inicial y única son excepcionales.

Objetivo: Revisión de todos los pacientes trasplantados de médula ósea entre 1975 y 2003, en un hospital terciario, que han presentado un síndrome esclerodermiforme como única manifestación de EICHc, confirmado mediante biopsia cutánea.

Resultados: Revisamos 560 pacientes con TMO, encontrando 2 pacientes con afectación cutánea aislada como única manifestación de EICHc. Se trata de una mujer y un varón de 50 y 59 años, diagnosticados de linfoma folicular tipo 1 y leucemia mieloide crónica, respectivamente, a los que se les realizó un TPH alogénico de hermano HLA idéntico. Al año del mismo, mostraron remisión completa de la enfermedad con CT normal y médula ósea normocelular sin signos de infiltración. En el primer paciente se objetivó un engrosamiento cutáneo en cara interna de ambas muñecas, y en el segundo, una fascitis bilateral tipo morfea, de predominio en antebrazos y cara posterior de ambas piernas, que le producían una importante impotencia funcional. En ambos casos fue interpretado como EICHc cutánea esclerodermiforme mediante biopsia. El primer paciente recibió tratamiento con ciclosporina A y esteroides, con desaparición prácticamente completa de las lesiones cutáneas. El segundo recibió tratamiento con Ciclosporina A, Micofenolato y esteroides a altas dosis, objetivándose una mejoría parcial de las lesiones cutáneas y de la limitación articular. En el momento actual, ambos se encuentran en situación de EICHc tardía y controlada.

Conclusión: El síndrome esclerodermiforme como única manifestación de la EICHc es excepcional, y en ocasiones es el único dato que lleva al diagnóstico de la misma. En nuestros pacientes, la afectación cutánea aislada tiene buena respuesta al tratamiento esteroideo e inmuno-supresor.

267

EXPRESIÓN DE LAS PROTEÍNAS DE CHECKPOINT, HHUS 1 Y HRAD 9 EN EL CARTÍLAGO ARTICULAR HUMANO SANO Y AFECTO DE ARTROSIS

E. Trujillo Martín, A. Mobasher, J. Quevedo, S. Machín, P. Martín Vasallo y T. González

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.

Los mecanismos de control sobre el ciclo celular se denominan checkpoints y su objetivo es mantener la integridad genómica. Fallos en estos mecanismos se han implicado en la génesis de tumores y de enfermedades degenerativas.

Objetivo: 1) Estudiar la expresión de los genes de vigilancia o de "checkpoint" (hHus 1 y hRad 9) en el cartílago articular humano sano y comparar su expresión en el cartílago afecto de artrosis. 2) Valorar la relación entre el índice de apoptosis y la expresión génica de las proteínas de checkpoint.

Métodos: Para la identificación inmuno-histoquímica de las proteínas involucradas en la vigilancia genómica utilizamos anticuerpos policlonales de conejo anti-proteína hRad 9 y hHus 1 humana. El índice de apoptosis se obtuvo mediante Hematoxilina-Eosina y técnica de T.U.N.E.L. (TDT-mediated dUTD nick end labelling). Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS 10.0. Las pruebas de comparación de proporciones para el estadio de asociación entre el índice de apoptosis y la expresión de las proteínas de vigilancia hRad 9 y hHus 1 se realizaron con la prueba de X².

Resultados: Los estudios de inmuno-histoquímica muestran que hHus 1 y hRad 9 tienen una expresión moderada-alta (51-75% de núcleos positivos) en varias zonas del cartílago humano. Sin embargo, la expresión de hHus 1 se reduce en el cartílago afecto de artrosis (0-25% de núcleos positivos), $p < 0,001$. La expresión de hHus 1 muestra una correlación positiva con el índice de apoptosis, $p = 0,02$.

Discusión: Fallos en el control de la integridad genómica de los condrocitos pueden estar implicados en la patogenia de la artrosis

268

RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA POBLACIÓN DE ENFERMOS CON LES

M. Henriques Salvador, M.J. Salvador, D. Nour, M. Rial, A. Malcaça y A. Porto

Hospitais da Universidade de Coimbra, Portugal.

Objetivos: Evaluación del riesgo cardiovascular en una población de enfermos con LES.

Métodos: Levantamiento de procesos clínicos de enfermos seguidos en consulta de Reumatología por LES y evaluación de la actividad de la enfermedad y de los factores de riesgo cardiovascular (HTA, ficha lipídica, diabetes, tabaquismo, Índice Masa Corporal, terapéuticas efectuadas, historia familiar, sedentarismo, anticuerpos anticardiolipinas).

Resultados: Fueron registrados resultados de 64 enfermos escogidos aleatoriamente de la consulta de Reumatología; 58

enfermos de sexo femenino y 6 de sexo masculino. Todos cumplen criterios del ACR para LES. La edad media de los enfermos es de 41,6 años (desvío padrón de 13,5 años) y la duración media de la enfermedad de 10,1 años (desvío padrón de 7,17 años). Todos están medicados con corticoesteroides desde el diagnóstico de la enfermedad. 23 enfermos presentan alteración del perfil lipídico (35,9%). La media de edad de estos enfermos es de 46,7 años (desvío padrón de 12,2 años) y tienen una duración media de la enfermedad de 11,6 años (desvío padrón de 7,27 años). 41 enfermos tienen HTA (64%), de los cuales 19 tienen también dislipidemia (29,7%). 3 enfermos tienen diabetes tipo II (1 de ellos con dislipidemia). De los 64 enfermos, 8 tenían anticuerpos anticardiolipina positivos, 31 tenían afectación renal (18 destes con dislipidemia), 52 estaban medicados con hidroxilcloroquina. Solamente 4 enfermos tuvieron accidentes vasculares mayores. 22 enfermos realizaron Doppler carotídeo, que reveló la presencia de placas ateromatosas en 7 enfermos, sin compromiso del flujo. 27 enfermos realizaron Ecocardiograma que sólo reveló alteraciones significativas en 2 enfermos.

Conclusiones: La tasa de dislipidemias en nuestra población es semejante a la tasa encontrada en la población general Portuguesa siendo la tasa de HTA superior a la de la población general. Pensamos que el hecho de estar controlada de la actividad de la enfermedad (la mayoría de los enfermos tienen un SLEDAI inferior a 5 y un dano -SLICC- inferior a 3) y del tratamiento de posibles alteraciones ser instituido precozmente, pueda tener influencias en este aspecto, tanto como en el de la baja incidencia de complicaciones cardiovasculares.

269

PERFIL DE AUTOINMUNIDAD EN PACIENTES TRATADOS CON INFlixIMAB

B. Joven, M. Matías de la Mano, R. Almodóvar, M. Galindo y I. Mateo

Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El tratamiento con terapia anti-TNF- α se ha relacionado con la aparición de auto-anticuerpos, principalmente, ANA, anti-DNA, y anti-cardiolipinas (ACL), sin que sea frecuente el desarrollo de lupus eritematoso (LES) o síndrome anti-fosfolípido (SAF).

Objetivos: Analizar la inducción de auto-anticuerpos (auto-Ac) en pacientes (pacientes) con Infliximab (INF).

Material y métodos: 81 pacientes tratados con INF: 47 (58%) por artritis reumatoide (AR), 24 (30%) por espondiloartropatías (EAp), 6 (7,4%) por artropatía psoriásica (Aps) y otras (2 Behçet, 1 EMTc y 1 polimiositis). Recibían INF según pauta habitual de 3-5mg/kg (0, 2, 6, cada 6-8sem). Se determinaban ANA (IFD), anti-DNA (IFD) y ACL (ELISA) al inicio y periódicamente.

Resultados: Los pacientes (54 M, 27 V) de 46 ± 14 años, de 12 ± 9 años de evolución, en tratamiento con INF 15 ± 10 meses (10 ± 5 infusiones) asociado a FAME en el 97% (MTX 70%, AZA 6%, SSZ 2,4%, LF 1,2%) presentaban:

	Inicio	3 meses	6 meses	12 meses	24 meses
ANA (% ptes)	12,5%	28%	37%	44%	39%
Anti-DNA (% ptes)	0%	0%	1,6%	0%	0%
ACLlgG (% ptes)	1,8%	1,9%	0%	0%	0%
ACLlgM (% ptes)	7,3%	13,2%	14,6%	31,4%	14,3%

En 23 pacientes (29%) se positivizan los ANA en algún momento, en 1 pte se negativizan y en el resto no se modifica, encontrándose diferencias significativas ($p < 0,001$) entre el número de ANA positivo al inicio y al final del tratamiento. Aunque los títulos de ANA se elevan (64 ± 231 vs. 149 ± 308) no lo hacen de forma estadísticamente significativa, situándose la mediana en títulos de 1/40. Anti-DNA y ACLIgG se elevan puntualmente en un paciente. En 3 pacientes se positivizan las ACLIgM y en 2 se negativizan, sin diferencias significativas entre el porcentaje de positivos iniciales y finales. En ninguno de estos casos se observan datos sugerentes de LES o SAF. En nuestros pacientes se observa una mayor aparición de ANA en pacientes con AR seropositiva ($p = 0,01$) sin asociarse con la duración o la gravedad. La dosis empleada, el intervalo de administración, la respuesta y la supervivencia del tratamiento tampoco parecen asociarse con el desarrollo de autoAc.

Conclusiones: Nuestros resultados confirman la aparición de ANA en pacientes tratados con INF, especialmente en aquellos con AR seropositiva. En general los títulos son bajos, sin observarse datos de LES o SAF. No se ha observado aumento significativo en los otros autoAc estudiados. El perfil de auto-inmunidad no parece asociarse con las condiciones de administración, ni con la respuesta o supervivencia del tratamiento tampoco parecen asociarse con el desarrollo de autoAc.

270

ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LOS MACRO-MICRONUTRIENTES DE LA DIETA EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS Y SUS EFECTOS SOBRE LA MASA ÓSEA Y EL CALCIDIOL SÉRICO

T. Cobo, P. Aguado, M.L. González, E. Martín, M.E. Martínez y E. Martín Mola

Servicio de Reumatología y Bioquímica, Hospital Universitario La Paz. Servicio de Bioquímica, Hospital Central de la Defensa. Madrid.

Introducción: En estudios previos hemos analizado los hábitos dietéticos de las mujeres posmenopáusicas y su influencia en la salud ósea. El análisis cuantitativo nutricional no se ha realizado.

Objetivos: Cuantificar el aporte de macro y micronutrientes en la dieta de mujeres posmenopáusicas de nuestra área asistencial para valorar si cumplen los estándares nutricionales recomendados en este grupo poblacional y su efecto sobre la DMO y el calcidiol sérico (CS).

Material y métodos: Se realizó una encuesta alimentaria a 190 mujeres PM ($58,6 \pm 6,1$ años), 133 mujeres con OP y 57 sin OP (DEXA Hologic QDR 1000), en la que recogimos la ingesta de un día de la semana, especificando la cantidad de cada alimento consumido. Utilizamos la tabla de composición de los alimentos españoles (Ministerio de Sanidad y Consumo) para analizar y comparar con las ingestas diarias recomendadas (RDI): Kilocalorías totales, macronutrientes (hidratos de carbono, grasas y proteínas) y micronutrientes (calcio, hierro, vitamina A, B y C). Se registraron datos antropométricos. Ningún paciente tomaba complejos vitamínicos y/o suplementos de calcio y Vitamina D (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 (T Student).

Resultados: Presentaron deficiencia de VD (CS < 15) el 68,48% de las mujeres no existiendo diferencias en el nivel de CS entre mujeres con o sin OP. Análisis descriptivo nutriente / recomendación: kilocalorías $1534,9 \pm 570,5$ /1600-1800; grasas $69,4 \pm 36,7$ g / 47-57 g; proteínas $72,9 \pm 25,7$ g/51-64 g; hidratos de carbono $156,7 \pm 60,7$ g/234-255g; calcio $748,6 \pm 303,5$ mg/1200 mg; hierro $11,4 \pm 8,5$ / 8 mg; VA $2478,2 \pm 1880,7$ µg/700µg; VB $14 \pm 6,4$ mg/16,2 mg y VC $78,8 \pm 60,2$ mg/75 mg. Ningún macronutriente (MA) era determinante de la ingesta calórica total. No se encontraron diferencias significativas en los MA y MI para los grupos de mujeres con o sin OP y con o sin deficiencia de VD. Tanto los niveles de CS como la DMO no se correlacionaron de forma significativa con estos nutrientes.

Conclusión: Las mujeres de nuestro estudio no se ajustan a las RDI. Factores independientes al estado nutricional influirían sobre la salud ósea (niveles de calcidiol sérico y la DMO).

271

REUMATÓLOGOS PORTUGUESES Y LA OSTEOARTROSIS

I. Candal Cunha, P. Pinto, A. Cordeiro, A. Bernardo, J. Bernardes, A. Cravo, E. Bourka, W. Castelão, C. Silva, P. Araújo, L. Miranda y A. Barcelos

Hospitais da Universidade Coimbra. Portugal.

Introducción: La osteoartritis (OA) es la patología músculo-esquelética más frecuente a partir de los 50 años de edad, con gran impacto en la calidad de vida de los enfermos. En la población occidental, la mayoría de los individuos con 65 años ya presentan alteraciones radiográficas de OA tornándose prácticamente universal después de los 75 años de edad.

Objetivos: El presente estudio tuvo como objetivo principal conocer como los Reumatólogos Portugueses e internos de la Especialidad abordan la OA y cual es su importancia en la práctica clínica.

Métodos: Fue elaborado un cuestionario sobre la OA compuesta por 23 preguntas (número de enfermos observados/semana, localización más común, utilización de los criterios de diagnóstico del ACR, periodicidad del seguimiento en consulta, utilización de los índices WOMAC y Lequesne, terapéutica farmacológica y no farmacológica, orientación quirúrgica, tiempo medio de espera para intervención quirúrgica, etc.). El cuestionario fue realizado a internos y a especialistas de Reumatología en Portugal, con excepción de las regiones autónomas.

Resultados: Fueran encuestados un total de 66 Reumatólogos/interos de la especialidad (53 reumatólogos/13 internos). En el diagnóstico de OA, 33 Reumatólogos/interos utilizaban regularmente los criterios de diagnóstico del ACR, en cuanto 23% nunca los utilizan. Los índices de WOMAC e de Lequesne son utilizados predominantemente en ensayos clínicos. 65% de los encuestados realizan control radiológico de la OA con una periodicidad de 1 a 3 años. La mayoría de los encuestados (97%) considera el deporte importante para los enfermos con OA, eligiendo la natación/hidroginnasia como el más adecuado. El 100% preconiza programas de reducción de peso en el tratamiento de la OA y 94% los orienta para una consulta de nutrición. En el tratamiento farmacológico de la OA, el sulfato de glucosa-

mina fue el fármaco de elección (100%). AINE's convencionales y los selectivos, analgésicos y a diacereína forman parte del arsenal terapéutico prescrito. Para el 94% de los encuestados, la intervención ortopédica a los enfermos reumáticos es tardía, con un tiempo medio de espera de 3 años.

Conclusiones: La OA constituye para la mayoría de los Reumatólogos e internos de la Especialidad una de las patologías más importantes y con más impacto en la Reumatología.

272

INDUCTION OF AUTOANTIBODIES DURING PROLONGED TREATMENT WITH INFLIXIMAB IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

A. Tavares Barcelos, A. Barcelos, M.J. Salvador, M. Rial, I. Cunha, J. Silva, A. Malcasa y A. Porto
Hospitais da Universidade de Coimbra. Portugal.

Objectives: The main objective of this study is to determine the induction of autoantibodies in patients with Rheumatoid Arthritis (RA) treated with infliximab in a routine clinical setting.

Methods: Twenty-two patients (19 females and 3 males) with RA were treated with infusions of infliximab. All patients were followed with autoantibody analysis before treatment and at 30 weeks (6 infusions). Some of the patients underwent further autoantibody analysis after 54 weeks (9 infusions) and 102 weeks (15 infusions). Autoantibody analysis enabled the evaluation of the development of the following antibodies: antinuclear antibody (ANA), anti double-stranded DNA (anti-dsDNA), anti-nDNA, anti-histone, anti-SSA and anti-SSB.

Results: 50% of 22 patients, receiving prolonged treatment with infliximab, developed new autoantibodies. The most common new antibody was ANA in 36%, followed by anti-dsDNA in 27% and anti-nDNA in 5%. New autoantibody formation was associated with the infusions of infliximab at 54 weeks ($p = 0,026$), however due to patient withdrawn we can not significantly say the same at 102 weeks ($p = 0,154$).

Conclusion: Autoantibody formation is seen in patients receiving prolonged treatment with infliximab. No patient, to date, has manifested disease characteristics that might be related to autoantibody formation. Carefull attention should be paid to the patients undergoing prolonged treatment with infliximab.

273

¿PUEDE LA TERAPIA ANTI-TNF MODIFICAR LA RESPUESTA AL PPD?

B. Joven, R. Almodóvar, M. Galindo, J.L. Pablos e I. Mateo
Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El TNF- α desempeña un papel esencial en la artritis crónica pero también en la inmunidad frente a ciertas infecciones, como las micobacterianas. Esto podría explicar la incidencia aumentada de tuberculosis (TB) observada en pacientes en tratamiento con anti-TNF- α . Por este motivo, se recomienda realizar PPD antes de iniciar el tratamiento con terapia anti-TNF- α para identificar los casos con riesgo de desarrollar TB e iniciar quimioprofilaxis (QP). Sin embargo,

los pacientes con artritis reumatoide pueden ser anérgicos bien por actividad de la enfermedad, bien por la terapia inmunosupresora. Algunos autores han mostrado previamente mejoría de la respuesta de hipersensibilidad retardada tras el tratamiento con FAME, pero se desconoce el efecto de las terapias anti-TNF- α .

Objetivo: Estudiar si la terapia anti-TNF- α (infliximab) puede enmascarar la respuesta al PPD, lo que disminuiría el valor diagnóstico del test, o bien mejorar la anergia asociada a la artritis activa, obligando a reconsiderar la QP.

Métodos: Estudio prospectivo de 44 pacientes tratados con infliximab (INF) por artritis reumatoide (32), A. psoriásica (3) o espondiloartropatías (9). Recibieron 9 infusiones de 3-5mg/kg (semana 0, 2, 6 y cada 8). Se realizó el PPD antes del INF y se repetió tras 54 semanas de tratamiento. Se inyectó intradérmicamente 2U de tuberculina RT-23 y se examinó 72 horas después. Una induración mayor de 5mm fue considerada positiva iniciándose QP con isoniacida durante 9 meses.

Resultados: La edad media de los pacientes era de 47 ± 13 años y la duración de la enfermedad era 11 ± 6 . Al iniciar el INF 40 pacientes estaban con MTX, 2 con SSZ y 2 con AZA. Todos los pacientes tenían dosis < 10 mg de prednisona. 36 pacientes eran PPD negativo y 8 positivo. Tras 54 semanas, no hay cambios en el test excepto en 3 pacientes. 2 con PPD negativo positivizan el test sin contacto alguno tuberculoso o datos microbiológicos de TB activa, pautándose QP. En otro paciente con PPD positivo inicialmente se negativiza con el tratamiento con INF. En los pacientes con PPD positivo, el diámetro de la induración se incrementó de $16 \pm 0,5$ a $18 \pm 1,3$.

Conclusión: La respuesta al PPD se mantiene o se incrementa tras terapia anti-TNF- α en la mayoría de los pacientes. Por tanto, no parece que el tratamiento anti-TNF- α produzca anergia. Sería recomendable repetir el PPD una vez conseguida la remisión para identificar a aquellos pacientes que puedan requerir QP.

274

FACTORES QUE DETERMINAN DOLOR EN LA GONARTROSIS

T. Cobo, E. de Miguel Mendieta, J. Uson, M.G. Bonilla y E. Martín Mola

Servicio de Reumatología Hospital Universitario La Paz y Unidad de Reumatología del Hospital de Móstoles. Madrid.

Introducción: Existe una gran discrepancia entre la prevalencia de artrosis radiológica y sintomática. Los estudios epidemiológicos poblacionales han puesto de manifiesto que numerosos pacientes con gonartrosis radiológica no presentan clínica.

Objetivos: Analizar qué signos físicos influyen sobre la presencia de dolor en la gonartrosis.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo controlado de 101 pacientes con diagnóstico de gonartrosis primaria según los criterios del ACR (clínicos y RX). Se dividió a los pacientes en dos grupos: Grupo 1(casos) 81 pacientes con gonartrosis sintomática en los últimos 6 meses y dolor superior a 30mm determinado por escala visual analógica (EVA). Grupo 2 (controles) 20 pacientes con gonartrosis sin dolor en las cuatro semanas previas a la exploración. En ambos grupos se recogieron las siguientes variables: Edad, sexo, peso,

talla, EVA para dolor, RX de rodilla (ap y lat) y ecografía de rodilla. En el estudio ecográfico se buscaba: derrame en bursa suprapatelar, bursitis prepatelar e infrapatelares, lesiones meniscales, lesiones de ligamentos colaterales, tendinobursitis anserina, derrame articular y quiste de Baker. Se realizó análisis univariante con el test exacto de Fisher y U de Mann-Whitney o T de Student para la comparación de medidas, y un modelo de regresión logística en el que se incluyeron las variables más significativas del análisis univariante.

Resultados: Análisis descriptivo casos/controles: Sexo: mujeres 78/14; varones 3/6; edad: 66,75 ± 8,67/ 62,1 ± 9,0; peso: 74,9 ± 12,4/ 72,81 ± 2,5; talla: 154,72 ± 6,47/ 159,881 ± 0,3; IMC: 31,3 ± 4,8/ 28,4 ± 4,1; derrame en bursa suprapatelar: 64/7; lesión meniscal 37/8; tendinitis anserina: 3/0; bursitis anserina: 2/0, bursitis infrapatelar: 7/0; grado radiológico: I: 5/7, II: 27/7, III: 45/5, IV: 2/1, quiste de Baker: 30/3. Al comparar estas variables entre ambos grupos, sólo se encontró asociación con el sexo (p = 0,002), derrame en bursa suprapatelar (p < 0,001), grado radiológico (p < 0,005) y existencia de Quiste de Baker (p = 0,068). Cuando se hizo la regresión logística, los factores asociados de manera independiente a la aparición de sintomatología fueron: derrame en bursa suprapatelar (OR = 6,46, IC 95%: 1,87-22,37), IMC (OR = 1,18, IC 95%: 1,03-1,367) y quiste de Baker (OR = 5,56, IC 95%: 0,997-31,05).

Conclusiones: Según nuestro estudio para mejorar la gonartrosis sintomática debemos reducir el peso de nuestros pacientes y tratar precozmente el derrame articular y el quiste de Baker, variables fundamentales en la sintomatología de la artrosis de rodilla. Para ello consideramos útil la incorporación de la ecografía articular en la valoración de esta patología dada su alta sensibilidad en la detección de derrames.

275

EFICACIA DE DOS PAUTAS DE SUPLEMENTACIÓN (COLECALCIFEROL DIARIO VERSUS CALCIDIOL CÍCLICO) EN LA PREVENCIÓN DE PÉRDIDA DE MASA ÓSEA DE MUJERES POSTMENOPÁUSICAS CON INSUFICIENCIA DE VITAMINA D

T. Cobo, P. Aguado, M.L. González, M.G. Bonilla, M.E. Martínez y E. Martín Mola

Servicio de Reumatología y Bioquímica Hospital Universitario La Paz y Servicio de Bioquímica Hospital Central de la Defensa. Madrid.

Introducción: En estudios previos se ha demostrado la elevada prevalencia de hipovitaminosis D en la mujer postmenopáusica.

Objetivos: Evaluar la eficacia de la suplementación con vitamina D (VD) y la pauta de administración óptima para prevenir la pérdida de masa ósea en la postmenopausia.

Pacientes y métodos: Estudiamos 32 mujeres postmenopáusicas con niveles de calcidiol sérico (CS) < 15 ng/ml y densidad mineral ósea (DMO) normal u osteopenia, que fueron suplementadas aleatoriamente con 2 pautas diferentes: (S1): 80.000 UI de calcidiol oral trimestral + 1g Ca/día; (S2): 800 UI/día de vitamina D + 1g Ca/día. Dieciséis mujeres postmenopáusicas no osteoporóticas, con insuficiencia de VD, constituyeron el grupo control (C). Se cuantificaron los niveles séricos de calcidiol y PTH, así como la excreción urinaria de deoxipiridinolina, en situación basal, a los 6, 12 y 24 meses. La DMO lumbar y en cadera (DEXA) se evaluó a nivel basal, al año y 2 años. Los resultados se compararon me-

dante "t" para datos pareados y ANOVA (Scheffe), y se aplicó correlación de Spearman.

Resultados: En ambos grupos suplementados se corrigió la insuficiencia de VD, ya en el 6º mes. En relación a la situación basal, se objetivó un incremento significativo en la DMO a nivel lumbar (p 0,010), en cadera total (p 0,006) y en región intertrocanterea (p 0,050) en S1 y S2; el grupo C disminuyó su DMO en región intertrocanterea (p 0,032). Al comparar los 3 grupos, solamente se observaron diferencias significativas en el % de cambio de la DMO lumbar (p 0,010), en cuello (p 0,038) y región intertrocanterea (p 0,025) entre los grupos C y S1. El CS se correlacionó directamente con el % de cambio en la DMO lumbar y en cadera. La PTH se asoció inversamente con el CS, aunque no se correlacionó con la DMO.

Conclusiones: La corrección de la insuficiencia de VD se acompañó de un incremento de la DMO en la mujer postmenopáusica. Este efecto beneficioso sobre la DMO parece ser dependiente de la pauta de suplementación, mostrándose la terapia cíclica más eficaz.

276

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB A LARGO PLAZO

M. Matías de la Mano, B. Joven, R. González Crespo, P.E. Carreira e I. Mateo

Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: En la práctica clínica el tratamiento anti-TNF ± con frecuencia debe mantenerse para controlar la actividad inflamatoria, a pesar de que el perfil de seguridad sea incierto.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad del infliximab (INF) en pacientes en tratamiento continuado durante más de 2 años.

Material y métodos: Estudio abierto, prospectivo de los pacientes tratados con INF a dosis de 3-5 mg/Kg, según pauta habitual (semanas 0, 2, 6 y cada 8) en un hospital terciario, entre Enero 2000 y Enero 2004. De un total de 81 pacientes, 25 (7 V, 18 M) llevaban más de 2 años en tratamiento con INF: 17 por artritis reumatoide, 2 por A. Psoriásica, 5 por espondiloartropatías y 1 por enfermedad de Behçet. En cada infusión se recogieron los siguientes datos: número de articulaciones dolorosas (NAD), número articulaciones inflamadas (NAI), clase funcional, rigidez matutina, VSG, PCR, evaluación global de la enfermedad por el paciente y el médico y del dolor por el paciente (EVA_d, EVA_p, EVA_m) y cuestionario de calidad de vida (HAQ). La actividad de la enfermedad se evaluó mediante la respuesta al DAS 28/BASDAI y las revisiones oftalmológicas en el caso de enfermedad de Behçet. Se recogieron todas las reacciones adversas aparecidas durante las infusiones y en el seguimiento. Para el estudio estadístico se utilizó t de Student para datos pareados, para comparar medias, y Odds Ratio con 95% CI para medir la fuerza de asociación entre variables.

Resultados: La edad era de 50 ± 14 años, la duración de la enfermedad de 11 ± 7 años y 3 el nº de FAMEs previos. Tras una media de 29 ± 6 meses los pacientes habían recibido 17 ± 3 choques, acortándose el período entre choques en 3 de ellos, y pudiéndose alargar en 8. En 17 pacientes se mantuvo la dosis inicial y en 8 hubo que aumentar la dosis de INF. Se observó una disminución significativa en la rigidez

matutina ($p < 0,013$), DAS28 ($p < 0,001$), EVA ($p < 0,001$), grado funcional ($p < 0,001$), HAQ ($p < 0,001$), NAD y NAI ($p < 0,001$), VSG ($p = 0,003$), PCR ($p = 0,002$). Globalmente, se consiguió una reducción del 30% en la necesidad de corticoesteroides. Los efectos secundarios observados durante la infusión fueron: nerviosismo (1), cefalea (1), hipotensión (1), prurito (1), calor local (1). Durante el seguimiento se registraron 6 infecciones respiratorias y 2 urinarias de carácter leve, 1 caso de bacteriemia por *S.bovis*. En 8 pacientes se positivizó el título de ANA a títulos bajos sin clínica de lupus eritematoso sistémico. No se recogió ningún caso de tumor ni enfermedad desmielinizante.

Conclusiones: La terapia con INF puede mantenerse en la práctica clínica habitual por encima de los 2 años, sin que se modifique el perfil de seguridad.

277

VARIACIÓN EN LOS TÍTULOS DE ANTI-PCC TRAS EL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LARGA EVOLUCIÓN

A. Gómez, C. Albaladejo, J.R. Rodríguez, G. Ercilla, O. Viñas, G. Salvador, J.D. Cañete, A. Gómez Puertas y R. Sanmartí
Hospital Clínic de Barcelona y Hospital de Sabadell. Barcelona.

Objetivo: Estudiar la evolución de los títulos de anticuerpos anti PCC en un grupo de pacientes con AR de larga evolución sometidos a tratamiento con infliximab. Analizar la relación entre la presencia y variación de dichos títulos y la respuesta terapéutica.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional en el que se incluyeron pacientes consecutivos afectados de AR de larga evolución en los que su reumatólogo había decidido la introducción de tratamiento con infliximab por presentar una enfermedad activa y no responder a los FAME clásicos. Se determinaron los títulos de anti-PCC mediante el ELISA IMMUNOSCAN-RA PC2 en todos los pacientes antes de iniciar el tratamiento (T0), a las 6 semanas (T6) y a las 30 semanas de tratamiento (T30). Se comparó la evolución de los títulos de anticuerpos con la evolución de la actividad de la enfermedad y la respuesta terapéutica (criterios de la EULAR) a las 30 semanas y se estudió si existían diferencias entre los pacientes anti-PCC+ y anti PCC- antes del inicio del tratamiento biológico.

Resultados: Se incluyeron un total de 28 pacientes, 93% mujeres, 78% FR+, edad media de 55 ± 14 años, tiempo de evolución 171 ± 126 meses, Nº medio de FAME $3,7 \pm 1,6$ por paciente, DAS28 $5,4 \pm 1,4$. Un 72% de pacientes eran anti-PCC+. Los títulos (media \pm DE) de anti-PCC fueron de 679 ± 580 en T0, 724 ± 620 en T6 y 575 ± 582 en T30 ($p < 0,05$ y $p < 0,05$ entre T0 y T30 y entre T6 y T30 respectivamente). El índice DAS28 se redujo de manera significativa tras el tratamiento ($5,4 \pm 1,4$ en T0, $4,0 \pm 1,3$ en T6 y de $4,7 \pm 1,2$ en T30). Un total de 11 pacientes (40,7%) redujeron los títulos de anti-PCC a la semana 30 en más de un 20%. No encontramos una mayor frecuencia de respuestas terapéuticas satisfactorias en este grupo de pacientes en comparación con aquellos en que no se produjo tal disminución. Tampoco se evidenció una mayor tasa de respuestas en los pacientes anti-PCC+ frente a los anti-PCC negativos. Los pacientes anti-PCC+ tenían una edad mayor (59 ± 12 frente a 45 ± 13 ($p = 0,03$)), un tiempo de evolución de la artritis inferior (130 ± 78 meses frente a

± 167 meses ($p = 0,02$)) así como una mayor frecuencia de FR (85% frente a 57%. NS) que los anti-PCC-. No se observaron diferencias en el número de FAMES utilizados antes de iniciar infliximab entre ambos grupos ($3,6 \pm 1,4$ frente a $4,1 \pm 1$).

Conclusión: Infliximab reduce de manera significativa los títulos de anti-PCC en pacientes con AR. No encontramos unos índices de respuestas terapéuticas satisfactorias superiores en el grupo de pacientes con mayor descenso de los niveles de anti-PCC, aunque el pequeño tamaño de la muestra obliga a no sacar conclusiones definitivas. Existen ciertas diferencias (edad, tiempo de evolución de la artritis) entre los pacientes anti-PCC+ y anti-PCC- antes del inicio del tratamiento con infliximab lo que podría sugerir subgrupos pronósticos distintos.

278

WEB DE LA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL VALL D'HEBRON: 18 MESES DE EXPERIENCIA EN LA RED

X. Alzaga Reig, C. Arnal Guimerá, X. Sans Valeta, S. Marsal Barril, A. Sellas Fernández, J.J. de Agustín de Oro, C. Modesto Caballero, J.E. Fernández Lecina, J. Valero Saiz, J.V. Moreno Muelas, C. Tomás Roura, A. Erra Duran, E. Moreno Ruzafa, Y. León Hernández Rico, B. Rodríguez Díez, M. Barceló Bru, A. Julià Cano, S. Campos Badía, J. Madé Medina, C. Alegre de Miquel y P. Barceló García
Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos: Diseñar y crear un sitio Web temático sobre Reumatología para ofrecer información a los usuarios, y como herramienta de contribución a la formación continuada e interrelación entre profesionales de la salud interesados en esta especialidad médica.

Métodos: Para construir el Web se ha registrado un dominio (www.reumatologiahv.org) y se ha contratado un alojamiento propio en Internet. Los contenidos son aportados por el equipo médico de la Unidad de Reumatología del Hospital Vall d'Hebron (URHVH). Un reumatólogo del equipo es el editor responsable y Webmaster (mantenimiento y actualización Web y gestión del correo electrónico generado). La edición se ha realizado utilizando lenguaje HTML, DHTML, JavaScript, ASP vinculado a dos bases de datos y Flash de Macromedia. La optimización de imágenes se trabaja con el programa Photoshop. El Web consta de 3 secciones: pacientes, profesionales y una Intranet de acceso restringido para el equipo de la Unidad donde se publican noticias, avisos, calendario de sesiones, artículos comentarios y presentaciones. Su contenido se ha desarrollado para acceder en tres idiomas: castellano, catalán e inglés. El Web se actualiza semanalmente. En su diseño se han seguido normas de usabilidad y accesibilidad.

Resultados: El Web se publicó en la red de Internet hace 18 meses. Tiene un tamaño de archivo de 68 MB. Consta de 984 páginas, 13 formularios y 9491 hipervínculos (7899 internos y 1592 externos). Ha generado 4417 correos electrónicos (1936 de entrada y 2481 de salida). Se han publicado 384 imágenes médicas originales y 101 artículos recomendados. Ha sido calificada como Web Médica Acreditada por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona y ha obtenido el sello IQ de la Agencia de Calidad de Internet. Hasta diciembre de 2003, se han contabilizado 97.784 entradas, con

456.678 páginas visitadas. De los 74.226 visitantes que se ha podido identificar el origen geográfico, el 47,5% corresponden a Europa, 33,5% a Sudamérica, 18% a Norteamérica, 0,5% a Asia y 0,5% a África.

Conclusiones: Los primeros datos después de 18 meses de publicación del Web de la URHVH, indican que un Website temático sobre nuestra especialidad con contenidos que ofrecen divulgación a los usuarios, así como información actualizada que contribuye a la formación continuada y a la interrelación de los profesionales, constituye una herramienta de gran interés. Así mismo, la participación del equipo médico en la elaboración y seguimiento de este proyecto ha representado un estímulo que genera un mayor grado de cohesión del grupo.

Agradecimientos: A los Dres. M. Amilburu, E. Barreira, J. Bosch, A. Escolà, V. Fonollosa, V. García-Patos, I. Hernández, C. Lorenzo, J. Majó, J. Marín, F. Martínez-Valle, M. Milà, A. Nadal, C. Orellana, P. Pifarré, J. Piqueras, A. Ponce, F. Porta, A. Renau, R. Solans, D. Sureda y R. Valls, por su aportación de imágenes médicas.

279

¿QUÉ VARIABLES SON MÁS EFICIENTES EN LA DETECCIÓN DE CAMBIOS CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVOS EN LA ARTROSIS DE RODILLA Y CADERA?

E. Batlle Gualda, J. Román Ivorra, E. Martín Mola, J. Carbonell Abelló, L.F. Linares Ferrando, J. Tornero Molina y A. Raber

Hospital General Universitario de Alicante; Hospital Dr. Pesset, Valencia; Hospital Universitario La Paz, Madrid; IMAS: Hospital del Mar y de la Esperança, Barcelona; Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia; Hospital General Universitario de Guadalajara; Almirall Prodesfarma.

Objetivo: Conocer y comparar la sensibilidad al cambio de las variables más utilizadas es esencial en la evaluación clínica. Las variables son más sensibles cuanto mayor capacidad tienen de detectar cambios clínicamente significativos. Con ese fin se han propuesto varios métodos que permiten comparar los resultados de diferentes instrumentos incluidos en un mismo estudio. En este trabajo se compara la sensibilidad al cambio de las variables de uso más común en artrosis de rodilla.

Pacientes y métodos: Los datos se obtuvieron de un ensayo clínico, randomizado, doble ciego, en pacientes con artrosis de rodilla sintomática (dolor, EVA \geq 30 mm) de 6 semanas de duración comparando Aceclofenaco y Paracetamol. Para cada variable, se calculó en el grupo tratado con Aceclofenaco ($n = 82$); el tamaño del efecto, TE, (*effect size*) [(media pretratamiento - media posttratamiento)] desviación estándar basal, previa al tratamiento] y la respuesta media estandarizada, RME, (*standardized response mean*) que utiliza en el denominador la desviación estándar de la diferencia de todos los sujetos evaluados.

Resultados: Los valores de RME y TE para cada variable se muestran en la tabla, ordenados por valor de RME, de mayor a menor. En ambos índices cuanto mayor es el valor, mayor es la sensibilidad al cambio de la variable. Se consideran buenos valores $>0,50$. Se puede apreciar que los cuestionarios específicos para artrosis (WOMAC, Lequesne) presentan mejores valores que los cuestionarios como el HAQ no diseñados para esa patología.

	RME	TE
Womac C. Funcional	0,88	0,51
Eval. Global Enf. Médico	0,78	0,78
Lequesne	0,75	0,63
Dolor (EVA)	0,74	0,91
Womac Rigidez	0,70	0,44
Eval. Global Enf. Enfermo	0,69	0,86
Dolor iniciar la marcha	0,68	0,70
Womac Dolor	0,65	0,49
Rigidez postreposito	0,55	0,50
Dolor en movimiento	0,52	0,48
HAQ Extrem. Inferiores	0,46	0,32
Rigidez matutina	0,43	0,20
HAQ	0,36	0,22
Dolor en reposo	0,31	0,32

Conclusión: Las variables utilizadas en la evaluación de la artrosis de rodilla presentan una capacidad diferente para detectar cambios clínicamente significativos. Los cuestionarios específicos, el dolor y la evaluación global muestran los mejores resultados, lo que apoya su utilización.

280

TROMBOSIS ARTERIAL ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS EN DOS PACIENTES CON TERAPIA ANTI-TNF

T. Pina, R. Cabeza, R. Blanco, V.M. Martínez Taboada, M.A. Contreras, S. Sánchez Andrada y V. Rodríguez Valverde *H.U. Marqués de Valdecilla. Santander.*

La asociación de los agentes anti-TNF con la producción de anticuerpos antifosfolípidos está bien establecida, pero no así con las complicaciones isquémicas. Presentamos dos pacientes con trombosis arterial asociada a anticuerpos antifosfolípidos cuando recibían fármacos anti-TNF. **Paciente 1:** Mujer de 56 años, obesa, con HTA controlada con enalapril. Padece artritis reumatoide (AR) seropositiva de 13 años de evolución. Se trató con mono o terapia combinada con MTX, sales de oro, D-penicilamina, cloroquina, azatioprina, micofenolato, clorambucilo, inmunoglobulinas ev y leflunomida. En enero-2000 se inicia infliximab que se interrumpe por intolerancia. En Mayo-2001 se comienza etanercept standard con buen control de la AR. En diciembre-2002 presenta cefalea, parestesias en hemicuerpo izquierdo con hemihipoalgesia izquierda que después recuperó. Analíticamente destacaban unos anticuerpos anticardiolipina (ACL) IgM negativos e IgG de 64 (título alto) y anti-2-GP1 IgM de 67 (título alto). El TAC craneal fue normal. Neurología diagnóstica un probable ICTUS talámico; y se antiagrega (AAS 100 mg/día) y se continúa etanercept. En abril-2003 presenta nuevamente cefalea, hemihipoestesia izda, con TAC craneal normal y RMN con pequeñas lesiones isquémicas subcorticales bihemisféricas. Se diagnostica tras valoración por neurología de patología isquémica de pequeño vaso secundaria a etanercept, se anticoagula y por decisión del paciente se mantiene etanercept. En noviembre-2003 ingresa por artritis séptica de rodilla protésica y se suspende el etanercept. **Paciente 2:** Varón de 73 años, ex-fumador, diabético tipo II, HTA e hiperlipoproteinemia tipo IV. Enfermedad de Crohn desde 1976, en 1999 artropatía axial y periférica. Ante la ineficacia terapéutica convencional, tanto del cuadro intestinal como articular, en Junio-2001 se inicia infliximab (5 mg/kg) y MTX (7,5 mg/s),

con muy buena respuesta. En Octubre-2003 ingresa por cuadro de menos de 24 horas de duración de palidez, frialdad y acorchamiento en pies. En la exploración había ausencia bilateral de pulsos pedios y tibiales posteriores con palidez intensa, estando conservados poplíteos y femorales. El resto de la exploración general incluyendo la neurológica era normal. Analíticamente destacaban unos IgM de 50 (título alto) e IgG neg, y anti2GPI IgG de 43 (título medio). Se trata con anticoagulación y Alprostadilo ev (Sugiran®), con progresiva recuperación de la temperatura y coloración de ambos pies, los pulsos permanecían ausentes. Un mes tras el alta se realiza angiRMN que muestra permeabilidad de sistema arterial y venoso periférico de ambas extremidades inferiores.

Conclusiones: Se presentan dos pacientes con factores de riesgo vascular, que encontrándose en tratamiento con anti-TNF (etanercept e infliximab) presentan complicaciones vasculares isquémicas atípicas, acompañándose de anticuerpos antifosfolípidos positivos.

281

OSTEONECROSIS DE RODILLA EN PACIENTES CON Y SIN ARTROSIS: ESTUDIO DE 60 PACIENTES

M.A. Contreras, R. Blanco, V.M. Martínez Taboada, R. Cabeza, T. Pina y V. Rodríguez Valverde
H.U. Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos: El dolor de rodilla puede deberse a múltiples causas, siendo la artrosis (OA) la más frecuente. La osteonecrosis (ON) es probablemente una causa poco conocida o diagnosticada, especialmente si se acompaña de OA.

Pacientes y método: Estudio de los pacientes diagnosticados de ON en nuestro servicio desde enero-1998 hasta diciembre-2003. Realizamos además un estudio comparativo entre los pacientes con y sin signos de OA en la radiografía (RX) inicial de rodilla.

Resultados: Diagnosticamos 60 pacientes (12 H y 48 M; edad media: $64,9 \pm 9,3$) de ON, 36 con OA y 24 sin OA. El diagnóstico se realizó con RM (53 casos), TAC (1), y RX más gammagrafía (6). Se objetivó ON en la RX inicial en el 31,2% de los que tenían OA frente al 15,8% de los que no (p, NS). El retraso diagnóstico fue mayor en los pacientes con OA, [mediana de 8,6 meses (5,3, 13), frente a 5,1 meses (3,2, 6,6) (p = ,001)]. La localización más frecuente fue en el cóndilo femoral interno (36; 20 con OA y 16 sin OA), seguido de la meseta tibial interna (22; 16 con OA y 6 sin OA). El dolor fue el síntoma inicial en el 95% de los casos, caracterizándose por ser incapacitante (64%), de inicio brusco (50%), empeorando con la movilización (93,2%), persistiendo en reposo (50%) y desencadenándose selectivamente a la palpación (66,7%). Existía derrame sinovial en 31 pacientes (18 con OA y 13 sin OA), realizándose artrocentesis en 17 (10 con OA y 7 sin OA), siendo el líquido de características mecánicas (< 2.000 cél) en todos. Se realizó densitometría en 34, objetivándose osteoporosis en 5 (todos sin OA), osteopenia en 10 (7 con OA y 3 sin OA) y fue normal en 19 (13 con OA y 6 sin OA). Todos ellos realizaron al inicio tto. conservador, que incluía: descarga (57 casos), AINES (44; 27 con OA y 17 sin OA), analgésicos (15; 10 con OA, y 5 sin OA) y antagonistas del calcio (13; 9 con OA y 4 sin OA). Con el tto. conservador mejoraron el 67,3%, obteniéndose la remisión en el 10,91% (3,6% con

OA. y 7,3% sin OA), mientras que no hubo mejoría en el 32,7% (21,8% con OA y 10,9% sin OA). El 89,3% no precisó cirugía (49,1% con OA y 40,7% sin OA), presentando OA todos los que sí.

Conclusiones: La ON es una causa frecuente de dolor de rodilla en mujeres mayores de 60 años, siendo su localización más frecuente el CFI. Clínicamente se caracteriza por un dolor desproporcionado a los hallazgos de la exploración y RX simple. El diagnóstico se fundamenta en la RM. La respuesta al tratamiento conservador, especialmente la descarga es buena si se instaura precozmente. En pacientes con signos de OA en la radiología inicial el diagnóstico es más tardío y se acompaña de un peor pronóstico.

282

PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES DE UNA CIUDAD MEDITERRÁNEA

V. Longobardi, J. Malouf Sierra, A. Laiz Alonso y J. Farrerons Minguella

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Antecedentes: La osteoporosis es un importante problema de salud, que fundamentalmente afecta a mujeres postmenopáusicas. Datos publicados muestran que las diferencias raciales son claras. Los únicos datos valorables en nuestro país son extrapolaciones de un estudio de masa ósea en la población española y un estudio aleatorizado, con 254 mujeres mayores de 50 años, realizado en Oviedo por Cannata et al.

Objetivo: Determinar la prevalencia de osteoporosis y osteopenia a nivel de columna lumbar y cuello de fémur en el grupo de mujeres de más de 50 años, de un área urbana mediterránea en España.

Métodos: Se trata de un estudio transversal aleatorizado, en una población de mujeres de más de 50 años, pertenecientes a un área de salud metropolitana, que atiende a unas 100.000 personas. El tamaño de la muestra se estimó a partir de la proporción de individuos con osteoporosis en la población general, con una precisión del 5%, y un intervalo de confianza del 95%. El porcentaje de osteoporosis en un grupo de mujeres americanas, con características similares, es del 30%. Así, el tamaño de nuestra muestra sería de unos 323 individuos a los que añadiríamos un 30% por posibles pérdidas. Así la muestra final suma 462 individuos. Esta cifra se consiguió de forma aleatoria, por muestreo aleatorio simple y se estratificó por 4 grupos de edad (50-59 = 1, 60-69 = 2, 70-79 = 3, Más de 80 = 4). Todos los sujetos firmaron un consentimiento informado. A las pacientes se les realizó una DEXA de columna y/o cadera I, salvo en caso de fx previa, con un densitómetro DXA, Hologic QDR 1000.

Resultados: Los pacientes reclutados hasta el momento son 300, de los cuales 234 acudieron a la cita, 6 fallecieron durante el período de selección y 60 rechazaron la invitación, por diferentes motivos. De los 81 de los 234 analizados (34,62%) presentaban una osteoporosis al menos en una de las dos localizaciones. La osteopenia estuvo presente en 67 (28,63%).

Conclusiones: Los datos recogidos hasta el momento muestran unas cifras de prevalencia, similares a las obtenidas en población americana y a los resultados del estudio de Oviedo. Teniendo en cuenta que nos basamos en

datos preliminares, podríamos decir, que las diferencias geográficas, no influyen en la prevalencia de dicha patología.

283

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON DOLOR LUMBAR CRÓNICO

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

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

Introducción: Se analizan los pacientes con diversos tipos de patología lumbar que fueron derivados para valoración psicológica dentro del protocolo de actuación de la unidad multidisciplinar de espalda del H. U. Marqués de Valdecilla. Se presentan las características psicológicas asociadas a dolor lumbar crónico.

Material y método: Sujetos: 293 pacientes (84 V: 209 M; edad media, 46,7 años). Instrumentación, se utilizó un protocolo de screening para valorar: Estado actual de ansiedad y síntomas depresión (STAI y BDD); Psicopatología general (SCL90-R); Estresores generales (DSI) o laborales (WPI); Creencias y expectativas sobre el dolor percibido (PBPI). En la valoración médica se establecen los siguientes diagnósticos principales: lumbalgia inespecífica, espondiloartrosis, síndrome ciático, estenosis de canal, fibromialgia y otros diagnósticos. Se consideraba lumbalgia crónica cuando llevaba más de 6 meses de evolución. Análisis estadístico: se utilizó el programa SPSS, V.11.0 para almacenar y analizar la información. Test paramétrico y no paramétrico (según las exigencias de cada análisis).

Resultados: El 41% de los casos estaba laboralmente activo, 25% de baja, siendo un 14% amas de casa. Un 53% había realizado estudios primarios, 7% universitarios y en torno al 30% bachiller o equivalentes como Formación Profesional I y II. En cuanto al diagnóstico médico, el 45% presentaba lumbalgia inespecífica, 21% espondiloartrosis, 5% síndrome ciático, 7% estenosis de canal, 8% fibromialgia y con otros diagnósticos un 13%. El análisis de la asociación entre diagnóstico médico y características psicológicas muestra diferencias significativas en rasgos de somatización, depresión, ansiedad y fobia (escalas del SCL90-R) y una tendencia similar en los síntomas depresivos evaluados mediante el BDI. Tanto el tipo de distribución como la intensidad de puntuaciones en ansiedad (STAD), síntomas depresivos (BDI) y escalas del SCL90-R sugiere una alteración emocional frente a la población general. Los 16 ítems del PBPI, fueron reducidos por análisis factorial a cinco componentes principales: expectativas de mejoría, culpabilidad por el dolor, percepción de variaciones en la intensidad del mismo, estado subjetivo de confusión, y percepción sobre la información recibida acerca de su problema. Existen diferencias significativas en el análisis de puntuaciones factoriales en cuanto al conocimiento sobre el dolor y expectativas de mejoría.

Conclusiones: 1) La alteración psicológica es mayor que la esperable en la población general. 2) Partiendo de un dolor crónico común, los distintos tipos de patología lumbar se asocian con manifestaciones psicopatológicas específicas. 3) También las creencias y expectativas sobre el dolor percibido son distintas según la patología lumbar de base.

284

ESTUDIO CLÍNICO Y RADIOLÓGICO EN PACIENTES CON FRACTURAS VERTEBRALES OSTEOPORÓTICAS TRATADOS MEDIANTE VERTEBROPLASTIA PERCUTÁNEA

M. Pérez Núñez, J. Peña Sagredo, A. González Manly, A. Gutiérrez, J. Riancho, P. Brieva Beltrán y R. Blanco
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Departamento de Medicina y Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander.

Objetivos: Valorar los resultados clínico-radiológicos de fracturas vertebrales osteoporóticas tratadas mediante vertebroplastia. La indicación de dicho tratamiento ha sido el dolor invalidante que no cede con tratamiento conservador después de 6 semanas.

Material y métodos: Se analizan 52 pacientes (35 mujeres y 17 hombres) con un rango de edad entre 46 y 88 años (media 67 años) y un rango de seguimiento entre 12 y 38 meses (media 24 meses). Son tratadas mediante vertebroplastia 64 fracturas vertebrales (39 tóraco-lumbares, 8 lumbares y 17 torácicas). Se realizan radiografías AP y lateral, TAC Y RNM (secuencia STIR). Se valora desde el punto de vista clínico: escala analógica visual (EVA), toma de analgésicos, calidad de vida y satisfacción del paciente con la técnica; y desde el punto de vista radiológico se mide la cifosis vertebral adyacente (CVA) pre, post y evolución. Se aplica el programa estadístico SPSS-11 (análisis UNINOVA y ANOVA de doble vía).

Resultados: Desde el punto de vista clínico, presentan mejora de EVA (pre-procedimiento 7,45 a 3,55 post. empeorando al año a 4,5 de media) siendo significativamente estadística ($p < 0,005$). La satisfacción de los pacientes con la técnica es del 82%. La CVA global aumentó de manera significativa $p < ,005$ al mes y $p < ,001$ al año. Se ha hallado 17 fracturas post-vertebroplastia (13 adyacentes y 4 no adyacentes a las vértebras tratadas). Complicaciones menores (escape del cemento) al disco adyacente (13 casos), a venas epidurales (12), a venas radicales (2, los pacientes presentaron radiculopatía durante 3 semanas), al espacio epidural (1). No hemos tenido complicaciones mayores.

Conclusiones: La vertebroplastia es un método eficaz en el tratamiento del dolor en fracturas por osteoporosis con reducción de la toma de analgesia en un 75% de los casos, esto es más significativo en el primer mes. La CVA aumenta más a nivel T-1, pues la incidencia de fracturas adyacentes a la vertebroplastia es mayor entre T11 Y L2. Un 56% de los pacientes reanudan la actividad previa. Un 82% volverían a realizarse la técnica.

285

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE ECOGRAFÍA DEL APARATO LOCOMOTOR EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

C. Bohorquez Heras, D. Peiteado López, E. de Miguel Mendieta y E. Martín Mola

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas y diagnósticos más frecuentes en la ecografía del aparato locomotor, y en particular, del pie, realizadas en una consulta de Reumatología.

Métodos: Se han revisado de forma sistemática los informes de las ecografías clínicas realizadas en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario La Paz, entre 1995-2003. Además se ha realizado una revisión detallada de 310 ecografías de pie realizadas entre 1996-2003.

Resultados: De 3315 ecografías revisadas, 51% correspondían a hombro, 15% a rodilla, 12% a tobillo-pie, 9% a cadera, 8% a mano y el 1% a otras localizaciones. Analizando los datos según edad y localización, se han obtenido los siguientes resultados:

	Hombro	Codo	Mano	Cadera	Rodilla	Pie	Otras	Total
<40	123	24	72	55	79	87	8	448
40-55	481	47	101	105	115	117	8	974
56-65	442	23	65	64	127	94	2	817
65-80	480	7	46	43	188	70	1	835
>80	43	1	2	5	16	1	0	68
Total	1569	102	286	272	525	369	19	3142

Se excluyeron 173 ecografías por falta de alguna de las variables estudiadas. La mayor parte se realizaron entre los 40 y los 80 años. En el hombro, la patología descrita con mayor frecuencia fue la tendinopatía del manguito de rotadores en un 92% encontrándose rotura tendinosa en un 54%. En el codo destaca como primer diagnóstico la epicondilitis (40%). En la muñeca encontramos un 52% de tendosinovitis, siendo el 24% tendinitis de D'Quervain; en miembro inferior encontramos en cadera trocanteritis (34%), existiendo un 37% de exploraciones sin hallazgos, y en rodilla quiste de Baker (32%). Como hallazgos poco habituales encontramos 15 tumores: benignos (11 lipomas y 1 encondroma), malignos (3 sarcomas), y un tumor primario muscular. Además, objetivamos tres sinovitis villonodulares. El porcentaje de ecografías sin hallazgos patológicos fue de un 9,7%. En las ecografías realizadas en el tobillo-pie, un 66,7% correspondieron a mujeres. La edad media fue de 51 años. La patología más diagnosticada fue la tendinitis, que aparecía en un 53,87% de las exploraciones, seguida de artritis 19,35%. No se hallaron alteraciones en el 10,64% de los casos. Las tendinitis más frecuentes fueron las de los peroneos y las del tibial posterior. En relación a las artritis, la más frecuente fue la hallada en las metatarsofalángicas e interfalángicas. Se encontró artrosis en el tarso con frecuencia. Cabe señalar la presencia de dos fracturas de estrés.

Conclusiones: La articulación en la que se solicita mayor número de ecografías es el hombro, seguido de la rodilla. La patología más frecuentemente diagnosticada es la tendinosa. Destacar la alta prevalencia de quistes de Baker y señalar como hallazgo importante, que en nuestra serie la ecografía permitió el diagnóstico de tumores malignos en un 1% de los pacientes estudiados. En el pie, es frecuente la asociación de tendinitis a distintos niveles.

286

TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

O. Codina Guinó, X. Juanola, C. García Gómez, N. Montalà, N. Busquets y J. Valverde
Servei de Reumatologia. Hospital de Bellvitge. Barcelona.

Objetivos: Evaluar la eficacia del tratamiento con Infliximab en pacientes con espondilitis anquilosante (EA) axial.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de 10 pacientes con EA y afectación axial de forma exclusiva.

Al inicio del estudio, todos los pacientes cumplían los criterios diagnósticos de Nueva York y se encontraban activos pese a tratamiento con dosis plenas de AINEs y FAMES habituales. Se administró desde el inicio del estudio Infliximab a 5 mg/kg en las semanas 0, 2, 6 y posteriormente cada 8 semanas. Se registraron datos demográficos de cada enfermo y en cada visita datos clínicos (schober, expansión torácica), datos analíticos (VSG, PCR), tests de función (BASFI, BASDAI) y valoración de la enfermedad por parte del enfermo. Se han analizado los datos en la semana 6, 30 y 54, midiendo porcentajes de mejora del 20% y del 50% de cada variable respecto a la basal (semana 0).

Resultados: 10 enfermos (4 varones y 6 mujeres) con una edad media de 45 ± 14 años, la edad de inicio de los síntomas es de 29 ± 14 años y el tiempo de evolución de 15 ± 9 años. No se observa mejoría en ninguno de las variables de movilidad espinal. Se observa que los pacientes alcanzan mejoras de 20% y del 50% en los parámetros analíticos, en los test de función y en la valoración de la enfermedad en todo el período analizado.

	Semana 6	Semana 30	Semana 54
VSG 20	87	40	60
VSG 50	62	20	60
PCR 20	75	60	80
PCR 50	75	40	60
BASDAI 20	50	100	-
BASDAI 50	25	33	-
BASFI 20	50	66	-
BASFI 50	28	33	-
EVA 20	62	80	66
EVA 50	50	50	33

Los valores expresan porcentajes

Analizando los datos en global los pacientes alcanzan respuestas del 20% a las 6 semanas de tratamiento en el 65% de los casos y se mantienen en el 51% al cabo de un año. Las respuesta del 50% se observan en el 48% de los enfermos a las 6 semanas y en el 38% al final del estudio. No se produjo ningún abandono por efecto secundario durante el año de seguimiento.

Conclusiones: Los enfermos con EA axial alcanzan respuestas de mejoría del 20% y del 50% desde el inicio del tratamiento (65% y 51% respectivamente) y se mantienen al año de seguimiento, tasas de respuesta del 20% en la mitad de los enfermos.

287

INFLUENCIA DEL POLIMORFISMO GENÉTICO DE LA REGIÓN PROMOTORA DEL TNFA (-308 A) Y EL EPÍTOPO COMPARTIDO EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

J.A. Pinto Tasende, A. Mosquera, J.L. Fernández García, M. Freire, J.C. Fernández López, E. Maneiro, M.J. López Armada, F. Galdo y F.J. Blanco García
C.H.U. Juan Canalejo, Centro Oncológico Gallego. A Coruña.

Objetivo: Se ha visto que la presencia los polimorfismos genéticos del HLA-DRB1 y del TNF (-308 G/A), TNF1 y TNF1/2 o 2, pueden determinar una mayor severidad en la evolución de la artritis reumatoide (AR). En este estudio describimos las frecuencias del polimorfismo genético (SNP) de la región promotora del TNF -308(G/A) y la presencia del epítipo compartido (EC) en una muestra de AR y controles

sanos. Analizamos si estos polimorfismos influyen en la respuesta de dichos pacientes al tratamiento con infliximab.

Métodos: Cuarenta y dos pacientes con AR (según los criterios de clasificación de la ACR) que siguen tratamiento con infliximab (3 mg/kg iv) a las 0, 2, 6 y posteriormente cada 8 semanas durante un año, además de methotrexato (7,5 - 12 mg/semana vo) a los que se realiza genotipaje para el polimorfismo TNF1,1/2 y 2 (mediante PCR-RFLP) y del HLA-DRB1 (mediante PCR-SSP). Se emplean 45 controles sanos. La valoración de la respuesta al tratamiento se realiza mediante el índice DAS 28 en las semanas 14, 30 y 54, y se compara con la basal, considerando como respondedores al tratamiento a aquellos pacientes que presenten una disminución de 1,2 en el DAS28 ó si este es menor de 3,2. Se analizaron los datos mediante la chi-cuadrado y test de McNemar en el SPSS 11.5.

Resultados: La presencia de alelos del EC y el TNF (1/2 y 2) en la muestra de AR fue del 79% y el 35% respectivamente. En el grupo de controles sanos fue de 48% y 26% respectivamente. El DAS 28 basal medio fue 6,55 (SD 1,15), y 5,03 (1,47), 5,06 (1,49) y 4,85 (1,55) en las semanas 14, 30 y 54 respectivamente. Los respondedores en la semana 54 fueron 28 (68% TNF1 y 32% TNF1/2 y 2) y los no respondedores fueron 14 (54% TNF1 y 46% TNF1/2 y 2). La prevalencia del TNF1/2 y 2 fue mayor en el grupo no respondedor (46% vs. 32%, p 0,015). En el análisis de comparación entre polimorfismo del TNF-308 y el índice DAS 28 se observó que en el grupo con TNF1 el DAS basal fue 6,81 (+1,11) y en la semana 54 fue de 4,95 (+1,42), mientras en el grupo con TNF1/2 y 2 fue de 6,08 (+1,09) y 4,68 (+1,80) respectivamente, p < 0,05. No se encontraron diferencias significativas entre el grupo respondedor y no respondedor en cuanto a la presencia de EC (79 y 85% respectivamente).

Conclusiones: Estos datos preliminares sugieren que la respuesta al tratamiento con infliximab fue peor en los pacientes con el polimorfismo genético -308(A) del TNF. No existen diferencias significativas en la distribución del polimorfismo genético -308(A) del TNF en pacientes AR y controles. La presencia de EC no predijo respuesta.

288

PRODUCCIÓN DE ANTICUERPOS ANTINUCLEARES Y ANTI-DNA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍAS TRATADOS CON INFILIXIMAB DURANTE 30 SEMANAS

M.C. Muñoz Villanueva, E. Collantes Estévez, J. Gratacos, R. Sanmarti, J.D. Cañete, P. Zarco, J.C. Torre Alonso y C. González

Hospital Universitario Reina Sofía, Corporación Sanitaria Parc Taulí, Hospital Clínic, Hospital Monte Naranco, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Fundación Hospital de Alcorcón. Madrid.

Objetivo: Determinar la frecuencia de auto-anticuerpos (antinucleares y anti-DNA de doble cadena) en pacientes con espondiloartropatías tratados con infliximab durante 30 semanas, y analizar su posible relación con parámetros de actividad clínica o biológica.

Pacientes y métodos: Estudio abierto, multicéntrico nacional y prospectivo que incluyó pacientes diagnosticados de espondiloartropatías (EAS) según criterios del ESSG o de Amor, en fase activa persistente y refractaria al tratamiento con AINEs u otras terapias (Sulfasalazina, Metotrexate, Pamidronato). Para este trabajo se han considerado los 42 pacientes incluidos en la primera fase del estudio que habían

recibido 6 infusiones de Infliximab según la pauta habitual (0, 2, 6, 14, 22 y 30 semanas) a dosis de 5 mg/kg de peso. En cada visita y previamente a la infusión, se recogieron parámetros analíticos inflamatorios (VSG, PCR) y medidas de actividad de la enfermedad que incluían BASDAI, valoración global por el paciente (VGP), dolor (EVA 0-100 mm) e inflamación (media de los ítems del BASDAI relativos a intensidad y duración de la rigidez, 0-100 mm). Se determinaron los niveles de auto-anticuerpos (ANA y ds-DNA) en dos ocasiones: antes y después del ciclo de tratamiento.

Resultados: Los datos que se presentan pertenecen a 42 pacientes (33 hombres y 9 mujeres): 30 pacientes tenían espondilitis anquilosante, 2 espondiloartropatía psoriásica, 5 espondiloartropatía asociada a enfermedad inflamatoria intestinal y 5 espondiloartropatías indiferenciadas. El 45% de los pacientes tenían afectación axial y el resto (23 pacientes) tenían afectación mixta; el 88% de los pacientes eran HLA-B27 positivo y el 85% (36 pacientes) tenían sacroiliitis de grado III-IV. La edad media del grupo fue 40 ± 11 años (Min-Max: 21-64) y la duración media de enfermedad fue 16 ± 10 años (Min-Max: 1-44). En la siguiente tabla se muestran los valores basales y después del tratamiento, expresados en frecuencias absolutas y porcentajes [n (%)] para las variables cualitativas, o bien, medias y desviación estándar [m ± ds] para las variables cuantitativas.

Parámetros evaluados antes y después del tto

	Basal	Después del tto	p*
ANA positivo (%)	8 (19%)	15 (36%)	0,037
ds-DNA positivo (%)	10 (24%)	7 (17%)	0,017
VSG (mm 1sth)	46 ± 40	26 ± 31	0,001
PCR (mg/L)	22,0 ± 26,0	9,2 ± 14,9	0,005
BASDAI (0-100 mm)	71 ± 14	35 ± 24	0,000
DOLOR (0-100 mm)	86 ± 11	57 ± 30	0,000
INFLAMACIÓN (0-100mm)	76 ± 23	42 ± 26	0,000
VG paciente (0-100mm VAS)	78 ± 13	45 ± 29	0,000

*significación estadística con relación a la basal

Al inicio del tratamiento, los pacientes con ANA+ tenían una EVA global más alta (87 mm) que los pacientes ANA- (78mm) (p = 0,055). Y los pacientes dsDNA+ presentaban más inflamación (86mm) que los dsDNA- (70mm) (p = 0,030). Al final del tratamiento no se detectaron diferencias significativas entre los grupos.

Conclusiones: En los pacientes de nuestro estudio se observó un aumento de la formación de anticuerpos antinucleares, aunque ningún paciente hasta el momento ha desarrollado manifestaciones clínicas de enfermedad auto-inmune. También se produjo una disminución de la formación de anticuerpos anti-DNA de doble cadena, que podrían estar relacionados con el estado inflamatorio del paciente.

289

AORTITIS DIAGNOSTICADA POR RESONANCIA MAGNÉTICA EN DOS CASOS DE ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES Y UN CASO DE POLIMIALGIA REUMÁTICA CON MALA RESPUESTA AL TRATAMIENTO

D. Reina, E. Sirvent, J.A. Narvaez, J. Narvaez, J. Nolla y J. Valverde

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Es conocida la asociación entre aortitis y arteritis de células gigantes y bien descritas están las complicaciones torácicas (aneurismas, disecciones, valvulopatía aórtica) que en oca-

siones conllevan a la muerte a estos pacientes. Presentamos dos casos de arteritis de células gigantes (ACG) y uno de polimialgia reumática (PMR), en los que la falta de respuesta al tratamiento con glucocorticoides y la persistencia de reactantes de fase aguda elevados durante el seguimiento, nos hicieron plantearnos la posibilidad de afectación aórtica asociada. Se inició por ello estudio con resonancia magnética (RM). Las tres pacientes eran mujeres con una edad media de 70 años, dos de ellas estaban diagnosticadas de ACG y la tercera de PMR. Las tres recibieron tratamiento con glucocorticoides a dosis adecuada a su patología. En uno de los casos destacaba la presencia de valvulopatía aórtica, la otra paciente se diagnosticó de neuritis óptica y la tercera presentó vasculopatía periférica durante el seguimiento. El estudio de RM demostró cambios de vasculitis (engrosamiento y alteración de la señal y de la captación de contraste de las paredes vasculares) en la aorta torácica en los 3 casos, en los troncos supraaórticos en 2 casos, y estenosis focal de las arterias subclavias en 1 caso. Se aumentó la dosis de glucocorticoides en los tres casos. Se obtuvo RM de control a los 4 meses en dos casos, la cual demostró franca mejoría de los cambios de vasculitis en un paciente, y estabilidad lesional en el segundo. La RM también permite detectar manifestaciones precoces de vasculitis en pacientes con ACG o PMR, en estadios subclínicos, en los que la luz está respetada y los cambios inflamatorios están limitados a las paredes vasculares. El diagnóstico de vasculitis en la PMR refuerza las tesis sobre la estrecha relación entre ésta y la ACG. Por otra parte, la angio-RM valora de forma no invasiva la morfología y la luz vascular, por lo que permite diagnosticar manifestaciones avanzadas, habitualmente sintomáticas, de la aortitis en pacientes con ACG como el síndrome del arco aórtico o los aneurismas. En resumen, en pacientes con ACG o PMR con falta de respuesta al tratamiento o con persistencia de reactantes de fase aguda elevados, la RM puede diagnosticar la aortitis en estadios subclínicos, permitiendo establecer un tratamiento adecuado, y puede utilizarse también en la monitorización del tratamiento.

290

FIBROMIALGIA: PSICOPATOLOGÍA Y PUNTOS DE DOLOR

M. Junyent Priu, R. Catalán Campos, A. Torres, R. Penades, C. Gastó, J. Camp Herrero y A. Collado
Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona.

Objetivo: Descripción del perfil clínico de los pacientes con Fibromialgia (FM) en Atención Primaria (AP) y estudio de la psicopatología y los rasgos de personalidad de los mismos en función del número de puntos de dolor.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Pacientes y método: De 130 pacientes identificados con el diagnóstico de FM en AP, 80 acudieron a una entrevista clínica. Se identificaron las siguientes variables: edad, sexo, tiempo de evolución, comorbilidad, tratamiento actual, percepción del dolor mediante la escala analógica visual (EVA), situación laboral y facultativo que realizaba el seguimiento de los mismos. En todos ellos, se determinaron los puntos de dolor mediante examen digital. Al final de la entrevista se administraron dos test de evaluación (TCI y SCL-90-R) con respuesta en 66 casos.

Resultados: El 100% eran mujeres con edad promedio de 57,5 años (DE: 10,74) y una evolución media de 4 años. Las

enfermedades asociadas con mayor frecuencia eran: patología articular degenerativa (56,3%), síndrome ansioso-depresivo (55%) y trastornos digestivos (36,3%). El 22,5% de las pacientes no seguían ningún tratamiento farmacológico. El 77,5% restante realizaban tratamiento con los siguientes fármacos: antiinflamatorios no esteroideos en 8 casos (10%), antidepresivos en 7 casos (8,8%), benzodiazepinas en 6 casos (7,5%), analgésicos en 2 casos (2,5%) y tratamiento combinado (antidepresivos con antiinflamatorios) en 39 casos (48,7%). La puntuación media de la EVA del dolor fue de 6,7. El 15% de las pacientes (12 casos) estaban de baja laboral. El 25% de las pacientes eran controladas sólo por el médico de AP y el 75% además por el reumatólogo. De los 66 casos que respondieron los tests en su totalidad, 28 tenían una puntuación < 11 puntos de dolor (grupo 1). En los 38 casos restantes (grupo 2: ≥ 11 puntos de dolor) se obtuvo mayor puntuación en las 9 dimensiones que valora el SCL-90-R obteniéndose diferencias significativas en somatización y depresión ($p < 0,05$). No se evidenciaron diferencias significativas en los rasgos de personalidad entre ambos grupos, aunque las pacientes del grupo 2 obtuvieron mayor puntuación en búsqueda de novedad, persistencia y auto-trascendencia.

Conclusiones: Las pacientes con FM con más puntos de dolor tienen más psicopatología asociada (especialmente referente al estado de ánimo). No se observan diferencias en los rasgos de personalidad en función del número de puntos de dolor.

291

TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y FACTOR REUMATOIDE DETERMINANTES DE DAÑO RADIOLÓGICO EN UN ESTUDIO TRASVERSAL DE 141 PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

A. Pecondón Español, F.J. Manero Ruiz y J.J. Gimeno Lozano
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Objetivos: Conocer los determinantes de daño radiológico en pacientes con AR.

Métodos: En un grupo de 141 pacientes con AR, de los que 138 estaban bajo tratamiento con FAME, se ha tratado de establecer un modelo de predicción para el daño radiológico medido con el índice de Larsen a partir del estudio genético y de variables clínico-evolutivas como son: tiempo de evolución final, HAQ, DAS28-3, factor reumatoide, manifestaciones extraarticulares, y tratamiento quirúrgico. La metodología estadística utilizada se ha basado en un análisis de regresión múltiple. Se ha analizado la distribución que sigue Rx-score y se ha corregido con una transformación a logaritmos neperianos lo que permite linealizar su relación con el tiempo de evolución.

Resultados: El resultado es el que se muestra en la siguiente tabla:

Estudio trasversal (n = 141)

	B	ErrorStand	Sig
Constante	2,95	0,12	0,000
Tiempo de evolución	0,06	0,01	0,000
FR positivo	0,25	0,13	0,057
DQB1*06	-0,30	0,12	0,015

Lo cual quiere decir que el modelo ajustado para el rx-score-final es el siguiente: $\ln(\text{rx-score-final}) = 2,95 + 0,06 \cdot \text{tiempo evol final} + 0,25 \cdot \text{Sero}(+) - 0,30 \cdot \text{DQB1}^*06$

Conclusión: Las variables que determinan el daño radiológico en nuestro estudio trasversal han sido sobre todo el tiempo de evolución y también el FR positivo. No hemos hallado asociación del daño radiológico con alelos HLA-DRB1.

292

ARTRITIS SÉPTICA EN UN HOSPITAL COMARCAL: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 4 AÑOS

R. Mazzucchelli, M. Velasco, A. Delgado Iribarren, P. Zarco, R. Almodovar, J. Quirós, A. Espinosa, L. Moreno, J. Valverde, J.E. Losa y N. Crespí

U. Reumatología. FH Alcorcón, U. Medicina Interna. FH Alcorcón, U. Microbiología. FH Alcorcón., C.S. Granero Vicedo. Area 8. Madrid.

Introducción: Habitualmente los estudios descriptivos sobre infecciones del aparato locomotor son realizados en base a los casos atendidos en una determinada unidad. En este trabajo presentamos las características clínicas, etiológicas y pronósticas de las artritis sépticas atendidas en nuestro centro desde su apertura.

Objetivo: Describir la etiología, características clínicas, epidemiológicas, pronósticas y terapéuticas de las artritis sépticas tratadas en nuestro centro.

Métodos: Estudio retrospectivo: se han revisado las historias clínicas de todos los pacientes con artritis de origen bacteriana atendidas en nuestro centro desde su apertura (Sept/98). Para la localización de los casos se han explotado las siguientes bases de datos: CMBD, HC informatizada (DOCTOR), BD de diagnósticos de nuestra unidad (REUMACOD) y BD de la unidad de microbiología (cultivos positivos de líquido sinovial). Se recogieron 130 variables para cada episodio (datos de filiación, microbiología, laboratorio, clínicos, terapéuticos y variables de desenlace).

Resultados: En los últimos 4 años se atendieron en nuestro centro 55 episodios de artritis sépticas en 48 pacientes (1 paciente 5 episodios, y otros 3 pacientes 2 episodios, el resto 1 episodio/paciente). La media de edad fue $50,9 \pm 25,6$ años (rango 1 – 95 años). 33 (60%) fueron en hombres y 22 (40%) en mujeres. 38 (69%) fueron atendidos por el área de medicina, 12 (22%) por el área de traumatología, 4 (7,3%) por pediatría y 1 (1,8%) por cirugía vascular. Los gérmenes implicados fueron: 37 (67,3%) cocos gram + (20 estaf aureus -25% de estos fueron meticilin resistentes-, 5 estaf epidermidis, 3 otros estaf coagulasa negativo, 9 estreptococos), 1 (1,8%) cocos gram negativos (meningococo), 8 (14,5%) por bacilos gram – (5 *E. Coli*, 1 *brucella*, 1 *pseudomona aeruginosa*, 1 otros), 1 (1,8%) por micobacteria tbc, 1 (1,8%) poli-microbiana. En 7 casos (12,7%) los cultivos resultaron negativos. En el 80% de los casos el germen se aisló en líquido sinovial. En el 29% de los casos el germen se aisló en hemocultivos. En 50 (90%) fueron monoarticulares, 4 (7,3%) oligoarticulares y 1(1,8%) poliarticular. El 87,5% fueron agudas y 12,5% crónicas. La articulación más frecuentemente afectada fue la rodilla (45,5%), seguida del hombro (14,5%). En el 87,3% de los casos existía al menos 1 factor de riesgo. 3 (5,5%) pacientes presentaron evolución fatal. Del resto aproximadamente en el 50% de los casos se consideró que quedaron secuelas.

Conclusiones: Aunque la causa más frecuente de artritis séptica en nuestro medio es el estafilococo aureus (36,4%) (de los que un 25% son meticilin resistentes), es inferior al

60% reportado en la literatura. Por otra parte las infecciones producidas por estreptococo (15%) y bacilos gram negativo (15%) están aumentadas con respecto a otras series. La incidencia de artritis gonocócica en nuestra serie es 0. La morbilidad y mortalidad que genera es relevante.

293

EL SÍNDROME SAPHO EN LA INFANCIA

I. Calvo Penadés

Unidad de Reumatología Pediátrica y Servicio de Radiología. Hospital Infantil La Fe. Valencia.

Introducción: Afección ósea inflamatoria acompañada de sinovitis que puede verse asociada a la pustulosis palmo-plantar o al acné. La manifestación clínica más característica es el dolor en la pared torácica anterior y afectación de las articulaciones esternoclaviculares, costosternal y costocondrales.

Objetivo: Presentar 13 pacientes pediátricos con el diagnóstico de SAPHO controlados en nuestra Unidad y determinar los síntomas clínicos y radiológicos

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo (1995 a 2003). Se utilizan los criterios de Kahn: 1) osteomielitis crónica multifocal recurrente (estéril, axial con o sin dermatosis); 2) artritis aguda, subaguda o crónica asociada a pustulosis palmo-plantar (PP), acné y psoriasis pustulosa; 3) cualquier osteitis estéril asociada a pustulosis PP, acné o psoriasis pustulosa. Se realizó examen físico, radiología y analítica.

Resultados: De los 13 pacientes, 8 niños y 5 niñas, de edades al inicio (media 10 años). La clínica: el dolor torácico anterior en 12 pacientes, el síndrome sacroiliaco en 5 y artritis periféricas en 4. Entesitis (Aquileo, peroneo) 5. La afectación cutánea en 9. Las lesiones óseas: esterno-costo-clavicular 13, pelvis (isquion, ilion, pubis) 4, huesos largos (trocanter, femur, tibia) 6, pie (calcaneo) 2. La presentación fue multifocal con recurrencias en 6 pacientes. HLA B27 fue positivo en 3.

Conclusión: Destacar la marcada afectación esternocosto-clavicular en nuestro pacientes, característica clínica de este síndrome. La frecuencia del HLA B27 es mas baja que en otras series.

294

DIFERENCIAS EN LA SENSIBILIDAD PARA SUFRIR APOPTOSIS DE LOS CONDROCITOS NORMALES Y LOS ARTRÓSCICOS (OA). PAPEL DE LA CADENA RESPIRATORIA MITOCONDRIAL

E. Maneiro, M. de Andrés, A. Bonilla, J.A. Pinto, J. Arenas, M.A. Martín, F. Galdo y F.J. Blanco García

Laboratorio de Investigación. Servicio de Reumatología. CHU Juan Canalejo. A Coruña. Laboratorio de Investigación. Hospital 12 Octubre. Madrid. España.

Introducción: La Artrosis (OA) se caracteriza por un aumento en la degradación de la matriz y en la muerte del condrocito. Estudios recientes muestran que los condrocitos OA tienen inhibidos los complejos II y III de la cadena respiratoria mitocondrial (CRM) y que la mitocondria está des-polarizada en una alto porcentaje.

Objetivo: Valorar el papel de la actividad de la CRM en la inducción de apoptosis en los condrocitos OA y los normales.

Métodos: El cartílago OA humano se obtuvo de pacientes sometidos a recambio articular y el normal (N) de autopsias. Los condrocitos fueron incubados (37°C, 5% CO₂ y 95% de aire) en medio con y sin glucosa (4,5 mM). La actividad de los CRM se midió con un espectrofotómetro para monitorizar: CI (NADH deshidrogenasa), CII (succinato deshidrogenasa), CIII (ubiquinona-citocromo c oxidoreductasa), CIV (citocromo c oxidasa), y la aparición de coenzima A (citrato sintasa). Se usó rotenone, NPA, antimicina A, azida sódica y oligomicina para inhibir los complejos I, II, III, IV y V respectivamente. Las células fueron analizadas por citometría de flujo usando el fluorocromo JC-1 para medir el potencial de membrana mitocondrial, e yoduro de propidio para cuantificar los núcleos hipodiploides para valorar la apoptosis. Las comparaciones entre grupos se llevaron a cabo usando los tests U-Mann Whitney y t-Student. Los valores con $p < 0,05$ se consideraron significativos.

Resultados: La retirada de glucosa causó una reducción de la actividad del Complejo II (45%) en los condrocitos N. Sin embargo, la falta de glucosa en los condrocitos OA no alteró la actividad de la CRM. En cultivos de condrocitos N y OA la ausencia de glucosa tampoco causó apoptosis. En presencia de glucosa, de todos los inhibidores mitocondriales usados sólo la oligomicina indujo apoptosis a las 24 horas ($10,5 \pm 2,5$). Sin embargo en ausencia de glucosa todos los inhibidores la indujeron (azida sódica $45,6 \pm 18,3\%$; NPA $8,5 \pm 6,9\%$; antimicina A $9,2 \pm 0,2\%$; oligomicina $14,6 \pm 1,5\%$; rotenone $12,9 \pm 5,2\%$). Respecto al potencial mitocondrial de membrana, ningún inhibidor indujo despolarización a las 24 horas en los cultivos con glucosa, y sólo rotenone lo hizo en ausencia de glucosa ($30,8 \pm 3,7$). En condrocitos OA cultivados con glucosa sólo oligomicina produjo apoptosis ($9,1 \pm 2,8$) y, en ausencia de glucosa todos los inhibidores excepto NPA la indujeron (oligomicina $38,6 \pm 7,9\%$; rotenone $34,2 \pm 8,3\%$; azida sódica $30,9 \pm 13,5\%$; antimicina A $23,9 \pm 7,3\%$). En relación al potencial de membrana mitocondrial, sólo el NPA y la azida sódica no produjeron despolarización en condrocitos OA en presencia de glucosa, y en su ausencia sólo la oligomicina no la induce.

Conclusión: La inhibición de la CRM induce apoptosis tanto en condrocitos N como OA, siendo estos los más sensibles. Por otro lado la disminución de la actividad del Complejo II en condrocitos OA puede ser una respuesta adaptativa cuando están obligados a cambiar de un ambiente anaerobio a un ambiente aerobio.

Objetivo: Estudiar la expresión de los GLUTs en condrocitos normales (N) y Artrosicos (OA), así como el papel de la IL-1 β y la glucosa en su expresión.

Métodos: El cartílago humano OA (n = 8) se obtuvo de pacientes con recambio articular y el N(n = 7) de autopsias. Los condrocitos se incubaron a 37°C en medio sin y con glucosa (4,5mM) durante 24 horas en cultivo. Las concentraciones de lactato se determinaron espectrofotométricamente mediante un ensayo enzimático colorimétrico en sobrenadantes de diferentes cultivos de condrocitos (Spinreact, SA España). Los valores fueron normalizados mediante una curva estándar de ácido láctico. Análisis de la reacción en cadena de la reversotranscriptasa-polimerasa (RT) (SuperScript One-Step RT-PCR, Invitrogen): La extracción del ARN total de condrocitos control y estimulados (IL-1 β 5 ng/ml) se realizó mediante el método del TRIZOL. La RT se realizó a 45°C durante 30', y la PCR durante 2' de desnaturalización a 94°C, 45' de hibridación a 60°C y 1' de extensión a 72°C durante 35 ciclos. La secuencia de primeros humanos específicos (de GLUT1 a GLUT11) se obtuvo de Richardson y col. 2003. Los productos de PCR se visualizaron mediante electroforesis en geles de agarosa al 1,5%, teñidos con 0,1mg/ml de bromuro de etidio y visualizados bajo luz ultravioleta.

Resultados: Los cultivos de condrocitos normales durante 24 horas, tanto en presencia como ausencia de glucosa, expresaron el ARNm de GLUT1, GLUT3, GLUT4, GLUT5, GLUT8 Y GLUT9; la estimulación con IL-1 β inhibió la expresión de GLUT8 Y GLUT9. En condrocitos OA, cinco casos expresaron GLUT1, GLUT3, GLUT4, GLUT5, GLUT8 Y GLUT9, y tres casos GLUT1, GLUT3, GLUT4 Y GLUT5; sin embargo, la estimulación de células OA con IL-1 β no alteró su expresión. No se encontraron diferencias en la liberación de lactato entre los condrocitos normales y los OA en medio suplementado con glucosa. Sin embargo, en cultivos sin glucosa, la liberación de lactato fue mayor en los condrocitos OA que en los normales ($1,2 \pm 0,3$ mmol/L vs. $0,7 \pm 0,1$ mmol/L respectivamente).

Conclusión: Estos resultados preliminares sugieren que los condrocitos normales y OA muestran un diferente patrón de expresión de GLUTs. La regulación de la expresión de los GLUTs por la IL-1 β y la glucosa es diferente en condrocitos OA y normales.

296

ROFECOXIB VS. INDOMETACINA EN EL TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DEL ATAQUE AGUDO DE GOTA

J.J. Lerma Garrido y J. Beltrán Fabregat
Hospital General de Castellón. Castellón.

Objetivo: Determinar la eficacia y seguridad de rofecoxib, un inhibidor selectivo de la ciclooxigenasa 2, en el tratamiento del dolor y de la inflamación en el ataque agudo de gota.

Método: Estudio prospectivo, abierto y observacional en el que participan 20 pacientes mayores de 18 años que presentan una monoartritis u oligoartritis en relación con un ataque agudo de gota de menos de 48 horas de evolución. Los pacientes son distribuidos de forma aleatoria y de manera alternativa en los 2 grupos a estudio: Grupo 1 (G1); 10 pacientes reciben rofecoxib 50 mg/día (1 comprimido/24 h) durante 8 días. Grupo 2 (G2); 10 pacientes reci-

295

DIFERENCIAS EN EL PERFIL DE EXPRESIÓN DE LOS TRANSPORTADORES DE GLUCOSA (GLUTS) EN LOS CONDROCITOS HUMANOS NORMALES Y ARTROSICOS

E. Maneiro, A. Bonilla, M. de Andrés, B. Rodríguez, F. Galdo y F.J. Blanco García

Laboratorio de Investigación. Servicio de Reumatología. CHU Juan Canalejo. Sección Genética. CHU Juan Canalejo. A Coruña.

Introducción: El cartílago articular humano es un tejido sometido a bajas presiones de oxígeno, siendo la glucosa su principal fuente de energía. La vía de entrada de ésta molécula en las células son los transportadores de glucosa (familia GLUT/SLC2A). Estos transportadores tienen un patrón de expresión específico en cada tipo celular y están sujetos a regulación hormonal y medioambiental. Los condrocitos humanos presentan múltiples isoformas de los GLUTs.

ben indometacina 150 mg/día (1 comprimido/8 h) durante 8 días. Se investigan los siguientes parámetros: Escala visual analógica (EVA) basal, al segundo y octavo día. Hinchazón articular mediante palpación física al octavo día de tratamiento mediante escala 0 - 3 (no, poca, moderada y severa hinchazón). Abandono de la medicación por ineficacia clínica (si / no). Aparición de efectos adversos (si / no). Satisfacción del paciente con el tratamiento pautado al final del estudio mediante escala 0 - 3 (no, regular, bien, excelente).

Resultados: EVA basal: G1 8,5 y G2 8,7; EVA al segundo día: G1 6,10 y G2 5,90; EVA al octavo día: G1 3,40 y G2 3,20. EL 70% de pacientes en ambos grupos presentan poca o ninguna hinchazón al octavo día de tratamiento. Ningún paciente abandona la medicación por ineficacia clínica. 1 sólo paciente del G1 manifiesta reacción adversa gastrointestinal leve frente a 3 pacientes del G2. El 80% de pacientes tratados con rofecoxib e indometacina encuentran bien o excelente el tratamiento recibido.

Conclusión: Rofecoxib 50 mg/día presenta una eficacia clínica similar a indometacina 150 mg/día en el control del dolor y la tumefacción articular en el ataque agudo de gota, siendo ambos tratamientos bien valorados por los pacientes. El grupo de pacientes con rofecoxib presenta menos reacciones adversas gastrointestinales que el grupo con indometacina. Sería interesante la realización de estudios con una mayor muestra de pacientes para determinar con más exactitud la validez o no de los resultados presentados en este trabajo.

297

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA REMITIDOS PARA TRATAMIENTO HOSPITALARIO. ESTUDIO ABIERTO CON TRAMADOL

F.J. Ballina García, E. Hernández, C. Alegre de Miguel, J.L. Riestra Noriega, L. Rodríguez Arboleda y R. Hernández Mejía

Hospital Universitario Central de Asturias, Hospital Vall d'Hebron (Barcelona), Hospital de Cabueñes (Gijón).

Objetivos: Medición de la Calidad de Vida (CV), en pacientes con fibromialgia remitidas a centros hospitalarios, mediante cuestionarios genéricos y específicos. Valoración de la eficacia y tolerancia del tratamiento con tramadol en este grupo de pacientes.

Pacientes y métodos: Estudio multicéntrico, longitudinal, de 8 semanas de duración, con pacientes consecutivas, de sexo femenino, mayores de 18 años y que cumplieran los criterios ACR de 1990. Se excluyó a las pacientes con evidencia de reumatismo inflamatoria, o bien de otras patologías sistémicas para las que no recibieran tratamiento. Se recogieron datos sociodemográficos y variables de CV mediante el cuestionario específico FIQ (Cuestionario sobre el Impacto de la Fibromialgia) y el cuestionario genérico PECVEC (Perfil de Calidad de Vida de Enfermedades Crónicas). Todas las pacientes recibieron tratamiento básico de la enfermedad y tramadol, como terapia analgésica, a dosis de 200-400 mg. Se suspendió cualquier otra medicación que pudiera estar recibiendo para la fibromialgia, a excepción de amitriptilina u otros inhibidores de la recaptación de serotonina.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes (sexo femenino 100%, edad media 48,1 ± 8,8 años, viven en pareja 53%, tra-

bajan fuera de casa 53,2%). Los valores basales de los cuestionarios de CV indican un importante impacto de la enfermedad, siendo las áreas más afectadas en el cuestionario FIQ: la Fatiga (EVA 8,9 ± 1,4), el Descanso Nocturno (EVA 8,5 ± 2,2) y el Deterioro Físico (8,3 ± 2,3). Comparativamente con los valores normativos en mujeres, con el cuestionario PECVEC, los pacientes tienen severas pérdidas de calidad de vida en todas las escalas: Capacidad Física (53,4%), Función Psicológica (33,8%), Animo positivo (44,6%), Animo negativo (32,6%), Función Social (36%) y Bienestar Social (20%). Se encontró una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre los pacientes que viven en pareja y las escalas que miden las dimensiones psíquica y social: Función Psicológica, Animo positivo, Animo negativo y Función social. El tratamiento con tramadol obligó a la retirada de 17 pacientes (29,8%) por efectos secundarios. En los pacientes que completaron las 8 semanas hubo una mejoría significativa ($p < 0,05$) en las escalas FIQ (Deterioro Físico, Bienestar, Capacidad Laboral, Rigidez, Ansiedad, y Depresión); no hubo, sin embargo, mejoría en ninguna de las escalas del cuestionario PECVEC.

Conclusiones: Existe un severo impacto sobre la CV en las pacientes que padecen fibromialgia remitidas a centros hospitalarios. Todas las dimensiones física, psíquica y social están igualmente disminuidas, aunque las pacientes que viven en pareja tienen un mejor CV en las dimensiones psíquica y social. A pesar del alto número de abandonos, el tratamiento con un fármaco analgésico como tramadol, consigue beneficiar algunos aspectos de CV en los cuestionarios específicos. No obstante, no parece, en esta muestra, mejorar globalmente la CV.

298

INFLUENCIA DE LAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA EN LOS PACIENTES CON ARTROSIS DE CADERA Y DE RODILLA

M.A. Aragonés Clemente y E. Aragonés Burguete
Euromutua. Zaragoza.

Objetivo: En los últimos años, en los estudios epidemiológicos que se han realizado sobre los aspectos sociales de las enfermedades reumáticas, no se ha reflejado un factor de gran importancia en cantidad de patologías médicas, y muy especialmente en las enfermedades reumáticas, como son las condiciones del hogar o vivienda. Habiendo desarrollado dos trabajos sobre este aspecto en los años 80, nos ha motivado la realización de este nuevo estudio, para valorar la situación actual y compararla con la anterior.

Materia: Durante los años 2002 y 2003 hemos recogido los 50 primeros pacientes (29 varones y 21 hembras) con artrosis de cadera evolucionada, y los 50 primeros pacientes (16 varones y 34 hembras) con artrosis de rodilla evolucionada, en ambos casos la afectación podía ser uni o bilateral, con o sin prótesis, mayores de 61 años y con necesidad de medios auxiliares para desplazarse.

Método: Hemos valorado la historia clínica, exploración y radiografías. Igualmente se ha tenido en cuenta si portaba prótesis y el tipo de ayuda auxiliar para caminar. Sobre la vivienda se valoró si era unifamiliar, multifamiliar o estaba en residencia, altura de la misma, presencia de ascensor, tipo de calefacción, bañera y/o ducha. Así mismo el número de salidas a la calle y número de baños semanales, difi-

cultad y miedo para bañarse y dependencia de alguien para ello.

Resultados: Se exponen los resultados y los comparamos con los obtenidos en otra serie de 50 coxartrosis y 50 gonartrosis igualmente mayores de 61 años estudiados en los años 1982-83.

Salidas a la calle por día

Número de salidas		Unifamiliar		Multifamiliar		Residencia	
		Coxa	Gona	Coxa	Gona	Coxa	Gona
0 Salidas	Sin ascensor	2	1	10	6	0	0
0 Salidas	Con ascensor	0	0	1	4	2	5
1 Salida	Sin ascensor	8	3	8	9	0	0
1 Salida	Con ascensor	0	0	7	13	3	2
2 o más	Sin ascensor	3	2	0	0	0	0
2 o más	Con ascensor	0	0	6	5	0	0

Salidas a la calle y tipo de vivienda

Conclusiones: 1) La situación de la vivienda, en los pacientes con artrosis de cadera y de rodilla evolucionada, y que no disponen de ascensor sigue siendo precaria y parecida a la de los años citados; hecho que contrasta con otras legislaciones a favor de la supresión de barreras arquitectónicas fuera del hogar. En Coxartrosis: a) Predominio de varones. b) Más del 50% habitan en viviendas que no disponen de ascensor. c) Dificultad y miedo a caídas para entrar y salir del baño, así como para desplazarse. d) Al igual que sucede en los casos de artrosis de rodilla hemos encontrado un alto porcentaje de personas con prótesis y pacientes que viven en residencias, algo que no veíamos en las series de los años 82, 83. En Gonartrosis: a) Predominio de hembras y un alto porcentaje de pacientes que viven en casa sin ascensor, como ocurría en la década de los 80. b) Menor número de salidas a la calle de los pacientes que no disponen de ascensor. c) Miedo y dificultad para entrar y salir de la bañera, aun teniendo personal de ayuda. d) A diferencia de la serie anterior, hemos encontrado un alto porcentaje de personas con prótesis y un número importante de personas que viven en residencias.

Trabajo patrocinado por la Sociedad Aragonesa de Reumatología y por Masterfarm S.L.

299

ENFERMEDAD ÓSEA DE PAGET. RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN UNA COHORTE DE 204 PACIENTES

J. Del Pino Montes, L. Corral, A. Carpio, M. Belhassen, L. Pozo, M.J. García Rodríguez, A. López Bernús y C. Montilla Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

La enfermedad ósea de Paget (EOP) en la segunda alteración del metabolismo óseo en frecuencia. A pesar de tratarse de una entidad paucisintomática puede dar lugar a distintas complicaciones (fracturas, artrosis por deformidad ósea o hipoacusia entre las más frecuentes) que conllevan un deterioro en la calidad de vida del paciente. La instauración de un tratamiento eficaz que disminuya el recambio óseo y por tanto frene la progresión de la enfermedad evitará el desarrollo de dichas complicaciones.

Objetivo: Describir la respuesta clínica al tratamiento con calcitonina y bisfosfonatos de la EOP.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de los casos de EOP atendidos entre enero de 1990 y diciembre de 2003 en la consulta de Reumatología del Hospital Universi-

tario de Salamanca. Se registraron datos clínicos y de laboratorio.

Resultados: Se recogieron datos de tratamiento de 183 pacientes. El 79% recibió tratamiento con una media de 1,5 ciclos por pacientes y 65 meses entre cada ciclo. El principal motivo para la indicación del tratamiento fue evitar la progresión local (78%), seguido de dolor óseo referido a una localización pagética (14%), deformidad ósea (5%) y fracturas (4%). Se pautaron 73 ciclos con tiludronato (til), 65 con calcitonina (cal), 48 con etidronato (eti), 35 con risedronato (ris), 17 con clodronato (clo), 4 con pamidronato (pam) y 1 con alendronato. La edad y la gravedad de la enfermedad al inicio del tratamiento fue similar para los distintos fármacos.

	Calcit	Etidr	Clodr	Pamidr	Tiludr	Risedr
% RFA 6 meses	20 (± 31)	43 (± 38)	46 (± 31)	66	54 (± 28)	55 (± 44)
% RFA 12 meses	2 (± 29)	40 (± 47)	49 (± 48)	77	53 (± 36)	70 (± 18)
% RFA 24 meses	-10 (± 41)	33 (± 58)	25 (± 80)	83	59 (± 34)	72 (± 21)
% pacientes FAN 6 m	5	21	25	50	15	47
% pacientes FAN 12m	7	13	29	50	19	50
% pacientes FAN 24m	4	32	46	50	29	50
% respondedores	11	52	62	75	68	77

RFA: Reducción fosfatasa alcalina; FAN: Fosfatasa alcalina normal.

Discusión: El tratamiento de la EOP es eficaz hasta en el 60% de los casos. Nuestros datos son similares a los publicados en estudios controlados aleatorizados, siendo la calcitonina claramente menos efectiva que el resto de tratamientos. Pamidronato y Risedronato son los bisfosfonatos más activos.

300

TRATAMIENTO EN LA ARTRITIS SÉPTICA: DRENAJE POR ARTROCENESIS REPETIDAS VERSUS TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

R. Mazzucchelli, M. Velasco, R. Almodovar, J. Quirós, P. Zarco, A. Espinosa, L. Moreno, J.E. Losa, J. Valverde, A. Delgado Iribarren y N. Crespí
U. Reumatología. FH Alcorcón, U. Medicina Interna. FH Alcorcón, U. Microbiología. FH Alcorcón., C.S. Granero Vicedo. Área 8. Madrid.

Introducción: El rápido y adecuado drenaje del material purulento intrarticular es esencial en el tratamiento de la artritis séptica. El método inicial para realizarlo (aguja versus tratamiento quirúrgico) es controvertido.

Objetivo: Comparar los resultados obtenidos en el tratamiento de artritis séptica cuando el método de drenaje utilizado al inicio es la artrocentesis repetida frente a tratamiento quirúrgico (artrotomía, artroscopia, sistema de lavado continuo).

Métodos: Es un estudio de cohortes retrospectivo: se han revisado las historias clínicas de todos los pacientes con artritis de origen séptica (no protésica) atendidas en nuestro centro desde su apertura (Sept/98). Al revisar las historias se estableció cual fue la indicación inicial de tratamiento (artrocentesis repetida o tratamiento quirúrgico – artrotomía, artroscopia, lavado continuo-), estableciendo de esta forma las 2 cohortes. Como variable de desenlace se definió fracaso de tratamiento si algunos de los siguientes estaba presente: 1) exitus; 2) aparición de complicaciones (metástasis sépticas, osteomielitis, shock séptico); 3) curación con secuelas; 4) si el tratamiento inicial era artrocentesis y requirió intervención quirúrgica. Como medida de compara-

ción se calculó el Riesgo Relativo (RR) y su intervalo de confianza (IC95%).

Resultados: Del total de 55 episodios de artritis séptica atendidos en nuestro centro durante los últimos 4 años, en 39 se pudo establecer el tratamiento inicial que se había recomendado: 23 pacientes constituyen la cohorte de artrocentesis repetida y 16 de tratamiento quirúrgico (7 artroscopias, 5 artrotomías y 4 lavados continuos). Ambas cohortes tenían características clínicas y microbiológicas similares excepto para la edad (cohorte artrocentesis 54 +25 años y en la cohorte trat quirúrgico fue 34,9 + 21, p = 0,016). En 10 (43,5%) de la cohorte artrocentesis y en 5 (31,3%) de la cohorte trat quirúrgico se estableció fracaso de tratamiento (según definición previa). El RR para tratamiento médico es de 1,69 con IC95% de 0,44-6,46.

Conclusiones: Con las limitaciones de este tipo de estudio y el bajo número de pacientes incluidos, parece existir una tendencia a una peor evolución en los pacientes cuyo manejo inicial fue la artrocentesis repetida frente al tratamiento quirúrgico (si bien estas diferencias no tienen significación estadística).

301

MIOSITIS INFLAMATORIA IDIOPÁTICA JUVENIL (MIJ) EN POBLACIÓN GUATEMALTECA

E.S. Cajas, C. Castellanos, P. Paz, E. López y A. García Kutzbach

Departamento de Medicina, Post-grado Reumatología. Asociación Guatemalteca Anti-Enfermedades Reumáticas (A.G.A.R.). Facultad de Medicina, Universidad Francisco Marroquín. Ciudad de Guatemala, Centro América.

Objetivos: Describir la prevalencia de MIJ en población Guatemalteca, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

Métodos: Evaluación retrospectiva-prospectiva de registros médicos y pacientes de clínica privada (AGK), Consulta Externa A.G.A.R. seguidos durante 19 años hasta la fecha.

Resultados: 11 Pacientes con Miositis Inflamatoria Idiopática Juvenil, 4 masculinos (36%), y 7 femeninos (64%), el rango de edad más afectado entre los 4 y 9 años (55%), en su totalidad todos los pacientes de raza mestiza (ladina); 9 pacientes (82%) fueron diagnosticados y tratados durante el primer año de evolución de la enfermedad, 2 (18%) en el segundo año luego del inicio de la enfermedad. Manifestaciones clínicas más frecuentes:

Manifestaciones	No. Pacientes	Porcentaje
Mialgias	11	100%
Debilidad	11	100%
Artralgias	09	80%
Disfagia	06	55%
Tos	04	33%
Atrofia	03	22%
Calcinosis	03	20%

Se utilizaron los Criterios Clínicos de Bohan y Peter, para la clasificación de la enfermedad, correspondiendo a 3 pacientes (27%) el diagnóstico de Polimiositis juvenil, y a 8 pacientes (73%), el de Dematomiositis juvenil. 8 de los pacientes (73%), cuentan con resultado de biopsia positiva, sólo en 5 de los pacientes se logró realizar Electromiograma, en los cuales este fue positivo para patrón miopático. El 100% de los pacientes presenta elevación de la CPK. *El tratamiento*

utilizado: Prednisona sola: 9% (1paciente) Prednisona más AINES: 9% (1 paciente) Prednisona más metotrexate: 82% (9 pacientes). *Respuesta clínica al tratamiento:* Prednisona: Remisión total 0. Remisión parcial 2 (100%). Prednisona más Metotrexate: Remisión total 5 (55%). Remisión parcial 3 (33%). Fallo en el tratamiento y deceso 1 (12%).

Conclusiones: En 9 de 11 de los pacientes el diagnóstico de la enfermedad fue realizado durante el primer año de afección. La incidencia aunque mayor en mujeres que hombres 7: 4 en este estudio, lo cual es estadísticamente significativo. La elevación de la CPK se constituye en la prueba diagnóstica más observada. La remisión total de la enfermedad fue observada en 5 de los once pacientes estudiados, perteneciendo estos al grupo tratado con Prednisona más metotrexate. Se realizaron anticuerpos anti-MI 2 en tres de los pacientes, siendo este positivo. No se encontraron anticuerpos antisintetasas.

302

LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA (DMO) DE CALCÁNEO ESTA AUMENTADA EN PACIENTES CON TALALGIA ASOCIADA ESPONDILOARTROPATÍA

L. Pozo, M. Belhassen, M.J. García Rodríguez, A. López Bernús, A. Carpio, L. Corral, C. Montilla y J. del Pino Montes
Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

Introducción: Las talalgias son manifestaciones clínicas frecuentes en los pacientes con espondiliartropatía (EA). El engrosamiento ecogénico de la fascia plantar y la proliferación ósea, en forma de entesocitos, son imágenes frecuentes. Estos cambios pueden provocar que la medida de la DMO en el talón resulte alterada. En los últimos años han proliferado los densitómetros periféricos para el cribado de la osteoporosis, cuyos resultados pueden ser malinterpretados.

Objetivos: Medir la DMO- mediante PIXI- en pacientes con lumbalgia crónica y espondilitis, en relación a la presencia de talalgias.

Pacientes y métodos: Se estudiaron todos los pacientes diagnosticados de EA y lumbalgia crónica que acudieron de forma consecutiva a las consultas externas de Reumatología desde el 1 de Febrero al 1 de Agosto de 2003. Se excluyeron personas con edad por encima de 49 años, con enfermedades o tratamientos farmacológicos que modificasen el metabolismo mineral. Los pacientes diagnosticados de EA se separaron en dos grupos en relación a la presencia de talalgia, engrosamiento ecográfico de la fascia plantar y/o entesocitos calcáneos. Se recogieron protocolizadamente factores conocidos que influyen en la masa ósea y riesgo de fracturas. A los tres grupos se le realizó densitometría por PIXI.

Resultados: Treinta y tres pacientes no presentaron talalgia. Diecinueve manifestaron síntomas en la región plantar. Los resultados se resumen en la siguiente tabla:

	Contro (n = 29)	Talalgia (n = 19)	Sin Talalgia (n = 33)	p
Edad	36 (8,46)	37 (8,81)	36 (7,88)	NS
N cigarrillos	254 (161)	112 (98,48)	237 (348,66)	NS
Unidades lácteas	2,72 (1,72)	3,0 (1,32)	3,51 (2,60)	NS
Actividad Física	30,19 (7,36)	34,57 (13,76)	29,73 (8,11)	NS
DMO	0,527 (0,084)	0,617 (0,155)	0,519 (0,073)	0,045

Valores en media (desviación estándar)

Conclusión: La presencia de talalgias se acompaña de una elevación en la DMO medida por PIXI, sin que puedan atribuirse a los factores de riesgo de osteoporosis analizados. No es recomendable la utilización de esta medida en la evaluación de la DMO de pacientes con esta patología.

303

ESTUDIO DEL EFECTO DE ROFECOXIB Y CELECOXIB SOBRE LOS CONDROCITOS ARTROSICOS HUMANOS

M.J. López Armada, B. Carames, E. Maneiro, M.C. de Andrés, A. Bonilla, C. Ruiz Ortega, B. Cillero Pastor, M. Lires Dean, J.C. Fernández López, J.A. Pinto Tasende, F. Galdo y F.J. Blanco García
C.H. Universitario Juan Canalejo. A. Coruña.

Introducción: Los inhibidores de la ciclooxigenasa se usan en el tratamiento de las artropatías inflamatorias y la Artrosis (OA). El efecto anti-inflamatorio de los AINES puede ser debido a la inhibición que producen sobre la síntesis de PGE2, IL-1, NO ó el IL-1 Ra. El efecto de los COXIBs sobre estos mediadores es desconocido.

Objetivo: Analizar el efecto de los COXIBs (celecoxib y rofecoxib) sobre la síntesis de Oxido Nitrico (NO), PGE2, IL-1 e IL-1 Ra en los condrocitos articulares artrósicos humanos.

Material y métodos: Las muestras de cartílago artrósico se obtuvieron de los recambios articulares protésicos. Los condrocitos se aislaron y cultivaron hasta que fueron empleados en los diferentes experimentos. Las células (250,000 células en placas de 24 pocillos) fueron cultivadas con 0,5 ml de medio durante 144 horas y estimuladas con tres diferentes estímulos: IL-1 (5 ng/ml), TNF-a (10 ng/ml), LPS (100 mg/ml). Los COXIBs testados (rofecoxib 10 mg/ml and celecoxib, 30 mg/ml) se añadieron de forma simultanea a cada uno de los estímulos empleados. El IL-1 Ra y la IL-1 se midieron en el sobrenadante utilizando un ELISA comercial (R&D). Los nitritos fueron cuantificados utilizando la reacción de Griess, y los niveles de PGE2 fueron medidos utilizando un EIA comercial (Amersham).

Resultados: Celecoxib y Rofecoxib inhibieron la síntesis de PGE2 inducida por IL-1 de una forma similar. Ninguno de los COXIBs modificó la producción basal de NO. Sin embargo los dos COXIBs inhibieron la síntesis de NO inducida por IL-1 (Celecoxib 62% y Rofecoxib 20%). Los condrocitos artrósicos sintetizaron altos niveles de IL-1 Ra (108,5 ± 6,5 pg/ml). Ninguno de los COXIBs fue capaz de modificar significativamente esta producción basal. Por el contrario, la combinación de IL-1 con rofecoxib o celecoxib incremento los niveles de IL-1 Ra inducidos por la IL-1 en aproximadamente 30 veces. Además la combinación de cualquiera de los COXIBs con TNF-a también causó un incremento de IL-1 Ra de 15 veces. La producción basal de IL-1 por los condrocitos fue de 0,12 ± 0,21 pg/ml. El LPS aumentó la IL-1 (18,81 ± 2,2 pg/ml). Ninguno de los COXIBs analizado fue capaz de modificar la producción basal de IL-1, pero el Celecoxib causó un significativo descenso en la producción de IL-1 inducida por LPS (5,72 ± 3,1 pg/ml).

Conclusión: En condrocitos artrósicos humanos, los COXIBs son capaces de inhibir la síntesis de NO e IL-1. Además los COXIBs incrementan la producción de IL-1 Ra. Rofecoxib y Celecoxib tienen un patrón de efectos biológicos diferente sobre los condrocitos artrósicos.

304

VALIDEZ DE LOS ANTICUERPOS ANTIPÉPTIDO CITRULINADO (ANTI-CCP) Y FACTORES REUMATOIDES (FR) IGM E IGA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE (AR) DE RECIENTE COMIENZO

C. Montilla, A. López Bernús, L. Pozo, M. Belhasem, B. García Berrocal, C. González, J. González Buitrago, M. Martín Martínez, J. del Pino Montes y J. Medina Luezas
Hospital Universitario de Salamanca y Hospital General de Soria.

Introducción: Los anticuerpos citrulinados y el Factor Reumatoide IgA se han propuesto como marcador diagnóstico y evolutivo de la AR. Su presencia puede preceder incluso años a la aparición de AR.

Objetivos: Evaluar la validez de los marcadores serológicos FR IgM e IgA, y los anti-CCP en el diagnóstico de la AR de reciente comienzo (menos de dos años de evolución) en relación con otras enfermedades inflamatorias.

Pacientes y métodos: Se determinaron los tres marcadores en tres grupos de pacientes: AR de reciente comienzo (n = 40), artritis indiferenciadas (n = 19), otras enfermedades inflamatorias utilizadas como controles (espondiloartropatías 15, hepatitis autoinmune 1, enfermedad inflamatoria intestinal 2, artritis por cristales 4, polimialgia reumática 4, artritis psoriásica 1, esclerosis múltiple 2). La determinación de FR IgA y anti-CCP fue realizada en un analizador de placa AP22 Speedy por ELISA (Inova Dcs, San Diego). Se midieron FR IgM por nefelometría automatizada en analizador Hitachy 911 (Roche Dcs, Alemania).

Resultados: La presencia de FR IgM, IgA y anti-CCP fue más frecuente en los pacientes con AR de reciente comienzo (68%, 20% y 55% respectivamente) que en los pacientes con Artritis indiferenciada (42%, 0% y 34% respectivamente). Los parámetros de precisión diagnóstica se exponen en la tabla 1. El punto de corte óptimo fue calculado con una Prevalencia de 0,15 (según estimación de la frecuencia de AR en la Unidad de Reumatología).

	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	LR positiva	LR negativa	AUC	Punto de corte
IgM RF	67,5	93,1	9,78	0,35	0,858	8,8 IU/ml
IgA RF	20,2	100,0	>100	0,80	0,840	136 IU/ml
Anti-CCP	55,0	93,1	7,97	0,48	0,830	13,0 IU/ml
IgM or IgA RFs	67,5	93,1	9,78	0,35		
IgM RF or Anti-CCP	72,5	93,0	10,36	0,30		

LR = razón verosimilitud. AUC = área bajo curva ROC

Conclusiones: Nuestros resultados parecen indicar que la determinación anti-CCP combinada con FR IgM tiene escaso valor sobre la determinación aislada de FR IgM en pacientes con AR de reciente comienzo.

305

TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA EN LISTA DE ESPERA PARA RECAMBIO PROTÉSICO ARTICULAR CON ÁCIDO HIALURÓNICO (ADANT®)

F. Blanco García, J. Fernández Sueiro, J. Pinto Tasende, J. Fernández López, M. Ramos, M. Gimeno, P. Coronel y F. Galdo

Servicio de Reumatología. Hospital Juan Canalejo. A Coruña. Tedec Meiji Farma, S.A.

Objetivo: Valorar de manera comparativa con placebo si el ácido hialurónico (HA) mejora la función articular de la ro-

dilla, y reduce la cirugía protésica de rodilla (CPR) en los pacientes en lista de espera. Analizar el coste comparativo del tratamiento con AH y cirugía.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, unicéntrico, doble ciego, randomizado, controlado, con tres grupos de tratamiento (Grupo I: Tratamiento placebo intra-articular, Grupo II: tratamiento AH 750 kDa-ADANT®; Grupo III, sin tratamiento intra-articular bajo cirugía). La duración del tratamiento intra-articular (HA y placebo) fue de dos ciclos de 5 inyecciones con un intervalo de 6 meses entre cada uno. El grupo control para el estudio fármaco-económico se realizó con aquellos pacientes que recibieron su tratamiento normal de OA con CPR (Grupo III). El grupo sin tratamiento intra-articular fue operado siguiendo el orden establecido en la lista de espera y su seguimiento se desarrolló durante los 12 meses después de la cirugía. La variable eficacia fue estudiada cuantificando el cambio de dolor, movilidad articular, capacidad funcional medida utilizando el WOMAC. Además también se analizó el cambio en el índice de puntuación total WOMAC. Un análisis de la covarianza (ANCOVA) fue usado para comparar la principal variable de eficacia para cada brazo del tratamiento. Todas las variables fueron analizadas para la población con intención de tratar.

Resultados: 77 pacientes (14 H/63 M) fueron incluidos (Grupo I: 26; Grupo II: 26 y Grupo III: 25). El cambio en la subescala de dolor WOMAC y escala de dolor VAS a los 3 y 6 meses después de la primera inyección no mostró diferencias estadísticas entre los grupos I y II, pero el grupo II mostró a los 6 meses un alivio de dolor más alto que el grupo I (-108,6 vs. -55,8). El cambio en la subescala de movilidad articular a 6 meses comparado con la puntuación basal fue: Grupo I = -4,3 Grupo II = -44,8 ($p = 0,081$). El cambio en la subescala de capacidad funcional (Grupo I = -74,9 vs. Grupo II = -420,1) y el cambio en el índice total WOMAC (Grupo I = -134,9 vs. Grupo II = -573,5) a los 6 meses, cuando se comparó con la puntuación basal, fueron estadísticamente significativos. De todos los pacientes del Grupo I y II, 3 y 9 pacientes no recibieron CPR respectivamente. El coste total de los pacientes incluidos en los Grupos I, II y III a los 12 meses del inicio del estudio fue 132.969,20 €, 106.375,36 €, 239.951,12 € respectivamente.

Conclusión: El tratamiento de pacientes con AH intra-articular parece mostrar un mejor perfil de eficacia que el placebo. En pacientes lista de espera para CPR, el tratamiento de la artrosis de rodilla con HA reduce el coste.

Este Estudio fue patrocinado por TEDEC-MEIJII Farma-España.

306

EFECTO REGULADOR DEL FACTOR INSULÍNICO (IGF-1) EN CULTIVO CELULAR DE CONDROCITOS ARTICULARES DE RATA

A. Khatib, A. Panasyuk, G. Colantuoni, H. Riera, M. Quintero y D. Mitrović

U349 de l'INSERM, Paris, France; y Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, Venezuela.

El factor IGF-1 es el principal factor de crecimiento que estimula el desarrollo de los tejidos esqueléticos, tales como cartílago y hueso. Este factor se sintetiza especialmente en el hígado bajo la acción de la hormona hipofisaria de crecimiento (GH), luego es transportado por ciertas proteínas del

suero (IGF-binding proteins) hasta las células blancas (condrocitos, osteoblastos) donde se unen a los receptores transmembranarios presentes en la superficie de la célula. Los receptores activados transmiten las señales que ordenan a las células la división y la síntesis, principalmente de las moléculas de la matriz extracelular, necesarias para el desarrollo de los tejidos. La acción del Factor IGF-1 es más fuerte durante el crecimiento esquelético y se va debilitando hasta desaparecer en la edad adulta. La ausencia del efecto del IGF-1 al detenerse el crecimiento ha sido atribuida a la desaparición de receptores específicos de las células blancas. El objetivo de nuestro trabajo ha sido estudiar el efecto regulador del IGF-1 en los condrocitos articulares de ratas jóvenes (4 semanas) y viejas (14 meses).

Método de estudio: Los condrocitos fueron aislados mediante la digestión de colagenasa y fueron mantenidos en cultivo de monocapas durante tres generaciones. Luego se incubaron en ausencia (control) y en presencia del IGF-1, se determinó la capacidad de incorporación de la 3H-timidina (síntesis de ADN), del $^{35}\text{SO}_4$ (síntesis de proteoglicanos) y de 3H-glicina (síntesis de colágeno). Igualmente se estudió la densidad de los sitios de fijación del IGF-1 y su afinidad por la unión y la regulación de la densidad por los factores de crecimiento.

Resultados: La pérdida del efecto del IGF-1 en los condrocitos articulares de ratas de 14 meses fue confirmada. Por el contrario, la densidad de los sitios de fijación y su afinidad por el IGF-1 se encontró aumentada en los cultivos de ratas de 14 meses. Los factores de crecimiento, el PDGF y las citocinas IL-1 β y TNF- α aumentaron la densidad de los sitios de fijación del IGF-1, mientras que otros factores tales como: bFGF, TGF- β , GH y GM-CSF no se demostró ningún efecto.

Conclusión: Los condrocitos de ratas viejas mantienen capacidad de unión, fijación y número de receptores superficiales; sin embargo la edad ejerce una influencia tal, que disminuye la capacidad de respuesta ante la presencia del IGF.

307

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ESPAÑOLES CON ARTRITIS REUMATOIDE. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO PECVEC (PERFIL DE CALIDAD DE VIDA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS)

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

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

Objetivos: Estudiar la validez y confiabilidad de la versión española del cuestionario genérico PECVEC.

Material y métodos: Estudio longitudinal y prospectivo de un año de duración. La muestra fue seleccionada mediante muestreo aleatorio estratificado en los servicios de Reumatología de 10 hospitales elegidos por muestreo probabilístico. Se recogieron los cuestionarios de Calidad de Vida (CV) PECVEC, SF-36 y HAQ, y las medidas clínicas de la enfermedad: EVA Dolor, Rigidez matutina, EVA Actividad Paciente y Médico, Recuento de articulaciones dolorosas y tumefactas, VS.G, PCR, y Disease Activity Score (DAS).

Resultados: En la primera medición se incluyeron 301 pacientes (mujeres 82,1%, media de edad de 59 años, seropositiva 68,4%, erosiva 64,7%, duración media de la enfermedad

de 10,3 años). En la segunda medición (4 meses después) se recogieron 242 pacientes. La distribución de las puntuaciones fue gaussiana en todas las escalas PECVEC. La CV estaba significativamente disminuida en todas las escalas con respecto a la población normativa, especialmente en el sexo femenino y en los pacientes con mayor grado de actividad (DAS) y discapacidad (HAQ). La fiabilidad se analizó mediante el coeficiente alfa de Crombach (0,65-0,88 en todas las escalas), y mediante el test-retest con coeficientes de correlación intraclass altos ($> 0,50$) en las escalas de Función Psicológica, Ánimo Positivo, Ánimo Negativo y Función Social, y moderado ($> 0,30$) en la escala de Capacidad Física. La validez convergente se analizó comparando las puntuaciones en cada una de las escalas con las medidas clínicas (la r de Pearson entre -0,13 para VSG y -0,70 para HAQ). Se compararon entre sí, las escalas del PECVEC y SF-36 que va-

loran dimensiones similares, obteniéndose correlaciones satisfactorias (entre 0,38 y 0,69). La sensibilidad al cambio se estudió mediante la Respuesta Media Estandarizada; la correlación fue alta ($> 0,50$) en las escalas de Capacidad Física, Ánimo Negativo y Bienestar Social y moderada ($> 0,30$) en el resto de las escalas.

Conclusión: La CV de los pacientes españoles con Artritis reumatoide medida con el cuestionario PECVEC, está muy disminuida respecto de la población sana y de forma particular en el sexo femenino y en los pacientes con mayor grado de actividad y discapacidad. La versión española del cuestionario PECVEC es fiable y válida para su uso en la población española con Artritis Reumatoide.

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