

Sociedad Valenciana de Reumatología

Publicación Oficial de la Sociedad Valenciana de Reumatología

Actualidad Científica

1 EDITORIAL

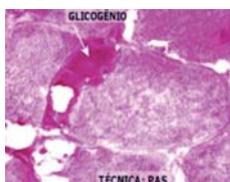
Tempus fugit, carpe diem...

Belmonte Serrano M

3 REVISIÓN

Utilidad clínica de la determinación de lactato y amonio, en el estudio de la intolerancia al ejercicio

Salas-Heredia E, Clarí R, Almenar MV, Senabre-Gallego JM, Santos-Soler G, Pons A, Barber X, Cano C, Lorente M, Molina J, Rosas R y el Grupo AIRE-MB



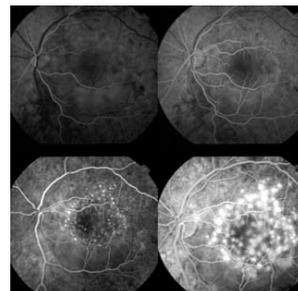
9 CASOS CLÍNICOS

Síndrome febril con dolor y tumefacción palmar en paciente con espondilitis anquilosante

Oller Rodríguez JE, Valls Pascual E, Vicens Bernabeu E, Vergara Dangond C, Robustillo Villarino M, Ybáñez García D, Martínez Ferrer A, Albert Espí G, De la Morena Barrio I, Alegre Sancho JJ

12 Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada: a propósito de un caso

Hernández Bel L, Castro Navarro V, Palomares Fort P, Hernández Bel P, Hernández Garfella M, Beltrán Catalán E, Calvo Catalá J, Cervera Taulet E



15 Osteomielitis femoral crónica: hallazgos por imagen

Quilis N, Bernal JA, Andrés M



18 Actualidad Profesional

Abstracts y Comunicaciones

XVIII
CONGRESO

SVR

SOCIEDAD VALENCIANA
REUMATOLOGÍA

**Revista de la Sociedad
Valenciana de Reumatología**

EDITOR

José Rosas Gómez de Salazar

COEDITOR

Juan Antonio Castellano Cuesta

SECRETARIOS DE REDACCIÓN

José Miguel Senabre Gallego

COMITÉ EDITORIAL

Juan José Alegre Sancho

Miguel Belmonte Serrano

Javier Calvo Catalá

Cristina Campos Fernández

Cristina Fernández Carballido

Isabel Ibero Díaz

José Ivorra Cortés

Vega Jovaní Casano

Antonio José Lozano Saez

Mauricio Mínguez Vega

José Román Ivorra

Gregorio Santos Soler

Francisca Sivera Mascaró

E-mail: revista@svreumatologia.com

DISEÑO Y COORDINACIÓN EDITORIAL

Ibáñez&Plaza Asociados, S.L.

correo@ibanezyplaza.com

www.ibanezyplaza.com

IMPRESIÓN

Graficas 82, S.L.

DEPÓSITO LEGAL

M-3644-2013

SOPORTE VÁLIDO

SV02/92

ISSN 1133-4800

**SOCIEDAD VALENCIANA
DE REUMATOLOGÍA**

Presidente: Miguel Belmonte Serrano

Vicepresidenta: Teresa Buades

Secretario: Antonio Lozano

Tesorera: Concha Juliá

Vocal Alicante: Vega Jovani

Vocal Castellón: Domingo Gumbau

Vocal Valencia: Nagore Fernández-
Llanio

Presidente electo:

Esteban Salas Heredia

Avda de la Plata, 20

46013 Valencia

<http://www.svreumatologia.com>

Tempus fugit, carpe diem...

BELMONTE M

Presidente de la SVR



a ha pasado un año desde el relevo de la anterior junta directiva de la SVR. Hemos superado el cambio de Secretaría Técnica y seguimos adelante con las actividades de nuestra Sociedad, con algunas novedades a destacar en este periodo. La introducción de algoritmos terapéuticos en los sistemas de prescripción electrónica de la *Agència Valenciana de Salut* (AVS) provoca

dificultades añadidas para el ejercicio de nuestra especialidad, que en general no se justifican debidamente. Hemos realizado una encuesta entre los reumatólogos de la Comunitat Valenciana que lo confirma, y consecuentemente hemos realizado una petición a la Dirección General de Farmacia para su reconsideración y eliminación si es posible.

Una novedad candente en este momento es la introducción inminente de los biosimilares de las terapias biológicas de reumatología. Es por una parte una oportunidad para facilitar el acceso de más pacientes a estos eficaces tratamientos. Por otra parte se hace necesario establecer procedimientos que garanticen la equivalencia de estos biosimilares con los originales respecto a su eficacia y seguridad en todas las indicaciones presentes. Esto incluye participar de forma activa en la farmacovigilancia de todos los biológicos, y en este sentido vamos a colaborar con las acciones a este efecto que se van a proponer desde la Sociedad Española de Reumatología.

Por otra parte, estamos promoviendo algunos proyectos en forma de actividades canalizadas a través de la Fundación de la SVR, que tiene su mayor utilidad para esta finalidad. Cabe señalar las dificultades añadidas de los Comités de Ética de la Comunidad Valenciana, especialmente el de la AVS, que en ocasiones tienen una actitud excesivamente rigurosa en la valoración de proyectos de investigación y que bloquean iniciativas novedosas e interesantes con argumentos a veces fútiles y con un excesivo celo evaluativo.

Además, señalar que desde hace varios años no se ofertan plazas de médicos especialistas en la AVS. Esto provoca una temporalidad excesiva en muchos de nuestros compañeros, que intentaremos mejorar en conversaciones con la *Conselleria* después de las próximas elecciones.

Dado que este número de la Revista de la SVR se publica coincidiendo con nuestro congreso anual, que se celebra esta vez en el Complejo Residencial de Previsión Sanitaria Nacional, en San Juan de Alicante, deseo aprovechar para invitar a todos los socios y a los interesados en la Reumatología a participar en este evento, que cada vez está cobrando mayor prestigio a nivel regional y nacional. En esta ocasión el número de comunicaciones presentadas es de 64, todo un récord y que demuestra la pujanza de nuestra especialidad, aunque hay que señalar la desigual participación de los hospitales de nuestra comunidad, en base principalmente al número de especialistas que los componen. A destacar las 25 ponencias distribuidas en 8 mesas y los 5 simposiums que se van a realizar durante este congreso, contando con 8 ponentes de nivel nacional y uno a nivel internacional. Cabe destacar aquí la continuidad de la participación de la enfermería reumatológica con una mesa y un taller práctico de gran interés, que demuestra la consolidación de este grupo de trabajo de la SVR. La remuneración de ponentes y moderadores supone una parte importante del presupuesto del congreso, por lo que la cada vez mayor limitación de contribuciones de la industria nos ha obligado a un ajuste de otros gastos más estricto. El resultado final de todos modos será positivo financieramente y se mantendrá el nivel científico y organizativo de otros años.

En nombre de la Junta Directiva, sin cuya colaboración y la de la Secretaría Técnica de OCP Congress no hubiésemos podido realizar este evento, esperamos que todos disfrutéis en el estudio entorno elegido para este Congreso, que una vez más reúne a toda la Reumatología de la Comunidad Valenciana para compartir las novedades más actuales de nuestra especialidad.

Utilidad clínica de la determinación de lactato y amonio, en el estudio de la intolerancia al ejercicio

SALAS-HEREDIA E¹, CLARÍ R², ALMENAR MV², SENABRE-GALLEGO JM¹, SANTOS-SOLER G¹, PONS A¹, BARBER X³, CANO C¹, LORENTE M¹, MOLINA J², ROSAS J¹ Y EL GRUPO AIRE-MB*

¹Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa (Alicante)

²Servicio de Laboratorio. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa (Alicante)

³CIO-Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante)

Correspondencia: Esteban Salas Heredia - Sección de Reumatología - Hospital Marina Baixa - Avda. Alcalde Jaime Botella Mayor, 7 - 03570 Villajoyosa (Alicante)

✉ estebansalas@msn.com

*Grupo AIRE-MB (Asociación para la Investigación en Reumatología de la Marina Baixa): José Rosas Gómez de Salazar, José Miguel Senabre Gallego, Gregorio Santos Soler, Esteban Salas Heredia, Catalina Cano Pérez, Ana Pons Bas, Marisa Lorente Betoret (Sección Reumatología. Hospital Marina Baixa, Villajoyosa. Alicante); Carlos Santos-Ramírez (Sección Reumatología. Hospital Marina Salud Hospital, Denia. Alicante); Francisca Linares-Tello, Juan Molina García (Servicio de Laboratorio. Hospital Marina Baixa, Villajoyosa. Alicante); Xavier Barber Vallés (CIO-Universidad Miguel Hernández, Elche. Alicante); Mario García Carrasco (Universidad Autónoma de Puebla. México)

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de las enfermedades debidas a la mala función del sistema muscular constituye un auténtico reto. El clínico, se enfrenta a la enorme complejidad de la fisiopatología muscular, con una relativa escasez de armas diagnósticas, para analizar síntomas muy similares, a veces incluso silenciosos.

En ocasiones, el paciente refiere una debilidad muscular, ya sea localizada o general, que ha precisado consulta médica. Otras veces, acude al médico ante el hallazgo de una analítica alterada, que sugiere una afección muscular. En muchas otras, el estudio se origina por la percepción subjetiva de una excesiva fatigabilidad.

Las herramientas que se utilizan para investigar la presencia de una miopatía, el tipo y las causas de la misma, son muy variadas: análisis bioquímicos, inmunológicos y genéticos, estudios neurofisiológicos, biopsia muscular, resonancia magnética muscular, y pruebas funcionales.

La buena práctica clínica nos exige el uso racional y escalonado de dichos medios diagnósticos, por lo que es necesario el cribado de los pacientes que requerirán las técnicas más complejas y costosas. En este sentido, es esencial disponer de un buen laboratorio general donde se puedan realizar los análisis bio-

químicos e inmunológicos más oportunos.

La bioquímica básica “muscular” comprende las enzimas que se suelen alterar en las miopatías, CK, LDH, y GOT, y los productos derivados del metabolismo muscular, lactato, piruvato, y amonio. También son de enorme importancia la determinación de los iones implicados en la contracción muscular como son el calcio, fósforo, magnesio, sodio, y potasio. Se deben realizar algunas determinaciones hormonales, serología de ciertas infecciones, y por último, estudio de ciertos anticuerpos implicados en las miopatías de origen autoinmune.

En cualquier caso, con la historia clínica, el examen del paciente y los exámenes auxiliares como los antedichos, se debe intentar clasificar inicialmente la miopatía en alguno de los grandes grupos de la tabla 1.

Cuando las manifestaciones clínicas son muy evidentes se puede realizar una aproximación diagnóstica rápida y generalmente certera. Es el caso de la dermatomiositis, las distrofias musculares, la miastenia, la esclerosis lateral amiotrófica, y otras. A veces, el contexto clínico es muy orientador, como el tratamiento con estatinas, o corticoides, la presencia de un cáncer, un hipertiroidismo, etcétera.

Sin embargo, no es infrecuente que la sospecha de una enfermedad muscular surja ante la presencia de síntomas más sutiles, imprecisos e inespecíficos como, por ejemplo, cierta debilidad muscular, fatiga, o mala tolerancia al ejercicio. En estos casos, es obligatorio descartar, entre otras posibilidades, la presencia de una miopatía debida a un trastorno del metabolismo muscular.

LA INTOLERANCIA AL EJERCICIO

Es la incapacidad para continuar un esfuerzo físico, por cansancio más o menos extremo, mialgias, calambres musculares o paresias.

La intolerancia al ejercicio puede deberse, como es lógico, a alteraciones estructurales, ya sean congénitas o adquiridas, del tejido muscular. Es el caso de las Distrofinopatías, como la de Becker, las Caveolinopatías, y las Miopatías Congénitas, como la de Agregados Tubulares o la Multicore.

Sin embargo, en la mayoría de los casos, la intolerancia al ejercicio se origina por un defecto en los procesos metabólicos intracelulares, imprescindibles para la obtención de energía en el interior de las fibras musculares. Estas miopatías “metabólicas” pueden deberse a trastorno del metabolismo de¹:

TABLA 1

CLASIFICACIÓN BÁSICA DE LAS MIOPATÍAS

Congénita	Distrófica	Metabólica
Inflamatoria	Infecciosa	Neoplásica
Tóxica	Endocrina	Neuromuscular

- a) Los hidratos de carbono, o Glucogenosis.
- b) Los lípidos.
- c) El ciclo de los nucleótidos de las purinas.
- d) Los complejos enzimáticos de la cadena respiratoria mitocondrial.

Es frecuente que cursen con elevaciones, transitorias o permanentes, de los niveles séricos de Creatin Kinasa (hiperCKemia) y, en algunos casos, debilidad y atrofia de ciertos grupos musculares. Desde el punto de vista clínico es orientador observar el tipo de fatiga, la presencia de mialgias, calambres, y pigmenturia, pero sobre todo, qué tipo de actividad física los originan, y si existe algún desencadenante. Los síntomas y la forma de aparición de los mismos están relacionados con el déficit metabólico existente y el tipo de esfuerzo realizado (Tabla 2).

Como el glucógeno y la glucosa son necesarios para suministrar la energía necesaria durante los ejercicios cortos y de intensidad elevada, el paciente con *glucogenosis* mostrará dolor, y contractura, cuando realiza este tipo de actividades, mientras que tolerará las de baja intensidad, o más prolongadas. Los enfermos con déficit de miofosforilasa (enfermedad de McArdle) mejoran con la ingesta de glucosa o sucrosa, que sin embargo empeora los síntomas en el déficit de fosfofructoquinasa (PFK) (enfermedad de Tarui).

Por contra, los pacientes con un *trastorno en el transporte de los ácidos grasos*, que son el principal recurso energético durante el reposo y el ejercicio prolongado de baja y moderada intensidad, mostrarán síntomas con actividades como un paseo prolongado, etc. En algunos casos, como el déficit de carnitina palmitoil transferasa (CPT II), se desencadenarán los síntomas con el

ayuno prolongado, la fiebre, el frío, el estrés, la anestesia general, o fármacos tan comunes como el diazepam.

La obtención de la energía necesaria para la actividad celular, requiere un correcto funcionamiento de la cadena respiratoria mitocondrial, por lo que las *enfermedades mitocondriales* darán lugar a un amplio abanico de síntomas, muchas veces más allá del músculo. En éste puede producir debilidad muscular fija, como una ptosis palpebral, o una simple intolerancia al ejercicio. No suelen cursar con calambres, pero sí con fatigabilidad muy desproporcionada, de la que el paciente se recuperará lentamente, con el reposo².

GLUCOGENOSIS

La glucosa se almacena de manera abundante en el hígado y en el músculo esquelético, en forma de un polisacárido llamado glucógeno. Las glucogenosis incluyen a todas enfermedades que se caracterizan por defectos en la síntesis de glucógeno (glucogenogénesis), degradación del glucógeno (glucogenolisis), o degradación de la glucosa (glucólisis).

Durante la contracción muscular anaeróbica, la energía muscular proviene fundamentalmente de la glucosa, que se metaboliza, por la actividad ordenada de ciertos enzimas, hasta la forma de piruvato y lactato (Figura 1).

Hasta la fecha han sido identificadas 14 glucogenosis que corresponden a defectos específicos en la secuencia metabólica de la glucogenolisis y la glucólisis. Se heredan de manera autosómica recesiva, excepto la tipo 9, déficit de fosfogliceratoquinasa, que está ligada al cromosoma X.

Se pueden manifestar de forma muy variada, desde una severa enfermedad al nacimiento, hasta una forma más imprecisa de fatiga y calambres en la edad

adulta. Muchas de ellas afectan también a otros tejidos diferentes del muscular, produciendo anemia hemolítica (las VII, IX, XII), retraso mental o demencia (las IV, IX, XII), hepatopatía crónica, cardiomiopatías, insuficiencia respiratoria, y neuropatía periférica (Tabla 3) Las tipo I, IV, VI, y VIII, no afectan al músculo.

Enfermedad de McArdle

La glucogenosis tipo V, es una de las más frecuentes miopatías hereditarias (Prevalencia: 1/100.000)

En 1951, Brian McArdle describió un paciente con intolerancia al ejercicio, que no producía lactato al realizar el ejercicio forzado con isquemia. Ocho años después, se determinó que esto era debido a la carencia de una enzima, la **miofosforilasa A**, que degrada el glucógeno almacenado en la fibra muscular para obtener la glucosa. Es específica del músculo por lo que, a diferencia de otras GS, no se verán afectados otros tejidos (Figura 1)³.

Se debe a una alteración en el gen de la fosforilasa muscular, *gen PYGM*, asignado al cromosoma 11q131, que está compuesto por 20 exones, con una longitud de 2.523 pares de bases. Aunque se han identificado hasta el momento 90 mutaciones diferentes, la mayoría de los pacientes con déficit de miofosforilasa presentan la R49X (en la actualidad denominada R50X). Es una mutación "nonsense" hallada en Europa y EEUU, en el 43% a 81% de los casos. La mutación "missense" G205S es la segunda en frecuencia, 10% en americanos, 9% en españoles. En España se encuentra además la W798R, no descrita en otros países, en un 16,5% de los casos⁴. Aunque la herencia es autosómica recesiva, se han observado familias que siguen un patrón autosómico pseudodominante.

En la mayoría los pacientes españoles se encontrarán alguna de esas tres mutaciones, por lo que algunos autores recomiendan comenzar por el estudio genético, en lugar de la biopsia muscular, si la sospecha clínica de enfermedad de McArdle es alta. Si no se dispone de estos estudios, o no son confirmatorios, se precisará el estudio histopatológico.

En la biopsia muscular se observa un aumento de glucógeno, a nivel subsarcolemal y/o intermiofibrilar, (Figura 2) junto con ausencia de la miofosforilasa en la tinción histoquímica específica, y una nula actividad enzimática.

Los pacientes presentan mialgias, fatiga prematura y rigidez o debilidad muscular, que desaparece con el reposo. Los síntomas suelen originarse tras un ejercicio físico breve pero de alta intensidad (contracción isométrica), o uno algo menos intenso pero de mayor duración. El ejercicio moderado puede llevarse a cabo sin problemas por la mayor parte de los pacientes.

Suele cursar con cifras elevadas de CK, en los periodos intercríticos, que pueden llegar a niveles muy altos durante las crisis de dolor muscular y calambres (rabdomiolisis). En la mitad de los pacientes la orina aparecerá en esos momentos coloreada por la mioglobina (mioglobinuria). En algunos casos, el acúmulo de ésta puede llegar a producir una insuficiencia renal aguda.

Aunque los síntomas suelen comenzar en la infancia, más de la mitad de los pacientes, son diagnosticados en la edad adulta. Algunos sólo recuerdan algunas molestias cuando eran niños. Otros, presentan siempre calambres muy dolorosos con el ejercicio intenso. La mayoría tiene sensación de “fatiga cónica”⁵.

Una característica importante y patognomónica de esta glucogenosis es el fenómeno de “segunda entrada” o “segundo aliento” (*second wind*). La tolerancia al ejercicio mejora de manera marcada unos 10 minutos después de comenzar el ejercicio aeróbico, de modo que si el paciente descansa brevemente, cuando comienza la mialgia y la rigidez, puede continuar el ejercicio durante más tiempo.

Esto es debido a que, tras los minutos iniciales de ejercicio, donde ha sido imposible movilizar la glucosa muscular por el déficit de miofosforilasa, se comienza a utilizar la glucosa aportada por la sangre⁶. De hecho, los síntomas de estos pacientes se reducen notablemente si ingieren bebidas azucaradas antes del ejercicio, o con la infusión i. v. de glucosa, durante el mismo⁷.

TABLA 2

SÍNTOMAS SEGÚN EL DEFECTO METABÓLICO			
	Glúcidos	Lípidos	Mitocondrial
Síntomas con el ejercicio	Intenso/rápido	Prolongado/lento	Normal
Debilidad	Postejercicio	Postejercicio	Actividad normal
Mialgia	Sí	Sí	No
Calambre/espasmo	++++	++	No
Pigmenturia	Sí	Sí	No
Aumento CK en las intercrisis	Sí	Sí	No

TABLA 3

GLUCOGENOSIS CON AFECTACIÓN MUSCULAR			
Tipo	Déficit	Nombre	Órganos afectados
II	Maltasa ácida	Pompe	Generalizada
III	Desramificadora	Cori- Forbes	Músculo Hígado
V	Fosforilasa A	McArdle	Músculo
VII	Fosfofructokinasa	Tarui	Músculo Hematíes
IX	Fosfogliceratokinasa		Músculo Hematíes, SNC
X	Fosfoglicerato mutasa		Músculo
XI	Láctico deshidrogenasa		Músculo
XII	Aldolasa A		Músculo Hematíes
XIII	Beta-enolasa		Músculo

TABLA 4

INTERPRETACIÓN DE LA CURVA DEL LACTATO Y AMONIO		
	Δ Lactato	Δ Amonio
Sujetos normales, Otras miopatías	Sí	Sí
McArdle	No	Mucho
Déficit MADA	Sí	No
Mala ejecución	No	No

FIGURA 1

GLUCOGENOLISIS Y GLUCÓLISIS

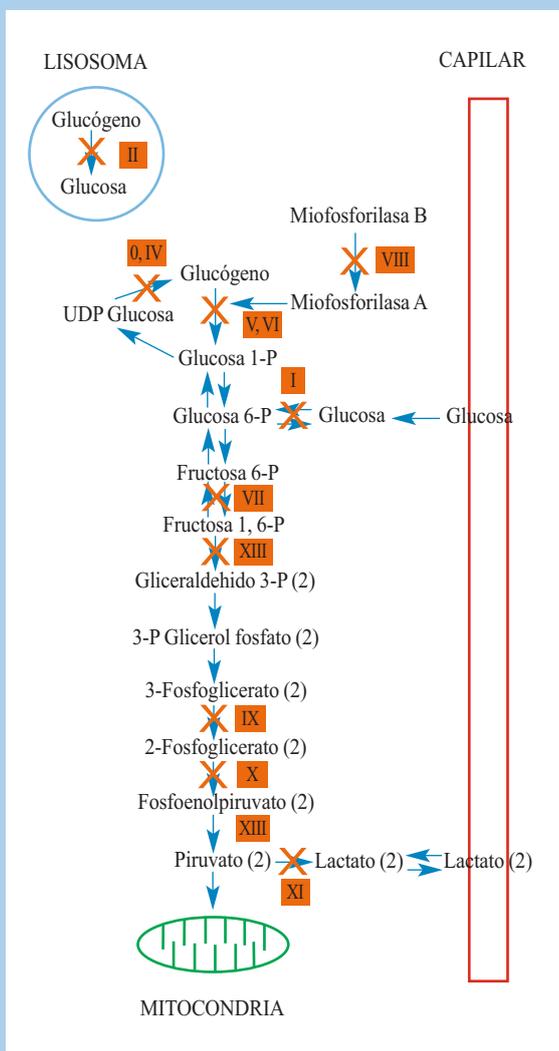


FIGURA 2

ACÚMULO PATOLÓGICO DE GLUCÓGENO

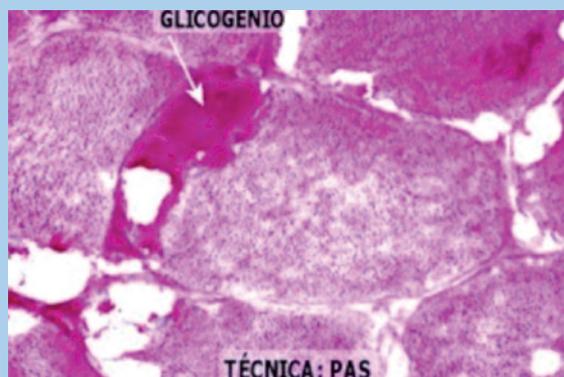
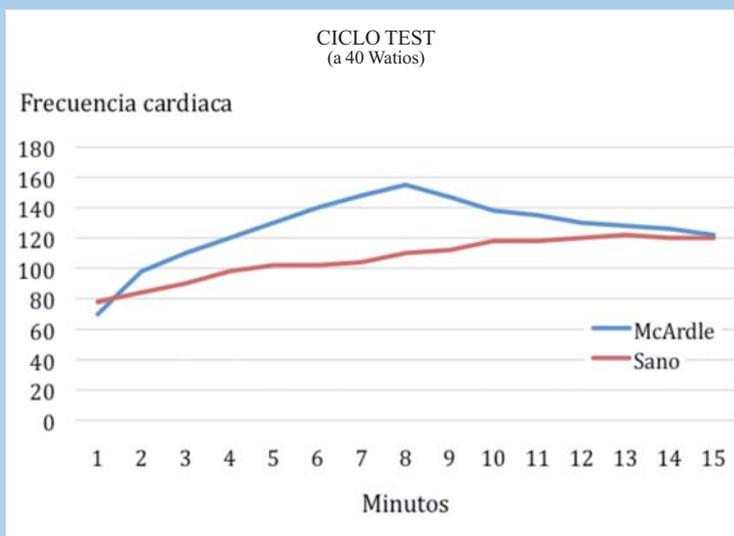


FIGURA 3

“SEGUNDO ALIENTO” EN EL TEST DE BICICLETA



Este fenómeno de “segundo aliento” sólo se puede observar en la enfermedad de McArdle, ya que en las demás glucogenosis, donde el trastorno metabólico está “río abajo”, la glucosa sanguínea tampoco puede ser metabolizada.

De hecho, en alguna GS como la enfermedad de Tarui (déficit de fosfructokinasa) la ingesta de fructosa empeora los síntomas.

Durante el estudio de una intolerancia al ejercicio hay varias pruebas, relativamente simples, que ayudarán a orientar la investigación hacia un tipo u otro de miopatía metabólica: el test de la bicicleta o ciclo test, las curvas de lactato y de amonio, y la medición del lactato venoso basal.

Ciclo test

El profesor Visssing ha diseñado un sencillo test de esfuerzo, para reproducir este fenómeno del “segundo aliento”. En las personas sanas, o con otro tipo de miopatías, la frecuencia cardíaca aumenta al pedalear o caminar rápido, de manera paulatina y constante. Sin embargo, en los pacientes con McArdle, la frecuencia cardíaca aumenta de manera marcada al comienzo, pero a partir del 7º minuto comienza a descender, siendo, al final de los 15 minutos que dura la prueba, unos 30 lat/min menor (Figura 3). Realizada de manera correcta, esta prueba se considera 100 % diagnóstica.

Curva de lactato tras ejercicio de antebrazo

Desde el punto de vista del estudio sistemático de la intolerancia al ejercicio, lo más característico de los pacientes con Enfermedad de McArdle es que, durante la fase anaeróbica del ejercicio intenso, no se produce el aumento del nivel de lactato, como se observaría en los sujetos sanos, o con otras miopatías, que mantienen la vía glicolítica intacta. Para comprobarlo, se utiliza la curva del lactato tras la realización de un ejercicio (Figura 3).

Consiste en la determinación en sangre venosa de los niveles de lactato, tras realizar un ejercicio intenso y corto, con la mano y antebrazo, con o sin isquemia.

En primer lugar, se obtiene sangre venosa, con el paciente en reposo, para medir el lactato y amonio basales.

Después se bloquea el flujo sanguíneo, por encima del codo, con un manguito de presión, a una presión superior a la Tensión Sistólica, y se le pide que contraiga el puño con fuerza, rítmicamente, hasta la fatiga (1-2 minutos). Tras retirar rápidamente la isquemia se obtiene sangre venosa para medir de nuevo el lactato y el amonio tras 1 minuto y a los 2, 5 y 10 minutos⁸.

Algunos autores recomiendan realizar el test, sin realizar la isquemia, para evitar alguna posible complicación como la rhabdmiolisis⁹. Para la correcta realización del test no se debe realizar previamente ningún ejercicio o contracción muscular.

Se considera normal un aumento de las cifras de lactato entre 4 a 6 veces del valor basal, con un pico a los 1-2 minutos.

La curva de lactato “plana” es diagnóstica de enfermedad de McArdle. (Figura 4). También se producirá poco o ningún aumento de lactato en las glucogenosis tipo III (Cori-Forbes), VII (Tarui), IX, y XI (déficit de LDH), que son mucho menos frecuentes que la enfermedad de McArdle. En la tipo II (Pompe) la curva de lactato es normal.

Curva del amonio tras ejercicio de antebrazo

Durante la misma prueba utilizada para realizar la curva del lactato, se mide de modo simultáneo el amonio en sangre venosa, que debe aumentar entre 5 a 10 veces su valor basal entre el 2º y 5º minuto, tras el ejercicio intenso del antebrazo. Cuando no es así, suele ser porque el ejercicio se ha hecho con una potencia submáxima.

En los pacientes con McArdle, el amonio aumenta mucho tras el test de ejercicio. Si la fuerza realizada por el paciente en estudio fuera insuficiente, observaremos un escaso aumento del amonio. Por tanto, éste nos sirve para controlar los falsos “lactatos planos”, que en realidad son el resultado de una mala ejecución del ejercicio por parte del paciente.

Si, tras una prueba bien realizada, se observara un aumento del lactato pero no

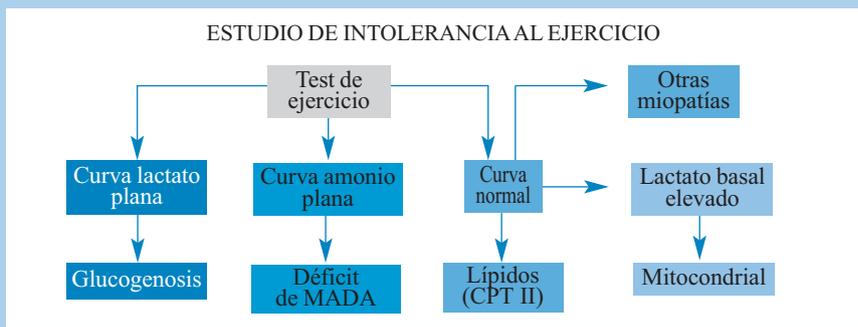
FIGURA 4

CURVA DE LACTATO, TRAS EJERCICIO CON ISQUEMIA DE ANTEBRAZO



FIGURA 5

UTILIDAD DEL LACTATO EN EL ESTUDIO DE LAS MIOPATÍAS METABÓLICAS. MADA: MIOADENILATO DEAMINASA. CPT II: CARNITINA PALMITOIL TRANSFERASA TIPO 2



del amonio (Tabla 4), se puede sospechar un déficit de la enzima MADA (Mioadenilato desaminasa)¹⁰. Esta enzima cataliza el paso de AMP a IMP en el ciclo metabólico de las purinas, que se utiliza como fuente energética auxiliar durante la hipoxia, dando lugar a la producción residual del amonio. Este déficit es relativamente frecuente y generalmente subclínico, aunque algunas veces da lugar a intolerancia al ejercicio y mialgias, sobre todo si se asocia a otra miopatía metabólica¹¹.

Un amonio basal elevado puede ser debido a haber realizado ejercicio antes del test, o a tratamiento previo con ácido valproico, barbitúricos, acetazolamida o diuréticos. Es recomendable no fumar 12 horas antes del test, ya que el tabaco también puede elevarlo algo¹².

En la opinión de los expertos, es aconsejable realizar la curva de lactato y amonio, tras ejercicio de antebrazo (*forearm exercise test*), ante la presencia de fatiga excesiva, mialgias, calambres o mioglobinuria tras ejercicio. No parece indicado en los casos de calambres exclusivamente nocturnos, dolor o cansancio generalizados, continuos y en reposo¹³.

Lactato basal

La mayor parte de la energía almacenada en los glúcidos y los lípidos es liberada finalmente en forma de ATP por la acción de la cadena respiratoria mitocondrial (CRM). Las alteraciones en cualquiera de los mecanismos de esa cadena oxidativa pueden dar lugar a una *Enfermedad Mitocondrial*. Debido a la ubicuidad de las mitocondrias, la clínica de estas enfermedades es muy variada y compleja, desde

TABLA 5	
ENFERMEDADES MITOCONDRIALES. SÍNDROMES MULTIORGÁNICOS	
Síndrome	Síntomas
SKS (Kearns-Sayre)	Oftalmoplegia y ptosis, retinitis pigmentaria, bloqueos cardiacos, miopatía (mialgias y debilidad), cefaleas, demencia, ataxia, disfagia, sordera...
MELAS	Encefalopatía mitocondrial, lactacidosis, episodios similares a la apoplejía
MERRF	Epilepsia mioclónica asociada a fibras rojas rotas
MNGIE	Encefalopatía neuro gastrointestinal mitocondrial
NARP	Neuropatía, ataxia y retinitis pigmentosa
Pearson	Anemia, afectación pancreática
Leigh	Encefalomiopatía necrotizante infantil subaguda

síndromes graves multiorgánicos (Tabla 5), miopatías aisladas, como la oftalmoplegia externa crónica progresiva, o una simple intolerancia al ejercicio.

Muchos pacientes refieren una intensa fatiga y mialgias tras actividades simples de la vida diaria, que tiene que interrumpir, para recuperarse, a veces muy lentamente. Los calambres y la pigmenturia son excepcionales. Estos síntomas suelen ser atribuidos erróneamente a otras causas, cuando no a un posible, pero inexistente, trastorno psíquico.

En estos casos de “fatigabilidad” inexplicable es muy frustrante la ausencia de pruebas diagnósticas. Los niveles de CK pueden ser normales, así como los estudios de EMG. Pues bien, uno de los datos que nos hacen sospechar un defecto en la CRM, y por tanto una miopatía mitocondrial (MM) es la elevación del lactato basal, es decir tras reposo prolongado. En los adultos oscila en 0,5 y 2,2 mmol/L. Cifras superiores son claramente anormales, por lo que, en ausencia de alguna otra causa de lactacidosis metabólica, pueden ser debidas a una alteración de la cadena respiratoria mitocondrial¹⁴. En estos casos, el cociente lactato/piruvato suele ser elevado (>20). La extracción de sangre debe efectuarse con el paciente en ayunas, sin haber realizado ejercicio previo y en reposo, evitando el uso de torniquete, o los movimientos de bombeo con la mano¹⁵. Una

cifra normal no excluye el diagnóstico de MM, ya que en muchos pacientes el lactato puede no estar elevado. Lamentablemente, el diagnóstico de este tipo de miopatías es muy complejo y requiere estudios muy costosos, como la biopsia especializada, y los estudios genéticos. Otras técnicas auxiliares como la ergometría, o la espectroscopia por resonancia magnética, sólo estarán disponibles en centros muy especializados¹⁶.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de las miopatías requiere un estudio sistematizado, con algoritmos que permitan el uso racional y eficiente de los recursos disponibles.

Dentro de las numerosas causas de una enfermedad muscular cabe destacar las alteraciones intrínsecas del metabolismo tisular, las miopatías metabólicas.

La degradación de la glucosa, uno de los carburantes más eficientes del músculo, da como resultado la aparición de un residuo, el lactato, que se puede determinar en el laboratorio.

La cuantificación del lactato y el amonio en reposo, y tras ejercicio, son imprescindibles para estudiar los casos de intolerancia al ejercicio o de elevación de la Creatinina. El resultado de estas pruebas puede orientar hacia el estudio de una Glucogenosis, como la Enfermedad de McArdle, el déficit de MADA, o una Miopatía Mitocondrial (Figura 5).

La confirmación del diagnóstico requiere la realización de estudios genéticos, y de histopatología muscular especializada.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Marsal MT, Del Blanco AI, Azcona EJM. Aneurismas distales. En: Estevan-Solano JM. Tratado de aneurismas. Barcelona. Uriach. 1997;475-93.
- 2.- Guttani C. De externis aneurysmatibus manu chirurgica methodice pertractandis, 1772. Citado en: Erichsen Je, trans-ed. Observations on Aneurysm. London: Sydenham Society. 1884:316-8.
- 3.- Timothy Ablett C, et al. Hypothenar hammer syndrome: Case Reports and Brief Review. Clinical Medicine and Research. 2008;6:3-8.
- 4.- Rial Horcajo R, Moñux Ducajú G. Tratado de las enfermedades vasculares. Vol II. Barcelona: Viguera editores; 2006. p. 879-89.
- 5.- Albaladejo F, Sánchez P, Hernández M, Redondo M. Parálisis cubital aguda producida por pseudoaneurisma de la arteria cubital en el canal de Guyon. Revista Iberoamericana de Cirugía de la Mano. 2013;41:46-52.
- 6.- Angulo-Mendaz JM. Medio informal de comunicación. Blackberry como medio masivo. Revista Schema. 2012;2:136-151.
- 7.- Villalba-Munera V, Vázquez-Medina C. Síndrome del martillo hipotenar con aneurisma de la arteria cubital. Angiología. 2009;61:265-9.
- 8.- Yuen JC, Wright E, Johnson LA, Culp WC. Hypothenar hammer syndrome: an update with algorithms for diagnosis and treatment. Ann Plast Surg. 2011;67:429-38.
- 9.- Redondo M, Serrano JL, Navarrete N, Sabio JM. Pseudoaneurisma micótico por Salmonella Enteritidis en paciente con fiebre de origen desconocido. Medicina Intensiva. 2013;37:365366.
- 10.- Man Fung Ho, Yiu-Che Chan, Wing-Keung Chen. Management of mycotic femoral artery aneurysm with two resistant organisms. Asian Cardiovascular and Thoracic Annals. 2014;22:742.
- 11.- Lifshutz J, Lidar Z, Maiman D. Thoracic aortic pseudoaneurysm after spine trauma in ankylosing spondylitis. Case report. J Neurosurg Spine. 2005;2:218-21.
- 12.- Fligelstone LJ, Cachia PG, Ralis H. Lupus anticoagulant in patients with peripheral vascular disease: a prospective study. Eur J Vasc Endovasc Surg. 1995;9:277-83.
- 13.- Wallace JR, Baril DT, Chaer RA. Upper extremity venous aneurysm as a source of pulmonary emboli. Ann Vasc Surg. 2013;2:240.
- 14.- Anderson SE, et al. Imaging feature of pseudoaneurysms of the hand in children and adults. American Journal of Roentgenology. 2003;180:659-64
- 15.- Koman A, et al. Trastornos vasculares. En: Green's. Cirugía de la mano. Madrid: Marbán: 2007; p. 2265-313.
- 16.- González-Martínez, P, Salazar-Agorria A, Bravo-Ruiz E, Suárez-Tornin MJ, Vega-Manrique R. Pseudoaneurisma de arteria cubital después de cirugía de túnel del carpo. Angiología. 2012;64:280-86.

Síndrome febril con dolor y tumefacción palmar en paciente con espondilitis anquilosante

OLLER RODRÍGUEZ JE, VALLS PASCUAL E, VICENS BERNABEU E, VERGARA DANGOND C, ROBUSTILLO VILLARINO M, YBÁÑEZ GARCÍA D, MARTÍNEZ FERRER A, ALBERT ESPÍ G, DE LA MORENA BARRIO I, ALEGRE SANCHO JJ
Sección de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Correspondencia: Juan José Alegre Sancho - Sección de Reumatología - Hospital Universitario Dr. Peset - Avda. Gaspar Aguilar, 90 - 46017 Valencia

✉ alegre_juasan@gva.es

CASO

Varón de 61 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial y tabaquismo activo (15 años/paquete). En seguimiento por nuestra parte por Espondilitis Anquilosante HLA-B27 + con afección axial y uveítis anterior aguda recidivante, en tratamiento con sulfasalazina a dosis diaria de 2 gramos. Analíticamente, siempre había destacado el hallazgo de un alargamiento del TTPA con 3 determinaciones de anti-coagulante lúpico positivas, sin evidencia de patología trombótica asociada.

El paciente fue remitido a Reumatología por fiebre de 48 horas de evolución sin afección del estado general que se acompaña de dolor y eritema mal delimitados en la palma de la mano derecha junto a parestesias en 4º y 5º dedos de dicha mano. Previamente, había consultado con su médico de Atención Primaria y había iniciado tratamiento con amoxicilina-clavulánico ante la sospecha de celulitis. La exploración física era compatible con la sospecha inicial del médico de cabecera y el paciente había apreciado cierta mejora clínica, por lo que se mantuvo la pauta antibiótica y se citó al paciente en 7 días con una analítica de control para valorar evolución.

El paciente acudió, 48 horas después por persistencia de la clínica y empeoramiento de las parestesias asociadas a pesar de que la fiebre había remitido. A la exploración se objetivó que la tumefacción y el eritema se habían circunscrito a la eminencia hipotenar (Figura 1), y no evidenciamos nuevos hallazgos. En la analítica, se

detectó elevación de reactantes de fase aguda. Se practicó un estudio ecográfico en el que se evidenció una imagen sacular hipoecoica dependiente de la arteria cubital, cuya luz estaba parcialmente ocupada por material hipoecoico sin señal Doppler, todo ello compatible con una dilatación aneurismática de la arteria cubital (Figuras 2 y 3). Estos hallazgos ecográficos fueron confirmados por el Servicio de Cirugía Vasculard, y se indicó tratamiento quirúrgico urgente para evitar complicaciones. Previo a la cirugía, y en el mismo día, se procedió a realizar un estudio de Angio-TC para acabar de confirmar y delimitar mejor el alcance de la lesión (Figura 4). La intervención quirúrgica, que se desarrolló sin complicaciones, consistió en la resección de la lesión con anastomosis término-terminal cubital (Figura 5), y se remitieron muestras a Microbiología y a Anatomía Patológica. Los cultivos resultaron negativos. El estudio anatomopatológico reveló alteraciones estructurales de la pared vascular con presencia de un agregado plaquetar rodeado de un infiltrado leucocitario, todo ello compatible con el diagnóstico de pseudoaneurisma de la arteria cubital parcialmente trombosado y abcesificado (Figura 6).

La evolución del paciente fue favorable. A la semana se comprobó que la permeabilidad del vaso, conservándose los pulsos radial y cubital. Como única secuela temporal, persistieron las parestesias y disestesias en 4º y 5º dedo, que desaparecieron a las 12 semanas.

FIGURA 1

MASA PULSÁTIL EN EMINENCIA HIPOTENAR



DISCUSIÓN

Los pseudoaneurismas o aneurismas falsos se diferencian de los aneurismas verdaderos en que los primeros presentan una pared compuesta de tejido fibroso en lugar de los componentes de la pared arterial normal¹.

Los pseudoaneurismas de arterias periféricas son poco habituales, siendo más frecuentes en miembros inferiores. Cuando aparecen en miembros superiores, la arteria cubital es la más frecuentemente afectada, especialmente a su paso por el canal de Guyon y en la eminencia hipotenar. El principal factor causal en relación con el desarrollo de estas lesiones sobre la arteria cubital son los traumatismos, bien

FIGURA 2

ECOGRAFÍA: DILATACIÓN DE LA ARTERIA CUBITAL

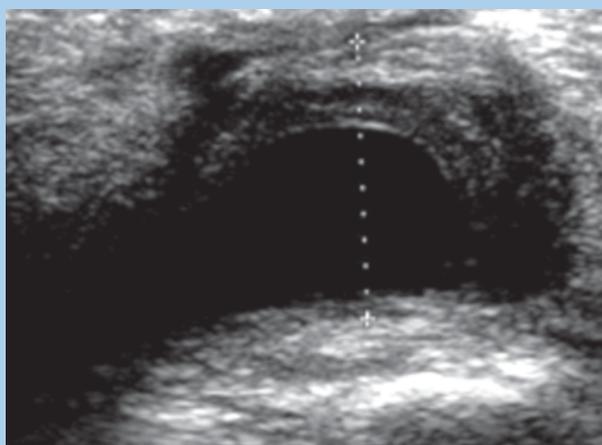
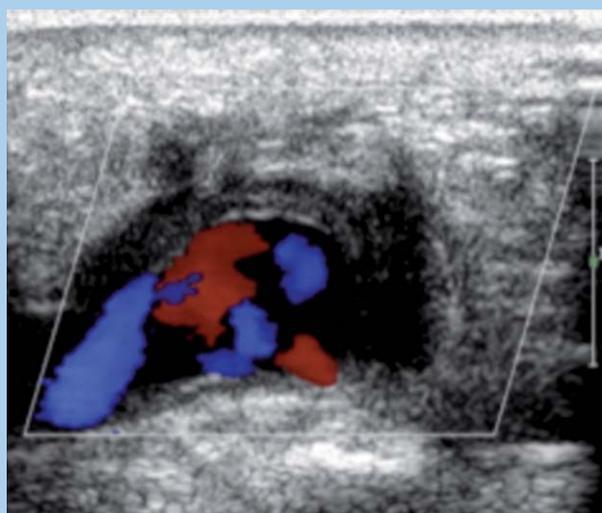


FIGURA 3

ECOGRAFÍA DOPPLER



en forma de traumas menores repetidos o como un único traumatismo directo, en una región donde la arterial cubital es más vulnerable y puede recibir el impacto del gancho del hueso ganchoso. Tal es el caso del síndrome del martillo hipotenar, descrito en 1772 por Guttani², y más frecuente en varones de edad media que desempeñan trabajos manuales³. Otros factores causales cuya importancia relativa ha aumentado durante los últimos años son los accesos vasculares⁴ para hemodiálisis, cateterismos, venopunciones, cirugía, así como las lesiones por aplastamiento y las infecciones micóticas⁵.

neurisma de aorta torácica en un paciente diagnosticado de Espondilitis Anquilosante, pero éste se relacionó con un traumatismo de raquis¹¹.

Clínicamente, la lesión suele manifestarse como una masa palpable y pulsátil en la región hipotenar. En caso de complicaciones como la trombosis y/o la embolización a las arterias interdigitales, puede haber dolor, intolerancia al frío, cianosis, e incluso fenómeno de Raynaud afectando a los dedos trifalángicos, pero no al primer dedo⁷. Si la isquemia no se resuelve, puede aparecer ulceración y necrosis digital⁸. La com-

Como único factor predisponente nuestro paciente refería el uso habitual de la eminencia hipotenar de la mano derecha como punto de apoyo de su iPad. Esta asociación no está descrita en la literatura. Sí está descrita la asociación entre el uso excesivo de dispositivos electrónicos, como iPad o Blackberry, con la aparición de lesiones como la tenosinovitis de De Quervain, síndrome de túnel carpiano o patología compresiva del nervio cubital⁶. No hemos hallado en la literatura ninguna evidencia que avale una hipotética asociación entre la Espondilitis Anquilosante y la aparición de la lesión pseudoaneurismática en nuestro paciente a excepción de un único caso de pseudoa-

presión del nervio cubital, cuando aparece, puede producir síntomas sensitivos (hipoestesia y parestesias en el 5º dedo y la mitad cubital del 4º) y motores (parálisis de los músculos intrínsecos con presencia de garra cubital y atrofia de músculos interóseos). Otras complicaciones pueden ser la ruptura del pseudoaneurisma, con hemorragia contenida o no, pudiendo fistulizar o dar lugar a un síndrome compartimental.

Los pseudoaneurismas pueden también infectarse. Los agentes más frecuentemente implicados en estos casos son *Staphylococcus Aureus*, *Streptococcus spp*, *Escherichia Coli*, *Salmonella* y *Pseudomonas*⁹. Esta complicación se ha descrito con más frecuencia en pacientes adictos a drogas por vía parenteral, en pacientes inmunocomprometidos afectos de enfermedades malignas, cirrosis hepática, Diabetes Mellitus, Lupus Eritematoso Sistémico, infección por VIH, pacientes en tratamiento crónico con glucocorticoides o fármacos inmunosupresores, y en pacientes en edades extremas de la vida.

En el caso de nuestro paciente, puede hablarse de la coincidencia de dos complicaciones, la trombosis y la infección. La trombosis es una complicación no infrecuente de estas lesiones, sin embargo, no podemos descartar una posible asociación a la presencia de anticoagulante lúpico (ACL) en la sangre de nuestro paciente. Por otro lado, se ha estudiado la posible asociación entre la positividad del ACL y la aparición de lesiones vasculares aneurismáticas. En 1995, Fligelstone y cols.¹² evidenciaron en un estudio de cohortes la alta prevalencia de ACL en pacientes con isquemia crítica, claudicación vascular y en pacientes tributarios de cirugía de aneurismas de aorta abdominal. Por otro lado, Wallace y cols.¹³ publicaron en 2013 un caso de tromboembolismo pulmonar y aneurisma de vena axilar en un varón de 22 años con varias determinaciones positivas previas de ACL. No hay casos descritos de la asociación entre ACL y la aparición de pseudoaneurismas. En cuanto a la infección de la lesión, nuestro paciente no recibía fármacos inmunosupresores y tampoco podemos considerar la Espon-

dilitis Anquilosante como una patología que “per se” pueda aumentar el riesgo de infección.

La ecografía-Doppler permite un diagnóstico de forma no invasiva, por lo que es muy útil como primera aproximación; mientras que las pruebas de referencia para la planificación preoperatoria son la arteriografía (método tradicional) y el angio-TC (menos invasivo y más económico)⁷.

La mayoría de los expertos avalan el tratamiento quirúrgico para los pseudoaneurismas de la mano¹⁴. Las técnicas endovasculares (embolización o endoprótesis) se reservan para pacientes hemodinámicamente inestables y que requieran una intervención urgente. En general se opta por cirugía abierta. Si hay buena compensación por parte de la circulación colateral, se opta por resección del pseudoaneurisma y ligadura de los cabos arteriales. En caso contrario, se aconseja la exéresis del aneurisma con reconstrucción arterial, bien sea con reparación término-terminal sin tensión o mediante interposición de injerto venoso¹⁵. Cuando exista infección local, el tratamiento debe combinar el abordaje quirúrgico y la antibioterapia prolongada¹⁰. En caso de pseudoaneurismas ya trombosados o con clínica de isquemia digital se puede intentar tratamiento conservador con antiagregación y prostaglandinas¹⁶.

CONCLUSIÓN

Ante la aparición de una masa dolorosa en eminencia hipotenar, tras descartarse afectación articular o tendinosa, así como proceso celulítico, debe sospecharse la presencia de una lesión aneurismática o pseudoaneurismática de la arteria cubital. Siempre deberemos descartar la posibilidad de complicaciones como trombosis o infección, especialmente en pacientes inmunocomprometidos o que asocien cualquier tipo de trombofilia. La ecografía-Doppler permite un diagnóstico inmediato de la lesión, aunque luego debe confirmarse mediante angiografía y/o angio-TC. El tratamiento de elección es quirúrgico, y debe ejecutarse de modo precoz para evitar la aparición de complicaciones.

FIGURA 4

ANGIO-TC CONFIRMA LA LESIÓN



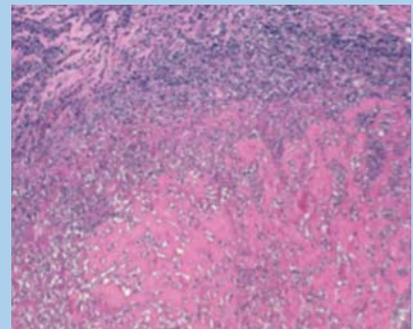
FIGURA 5

EXÉRESIS DEL PSEUDOANEURISMA
CORTESÍA DR. TORRES (CIRUGÍA VASCULAR)



FIGURA 6

ANATOMÍA PATOLÓGICA
CORTESÍA DRA. SORIANO (A.P.)



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Marsal MT, Del Blanco AI, Azcona EJM. Aneurismas distales. En: Estevan-Solano JM. Tratado de aneurismas. Barcelona. Uriach. 1997:475-93.
- 2.- Guttani C. De externis aneurysmatibus manu chirurgica methodice pertractandis, 1772. Citado en: Erichsen Je, trans-ed. Observations on Aneurysm. London: Sydenham Society 1884:316-8.
- 3.- Timothy Ablett C, et al. Hypothenar hammer syndrome: Case Reports and Brief Review. Clinical Medicine and Research 2008;6:3-8.
- 4.- Rial Horcajo R, Moñux Ducajú G. Tratado de las enfermedades vasculares. Vol II. Barcelona: Viguera editores; 2006. p. 879-89.
- 5.- Albaladejo F, Sánchez P, Hernández M, Redondo M. Parálisis cubital aguda producida por pseudoaneurisma de la arteria cubital en el canal de Guyon. Revista Iberoamericana de Cirugía de la Mano 2013;41:46-52.
- 6.- Angulo-Mendaz JM. Medio informal de comunicación. Blackberry como medio masivo. Revista Schema 2012;2:136-151.
- 7.- Villalba-Munera V, Vázquez-Medina C. Síndrome del martillo hipotenar con aneurisma de la arteria cubital. Angiología 2009;61:265-9.
- 8.- Yuen JC, Wright E, Johnson LA, Culp WC. Hypothenar hammer syndrome: an update with algorithms for diagnosis and treatment. Ann Plast Surg 2011;67:429-38.
- 9.- Redondo M, Serrano JL, Navarrete N, Sabio

- JM. Pseudoaneurisma micótico por Salmonella Enteritidis en paciente con fiebre de origen desconocido. Medicina Intensiva 2013;37:365366.
- 10.- Man Fung Ho, Yiu-Che Chan, Wing-Keung Chen. Management of mycotic femoral artery aneurysm with two resistant organisms. Asian Cardiovascular and Thoracic Annals 2014;22:742.
- 11.- Lifshutz J, Lidar Z, Maiman D. Thoracic aortic pseudoaneurysm after spine trauma in ankylosing spondylitis. Case report. J Neurosurg Spine 2005;2:218-21.
- 12.- Fligelstone LJ, Cachia PG, Ralis H. Lupus anticoagulant in patients with peripheral vascular disease: a prospective study. Eur J Vasc Endovasc Surg 1995;9:277-83.
- 13.- Wallace JR, Baril DT, Chaer RA. Upper extremity venous aneurysm as a source of pulmonary emboli. Ann Vasc Surg 2013;2:240.
- 14.- Anderson SE, et al. Imaging feature of pseudoaneurysms of the hand in children and adults. American Journal of Roentgenology. 2003;180:659-64
- 15.- Koman A, et al. Trastornos vasculares. En: Green's. Cirugía de la mano. Madrid: Marbán: 2007; p. 2265-313.
- 16.- González-Martínez, P, Salazar-Agorria A, Bravo-Ruiz E, Suárez-Tornin MJ, Vega-Manrique R. Pseudoaneurisma de arteria cubital después de cirugía de túnel del carpo. Angiología 2012;64:280-86.

Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada: a propósito de un caso

HERNÁNDEZ BEL L¹, CASTRO NAVARRO V¹, PALOMARES FORT P¹, HERNÁNDEZ BEL P³, HERNÁNDEZ GARFELLA M¹, BELTRÁN CATALÁN E², CALVO CATALÁ J², CERVERA TAULET E¹

¹Servicio de Oftalmología. Hospital General Universitario de Valencia

²Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia

³Servicio de Dermatología. Hospital Provincial de Castellón

Correspondencia: Emma Beltrán Catalán - Servicio de Reumatología - Hospital General Universitario de Valencia - Avda. de las tres Cruces, 2 - 46014 Valencia

✉ beltran_emm@gva.es

CASO

El síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) o síndrome uveomeningeo, es una enfermedad autoinmune sistémica en la que el objetivo principal son las células que contienen melanina presentes en el ojo, las meninges, el oído y la piel, en individuos genéticamente susceptibles.

Presentamos el caso de un varón de 37 años de edad, de origen hispano, que acudió al Servicio de Urgencias por presentar vértigo, cefalea, dolor ocular y pérdida de visión en ambos ojos de 1 semana de evolución.

En la exploración física el paciente presentaba nistagmus horizonto-rotatorio en reposo, en la mirada vertical hacia arriba y hacia la derecha. En el estudio oftalmológico se evidenció una llamativa pérdida de agudeza visual en ambos ojos, la biomicroscopía de polo anterior mostraba una uveítis bilateral con precipitados queráticos granulomatosos, tyndall + y sinequias posteriores (Figura 1). En la funduscopía se observaban múltiples desprendimientos serosos de retina más evidentes en la angiografía con fluoresceína (Figura 2) y un incremento de la presión intraocular. Fue remitido al servicio de Dermatología por una alopecia difusa no cicatricial en el cuero cabelludo de reciente instauración junto con una poliosis en la ceja derecha (Figura 3).

Se le practicó un análisis completo que incluyó hemograma, bioquímica, coagulación y proteinograma siendo todo normal; con serología luética, Lyme y una intrader-

morreacción de Mantoux con efecto booster que fueron negativas. La RMN cerebral permitió descartar afectación meningoencefálica. Posteriormente se realizaron pruebas de histocompatibilidad que mostraron un tipaje HLA positivo para DR4 y DR53. Con estos datos se estableció el diagnóstico de enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada. El paciente inició tratamiento con metilprednisolona 1 g IV durante 3 días consecutivos, con posterior pauta descendente de prednisona oral. Se asoció desde el principio tratamiento tópico con cicloplejico 1% cada 8 horas, prednisolona acetato 10 mg/ml cada 2 horas y timolol 0,5% 1 gota cada 12 horas. Rápidamente presentó una marcada mejoría clínica no solo de las manifestaciones sistémicas, sino también una resolución completa de la alopecia aunque, el pelo de nuevo crecimiento permaneció de coloración gris-blancuecina. A los 4 meses la uveítis recidivó, por lo que hubo que instaurar tratamiento con ciclosporina a dosis de 4 mg/Kg/día para poder reducir progresivamente hasta su suspensión los corticoides evitando recidivas. Actualmente presenta una agudeza visual de 20/30 en ojo derecho y 20/20 en ojo izquierdo.

FIGURA 1

UVEÍTIS ANTERIOR CON SINEQUIAS POSTERIORES



des evitando recidivas. Actualmente presenta una agudeza visual de 20/30 en ojo derecho y 20/20 en ojo izquierdo.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada, descrita en 1951, es un raro trastorno sistémico inflamatorio mediado por linfocitos T que actúan frente a las células pigmentadas de la úvea, la piel, el oído interno y las leptomeninges¹.

Su incidencia es más alta entre los 20 y 50 años de edad, con mayor predilección por el género femenino y razas pigmentadas (orientales, negros e hispanos), frente a caucásicas.

FIGURA 2

EN LA ANGIOGRAFIA FLUORESCÉINICA (AGF) DONDE SE APRECIAN MÚLTIPLES PUNTOS HIPERFLUORESCENTES EN "CIELO ESTRELLADO"

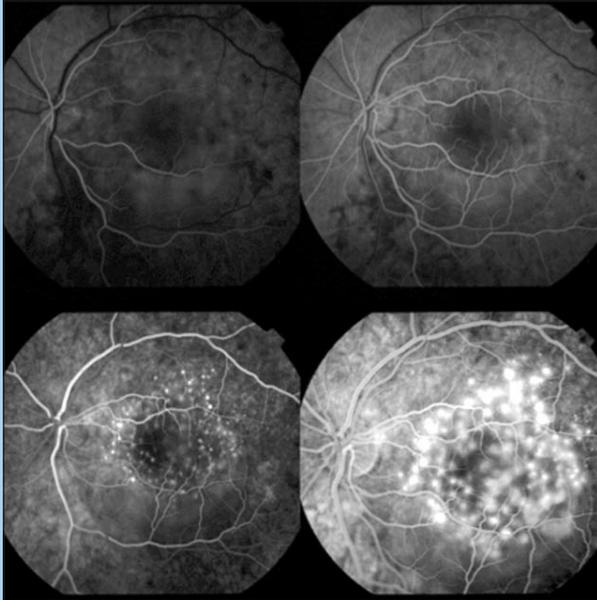


FIGURA 3

ALOPECIA DIFUSA



Su etiología es desconocida, aunque los análisis inmunogenéticos permiten sugerir una fuerte asociación con ciertos HLA (DR4, DRB1, DR53) y genes de la familia de la tirosinasa que condicionan una susceptibilidad genética a padecer la enfermedad². Se ha sugerido que existiría una reacción inmune de tipo directo contra antígenos de células que contengan melanina, como consecuencia de una lesión cutánea o de una infección, en personas genéticamente susceptibles.

En el ojo se produce una reacción inflamatoria uveal granulomatosa con presencia de linfocitos y células epitelioides. En fases agudas se ha visto una preponderancia de linfocitos CD4⁺, mientras que en fase de convalecencia lo son los CD8⁺³. En fases crónicas se observa la desaparición de los melanocitos coroideos y alteraciones del epitelio pigmentario de la retina.

Recientemente se ha definido un nuevo autoantígeno del síndrome, el KUMEL-1, formando parte HLADRB1, que podría ser utilizado para el diagnóstico de la enfermedad⁴.

La evolución de la enfermedad se divide en 4 estadios clínicos: prodrómico, uveítico agudo, de convalecencia y cróni-

co recurrente. No existen test específicos para confirmar el diagnóstico, siendo este fundamentalmente clínico. Para ello se utilizan los criterios establecidos por la Sociedad Americana de Uveítis (Tabla 1)⁵. Se define síndrome de VKH completo cuando el paciente cumple los criterios del 1 al 5, incompleto si se cumplen del 1 al 3, más el cuarto o quinto criterio, y probable cuando solo están presentes los criterios oculares del 1 al 3. Nuestro paciente presentaba un VKH completo.

Es necesario realizar el diagnóstico diferencial con la oftalmía simpática, el linfoma primario de células B, la escleritis posterior, el síndrome de efusión uveal. También de patologías que afectan a la coroides tanto de causa infecciosa como no infecciosa: tuberculosis, sífilis, sarcoidosis y otras coroiditis no granulomatosas^{6,7}.

No existe una pauta en el tratamiento establecida a seguir. Se han utilizado diferentes fármacos en el tratamiento del VKH recidivante, con eficacia variable.

Los glucocorticoides sistémicos son el fármaco de elección en los brotes agudos. La dosis inicial, la duración del tratamiento y la pauta descendente deben individualizarse en cada paciente.

En casos graves, como en el desprendimiento seroso de retina, la administración inicial debe ser en forma de pulsos de metilprednisolona 1 g/día durante 3 días consecutivos, seguido de prednisona oral reduciendo la dosis de forma muy gradual durante 6 meses o más. En pacientes seleccionados pueden utilizarse glucocorticoides locales mediante inyecciones o implantes intravítreos⁸.

En aquellos casos con recurrencias, inflamación crónica o refractariedad al tratamiento es necesario asociar inmunosupresores sistémicos no esteroideos o terapia inmunomoduladora⁹⁻¹¹. Entre los fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs) utilizados podemos diferenciar no biológicos y biológicos. Entre los FAMEs no biológicos la ciclosporina A es muy utilizada en inflamaciones oculares de causa no infecciosa incluido el VKH, la dosis recomendada es de 3-5 mg/Kg/día¹². Antimetabolitos como la Azatioprina (1-2 mg/Kg/día) y el micofenolato también se han utilizado en la enfermedad de VKH como primera o segunda línea de tratamiento¹³. Los agentes biológicos como los anti-TNF α (infliximab, adalimumab y menos casos con etanercept) se han proba-

do en menor número de casos tanto en adultos como en niños¹⁴. Con rituximab la experiencia se limita a casos puntuales con una buena respuesta y posterior evolución, pudiéndose considerar una alternativa terapéutica en pacientes que no responden al tratamiento con FAMES no biológicos y anti-TNF α ¹⁵.

El pronóstico es relativamente benigno, aunque existen complicaciones visuales como la catarata, el glaucoma y la neovascularización subretiniana. Ésta última producida por una alteración en la permeabilidad vascular. Los fármacos intraoculares inhibidores del factor vascular de crecimiento endotelial (VEGF) son eficaces, por lo que deben tenerse en consideración cuando se produce la neovascularización, al plantear una estrategia terapéutica¹⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Akram S, Khabir K. Vogt-Koyanagi-Harada syndrome. J Coll Physicians Surg Pak. 2014;24:692-4.
 2.- Kluger N, Mura F, Guillot B, Bessis D. Vogt-Koyanagi-Harada syndrome associated with psoriasis and autoimmune thyroid disease. Acta Derm Venereol. 88 (2008), pp. 397-398.
 3.- Norose K, Yano A, Wang X, et al. Dominance of activated T cells and interleukin-6 in aqueous humor in VKH syndrome. Invest Ophthalmol Vis Sci. 1994;35:33-39.
 4.- Otani S, Sakurai T, Yamamoto K, Fujita T, Matsuzaki Y, Goto Y. Frequent immune response to a melanocyte specific protein KUMEL-1 in patients with Vogt-Koyanagi-Harada disease. Br J Ophthalmol. 2006;90:773-777.
 5.- Read RW, Holland GN, Rao NA, Tabbara KF, Ohno S, Arellanes-García L, et al. Revised diagnostic criteria for Vogt-Koyanagi-Harada disease: report of an international committee on nomenclature. Am J Ophthalmol. 2001;131:647-652.
 6.- Rao NA, Gupta A, Dustin L, et al. Frequency of distinguishing clinical features in Vogt-Koyanagi-Harada disease. Ophthalmology 2010;117:591-9.
 7.- Wolfensberger TJ, Tufail A. Systemic disorders associated with detachment of the neurosensory retina and retinal pigment epithelium. Curr Opin Ophthalmol. 2000;11:455-61.
 8.- Cunningham MA, Edelman JL, Kaushal S. Intravitreal steroids for macular edema: the past, the present and the future. Surv Ophthalmol. 2008;53:139-149.
 9.- Paredes I, Ahmed M, Foster CS. Immunomodulatory therapy for Vogt-Koyanagi-Harada patients as first-line therapy. Ocul Immunol Inflamm. 2006;14:87-90.
 10.- El-Asrar Am Abu, Al Tamimi M, Hemachandran S, Al-Mezaine HS, Al-Muammar A, Kangave D. Prognostic factors for clinical outcomes in patients with Vogt-Koyanagi-Harada disease treated with high-dose corticosteroids. Acta Ophthalmol. 2013;91:e486-93.

TABLA 1	
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA REVISADOS EN EL AÑO 2001	
1	Síndrome completo de VKH (Cumple criterios de 1 a 5)
	1. Sin antecedentes de traumatismos perforantes o cirugías oculares
	2. Sin evidencias de enfermedades oculares previas
	3. Afectación ocular bilateral (A o B según estadio de la enfermedad)
	A) Manifestaciones tempranas:
	a) Presencia de coroiditis difusa (áreas focales de líquido subretiniano o desprendimiento de retina seroso bulloso)
	b) Si las lesiones no son tan evidentes, debe haber:
	• Áreas de retraso de relleno coroideo, hiperfluorescencia múltiple punteada (cielo estrellado), grandes áreas de hiperfluorescencia, relleno de zonas de líquido subretiniano, y difusión del nervio óptico (AGF)
	c) Engrosamiento difuso sin escleritis posterior (Ecografía)
	B) Manifestaciones tardías:
	a) Antecedentes de manifestaciones tempranas
	b) Despigmentación ocular: Signo de Sugiura o Sunset glow fundus
	c) Otros:
	• Cicatrices numulares corioretinianas
	• Zonas de hiperpigmentación y migración de pigmento
	• Uveítis anterior recurrente o crónica
	4. Antecedentes o hallazgos neurológicos y/o auditivos:
	A) Meningismo
	B) Tinnitus y/o hipoacusia
	C) Pleocitosis en líquido cefalorraquídeo
	5. Hallazgos dermatológicos, posteriores a la uveítis:
	A) Alopecia
	B) Poliosis
	C) Vitíligo
2	Síndrome VKH incompleto (Cumple criterios del 1 al 3 y 4 ó 5)
3	Síndrome VKH probable (Solo cumple los criterios oculares 1 a 3)

11.- Kim EC, Foster CS. Immunomodulatory therapy for the treatment of ocular inflammatory disease: evidence-based medicine recommendations for use. Int Ophthalmol Clin. 2006;141-64.
 12.- Kaçmaz RO, Kempen JH, Newcom C, et al. Cyclosporine for ocular inflammatory disease. Ophthalmology 2010;117:576-84.
 13.- Abu El-Asrar AM, Hemachandran S, Al-Mezaine HS, Kangave D, Al-Muammar AM. The outcomes of mycophenolate mofetil therapy combined with systemic corticosteroids in acute uveitis associated with Vogt-Koyanagi-Harada disease. Acta Ophthalmol. 2012;90:e603-8.
 14.- Khalifa YM, Bailony MR, Acharya NR.

Treatment of pediatric Vogt-Koyanagi-Harada syndrome with infliximab. Ocul Immunol Inflamm. 2010;18:218-22.
 15.- Caso F, Rigante D, Vitale A, Costa L, Bascherini V, Latronico E, Franceschini R, Cantarini L. Long-lasting uveitis remission and hearing loss recovery after rituximab in Vogt-Koyanagi-Harada disease. Clin Rheumatol. 2014 Sep 16. DOI 10.1007/s10067-014-2781-1.
 16.- Krups S, Lew J, Byrnes G, Yeh S, Nussenblatt R, Levy-Clarke G. Therapeutic efficacy of intravitreal bevacizumab on posterior uveitis complicated by neovascularization. Acta Ophthalmol. 2009;87:349-52.

Osteomielitis femoral crónica: hallazgos por imagen

QUILIS N, BERNAL JA, ANDRÉS M

Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante

Correspondencia: Neus Quilis - Sección de Reumatología - Hospital General Universitario de Alicante - C/Pintor Baeza, 12 - 03010 Alicante

✉ neqima87@hotmail.com.

INTRODUCCIÓN

Presentamos un caso de osteomielitis (OM) crónica de fémur distal, confirmada mediante cultivo microbiológico, resaltando la potencial utilidad de la ecografía en el diagnóstico de esta patología.

CASO

Se trata de un hombre de 69 años, con antecedente de fracturas múltiples en miembro inferior izquierdo (meseta tibial, diáfisis femoral y fémur proximal), en 1983 tras accidente de tráfico, que precisaron reducción abierta mediante osteosíntesis; dicho material hubo de ser retirado a los 9 meses por infección persistente a pesar de tratamiento antibiótico (desconocemos el patógeno). Sin embargo, sí presentó una adecuada consolidación de sus fracturas, quedando asintomático y sin limitación funcional alguna.

El paciente ingresa a nuestro cargo en septiembre de 2014 por dolor de ritmo inflamatorio y tumefacción en su rodilla izquierda, síntomas que refiere presenta de forma progresiva en el último año. En la exploración física no se objetiva derrame articular, pero sí un aumento de temperatura local a nivel súpero-medial de la rodilla. En la radiografía simple únicamente destacó la presencia de aposición perióstica a nivel femoral (Figura 1, flecha). Se realizó ecografía articular, donde se identificó una colección (Figura 2, proyección longitudinal) de 4x3x1 cm de diámetro, con contenido heterogéneo (áreas discretamente hiperecogé-

nicas junto a otras hipocogénicas no compresibles con la sonda), y señal power Doppler periférica. Dicha colección se encontraba situada proximal y medial al cóndilo femoral interno, evidenciándose además una interrupción de la cortical subyacente a la colección (Figura 2b, flecha). Se solicitó una RMN (Figura 3, corte coronal y axial), que mostró la presencia de aumento de señal en secuencia T2 y STIR a nivel del tercio distal de la diáfisis femoral izquierda, con alcance de metáfisis, compatible con OM; además se objetivó cloaca (Figura 3b, cabeza de flecha) con comunicación con absceso de partes blandas.

El cultivo tanto del material obtenido por punción guiada por Eco como por desbridamiento quirúrgico fue positivo para *S.aureus* meticilín-sensible, por lo que se instauró tratamiento con levofloxacino y rifampicina.

DISCUSIÓN

La OM es un proceso infeccioso óseo que afecta tanto al cortical como al medular¹. Los patógenos más comunes que producen OM varían en función de la edad del paciente; sin embargo, el *S.aureus* es el germen más comúnmente aislado tanto en los casos de OM aguda como crónica, siendo responsable de entre el 50 y el 75% de los casos, y relacionándose especialmente con la presencia de material protésico osteoarticular. En el caso de infecciones crónicas también es frecuente la participación polimicrobiana, incluyendo anaerobios,

FIGURA 1

RADIOGRAFÍA SIMPLE AP DE RODILLA, DONDE SE APRECIA IMAGEN DE APOSICIÓN PERIÓSTICA A NIVEL FEMORAL (FLECHA)



micobacterias y hongos, que deben ser especialmente buscados en estos casos.

La OM crónica (de más de 6 semanas de evolución o en caso de una recaída después de haber tratado un proceso agudo) es generalmente secundaria a fracturas abiertas, bacteriemia o por contigüidad de un proceso infeccioso vecino (ej. artritis séptica). Su diagnóstico suele resultar más difícil que en el caso de OM aguda, al presentar síntomas más larvados e inespecíficos y requerir pues un alto nivel de sospecha. La toma de cultivos es esencial para el diagnóstico y adecuado tratamiento de

FIGURA 2

ECOGRAFÍA DE RODILLA: A) PROYECCIÓN LONGITUDINAL: SE APRECIA COLECCIÓN DE 4X3X1 CM DE DIÁMETRO, CON CONTENIDO HETEROGÉNEO (ÁREAS DISCRETAMENTE HIPERECOGÉNICAS JUNTO A OTRAS HIPOECOGÉNICAS NO COMPRESIBLES CON LA SONDA), Y SEÑAL POWER DOPPLER PERIFÉRICA. B) COLECCIÓN SITUADA PROXIMAL Y MEDIAL AL CÓNDILO FEMORAL INTERNO, EVIDENCIÁNDOSE ADEMÁS UNA INTERRUPCIÓN DE LA CORTICAL SUBYACENTE A LA COLECCIÓN (FLECHA)

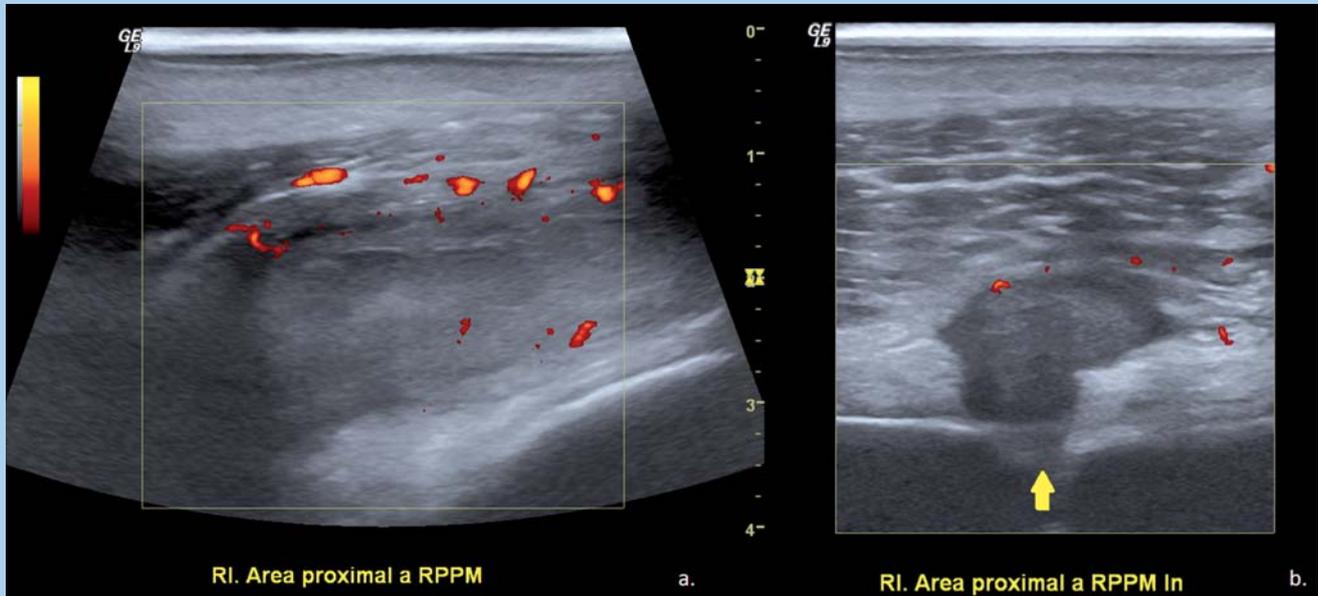
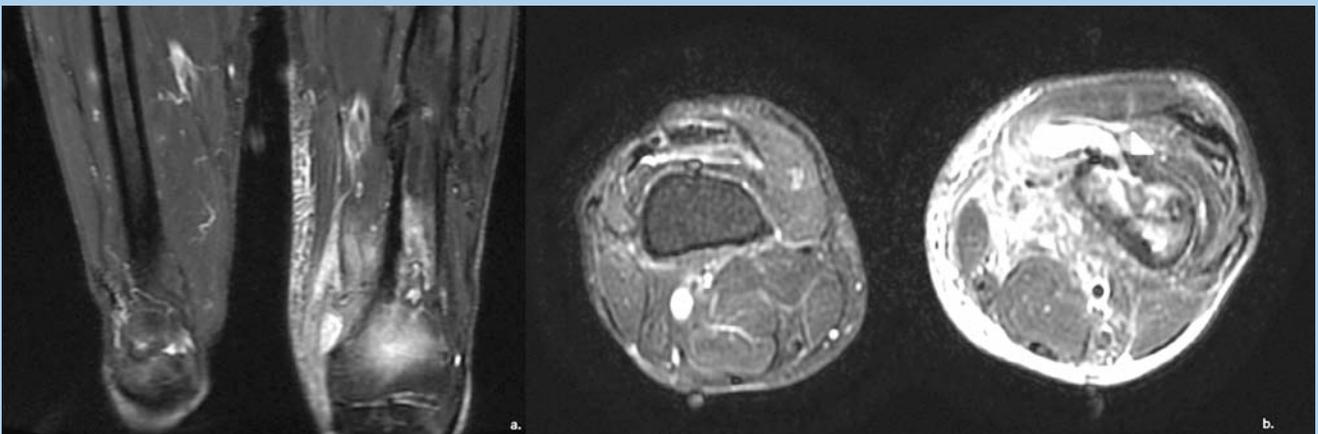


FIGURA 3

RESONANCIA MAGNÉTICA DE RODILLA, CORTE CORONAL Y AXIAL. A) PRESENCIA DE AUMENTO DE SEÑAL EN SECUENCIA T2 Y STIR A NIVEL DEL TERCIO DISTAL DE LA DIÁFISIS FEMORAL IZQUIERDA, CON ALCANCE DE METÁFISIS, COMPATIBLE CON OM; B) ADEMÁS SE OBJETIVÓ CLOACA (CABEZA DE FLECHA) CON COMUNICACIÓN CON ABSCESO DE PARTES BLANDAS



OM, siendo para ello muy frecuentemente necesaria la toma de biopsias mediante técnicas quirúrgicas. El tratamiento antibiótico debe supeditarse al germen aislado y su perfil de sensibilidad. Los falsos negativos en los cultivos o biopsias son comunes en pacientes que han recibido antibioterapia previa, por lo que si clínicamente es posible, se

debe retrasar la pauta antibiótica hasta la obtención de muestras. La duración mínima de tratamiento son 4-6 semanas, en la medida de lo posible por vía intravenosa (excepto si se usan quinolonas dada su excelente biodisponibilidad oral), aunque la adecuada duración no está en absoluto bien establecida. A pesar del desbridamiento quirúrgico y la

antibioterapia a largo plazo, la recurrencia de la osteomielitis crónica en adultos alcanza un 30% a los 12 meses².

Las técnicas de imagen resultan de utilidad para caracterizar las OM. La radiografía simple es el primer escalón, y sobre todo en casos de OM crónica puede mostrar reacción perióstica e incluso osteólisis; además nos permitirá

realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías como metástasis o fracturas osteoporóticas. La RMN es la prueba más sensible para la evaluación de OM, evidenciando precozmente el edema óseo secundario a la infección, pudiendo mostrar además áreas de necrosis, abscesos y alteraciones en partes blandas circundantes.

Dado el caso descrito y lo expuesto en la literatura³ la ecografía musculoesquelética puede resultar de utilidad en la evaluación de una posible OM, ya que puede detectar la presencia de colecciones parostales y disrupciones corticales, así como permite realizar punción guiada de los elementos encontrados para un

análisis microbiológico preciso. Además la ecografía puede ayudar a diferenciar la OM de otros procesos patológicos del hueso^{4,5} como para evaluar recidivas⁶. Dada su inmediatez y la actual disponibilidad en las consultas de reumatología, merece la pena evaluar mediante ecografía a todo paciente con sospecha clínica de OM (tanto aguda como crónica).

BIBLIOGRAFÍA

1.- Lew DP, Waldvogel FA. Osteomyelitis. *Lancet* 2004;364(9431):369-79.
2.- Tice AD, Hoaglund PA, Shoultz DA. Outcomes of osteomyelitis among patients treated with outpatient parenteral antimicrobial therapy. *Am J Med.* 2003;114:723-728.

3.- Pineda C, Espinosa R, Pena A. Radiographic imaging in osteomyelitis: the role of plain radiography, computed tomography, ultrasonography, magnetic resonance imaging, and scintigraphy. *Semin Plast Surg.* 2009;23:80-9.

4.- Inusa BP, Oyewo A, Brokke F, Santhikumar G, Jogeessvaran KH. Dilemma in differentiating between acute osteomyelitis and bone infarction in children with sickle cell disease: the role of ultrasound. *PLoS One* 2013;8:e65001.

5.- Enderle MD, Coerper S, Schweizer HP, et al. Correlation of imaging techniques to histopathology in patients with diabetic foot syndrome and clinical suspicion of chronic osteomyelitis. The role of high-resolution ultrasound. *Diabetes Care* 1999;22:294-9.

6.- Balanika AP, Papakonstantinou O, Kontopoulou CJ, et al. Gray-scale and color Doppler ultrasonographic evaluation of reactivated post-traumatic/postoperative chronic osteomyelitis. *Skeletal Radiol.* 2009;38:363-9.

PROGRAMA

VIERNES 27 DE FEBRERO

09.15-10.00 h. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN - COLOCACIÓN PÓSTERS

10.00-11.00 h. SELECCIÓN COMUNICACIONES ORALES

Moderadores: Dra. María Teresa Buades Soriano. Hosp. Quirón, Valencia y Dra. María Concepción Julia Molla. Hosp. Malvarrosa, Valencia

11.00-11.30 h. CAFÉ - VISITA POSTERS

11.30-12.15 h. SIMPOSIUM N° 1 OSTEOPOROSIS

Moderador: Dr. Esteban Salas Heredia. Hosp. Villajoyosa, Alicante

• **Actualización y nuevos tratamientos en osteoporosis**

Dr. Jaime Calvo Alén. Hospital Sierrallana. Cantabria

12:15-13:30 h. MESA OSTEOPOROSIS

Moderadores: Dr. Javier Calvo Catalá. Hosp. Gral. Univ. de Valencia y Dr. Luis Arboleya. Hosp. Central de Asturias

• **Índices de riesgo FX. FRAX: nuevos puntos de corte**

Dra. Carmen Gómez Vaquero. Reumatología, Hosp. Univ. de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

• **Hacia una mejor comprensión de la osteoporosis: T.B.S.**

Dr. Luis del Rio. CETIR. Barcelona

• **Fracaso terapéutico: ¿Cómo se identifica y trata?**

Dra. Angels Martínez Ferré. Hosp. Univ. Dr. Peset. Valencia

13.30-15.30 h. COMIDA

15.30-15.45 h. INAUGURACIÓN

Dr. Miguel Belmonte Serrano. Hosp. Gral. Univ. Castellón y Dr. José Vicente Moreno Muelas. Hospital Vall d'Hebron de Barcelona

15.45-16.45 h. CONTROVERSIAS EN FARMACOLOGÍA CLÍNICA

Moderadores: Dr. Miguel Belmonte Serrano. Hosp. Gral. Univ. Castellón y Dra. Nagore Fernández-Llanio. Hosp. Arnau de Vilanova. Valencia

• **SYSADOA: ¿Son realmente útiles?**

Dr. Jordi Monfort. Reumatología, Hosp. del Mar. Barcelona

• **Algoritmos terapéuticos: necesidad y utilidad**

Dr. José Luis Trillo Mata. Dra. Ruth Usó Talamantes. Dirección General de Farmacia, Conselleria de Sanitat. Valencia

• **Gestión clínica con el programa AGEP**

Dr. Luis Cea. Dep. Médico MSD. Inmunología

15:45-16:45 h. ENFERMERÍA: ACTUALIZACIÓN ENFERMERÍA REUMATOLÓGICA

Moderadores: Dra. Carmen Nájera. Hosp. Univ. i Polit. La Fe. Valencia; y Dra. Amelia Carbonell Jordá. Hosp. San Juan. Alicante

• **Valoración riesgo cardiovascular en enfermedades reumáticas**

Dra. Nieves Martínez Alberola. Hosp. Gral. Univ. de Elda. Alicante

• **Taller metronomía en EA y AR**

Dra. Jenny de La Torre. Hosp. General Univ. Alicante

16:45-17:15 h. SIMPOSIUM N° 2 - ESPONDILOARTROPATÍAS

Moderador: Dra. Cristina Campos. Hosp. Gral. Univ. Valencia

• **Nuevas opciones terapéuticas en las Espondiloartritis y la Artritis Psoriásica**

Dr. Xavier Juanola Roura. Hospital Univ. de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona



17:15-17:30 h. CAFÉ - VISITA PÓSTERS

17:30-18:30 h. MESA ESPONDILOARTROPATÍAS

Moderadores: Dra. Ana Carro Martínez. Reumatología, Hosp. La Plana. Vila Real. Castellón; y Dr. Carlos Fedec Olmos. Hosp. Univ. i Polit. La Fe. Valencia

• **¿Qué nos han enseñado las cohortes de EspA precoces?**

Dra. Cristina Fernández Carballido. Hosp. Gral. Univ. de Elda. Alicante

• **Neoformación ósea: inflamación y otros factores asociados**

Dra. Clara Molina Almena. Hosp. de Requena. Valencia

• **Ecografía en Artritis psoriásica**

Dra. Patricia Tejón. Hosp. General Univ. Castellón

18:30-19:00 h. SIMPOSIUM N° 3 - ENFERMEDADES SISTÉMICAS

Moderador: Dr. Juan Antonio Castellano Cuesta. Hosp. Arnau de Vilanova, Valencia

• **Novedades en el tratamiento de enfermedades sistémicas**

Dr. Jaime Calvo Alén. Reumatología, Hosp. Sierra Llana. Cantabria

19:00-20:00 h. MESA CONECTIVOPATÍAS

Moderadores: Dra. María Pilar Trenor Larraz. Hosp. Clínico Univ. de Valencia; y Dr. Antonio Alvarez de Cienfuegos. Hosp. Orihuela Vega Baja. Alicante

• **Eficacia de Rituximab en esclerodermia. Aspectos prácticos de un estudio multicéntrico**

Dr. Juan José Alegre Sancho. Reumatología, Hosp. Univ. Dr. Peset. Valencia

• **Manejo de Miopatías inflamatorias graves y resistentes**

Dr. Juan Jesús Vilchez Padilla. Hosp. Univ. i Polit. La Fe. Valencia

• **Manejo actual de las complicaciones pulmonares en enfermedades sistémicas**

Dra. Montse Robustillo. Reumatología, Hosp. La Plana. Vila Real. Castellón

21:30:00 h. CENA INSTITUCIONAL SVR

SÁBADO 28 DE FEBRERO

09:30-10:30 h. MESA MICROCRISTALINAS Y ARTROSIS

Moderadores: Dr. José Ivorra Cortes. Hosp. Univ. i Polit. La Fe. Valencia y Dr. Antonio José Lozano Saez. Hosp. Gral. Univ. Castellón

• **Nuevos datos relacionando gota y enfermedad cardiovascular**

Dr. Mariano Andrés Collado. Hosp. General Univ. Alicante

• **Artritis microcristalinas de difícil tratamiento: tres casos ilustrativos**

Dra. Francisca Sivera. Hosp. General Univ. de Elda. Alicante

• **Depósito de cristales de urato en tejidos y mecanismos de formación**

Dr. Eliseo Pascual Gómez. Hosp. General Univ. Alicante

10:30-11:00 h. SIMPOSIUM N° 4 - INMUNOGENICIDAD

Moderador: Dr. Juan J. Lerma. Hosp. Gral. Univ. Castellón

• **Actualización: Relevancia de la inmunogenicidad para los tratamientos biológicos**

Dr. José Carlos Rosas Gómez de Salazar. Hosp. de Vilajoyosa. Alicante

11:00-11:30 h. CAFÉ

11:30-12:30 h. MESA ARTRITIS REUMATOIDE

Moderadores: Dra. Vega Jovani Casano. Hosp. Gral. Univ. Alicante; y Dr. Juan Tovar Beltrán. Hosp. Univ. Elx. Alicante

• **Estado actual en AR - novedades y pequeñas moléculas**

Dra. Inmaculada Chalmeta. Hosp. Univ. i Polit. La Fe. Valencia

• **¿Puede suspenderse el tratamiento en las artritis inflamatorias?**

Dra. Emma Beltrán. Hosp. General Univ. de Valencia

• **Manejo del paciente refractario en AR: casos prácticos**

Dr. José Miguel Senabre Gallego. Hosp. de Vilajoyosa. Alicante

12:30-13:00 h. SIMPOSIUM N° 5 - CONTROVERSIAS CON BIOSIMILARES

Moderador: Dr. José Andrés Román Ivorra. Hosp. Univ. i Polit. La Fe. Valencia

• **Biosimilares: ¿Qué son y que nos aportan?**

Dr. Fernando de Mora. Farmacología de Terapéutica i de Toxicología UAB. Barcelona

13:00-14:00 h. FISIOPATOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Moderadores: Dr. Mauricio Mínguez Vega. Hosp. San Juan. Alicante y Dr. Francisco Javier Navarro Blasco. Hosp. Univ. Elx. Alicante

• **Papel de las subpoblaciones linfocitarias en el manejo de la artritis reumatoide**

Dr. Bruce Kirkham. Guy's Hospital, London

• **Influencia del microbioma en la patogenia de enfermedades reumáticas**

Dr. Carles Ubeda. Area de Genómica y Salud. Centro Sup. Investig. Salud Pública, Valencia

• **Subpoblaciones de linfocitos Treg y su importancia en enfermedades autoinmunes**

Dr. José Miguel Sempere. Inmunología y Biotecnología. Universidad de Alicante

14:00-14:15 h. ACTO DE CLAUSURA

14:15-16:00 h. COMIDA DE CLAUSURA

16:00-18:00 h. ASAMBLEA GENERAL SVR-FVR

Resúmenes COLAGENOPATÍAS

1. PERFIL DE AUTOANTICUERPOS ENTRE LOS PACIENTES CON FENÓMENO DE RAYNAUD: DATOS DE UN REGISTRO LOCAL

Santos-Soler G¹, Senabre JM¹, Salas E¹, Pons A², Cano C², Lorente ML², Barber X³, Rosas J¹ y el Grupo AIRE-MB

¹Servicio de Reumatología, ²Enfermería de Reumatología, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa (Alicante). ³CIO-Universidad Miguel Hernández, Elche (Alicante)

Objetivos: Conocer el perfil de autoanticuerpos (AuAc) de los pacientes (pctes) remitidos a la consulta de fenómeno de Raynaud (FR).

Método: Estudio descriptivo del perfil de AuAc entre los pctes. remitidos a la consulta monográfica de FR. Se define la presencia de FR según Wigley FM, et al (N Engl J Med 2002). Según el diagnóstico de FR, los pacientes se distribuyeron en tres grupos: 1) FR primario; 2) FR secundario, a una enfermedad sistémica, no escleroderma (FR-EAS); 3) FR asociado a escleroderma (FR-ES).

Se recogieron datos demográficos de los pacientes, analítica general (hemograma, bioquímica), nivel de inmunoglobulinas, beta-2 microglobulina, diagnóstico de la enfermedad y estudio de AuAc: anticuerpos antinucleares (ANA): título y patrón de inmunofluorescencia; anti-DNA, anti-Sm, anti-Ro, anti-La, anti-RNP, anti-fosfolípidos, anti-topoisomerasa I y factor reumatoide.

Resultados: Se incluyeron 218 pctes: 112 (51%) pctes con FR 1º, y 106 (49%) asociado a EAS, de los que 59 (56%) pctes, cumplían criterios de ES. En la tabla se muestran por grupos, los datos generales de los pctes, la titulación y el patrón de los ANA. Los pacientes con FR 1º, presentan menor edad, y si presentan positividad de ANA, estos son de titulación menor de 1/320. Entre los pacientes con FR-EAS, el patrón de ANA predominante es el moteado y entre los pacientes del grupo FR-ES, *p<0.0*p<0.00101<0.001.

El 16,5% de los pctes con FR2º presentaron una titulación de ANA fluctuante (>1 dilución). Dos pctes con FR2º asociado a EAS (no ES), presentaron inicialmente FR con ANA negativos. En el grupo de FR 2º asociado a ES se detectaron los siguientes AcAU: Ac anti-topoisomerasa I: 5 pctes (3 asociados a un patrón de

ANA homogéneo, 1 moteado y 1 centromérico); anti-Ro: 4/41 (10%); anti-U1RNP: 2/25 (8%). No se detectaron anti-DNA (0/42), anti-Sm (0/30), anti-La (0/41). En 5/20 (25%) de los pctes se detectó alteración de la coagulación: 3 β2-Glicoproteína-1, 1 alteración congénita, y 1 Ac antifosfolípidos.

Se detectó descenso de C4 en 19/36 (53%), y de C3 en 10/37 (28%). En 9/27 (33%) se detectó Factor Reumatoide; 5 pctes presentaban elevación de la β2 microglobulina, y 2 de las gammaglobulinas. 2 pctes con ES presentaban solapamiento con LES, 2 con Sdr. Sjogren, 1 AR, 1 Miopatía inflamatoria y 1 EMTC.

	FR1º (n 112)	FR 2º-ERAS (n 47)	FR 2º-ES (n 59)
Edad media (años)	42	57	57
Mujeres (%)	89	91	93
Titulación ANA (%)			
<1/80	40	4	0
≥1/80 a <1/320	60	16	7
≥1/320	0	80	93
Patrón ANA (%)			
Centromérico	1.5	3	64*
Homogéneo	3	20	9
Moteado	13	57*	13
Nucleolar	1	9	4
*p<0.001			

Conclusiones: 1) La positividad de los ANA es significativo en la diferenciación entre FR1º y 2º. 2) La titulación de los ANA ≥1/320 discrimina a favor de un FR asociado a EAS. 3) El patrón centromérico de los ANA, se asocia a ES y el patrón moteado a otras EAS.

2. GRAVEDAD, PERCIBIDA POR EL PACIENTE DEL FENÓMENO DE RAYNAUD: ¿VARÍA SEGÚN LA ESTACIÓN DEL AÑO?

Santos-Soler G¹, Senabre JM¹, Salas E¹, Pons A², Cano C², Lorente ML², Barber X³, Rosas J¹ y el Grupo AIRE-MB

¹S. Reumatología, ²Enfermería de Reumatología, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa (Alicante). ³CIO-Universidad Miguel Hernández, Elche (Alicante)

Objetivos: Describir la repercusión atribuible al Fenómeno de Raynaud (FR), entre los pacientes (pctes) con FR valorados en la consulta de Capilaroscopia.

Método: Estudio descriptivo de los pctes con diagnóstico confirmado de FR siguiendo las indicaciones de FM Wigley (N Engl J Med 2002), en una consulta de Capilaroscopia entre octubre de 2013 y septiembre de 2014. Se recogieron datos demográficos (edad y sexo), y clínicos de la enfermedad de base: clasificación como FR1º o FR2º (LeRoy EC. Clin Exp Rheumatol 1992). Se valoró la gravedad percibida por el pctes según la respuesta mediante una escala de Likert de 5 niveles (grado de afectación: nada, leve, moderada, bastante o grave), a la pregunta: Esta situación, incluyendo 1) dolor, 2) adormecimiento y 3) otros síntomas, ¿cuánto afectan al uso de sus manos y su vida en general?, basándonos en la descripción del Raynaud Condition Score (Merkel PA. Arthritis Rheum. 2002); y la establecida según el médico (Medsker TA, Clin Exp Rheumatol 2003). Y finalmente, su distribución estacional (Watson HR. J Rheumatol 1999).

Resultados: Se evaluaron 103 pctes con FR, atendidos en la Consulta de Capilaroscopia entre octubre 2013 y septiembre 2014. El 100% de los pctes contestaron afirmativamente a las 3 cuestiones diagnósticas de FR. Se incluyeron 89 (86%) mujeres, con una edad media de 44 años, y 14 varones (46 años). Se clasificaron como FR1º: 42 pctes (41%) y FR2º: 59 (57%). En el grupo de FR 2º, destacar que

2 pctes presentaban escaras puntiformes (EP), 2 úlceras digitales (UD) activas, y 1 gangrena. En la tabla se recoge la gravedad percibida del FR en función del factor temporal y clasificación del FR:

Gravedad percibida (%)	Nada (6)	Leve (29)	Moderada (23)	Bastante (24)	Severa (16)
Estación					
Octubre-2013/ marzo 2014 (%)	33.33		-	49	
Abril-septiembre 2014 (%)	32		-	46	
Clasificación FR					
FR1º (%)	34		-	47	
FR2º (%)	37		-	50-	

No se detectaron diferencias en cuanto a la gravedad, por comparación estacional ni entre los pctes con FR1º o FR2º. Entre los 31 pctes que tuvieron una revisión posterior, el 13% estaban peor, 74% igual y 13% mejor. La pcte con gangrena digital y una con UD activas, habían mejorado con bosentán y curas locales. Las pctes con escaras y una con UD activas permanecieron sin cambios.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes, no se demuestra la creencia de que la gravedad percibida por el pcte con FR varía con la estación del año, o con la clasificación como FR1º o FR2º.

3. PREVALENCIA DE XEROSTOMÍA Y XEROFTALMIA SUBJETIVA ENTRE LOS PACIENTES CON FENÓMENO DE RAYNAUD

Santos-Soler G¹, Senabre JM¹, Salas E¹, Pons A², Cano C², Lorente ML², Barber X³, Rosas J¹ y el Grupo AIRE-MB

¹S. Reumatología, ²Enfermería de Reumatología, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa (Alicante), ³CIO-Universidad Miguel Hernández, Elche (Alicante)

Objetivos: Conocer la prevalencia de xeroftalmia y xerostomía subjetiva entre los pacientes en estudio por Fenómeno de Raynaud (FR).

Método: Estudio descriptivo prospectivo, durante el año 2014, de la prevalencia de xeroftalmia y xerostomía subjetiva entre los pacientes remitidos por FR, a una consulta monográfica de capilaroscopia de Reumatología. Se recogieron datos demográficos (sexo y edad), clínicos: clasificación del FR como 1º o 2º y la valoración clínica de sospecha de síndrome de Sjögren (SS), durante 2014.

Se recogieron datos analíticos de autoinmunidad. Se descartó la presencia de infección VIH, VHC, radioterapia, sarcoidosis, amiloidosis, insuficiencia renal y tratamientos asociados con a la disminución de la secreción glandular.

Se evaluó la presencia de xeroftalmia y xerostomía según el cuestionario de 3 preguntas, incluidas en los Criterios Europeos-Americanos de Clasificación para el SS. Para la presencia de xerostomía: 1) ¿tiene sensación de boca seca desde hace más de 3 meses?, 2) ¿ha notado de forma repetida hinchazón en las glándulas salivales?, 3) ¿necesita beber para poder masticar y tragar la comida sólida?; para xeroftalmia: 1) ¿nota sequedad en los ojos desde hace más de 3 meses?, 2) ¿tiene sensación de arenilla en los ojos?, 3) ¿utiliza lágrimas artificiales más de 3 veces al día? Se definió como "posible SS", si se contestaban afirmativamente al menos 2 de las preguntas anteriores para xeroftalmia o xerostomía, respectivamente.

Se valoró la repercusión funcional percibida por el pte de esta sintomatología según una escala de Likert, generada de la siguiente cuestión: estos síntomas de malestar en los ojos, con sequedad, picor, escozor, visión borrosa; y en su boca con sequedad, molestias para tragar, carraspeo, etc, ¿cuánto afectan a su vida?.

Resultados: Se evaluaron 78 ptes con FR: 69 (88,5%) mujeres. 26 (33%) con FR1º; y 52 (67%) FR2º, con una edad media de 41 y 49 años, respectivamente. Dos ptes, fueron diagnosticados definitivamente como Síndrome Sjögren. 1º uno de

ellos presentaba flujo salivar y prueba de Schirmer patológicos y título positivo de antiRo, y antiLa; el segundo pte, afectación en gammagrafía salival de grado IV/IV, prueba de Schirmer patológico, factor reumatoide y crioglobulinemia positivos, con antipéptido citrulinado negativos.

En la tabla se muestran el resultado al cuestionario de xeroftalmia y xerostomía, así como la repercusión percibida de los ptes de los síntomas de sequedad. No se encontraron diferencias entre los pacientes con FR1º y FR2º.

	FR 2º (n 52)	FR 1º (n 26)
Xerostomía (% de ptes que contestan afirmativamente)		
¿Tiene sensación de boca seca desde hace más de 3 meses?	48	39
¿Ha notado de forma repetida hinchazón en las glándulas salivales?	19	11
¿Necesita beber para poder masticar y tragar la comida sólida?	25	23
Contestación positiva a 2-3 de las 3 cuestiones planteadas	17	8
Xeroftalmia (% de ptes que contestan afirmativamente)		
¿Nota sequedad en los ojos desde hace más de 3 meses?	30	15
¿Tiene sensación de arenilla en los ojos?	43	35
¿Utiliza lágrimas artificiales más de 3 veces al día?	9	0
Contestación positiva para 2 ó 3 de las cuestiones previas	29	8
Repercusión percibida por el pte de este conjunto de síntomas (%)		
Ninguna	44	46
Leve	21	23
Moderada	10	8
Bastante	21	15
Severa	4	8

Conclusiones: 1) Un número relevante de pacientes con FR presentan síntomas de sequedad ocular y bucal, aunque solo un escaso número son diagnosticados de SS. 2) La repercusión percibida por los ptes es escasa en la mayoría de ellos.

4. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE 58 PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD DE BEHÇET EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Calvo Catalá J, Pastor Cubillo MD, Rueda Cid A, Campos Fernández C, Beltrán Catalán E, González-Cruz Cervellera MI
Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo, Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos: La enfermedad de Behçet se caracteriza clásicamente por su afectación mucocutánea con aftas bipolares, aunque es una vasculitis con afectación multiorgánica: articular, oftalmológica, neurológica, etc, evolucionando por brotes. En España, su prevalencia es de 5-10 casos por 100.000 habitantes, aunque en cada centro es difícil evaluar la frecuencia debido a que no todos los casos son tratados en los Servicios de Reumatología. Desde que se establecieron los "criterios diagnósticos", son múltiples las publicaciones que evalúan las manifestaciones clínicas. Exponemos los datos obtenidos en nuestra serie de 58 pacientes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de enfermedad de Behçet en el Servicio de Reumatología del Hospital General Universitario de Valencia. El diagnóstico se realizó según los criterios de Grupo Internacional para el estudio de la enfermedad de Behçet (2006), revisando las historias clínicas para obtener los datos de cada paciente.

Resultados: Se constatan 58 pacientes diagnosticados de Behçet, de los cuales, 25 fueron varones (43,1%) y 33, mujeres (56,9%). La mediana de edad al diagnóstico fue de 37,7 años (19-65). Todos sufrían úlceras orales recidivantes. Las lesiones genitales aparecieron en 46 casos (79,3%). Cuarenta y dos pacientes, presentaron clínica articular (72,4%), siendo artritis no erosivas y asimétricas. Veintitrés casos (39,6%), presentaron clínica ocular. Se detectaron lesiones cutáneas (eritema nodoso, y forúnculos, en 19 casos (17,2%). Manifestaciones menos frecuentes fueron las digestivas en 14 casos (24,1%), con clínica semejante a la enfermedad de Crohn, la clínica neurológica en 7 casos (12%) y la afectación vascular en 3 casos (5,1%). En ningún paciente se detectó el fenómeno de patergia. Respecto al tratamiento, la totalidad de pacientes se han tratado con corticoides y colchicina, asociadas a azatioprina o metotrexato en un 60% de casos. En un mínimo número de casos, se utilizó la ciclosporina y siempre con manifestaciones oculares. Ocho pacientes (13,8%) se han tratado con anti-TNF y un paciente con tocilizumab.

Conclusiones: La enfermedad de Behçet es una enfermedad multisistémica crónica, cuyas manifestaciones no siempre se asocian a vasculitis. Nuestros resultados son similares a los observados en otras series del área Mediterránea, destacando la ausencia del fenómeno de patergia, aunque en nuestra área no es muy frecuente. Como en tantas patologías reumatológicas, es fundamental la coordinación con asistencia primaria para remitir pacientes con sospecha diagnóstica, lo que nos permitirá un diagnóstico más precoz.

5. EFECTIVIDAD DEL MICOFENOLATO COMO TERAPIA DE MANTENIMIENTO TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE CICLOFOSFAMIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A LA ESCLEROSIS SISTÉMICA

Alegre JJ¹, Narváez J², Borrell H³, Castellví I⁴, Heredia S⁵, Millán M¹, Herrera S², Molina M¹, Llobet JM⁵, Nolla JM¹

¹Sección de Reumatología, ²Servicio de Neumología, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia. ³Servicios de Reumatología, ⁴Neumología, Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona. ⁵Unidad de Reumatología, Hospital Sant Pau, Barcelona

Introducción: El tratamiento con ciclofosfamida (CFM) durante 12 meses estabiliza los parámetros de función pulmonar y mejora los síntomas respiratorios de los pacientes con esclerosis sistémica (ES) y enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID). Una vez suspendido el tratamiento, este efecto beneficioso en la función pulmonar desaparece a los 24 meses, de ahí la necesidad de instaurar una terapia de mantenimiento después de la CFM.

Objetivo: Evaluar la eficacia del micofenolato (MMF) como terapia de mantenimiento tras la administración de CFM en el manejo la EPID secundaria a la ES.

Material y métodos: Estudio observacional ambispectivo de 14 pacientes con ES (criterios ACR/EULAR 2013) y EPID secundaria confirmada mediante TC torácica de alta resolución (TCAR), que fueron tratados con CFM por presentar criterios de gravedad. La variable principal de eficacia fue la evolución de las pruebas funcionales respiratorias (PFR) al final del periodo de seguimiento de acuerdo con las definiciones de la American Thoracic Society: a) mejoría: si se observa un aumento de la CVF $\geq 10\%$ o en la DLCO $\geq 15\%$; b) estabilización: si los cambios en la CVF son inferiores al 10% o al 15% en la DLCO, y c) empeoramiento: si la CVF disminuye $\geq 10\%$ o la DLCO $\geq 15\%$.

Resultados: De los 14 pacientes incluidos (12 mujeres, edad media 58 \pm 10 años),

11 tenían una ES difusa, 1 una ES limitada y 2 *esclerodermia sin esclerodermia*. Desde el punto de vista histoespecífico 13 casos correspondían a NINE (2 de ellas fibrosante) y 1 a NIU. Todos ellos habían recibido tratamiento con CFM por vía intravenosa, habiéndose conseguido, cuanto menos, la estabilización de los parámetros de función pulmonar: a 10 pacientes la CFM se les había administrado durante un mínimo de 12 meses (6 bolus mensuales, seguidos de 2 a 4 bolus trimestrales) y a 4 durante 6 meses (6 bolus mensuales). La dosis administrada en los bolus fue 750 mg/m² o 500 mg/m² de superficie corporal según tolerancia. Las dosis de MMF oscilaron entre 1,5 y 2 gramos al día.

Durante el seguimiento, 9 (64%) pacientes presentaron progresión de la EPID con empeoramiento clínico y funcional, necesitando finalmente tratamiento de rescate con rituximab (RTX). El tiempo transcurrido desde el inicio del MMF hasta el tratamiento con RTX (media \pm DE) fue de 21 \pm 8 meses (rango, 8-28). La evolución de los valores de las PFR en este subgrupo de enfermos se expone en la siguiente tabla:

	Inicio MMF	Final MMF/ Inicio RTX	% Cambio
CVF %	65,7 \pm 20,5	51,2 \pm 18,4	-22,07%
TLC %	69,2 \pm 10,9	61,6 \pm 9,2	-10,98%
DLCO %	51,8 \pm 15,5	40,2 \pm 13,6	-22,39%

En los 4 (36%) pacientes restantes, MMF consiguió una estabilización de las PFR. El tiempo medio de seguimiento en este subgrupo fue de 18 \pm 8 meses (rango, 8-28).

Conclusión: La terapia de mantenimiento con MMF, sólo consigue preservar el efecto beneficioso conseguido con la CFM en aproximadamente un tercio de los casos. A pesar de los avances en el diagnóstico precoz de la EPID asociada a ES, los resultados que se obtienen con los tratamientos disponibles continúan siendo desalentadores.

6. EFECTIVIDAD DE RITUXIMAB EN LA AFECCIÓN ARTICULAR DE LA ESCLEROSIS SISTÉMICA: ESTUDIO PILOTO

Alegre JJ¹, Narváez J², Castellví I³, Borrell H³, Albert G¹, Heredia S², Toniolo E³, Nolla JM¹

¹S. Reumatología, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia. ²Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona. ³Hospital Sant Pau, Barcelona

Introducción: Entre un 16 y un 20% de los pacientes con esclerosis sistémica (ES) presentan artritis, ocasionalmente erosiva. Además, entre un 1-5% de los enfermos presentan un síndrome de solapamiento con artritis reumatoide (AR). El manejo inicial de esta complicación suele ser similar al de la AR, con el uso de metotrexato como FAME de primera elección. En casos refractarios las terapias anti-TNF podrían ser de utilidad. Sin embargo, muchos de estos pacientes desarrollan enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) lo que contraindica el empleo de estos fármacos.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de rituximab (RTX) en el tratamiento de la afección articular de los pacientes con ES.

Material y métodos: Estudio ambispectivo de 13 pacientes con ES (criterios ACR/EULAR 2013) y afección poliarticular grave tratados con RTX. La variable principal de eficacia fue la mejoría de la clínica articular, evaluada mediante DAS28-VSG, al final del periodo de seguimiento.

Resultados: De los 13 pacientes incluidos (12 mujeres), siete (54%) presentaban una ES difusa y seis una forma limitada de la enfermedad. La edad media (\pm DE) fue de 54 \pm 11 años y el tiempo de evolución (mediana) de 7 \pm 12 años. Dos (15%) pacientes tenían ACPA positivos y cumplían criterios de clasificación de AR. La puntuación en el DAS28-VSG basal fue de 6,4 \pm 1,8.

Las principales características clínicas y la respuesta al tratamiento se exponen en la siguiente tabla:

El tratamiento con RTX únicamente resultó ineficaz en 1 paciente (8%), suspendiéndose a los 6 meses por ineficacia. En los doce enfermos restantes (92%) se consiguió un buen control de la clínica articular de forma que, al final de un periodo de seguimiento (mediana \pm DE) de 18 \pm 10 meses (rango, 12-48), la puntuación media del DAS28-VSG descendió a 2,8 \pm 1,3 (% mejoría: media -46,89%; rango -70,83%, -15,48%). En ocho pacientes (61%) se alcanzó la remisión de la enfermedad articular (DAS28 <2,6); tres pacientes (23%) presentaban una actividad baja (DAS28 \leq 3,2) y uno (8%) una actividad moderada.

La frecuencia de efectos adversos fue baja, presentándose sólo en dos (15%) enfermos: un paciente tuvo 2 episodios de neutropenia transitoria (uno de ellos febril, motivando un ingreso hospitalario), y otro presentó diversas infecciones leves (gastroenteritis, infección urinaria e infección respiratoria). En ninguno de los dos casos hubo que suspender el tratamiento con RTX. En los pacientes que concomitantemente presentaban EPID, no se objetivó empeoramiento en las pruebas de función respiratoria.

Conclusiones: En nuestra experiencia, RTX es un fármaco eficaz y seguro para el tratamiento de la afección articular grave en los pacientes con ES.

Indicación Rituximab	DAS28 Inicio tto con RTX	Tto total de seguimiento (meses)	Número de ciclos administrados de RTX	DAS28 en la última visita	Tratamientos previos
Poliartritis + EPID	6,55	12	2	2,21	MTX, LEF, etanercept
Poliartritis (solapamiento AR)	6,47	18	3	3,01	MTX, LEF, D-penicilamina
Poliartritis (solapamiento AR)	6,61	18	3	2,45	MTX, LEF, D-penicilamina
Poliartritis + EPID	7,92	18	3	2,31	CFM, MMF
Poliartritis	6,78	12	2	2,41	MTX, SZP, MMF
Poliartritis	7,88	6	1	6,66	MTX, SZP, LEF, HCQ
Poliartritis	7,05	18	3	3,43	MTX, CFM, SZP, MMF
Poliartritis + EPID	4,47	27	4	3,06	MMF
Poliartritis + EPID	4,38	16	2	1,89	MMF
Poliartritis + EPID + calcinosis	3,39	16	2	2,52	MMF
Poliartritis + EPID + afección cutánea severa	4,85	48	4	2,12	MMF, Imatinib
Poliartritis + EPID + afección cutánea severa + calcinosis	4,36	24	4	3,20	CFM
Poliartritis + EPID	3,49	30	3	1,19	CFM, MMF

7. EFECTO DE BOSENTÁN SOBRE LA MICROCIRCULACIÓN CAPILAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA Y ÚLCERAS DIGITALES. ANÁLISIS CAPILAROSCÓPICO DE 6 PACIENTES

Ortiz-Sanjuán FM¹, Martínez Cordellat I¹, Chalmeta Verdejo I¹, Ivorra Cortés J^{1,2}, Grau García E¹, Feded Olmos C¹, González Puig L¹, Negueroles Albuixech R¹, Núñez Cornejo Piquer C¹, Alcañiz Escandell C¹, Valero Sanz JL¹, Labrador Sánchez E¹, Arévalo Ruales K¹, Román Ivorra JA^{1,2}

¹Servicio de Reumatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

²Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia

Objetivos: Evaluar mediante capilaroscopia el efecto del tratamiento con bosentán sobre la microcirculación del lecho ungueal en pacientes con Esclerosis Sistémica y úlceras digitales.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional comprendiendo 6 pacientes con Esclerosis sistémica y úlceras digitales que requirieron tratamiento con Bosentán en el HUP La Fe entre 2009 y 2014. Se evaluaron los principales parámetros capilaroscópicos antes del inicio y tras tratamiento con Bosentán.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 6 pacientes (5 mujeres/1 hombre), con una

edad media de 64,2±11,3 años (rango 45-76). En ninguno de los pacientes se observaron antecedentes de tabaquismo o tabaquismo activo. Tan sólo 1 de los 6 pacientes (16,7%) presentaba hipertensión arterial pulmonar con anterioridad al inicio del tratamiento. Ninguno de los restantes pacientes desarrolló hipertensión arterial pulmonar durante el seguimiento.

La mediana [IQR] de tiempo entre el diagnóstico de Esclerosis Sistémica y el inicio de Bosentán fue de 10 [4,75-22,5] meses. Con anterioridad al inicio de Bosentán, se detectó la presencia de megacapilares en el 83,3% de los pacientes, hemorragias en el 50%, densidad capilar disminuida (83,3%), tortuosidades (33,3%), cruces (16,6%), signos de angiogénesis (33,3%) y presencia de áreas avasculares en el (50%).

Tras un período de seguimiento de 37,3±20,2 meses ninguno de nuestros pacientes presentó variaciones del análisis capilaroscópico.

La media de número de capilares/mm antes del inicio del tratamiento con Bosentán fue de 10,7±5,3 capilares/mm y la media de número de capilares/mm tras tratamiento con Bosentán fue de 9,9±5,2 capilares/mm (p=0,8).

Conclusiones: El tratamiento con Bosentán no parece asociarse a mejora de parámetros capilaroscópicos en pacientes con esclerosis sistémica y úlceras digitales ya establecidas. No obstante, tampoco parece observarse empeoramiento significativo de los pacientes durante el tratamiento.

8. EMPLEO DE LA CAPILAROSCOPIA EN LA DISTINCIÓN ENTRE FENÓMENO DE RAYNAUD PRIMARIO Y SECUNDARIO. PROPUESTA DE UN MODELO PREDICTIVO DE RAYNAUD SECUNDARIO

Ortiz-Sanjuán FM¹, Hervás Marín D², Ballester Gil P³, Feded Olmos C¹, Labrador Sánchez E¹, Arévalo Ruales K¹, Martínez Cordellat I¹, Chalmeta Verdejo I¹, González Puig L¹, Negueroles Albuixech R¹, Valero Sanz JL¹, Alcañiz Escandell C¹, Ivorra Cortés J^{1,3}, Núñez Cornejo Piquer C¹, Grau García E¹, Román Ivorra JA^{1,3}

¹Servicio de Reumatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

²Unidad de Bioestadística, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia.

³Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia

Objetivos: Evaluar el uso de la capilaroscopia para discernir entre Fenómeno de Raynaud (FR) primario y secundario creando un modelo predictivo de identificación de pacientes con FR secundario.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional de pacientes con FR primario y secundario. Se les realizó examen capilaroscópico entre enero de 2012 y enero de 2015 en el HUP La Fe. Los reumatólogos encargados de realizar la capilaroscopia ignoraban el diagnóstico clínico del paciente. Se asignó a cada paciente un patrón capilaroscópico predefinido basándose en los hallazgos de la misma. Se clasificó a los pacientes en base a su diagnóstico clínico en dos grupos (FR primario y FR secundario). El análisis de los datos se realizó empleando un modelo de regresión logística construido con la variable respuesta "Tipo FR" (primario o secundario) y las variables predictoras "Megacapilares", "Número de capilares/mm" y "Tortuosidades". El modelo fue validado mediante "bootstrapping" y se comprobó su calibración mediante una gráfica de valores esperados vs valores observados.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 192 pacientes (172 mujeres/20 hombres), con una edad media de 48,6±16,4 años (rango 15-85). Los diagnósticos clínicos fueron FR primario (124), Esclerodermia/ Esclerosis Sistémica (32), Lupus Eritematoso Sistémico (15), Artritis Reumatoide (7), Síndrome de Sjögren (7), Polimiositis/ Dermatomiositis (1) y otros (6). Los patrones capilaroscópicos observados fueron Normal (49), Inespecífico (77), Específico Esclerodermia (34) y otras colagenopatías (32).

Los siguientes parámetros capilaroscópicos se observaron significativamente con mayor frecuencia en el grupo de pacientes con FR secundario frente a aquéllos con FR primario: Presencia de megacapilares, (47,1% vs 16,1%; p<0,01), presencia de tortuosidades (82,4% vs 64,5%; p<0,01) y la presencia de una densidad capilar disminuida (25% vs 4,8%; p<0,01). La presencia de hemorragias también se observó más frecuentemente en los pacientes con FR secundario aunque no de forma significativa (64,7% vs 56,5%; p=0,32).

Se observó mayor riesgo de presentar FR secundario en aquellos pacientes en los que la capilaroscopia evidenció megacapilares, tortuosidades y un número medio de capilares/mm disminuido.

El modelo predictivo construido en base a los parámetros capilaroscópicos mencionados previamente mostró una buena calibración y un índice de Harrell corregido (equivalente al Área Bajo la Curva ROC) de 0,71.

Conclusiones: La capilaroscopia puede ser útil para discernir entre FR primario y FR secundario. La presencia de megacapilares, tortuosidades y un número medio de capilares disminuido son los parámetros capilaroscópicos que se asociaron en nuestro modelo a un mayor riesgo de presentar FR secundario. El empleo de un modelo predictivo de FR secundario construido en base a estos parámetros puede resultar útil para la detección de casos de FR secundario.

9. PRESENCIA DE DETERMINADOS TIPOS DE AUTOANTICUERPOS EN DIFERENTES MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ESCLERODERMIA. ESTUDIO DE 29 PACIENTES

Gili Mulet B¹, Grau García E², Hervás Marín D³, Ortiz-Sanjuán FM³, Ivorra Cortés J^{1,2}, Alcañiz Escandell C², Arévalo Ruales K², Chalmeta Verdejo F, Feded Olmos C², González Puig L², Labrador Sánchez E², Martínez Cordellat F, Negueroles Albuixech R², Núñez Comejo Piquer C², Valero Sanz JL², Román Ivorra JA^{1,2}

¹Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia.

²Servicio de Reumatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

³Unidad de Bioestadística, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia

Objetivos: Analizar la correlación entre la presencia de tipos de autoanticuerpos y manifestaciones clínicas de la Esclerodermia.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional transversal en pacientes diagnosticados de Esclerodermia del HUP La Fe. Se recogieron y analizaron datos de manifestaciones clínicas predefinidas y datos analíticos de Anticuerpos antinucleares (ANA), Anticuerpos antiánígenos nucleares extraíbles (ENAS), Anticuerpos anticentrómero, y antitopoisomerasa SCL70.

Resultados: Se analizaron 29 pacientes con esclerodermia (27 Mujeres/2 Hombres), con una edad media 60,8±5 años. 15 pacientes presentaban la forma de afectación limitada, 12 afectación difusa y 2 estaban diagnosticados como preesclerodermias. El tiempo medio de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico fue de 9,1±7 años.

Las manifestaciones clínicas más frecuentemente observadas fueron Fenómeno de Raynaud (26) y Afectación pulmonar (12) con hipertensión arterial pulmonar en 7 pacientes. El 37,6% de nuestros pacientes presentaron afectación esofágica y el 31% vasculopatía periférica con úlceras digitales o fenómenos isquémicos. Otras

manifestaciones menos frecuentes en nuestra serie fueron la presencia de Calcinosis (27,6%) y síndrome seco (13,8%). Se detectó la presencia de ANA en el 93,1% de los pacientes, ENA en el 20,7%, Anticuerpos anticentrómero en el 51,7% y Anticuerpos anti-Scl 70 en el 24,1% de los pacientes. Los pacientes con fenómeno de Raynaud y úlceras digitales presentaron más frecuentemente positividad para ANA y Anticuerpos Anticentrómero. Los pacientes con afectación pulmonar presentaron en su mayoría ANA (83,3%) y Anti-Scl 70 positivos (41,7%). Además, el 71,41% de los pacientes diagnosticados de hipertensión arterial pulmonar presentaban Anticuerpos Anti-Scl 70 positivos. El resto de manifestaciones clínicas y afectación de órganos o sistemas más frecuentemente observadas en relación a la positividad de los autoanticuerpos evaluados se describe en la tabla adjunta.

	Raynaud	Úlceras digitales o gangrena	Calcinosis	Afectación pulmonar	Afectación neurológica
N; (%)	26 (100)	9 (100)	8 (100)	12 (100)	6 (100)
ANAS +; n (%)	24 (92,3)	8 (88,9)	8 (100)	10 (83,3)	5 (83,3)
ENAS +; n (%)	4 (15,4)	1 (11,1)	1 (12,5)	2 (16,7)	0 (0)
Ac ANTI-Scl 70 +; n (%)	6 (23,1)	3 (33,3)	2 (25)	5 (41,7)	1 (16,7)
Ac ANTICENTRÓMERO +; n (%)	14 (53,8)	5 (55,5)	6 (75)	2 (16,7)	1 (16,7)

Conclusión: En nuestra serie, la presencia de ANA positivos se asocia con una mayor frecuencia de aparición de Fenómeno de Raynaud y úlceras digitales, mientras que la presencia de Anticuerpos Anti-Scl 70 se asocia con una mayor frecuencia de afectación pulmonar. Creemos necesaria la realización de estudios con un tamaño muestral más amplio para poder profundizar en este campo.

10. VALOR DE LA PROTEINA C REACTIVA EN LA DISCRIMINACIÓN DE INFECCIÓN Y BROTES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Gómez-Lechón Quirós L¹, Grau-García E², Hervás-Marín D³, Alcañiz-Escandell C², Arévalo Ruales K², Chalmeta-Verdejo F, Feded-Olmos C², González-Puig L², Ivorra-Cortés J^{1,2}, Labrador Sánchez E², Martínez-Cordellat F, Negueroles-Albuixech R², Núñez-Cornejo Piquer C², Ortiz Sanjuan FM², Valero-Sanz JL², Román-Ivorra JA^{1,2}

¹Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia.

²Servicio Reumatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

³Unidad de Bioestadística, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia

Objetivos: Determinar si la elevación de la PCR puede discriminar entre la presencia de infección o actividad de la enfermedad de base en pacientes con LES.

Material y métodos: Se ha revisado, de forma retrospectiva, la historia clínica de pacientes diagnosticados de LES según criterios ACR, durante un período de 5 años, recogiendo la información correspondiente a manifestaciones clínicas más frecuentes, presencia de brotes de actividad de la enfermedad, infecciones y reactivantes de fase aguda (PCR). En el análisis estadístico de los datos se ha utilizado un

test no paramétrico de Wilcoxon, comparando las medias de los valores máximos de PCR en pacientes diagnosticados de brote de enfermedad frente a aquellos con una infección.

Resultados: De los 93 pacientes seleccionados, la manifestación clínica más frecuente ha sido la articular (84), seguida de la cutánea (64), hematológica (53), renal (24), cardíaca (13) y pulmonares (9).

Durante los 5 años de estudio se ha objetivado un total de 46 pacientes con elevación de PCR, de los que en 34, la causa de elevación ha sido un proceso infeccioso (12 respiratorio y en otros 11 urinario principalmente), y en 11 por brotes de actividad de la enfermedad.

El análisis estadístico indica que no existen diferencias estadísticamente significativas en los valores máximos de PCR en los casos que presentaban brote o infección, sin embargo sí se observa una tendencia a que en las infecciones la PCR alcanzaría valores más elevados que en los brotes. Las medias de valor máximo de PCR para el brote fueron de 27,06 mg/l y para la infección de 47,22 mg/l.

Conclusiones: En el grupo de pacientes estudiados, la PCR muestra mayores valores en los casos de infección comparado con aquellos con brote de la enfermedad. No obstante, es necesario ampliar la serie muestral para poder confirmar estos hallazgos.

11. CONSULTA MONOGRÁFICA DE MIOPATÍAS EN REUMATOLOGÍA: 3 AÑOS DE EXPERIENCIA

Salas-Heredia E¹, Clarí R², Almenar MV², Senabre-Gallego JM¹, Santos-Soler G¹, Pons A¹, Barber X³, Cano C¹, Lorente M¹, Molina J¹, Rosas J¹ y el Grupo AIRE-MB¹. S. Reumatología, ²Laboratorio, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa (Alicante). ³CIO-UMH de Elche (Alicante)

Introducción: El diagnóstico y tratamiento de las enfermedades musculares forma parte de las tareas asistenciales del reumatólogo que, hasta ahora, se ha centrado más en las de carácter inflamatorio, a pesar de la mayor prevalencia de las miopatías no inflamatorias.

Objetivos: Describir la experiencia asistencial durante 3 años, de la consulta monográfica de miopatías de la Sección de Reumatología del Hospital de la Marina Baixa.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal, de los pacientes remitidos a la consulta monográfica de miopatía de Reumatología durante los años 2012 a 2014. Los datos clínicos obtenidos proceden de la historia clínica informatizada (Abucasis), los registros informáticos del Laboratorio General y del Servicio de Radiología. Se recogieron características epidemiológicas de los pacientes (edad, sexo), servicio remitente, fecha de la primera consulta, motivo principal de la consulta, síntomas relevantes, análisis (VSG, CK, ANA, anticuerpos anti-miositis), estudios complementarios realizados (EMG, RMN, Biopsia muscular), pruebas funcionales (Curva de Lactato/Amonio, y Ciclo-Test) y diagnóstico provisional y final.

Resultados: Durante el periodo de estudio, se atendieron 104 pacientes, 54 (52%) hombres y 50 (48%) mujeres, de 9 a 86 años de edad (mediana: 54 años) El motivo principal de consulta fue la elevación persistente de CK (62%).

El síntoma más prevalente fue la fatigabilidad y/o intolerancia al ejercicio (52%).

La VSG fue normal en el 86% de los casos. La CK se encontró elevada en 75 pacientes (72 %) con un rango entre 258 U/L a 138.000 U/L (mediana 723 U/L). En 1 caso se detectó una macro CK tipo 1.

Los ANA fueron positivos en 15 de los 91 pacientes en que se solicitaron (16%). En 9 de 56 casos (16%) se detectaron anticuerpos anti-miositis: Ku: (2, Jo: 1, Mi 2B, PM 75, PM 100, PL: 7 y PL: 12. El Test de la Gota Seca, para determinar la actividad de la Glucosidasa ácida, fue normal en los 35 pacientes en que se realizó. Se detectó elevado el Lactato venoso basal en 2 de 18 casos.

A 37 pacientes se les determinó la curva del lactato/amonio tras el ejercicio de del antebrazo, con isquemia. En 2 de ellos, diagnosticados de Mc Ardle, la curva del lactato fue completamente "plana", con amonio normal. En 6 casos, se obtuvo un escaso aumento del Lactato y del amonio, atribuibles a una mala ejecución de la prueba y/o senectud. Una paciente mostró una curva "plana" de amonio, con la de lactato normal, sugestivos de un posible déficit de MADA (Mioadenilato deaminasa).

A 29 pacientes se les solicitó una RMN muscular (14 de ellas de cuerpo entero): en 18 se obtuvieron imágenes diagnósticas de daño muscular. Se realizó EMG a 67 pacientes con resultado de afectación miopática en 40 (60%), neurógena en 6 (9%) y mixta en 1 (1-5%) caso. En 20 (30%) casos fue normal. La biopsia muscular (Unidad Neuromuscular del Hospital La Fe), en 17 casos mostró los siguientes diagnósticos: dermatomiositis: 1, polimiositis: 4, miopatía mitocondrial: 4 y normal: 4. Se practicó prueba de ejercicio en bicicleta a 18 pacientes, detectando en los 2 pacientes con Enfermedad de Mc Ardle curva de frecuencia cardíaca sugestiva de fenómeno de "segundo aliento".

Conclusiones: El estudio de la patología muscular requiere del uso combinado de numerosas pruebas diagnósticas. Ante el aumento de consultas a reumatología por aumento de la CK, y la frecuencia de la intolerancia al ejercicio, se deben utilizar algoritmos diagnósticos apropiados a estas situaciones clínicas.

12. ¿SON OTOTÓXICOS LOS ANTIPALÚDICOS?

Vicens Bernabéu E¹, Valenzuela Gras M², Martínez Costa L³, Ybáñez García D¹, Valls Pascual E¹, Martínez-Ferrer A¹, Robustillo-Villarino M¹, Vergara-Dangond C¹, Albert Espí G¹, Oller Rodríguez JE¹, Dalmau Galofre J¹, Alegre Sancho JJ¹

¹Sección Reumatología, ²Servicios Otorrinolaringología, ³Oftalmología, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia

Introducción: Los antipalúdicos son fármacos ampliamente empleados en Reumatología, y cuya toxicidad depende fundamentalmente de su acúmulo en diferentes tejidos. Más allá de su toxicidad retiniana, bien conocida y tipificada, en la literatura se han descrito casos de ototoxicidad asociada a su uso, manifestada como hipoacusia neurosensorial, acúfenos, mareo y otras manifestaciones vestibulococleares. Partiendo de esta premisa, hipotetizamos que los pacientes con toxicidad ocular por antipalúdicos deberían tener necesariamente evidencia de ototoxicidad.

Objetivo: Evaluar la posible existencia de ototoxicidad en pacientes que han presentado toxicidad macular por cloroquina (CQ) e hidroxicloroquina (OHCQ).

Pacientes y método: Diseño: estudio transversal descriptivo con componentes analíticos. Desde hace más de 10 años el S. Oftalmología evalúa de forma protocolizada los pacientes tratados con antipalúdicos derivados para control oftalmológico. En cada paciente se registra: diagnóstico, fármaco, dosis y tiempo de tratamiento, IMC, test de Ishihara, agudeza visual, campimetría por confrontación, fondo de ojo, tomografía de coherencia óptica, micropimetría y electroretinograma. Se define la toxicidad retiniana como confirmada o probable (micropimetría alterada).

Los pacientes con toxicidad macular confirmada o probable (micropimetría patológica) fueron reclutados para el presente estudio. Se realizó una única visita presencial con un reumatólogo y un otorrinolaringólogo (ORL), quienes realizaron la

recogida de las siguientes variables adicionales: edad, sexo, fármacos ototóxicos, hipoacusia familiar, intervenciones otológicas, otitis de repetición, trauma acústico, y presencia de hipoacusia, acúfenos y/o inestabilidad subjetiva. A continuación, el ORL realizó una otoscopia y una audiometría tonal liminar. El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS 17.0.

Resultados: En una cohorte de 245 pacientes tratados con CQ o OHCQ se detectó maculopatía probable en 12 pacientes (4,9%) y confirmada en 13 pacientes (5,3%); 15 con CQ (media: 85,6; dosis acumulada: 631,96 g.) y 10 con OHCQ (media: 34,5 meses; dosis media acumulada: 452,64 g.). De estos 25 pacientes, 13 no pudieron ser reclutados, por razones diversas: edad avanzada (3), pérdida de seguimiento (9), e hipoacusia previa (1). Se revisaron finalmente 12 pacientes, todas mujeres, con una edad de media de 52,58±15,89 años: LES (6), AR (1), S.Sjogren (3) y Solapamiento (2). De estos, 5 pacientes tenían maculopatía probable (42,7%) y 7 confirmada (58,3%). Todos ellos habían llevado en alguna ocasión algún tratamiento ototóxico (AINES, AAS, metotrexato), y 2 pacientes tenían antecedentes familiares de hipoacusia.

Clínicamente, 5 pacientes (41,7%) tenían hipoacusia subjetiva y 6 pacientes (50%) referían acúfenos. La otoscopia fue normal en todos los casos. En la audiometría, sólo se detectó hipoacusia neurosensorial simétrica en una paciente (8,3%), la cual tenía antecedentes de hipoacusia en familiares de 1º línea. En cuanto al resto de pacientes: 8 pacientes (66,7%) presentaron normoacusia bilateral 1 (3 de ellas con un escotoma en diferentes frecuencias, asociado a trauma acústico), y 3 pacientes (25%) presbiacusia simétrica asociada a la edad.

Conclusión: No encontramos datos de ototoxicidad en nuestros pacientes con maculopatía por antipalúdicos, por lo que podemos descartar razonablemente que ésta, si se produce, sea por acumulación del fármaco.

Resúmenes ARTRITIS

13. LA EDAD ES DETERMINANTE EN EL AUMENTO DE LA RIGIDEZ ARTERIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Robustillo Villarino M¹, Rodilla Sala E², Gil Latorre F¹, Martínez Ferrer A¹, Ybáñez García D¹, Valls Pascual E¹, Albert Espí G¹, Vicens Bernabéu E¹, Vergara Dangond C¹, Alegre Sancho JJ¹

¹Sección Reumatología, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia. ²Unidad de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Sagunto (Valencia)

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad asociada a un incremento de riesgo cardiovascular (RCV). Tanto la carga genética como la inflamación crónica parecen ser los principales responsables de este incremento.

Objetivo: Evaluar el impacto de la carga inflamatoria y del tiempo de evolución de la AR sobre diferentes marcadores de enfermedad vascular subclínica.

Pacientes y método: Diseño: descriptivo transversal con componentes analíticos. Evaluamos pacientes diagnosticados de AR según criterios de clasificación para la AR EULAR/ACR del 2010 en un periodo de dos años. Recogimos variables demográficas (sexo, edad, IMC), clínicas (factores de RCV clásicos, antecedentes de eventos CV, duración de la AR, manifestaciones extraarticulares), y analíticas (FR, anti-PCC, PCR media, e índice aterogénico [IA]). A continuación, se exploró el árbol carotídeo extracraneal con un ecógrafo Esaote MyLabXV70 con sonda lineal (7-12mHz) y un programa automatizado de medición del grosor íntima-media (GIM) mediante radiofrecuencia ("Quality intima media Thickness in real-time, QIMT"), y se recogió la presencia de placas de ateroma según consenso de Mannheim. Utilizamos el dispositivo validado Mobil O Graph[®] para medir la velocidad

de onda de pulso (VOP), como marcador de rigidez vascular. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS 17.0.

Resultados: Se valoraron 237 pacientes, de los que se excluyeron 56 por RCV elevado (evento CV previo, filtrado glomerular <60 mg/dL, y/o diabetes mellitus tipo II o tipo I con lesión de órgano diana). La edad media fue de 58,8 años y la mayoría eran mujeres (77,9%). Un 29,8% eran fumadores, un 18,4% obesos (IMC >30), 30,9% hipertensos y 42,5% dislipémicos. La duración media de la AR fue de 13,6 años, y un 22,7% presentaban manifestaciones extraarticulares. Un 68% y un 72,3% tenían FR y antiCCP positivo, respectivamente; y la media del IA fue de 3,79.

En conjunto, encontramos hallazgos ecográficos patológicos en un 44,2% de los pacientes: 12,7% tenían un GIM patológico (>0,9 mm), y un 42% placas de ateroma. La VOP fue patológica (≥ 10 m/s) en un 26,1% de los pacientes, y mostró una correlación moderada con el QIMT (56%). En pacientes con VOP patológica, el tiempo de evolución de la AR fue mayor que en aquellos con VOP normal (17,7 vs 11,8 años, p 0,001). Esta asociación no se observó con la presencia de placas de ateroma y/o QIMT patológico. Sin embargo, al controlar por la edad (78,7% >50 años, 58% >60 años) en un análisis de regresión logística, desapareció esta asociación VOP-tiempo de evolución. La carga inflamatoria (PCR media de los últimos 5 años) no mostró asociación con ninguno de los marcadores de daño vascular evaluados.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con AR establecida, el tiempo de evolución de la AR se asocia a un incremento de la rigidez arterial y del riesgo CV. Sin embargo, este hallazgo puede ser atribuido a la edad avanzada de nuestra población. Serían necesarios más estudios, en población más joven y en pacientes con AR de menor evolución, para poder evaluar más adecuadamente esta posible asociación.

14. LA RIGIDEZ ARTERIAL SE INCREMENTA CON EL TIEMPO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. FACTORES RELACIONADOS CON EL CAMBIO

Robustillo Villarino M¹, Gil Latorre F¹, Rodilla Sala E², Martínez Ferrer MA¹, Ybáñez García D¹, Valls Pascual E¹, Albert Espí G¹, Vicens Bernabéu E¹, Vergara Dangond C¹, Alegre Sancho JJ¹

¹Sección Reumatología, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia. ²Unidad de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular, Servicio de Medicina Interna, Hospital General de Sagunto (Valencia)

Introducción: La Artritis Reumatoide (AR) está asociada a un mayor riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular (CV). La medición de la rigidez arterial mediante la velocidad de la onda de pulso (VOP) refleja estadios precoces de la enfermedad CV. En personas sanas, la VOP aumenta de forma fisiológica con la edad. En pacientes con AR se ha observado una mejoría en distintos marcadores de daño vascular (entre ellos la VOP) tras intervención terapéutica¹, pero no se ha valorado la evolución natural de la VOP en práctica clínica habitual.

Objetivo: Explorar la evolución natural de la VOP en pacientes con AR y los factores relacionados con estos cambios.

Pacientes y métodos: Tipo de estudio: antes-después. De una cohorte de 237 pacientes con AR en los que se había investigado la existencia de enfermedad vascular subclínica, se reclutaron de forma consecutiva 90 pacientes, a los que se volvió a evaluar un año después. Se recogieron de nuevo datos demográficos (sexo, edad, IMC), clínicos y analíticos de la AR (FR, anti-PCC, PCR media, tiempo de evolución de enfermedad), y factores clásicos de riesgo CV (HTA, DL, tabaquismo, índice aterogénico). Con estos datos, se estimó el SCORE modificado según recomendaciones EULAR². Utilizamos el dispositivo validado Mobil O Graph[®] para medir la velocidad de onda de pulso (VOP), como marcador de rigidez vascular. Los pacientes se clasificaron en alto RCV si la VOP ≥ 10 m/s³. El estudio estadístico

se realizó con el programa SPSS 17.0.

Resultados: Tras excluir a los pacientes con alto riesgo CV (evento CV previo, filtrado glomerular <60mg/dL, y/o diabetes mellitus tipo II o tipo I con lesión de órgano diana), se evaluaron finalmente al año un total de 70 pacientes: 74,3% mujeres, 20% fumadores, IMC medio 27,89, 31,4% con HTA, 51,4% con DL; 54,3% anti-PCC positivo, 62,9% FR positivo. Se detectó una VOP patológica en un 32,4% de los pacientes, siendo la VOP media estadísticamente superior a la basal (0,07-0,32). El incremento de VOP se asoció con el SCORE modificado (p 0,048), y se correlacionó de forma moderada con la TAS (43,7%). El estudio de regresión lineal determinó una dependencia entre VOP y TAS [b(0,07-0,021), R2 0,191], controlado por tiempo de evolución de enfermedad, QIMT, IA, edad e IMC. En relación con otras variables (sexo, HTA, DL, tabaquismo, FR y anti-PCC), sí se observaron diferencias, pero éstas no resultaron estadísticamente significativas.

Conclusiones: Al igual que en la población general, en pacientes con AR la VOP cambia con el tiempo en relación con la TAS, pero no con el tiempo de evolución de enfermedad. Se hace necesario un seguimiento más prolongado para poder determinar con certeza la posible relación entre diferentes factores de riesgo CV, clásicos y/o relacionado con la AR, y la progresión del daño vascular determinado por la VOP.

1 Mäki-Petäjä KM, et al. Rheumatoid arthritis is associated with increased aortic pulse-wave velocity, which is reduced by anti-tumor necrosis factor-alpha therapy. *Circulation*. 2006 Sep 12;114:1185-92.

2 Peters MJ, et al. EULAR evidence-based recommendations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2010;69:325-31.

3 Mancina G, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*. 2013 Jul;31:1281-357.

15. LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE PRESENTAN MAYOR DAÑO VASCULAR SUBCLÍNICO RESPECTO A PERSONAS SANAS Y A PACIENTES HIPERTENSOS

Robustillo Villarino M¹, Rodilla Sala E², Gil Latorre F¹, Martínez Ferrer A¹, Ybáñez García D¹, Valls Pascual E¹, Albert Espí G¹, Vicens Bernabéu E¹, Vergara Dangond C¹, Alegre Sancho JJ¹

¹Sección Reumatología, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia. ²Unidad de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Sagunto (Valencia)

Introducción: La artritis reumatoide (AR) asocia un incremento de enfermedad aterosclerótica (AE), responsable última de gran parte de la morbimortalidad ligada a la enfermedad. El estudio de la rigidez arterial, así como la ecografía carotídea son herramientas que permiten detectar daño vascular en estadios preclínicos de la enfermedad AE.

Objetivo: Comparar la presencia de daño vascular subclínico entre pacientes con AR, pacientes hipertensos (HT) y una población de personas sanas.

Pacientes y método: Cohorte de 237 pacientes con AR en los que se investigó la existencia de enfermedad vascular subclínica, se recogieron 181 pacientes sin antecedentes de eventos CV, insuficiencia renal y/o diabetes mellitus. La población de personas sanas e HT provenía de una consulta específica de HTA de un servicio de Medicina Interna de la misma área geográfica. En todos los grupos se recogieron de forma protocolizada variables demográficas (edad, género, IMC), clínicas (tabaquismo, TAS central y periférica), y analíticas (índice aterogénico [IA]). En todos los pacientes se exploró el árbol carotídeo extracraneal con un ecógrafo Esaote MyLabXV70, sonda lineal (7-12MHz) y un programa automatizado de medición del grosor íntima-media en carótida común (GIMc) mediante radiofrecuencia ("Quality intima media Thickness in real-time, QIMT") y la presencia de placas de ateroma según consenso de Mannheim. La determinación de la velocidad de onda de pulso (VOP), como marcador de rigidez vascular, se realizó con el paciente en sedestación mediante el dispositivo validado Mobil O Graph®. El estudio estadísti-

co se realizó utilizando el programa SPSS 17.0.

Resultados: El análisis de las variables clínicas y vasculares se detalla a continuación:

Variable	AR (181)	HT (196)	Sanos (92)
Género (%) (mujer/varón)	77,9/22,1	54,1/45,9	66,3/33,7
Edad (años)	58,77±13,06	49,35±11,45	47,61±12,61
Fumadores (%)	54 (29,8%)	50 (36,5%)	21 (33,9%)
IA	3,79±1,01	3,9±1,36	3,72±1,25
TAS central (mmHg)	117,67±16,53	136,55±15,62	120,88±13,42
TAS periférica (mmHg)	129,54±18,6	145,92±15,99	129,14±13,26
VOP (m/s)	8,53±2,14	8,24±1,8	6,97±2,12
GIM (mm)	0,722±0,149	0,602±0,128	0,59±0,124
Placas ateroma (%)	76 (42%)	60 (30,6%)	22 (23,9%)

La presencia de placas de ateroma y el GIMc fue estadísticamente mayor en pacientes con AR que en los grupos de sanos e HT. La VOP en pacientes con AR fue comparable a la de los pacientes HT, siendo ambas superiores a los sanos. Dada la edad estadísticamente superior del grupo AR, se realizó un análisis de regresión logística para valorar la influencia de ésta sobre los resultados previos. Controlado por la edad, sólo se mantuvo la diferencia estadísticamente significativa entre el grupo AR y el resto de grupos en relación al GIMc.

Conclusiones: Los pacientes con AR presentan un GIM mayor que la población sana y que los pacientes hipertensos. Tanto la carga genética como la inflamación crónica pueden explicar este incremento. Son necesarios más estudios que incluyan población AR más joven para poder evaluar más adecuadamente las posibles diferencias en el resto de variables de daño vascular (VOP y placas de ateroma).

16. EL EJERCICIO FÍSICO NO INFLUYE SOBRE LOS MARCADORES DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Robustillo Villarino M¹, Gil Latorre F¹, Rodilla Sala E², Martínez Ferrer A¹, Ybáñez García D¹, Valls Pascual E¹, Albert Espí G¹, Vicens Bernabéu E¹, Vergara Dangond C¹, Alegre Sancho JJ¹

¹Sección Reumatología, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia. ²Unidad de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Sagunto (Valencia)

Introducción: La artritis reumatoide (AR) está asociada a un incremento de morbilidad y mortalidad de etiología cardiovascular (CV). Al ejercicio físico (EF) se le atribuyen importantes efectos beneficiosos sobre el sistema CV en sanos. Sin embargo, en pacientes con AR hay escasos estudios que demuestren que el EF sea beneficioso para el pronóstico funcional¹ y/o sobre marcadores de enfermedad CV².

Objetivo: Determinar el efecto del EF sobre marcadores de enfermedad CV subclínica en pacientes con AR.

Pacientes y métodos: Evaluamos un total de 237 pacientes con AR en un periodo de dos años. En todos ellos, se determinó por entrevista clínica la práctica regular de EF (mínimo de tres veces a la semana, un mínimo de 30') y el tiempo que pasaban caminando diariamente en sus tareas habituales. Se recogieron, además, variables demográficas (sexo, edad, IMC), clínicas (factores de RCV clásicos, eventos CV, duración de la AR), y analíticas (índice aterogénico [IA]). A continuación, se exploró el árbol carotídeo extracraneal con un ecógrafo Esaote MyLabXV70 con sonda lineal (7-12MHz) y un programa automatizado de medición del grosor íntima-media (GIMc) mediante radiofrecuencia ("Quality intima media Thickness in real-time, QIMT"), y se recogió la presencia de placas de ateroma según consenso de

Mannheim. Utilizamos el dispositivo validado Mobil O Graph® para medir la velocidad de onda de pulso (VOP), como marcador de rigidez vascular. 90 de estos pacientes fueron reevaluados un año después, clínicamente y con una nueva determinación de la VOP. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS 17.0.

Resultados: Tras excluir los pacientes de elevado riesgo CV (evento CV previo, filtrado glomerular <60, y/o diabetes mellitus tipo II o tipo I con lesión de órgano diana), se valoraron un total de 181 pacientes inicialmente y 65 al año. Características basales: 77,9% mujeres, edad media: 58,77±13,06 años, IMC medio 27,13±4,73, 18,4% obesos (IMC ≥30), 29,8% fumadores, 30,9% HTA, 42,5% DL, IA 3,84±1,01, duración media de la AR: 13,62±10,51 años. El GIMc medio fue de 722±149,29 mm, siendo patológico (>0,9 mm) en un 12,7%; un 42% tenían placas de ateroma; la VOP media fue de 8,53±2,14 m/s, siendo patológica (VOP ≥10 m/s) en un 26,1%. Se observaron diferencias en distintos marcadores de daño vascular (VOP, QIMT, TAS central y periférica), y en variables clínicas (IMC, IA) en relación con la práctica de EF, aunque éstas no fueron estadísticamente significativas. En los pacientes que fueron reevaluados un año después, los cambios detectados en la VOP no mostraron ninguna asociación ni con la práctica de EF ni con el tiempo de ejercicio diario.

Conclusiones: El EF no ha demostrado ninguna repercusión sobre distintos marcadores surrogados de riesgo CV en nuestra población de pacientes con AR.

1 Metsios GS, Stavropoulos-Kalinoglou A, Veldhuijzen van Zanten JJ, Tretharne GJ, Panoulas VF, Douglas KM, Koutedakis Y, Kitas GD. Rheumatoid arthritis, cardiovascular disease and physical exercise: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)*. 2008 Mar;47:239-48.

2 Stavropoulos-Kalinoglou A, Metsios GS, Veldhuijzen van Zanten JJ, Nightingale P, Kitas GD, Koutedakis Y. Individualised aerobic and resistance exercise training improves cardiorespiratory fitness and reduces cardiovascular risk in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2013 Nov;72:1819-25.

17. SINOVITIS ECOGRÁFICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y DOSIS OPTIMIZADA DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS SUBCUTÁNEOS

Begazo Cruz A¹, Andrés Collado M¹, Vela Casasempere P^{1,2}

¹Sección Reumatología, Hospital General Universitario de Alicante. ²Departamento de Medicina, Universidad Miguel Hernández, Alicante

Introducción: La Artritis Reumatoide (AR) se caracteriza por inflamación y destrucción articular que afectan la calidad de vida. Los agentes biológicos han permitido alcanzar la remisión clínica y detener el daño estructural. Actualmente se tiende a reducir la dosis de estos fármacos en pacientes con control sostenido de su artritis, para lograr el mejor balance riesgo/beneficio a menor coste. La repercusión de esta práctica a medio-largo plazo resulta incierto.

La ecografía musculoesquelética en modo B y Power Doppler (PD) es más sensible que la evaluación clínica para detectar inflamación articular en AR, y se ha reconocido su utilidad para monitorizar la respuesta terapéutica. Pero, con escasos datos ecográficos en pacientes con tratamiento biológico optimizado.

Objetivo: Analizar las características clínicas y ecográficas de pacientes con AR tratados con dosis optimizadas de biológicos subcutáneos.

Material y métodos: Estudio observacional transversal en enfermos con AR y dosis optimizada de biológicos s.c de la Sección de Reumatología hasta octubre de 2014. Se revisaron historias clínicas físicas, electrónicas y base de prescripción farmacológica, recogiendo datos epidemiológicos, clínicos (duración de la AR, seropositividad) y terapéuticos (biológico actual, dosis y duración, tiempo en dosis reducida y motivo, FAME asociado).

Se realizó una ecografía articular por un reumatólogo entrenado, ciego al tratamiento que recibían. Para asegurar enmascaramiento se citaron pacientes con AR no optimizados. El examen incluyó evaluación sistemática en modo B y PD de: carpos (receso dorsal de radiocarpiana e intercarpiana), 1º a 5º MCF bilaterales y tendones extensores del carpo. La sinovitis por escala de grises se puntuó con la escala semicuantitativa de 0-3; al igual que la señal PD (OMERACT).

Resultados: De un total de 163 pacientes con AR y tratamiento biológico s.c., el 20,8% estaba optimizado. 71,4% eran mujeres, con edad media de 61 años (±12,9) y tiempo de evolución de 14 años (±10,6). El 55,9% eran seropositivas para FR y/o

APCC. Los fármacos optimizados fueron: Etanercept (70,6%), Adalimumab (23,5%) y Certolizumab (5,9%), en forma de monoterapia en 33,3% de ellos. La duración del tratamiento era de 51 meses y la dosis reducida se mantenía por 20,8 meses como media. El motivo del desescalado había sido la remisión en el 81,6% (ésta se definió según el criterio de su reumatólogo). Las pautas de optimización más frecuentes fueron; para ETN cada 10 días (45,8%) y para ADA cada 21 (62,5%).

En los 29 pacientes a los que se les realizó la ecografía se encontró: 24,2% con sinovitis ecográfica grado 1 o 2 en alguna de las articulaciones exploradas, mientras que el 6,9% mostraba sinovitis grado 3. La señal PD estaba presente en grado 1 (6,9%), grado 2 (10,3%) y en ningún caso con señal grado 3. De los 14 sitios explorados en cada paciente (tabla 1), se encontró sinovitis leve en el 20,5% de ellos, y moderada en el 6,9%; siendo su hallazgo más frecuente en carpos, 2º y 3º MCF derechas. El 19% de articulaciones tenían señal PD grado 1 o 2. Un 13,8% presentaba tenosinovitis extensora, con PD grado 1 en todos ellos.

Articulación		Hallazgo US	Sinovitis				Señal PD			
			Grado 1 (%)	Grado 2 (%)	Grado 3 (%)	Total (%)	Grado 1 (%)	Grado 2 (%)	Grado 3 (%)	Total (%)
Radiocarpiana	Derecha		48,3	20,7	0	69	37,9	3,4	0	41,3
	Izquierda		44,8	17,2	6,9	68,9	41,4	10,3	0	51,7
Intercarpiana	Derecha		20,7	6,9	0	27,6	13,8	20,7	0	34,5
	Izquierda		27,6	13,8	0	41,4	37,9	17,2	0	55,1
1º MCF	Derecha		20,7	3,4	0	24,1	0	6,9	0	6,9
	Izquierda		6,9	3,4	0	10,3	3,4	0	0	3,4
2º MCF	Derecha		37,9	10,3	0	48,2	3,4	3,4	0	6,8
	Izquierda		14,3	7,1	7,1	28,5	3,6	10,7	0	14,3
3º MCF	Derecha		13,8	6,9	0	20,7	6,9	6,9	0	13,8
	Izquierda		6,9	3,4	0	10,3	3,4	0	0	3,4
4º MCF	Derecha		3,4	6,9	0	10,3	3,4	0	0	3,4
	Izquierda		10,3	0	0	10,3	3,4	0	0	3,4
5º MCF	Derecha		6,9	3,4	3,4	13,7	3,4	3,4	0	6,8
	Izquierda		6,9	0	3,4	10,3	3,4	0	0	3,4

US: ultrasonido; MCF: metacarpofalángicas; PD: Power Doppler

Conclusiones: Un porcentaje considerable de pacientes con AR y dosis optimizada de biológico s.c. presentaba sinovitis ecográfica leve-moderada, a pesar de haber sido considerados en remisión clínica. La incorporación de la ecografía musculoesquelética podría ser útil para valorar la pertinencia de optimización de dosis en estos enfermos.

18. EVALUACIÓN MEDIANTE ECOGRAFÍA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE DOSIS TRATADOS CON TERAPIA BIOLÓGICA

Campos Fernández C, Rueda Cid A, Pastor Cubillo MD, Beltrán Catalán E, González-Cruz Cervellera MI, Calvo Catalá J

Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo, Hospital General Universitario, Valencia

Introducción: La ecografía es una valiosa herramienta diagnóstica en la práctica clínica. Proporciona una evaluación y monitorización sensible de la actividad inflamatoria articular y una valoración más real de la remisión de la Artritis Reumatoide (AR) que la clínica, lo que puede contribuir a tomar decisiones terapéuticas óptimas.

Objetivo: Evaluar la presencia de actividad inflamatoria mediante ecografía en escala de grises y con Power Doppler (PD) en pacientes con AR en los que se planteo una optimización de dosis de la terapia biológica por encontrarse en remisión clínica.

Métodos: Se incluyeron 34 pacientes con AR (3 en tratamiento con tocilizumab, 13 en tratamiento con adalimumab, 17 en tratamiento con etanercept y 1 en tratamiento con golimumab). Se realizó una valoración de la actividad clínica mediante el DAS 28 antes de decidir la reducción de dosis y a los 6 meses. Se realizó una exploración ecográfica de 12 articulaciones (codos, carpos, 2ª y 3ª metacarpofalángicas, rodillas y tobillos) con un ecógrafo Esaote MyLab 70, buscando presen-

cia de derrame articular y/o hipertrofia sinovial en escala de grises y señal PD antes de realizar la reducción del tratamiento y a los 6 meses, mediante escala semicuantitativa de 0 a 3 puntos.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes con AR (22 mujeres y 12 hombres) con una edad media de 58,84 años (mínima 31- máxima 79) y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 13,2 años. En el 76,4% de los pacientes el factor reumatoide era positivo y los anticuerpos anticitrulinados en el 52,9%. En el momento de iniciar la optimización de dosis el índice de actividad clínica definido por DAS 28 era de una media de 2,10.

A los 6 meses 30 pacientes mantenían remisión clínica. En la ecografía un porcentaje de estos pacientes (52,94%) presentaban cierto grado de derrame/sinovitis en escala de grises pero sin señal PD. 4 pacientes (11,7%) presentaban empeoramiento clínico con aumento del índice DAS 28, coincidiendo también con empeoramiento en la exploración ecográfica, con derrame/sinovitis y presencia de señal PD. Estos pacientes volvieron a la pauta habitual de tratamiento con mejoría clínica.

Conclusiones: 1) En un porcentaje importante de pacientes, convenientemente seleccionados, es posible el mantenimiento de una baja actividad de la enfermedad o de la remisión con la optimización de dosis de la terapia biológica. 2) Solo un pequeño número de pacientes recidivaron y necesitaron volver a la pauta anterior de tratamiento. 3) La ecografía permite una evaluación y monitorización sensible de la actividad inflamatoria articular y valorar la respuesta al tratamiento.

19. ESTUDIO FARMACOGENÓMICO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

Milara X¹, Sanfeliu J¹, Calvo Catalá J², González-Cruz MF, Campos C², Rueda A², Pastor MD², Beltrán E²

¹Servicio de Farmacia y Fundación Investigación, ²Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo, Hospital General Universitario, Valencia

Objetivo: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune, de influencia poligénica que causa una gran morbilidad entre los afectados llegando a producir lesiones irreversibles. El objetivo del estudio es encontrar marcadores genéticos que permitan realizar el diagnóstico temprano y predecir la respuesta/toxicidad al tratamiento con metotrexato (MTX) y con fármacos anti-TNF.

Material y métodos: Se realizaron 2 subestudios: 1) Estudio casos-control comparando la distribución de polimorfismos de un único nucleótido (SNPs) de los genes MTHFR, SLC01B1, TNF- α , TNFRSF1 β , IL-10, IL-4, FCGR3A, FCGR2A, STAT4, PTPN22, IL-6 y su receptor soluble (IL-6 Rsol), PDZD2 y EYA4, entre sujetos sanos y pacientes diagnosticados de AR. 2) Estudio de genotipado y su asociación con variables clínicas, así como con la respuesta/toxicidad a los tratamientos con metotrexato y anti-TNF α . Se reclutaron 98 pacientes con AR y 84 sujetos sanos. Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico sobre población con AR en tratamiento en la unidad de reumatología del Hospital General Universitario de Valencia. Se recogieron datos clínicos y variables clínicas de actividad de la enfermedad (DAS-28), tratamiento actual y respuesta / toxicidad histórica a los diferentes tratamientos. Se realizó el genotipado mediante el método de discri-

minación alélica. El estudio caso-control se realizó con el paquete estadístico IBM SPSS 20®, mediante un estudio de contingencia de χ^2 (intervalo de confianza 95%) mientras que la relación entre el genotipo y la respuesta/toxicidad a los tratamientos, se estudió utilizando pruebas de χ^2 y OR (odds ratio), así como correlaciones no paramétricas de ρ de Spearman.

Resultados: De los 18 SNPs estudiados relacionados con el proceso patológico, la variante alélica A de FCGR3A(C/A) rs396991, la variante alélica G de FCGR2A (A/G) rs1801274 y la variante T de PTPN22 rs2476601 C1858T, se encontraron más representados en pacientes con AR (χ^2 6,09; p=0,018), (χ^2 5,67; p=0,048) y (χ^2 3,89; p=0,047). En cuanto a las manifestaciones extra-articulares el alelo C de SLC01B1 rs11045879_C/T se asoció a una mayor incidencia y el alelo C del Rsol IL-6 rs8192284_A358C se relacionó con un mayor número de pinzamientos articulares. No se encontró una relación directa con el DAS28. El análisis farmacogenético mostró que el alelo C del MTHFR rs1801131 se asocia con menor toxicidad por MTX (χ^2 6,22; p=0,044), por lo que podría ser un factor de confianza para tratar a estos pacientes con MTX a dosis altas. El alelo T del PTPN22 rs24766012 se asoció a una mejor respuesta a MTX, (χ^2 6,12; p=0,013). Y en cuanto a respuesta a anti-TNF- α , se confirma que el alelo G de PDZD2 rs1532269 (G/C) se encontró asociado a una menor respuesta (χ^2 5,81; p=0,045), por lo que individuos homocigotos GG podrían ser susceptibles de mala respuesta al tratamiento.

Conclusiones: Estos resultados indican una susceptibilidad genética para desarrollar la enfermedad así como a la respuesta/toxicidad al tratamiento. Sin embargo, estos resultados deben ser replicados en otras cohortes de pacientes para ser concluyentes.

20. EFECTIVIDAD DEL RITUXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA ASOCIADA A LA ARTRITIS REUMATOIDE

Alegre JJ¹, Albert G¹, Narváez J¹, Ricse M¹, Gómez Vaquero C³, Zacarías A³, Herrera S², Molina M⁴, Nolla JM⁴

¹Sección de Reumatología, ²Servicio de Neumología, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia. ³Servicio de Reumatología, ⁴Servicio de Neumología, Hospital Universitari de Bellvitge (Barcelona)

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es la manifestación pulmonar más frecuente en la artritis reumatoide (AR) y la segunda causa de muerte en esta enfermedad, por detrás de los eventos cardiovasculares. A pesar de su importancia, el tratamiento de esta complicación no está bien establecido fundamentalmente por la falta de ensayos clínicos en este subgrupo de pacientes.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de rituximab (RTX) en el tratamiento de la EPID asociada a la AR.

Material y métodos: Estudio observacional abierto en pacientes con EPID sintomática activa (evidencia de deterioro clínico y funcional) y control insuficiente de la clínica articular (DAS28 >3.2) a pesar del tratamiento con glucocorticoides y FAME sintéticos.

Las principales variables de eficacia evaluadas al final del período de seguimiento fueron: 1) La mejoría de la clínica articular medida mediante DAS28-VSG, y 2) La evolución de las pruebas funcionales respiratorias (PFR) de acuerdo con las definiciones de la American Thoracic Society: a) mejoría: si se observa un aumento de la CVF $\geq 10\%$ o en la DLCO $\geq 15\%$; b) estabilización: si los cambios en la CVF son inferiores al 10% o al 15% en la DLCO, y c) empeoramiento: si la CVF disminuye $\geq 10\%$ o la DLCO $\geq 15\%$.

Resultados: Se incluyen 13 pacientes (7 mujeres) con una edad media (\pm DE) de 53 \pm 13 años (rango, 35-74). Todos ellos presentaban positividad de los ACPA. El tiempo de evolución (mediana) de la AR fue de 24 meses (rango 8-168) y el de la EPID de 7 meses (rango 1-16). Desde el punto de vista histoespecífico, 10 (77%) casos correspondían a NINE y 3 a NIU.

Una vez diagnosticada la EPID, los pacientes con NINE recibieron tratamiento

con prednisona a dosis 0.75-1 mg/kg, mientras que los pacientes con NIU se trataron con prednisona a dosis de 10-15 mg/día y N-acetilcisteína a dosis de 1800 mg/día. Además, se sustituyó el metotrexato por leflunomida en 8 pacientes, azatioprina en 3 y salazopirina en 2.

En el momento de iniciar el tratamiento con RTX (dosis: 1 gramo días 1 y 15, repitiendo el ciclo a partir de los 6 meses en función de la respuesta), el valor medio del DAS28 era de 5,5 \pm 1,1, la CVF(%) basal de 75 \pm 15, y la DLCO (%) basal de 55,5 \pm 21.

Al final de un período de seguimiento (mediana) de 11 meses (rango, 6-111), la puntuación media del DAS28-VSG descendió a 3 \pm 1,3 (porcentaje de mejoría: 45,45%; rango -62%, -24%). En 7 pacientes (54%) se alcanzó la remisión de la enfermedad articular (DAS28 <2,6) y en 6 (46%) una actividad baja (DAS28 \leq 3,2). La evolución de los valores de la PFR se muestra en la siguiente tabla:

	CVF	DLCO	TC torácica de alta resolución postratamiento (N=8)
Mejoría	5	1	1
Estabilización	8	11	7
Empeoramiento	0	1	0

Considerando el total de la muestra, se consiguió una mejoría de la CVF (CVF postratamiento: 87 \pm 18; porcentaje de mejoría 16%) y una estabilización de la DLCO (DLCO postratamiento: 59,3 \pm 22; porcentaje de mejoría 6,8%). El número de ciclos de RTX administrados (media \pm DE) fue de 3,25 \pm 1,5 (rango, 1-6).

La frecuencia de efectos adversos fue baja, presentándose sólo en 1 paciente (8%) que desarrolló una aspergilosis pulmonar a los 5 meses del primer ciclo lo que obligó a suspender temporalmente el tratamiento.

Conclusión: En nuestra experiencia, RTX es un fármaco eficaz y relativamente seguro para el tratamiento de los pacientes con EPID sintomática activa y control insuficiente de la clínica articular a pesar del tratamiento con glucocorticoides y FAME sintéticos. En este subgrupo de pacientes, con su administración se consigue la remisión/baja actividad de la clínica articular y, como mínimo, la estabilización de las PFR.

21. ARTRITIS REUMATOIDE: POSITIVIDAD DE ANTICUERPOS ANTIPÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO COMO PREDICTOR DE NECESIDAD DE TERAPIA BIOLÓGICA

Sáez Moreno MA¹, Grau García E², Hervás Marín D³, Alcañiz Escandell C², Arévalo Ruales K², Chalmeta Verdejo F, Feced Olmos C², González Puig L², Ivorra Cortés J², Labrador Sánchez E², Martínez Cordellat F, Negueroles Albuixech R², Núñez-Cornejo Piquer C², Ortiz Sanjuan FM², Valero Sanz JL², Román Ivorra JA^{1,2}

¹Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia. ²Servicio de Reumatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ³Unidad de Bioestadística, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia

Objetivos: Determinar si la presencia de FR y anti CCP se asocia con una mayor necesidad de utilizar tratamiento biológico.

Material y métodos: Se han revisado de forma retrospectiva las historias clínicas de pacientes con AR en tratamiento con FAME sintético y/o biológico durante los años 2011 a 2014, recogiendo los valores analíticos de FR y anti-CCP. Para el estudio estadístico los pacientes se han distribuido en dos grupos, aquellos que han llevado tratamiento biológico frente a aquellos que no lo han precisado, comparándose en ambos la presencia o no de FR y anti CCP. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante test de Chi-cuadrado y el test de Wilcoxon.

Resultados: Se han incluido 157 pacientes con AR, con una media de evolución de la enfermedad de 14 años. Todos ellos han iniciado FAME sintético tras confirmación de la enfermedad, que fué discontinuado en 6 por intolerancia. En 98 pacientes ha sido necesario asociar un FAME biológico.

	Biológico	FAME sintético
FR+ y AntiCCP+	49	32
FR+ y AntiCCP-	8	6
FR- y AntiCCP+	11	5
FR- y AntiCCP-	30	16
TOTAL	98	59

La distribución de los valores de FR y anti-CCP según el tipo de tratamiento actual se muestran a continuación: El análisis bioestadístico no muestra diferencias estadísticamente significativas en la presencia o no de FR y/o anti-CCP en los pacientes que han precisado FAME biológico frente a los que no.

Conclusiones: En el grupo de pacientes que hemos estudiado, la presencia o no de FR y/o anti CCP no parece ser un dato predictivo de la necesidad de tratamiento biológico. No obstante, es necesario ampliar la serie muestral para poder confirmar estos hallazgos.

22. TOCILIZUMAB: EFICACIA Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Chalmeta Verdejo F, González Puig L, Labrador Sánchez E, Feced Olmos C, Grau García E, Ivorra Cortés J², Martínez Cordellat F, Negueroles Albuixech R, Núñez-Cornejo Piquer C, Ortiz Sanjuan FM, Valero Sanz JL, Arévalo Ruales K, Alcañiz Escandell C, Román Ivorra JA^{1,2}

¹Servicio de Reumatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ²Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia

Objetivos: Analizar la eficacia y seguridad del tratamiento con tocilizumab (TCZ) durante 4 años, en diferentes perfiles de pacientes con artritis reumatoide (AR) (monoterapia, fracaso a FAME o anti TNF).

Material y métodos: Estudio retrospectivo mediante revisión de la historia clínica de pacientes diagnosticados de AR y en tratamiento con TCZ, por respuesta insatisfactoria a FAME sintético o biológico, durante los últimos 4 años. Como parámetro de actividad de la enfermedad se ha utilizado el DAS28 (al inicio, 6 meses y posteriormente de forma anual) y se han recogido las incidencias surgidas durante el tratamiento. Para el análisis estadístico se ha utilizado un modelo de regresión lineal mixta.

Resultados: Se han incluido 58 pacientes con AR que ha recibido tratamiento con TCZ en los últimos cuatro años; 51 mujeres y 7 varones, con una edad media de 55 años (21-87). El DAS28 promedio en los diferentes intervalos se muestra en la tabla: En 28 pacientes el TZC se ha indicado por fracaso a otro FAME biológico (17 a 1 anti-TNF), 7 a 2 anti-TNF, 3 a 3 anti-TNF, 3 a 1 anti TNF+abatacept y 2 a 2 anti-TNF+abatacept. La dosis de TCZ más frecuentemente utilizada ha sido 8 mg/kg (78% pac), 6 mg/kg (12% pac) y 4 mg/kg (10% pac), siendo las causas más frecuentes de reducción de dosis la baja actividad de la enfermedad y las citopenias. El

90% de los pacientes llevan asociado un FAME sintético, fundamentalmente metotrexato.

Se han observado 53 acontecimientos adversos (AA) en 50 pacientes (27 infecciones, 14 citopenias y 2 neoplasias), aunque sólo en 22 pacientes ha sido motivo para retrasar la administración de TCZ. La infección más frecuente ha sido la de vías respiratorias, seguida de la urinaria. La hipercolesterolemia, AA característico de TCZ, se ha detectado en 46 casos, pero sólo en 11 de ellos ha aparecido después del tratamiento con TCZ. La discontinuación del TCZ ha sido necesaria en 14 pacientes, siendo la causa más frecuente la pérdida de eficacia (4 pacientes).

El análisis bioestadístico muestra que al inicio del tratamiento hay una respuesta clínica (según DAS28) muy rápida (remisión clínica dentro de los 6 primeros meses) y que se mantiene con el tiempo (P=0,0012). No se observa influencia del FAME sintético asociado, del número o tipo de biológico utilizado previamente o del valor de DAS28 al inicio sobre la respuesta y supervivencia al tratamiento.

Conclusiones: En nuestro grupo de pacientes, el tratamiento con TCZ se acompaña de una rápida respuesta clínica medida por DAS28, que aparece dentro de los 6 primeros meses. Esta respuesta clínica se mantiene en el tiempo, según nuestro análisis a 4 años. Así mismo, el perfil de seguridad es bueno, con pocos efectos adversos relevantes que necesiten la discontinuación de TCZ, tal y como aportan los datos de estudios publicados previamente.

Mes	DAS28 promedio
Basal	5,15 (n=58)
6	2,74 (n=55)
12	2,48 (n=53)
24	2,25 (n=43)
36	2,20 (n=24)
48	2,39 (n=11)

23. ESTUDIO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE ALCANZAN LA REMISIÓN: CUÁNTOS Y DURANTE CUÁNTO TIEMPO. DATOS PROCEDENTES DE UN REGISTRO LOCAL

Rosas J¹, Senabre JM¹, Sanchís M², Salas E¹, Barber X², Santos-Soler G¹, Pons A³, Cano C³, Lorente M³, y el grupo AIRE-MB

¹Servicio de Reumatología, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa (Alicante). ²Centro Investigación Operativa de la Universidad Miguel Hernández, Elche. ³Enfermería Reumatología, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa (Alicante)

Objetivos: Conocer el porcentaje de pacientes en seguimiento por artritis reumatoide (AR), que alcanzan la remisión clínica y durante cuánto tiempo.

Material y métodos: Estudio prospectivo, en el que se incluyen los pacientes con AR en seguimiento en la consulta de Reumatología del Hospital Marina Baixa, desde 2006. Se recogen datos generales de los pacientes (edad, sexo, enfermedades y concomitantes, factores de riesgo cardiovascular, tabaquismo, fecha de menopausia, índice masa corporal) y de la AR (fecha diagnóstica, forma de presentación, manifestaciones extraarticulares, tratamientos recibidos y actuales, efectos secundarios y causa de retirada en su caso).

Los resultados de los índices de actividad de la AR, se muestran a partir del año 2010, año en el que queda estable la plantilla de la sección con 4 reumatólogos: DAS28 VSG y PCR, SDAI y CDAI, al menos 2 veces al año o al cambiar de trata-

miento específico. En la mayoría de los pacientes se intenta una estrategia treat-to-target, para intentar alcanzar la remisión clínica.

Resultados: Se incluyen 461 pacientes, 72% mujeres, de edad media en la actualidad de 69.5±15.6 (mediana 72 años). La distribución por edades: >75 años, el 38% de los pacientes; entre 65-75 años, el 24%; entre 55-64 años, el 16% y el 22% en pacientes <55 años. El 75% son de origen español y del 25% de otra nacionalidad, el 18% son de origen europeo, el 5% latinoamericano y el 2% restante de origen africano o asiático. El tiempo medio de evolución de la enfermedad es de 9.3±54.4 años (mediana 9 años).

En la tabla se muestra el porcentaje de pacientes que alcanza remisión clínica en el año 2010 y 2014 según el índice de actividad utilizado (DAS28: ≤2.6; SDAI: ≤3.3; CDAI: ≤2.8) y la media de meses en remisión que se alcanzan.

	DAS28-VSG ≤2,6	DAS28-PCR ≤2,6	SDAI ≤3,3	CDAI ≤2,8	Remisión meses±DE (mediana)
2010 (%)	38	58	28	23	6,3±3,0 (7)
2014 (%)	43	45	45	36	5,9±3,0 (5,5)

Conclusiones: 1) En práctica clínica, es posible alcanzar la remisión clínica en un porcentaje considerable de pacientes con AR, y mantenerla alrededor de 6 meses. 2) El porcentaje alcanzado depende del índice de actividad utilizado.

Resúmenes TERAPIA BIOLÓGICA

24. EFECTOS DEL RITUXIMAB SOBRE LOS NIVELES DE INMUNOGLOBULINAS EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Álvarez de Cienfuegos Rodríguez A¹, Peñalver Pastor B², Martín Guillén S², Tévar Sánchez M¹

¹Servicio de Reumatología, Hospital Vega Baja de Orihuela (Alicante). ²MIR MFyC- Hospital Vega Baja de Orihuela (Alicante)

Introducción: El rituximab es un anticuerpo monoclonal quimérico murino/humano, dirigido contra el receptor CD20, que se encuentra en linfocitos B. Rituximab se une selectivamente al CD 20 provocando lisis celular, induciendo una rápida y sostenida depleción de los linfocitos B.

Objetivo: Analizar la variación de los niveles de inmunoglobulinas (A, M, y G) de los pacientes con artritis reumatoide tratados con Rituximab.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo transversal de pacientes con artritis reumatoide tratados con Rituximab desde el año 2009 hasta el año 2014, en un área hospitalaria comarcal, a través de los datos informatizados de su historia clínica. De los cuales se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, niveles de Ig A, M y G

y tratamiento concomitante. Cumplieron criterios de inclusión 11 pacientes.

Resultados: De los 11 pacientes incluidos en el estudio 9 eran mujeres y 2 hombres, con una edad media de 59 años, el 70% de los pacientes estaba en tratamiento combinado con metotrexate, estando el 30% restante en tratamiento con rituximab en monoterapia. Los niveles de Inmunoglobulinas fluctuaron de la siguiente manera a lo largo del tiempo: Inmunoglobulina G: el 63,64% de las determinaciones se encontraba por debajo del nivel normal, el 18,18% de las determinaciones se encontraba dentro de rango de la normalidad y en 18,18% de las veces estaba por encima del valor normal. Inmunoglobulina M: el 90,90% de las determinaciones se encontraba por debajo del nivel normal, y el 9,10% de las veces dentro del rango de la normalidad, no encontrándose valores por encima del rango de la normalidad. Inmunoglobulina A: el 54,54% de las determinaciones se encontraba por debajo del nivel normal, el 27,27% de las determinaciones se encontraba dentro de rango de la normalidad, mientras que el 18,18% de las veces estaba por encima del valor normal.

Conclusión: En nuestro estudio hemos observado una disminución global de los tres tipos de Inmunoglobulinas en los pacientes estudiados, encontrando una mayor proporción de pacientes con descenso en los niveles de Ig M.

25. OPTIMIZACIÓN DE DOSIS DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS SUBCUTÁNEOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS

Begazo Cruz A¹, Vela Casasempere P^{1,2}

¹Sección de Reumatología, Hospital General Universitario de Alicante. ²Departamento de Medicina, Universidad Miguel Hernández, Elche (Alicante)

Introducción: Los fármacos biológicos son eficaces en el manejo de las artropatías inflamatorias crónicas, permitiendo la remisión, retrasando la progresión del daño articular y mejorando su calidad de vida.

Datos de estudios observacionales muestran que en pacientes con remisión sostenida es posible reducir la dosis de biológicos hasta la mínima eficaz; lo cual venimos realizando en la práctica clínica desde hace años; aunque de forma empírica, para disminuir los riesgos del sobretratamiento así como reducir los costes. En este sentido se ha publicado un documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología y de Farmacia Hospitalaria planteando recomendaciones a la hora de optimizar la dosis de estas terapias.

Objetivo: Describir la frecuencia y las características de los pacientes con reducción de dosis de fármacos biológicos subcutáneos en nuestro Centro.

Material y métodos: Estudio observacional transversal, retrospectivo incluyendo pacientes con prescripción activa de fármacos biológicos s.c. hasta el 31 de octubre de 2014 en la Sección de Reumatología, Hospital General de Alicante. Se revisó la base de datos de prescripción farmacológica, historias clínicas electrónicas y en papel. Se consideró como "tratamiento en dosis reducida" a aquel con pauta inferior a la indicada en la ficha técnica (menor dosis o mayor intervalo entre dosis). Se utilizó el criterio clínico de cada reumatólogo en la valoración de la actividad de la enfermedad en el momento de la optimización.

Las variables analizadas fueron: sexo, edad, diagnóstico y tiempo de evolución, fármaco biológico y tratamiento concomitante actual (FAME sintético y glucocorticoides, dosis y duración, tiempo en dosis reducida y el motivo.

Resultados: Un total de 361 pacientes tenían prescripción activa de biológicos s.c. El 24,9% (90) llevaba dosis optimizada, siendo varones el 52,2% con edad media de 51 años, con diagnósticos de AR (35,6%), EA (27,8%), APso (22,2%) y misceláneos (11%) y tiempo medio de evolución de 12 años.

Los fármacos más optimizados (Tabla 1) fueron: Etanercept (68,9%) y Adalimumab (25,6%). En promedio, la dosis optimizada se mantenía durante 23,5 meses. El motivo de la optimización fue la Remisión o Baja actividad en el 90,3%, y los eventos adversos/ mala tolerancia en el 6,7%. El tiempo en remisión antes de la reducción fue de 18,8 meses. No se observó una pauta homogénea de optimización. En el 77,7% se realizó espaciamiento del intervalo de administración; siendo las más frecuentes para ETN: cada 10 días (45%) y para ADA: cada 21 días (43,4%). El 54,9% tenían el biológico en monoterapia y ningún paciente usaba glucocorticoides concomitantes.

El 8,9% (8) presentó una recaída de la enfermedad durante la optimización; con un tiempo medio hasta la recaída de 6 semanas. Un tercio de ellos volvieron a dosis de ficha técnica y los restantes retomaron la pauta previa (dosis optimizada anterior), recuperando la remisión. Las recomendaciones de la SER/SFH para la optimización de dosis en relación al tiempo de remisión previo y la pauta se siguieron en el 87,8%. El intervalo entre consultas posteriores a la optimización también estuvo adecuado a las recomendaciones con un intervalo medio de 2,3 meses.

	Dosis Estándar N(%)	Dosis Reducida N (%)	Dosis Escalada N (%)	Total N (%)
Etanercept	120 (64,9)	62 (33,5)	3 (1,6)	185 (100)
Adalimumab	66 (74,2)	23 (25,8)	0	89 (100)
Golimumab	52 (94,5)	3 (5,5)	0	55 (100)
Certolizumab	20 (91)	2 (9)	0	22 (100)
Abatacept	8 (100)	0	0	8 (100)
Anakinra	2 (100)	0	0	2 (100)
Total	268 (74,3)	90 (24,9)	3 (0,8)	361 (100)

Conclusiones: El 24,9% de los pacientes con artritis crónicas tratados fármacos biológicos s.c. en nuestra Sección mantiene una dosis optimizada, con un largo tiempo de remisión previo, bajo porcentaje de recaídas, y con gran adecuación a las recomendaciones de la SER/SFH.

26. SITUACIÓN DE LA VACUNACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y EN TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS SUBCUTÁNEOS E INICIO DE PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

Begazo Cruz A¹, Vela Casempere P^{1,2}

¹Sección de Reumatología, Hospital General Universitario de Alicante. ²Departamento de Medicina, Universidad Miguel Hernández, Elche (Alicante)

Introducción: Los fármacos biológicos son eficaces en el tratamiento de las enfermedades inflamatorias crónicas. Pero estas terapias no están exentas de riesgos como las infecciones; algunas de estas, prevenibles con vacunas.

En este sentido en 2010 la Liga Europea de Reumatología presentó unas recomendaciones sobre inmunización en estos pacientes inmunosuprimidos¹ (incluyendo vacunación para Gripe, Neumococo y Hepatitis B principalmente); las cuales también han sido reafirmadas por la Sociedad Española y Valenciana². Sin embargo los datos señalan que las tasas de vacunación son subóptimas.

Objetivo: Describir el estado de vacunación actual en pacientes en tratamiento con biológicos subcutáneos e iniciar un proyecto para mejorar la proporción de pacientes vacunados.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes con enfermedades reumáticas atendidos en consultas externas de Reumatología con prescripción activa de anti-TNF subcutáneos hasta el 31 de octubre de 2014.

Se revisaron las historias clínicas electrónicas y registro vacunal de todos los pacientes. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad, biológico subcutáneo prescrito, tiempo con este fármaco y vacunas recibidas. Se consideró como vacunación completa o adecuada a la que incluía: Gripe, Neumococo y Hepatitis B e incompleta a la que no contaba con alguna de estas.

Resultados: Se incluyeron 363 pacientes (215 mujeres, 59,2%). Edad media: 53,3 años; con diagnósticos principales, Artritis Reumatoide: 44,9%, Espondilitis anquilosante: 25,6% y Artropatía psoriática 16,5%. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 10 años. Los fármacos prescritos con mayor frecuencia fueron Etanercept 51,1%, Adalimumab 24,6% y Golimumab 15,2%, con un tiempo medio de duración del tratamiento de 40,8 meses.

El porcentaje de pacientes con vacunación adecuada fue de 42,1%, siendo los no vacunados 17,9% y con vacunación incompleta 37,5%. La cobertura para Gripe, Neumococo y Hepatitis B fue de 65,6, 34,4 y 31,7%, respectivamente (Tabla 1). Todos los pacientes en edad pediátrica tenían las vacunas actualizadas. En vista de la cobertura vacunal insuficiente, hemos iniciado acciones para aumentar la vacunación en esta población vulnerable;

en coordinación con el Servicio de Medicina Preventiva, que incluyen una llamada telefónica informativa (a los pacientes con vacunación incompleta o ausente) y una consulta presencial en donde se administran las vacunas correspondientes a cada uno de ellos. El impacto de estas medidas sobre la tasa de inmunización de nuestros pacientes será valorado en un posterior análisis.

Conclusiones: Las tasas de vacunación de nuestros pacientes tratados con biológicos subcutáneos son insuficientes, por lo que hemos iniciado medidas para solventar estos problemas y mejorar la calidad de la atención, asegurando una adecuada protección vacunal.

1 van Assen S, et al. EULAR recommendations for vaccination in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis.* 2011 Mar;70(3):414-22. Epub 2010 Dec 3.

2 Fernández S, et al. Vacunación de pacientes adultos con enfermedades reumáticas inflamatorias de origen autoinmune. *Rev. Sociedad Val. Reuma.* 2014, 5;3:3-10.

	Porcentaje (Nº)	
Vacunados	Gripe	65,6 (238)
	Neumococo	34,4 (124)
	Haemophilus influenzae	32,8 (119)
	Hepatitis B	31,7 (115)
	Meningococo	29,2 (106)
	TDPa	23,1 (84)
	DT	12,9 (47)
	VVZ	0,6 (2)
No vacunados	Otras (F. tifoidea, Rubeola, Encefalitis japonesa)	1,2 (4)
		19,3 (70)

27. REPERCUSIÓN ECONÓMICA DE LA DISMINUCIÓN DE DOSIS EN PACIENTES TRATADOS CON TERAPIA BIOLÓGICA

Rueda Cid A, Campos Fernández C, Calvo Catalá J, Pastor Cubillo MD, Beltrán Catalán E, González-Cruz Cervellera MI
Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo, Hospital General Universitario, Valencia

Introducción: Las terapias biológicas constituyen uno de los tratamientos fundamentales para los pacientes con patología inflamatoria reumatológica y han supuesto un gran avance tanto en la mejoría de la sintomatología como en la de calidad de vida. Su uso supone un incremento de los costes sanitarios que en nuestra Comunidad se aproximada a un 10% del gasto farmacéutico hospitalario. En los últimos años hemos realizado un plan de optimización de estos tratamientos utilizando dosis o pautas diferentes a las recomendadas en la ficha técnica. Recientemente las Sociedades de Reumatología (SER) y de Farmacia Hospitalaria, han realizado un consenso sobre recomendaciones para la optimización de terapias biológicas en pacientes con artritis reumatoide (AR), espondilitis anquilosante (SpA) y artritis psoriásica (APs), para mejorar la relación riesgo-beneficio y la eficacia, además de intentar reducir la variabilidad en la práctica clínica.

Objetivo: Pretendemos recoger el ahorro y por tanto el impacto económico conseguido en los últimos 4 años (desde diciembre de 2010 hasta diciembre de 2014) en nuestro Servicio, al llevar a cabo un programa de optimización de dosis de TB en pacientes en remisión. Se han seguido las recomendaciones del Programa de Medicamentos de Alto Impacto Sanitario y Económico (PAISE) de la Consellería de Sanitat de la Comunidad Valenciana, así como los consensos de la SER y SVR.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo en pacientes con AR, SpA y APs en tratamiento con TB que se encuentran en remisión. Antes de iniciar el ajuste de dosis se consensua con el paciente y en sesión de TB que se realiza conjuntamente con el Servicio de Farmacia. Posteriormente los pacientes son reevaluados cada 3 meses. Hasta la actualidad las recomendaciones de optimización de dosis se han basado en la experiencia clínica, espaciándose el tiempo de administración en los fármacos subcutáneos y disminuyéndose la dosis en los intravenosos. Se recoge el nº de meses que cada paciente ha estado con dosis ajustadas de TB y con los datos económicos de la Consellería de Sanitat de ahorro por año en cada fármaco, se calcula la disminución del gasto que se ha llevado a cabo en este periodo de tiempo.

Resultados: De 197 pacientes en TB, 81 (41,11%) están o han estado en trata-

miento de optimización. De los 81 (47 hombres, 34 mujeres), 31 con AR, 29 con SpA, 18 con APs y 3 con otros diagnósticos. Con una edad media de 52,79 años, tiempo medio de evolución de la enfermedad de 13,09 (2,1-28,6) y con un tiempo medio de tratamiento con TB de 6,1 años. De estos, 37 (45,67%) están o han estado con ADL, 35 (43,20%) con ETN, 6 (7,40%) con GLM y 3 (3,70%) con TCZ. El tiempo medio que estos pacientes han permanecido

con una dosis optimizada de TB ha sido de 2,3 años (28,6 meses). Según los datos proporcionados por la Consellería, en nuestro servicio se han dejado de gastar un total de 437.198 € en los últimos 4 años. De los 81 pacientes revisados, 61 (75,30%) permanecen con dosis ajustada de tratamiento al final de periodo evaluado, 12 (14,8%) habían vuelto a dosis habitual por recaída y 8 (9,8%) pacientes no estaban con terapia biológica por diferentes motivos.

Conclusión: En algunos pacientes convenientemente seleccionados la optimización de la dosis del tratamiento biológico puede llevar consigo un importante ahorro económico que nos puede permitir tratar a otros pacientes sin aumentar el gasto farmacéutico.

Tratamiento	Posología de optimización	Ahorro/año en € según fármaco
Adalimumab	40 mg cada 21 días	3.957 €
Etanercept	50 mg cada 14 días	2.278 €
Golimumab	50 mg cada 5 semanas	1.612 €
Tocilizumab	4 mg cada 28 días	3.022-3.378 €

Tratamiento	Meses/años de optimización	Ahorro en periodo evaluado
Adalimumab	769/64,0	253.248
Etanercept	772/64,3	146.475
Golimumab	108/9	14.508
Tocilizumab	92/7,6	22.967
TOTAL		437.198

28. OPTIMIZACIÓN DE DOSIS EN PACIENTES TRATADOS CON TERAPIA BIOLÓGICA. VALORACION CLINICA

Rueda Cid A, Campos Fernández C, Calvo Catalá J, Pastor Cubillo MD, Beltrán Catalán E, González-Cruz Cervellera MI
Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo, Hospital General Universitario, Valencia

Introducción: La introducción de la terapia biológica ha significado un gran avance para los pacientes con patología inflamatoria reumatológica, siendo la remisión o la baja actividad de estas enfermedades el objetivo del tratamiento en la consulta de reumatología. El uso de los tratamientos biológicos, necesarios para nuestros pacientes, supone un importante incremento de los costes asociados a estas enfermedades. Por lo tanto, es indispensable realizar un uso racional de los mismos. Publicaciones recientes demuestran que la optimización de dosis es posible en pacientes con baja actividad o en remisión.

Objetivo: Evaluar la efectividad de la optimización de dosis de la terapia biológica en pacientes con AR, SpA y APs en remisión.

Métodos: Incluimos 81 pacientes (31 con AR, 29 con SpA, 18 con APs y 3 con otras patologías) de un total de 197 pacientes en tratamiento biológico en la actualidad, en seguimiento en la consulta durante el periodo de diciembre de 2010 hasta diciembre de 2014. En la consulta se realizaba: exploración física, valoración clínica, índices de actividad de la enfermedad, cuestionarios de calidad de vida y ecografía en los casos de AR y APs con afectación periférica.

La optimización se realizó en el caso de los fármacos subcutáneos, espaciando el tiempo de administración, y en el caso de los fármacos intravenosos disminuyendo la dosis ajustada por peso.

Resultados: Se incluyen 81 pacientes (34 mujeres y 47 hombres) con edad media

de 52,79. El tiempo medio de evolución de enfermedad de 13,09 años (mínimo 2,1-máximo 28,6). 31 pacientes con AR (38,27%) con una edad media de 58,84 años (mínimo 31-máximo 79), duración media de la enfermedad de 13,2 años, días de reducción de tratamiento biológico de 20.540 (681,6 meses) con un promedio de reducción de 662,58 días. 29 pacientes con SpA (35,80%) con una edad media de 46,31 años (mínimo 27-máximo 74), duración media de la enfermedad de 13,55 años, días de reducción de tratamiento biológico de 18.811 (627,03 meses) con un promedio de reducción de 627,03 días. 18 pacientes con APs (22,22%) con una edad media de 52,95 años (mínimo 33-máximo 74), duración media de la enfermedad de 12,12 años, días de reducción de tratamiento biológico de 11.342 (378,06 meses) con un promedio de reducción de 627,03 días. 3 pacientes (3,70%) con otros diagnósticos con una edad media de 52 años (mínimo 25-máximo 70), días de reducción de tratamiento biológico de 1.564 (52,1 meses) con un promedio de reducción de 521,33 días.

Durante el seguimiento 12 pacientes (14,81%) volvieron a la pauta habitual por empeoramiento clínico: 5 pacientes con AR, 3 pacientes con APs y 4 con EA (uno de ellos por brote de uveítis y en otro caso se cambio de tratamiento). 4 (4,93%) pacientes suspendieron el tratamiento por decisión propia.

En 2 pacientes se suspendió el tratamiento por diversos problemas: diagnóstico de glioblastoma y aparición de un absceso tras intervención quirúrgica. En otros 2 pacientes se cambio el tratamiento: en uno por diagnóstico de EII y en otro por aparición de uveítis.

En total 20 pacientes no continuaron en el programa de optimización de dosis.

Conclusiones: En un porcentaje importante de pacientes, convenientemente seleccionados, es posible el mantenimiento de una baja actividad de la enfermedad o de la remisión con la optimización de dosis de la terapia biológica. Solo un pequeño número de pacientes recidivaron y necesitaron volver a la pauta anterior de tratamiento.

29. IMPACTO ECONÓMICO DE LA OPTIMIZACIÓN DE ANTI-TNF EN EL TRATAMIENTO DE ARTROPATIAS INFLAMATORIAS

Alegre Sancho JJ, Achau Muñoz R, Ventura Cerdá JM, Llopis Salvia P, Ybáñez García D, Valls Pascual E, Martínez Ferrer A, Climente Martí M
Sección Reumatología, Hospital Dr. Peset, Valencia

Objetivo: Evaluar el impacto económico resultado de la optimización del tratamiento con anti-TNF en pacientes con artropatías inflamatorias.

Material y métodos: Diseño: retrospectivo descriptivo. Periodo: 12 meses (enero-diciembre 2014). Ámbito: hospital general universitario terciario. Criterios de inclusión: pacientes adultos diagnosticados de artropatías inflamatorias (artritis reumatoide, artritis psoriásica o espondilitis anquilosante), que iniciaron o continuaron tratamiento con un inhibidor del TNF-α (infiximab, etanercept, adalimumab, golimumab o certolizumab) durante el periodo de estudio.

Variables de estudio: se recogieron a partir de registros electrónicos de dispensación del aplicativo Farmasyst® y Farmis-Oncofarm® y de las historias clínicas electrónicas de los pacientes (Orion-Clinic®). Las variables fueron: número de pacientes, edad, peso, fármaco, dosis, intervalo posológico, fecha de optimización y coste del tratamiento. Se calculó para cada paciente la diferencia entre el coste teórico anual y el coste real tras la optimización del tratamiento, y el porcentaje de pacientes con tratamiento optimizado al finalizar el periodo de estudio.

Optimización del tratamiento: en pacientes clínicamente estables según la valoración del médico responsable, y puesto en común en un comité interdisciplinar de biológicos. Se realizó ampliando el intervalo posológico para Etanercept, Adalimu-

mab, Golimumab y Certolizumab, y reduciendo la dosis/kg y/o ampliando el intervalo posológico para Infiximab. Se valoró como respuesta adecuada a la optimización si el paciente mantenía la estabilidad alcanzada con la pauta posológica estándar.

Resultados: Se incluyeron 269 pacientes diagnosticados de artropatías inflamatorias (98 artritis reumatoide, 77 artritis psoriásica y 94 espondilitis anquilosante) con una media de 53 años (DE=13). De ellos, 24 en tratamiento con Infiximab, 100 Etanercept, 90 Adalimumab, 46 Golimumab y 9 Certolizumab. Al inicio del periodo de estudio, el tratamiento ya se encontraba optimizado en 50 pacientes (18,6%), y durante el periodo de estudio se optimizó el tratamiento en 24 pacientes, con lo que al finalizar el estudio, 74 pacientes tenían su tratamiento optimizado (27,5%). El fármaco con mayor porcentaje de pacientes optimizados fue Infiximab con un 62,5%, seguido de Etanercept (31%), Adalimumab (26,7%), Golimumab (8,7%). No se optimizó el tratamiento de ningún paciente con Certolizumab. De los 74 pacientes con tratamiento optimizado, 4 cambiaron de terapia biológica por pérdida de respuesta (1 con Etanercept, 2 con Adalimumab y 1 con Golimumab). En términos económicos, la optimización del tratamiento con anti-TNF supuso un ahorro anual de 295.469,37 € sobre un coste total de 2.503.277,28 €, una reducción total del 10,6% del coste anual en Anti-TNF.

Conclusiones: La optimización del tratamiento con anti-TNF basada en la valoración del médico y puesta en común en un comité interdisciplinar de terapias biológicas, redujo en más de un 10% el gasto anual, demostrando ser una estrategia efectiva y eficiente en la reducción de costes asociados al tratamiento de las artropatías inflamatorias.

30. SEGUIMIENTO A 3 AÑOS DEL ALARGAMIENTO DEL PERIODO DE ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO ANTI-TNF EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y PSORIÁSICA PERIFÉRICA EN REMISIÓN/BAJA ACTIVIDAD

Núñez Cornejo Piquer C¹, García de la Puente Murillo E², Grau García E¹, Hervás Marín D³, Feced Olmos C¹, Ortiz Sanjuan FM¹, Labrador Sánchez E¹, Arévalo Ruales K¹, Martínez Cordellat I¹, Ivorra Cortés J^{1,2}, Chalmeta Verdejo I¹, González Puig L¹, Negueroles Albuixech R¹, Valero Sanz JL¹, Alcañiz Escandell C¹, Román Ivorra JA^{1,2}

¹Servicio de Reumatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

²Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia. ³Unidad de Bioestadística, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia

Objetivos: Analizar si el alargamiento del intervalo de administración recomendado en terapias anti-TNF en artritis reumatoide y psoriásica periférica que se encuentran en remisión/baja actividad, permite el buen control de la enfermedad.

Material y métodos: Se han recogido los datos clínicos de pacientes diagnosticados con artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica periférica (ApsP), en tratamiento con anti TNF subcutáneo (adalimumab, etanercept y golimumab), que en 2 consultas sucesivas se encontraban en remisión/baja actividad y a los que se les ha alargado el intervalo de administración de la dosis de anti TNF según la siguiente pauta: etanercept 50 mg/15 días, etanercept 50 mg/10 días adalimumab 40 mg/21 días y golimumab 50 mg/5 semanas. Como parámetro de actividad de la enfermedad se ha utilizado el DAS28, el valor sérico de la Proteína C Reactiva (PCR) y la

velocidad de sedimentación globular (VSG) antes de la modificación de la dosis, y hasta 36 meses tras el alargamiento.

El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante modelos de regresión lineal mixto tomando al individuo como coeficiente independiente.

Resultados: Se han incluido un total de 75 pacientes desde febrero de 2011 (44 AR, 28 ApsP y 3 AIJ) que se encontraban en tratamiento con anti-TNF (41 con adalimumab, 29 etanercept y 5 golimumab). Durante el seguimiento se registran 19 suspensiones del alargamiento (10 por brote de la enfermedad y 9 por otras causas no relacionadas con la enfermedad autoinmune). El DAS28 medio en los 75 pacientes en el inicio del alargamiento era de 1,98, con una PCR media de 3,32 mg/L y VSG de 12,27 mm/h.

En 20 de los 75 pacientes se disponen datos de 3 años de seguimiento. El análisis estadístico indica que no existen modificaciones estadísticamente significativas en los valores de das28, PCR y VSG a lo largo del seguimiento de los pacientes (ver tabla). Tampoco se observan modificaciones de estos valores en base al diagnóstico de los pacientes, al tratamiento biológico previo, tratamiento biológico empleado, o la administración en monoterapia del mismo.

	das28	PCR	VSG
mes 0	1,96	3,32	12,27
mes 36	2,39	2,68	12,85

Conclusiones: En el total de los casos donde se ha mantenido el alargamiento del intervalo de administración de dosis, se ha conseguido un buen control de la enfermedad.

31. SEGUIMIENTO A 3 AÑOS DEL ALARGAMIENTO DEL PERIODO DE ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO ANTI-TNF EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE Y ARTRITIS PSORIÁSICA AXIAL EN REMISIÓN/BAJA ACTIVIDAD

Núñez Cornejo Piquer C¹, Chalmeta Verdejo I¹, Negueroles Albuixech R¹, Grau García E¹, Hervás Marín D², Feded Olmos C¹, Ortiz Sanjuan FM¹, Labrador Sánchez E¹, Ivorra Cortés J^{1,3}, Arévalo Ruales K¹, Martínez Cordellat I¹, González Puig L¹, Valero Sanz JL¹, Alcañiz Escandell C¹, Román Ivorra JA^{1,3}

¹Servicio de Reumatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

²Unidad de Bioestadística, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia. ³Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia

Objetivos: Analizar si el alargamiento del intervalo de administración recomendado en terapias anti-TNF en espondilitis anquilosante y artritis psoriásica axial que se encuentran en remisión y/o baja actividad, permite el buen control de la enfermedad.

Material y métodos: Se han recogido los datos clínicos de pacientes diagnosticados con espondilitis anquilosante (EA) y artritis psoriásica axial (ApsA), en tratamiento con anti TNF subcutáneo (adalimumab, etanercept y golimumab), que en 2 consultas sucesivas se encontraban en remisión/baja actividad y a los que se les ha alargado el intervalo de administración de la dosis de anti TNF según la siguiente pauta: etanercept 50 mg/15 días, etanercept 50 mg/10 días adalimumab 40 mg/21 días y golimumab 50 mg/5 semanas. Como parámetro de actividad de la enfermedad se ha utilizado el BASDAI, el valor sérico de la Proteína C Reactiva (PCR) y la

velocidad de sedimentación globular (VSG) antes de la modificación de la dosis, y hasta 36 meses tras el alargamiento.

El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante modelos de regresión lineal mixto tomando al individuo como coeficiente independiente.

Resultados: Se han incluido un total de 32 pacientes desde febrero de 2011 (24 EA, 8 ApsA) que se encontraban en tratamiento con anti-TNF (13 con adalimumab, 10 etanercept y 9 golimumab). Durante el seguimiento se registran 8 suspensiones del alargamiento (5 por brote de la enfermedad y 3 por otras causas no relacionadas con la enfermedad autoinmune). El BASDAI medio en los 32 pacientes en el inicio del alargamiento era de 2,55, con una PCR media de 2,86 mg/L y VSG de 9,39 mm/h. En 11 de los 32 pacientes se disponen datos de 3 años de seguimiento.

El análisis estadístico indica que no existen modificaciones estadísticamente significativas en los valores de BASDAI, PCR y VSG a lo largo del seguimiento de los pacientes (ver tabla). Tampoco se observan modificaciones de estos valores en base al diagnóstico de los pacientes, al tratamiento biológico previo, tratamiento biológico empleado, o la administración en monoterapia del mismo.

	BASDAI	PCR	VSG
mes 0	2,72	3,98	8,09
mes 36	1,99	1,24	6,22

Conclusiones: En el total de los casos donde se ha mantenido el alargamiento del intervalo de administración de dosis, se ha conseguido un buen control de la enfermedad.

32. ANÁLISIS DE LA UTILIDAD DE LA CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMERÍA. MONITORIZACIÓN A DOS AÑOS DE PACIENTES TRATADOS CON FÁRMACOS SUBCUTÁNEOS

Nájera Herranz C¹, Ivorra Cortés J^{1,2}, Chalmeta Verdejo I¹, González Puig L¹, Martínez Cordellat I¹, Negueroles Albuixech R¹, Núñez Cornejo Piquer C¹, Valero Sanz JL¹, Grau García E¹, Hervás Marín D², Feded Olmos C¹, Ortiz Sanjuan FM¹, Labrador Sánchez E¹, Arévalo Ruales K¹, Poveda Marín G¹, Alcañiz Escandell C¹, Román Ivorra JA^{1,2}

¹Servicio de Reumatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

²Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia. ³Unidad de Bioestadística, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia

Objetivos: Analizar la utilidad de la consulta telefónica de enfermería en la monitorización de los pacientes con terapia subcutánea.

Material y métodos: Se han recogido durante septiembre 2012 y diciembre de 2014 los datos correspondientes a las consultas telefónicas de enfermería para el seguimiento de pacientes con terapia biológica subcutánea: datos clínicos del

paciente, número de llamadas, características de la consulta planteada y resolución de la misma, e implicación del reumatólogo especialista en las consultas.

Resultados: Se han realizado un total de 555 consultas telefónicas correspondientes a 313 pacientes. La enfermera ha resuelto de forma directa el 84,9% de las consultas. En el 9,7% la enfermera ha resuelto directamente la consulta con apoyo consultor del médico, en el 1,3% ha sido necesaria una consulta telefónica del paciente con el reumatólogo y en el 1,9% ha sido necesaria una cita presencial del paciente con el reumatólogo. En el 2,2% no pudo contactar telefónicamente con el paciente. Se han detectado incidencias en el 34% de las consultas, siendo la mayor parte por alteraciones en la analítica o por infección, y el 30,7% de las incidencias requirieron derivación a otra especialidad, principalmente atención primaria. En el 69,3% de las incidencias se resolvieron directamente por la enfermera.

Conclusiones: La consulta telefónica de enfermería facilita la monitorización de pacientes con fármacos biológicos subcutáneos gestionando de forma directa la consulta telefónica e identificando incidencias, lo que reduce el número de consultas médicas presenciales y evita desplazamientos innecesarios de los pacientes, mejorando la gestión de los recursos sanitarios hospitalarios.

33. ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA TERAPÉUTICA A 48 MESES CON TRATAMIENTO BIOLÓGICO SUBCUTÁNEO EN ARTRITIS CRÓNICAS

Ortí Verdet MBC¹, Grau García E², Hervás Marín D², Alcañiz Escandell C², Arévalo Ruales K², Chalmeta Verdejo I², Feded Olmos C², González Puig L², Ivorra Cortés J^{1,2}, Labrador Sánchez E², Martínez Cordellat I², Negueroles Albuixech R², Núñez Cornejo Piquer C², Ortiz Sanjuan FM², Valero Sanz JL², Monte Boquet E⁴, Román Ivorra JA^{1,2}

¹Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia. ²Servicio de Reumatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ³Unidad de Bioestadística, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia. ⁴Servicio de Farmacia, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

Objetivos: Determinar la supervivencia terapéutica a 4 años y los motivos de abandono del tratamiento, asociado a la administración y switching de diferentes tipos de agentes biológicos subcutáneos en pacientes con artritis crónicas.

Material y métodos: Se han seleccionado los datos clínicos y de tratamiento desde 2000 a 2014, de los primeros 48 meses de tratamiento, y a los que se les ha administrado terapia biológica subcutánea. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante test de Chi-cuadrado y el test de Kruskal-Wallis, regresión de Cox y análisis de supervivencia con el test Logrank.

Resultados: Se han seleccionado 185 pacientes con artritis crónicas que han recibido terapia biológica subcutánea desde el 2000, con una media de 14 años de evolución (1-40), de los cuales 44 eran artritis psoriásica, 73 artritis reumatoide,

57 espondilitis y 13 con otros diagnósticos. Del total de pacientes, 116 habían llevado al menos un biológico previo.

En el análisis bioestadístico se observa una mayor respuesta al tratamiento en los pacientes naïve a biológicos con una supervivencia terapéutica del 80%, frente a los pacientes con al menos un biológico previo, que presentan supervivencias terapéuticas del 55% (P=0,005). En los pacientes naïve a tratamiento biológico no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el comportamiento de los diferentes tratamientos biológicos, siendo el golimumab el de peor supervivencia terapéutica con un 70% aproximadamente.

Tampoco se observan diferencias estadísticamente significativas en los pacientes con al menos un biológico previo, con supervivencias de alrededor del 55-70%, y siendo el certolizumab el de peor supervivencia terapéutica con un 30% aproximadamente.

En los pacientes naïve la presencia de valores positivos para el factor reumatoide afecta a la supervivencia terapéutica de los diferentes tratamientos (P=0,01). Sin embargo, ello no ocurre con los pacientes con biológico previo. Tampoco se observan diferencias estadísticamente significativas en relación al diagnóstico, ni al motivo de la retirada del tratamiento biológico, según tipo de tratamiento o si el paciente ha sido naïve a biológicos.

Conclusiones: Los resultados parecen indicar que en pacientes naïve existen diferencias en la supervivencia terapéutica en relación a los que han llevado al menos un biológico previo. Sin embargo, no existen diferencias significativas en el comportamiento de los diferentes tratamientos biológicos subcutáneos en ambos grupos. No se observan diferencias en la supervivencia terapéutica en base al motivo de retirada del tratamiento ni al diagnóstico del paciente.

34. IMPACTO ECONÓMICO DEL ALARGAMIENTO DE DOSIS Y MONITORIZACIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE ADALIMUMAB Y ETANERCEPT EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN REMISIÓN CLÍNICA: ESTUDIO PRELIMINAR DE UNA UNIDAD LOCAL DE GESTIÓN DE TERAPIA BIOLÓGICA

Rosas J¹, Llinares-Tello F², Senabre JM¹, Santos-Soler G¹, Salas E¹, Barber X³, Pons A⁴, Cano C⁴, Lorente M⁴, Molina-García J⁴, y el grupo AIRE-MB

¹Servicio de Reumatología, ²Laboratorio, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa (Alicante). ³Centro Investigación Operativa de la Universidad Miguel Hernández, Elche (Alicante). ⁴Enfermería Reumatología, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa (Alicante)

Objetivos: Evaluar el impacto económico del alargamiento de dosis y la monitorización de los niveles séricos de adalimumab (ADA) y etanercept (ETN), en pacientes con artritis reumatoide (AR), en remisión clínica, en seguimiento en la Unidad de Gestión de Terapia Biológica de Reumatología.

Material y métodos: Se determinaron durante los años 2013 y 2014, los niveles séricos de ADA y ETN, así como de anticuerpos anti-ADA y anti-ETN, mediante técnica de ELISA (Promonitor®-ADA y ETN, Progenika Biopharma, S.A., Grifols SA), en pacientes con AR en remisión clínica, definida por alcanzar y mantener durante 6 meses consecutivos, un índice de actividad clínica en 28 articulaciones que incluye la velocidad de sedimentación globular (DAS28-VSG), <2,6. Los niveles séricos de corte para ADA y ETN fueron 0,024 mg/L y 0,035 mg/L, respectivamente; y para Ac anti-ADA y anti-ETN fueron 3,5 UA/mL y 132 UA/mL, respectivamente. Las muestras se recogieron el mismo día de la administración de ADA y ETN, previamente a la misma.

Se recogieron características generales de los pacientes y de la AR: evolución de la enfermedad, tiempo en tratamiento con ADA o ETN, causa de retirada o regreso a pauta previa, índices de actividad clínica (DAS28, SDAI), índice de actividad ecográfica (señal Doppler) en 12 articulaciones, pauta de administración basal (ADA: cada 14 días; ETN: cada 7 días) y en alargamiento de dosis (ADA: 18-21-28 días; ETN: 10-14 días). Se calculó el número de dosis evitadas anuales en los pacientes tratados con pauta alargada con ADA (cada 18 días: 5,8 dosis; cada 21 días 8,7; cada 28 días: 13) y con ETN (cada 10 días: 15,5 dosis; cada 14 días: 26). Se calculó en euros el dinero ahorrado en los 2 años del estudio y el número teórico de pacientes tratados con dicho ahorro (coste dosis ETN: 250 euros y de ADA: 500 euros).

Resultados: Durante 2013 y 2014, se incluyeron 94 determinaciones (ADA: 53, ETN: 41), de 45 pacientes con AR en remisión (ADA: 23, ETN: 18). El 87% son mujeres, con edad media: 60,5±18 años. El tiempo medio de evolución de la AR era de 15±9,8 años y el tiempo medio en tratamiento con ADA y con ETN, fue de 5,2±1,3 años y de 5,1±1,8 años, respectivamente. El tiempo medio en dosis alargada de ADA y ETN fue en ambos de 1,2±0,7 años.

ADA fue el primer fármaco biológico utilizado en el 73% de los pacientes y ETN en el 67%. Recibían FAME, El 100% de los pacientes con ADA y el 78% de los pacientes con ETN. El 87% de los pacientes mantuvieron la remisión clínica en pauta alargada. Sin embargo, regresaron a la pauta basal no alargada 2 (7%) pacientes con ADA (los 2 pacientes en pauta de 18 días) y 4 (22%) pacientes con ETN (3/75% en pauta de 10 días y 1/25% en pauta de 14 días: media de 6 meses de tratamiento alargado). No se detectaron anticuerpos anti-ADA o anti-ETN en ningún paciente en pauta alargada ni en los que volvieron a pauta habitual previa, tras un seguimiento medio de 1 año.

En la Tabla 1, se analizan los niveles de ADA y ETN, presencia de anticuerpos anti-ADA/anti-ETN, e impacto de ahorro económico durante 2013 y 2014, en pacientes con AR en remisión con pauta de dosis alargada.

Pauta (días) Pacientes/determinaciones	Adalimumab				Etanercept			
	18 d n: 12/21	21 d n: 11/26	28 d n: 4/7	Total ADA n: 27/51	10 d n: 10/23	14 d n: 8/18	Total ETN n: 18/41	ADA+ ETN n: 45/94
Nivel medio anti-TNF (mg/L)	6,58	8,34	2,9	-	2,32	1,45	-	-
Anti-TNF (%)	0	0	0	0	0	0	0	0
DAS28-VSG (DE)	1,82	1,9	2,8	-	1,73	1,86	-	-
Tiempo medio años (DE), alargamiento	1,5 (0,9)	1,2 (0,5)	1,2 (0,9)	1,3 (0,8)	1,0 (0,4)	1,2 (0,7)	1,1 (0,6)	1,2 (0,7)
Dosis evitadas, n	91,6	106	62,4	260	210	338	548	-
Euros evitados	45.800	53.070	31.200	130.070	52.500	84.500	137.000	267.070
Pacientes tratados con ahorro, n	3,8	4,4	2,6	10,8	4,4	7	11,4	22,2
Durante 2013 y 2014, iniciaron terapia biológica 22 pacientes con AR. El tratamiento de 1 año de todos ellos (100%), se contrarrestó con los pacientes en remisión con pauta de dosis alargada de ADA y ETN								

Conclusiones: 1) En pacientes AR en remisión es posible el alargamiento de dosis de ADA o ETN, monitorizando la actividad clínica y los niveles séricos de fármaco. 2) El alargamiento produce un considerable ahorro económico. 3) No se detecta inmunogenicidad en los pacientes en pauta alargada. 4) Es posible que los pacientes con AR que alcanzan una remisión prolongada, precisen menor nivel de fármaco para mantenerla.

35. IMPACTO ECONÓMICO DEL ALARGAMIENTO DE DOSIS Y MONITORIZACIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE ADALIMUMAB Y ETANERCEPT EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE Y ARTRITIS PSORIÁSICA EN REMISIÓN CLÍNICA: ESTUDIO PRELIMINAR DE UNA UNIDAD LOCAL DE GESTIÓN DE TERAPIA BIOLÓGICA

Rosas J¹, Llinares-Tello F², Senabre JM¹, Santos-Soler G¹, Salas E¹, Barber X³, Pons A⁴, Cano C⁴, Lorente M⁴, Molina-García J⁴, y el grupo AIRE-MB

¹Servicio de Reumatología, ²Laboratorio, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa (Alicante). ³Centro Investigación Operativa de la Universidad Miguel Hernández, Elche (Alicante). ⁴Enfermería Reumatología, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa (Alicante)

Objetivos: Evaluar el impacto económico del alargamiento de dosis y la monitorización de los niveles séricos de adalimumab (ADA) y con etanercept (ETN), en pacientes con espondiloartritis (SpA): espondilitis anquilosante (EA) y artritis psoriásica (APs), en remisión clínica, en seguimiento en la Unidad de Gestión de Terapia Biológica de Reumatología.

Material y métodos: Se determinaron durante los años 2013 y 2014, los niveles séricos de ADA y ETN, así como de anticuerpos anti-ADA o anti-ETN, mediante técnica de ELISA (Promonitor®-ADA y ETN, Progenika Biopharma, S.A., Grifols SA), en

pacientes con SpA en remisión clínica, definida por alcanzar y mantener durante 6 meses consecutivos, en EA un índice BASDAI ≤4, y en APs un índice de actividad clínica en 28 articulaciones que incluye la velocidad de sedimentación globular (DAS28-VSG), <2,6. Los niveles séricos de corte para ADA y ETN fueron 0,024 mg/L y 0,035 mg/L, respectivamente; y para Ac anti-ADA y anti-ETN fueron 3,5 UA/mL y 132 UA/mL, respectivamente. Las muestras se recogieron el mismo día de la administración de ADA y ETN, previamente a la misma. Se recogieron caracte-

rísticas generales de los pacientes y de la SpA: evolución de la enfermedad, tiempo en tratamiento con ADA y ETN, causa de retirada o regreso a pauta previa, índices de actividad clínica (BASDAI, DAS28, SDAI), pauta de administración basal (ADA: cada 14 días; ETN: cada 7 días) o en alargamiento de dosis (ADA: 18-21-28 días; ETN: 10-14 días). Se calculó el número de dosis evitadas anuales en los pacientes tratados con pauta alargada con ADA (cada 18 días: 5,8 dosis; cada 21

días 8,7; cada 28 días: 13) o con ETN (cada 10 días: 15,5 dosis; cada 14 días: 26). Se calculó en euros el dinero ahorrado en los 2 años del estudio y el número teórico de pacientes tratados con dicho ahorro (coste dosis: ETN: 250 euros y de ADA: 500 euros).

Resultados: Durante 2013 y 2014, se incluyeron 105 determinaciones (ADA: 42, ETN: 63), de 54 pacientes con SpA en remisión (ADA: 27, ETN: 27). El 63% son varones, con edad media: 48±11 años. El tiempo medio de evolución de la SpA era de 13,5±9,0 años y el tiempo medio en tratamiento con ADA y con ETN fue en ambos de 3,5±1,6 años. El tiempo medio en dosis alargada de ADA y ETN fue de 1,2±0,6 años.

ADA fue el primer fármaco biológico utilizado en el 67% de los pacientes y ETN en el 48%. Recibían FAME, El 22% de los pacientes con ADA y el 11% de los pacientes con ETN.

El 87% mantuvieron la remisión clínica en pauta alargada. Sin embargo, regresaron a la pauta habitual no alargada 3 (11%) pacientes con ADA (2 en pauta de 18 días y uno en pauta de 21 días) y 4 (15%) con ETN (el 100% en pauta de 10 días). No se detectaron anticuerpos anti-ADA o anti-ETN en ningún paciente en pauta alargada ni en los que volvieron a pauta habitual previa, tras un seguimiento medio de 1 año. En la tabla 1, se analizan los niveles de ADA y ETN, presencia de anticuerpos anti-ADA/anti-ETN, e impacto de ahorro económico en 2013 y 2014, en pacientes con EA o APs en remisión con pauta de dosis alargada (nr: no realizado).

Pauta (días) Pacientes/determinaciones	Adalimumab				Etanercept			
	18 d n: 17/25	21 d n: 9/16	28 d n: 1/1	Total ADA n: 27/42	10 d n: 17/35	14 d n: 10/28	Total ETN n: 27/63	ADA+ ETN n: 54/105
Nivel anti-TNF (mg/L) (DE)	8,1 (4,5)	5,0 (1,9)	nr	-	2,96 (1,17)	1,05 (0,49)	-	-
Anti-TNF (%)	0	0	-	0	0	0	0	0
BASDAI, media (DE)	1,8 (1,0)	2,1 (0,7)	-	-	2,1 (1,6)	2,5 (1,4)	-	-
ASDAS, media (DE)	1 (0,4)	1,4 (0,3)	-	-	1,3 (0,5)	1,6 (0,8)	-	-
Tiempo (años), en alargamiento, media (DE)	1,1 (0,6)	1,0 (0,5)	0,5	1,0 (0,6)	1,2 (0,6)	1,2 (0,4)	1,2 (0,6)	1,2 (0,6)
Dosis evitadas, n	94	66	6	166	322,4	312	634,4	800
Euros evitados	47.000	30.060	3.000	80.060	80.600	78.000	158.600	238.660
Pacientes tratados con ahorro, n	3,9	2,7	0,2	6,8	6,7	6,5	13,2	20

Durante 2013 y 2014, iniciaron terapia biológica 22 pacientes con SpA. El tratamiento de 1 año de 20 (91%) de ellos se contrarrestó con los pacientes en remisión con pauta de dosis alargada de ADA y ETN

Conclusiones: 1) En pacientes con SpA en remisión es posible el alargamiento de dosis de ADA o ETN, monitorizando la actividad clínica y los niveles séricos de fármaco. 2) El alargamiento produce un considerable ahorro económico. 3) No se detecta inmunogenicidad en los pacientes en pauta alargada. 4) Es posible que los pacientes con SpA que alcanzan una remisión prolongada, precisen menor nivel de fármaco para mantenerla.

36. EL USO DE FEBUXOSTAT EN PACIENTES CON GOTA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE PARECE EFECTIVO Y SEGURO. REVISIÓN RETROSPECTIVA

Quilis N¹, Gil S¹, Andrés M¹, Vela P^{1,2}, Pascual E^{1,2}

¹Sección de Reumatología, Hospital General Universitario de Alicante. ²Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández, Alicante

Introducción: El febuxostat es un novedoso inhibidor selectivo no purínico de la enzima xantín-oxidasa. Su metabolismo predominantemente hepático supone una ventaja para pacientes con gota y enfermedad renal crónica (ERC), ya que no precisan ajuste de dosis. Sin embargo, en los ensayos clínicos del fármaco se excluyeron pacientes con ERC grave¹, por lo que se recomienda precaución en pacientes con filtrado glomerular menor a 30mL/min².

Objetivo: Revisar nuestra experiencia con febuxostat en pacientes con gota, y realizar un estudio comparativo según si presentan o no FG<30mL/min.

Métodos: Revisión retrospectiva. Se han seleccionado las historias clínicas de pacientes con gota (probada por cristales) y tratamiento con febuxostat prescrito por cualquier miembro de la sección de Reumatología. Se han recogido datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio. Las variables a estudio fueron: a) el cambio de niveles de ácido úrico (AU) tras tratamiento con febuxostat; y b) porcentaje de pacientes que alcanza AU<6mg/dL, AU<5mg/dL y AU<4mg/dL. Se establecieron dos puntos temporales: 1) primera analítica tras inicio de febuxostat, y 2) tras 6 meses en dosis máxima empleada de febuxostat. Se ha realizado un estudio comparativo según si presentaban FG superior o inferior a 30mL/min al inicio del febuxostat, empleando la Chi-cuadrado y la U de Mann-Whitney.

Resultados: Se identificaron 55 pacientes con gota tratados con febuxostat, con una mediana (p27-75) de edad de 73 años (63-84),

siendo un 70,9% hombres. La gota fue tofácea en 15 pacientes (27,3%). 80mg de febuxostat fue la dosis máxima más empleada (68,5% de los pacientes). 38 pacientes (69,1%) habían recibido previamente otro hipouricemiante, siendo el principal motivo de retirada identificado la reacción cutánea (11 pacientes, 20%). En 14 pacientes (25,5%) el febuxostat se inició con un filtrado glomerular inferior a 30mL/min, pero en ningún caso fue inferior a 15mL/min. La Tabla muestra la comparación de resultados según el filtrado glomerular. El AU al inicio del tratamiento fue similar. No se han encontrado diferencias en la magnitud de la reducción de AU con dosis máxima de febuxostat ni en la consecución de los distintos objetivos de uricemias. La variación en el FG fue similar por grupos. Respecto a la seguridad con febuxostat, en 11 pacientes se retiró el tratamiento (en 3 de ellos por reacción cutánea), sin encontrar diferencias por subgrupos de FG (p=0,33).

Conclusión: El uso de febuxostat en pacientes con insuficiencia renal severa (FG 15-30mL/min) parece efectivo y seguro, aunque estudios controlados y prospectivos deben confirmar estos resultados.

¹ *Arthritis Rheum.* 59:1540

² *Ficha técnica de febuxostat, EMA*

	FG≥30mL/min (n=41)	FG<30mL/min (n=14)	p
AU basal, mg/dL	8,6 (6,0-9,8)	9,4 (6,7-11,1)	0,47
FG basal, mL/min	59,1 (37,9-81,4)	23,2 (21,2-28,6)	<0,001
Cambio en AU, mg/dL	-3,4 (-5,6, -1,3)	-5,5 (-6,9, -3,5)	0,08
AU<6mg/dL, n (%)	31 (77,5)	11 (91,7)	0,42
AU<5mg/dL, n (%)	28 (70,0)	10 (83,3)	0,48
AU<4mg/dL, n (%)	19 (47,5)	8 (66,7)	0,24
Cambio en FG, mL/min	+0,6 (-8,3, +5,7)	+3,9 (-2,4, 15,0)	0,21

Datos expresados como mediana (p25-75) salvo especificado de otra forma.

37. LA FARMACOCINÉTICA DE ADALIMUMAB EN PACIENTES CON PATOLOGÍA REUMATOLÓGICA EN CONDICIONES DE USO HABITUAL DIFIERE DE LA DESCRITA EN LOS ENSAYOS CLÍNICOS Y DEBE CONSIDERARSE EN LOS AJUSTES DE INTERVALOS ENTRE DOSIS

Zapater P¹, Llinares-Tello F², Rosas J³, Horga JF¹, Senabre-Gallego JM³, Salas E³, Santos-Soler G³, Barber X⁴, Molina J⁵ y el Grupo AIRE-MB

¹Departamentos de Farmacología, Pediatría y Química Orgánica, Universidad Miguel Hernández, Elche (Alicante). ²Laboratorio, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa (Alicante). ³Sección Reumatología, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa (Alicante). ⁴CIO, Universidad Miguel Hernández, Elche (Alicante)

Introducción: La farmacocinética (PK) de adalimumab (ADA) se ha establecido a partir de los ensayos clínicos (EC) mediante análisis de cinética poblacional y se aplican de modo generalizado a todos los pacientes con patologías reumatológicas tratados con ADA.

Objetivos: Describir la PK de ADA en pacientes con Patología Reumatológica (Artritis Reumatoide (AR), Artritis psoriásica (APS) y Espondilitis Anquilosante (EA)) en condiciones de uso habitual y sus diferencias con la descrita en ensayos clínicos.

Material y métodos: Se determinaron los niveles séricos de ADA y de anticuerpos anti-ADA, mediante técnica de ELISA (Promonitor®-ADA, Progenika Biopharma, S.A., Grifols SA), en una muestra de sangre obtenida el día 14, previa a la siguiente dosis del fármaco, a pacientes con patología reumatológica tratados con 40 mg subcutáneos de ADA cada 14 días durante 3 o más meses. El límite de detección para ADA fue 0.024 mg/L y para Ac anti-ADA de 3.5 UA/mL.

Mediante una simulación de Montecarlo se generaron las concentraciones séricas esperables en 1000 pacientes con AR tratados con 40 mg de ADA. La modelización asumió un modelo monocompartmental, extravascular, de dosis única con cinéticas de absorción y eliminación de primer orden ($V_d=5,35$ L; $K_{el}=0,0495$ días⁻¹; $K_a=0,28$ días⁻¹; factor de error 15%; datos de la Ficha Técnica de ADA). La población generada se categorizó en 6 grupos en función de las concentraciones de ADA el día 14 (< 1,45; 1,46-2,30; 2,31-3,15; 3,16-4,00; 4,01-4,86; 4,87-5,71) y se calculó los parámetros farmacocinéticos de cada grupo mediante un algoritmo de Nelder-Mead. Posteriormente se simularon las concentraciones que se obtendrían en cada grupo con dosis múltiples cada 14 días. Cada paciente se clasificó en uno de los 6 grupos según el mejor ajuste de las concentraciones medidas el día 14.

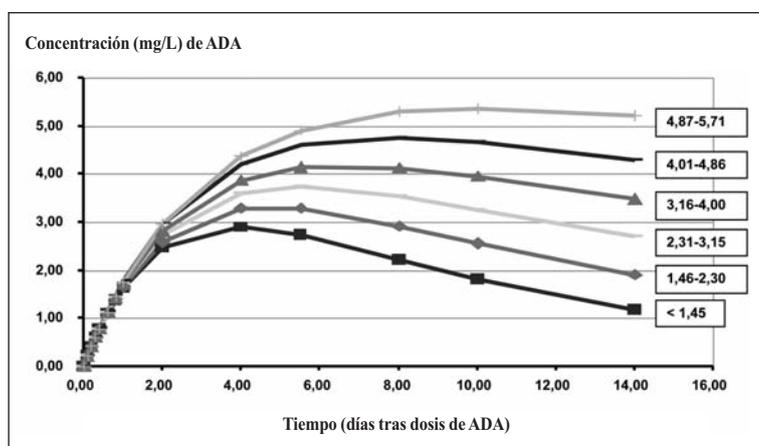
Resultados: Se incluyeron 12 pacientes: 4 con AR, 2 con APS, y 6 con EA. El 58% eran mujeres, con una edad media de 50,6±14,4 años. El tiempo medio de trata-

miento con ADA fue de 1,8±1,6 años. Nueve de los 12 pacientes asociaban un FAME. ADA era el primer fármaco biológico en el 60% de los pacientes.

No se detectaron anticuerpos anti-ADA en ningún paciente. Las concentraciones medias de ADA el día 14 variaban entre 1,8 y 13,6 mg/L en pacientes con AR, entre 3,1 y 7,3 en APS y entre 0,6 y 16,8 en EA.

De acuerdo a la PK del ADA en EC en AR, el 86% de los pacientes deberían presentar concentraciones el día 14 entre 1,45 y 4,00 mg/L tras la primera dosis (fig. 1) y entre 3 y 9 mg/L tras dosis múltiples (vidas medias de eliminación entre 9 y 19 días). Apenas un 9% tendrían concentraciones menores a 3 y un 5% superiores a 9 mg/L. Sin embargo, entre los pacientes analizados el 33% presentaban concentraciones menores de 3 mg/L (1 caso de AR y 3 de EA) y un 17% superiores a 9 mg/L (1 AR y 1 EA). Según la PK de los EC, sólo un 22% de los pacientes alcanzaría concentraciones mayores a 5,5 mg/L mientras que entre los pacientes estudiados el 50% mostraron niveles el día 14 superiores a 5,5 mg/L con vidas medias del fármaco entre 19 y 52 horas.

Figura 1. Perfiles farmacocinéticos de ADA tras la primera dosis de 40 mg sc según la concentración valle el día 14



Conclusiones: 1. La PK de ADA en patología reumatológica en condiciones de uso habitual difiere de la descrita en los ensayos clínicos. 2. En la práctica clínica habitual un 50% de los pacientes podrían presentar una vida media de eliminación más elevada que la indicada en la Ficha Técnica, lo que teóricamente permitiría prolongar el intervalo entre dosis de ADA. 3. Por otra parte, en un 33% de los pacientes la vida media estaría acortada, y en ellos la prolongación del intervalo entre dosis de ADA podría implicar un riesgo.

Resúmenes ESPONDILOARTRITIS

38. PAPEL DE LA VITAMINA D EN LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN ARTROPATÍA PSORIÁSICA. RESULTADOS PRELIMINARES

Vergara Dangond C, Robustillo Villarino M, Alegre Sancho JJ, Valls Pascual E, Vicens Bernabéu E, Oller Rodríguez JE, Ybáñez García D, Albert Espí G, Martínez-Ferrer A

Sección Reumatología, Hospital Dr. Peset, Universidad de Valencia

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria crónica mediada por el sistema inmunitario, la vitamina D desempeña un importante papel en la regulación de este sistema.

Objetivo: Analizar la densidad mineral ósea (DMO), los marcadores de remodelado óseo y los niveles séricos de vitamina D (25OHD) en pacientes con artritis psoriásica (APs). Analizar la relación entre los niveles de 25OHD y la actividad de la enfermedad.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron pacientes con APs periférica. En todos ellos se determinó: calcio, fósforo, 25OHD y hormona paratiroidea (PTH) séricos, marcadores del recambio óseo (P1NP, β CTX) y DMO en columna lumbar y fémur. Se utilizaron las escalas Disease Activity Score-28 (DAS-28) y Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) para analizar la actividad de la enfermedad, así como los niveles séricos de PCR y VSG. Para determinar el grado de capacidad funcional se utilizó el cuestionario Health Assessment Questionnaire (HAQ).

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes con una edad media de $56,4 \pm 13,3$ años, 12 mujeres premenopáusicas, 22 mujeres postmenopáusicas y 16 hombres. Las formas clínicas de APs: 32% oligoarticular y 54% poliarticular. La duración media de la

enfermedad fue de 111 ± 108 meses, los niveles medios de 25OHD $28,91 \pm 13,3$ ng/dl, el DAS 28 y BASDAI medio $1,61 \pm 0,70$ y $3,24 \pm 1,99$ respectivamente.

El 14% de los pacientes tenía una osteoporosis densitométrica y hasta un 49% una osteopenia, siendo más frecuente en mujeres postmenopáusicas (75%) que en hombres (29,4%) o mujeres premenopáusicas (25%).

El 32% de los pacientes presentaba niveles insuficientes de vitamina D (25OHD <30 ng/ml) y casi un cuarto de los pacientes (22%) presentaba niveles deficientes de vitamina D (25OHD <20 ng/ml). Los marcadores de remodelado óseo se encontraban dentro de los valores normales: P1NP $38,9$ (14-72) ng/ml y β CTX $341,2$ (142-866) pg/ml. Se registraron 6 fracturas.

Observamos una correlación inversa entre los niveles de vitamina D y la actividad de la enfermedad (VSG, PCR) y la funcionalidad (HAQ). En los pacientes con niveles normales de vitamina D los valores medios de VSG, PCR y HAQ fueron de $10,9 \pm 11,41$ mm/h, $5,38 \pm 0,86$ mg/L y $0,33 \pm 0,48$ respectivamente; mientras que en los pacientes con niveles bajos de vitamina D observamos valores más elevados, siendo los valores medios de VSG, PCR y HAQ de $12,1 \pm 9,82$ mm/h, $6,48 \pm 5,38$ mg/L y $0,37 \pm 0,56$ respectivamente. Debido al tamaño muestral, nuestros resultados no son estadísticamente significativos.

Conclusiones: Encontramos una elevada prevalencia de insuficiencia de vitamina D en los pacientes con APs, a pesar de las recomendaciones de exposición solar que se realizan para la psoriasis. Casi un 63% de estos pacientes tiene una baja masa ósea. Los pacientes con APs presentan una asociación entre los niveles de vitamina D y la actividad de la enfermedad y la afectación de la capacidad funcional. Estos resultados indican que existe una relación entre la alta actividad de la enfermedad APs y el metabolismo de la vitamina D.

39. ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y PAPEL DE LA VITAMINA D

Vergara Dangond C, Robustillo Villarino M, Alegre Sancho JJ, Gil Latorre F, Valls Pascual E, Vicens Bernabéu E, Ybáñez García D, Albert Espí G, Martínez-Ferrer A

Sección Reumatología, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad asociada a un incremento del riesgo cardiovascular (CV). Varios estudios asocian niveles bajos de 25-hidroxivitamina D (25OHD) con una mayor prevalencia de riesgo CV. La ecografía de carótida es un método útil para identificar la presencia de enfermedad CV subclínica.

Objetivo: Estimar el riesgo CV y contrastarlo con la presencia de aterosclerosis subclínica en pacientes con APs. Determinar la relación entre el déficit de 25OHD y la presencia de daño vascular subclínico.

Material y métodos: Diseño: Estudio transversal con componentes analíticos. Se incluyeron pacientes con APs y afección articular periférica de más de un año de evolución. En todos ellos se recogieron variables demográficas (sexo, edad, IMC), clínicas (factores de riesgo CV clásicos, antecedentes de eventos CV), y analíticas (función hepática y renal, índice aterogénico [IA]; y niveles séricos de calcio, fósforo, 25OHD y PTH). Se procedió a estimar el riesgo CV mediante la tabla de estratificación SCORE calibrada para países de bajo riesgo, como es España. A continuación, se exploró el árbol carotídeo extracraneal con un ecógrafo Esaote MyLabXV70 con sonda lineal (7-12mHz) y un programa automatizado de medición del grosor íntima-media (GIMc) mediante radiofrecuencia ("Quality intima media Thickness in real-time, QIMT"), y se recogió la presencia de placas de aterosclerosis según consenso de Mannheim. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS 17.0.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes, de los que se excluyeron 10 por elevado riesgo CV (evento CV previo, filtrado glomerular <60 mg/dL, y/o diabetes mellitus tipo II o tipo I con lesión de órgano diana). La edad media fue de $54,1 \pm 11,7$ años y la mayoría eran mujeres (64,7%). Un 31,4% eran fumadores, un 23,5% obesos (IMC medio: $26,1 \pm 4,7$). El DAS28 medio fue de $1,7 \pm 0,75$. Los niveles medios de 25OHD fueron de $29,1 \pm 13,2$ ng/dl, y los de PTH de $52,6 \pm 23,0$ pg/ml. El 59,6% de los pacientes tenía insuficiencia de vitamina D (<30 ng/ml) y un 27,7% déficit de vitamina D (<20 ng/ml).

Un 40,4% (21) de pacientes tenían RCV bajo estimado por SCORE (0), un 55,8% (29) riesgo medio (SCORE ≥ 1 y < 5), y un 3,8% (2) riesgo alto o muy alto (SCORE ≥ 5). El GIM medio fue de $0,706 \pm 0,16$ mm y un 11,8% presentaron un GIM patológico. Se hallaron placas de ateroma en un 41,2%. En conjunto, un 42,3% de los pacientes presentaron una ecografía patológica (placa y/o GIM patológico). En base a estos resultados, un 4,8% de los pacientes con SCORE bajo y un 58,6% de los pacientes con SCORE intermedio deberían ser reclasificados a alto riesgo.

	GIM > 0,9mm	Presencia de placas de ateroma	Ecografía patológica
Riesgo Bajo	1/21 (4,8%)	3/21 (14,3%)	3/21 (14,3%)
Riesgo Intermedio	5/29 (17,2%)	17/29 (58,6%)	17/29 (58,6%)
Riesgo Alto o muy alto	0/2 (0%)	2/2 (100%)	2/2 (100%)

No observamos asociación entre los niveles de 25OHD y la presencia de placas de ateroma o el GIM. Sin embargo, pacientes que presentaban placa de ateroma mostraban niveles más bajos de 25OHD (27,2ng/ml) que los pacientes sin placa de ateroma (30,5ng/ml). De la misma forma, pacientes con un GIM $>0,9$ mm presentaron niveles de 25OHD (28,4ng/ml) más bajos que los pacientes con GIM normal (29,2ng/ml).

Conclusiones: Al igual que otros grupos, comprobamos que el SCORE infraestima el riesgo CV en pacientes con APs y que la ecografía carotídea permite reestratificar este riesgo. Los pacientes con placa de ateroma o GIM patológico tienen niveles de 25OHD más bajos respecto a los que no, aunque debido al tamaño muestral las diferencias no son significativas.

1 Horreau C, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic literature review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013 Aug; 27 Suppl 3:12-29.

2 Rosales Alexander JL, Cantero-Hinojosa J, Salvatierra J, Magro Checa C, González-Gay MÁ, Raya Álvarez E. Cardiovascular risk assessment according to a national calibrated score risk index in psoriatic arthritis patients without clinically evident cardiovascular disease or classic atherosclerosis risk factors. *Joint Bone Spine.* 2014 Mar; 81:164-8.

40. VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN LA MANO DOMINANTE DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y SU RELACIÓN CON LOS HALLAZGOS ECOGRÁFICOS

Feced Olmos C¹, Ivorra Cortés J^{1,4}, Álvarez-Calderón Iglesias O², Hervás Marín D³, Núñez Cornejo Piquer C¹, Grau García E¹, Ortiz Sanjuan FM¹, Labrador Sánchez E¹, Arévalo Ruales K¹, Martínez Cordellat I¹, Chalmeta Verdejo I¹, González Puig L¹, Negueroles Albuixech R¹, Valero Sanz JL¹, Alcañiz Escandell C¹, Román Ivorra JA^{1,4}

¹Servicio de Reumatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ²Departamento de Ciencias de la Salud, Facultad de Enfermería y Podología, Universidad da Coruña, Santiago de Compostela. ³Unidad de Bioestadística, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia. ⁴Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia

Objetivos: Identificar la relación entre la discapacidad a nivel de la mano dominante de los pacientes con artritis psoriásica y los hallazgos ecográficos.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo transversal en pacientes con artritis psoriásica según criterios CASPAR, procedentes del Servicio de Reumatología del HUP La Fe. La exploración ecográfica fue realizada a tiempo real, siempre por el mismo ecografista, ciego al resto de información. Para el estudio de la capacidad funcional de la mano se ha empleado el sistema NedMano/IBV (Instituto de Biomecánica de Valencia) que recoge fuerzas isométricas. El análisis bioestadístico

ha sido realizado mediante el software R (versión 3.1.1), para valorar la relación entre el número total de alteraciones ecográficas y el porcentaje de discapacidad en pinza distal mediante un modelo de regresión lineal.

Resultados: Se estudiaron 85 pacientes con artritis psoriásica (48 mujeres y 37 hombres), con una edad media de 55,4 años y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 15,2 años. En el momento de la realización de la ecografía, 52 de los pacientes presentaban artralgiyas y/o artritis en las manos y 33 estaban asintomáticos. Tras realizar el análisis estadístico, se ha observado una asociación estadísticamente significativa entre el mayor número de alteraciones ecográficas y el mayor porcentaje de discapacidad en la pinza distal (P=0,009).

Conclusiones: Con los datos preliminares obtenidos en este estudio, la ecografía parece una prueba útil en la valoración de la discapacidad de la mano en los pacientes con artritis psoriásica.

1 López-Ferrer A, Laiz-Alonso A. Actualización en artritis psoriásica. *Actas dermatosifilogr* 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.10.020>.

2 Ravindran J, Cavill C, Balakrishnan C, Jones SM, Korendowych E, McHugh NJ. A modified Sharp score demonstrates disease progression in established psoriatic arthritis. *Arthritis Care & Research*. 2010;62:86-91.

3 Sankowski AJ, Lebkowska UM, Cwikla J, Walecka I, Walecki J. The comparison of efficacy of different imaging techniques (conventional radiography, ultrasonography, magnetic resonance) in assessment of wrist joints and metacarpophalangeal joints in patients with psoriatic arthritis. *Pol J Radiol*. 2013;78:18-29.

41. COMPARACIÓN ENTRE LA DISCAPACIDAD FUNCIONAL GENERAL Y LA ESPECÍFICA DE PIE Y TOBILLO EN PACIENTES CON ARTROPATÍA PSORIÁSICA PERIFÉRICA

Álvarez-Calderón Iglesias O¹, Núñez Cornejo Piquer C³, Ivorra Cortés J^{2,3}, Grau García E¹, Hervás Marín D², Feced Olmos C³, Ortiz Sanjuan FM³, Labrador Sánchez E³, Arevalo Ruales K³, Martínez Cordellat I³, Chalmeta Verdejo I³, González Puig L³, Negueroles Albuixech R³, Valero Sanz JL³, Alcañiz Escandell C³, Román Ivorra JA^{2,3}

¹Departamento de Ciencias da Saúde, Faculdade de Enfermería e Podoloxía, Universidade da Coruña. ²Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. ³Servicio de Reumatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ⁴Unidad de Bioestadística, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia

Objetivos: Analizar la relación entre la discapacidad funcional “general” de los pacientes con APso periférica medida a través del HAQ, y la discapacidad funcional “específica” de los pies y tobillos medida a través del FFI.

Material y métodos: Se evaluaron 96 pacientes diagnosticados de APso con afectación periférica del Servicio de Reumatología del HUP La Fe de Valencia. Se les realizó una evaluación funcional a través de los cuestionarios HAQ y FFI. El análisis estadístico se llevó a cabo media mediante modelos de regresión beta, previo reescalado de los valores de FFI, dolor medio, discapacidad y limitación al intervalo.

Resultados: El valor medio de discapacidad en los 96 pacientes con APso medido a través del HAQ fue de 0,57 (0-3) y del 15,9% (0-100%) a través del FFI. Se pudo comprobar que existe asociación estadística (p<0,001) entre los valores totales obtenidos en los dos cuestionarios. Existe asimismo asociación estadística (p<0,001) entre cada subapartado del FFI (dolor, discapacidad y limitación) con el valor de HAQ.

Conclusiones: A mayor grado de discapacidad funcional “general” del paciente, existe un mayor grado de discapacidad periférica “específica” en pies y tobillos. A mayor grado de discapacidad funcional “general”, existe un mayor grado de dolor, discapacidad y limitación específica en los pies y los tobillos. El FFI representa una herramienta válida y fiable para valorar la discapacidad funcional del pie y tobillo en pacientes diagnosticados con APso periférica, de utilidad tanto para fines clínicos como de investigación.

42. ESTUDIO DE MANIFESTACIONES EXTRAARTICULARES Y SIGNIFICADO CLÍNICO DE REACTANTES DE FASE AGUDA EN ESPONDILOARTRITIS

Martínez Solís C¹, Grau García E², Hervás Marín D³, Ivorra Cortés J^{1,2}, Labrador Sánchez E², Martínez Cordellat I², Negueroles Albuixech R², Núñez Cornejo Piquer C², Ortiz Sanjuan FM², Valero Sanz JL², Alcañiz Escandell C², Arévalo Ruales K², Chalmeta Verdejo I², Feced Olmos C², González Puig L², Román Ivorra JA^{1,2}

¹Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia. ²Servicio de Reumatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ³Unidad de Bioestadística, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia

Objetivos: Análisis de la posible correlación de los valores aumentados de reactantes de fase aguda con la presencia de uveítis, afectación pulmonar y otras manifestaciones fuera del aparato locomotor en espondiloartritis.

Material y métodos: Se han recogido los datos clínicos de afectación en aparato locomotor y manifestaciones extraarticulares, y los valores analíticos de VSG y PCR de pacientes diagnosticados de espondiloartritis, desde 2012 a 2014. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante test de Chi-cuadrado y el test de Wilcoxon.

Resultados: Se han incluido 103 pacientes con espondiloartritis con una media de 15 años de evolución (15,1±10,4), de los cuales 42 eran artritis psoriásica, 52

espondilitis anquilosante y 9 con otros diagnósticos de espondiloartritis. Se han observado manifestaciones extraarticulares en 32 del total de pacientes: el 13% presentaron uveítis, el 12% afectación cutánea, el 6% aftas y el 33% otras manifestaciones extraarticulares. Los valores de PCR y VSG según si presentaban manifestaciones extraarticulares son:

	PCR media (mg/L)	PCR máxima (mg/L)	VSG media (mm/h)	VSG máxima (mm/h)
Individuos con manifestaciones articulares	7,6	22,7	13,5	27
Individuos con manifestaciones extraarticulares	8,8	24,5	12,8	33,5

En el análisis bioestadístico no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en los valores de PCR y VSG y la presencia o no de manifestaciones extraarticulares. Tampoco se encuentran diferencias en relación al diagnóstico clínico, ni según la afectación axial o periférica del paciente.

Conclusiones: Los resultados parecen indicar que no existen diferencias en los valores de reactantes de fase aguda en pacientes con manifestaciones extraarticulares en relación a los que sí tienen afectación del aparato locomotor. No obstante, es necesario ampliar la serie muestral para poder confirmar estos hallazgos.

43. VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES PARA LA PRESCRIPCIÓN SEGURA DE AINE EN PACIENTES CON ESPONDILITIS AXIAL

García Armario MD¹, Muñoz Gil S², Garrido López BC³, Cortés Verdu R¹, Mut Dólera T³

¹Servicio de Reumatología, Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva (Valencia). ²Servicio de Reumatología, Hospital de Manises (Valencia). ³Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Dr. Peset, Valencia

Introducción: En 2014 se publicó un documento de consenso elaborado por expertos de tres sociedades científicas nacionales de Reumatología, Cardiología y Digestivo (SER-SEC-AIG) sobre la prescripción segura de AINE, donde se reflejan varias recomendaciones para el uso de AINE basándose en la clasificación de los pacientes según el riesgo gastrointestinal y cardiovascular que presenta (riesgo alto, intermedio y bajo).

En Reumatología el uso de AINE es muy extenso, asociado a patologías como las Espondiloartropatías. Según las recomendaciones (ASAS) para el tratamiento de la afectación axial de éstas el primer escalón terapéutico son los AINE a dosis plenas de forma crónica, previo a la valoración de la necesidad de iniciar terapia biológica en caso de fallo al menos a 2 AINE durante 8 semanas.

Objetivo: El objetivo del estudio fue evaluar el grado de cumplimiento del consenso sobre la prescripción segura de AINE en pacientes con Espondiloartritis axial en tratamiento con AINE.

Material y métodos: Estudio de cohortes, observacional, retrospectivo y transversal donde se incluyeron de forma aleatoria pacientes con Espondiloartropatía axial diagnosticada (criterios ASAS) y en tratamiento con AINE durante al menos 6 meses, que acudieron en diciembre 2014 y enero 2015 a consulta de Reumatología

y dieron su consentimiento para participar. Se registraron variables sociodemográficas (edad, sexo), peso, existencia de enfermedad cardiovascular previa, diabetes mellitus tipo I con daño orgánico asociado o tipo II, o enfermedad renal crónica. Se calculó el Score cardiovascular de cada paciente con datos de la última visita de cifras de tensionales, colesterol y hábito tabáquico; clasificándoles en riesgo cardiovascular muy alto, alto, moderado o bajo. Para calcular el riesgo digestivo se valoraron antecedentes de úlcus péptico, corticoides, antiagregantes, anticoagulantes, inhibidores de recaptación de serotonina, uso de 2 AINEs y comorbilidad digestiva (reflujo gastroesofágico, intolerancia a lactosa, celiaquía o gastritis). Teniendo en cuenta estos parámetros según las recomendaciones del consenso, se clasificaron a los pacientes en riesgo digestivo alto, medio o bajo. Se realizó un análisis estadístico con el programa SPSS 16.0.

Resultados: Se incluyeron 44 pacientes, con una edad media de 44 años (max 74, min 25). El 64% eran hombres y el 36% eran mujeres. Ningún paciente había presentado enfermedad cardiovascular previa, 1 paciente eran diabético y ningún paciente presentaba enfermedad renal crónica. El riesgo cardiovascular era bajo en 32 pacientes (73%), moderado en 8 pacientes (18%), alto en 3 pacientes (%) y muy alto en 1 paciente. El riesgo digestivo era bajo en 34 pacientes (77%), medio en 8 pacientes (18%) y alto en 2 pacientes (5%). El grado de cumplimiento del consenso para el uso de AINE fue del 57% (n: 25).

Conclusiones: La mayoría de pacientes con Espondiloartritis axial están siendo tratados con el AINE adecuado según el consenso de las tres sociedades científicas en función del riesgo cardiovascular y digestivo. Los casos que no se cumplen las recomendaciones se deben al uso de COXIB en lugar de AINE no selectivos que serían los recomendados, pudiéndose ser debido a la falta de eficacia previa de los AINE no selectivos en pacientes con Espondiloartropatías, que nos obliga al uso de COXIBS en pacientes sin riesgo digestivo asociado que lo justifique.

Resúmenes UVEÍTIS

44. COROIDITIS SEROSA CENTRAL: EXPERIENCIA EN UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE UVEÍTIS

Valls Pascual E¹, Martínez-Costa L², Santander F², Villena M², Vicens Bernabéu E¹, Vergara Dangond C¹, Oller Rodríguez JE¹, Ybáñez García D¹, Martínez Ferrer A¹, Albert Espí G¹, Robustillo Villarino M¹, Alegre Sancho JJ¹

¹Sección de Reumatología, ²Servicio de Oftalmología, Hospital Universitari Dr. Peset, Valencia

Introducción: La coroiditis serosa central es un trastorno relativamente frecuente que se relaciona con el uso de corticoides sistémicos, fármacos comúnmente utilizados en nuestra práctica clínica habitual. Aunque su pronóstico es generalmente bueno, esta enfermedad habitualmente afecta a la mácula, lo cual conlleva pérdida de agudeza visual con la consiguiente limitación funcional que esto supone para los pacientes.

Objetivos: Describir los casos de coroiditis serosa central en pacientes con enfermedades reumáticas detectados en nuestra Consulta Multidisciplinar de Uveítis.

Material y métodos: Se realiza una revisión de las historias clínicas de los casos

de coroiditis serosa central en pacientes con enfermedad reumática inflamatoria o autoinmune detectados en nuestra Consulta Multidisciplinar de Uveítis.

Resultados: En el presente trabajo se describen tres casos de coroiditis serosa central en pacientes afectados por enfermedades reumáticas, diagnosticados y manejados en nuestra Consulta Multidisciplinar de Uveítis. Los tres pacientes estaban en tratamiento con corticoides sistémicos en el momento del diagnóstico de la coroiditis serosa central. La evolución de la afectación ocular fue satisfactoria en los tres casos al retirar o reducir la dosis de corticoides sistémicos.

Conclusiones: Los reumatólogos debemos tener en cuenta la coroiditis serosa central como potencial complicación de la corticoterapia sistémica, por lo que si el paciente presenta clínica sugestiva, deberemos derivarlo a Oftalmología para su valoración.

Es muy importante distinguir esta patología de otras enfermedades que pueden asociar desprendimiento de retina y, en caso de que coexista con uveítis, es mandatorio diferenciar el desprendimiento seroso de retina de un empeoramiento de la uveítis, dado que el tratamiento de estas dos situaciones puede ser radicalmente distinto.

45. TOCILIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA AFECCIÓN OCULAR REFRACTARIA EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET

Beltrán Catalán E¹, Hernández Garfella M², Pastor Cubillo MD¹, Rueda Cid A¹, González-Cruz Cervellera MI¹, Campos Fernández C¹, Calvo Catalá J¹

*Consulta multidisciplinar Oftalmología-Reumatología. ¹Servicio de Reumatología, ²Oftalmología, Hospital General Universitario de Valencia

Introducción: Las manifestaciones oculares de la enfermedad de Behçet (EB) pueden ser muy variadas y en ocasiones refractarias al tratamiento habitual con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) sintéticos clásicos y biológicos como los inhibidores del TNF- α .

Objetivo: Evaluar la respuesta clínica al tratamiento con el FAME biológico Tocilizumab (TCZ) en tres pacientes que presentaban afección ocular por EB.

Pacientes y métodos: 3 pacientes con EB controlados en nuestro centro y afectos de uveítis no infecciosa refractaria al tratamiento previo con al menos 2 FAME sintéticos y uno o más FAME biológicos inhibidores del TNF- α .

Resultados: Una paciente de sexo femenino y 2 de sexo masculino (5 ojos afectados), con una edad media de 42 \pm 7,5 años. En 2 casos la uveítis fue bilateral y en uno unilateral. Los dos pacientes con uveítis bilateral presentaban una panuvei-

tis con vasculitis retiniana y uno de los dos asociaba edema macular quístico (EMQ) inflamatorio. El paciente con afección unilateral presentaba una vasculitis retiniana asociada a una neuritis óptica con gran escotoma central. Los 3 pacientes habían recibido tratamiento previo con bolus de metilprednisolona intravenosa, al menos 2 FAMES clásicos y un inhibidor del TNF- α . Dos de los 3 pacientes habían recibido tratamiento con 2 fármacos anti-TNF- α por fallo secundario al primero. En 2 pacientes se inició tratamiento con TCZ por fallo a 2 fármacos anti-TNF- α y en el otro por efectos secundarios al primer fármaco anti-TNF- α .

En el momento del inicio del tratamiento con TCZ, la inflamación ocular de los 5 ojos afectados estaba activa. La media de tiempo transcurrido desde el inicio de la clínica hasta el tratamiento con TCZ fue de 12.6 \pm 6 años. Al mes del inicio de tratamiento con TCZ se objetivó una mejoría significativa en todos los parámetros de inflamación ocular incluido el EMQ, así como en la agudeza visual medida con el test de Snellen en los 5 ojos afectados. La neuritis óptica mostró una mejoría significativa con reducción de la papilitis al mes de tratamiento y una resolución con desaparición del escotoma a los 2 meses de iniciado el tratamiento con TCZ.

Conclusiones: El TCZ parece un tratamiento seguro y eficaz en pacientes con uveítis refractaria asociada a la EB incluida la neuritis óptica.

46. RESULTADOS PRELIMINARES DE LA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE UVEÍTIS DE RECIENTE COMIENZO DEL UHP LA FE DE VALENCIA

Martínez Cordellat I¹, Udaondo Mirete P², Hervás Ontiveros A², Ivorra Cortés J^{1,2}, Núñez Cornejo Piquer C¹, Feced Olmos C¹, Ortiz Sanjuan FM¹, Labrador Sánchez E¹, Arévalo Ruales K¹, Grau García E¹, Chalmeta Verdejo I¹, González Puig L¹, Negueroles Albuixech R¹, Valero Sanz JL¹, Alcañiz Escandell C¹, Román Ivorra JA^{1,2,3}

¹Servicio de Reumatología, ²Oftalmología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ³Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia

Introducción: El objetivo principal de este estudio consiste en la descripción de los diagnósticos establecidos en una consulta de uveítis de un hospital terciario.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes atendidos en una consulta de Uveítis desde marzo de 2014. Se han recogido datos clínicos de patrón de afectación ocular, enfermedad de base y de tratamiento.

Resultados: Se han recogido datos de 103 pacientes con sospecha de uveítis y derivados a la consulta. La frecuencia de presentación de las uveítis según el patrón de afectación ocular fue: uveítis anterior (42%), uveítis posterior (27%), panuveítis (22%) y uveítis intermedia (9%).

De los 103 pacientes, en 60 casos se llegó a un diagnóstico definitivo, estando el resto pendiente del resultado de las pruebas solicitadas. Estos 60 pacientes fueron un 65% mujeres y un 35% hombres, siendo la edad media de presentación de la uveítis de 50,2 años. La distribución de patologías filiadas en función del tipo de uveítis, así como su frecuencia de presentación se muestra en la tabla anexa.

En un 45% de pacientes, la uveítis apareció en el contexto de diagnósticos establecidos, mientras que en un 55% de los mismos no existía una enfermedad de

base conocida. La uveítis unilateral fue la forma más frecuente (91%), mientras que la afectación bilateral se dio en el 9%.

En cuanto al tratamiento, la mayoría de pacientes obtuvieron remisión de la clínica con corticoides tópicos un 46,6%, precisaron FAMES un 38%, y finalmente se precisó tratamiento biológico en un 16,66%.

Uveítis anteriores	Uveítis intermedias	Uveítis posteriores	Panuveítis
Espondiloartropatías (48%)	Idiopáticas (43%)	LES (20%)	Sarcoidosis (29%)
Idiopáticas (32%)	EM (29%)	Sr Behçet (20%)	Idiopática (29%)
AII (16%)	Sarcoidosis (28%)	Sarcoidosis (20%)	Behçet (14%)
Queratitis por VHS (4%)	Toxoplasma (10%)	TBC (10%)	Sifilis (14%)
		Sr mascarada (10%)	Melanoma (14%)
		Sr Wegener (10%)	

Conclusiones: La uveítis es una patología que requiere un abordaje multidisciplinar para ser debidamente tratada. La puesta en marcha de la Unidad de Uveítis permite una valoración simultánea del paciente por el reumatólogo y oftalmólogo, unificando cuidados asistenciales, diagnósticos y terapéuticos. El inicio de la consulta ha derivado en una reducción del número de interconsultas, de la solicitud de pruebas diagnósticas no orientadas, y con frecuencia innecesarias y evita demoras en el diagnóstico y en el inicio del tratamiento óptimo de estos pacientes.

47. DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON UVEÍTIS ENDÓGENA NO INFECCIOSA

Valls Pascual E¹, Fontanilla Ortega P², Vicens Bernabeu E¹, Martínez-Costa L², Vergara Dangond C¹, Ybáñez García D¹, Martínez Ferrer A¹, Albert Espí G¹, Robustillo Villarino M¹, Oller Rodríguez JE¹, Alegre Sancho JJ¹

¹Sección de Reumatología, ²Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia

Introducción: Las uveítis, con una incidencia de 45-52 casos por 100.000 habitantes y año, y una prevalencia del 0,1%, son la tercera causa de ceguera en edad laboral en los países desarrollados. Son entidades de difícil diagnóstico y manejo, en las que aún a día de hoy hay poca evidencia en cuanto al tratamiento.

Las uveítis endógenas se asocian con cierta frecuencia a enfermedades inflamatorias o autoinmunes sistémicas, y en bastantes ocasiones se requiere el uso de inmunomoduladores sistémicos por lo que consideramos fundamental la colaboración entre oftalmólogos y reumatólogos. A continuación describimos la evolución de los pacientes con uveítis endógena no infecciosa atendidos en nuestra Consulta multidisciplinar de uveítis.

Objetivos: Describir las características demográficas y clínicas, así como los diagnósticos, los tratamientos y las complicaciones oculares de los pacientes atendidos en una Consulta multidisciplinar de uveítis.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo. Se realizó una revisión sistemática de las historias clínicas de los pacientes diagnóstica-

dos de cualquier tipo de uveítis endógena no infecciosa ni traumática con un seguimiento mínimo de un mes en la Consulta multidisciplinar de uveítis.

Las variables analizadas fueron edad, sexo, tiempo de seguimiento, diagnóstico, tipo de afectación, forma de evolución, presencia de complicaciones, uso de inmunomoduladores sistémicos y uso de corticoides sistémicos.

Resultados: Se incluyeron un total de 202 pacientes, con una media de edad de 44 años y una mediana de seguimiento de 33 meses. El 56,4% de los pacientes incluidos fueron mujeres. El tipo de afectación más frecuente fue la anterior (74,3%) seguida de la panuveítis (9,9%) y la forma de evolución más frecuente fue la aguda (aguda 37,6%, aguda recurrente 35,1%).

El 48% de las uveítis de nuestra serie fueron idiopáticas. Un 24,3% de los pacientes fueron diagnosticados de uveítis relacionada con HLA B27, de los que aproximadamente la mitad estaban también diagnosticados de espondiloartritis. El siguiente diagnóstico más frecuente fue la Enfermedad de Behçet (5,4%).

Un 44,1% de los pacientes sufrieron complicaciones oculares, siendo las más frecuentes las sinequias, el edema macular quístico y las cataratas. Un 28,7% de los pacientes precisaron inmunomoduladores sistémicos y un 31,2% corticoides sistémicos.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con uveítis endógena no infecciosa, el diagnóstico más frecuente después de la uveítis idiopática fue la uveítis asociada a HLA B27, seguido de la enfermedad de Behçet. Aproximadamente la mitad de pacientes presentó algún tipo de complicación ocular. Alrededor de un tercio de pacientes precisó corticoides y/o otros inmunomoduladores sistémicos.

Resúmenes OSTEOPOROSIS

48. OSTEONECROSIS MAXILAR: REVISIÓN DE 14 CASOS DIAGNOSTICADOS EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA. EL CORRECTO DIAGNÓSTICO, ES LA MEJOR PREVENCIÓN

Pastor Cubillo MD, González-Cruz Cervellera MI, Rueda Cid A, Beltrán Catalán E, Campos Fernández C, Calvo Catalá J

Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo, Consorcio Hospital General Universitario, Valencia

Introducción: La osteoporosis (OP) es la enfermedad metabólica ósea más frecuente. En la actualidad disponemos de tratamientos con eficacia antifractura demostrada que contribuyen a mejorar la calidad de vida de los pacientes e incluso a disminuir la mortalidad asociada a las fracturas, sobre todo de cadera.

Los bifosfonatos (Bf) son los fármacos más utilizados, generalmente por vía oral, aunque disponemos de tratamientos intravenosos con unas indicaciones precisas. Los Bf se utilizan también en procesos malignos, siempre por vía intravenosa y con dosis muy superiores a las que se requieren en la osteoporosis.

En la OP, los Bf administrados correctamente producen pocos efectos adversos. Este grupo de fármacos ha mostrado un buen perfil de seguridad, si bien en los últimos años se han descrito efectos adversos y complicaciones asociadas a su uso. La incidencia real de osteonecrosis maxilar (ONM) difiere según el tipo de tratamiento siendo entre 0,8%-12% en tratamientos oncológicos intravenosos, mientras que con tratamientos orales para la osteoporosis es de 0,01%-0,04%.

Objetivo: Valorar si el diagnóstico de osteoporosis y su indicación terapéutica, ha sido correcta en un grupo de 14 pacientes diagnosticados de ONM en nuestro Hospital y tratados con Bf orales.

Material y métodos: Realizamos una revisión de 14 pacientes diagnosticados en el Ser-

vicio de Estomatología y que controlamos conjuntamente. Resaltamos que el Servicio de Estomatología es referencia en esta patología, lo que incrementa el número de pacientes. Revisamos los criterios que justificaron el diagnóstico de osteoporosis y aplicamos el índice FRAX (IF), sin incluir Densitometría ósea (DMO) (ya que no tenemos datos iniciales en cinco casos y en seis no se habían realizado DMO central). Consideramos la indicación correcta de tratamiento cuando IF es de 15% en fracturas mayores y de 3% de riesgo en cadera. Todos ellos habían recibido tratamiento con Bf orales.

Resultados: Se valoraron 13 mujeres y 1 hombre con edad media de 74.6 años (51-90). Once pacientes fueron tratados con Bf durante más de 3 años y otros 3 pacientes durante 2 años. Dos pacientes estaban diagnosticados de artritis reumatoide y los dos habían sido tratados con corticoides. Un paciente presentaba espondilitis anquilosante y recibió tratamiento biológico durante ocho años. En ocho de los pacientes (57,1 %) el diagnóstico de OP se basa exclusivamente en resultados de densitometría ósea periférica. Aplicando el Índice FRAX, solo 6 de los pacientes tenían una correcta indicación de tratamiento con Bf.

Conclusiones: La ONM es poco frecuente cuando valoramos pacientes con OP tratados con Bf por vía oral, pero su frecuencia ha aumentado en los últimos años. Además, la severidad con que se presenta, nos obliga a ser cautos ante esta posible complicación.

Es recomendable que antes de iniciar el tratamiento, el paciente se revise por estomatólogo y si se ha de realizar alguna terapéutica, la realice antes de tratarse. Posteriormente se recomiendan las habituales revisiones bucodentales.

El punto fundamental en la prevención es el diagnóstico y tratamiento correctos de OP, lo que disminuiría la incidencia de la ONM. En la serie que presentamos, con un diagnóstico correcto y una buena indicación terapéutica, se habrían evitado ocho de los catorce casos de ONM, es decir, un 57,1%.

49. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ZOLEDRONATO INTRAVENOSO EN PACIENTES CON OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA EN EL HUP LA FE DE VALENCIA

Castillo Dayer PV¹, Chalmeta Verdejo F, Ivorra Cortés J^{1,2}, Hervás Marín D³, Grau García E², Valero Sanz JL², Martínez Cordellat F, Núñez Comejo Piquer C², Fedec Olmos C², Ortiz Sanjuán FM², Labrador Sánchez E², Arévalo Ruales K², González Puig L², Negueroles Albuixech R², Alcañiz Escandell C², Román Ivorra JA^{1,2}

¹Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. ²Servicio de Reumatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ³Unidad de Bioestadística, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia

Objetivos: Estudiar la evolución del metabolismo óseo en pacientes con osteogénesis imperfecta a los que se les ha administrado tratamiento intravenoso con ácido zoledrónico.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de 8 pacientes diagnosticados de OI y tratados con ácido zoledrónico por vía intravenosa en el Servicio de Reumatología del HUP La Fe. Desde 2011 a 2014 se ha recogido para cada paciente datos de analíticas de calcio, fósforo, fosfatasas alcalinas, vitamina D, P1NP, bCTX, así como datos densitométricos, terapias antiosteoporóticas previas y posibles efectos adversos relacionados.

Resultados: El grupo de estudio consta de 4 hombres y 4 mujeres, con una edad media de 47 años (21-64 años). En estos pacientes se indica el tratamiento con ácido zoledrónico intravenoso principalmente por múltiples fracturas atraumáticas, e inician el tratamiento entre el 2008 y el 2014. Todos continúan en tratamiento con ácido zoledrónico a excepción de un paciente que a los 4 años de tratamiento tuvo una fractura de fémur, y que desde 2013 está en tratamiento con denosumab.

Pacientes	Año de inicio zoledronato	Tratamiento anterior	Reacciones adversas	Suspensión tratamiento
1	2010	Pamidronato	NO	NO
2	2013	Pamidronato	NO	NO
3	2010	NO	SI. Malestar general	NO
4	2012	Alendronato	SI. Dolor	NO
5	2011	NO	NO	NO
6	2008	Teriparatida	SI. Fractura fémur	SI (Dic. 2012)
7	2010	NO	NO	NO
8	2014	Alendronato	NO	NO

Se dispone de densitometría al inicio del tratamiento con un valor de T-score igual o inferior a -2,5. En los parámetros analíticos desde el inicio del tratamiento observamos un ligero descenso en los valores de fosfatasa alcalina (de 89 U/L a 72,3 U/L). P1NP presenta una disminución en sus valores del 50,6% (de 22,5 ng/mL a 11,1 ng/mL) y bCTX del 81% (de 0,21 ng/mL a 0,04 ng/mL).

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes diagnosticados de OI tratados con zoledronato, tan solo en un paciente se ha documentado una fractura y se ha suspendido la terapia. En el resto de casos el tratamiento con zoledronato disminuye los valores de los marcadores de metabolismo óseo.

50. ANÁLISIS DEL REMODELADO ÓSEO E INCIDENCIA DE FRACTURAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON OSTEOPOROSIS EN TRATAMIENTO CON ZOLEDRONATO INTRAVENOSO

Castillo Dayer PV¹, Valero Sanz JL², Grau García E², Hervás Marín D³, Negueroles Albuixech R², González Puig L², Martínez Cordellat F, Núñez Comejo Piquer C², Fedec Olmos C², Ortiz Sanjuán FM², Labrador Sánchez E², Arévalo Ruales K², Chalmeta Verdejo F, Ivorra Cortés J^{1,2}, Alcañiz Escandell C², Román Ivorra JA^{1,2}

¹Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia. ²Servicio de Reumatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ³Unidad de Bioestadística, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia

Objetivos: Análisis de los marcadores de remodelado óseo así como la incidencia de fracturas en pacientes con OP postmenopáusica y secundaria tratados con Zoledronato intravenoso.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de OP y tratados con zoledronato intravenoso, incluidos en un protocolo de seguimiento de nuevas fracturas clínicas y marcadores de remodelado óseo del Servicio de Reumatología del HUP La Fe. Desde 2011 a 2014 se ha recogido datos clínicos, analíticos (calcio, fósforo, fosfatasas alcalinas, vitamina D, P1NP, bCTX), fracturas y datos de terapias concomitantes de acción sobre el metabolismo óseo y posibles efectos adversos a las mismas. El análisis estadístico se reali-

zó mediante test Chi-cuadrado y análisis de supervivencia Logrank.

Resultados: Se han seleccionado 178 pacientes con OP, 103 con OP post-menopáusica y 75 con OP secundaria (18 con trasplante hepático, 12 con artritis reumatoide y 18 con otros diagnósticos). El 51% tenía una osteoporosis establecida. A todos los pacientes se les administró suplementación vitamina D y solo 136 de ellos se suplementaron con calcio por intolerancia documentada. En 53 casos llevaron bifosfonatos previos, 19 teriparatida, 14 ranelato de estroncio, 2 denosumab y 2 terapia hormonal sustitutiva. En ellos se indicó el tratamiento con zoledronato por presencia de fracturas de fragilidad y/o intolerancias. 53 pacientes suspendieron el tratamiento con zoledronato, 8 de ellos por fracturas. Tanto en P1NP (de 84 ng/mL a 23 ng/mL) como en bCTX (de 0,4 ng/mL a 0,15 ng/mL) se observa un descenso acusado de los valores desde el inicio del tratamiento (72,6% en P1NP y 62,5% en bCTX).

En 18 pacientes se objetivaron fracturas (7 con OP post-menopáusicas y 11 con OP secundarias), con una media de 24 meses de tratamiento con zoledronato y cuya localización más frecuente es el fémur (5) y el radio (4). El análisis estadístico indica que la probabilidad de fracturas es mayor en las OP secundarias (P=0,005).

Conclusiones: El tratamiento con zoledronato mejora los valores de los marcadores de metabolismo óseo, tanto en pacientes con osteoporosis post-menopáusica como secundaria. Durante el tratamiento se han identificado fracturas en el 10% de los pacientes, existiendo mayor probabilidad de las mismas en las osteoporosis secundarias.

51. SUPLEMENTACIÓN DE VITAMINA D EN PACIENTES POST-TRASPLANTE HEPÁTICO: ESTUDIO A DOS AÑOS

Valero Sanz JL¹, Grau García E¹, Hervás Marín D², Feced Olmos C¹, Ortiz Sanjuán FM¹, Labrador Sánchez E¹, Arévalo Ruales K¹, Martínez Cordellat I¹, Chalmeta Verdejo I¹, González Puig L¹, Negueroles Albuixech R¹, Núñez Cornejo Piquer C¹, Ivorra Cortés J^{1,3}, Alcañiz Escandell C¹, Moya Nájera D⁴, Moya Herrera A⁵, Román Ivorra JA^{1,3}

¹Servicio de Reumatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

²Unidad de Bioestadística, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia. ³Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia.

⁴Laboratorio de actividad física y salud, Grupo de investigación en Deporte y Salud, Universidad de Valencia. ⁵Servicio de Hepatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

Objetivos: Estudiar la utilidad de la administración de tratamiento con vitamina D en pacientes sometidos a trasplante hepático en relación al riesgo de sufrir osteoporosis.

Material y métodos: Se han recogido 29 pacientes sometidos a trasplante hepático del H.U.P La Fe e incluidos en el protocolo de estudio de osteoporosis en trasplante hepático, de los cuales disponemos datos basales, y de hasta 18-24 meses

de seguimiento tras la intervención. Se han recogido datos de calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, vitamina D, PTH, P1NP, bCTX, valores de densidad mineral ósea y datos de tratamiento inmunosupresor y antiosteoporótico.

Resultados: Los 29 pacientes seleccionados son hombres en un 68%, con edad media al trasplante de 55 años. En el 97% de los casos se suplementó con 25OH-vitamina D (0,266mg/15días) al alta de la intervención y durante los meses de seguimiento, el 21% recibió bifosfonatos intravenosos y el 10% tratamiento biológico con denosumab.

Se observa una normalización de los marcadores de formación/resorción ósea, así como de la vitamina D. Los valores densitométricos T-score de la zona lumbar, cuello de fémur y cadera presentan en los primeros 12 meses tras la intervención un ligero descenso, para luego volver a incrementarse a los 24 meses, lo cual es más acusado en la zona lumbar (t-score -1,6 tras la intervención y -1,1 a los 24 meses de seguimiento).

Conclusión: En general, hay una normalización de los parámetros séricos de la vitamina D, calcio, fósforo y fosfatasas alcalinas, así como marcadores de resorción y formación ósea, y en los valores densitométricos a los dos años de tratamiento con suplementación de vitamina D tras la intervención. Dicho estudio requiere de la ampliación del tamaño muestral para realizar los análisis estadísticos que den mayor robustez al mismo.

52. ANÁLISIS DEL METABOLISMO ÓSEO Y RIESGO DE FRACTURA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA

Ivorra Cortés J^{1,3}, Vera Donoso C², Rubert Torró M³, Hervás Marín D⁴, González Puig L¹, Chalmeta Verdejo I¹, Martínez Cordellat I¹, Núñez Cornejo Piquer C¹, Negueroles Albuixech R¹, Valero Sanz JL¹, Grau García E¹, Feced Olmos C¹, Ortiz Sanjuán FM¹, Labrador Sánchez E¹, Arevalo Ruales K¹, Alcañiz Escandell C¹, Román Ivorra JA^{1,3}

¹Servicio de Reumatología, ²Servicio de Urología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ³Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia. ⁴Unidad de Bioestadística, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia

Objetivos: Estudiar el metabolismo óseo, la prevalencia de osteoporosis y el riesgo de fractura en pacientes con cáncer de próstata con y sin tratamiento inhibidor de andrógenos.

Material y métodos: Se han seleccionado 45 pacientes con cáncer de próstata del H.U.P La Fe que acudieron consecutivamente a consultas de reumatología para valoración de enfermedad ósea vinculada. En todos los pacientes se han recogido datos demográficos y antropométricos. Los datos analíticos recogidos fueron: calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, 25 OH vitamina D, PTH, P1NP, βCTX. Se realizó densitometría de columna lumbar y cadera. El cálculo de riesgo de fractura se efectuó mediante el cálculo del índice FRAX. Se utilizó un modelo de regresión lineal mixto y de regresiones segmentadas para el análisis bioestadístico de los datos. Se aplicó el test de Wilcoxon para comparar medias.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 74 años (48-89). En el estudio densitométrico la prevalencia de osteoporosis fue del 18% y de osteopenia del 40%. El riesgo de fractura de cadera, calculado mediante el índice FRAX, fue superior al 3% en 10 pacientes (22%), 3 con valores densitométricos de osteoporosis (7%) y 7 con osteopenia (15%). En ningún caso el riesgo para cualquier fractura osteoporótica fue superior al 10%. Del total de pacientes, el 78% llevaban tratamiento con agonistas LHRH y 51% con bicalutamida (antagonista del receptor de la testosterona). El tiempo de tratamiento con agonistas LHRH fue de 3 meses de mediana. Se observaron niveles de vitamina D inferiores 30 ng/mL en el 73% de los pacientes, y valores inferiores a 15 ng/mL en el 24%.

Se detectó una relación inversa entre niveles de vitamina D y niveles de P1NP (P=0,0101). También detectamos una relación inversa entre niveles de P1NP y bCTX con T-score de cadera (P=0,007 cuello fémur y P=0,023 cadera, y P=0,003 cuello fémur y P=0,008 cadera respectivamente). Los pacientes tratados con agonistas de LHRH mostraban valores más elevados de P1NP (40,4 ng/mL vs 29,4 ng/mL y P=0,046) y sobre todo de bCTX (0,7 ng/mL vs 0,3 ng/mL y P=0,0006).

Conclusiones: En nuestros pacientes destaca la elevada prevalencia de hipovitaminosis D (73%). El tratamiento con agonistas de LHRH aumenta los niveles de los marcadores de recambio óseo. La elevación de estos marcadores se relaciona con una disminución de masa ósea a nivel de cadera. El índice FRAX contribuye a detectar pacientes con alto riesgo de fractura a nivel de cadera con osteopenia en la densitometría.

53. EVALUACIÓN DE LA OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE REMITIDOS A DENSITOMETRÍA ÓSEA: MENOS OSTEOPOROSIS ESPERADA Y MAYOR RIESGO DE FRACTURA

Rosas J, Salas E¹, Senabre-Gallego JM¹, Santos-Soler G¹, Cano C², Lorente M², Pons A², Barber X³, Sanchís M² y el grupo AIRE-MB

¹Servicio de Reumatología, ²Enfermería de Reumatología, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa (Alicante). ³CIO-Universidad Miguel Hernández, Elche (Alicante)

Objetivos: Evaluar la presencia de osteoporosis (OP) y sus características, en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide (/AR), remitidos a densitometría ósea de Reumatología.

Material y métodos: Estudio transversal, de pacientes diagnosticados de AR, en seguimiento en consulta de reumatología, remitidos para evaluación de densitometría ósea (DMO) de columna lumbar (CL) y cadera (densitómetro Lunar; General Electric), a la Unidad de DMO de Reumatología, durante los años 2010 a 2014. Los resultados se compararon con los pacientes remitidos durante ese periodo sin AR.

Se recogieron, datos generales de la AR (tiempo de evolución, factor reumatoide, anti-péptidos citrulinados, fármacos específicos), y por parte de enfermería de reumatología, que realiza la DMO: datos epidemiológicos y clínicos (peso, talla e IMC; edad de menopausia; factores de riesgo de osteoporosis; fracturas previas; tratamientos recibidos; enfermedades y fármacos de posible acción osteopenizante). Posteriormente un reumatólogo encargado, con acceso a la historia electrónica del paciente, realiza el índice de riesgo de fractura FRAX.

Resultados: De los 5.128 pacientes a los que se realizó DMO de CL y cadera, durante el periodo de estudio, 160 (3%), estaban diagnosticados de AR. En el grupo de pacientes con AR, el 89% eran mujeres, 97.5% de ellas postmenopáusicas, con edad media de 62±26 años. En 99 (61%) pacientes el factor reumatoide era positivo y en 95 (59%) se detectaron anti-péptidos citrulinados. El tiempo medio de evolución de la AR era de 9,7±7,7 años. El 91% de los pacientes recibía algún FAME y el 34% seguía tratamiento con terapia biológica.

Respecto a los factores de riesgo de OP: el IMC medio era de 27,5; El 19% fumaban en la actualidad y otro 11% lo habían dejado; El 51% recibían corticoides; Habían sufrido fracturas 51 (32%) pacientes, siendo osteoporóticas en 36 pacientes (Colles: 25%; vertebral: 29%; cadera: 10%; húmero: 6%). En un paciente se detectó fractura de cadera materna y otro paciente había padecido hipertiroidismo. El 56% recibían algún tratamiento específico para la OP (83% bisfosfonatos). El índice T de DMO a nivel de CL y cuello femoral, era respectivamente: -1,04±1,5 y -1,58±1; el resultado fue normal en el 27% de los pacientes en CL y 46% en cadera; de OP en el 14% en CL y 8% en cadera; y osteopenia en el 59% en CL y 46% de los pacientes en cadera. El índice FRAX para fractura mayor y de cadera, teniendo en cuenta el resultado de DMO fue respectivamente de 9,6±5,5 y

3,8±3,4; y de 10,9±6 y 5,5±3,7 sin DMO.

Al comparar los resultados del grupo de pacientes AR y el resto de la muestra, más pacientes con AR corticoides y tratamiento para la OP, tenían menor índice T en columna lumbar y mayor en cuello femoral, el índice FRAX era mayor tanto para fractura mayor como para cadera incluyendo el resultado o no de la DMO de cuello femoral (Tabla 1).

Conclusiones: 1. El porcentaje obtenido de osteoporosis por DMO es menor a lo esperado, semejante a la muestra general de pacientes estudiados e inferior a otras series de pacientes AR publicadas. 2. Sin embargo, el riesgo de fractura FRAX, es superior a la muestra general, probablemente en relación al peso en el índice FRAX de la propia AR y el porcentaje de pacientes en tratamiento corticoideo.

Tabla 1. ¿En que región anatómica realizas ecografías con mayor frecuencia? Resultados al comparar los pacientes con AR y la muestra general, de pacientes remitidos a una Unidad de DMO de Reumatología

	Pacientes AR	Muestra general	P
Recibe tratamiento específico OP (%)	56	41	<0,05
Tratamiento con corticoides (%)	51	9	<0,001
DMO C. lumbar: índice T medio (DE)	-1,04 (1,5)	-1,42 (1,3)	=0,002
Osteoporosis columna lumbar (%)	12	24	0,2
DMO cuello femoral: índice T medio (DE)	-1,58 (1,0)	-1,24 (1,0)	<0,0001
Osteoporosis cadera (%)	14	11	0,6
FRAX con DMO: fractura mayor: media (DE)	9,6 (5,5)	5,9 (5,5)	<0,0001
FRAX con DMO: fractura cadera: media (DE)	3,8 (3,4)	2,0 (3,4)	<0,0001
FRAX sin DMO: fractura mayor: media (DE)	10,9 (6,0)	6,0 (6,0)	<0,0001
FRAX sin DMO: fractura cadera: media (DE)	5,5 (3,7)	2,3 (3,7)	<0,0001

Resúmenes CASOS CLÍNICOS

54. ¿DEBERÍAMOS CONSIDERAR LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN EL CRIBADO INICIAL ANTES DEL INICIO DE FÁRMACOS INMUNOSUPRESORES? A PROPÓSITO DE UN CASO

Vicens Bernabeu E¹, Ybáñez García D¹, González Pellicer R², Casado Sánchez B², Valls Pascual E¹, Martínez Ferrer A¹, Vergara Dangond C¹, Albert Espi G¹, Oller Rodríguez JE¹, Robustillo Villarino M¹, De la Morena Barrios I¹, Noguera Coito JM¹, Alegre Sancho JJ¹

¹Sección de Reumatología, ²Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia

Introducción: Al iniciar un tratamiento inmunosupresor, realizamos un cribado de las infecciones crónicas de nuestro entorno, hepatitis, TBC, etc... No solemos considerar el cribado de infecciones endémicas del país de origen de los pacientes, algunas de las cuales pueden emerger con el tratamiento. Presentamos un caso de activación de enfermedad de Chagas en un paciente de origen boliviano.

Caso: Varón de 57 años, diagnosticado 8 meses antes de poliartritis crónica seronegativa, simétrica y aditiva. Tras descartar las infecciones crónicas habituales (VHB, VHC, VIH y TBC), inició tratamiento con metotrexato (MTX) y dosis bajas de corticoides (GC), con buena respuesta.

A los 5 meses, el paciente consultó por tenosinovitis de extensores y flexores de mano derecha, se suprime MTX e inicia leflunomida (LFN)+GC. Al tiempo, se solicita serología de Trypanosoma Cruzi (T cruzi) siendo IGg+. Se estudia en Infecciones, descartando afección visceral. En las semanas posteriores la tenosinovitis evolucionó, a progresión proximal, por la cara ventral del antebrazo hasta el codo, con edema y coloración eritemato-violácea, dolor e impotencia funcional. Días posteriores se añadió astenia, febrícula, sudoración ocasional, y elevación discreta de reactantes de fase aguda (RFA). Los hemocultivos, nuevas serologías, muestras de líquido sinovial, los cultivos convencionales de micobacterias y la PCR-TBC fue-

ron negativos. Ecografía y RM mostraron artritis leve de carpo, tenosinovitis de flexores y extensores, edema de tejido celular subcutáneo y musculatura flexo-pronadora del antebrazo. Pendiente de una tenosinovectomía, progresó con cianosis y parestesias distales.

Se sospechó un síndrome compartimental y se practicó una fasciotomía urgente con limpieza quirúrgica y toma de muestras para microbiología y anatomía patológica. Se retiró la LFN y se inició antibioterapia empírica. A pesar de ella, aumentó la fiebre y la sudoración profusa, y los RFA. Los cultivos convencionales fueron negativos. Contemplando la posibilidad de activación del Chagas, se solicitó una T Giemsa de sangre periférica, en la que se confirmó la presencia de formas activas de T Cruzi (PCR específica). Se inició tratamiento con Benznidazol 100 mg/8h vo. En los días posteriores se complicó con trombosis de arteria cubital, que requirió una nueva cirugía e ingreso en UCI. A pesar de la negativización de la parasitemia, la evolución fue fatal y condujo, primero a la amputación del antebrazo y finalmente a la muerte por hemorragia alveolar, neumonía asociada y shock refractario. Todos los estudios microbiológicos fueron repetidamente negativos a excepción de la PCR para T. Cruzi, positiva también en las muestras de músculo. No disponemos aún de los resultados de la necropsia.

Discusión: La enfermedad de Chagas es endémica de la zona centro-sur de América. El 70% de los portadores se encuentran en fase crónica indeterminada o latente. En caso de seropositividad, y a pesar de la falta de evidencias (30% de curación) se ha recomendado, de forma no unánime, el tratamiento antes del inicio de cualquier terapia inmunosupresora. Consideramos que el cuadro que condujo al paciente a la muerte es atribuible a la reactivación del T Cruzi. Solo hemos hallado en la literatura un caso de afección musculoesquelética en un paciente con AR. Aunque excepcional, la lamentable evolución de nuestro paciente nos hace proponer el cribado rutinario y el tratamiento de esta enfermedad en poblaciones de riesgo.

55. TOCILIZUMAB, UNA ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA CORIORRETINITIS DE BIRDSHOT REFRACTARIA A ANTI-TNF α

Tejón Menéndez P¹, Peña MS², Montoliu Antón A², Lozano Saez A¹, Lerma Garrido JJ¹, Belmonte Serrano MA¹

¹Servicio de Reumatología, ²Oftalmología, Hospital General de Castellón

Introducción: La enfermedad de Birdshot es una coriorretinitis autoinmune, generalmente bilateral y potencialmente grave. Debido a la evolución crónica de la enfermedad es habitual el uso de agentes ahorradores de esteroides para controlar la inflamación ocular. Recientemente, el uso de la terapia biológica, como infliximab o adalimumab, se han utilizado con éxito relativo^{1,2}. Hay publicados algunos casos aislados de uveítis complicados con edema macular quístico refractarios a otros tratamientos biológicos que respondieron favorablemente a tocilizumab^{3,4,5}. Presentamos un caso refractario a anti-TNF α con buena respuesta a tocilizumab.

Caso clínico: Mujer de 46 años de edad diagnosticada de la enfermedad Birdshot HLA-B29 (+) en 2010. Desde el inicio del cuadro clínico recibió varios fármacos inmunosupresores que no consiguieron controlar la inflamación ocular. La ciclosporina fue ineficaz, infliximab desencadenó una reacción de hipersensibilidad, y adalimumab con metotrexato consiguió una respuesta parcial sin pleno control de la inflamación. Además, durante estos tratamientos, de forma adyuvante se administró ranibizumab, pegaptanib y dexametasona intravítrea, los cuales obtuvieron una pobre respuesta en el tratamiento del edema macular quístico. En agosto de 2014 se decidió iniciar el tratamiento con tocilizumab (8 mg/kg mensual) y dos meses más tarde la agudeza visual mejoró de 0.3 OD y 0.6 OI a 0.4 OD y 1 OI con resolución completa

del edema macular quístico. Esta mejoría persiste 5 meses después.

Conclusión: Aunque tenemos varias opciones para el tratamiento de la enfermedad de Birdshot, no hay un consenso en la estrategia terapéutica a seguir. En nuestro caso, tocilizumab ha sido muy eficaz en el control de la inflamación ocular y en el edema macular quístico en un paciente que fue resistente a otros tratamientos biológicos, por ello creemos que puede ser una opción a considerar para los casos refractarios. Este caso clínico es de especial interés para las consultas de uveítis que realizan conjuntamente reumatología y oftalmología, pues aunque esta enfermedad no se asocia a ninguna patología sistémica con frecuencia precisa de terapia biológica.

1 Menzo V, Taylor SR. Birdshot uveitis: current and emerging treatment options. *Clin Ophthalmol.* 2014;8:73-81.

2 Artornsombudh P, Gevorgyan O, Payal A, Siddique SS, Foster CS. Infliximab treatment of patients with Birdshot retinochoroidopathy. *Ophthalmology.* 2013;120(3):588-592.

3 Muselier A, Bielefeld P, Bidot S, Vinit J, Besancenot JF, Bron A. Efficacy of tocilizumab in two patients with anti-TNF-alpha refractory uveitis. *Ocul Immunol Inflamm.* 2011;19(5):382-3.

4 Adán A, Mesquida M, Llorenç V, Espinosa G, Molins B, Hernández MV, Pelegrín L. Tocilizumab treatment for refractory uveitis-related cystoid macular edema. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2013;251(11):2627-32.

5 Mesquida M, Molins B, Llorenç V, Sainz de la Maza M, Adán A. Long-term effects of tocilizumab therapy for refractory uveitis-related macular edema. *Ophthalmology.* 2014;121(12):2380-6.

56. POLICONDRITIS RECIDIVANTE DEL ADULTO EN TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB, A PROPÓSITO DE UN CASO

García Armario MD, Tarragó Simón E, Cortés Verdú R, Martínez Moreno I Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva (Valencia)

Introducción: La policondritis recidivante es una enfermedad multisistémica, infrecuente, de etiología desconocida y de naturaleza autoinmune; que se caracteriza por episodios recidivantes de inflamación de estructuras cartilaginosas (especialmente cartilago articular, nasal, árbol laringo-traqueo-bronquial y articular) y de otras estructuras ricas en proteoglicanos y colágeno como el ojo, el oído y el sistema cardiovascular. Su diagnóstico es clínico, y la presentación clínica y el curso de la enfermedad es muy variable. El tratamiento se basa principalmente en AINEs, corticoides o dapsona y en casos resistentes a éstos o con afectación grave se usan inmunosupresores, como metotrexato, azatioprina o ciclofosfamida. El uso de terapia biológica en policondritis recidivante refractaria, es escaso y sólo existen algunos casos publicados (rituximab, anti-TNFs, tocilizumab), por lo que consideramos importante la comunicación de nuestro caso.

Caso: Mujer de 34 años que acude derivada a la consulta de Uveítis por escleritis en ambos ojos, con mayor afectación ojo derecho junto con clínica dolor e inflamación del tabique nasal y del cartilago auricular de 15 días de evolución tras su vuelta de un viaje a Madagascar, no fiebre ni otros síntomas acompañantes. Se realizan pruebas complementarias donde destacan infecciones asociadas (hepatitis B y C, VIH, VEB, Parvovirus, Rickesia, Coxiella, etc), y pruebas autoinmunes con negatividad de la mismas (FR, ANAS, ANCAS, anti-PCC), salvo elevación de PCR, VSG y leucocitosis.

Según los criterios de Michet, la paciente es diagnosticada de policondritis recidivante y debido a la gravedad de la afectación ocular se inicia tratamiento con prednisona a 1 mg/kg que tras 20 días de tratamiento no mejora y además refiere síntomas de molestias laringo-traqueales, por lo que se administran 3 bolos de 1 gr de prednisolona, seguido de corticoesteroides orales a 1 mg/kg y metotrexato 20 mg subcutáneo semanal.

Se piden pruebas de extensión (EKG, ecocardiograma, TAC cérvico-torácico) donde se detecta escleritis e inflamación del cartilago aritenoides y articulación cricoidea, además de un empeoramiento de la escleritis, por lo que se decide añadir al tratamiento adalimumab 40 mg cada 2 semanas, con mejoría. Debido a la persistencia de las molestias laríngeas y la inflamación ocular se decide aumentar metotrexato a 25 mg semanales y adalimumab a 40 mg semanal junto con corticoesteroides a 1 mg/kg.

Tras 5 meses de tratamiento, ha desaparecido la clínica de condritis nasal, auricular y las molestias laríngeas, y se ha resuelto la escleritis ocular, observándose discreta escleromalacia, por lo que se han ido disminuyendo progresivamente la dosis de corticoesteroides hasta 20 mg de prednisona diarios actualmente. No ha presentado eventos adversos y va evolucionando favorablemente a la bajada de corticoesteroides.

Conclusión: Presentamos un caso de policondritis recidivante refractario al tratamiento con corticoesteroides e inmunosupresores convencionales, que responde al tratamiento con un anti-TNF, adalimumab, que junto con otros 6 pacientes publicados, nos habla del éxito de tratamiento con adalimumab en las policondritis recidivantes refractarias a los tratamientos con corticoides e inmunosupresores y con criterios de gravedad.

Resúmenes MISCELANEA**57. OSTEOARTROPATÍA HIPERTRÓFICA DE RÁPIDA EVOLUCIÓN. REVISIÓN DIAGNÓSTICA DE CASOS EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA**

Martínez-Cristóbal A¹, Fernández-Ortiz A¹, Lirón Hernández FJ², Casado Poveda A¹ ¹Sección Reumatología. ²Área de diagnóstico biológico, Hospital Universitario la Ribera, Valencia

Introducción: La Osteoartropatía Hipertrófica (OAH) se define como el ensanchamiento distal de los dedos (acropaquias) asociado a aposición perióstica en huesos tubulares. Puede ser primaria o secundaria, principalmente asociada a tumores malignos, EPOC o infecciones. De causa desconocida, aunque parece desencadenada por exclusión de la circulación pulmonar. La presencia de dolor en manos y huesos largos, derrame articular y las acropaquias dolorosas de rápida evolución, deben alertar a una forma secundaria y pueden preceder en meses a otros síntomas de la enfermedad. Para el diagnóstico se precisa la presencia de dedos en palillo de tambor o uñas en vidrio de reloj, y la demostración de aposición perióstica en huesos largos por radiografía o GGO. El análisis de sangre o líquido sinovial no presenta utilidad diagnóstica, aunque la VSG puede estar elevada. El diagnóstico diferencial incluye deformidades ungueales, acromegalia, artritis inflamatorias, y enfermedades que cursan con periostitis. El pronóstico depende de la enfermedad principal y los síntomas remiten con el tratamiento de la misma, aunque también responden al tratamiento con AINEs.

Métodos: Revisión de historia clínica de pacientes diagnosticados de OAH secundaria de rápida evolución durante el año 2014 en nuestra consulta.

Resultados: Se ha diagnosticado 3 pacientes con OAH secundaria de rápida evolución.

Caso I: Varón 45 a. con psoriasis cutánea y fumador (IPA 25). Remitido por dolor en IFD y rodillas de 4 meses de evolución con diagnóstico previo de artritis pso-

riásica tratado con metotrexato sin mejoría. EF leve curvatura en uñas de manos de rápida evolución, y dolor en rodillas y tibias, sin derrame articular, hipofonosis inferior izquierda. GGO reacción osteogénica lineal en periostio de ambos fémures y tibias, y en IFD de ambas manos. Rx pulmón: masa pulmonar en LII. TAC pulmonar: masa de 81x80x114, adenopatía hilar izquierda, y nódulo en suprarrenal izquierda sugestiva de metástasis. Biopsia: neoplasia broncopulmonar de células pequeñas.

Caso II: Varón 62 a, remitido por dolor en manos y rodillas, y Raynaud de 12 meses de evolución, con disnea de esfuerzo progresiva. EF manos edematosas, con esclerodactilia, acropaquias bilaterales simétricas que refiere de rápida evolución, piqueteado periungueal, AP crepitantes bibasales. GGO reacción osteogénica lineal en el periostio de ambos fémures y tibias. Capilaroscopia patognomónica de esclerodermia. Lab: ANA+1/1280 Scl70+. Ecocardiograma normal. TACAR extensas bronquiectasias varicosas-quisticas con afectación de todos los lóbulos.

Caso III: Mujer 48a remitida por artralgiyas y FR+. Refiere dolor en rodillas y tobillos. EF no artritis, uñas en vidrio de reloj de reciente aparición. GGO incremento de la fijación del trazador en todo el esqueleto axial, ambos fémures y húmero. Lab: hiperparatiroidismo (PTH126, calcidiol28) y Rx gran masa torácica en hemitórax D confirmada con TAC y sugestiva de origen pleural, con características radiológicas de probable tumor fibroso localizado pleural (pendiente de cirugía-biopsia)

Conclusiones: La OAH secundaria se asocia a múltiples enfermedades graves, sobretodo de origen pulmonar. Puede preceder a la enfermedad, por lo que su presencia debe alertar al clínico para realizar un diagnóstico precoz. La OAH que se manifiesta con artritis puede confundirse con otras artropatías inflamatorias, por lo que debe valorarse siempre la presencia de acropaquias o imágenes de periostitis en radiografía o gammagrafía que confirman el diagnóstico.

58. ESCUELA DE ESPONDILOARTRITIS

Morello Ostos P¹, Puentes Collazos FA¹, García Arenas JL¹, Rubio Fernández MD^{1,2}, Campos Fernández C², Calvo Catalá J², Ferrer Pastor M¹, Juste Díaz J¹, Iñigo Huarte V¹

¹Servicio Medicina Física y Rehabilitación, ²Servicio Reumatología y Metabolismo Óseo, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Introducción: La Osteoartropatía Hipertrófica (OAH) se define como el ensanchamiento distal de los dedos (acropaquias) asociado a aposición perióstica en huesos tubulares. Puede ser primaria o secundaria, principalmente asociada a tumores malignos, EPOC o infecciones. De causa desconocida, aunque parece desencadenada por exclusión de la circulación pulmonar. La presencia de dolor en manos y huesos largos, derrame articular y las acropaquias dolorosas de rápida evolución, deben alertar a una forma secundaria y pueden preceder en meses a otros síntomas de la enfermedad. Para el diagnóstico se precisa la presencia de dedos en palillo de tambor o uñas en vidrio de reloj, y la demostración de aposición perióstica en huesos largos por radiografía o GGO. El análisis de sangre o líquido sinovial no presenta utilidad diagnóstica, aunque la VSG puede estar elevada. El diagnóstico diferencial incluye deformidades ungueales, acromegalia, artritis inflamatorias, y enfermedades que cursan con periostitis. El pronóstico depende de la enfermedad principal y los síntomas remiten con el tratamiento de la misma, aunque también responden al tratamiento con AINEs.

Métodos: Revisión de historia clínica de pacientes diagnosticados de OAH secundaria de rápida evolución durante el año 2014 en nuestra consulta.

Resultados: Se ha diagnosticado 3 pacientes con OHN secundaria de rápida evolución. *Caso I:* Varón 45 a. con psoriasis cutánea y fumador (IPA 25). Remitido por dolor en

IFD y rodillas de 4 meses de evolución con diagnóstico previo de artritis psoriásica tratado con metotrexato sin mejoría. EF leve curvatura en uñas de manos de rápida evolución, y dolor en rodillas y tibias, sin derrame articular, hipofonosis inferior izquierda. GGO reacción osteogénica lineal en periostio de ambos fémures y tibias, y en IFD de ambas manos. Rx pulmón: masa pulmonar en LII. TAC pulmonar: masa de 81x80x114, adenopatía hilar izquierda, y nódulo en suprarrenal izquierda sugestiva de metástasis. Biopsia: neoplasia broncopulmonar de células pequeñas.

Caso II: Varón 62 a, remitido por dolor en manos y rodillas, y Raynaud de 12 meses de evolución, con disnea de esfuerzo progresiva. EF manos edematosas, con esclerodactilia, acropaquias bilaterales simétricas que refiere de rápida evolución, piqueteado periungueal, AP crepitantes bibasales. GGO reacción osteogénica lineal en el periostio de ambos fémures y tibias. Capilaroscopia patognomónica de esclerodermia. Lab: ANA+1/1280 Scl70+. Ecocardiograma normal. TACAR extensas bronquiectasias varicosas-quísticas con afectación de todos los lóbulos.

Caso III: Mujer 48a remitida por artralgias y FR+. Refiere dolor en rodillas y tobillos. EF no artritis, uñas en vidrio de reloj de reciente aparición. GGO incremento de la fijación del trazador en todo el esqueleto axial, ambos fémures y húmero. Lab: hiperparatiroidismo (PTH126, calcidiol28) y Rx gran masa torácica en hemitórax D confirmada con TAC y sugestiva de origen pleural, con características radiológicas de probable tumor fibroso localizado pleural (pendiente de cirugía-biopsia)

Conclusiones: La OAH secundaria se asocia a múltiples enfermedades graves, sobretodo de origen pulmonar. Puede preceder a la enfermedad, por lo que su presencia debe alertar al clínico para realizar un diagnóstico precoz. La OAH que se manifiesta con artritis puede confundirse con otras artropatías inflamatorias, por lo que debe valorarse siempre la presencia de acropaquias o imágenes de periostitis en radiografía o gammagrafía que confirman el diagnóstico.

59. CONCORDANCIA DIAGNOSTICA DE PATOLOGÍAS MUSCULO ESQUELÉTICAS QUE OCASIONAN BAJA LABORAL EN PACIENTES DERIVADOS POR ATENCIÓN PRIMARIA AL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DE REFERENCIA

Ordoñez JC¹, Gil S¹, Andrés M¹, Vela P^{1,2}

¹Hospital General Universitario de Alicante. ²Profesora Asociada del Departamento de Medicina de la Universidad Miguel Hernández (Alicante)

Introducción: Las patologías musculo esqueléticas son un grupo heterogéneo de trastornos funcionales u orgánicos, que pueden diferir en grado de severidad desde síntomas periódicos leves hasta condiciones invalidantes que incrementan el ausentismo laboral. Según el Eurobarómetro de 2007, el 22% de la población europea sufre o ha sufrido alguna enfermedad crónica musculo esquelética, suponiendo pues que estas patologías son unas de las principales causas de consumo de recursos sanitarios y pérdida de productividad laboral. Por tanto, su correcta identificación y derivación desde atención primaria resulta esencial.

Objetivo: El objetivo del siguiente trabajo es describir y conocer la concordancia entre el diagnóstico musculo esquelético establecido en una Unidad de Atención Primaria (UAP) y en la consulta de Reumatología.

Material y Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de historias clínicas informatizadas de pacientes atendidos en una consulta de Reumatología especializada en

atención temprana de incapacidades temporales de origen musculo esquelético. Se realizó una comparación entre el diagnóstico de derivación desde la UAP y el diagnóstico final registrado por el reumatólogo, empleando la escala "ausencia de concordancia, concordancia parcial y concordancia completa". Posteriormente se analizó la concordancia por los 3 problemas musculo esqueléticos más frecuentemente atendidos.

Resultados: Se han revisado las historias de 346 pacientes cuya edad promedio fue de 46 años (DE +/-10,8), de los cuales 179 (52%) eran varones. Los problemas musculo esqueléticos más frecuentemente registrados fueron la lumbociatalgia (119 pacientes, 34% del total), el hombro doloroso (26 pacientes, 8%) y la cervicalgia (24 pacientes, 7%). Tras comparación entre diagnósticos, se ha determinado una concordancia completa en 153 pacientes (44% del total), concordancia parcial en 187 pacientes (54%) y ausencia de concordancia en 6 pacientes (2%). Por los diagnósticos más frecuentes encontramos en la cervicalgia un 91% de concordancia completa, un 4% parcial y un 4% sin concordancia; con respecto a la lumbociatalgia, se ha encontrado un 85% de concordancia completa, un 15% parcial y un 1% sin concordancia; mientras que para el hombro doloroso vimos un 44% de concordancia completa, un 56% como parcial, mientras que en ningún caso hubo ausencia de concordancia.

Conclusiones: La concordancia diagnóstica dentro de las enfermedades musculo esqueléticas que ocasionan baja laboral entre la UAP y reumatología se puede considerar buena o muy buena en la mayoría de casos, y sobre todo en los diagnósticos más frecuentes (cervicalgia y lumbociatalgia).

60. EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN TEMPRANA Y ESPECIALIZADA EN PACIENTES DE BAJA LABORAL POR PATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA

Tejón Menéndez P, Lerma Garrido JJ, Lozano Saez A, Belmonte Serrano MA
Servicio de Reumatología, Hospital General de Castellón

Objetivo: El objetivo del estudio fue analizar la eficacia de una intervención temprana por un especialista en Reumatología en pacientes de baja laboral de reciente comienzo por problemas musculoesqueléticos.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo, observacional y transversal. Se incluyeron pacientes derivados por el médico de cabecera de 11 centros de salud de Castellón de la Plana desde febrero hasta diciembre de 2014 (10 meses). Se realizó un seguimiento del paciente de forma continuada hasta el momento del alta médica. Se excluyeron aquellas incapacidades que eran de origen traumático o quirúrgico. Se recogieron los datos sociodemográficos y la duración de las incapacidades temporales (IT) y de sus recaídas. Las variables subjetivas se evaluaron mediante el cuestionario HAQ, el EuroQol y el SF-12.

Resultados: Se analizaron 64 pacientes con una edad media de 45 años. El 61%

eran mujeres. La duración media de las bajas fue de 62 días. Antes de la primera visita el tiempo medio de la IT era de 42 días. Desde la primera valoración por el especialista hasta el alta médica el tiempo medio de baja se redujo hasta los 37 días. El 6% presentó alguna recaída, pero ninguno de ellos alcanzó el estatus de incapacidad permanente (IP). Las causas de baja más frecuentes fueron dorso-lumbalgias (37,5%) y tendinitis (14,1%). Al 14,1% se le realizó ecografía articular, y al 25% se les practicó alguna infiltración. Todos ellos recibieron tratamiento médico y si procedía se les enseñaban ejercicios de fisioterapia para realizar en su domicilio. La puntuación del HAQ mejoró desde 0,946 inicial hasta 0,424 en el momento del alta, el índice EuroQol de 0,4926 a 0,6743 y también el SF-12 (la media del físico y mental) desde 35,41 a 36,41 en el momento del alta.

Conclusiones: La intervención precoz en patología musculoesquelética realizada por un reumatólogo permite reducir el tiempo de baja laboral. El éxito del programa radica en la centralización de tareas administrativas, diagnósticas y terapéuticas en el reumatólogo.

Agradecimientos: Estudio realizado con los datos obtenidos de la consulta de reumatología que forma parte del Programa Salud y Trabajo que se enmarca dentro de la iniciativa Fit For Work de Abbvie.

61. RESULTADOS DE REUMEVAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. UN SISTEMA ONLINE PARA LA EVALUACIÓN DOCENTE DE LAS ROTACIONES MIR EN REUMATOLOGÍA

Belmonte Serrano MA, Tejón Menéndez P, Lozano Saez A, Lerma Garrido JJ
Servicio de Reumatología, Hospital General de Castellón

Objetivo: Analizar los resultados obtenidos de todos los hospitales de la Comunidad Valenciana que han utilizado este sistema online para la evaluación de conocimientos adquiridos en las rotaciones de reumatología.

Material y métodos: El procedimiento de evaluación se realiza mediante la respuesta a dos cuestionarios tipo test que se realizan en una plataforma online al inicio y al final de la rotación. Cada evaluación consta de 30 preguntas con 4 opciones cada una. Las respuestas válidas suman un punto y las incorrectas restan 0,25 puntos. La selección de estas preguntas se realiza a partir de una aleatorización de un total de 300 preguntas que fueron elaboradas por reumatólogos, y que pasaron una ronda Delphi tras la cual se sustituyeron las preguntas más inadecuadas al nivel esperado de los MIR.

Resultados: Se exponen los resultados tras 22 meses. Participaron 14 hospitales de

la Comunidad Valenciana. Este sistema de evaluación lo realizaron un total de 129 residentes con una edad media de 29 años, el 75,8% eran mujeres, de nacionalidad española el 69,5%, la mayor parte eran residentes de 2º año (58,7%), siendo la especialidad más frecuente la de Medicina Familiar y Comunitaria (74,2%). La media del primer test fue de 5,6 y la del segundo de 6,3 (rango de 0 a 10) con un incremento medio de 0,72 puntos. Los residentes de nacionalidad española obtenían una mayor puntuación inicial respecto a los extranjeros (5,76 vs 4,46, $p < 0,05$). Aquellos participantes que tenían un número de MIR más elevado acertaban un menor número de preguntas (con un coeficiente de correlación (r) de -0,23, $p < 0,05$). No se observó correlación con la edad ($r = -0,40$, $p = 0,1$). Los residentes de Medicina de Familia tuvieron una puntuación media de 5,37, menor a la obtenida por el resto de especialidades que tenían una valoración inicial de 6,03 puntos ($p < 0,001$).

Conclusión: Reumeval es un sistema online que permite una evaluación objetiva del incremento de conocimientos que alcanzan los MIR tras la rotación por la especialidad de Reumatología. Factores como el nº de MIR, el país de procedencia y la especialidad influyen en la puntuación inicial de los residentes.

Agradecimientos: Estudio realizado con el aval de la Sociedad Valenciana de Reumatología y patrocinio parcial de MSD.

62. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE CONSULTAS DE URGENCIAS DE REUMATOLOGÍA EN LOS CASOS DERIVADOS DE URGENCIAS

González Puig L¹, Labrador Sánchez E¹, Arévalo Ruales K¹, Alcañiz Escandell C¹, Chalmeta Verdejo I¹, Fedec Olmos C¹, Grau García E¹, Ivorra Cortés J^{1,2}, Martínez Cordellat I¹, Negueroles Albuixech R¹, Núñez Cornejo Piquer C¹, Ortiz Sanjuan FM¹, Valero Sanz JL¹, Román Ivorra JA^{1,2}

¹Servicio Reumatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ²Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia

Objetivos: Describir la patología reumática derivada a nuestra consulta de Urgencias de Reumatología, desde el Servicio de Urgencias generales

Material y métodos: De forma prospectiva, se han recopilado datos clínicos correspondientes al diagnóstico de presunción y el diagnóstico final, de los pacientes remitidos a la consulta de Urgencias reumatológicas durante el último año. Además se han analizado las técnicas efectuadas para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

Resultados: Se han recibido un total de 336 propuestas, de las que se han efectuado 327 visitas (9 pacientes no acudieron a la cita). Un 39% pacientes eran varones y un 67% mujeres, con una edad media de 52 años (19-65). La patología más frecuente remitida desde Urgencias es la inflamatoria (27,5%), en segundo lugar raquialgias de ritmo mecánico (21,7%) y de partes blandas (19%). La demora media fue de 6 días.

Se han realizado 171 técnicas diagnóstico-terapéuticas; la ecografía en el 33,3% de los pacientes y en un 50,3%, una infiltración. En 119 (36,4%) pacientes ha sido necesario solicitar pruebas de imagen para confirmar la sospecha diagnóstica, fundamentalmente RM (73%). Un 25% de los pacientes fue derivado a Atención Primaria tras la primera visita y en el resto de los casos se consideró oportuno un seguimiento en Consultas Externas.

Conclusiones: La consulta de Urgencias de Reumatología aporta una asistencia rápida a los pacientes con patología reumática, evitando demoras en el diagnóstico de certeza y en la realización de técnicas de diagnóstico y terapéuticas.

63. ANÁLISIS DE LA “CONSULTA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL DE ORIGEN MUSCULOESQUELÉTICO” EN EL DEPARTAMENTO DE LA MARINA BAIXA

Senabre-Gallego JM¹, Rosas J¹, Salas-Heredia E¹, Santos-Soler G¹, Barber X², Pons A³, Cano C³, Lorente M³ y el Grupo AIRE-MB

¹Sección de Reumatología, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa (Alicante). ²Centro de Investigación Operativa, Universidad Miguel Hernández, Elche (Alicante).

³Enfermería de Reumatología, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa (Alicante)

Objetivos: Conocer las características demográficas y clínicas de los pacientes que han accedido al Programa IT-ME desde su inicio hasta diciembre de 2014, así como las actuaciones médicas realizadas y el uso de recursos sanitarios. Estimar la eficacia del programa en la duración de las bajas laborales.

Métodos: En noviembre del 2012 se puso en marcha la “Consulta de Intervención Temprana en los Procesos de Incapacidad Temporal de Origen Musculo-esquelético” (IT-ME) en el departamento de la Marina Baixa. Desde su inicio hasta diciembre de 2014 se recogieron de forma prospectiva, en una base de datos interna, los pacientes en situación de baja laboral por causa reumatológica que fueron remitidos ha esta consulta. Se incluyeron las siguientes variables: datos demográficos, diagnóstico de inicio de la baja del médico de atención primaria, diagnóstico del reumatólogo, fechas de inicio y alta de IT-ME, fechas de inicio y alta de reumatología, nº de visitas y uso de recursos (ecografía, infiltraciones, resonancia magnética, interconsultas). Los diagnósticos se clasificaron en 6 grupos: raquialgias/ciatalgia, tendinitis/partes blandas, artralgias/artrosis, patología inflamatoria, patología traumática y otros. Se realizó un análisis estadístico descriptivo.

Resultados: Durante el periodo de estudio, un total de 335 pacientes fueron citados en la consulta IT-ME, 120 en 2013 y 193 en 2014. Otros 16 (4,5%) no se han contabilizado por no estar de baja laboral en el momento de la consulta. Un 51,3% eran mujeres, la edad media fue de 49 años (24-71). El diagnóstico final del reu-

matólogo se resumen en la tabla 1. Dentro de la patología inflamatoria se diagnosticaron por primera vez 2 artritis psoriásicas y 1 espondiloartritis. Se realizaron un total de 151 ecografías (44,28%), 43 resonancias magnéticas (RM) (12,6%) y 86 infiltraciones (25,22%). La mediana de la demora (tiempo desde que el paciente inicia la IT_ME hasta que es visitado en reumatología) fue de 20 días, pero 107 (34,18%) pacientes sufrieron una demora mayor a 30 días, debido a una remisión tardía por parte de atención primaria. El tiempo medio desde que el paciente inicia la IT-ME hasta que es dado de alta en reumatología fue de 30 días. Estos datos son similares a los reportados en series similares en la Comunidad Valenciana (Ortiz Sanjuán F, Arthritis Rheumatol. 2014 Nov;66(11): S926).

Tabla 1. Diagnóstico final del reumatólogo

Raquialgia/ciatalgia	120 (35%)
Tendinitis/patología de partes blandas	95 (28%)
Artralgia/artrosis	73 (21%)
Patología inflamatoria	35 (10%)
Patología traumática	14 (4%)

Conclusiones: 1. Un número relevante de pacientes en situación de incapacidad laboral temporal se ha beneficiado de una consulta precoz con reumatología. 2. La patología del raquis fue la más prevalente seguida por la patología de partes blandas/tendinitis y la artralgia/artrosis. 3. En un porcentaje elevado de los pacientes se realizaron ecografías. Probablemente por este motivo el número de RM solicitadas fue pequeño. 4. El tiempo medio desde que el paciente inicia la IT-ME hasta que es dado de alta en reumatología fue de 30 días.

Agradecimientos: Este Programa se ha realizado con una beca del proyecto Fit For Work Europe, financiado por Abbvie.

64. USO DE LA ECOGRAFÍA MÚSCULO-ESQUELÉTICA ENTRE JÓVENES REUMATÓLOGOS EN EUROPA

Senabre-Gallego JM¹, Rosas J¹, Salas-Heredia E¹, Santos-Soler G¹, Barber X², Pons A³, Cano C³, Lorente M³ y el Grupo AIRE-MB

¹Sección de Reumatología, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa (Alicante). ²Centro de Investigación Operativa, Universidad Miguel Hernández, Elche (Alicante).

³Enfermería de Reumatología, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa (Alicante)

Objetivos: Conocer el uso de la ecografía músculo-esquelética (EME) entre jóvenes reumatólogos europeos, la disponibilidad de equipamiento en el lugar de trabajo y sus aplicaciones en la práctica clínica diaria.

Métodos: Todos los reumatólogos miembros de EMEUNET (EMerging EULAR NETwork), una red de jóvenes reumatólogos europeos, fueron invitados por correo electrónico a participar en esta encuesta de 23 preguntas acerca de datos demográficos, disponibilidad de equipos en el lugar de trabajo, uso clínico y entrenamiento específico en EME. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de los resultados y se calcularon las diferencias significativas utilizando la prueba de Chi cuadrado.

Resultados: Respondieron al cuestionario 223 reumatólogos de 48 países, 55% fueron mujeres y la edad media fue 33 años (25-50). 43% de ellos eran aún residentes en formación y 73,5% trabajaban en un hospital con docencia, la mayoría en centros pertenecientes a los sistemas públicos de salud (65,5%). Durante la residencia un 77,6% tuvo acceso a la EME y un 82,5% disponía de EME en el puesto de trabajo actual. Sin embargo, entre los que terminaron la residencia antes del 2006 solo el 36% tuvo acceso a la EME. El 47% de los encuestados realizaban más de 5 ecografías por semana, mientras que el 30,5% realizaban menos de 5 y el 22,5% no solían realizar ninguna ecografía a la semana. Sólo el 37% de los encuestados tenía un tiempo específico planificado en la consulta para la realización de EME.

Esta técnica era utilizada para el diagnóstico de la artritis reumatoide (AR) por el 81,6%, patología de partes blandas 67,6% y espondiloartritis (EsA) 52,9%, pero en pocas ocasiones para diagnosticar vasculitis como la arteritis de células gigantes (16,4%). En cuanto a la valoración de la actividad de la enfermedad, el 76,7% utilizaba con regularidad la EME para monitorizar la AR, pero sólo el 35% para la EsA. El 64,6% utilizaba la EME para realizar procedimientos intervencionistas, como infiltraciones guiadas.

Las regiones anatómicas exploradas con más frecuencia se detallan en la tabla 1 y las regiones cuya exploración se percibe más complicada se detallan en la tabla 2. El 64,1% de los encuestados pensaba que su uso de la EME en la práctica clínica era

menor del deseable, debido a falta de entrenamiento (51,4%) y de tiempo (26%). La gran mayoría de los encuestados había recibido algún tipo de entrenamiento (93,3%) pero el 67,1% pensaba que sus habilidades en EME no eran adecuadas a sus necesidades. Estos resultados pueden estar sesgados por la selección de una muestra de reumatólogos pertenecientes a una red “activa”, interesados por la investigación y pudiera no corresponder con el conjunto general de especialistas.

Tabla 1. ¿En que región anatómica realizas ecografías con mayor frecuencia?

Muñecas/manos	131 (58,74%)
Hombros	39 (17,49%)
Rodillas	38 (17,04%)
Caderas	7 (3,14%)
Tobillos/pies	6 (2,69%)
Codos	2 (0,9%)

Tabla 2. ¿En qué regiones anatómicas te parecen las ecografías más difíciles de realizar?

Hombros	78 (34,98%)
Tobillos/pies	66 (29,59%)
Caderas	48 (21,52%)
Muñecas/manos	19 (8,52%)
Codos	10 (4,48%)
Rodillas	2 (0,9%)

Conclusiones: 1. La disponibilidad de ecografía músculo-esquelética (EME) en las clínicas de reumatología es alta (82,5%). 2. Casi la mitad de los encuestados realizan más de 5 ecografías a la semana y un 37% tiene un tiempo específico planificado para realizarla. 3. Utilizar la EME para confirmar el diagnóstico de la AR y para monitorizar su actividad es habitual para la mayoría de los encuestados.

Agradecimientos: Este estudio ha sido realizado con una beca de la Asociación para la Investigación en Reumatología de la Marina Baixa (AIRE-MB). Con el aval de EMEUNET (EMerging EULAR NETwork) y con la ayuda de los miembros de EMEUNET working group.

Índice de resúmenes

COLAGENOPATÍAS

(pág. 19)

1. Perfil de autoanticuerpos entre los pacientes con Fenómeno de Raynaud: datos de un registro local
2. Gravedad, percibida por el paciente del Fenómeno de Raynaud: ¿varía según la estación del año?
3. Prevalencia de xerostomía y xeroftalmia subjetiva entre los pacientes con Fenómeno de Raynaud
4. Estudio descriptivo de una serie de 58 pacientes diagnosticados de enfermedad de Behçet en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Valencia
5. Efectividad del micofenolato como terapia de mantenimiento tras la administración de ciclofosfamida en el tratamiento de la enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis sistémica
6. Efectividad de rituximab en la afección articular de la esclerosis sistémica: estudio piloto
7. Efecto de bosentán sobre la microcirculación capilar en pacientes con esclerosis sistémica y úlceras digitales. Análisis capilaroscópico de 6 pacientes
8. Empleo de la capilaroscopia en la distinción entre Fenómeno de Raynaud primario y secundario. Propuesta de un modelo predictivo de Raynaud secundario
9. Presencia de determinados tipos de autoanticuerpos en diferentes manifestaciones clínicas de la esclerodermia. Estudio de 29 pacientes
10. Valor de la proteína C reactiva en la discriminación de infección y brotes en pacientes con lupus eritematoso sistémico
11. Consulta monográfica de miopatías en Reumatología: 3 años de experiencia
12. ¿son ototóxicos los antipalúdicos?

ARTRITIS

(pág. 25)

13. La edad es determinante en el aumento de la rigidez arterial en pacientes con artritis reumatoide
14. La rigidez arterial se incrementa con el tiempo en pacientes con artritis reumatoide. Factores relacionados con el cambio
15. Los pacientes con artritis reumatoide presentan mayor daño vascular subclínico respecto a personas sanas y a pacientes hipertensos
16. El ejercicio físico no influye sobre los marcadores de enfermedad cardiovascular subclínica en pacientes con artritis reumatoide
17. Sinovitis ecográfica en pacientes con artritis reumatoide y dosis optimizada de fármacos biológicos subcutáneos
18. Evaluación mediante ecografía de pacientes con artritis reumatoide en programa de optimización de dosis tratados con terapia biológica
19. Estudio farmacogenómico de la artritis reumatoide
20. Efectividad del rituximab en el tratamiento de la enfermedad pulmonar intersticial difusa asociada a la artritis reumatoide
21. Artritis reumatoide: positividad de anticuerpos antipeptido cíclico citrulinado como predictor de necesidad de terapia biológica
22. Tocilizumab: eficacia y seguridad a largo plazo en pacientes con artritis reumatoide
23. Estudio de pacientes con artritis reumatoide que alcanzan la remisión: cuántos y durante cuánto tiempo. Datos procedentes de un registro local

TERAPIA BIOLÓGICA

(pág. 30)

24. Efectos del rituximab sobre los niveles de inmunoglobulinas en los pacientes con artritis reumatoide
25. Optimización de dosis de fármacos biológicos subcutáneos en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias
26. Situación de la vacunación en pacientes con enfermedades reumáticas y en tratamiento con fármacos biológicos subcutáneos e inicio de proyecto de mejora de calidad de la atención en la consulta de Reumatología
27. Repercusión económica de la disminución de dosis en pacientes tratados con terapia biológica
28. Optimización de dosis en pacientes tratados con terapia biológica. Valoración clínica
29. Impacto económico de la optimización de anti-TNF en el tratamiento de artropatías inflamatorias
30. Seguimiento a 3 años del alargamiento del periodo de administración de tratamiento anti-TNF en pacientes con artritis reumatoide y psoriasis periférica en remisión/baja actividad
31. Seguimiento a 3 años del alargamiento del periodo de administración de tratamiento anti-TNF en pacientes con espondilitis anquilosante y artritis psoriásica axial en remisión/baja actividad
32. Análisis de la utilidad de la consulta telefónica de enfermería. Monitorización a dos años de pacientes tratados con fármacos subcutáneos
33. Análisis de la supervivencia terapéutica a 48 meses con tratamiento biológico subcutáneo en artritis crónicas
34. Impacto económico del alargamiento de dosis y monitorización de los niveles séricos de adalimumab y etanercept en pacientes con artritis reumatoide en remisión clínica: estudio preliminar de una unidad local de gestión de terapia biológica
35. Impacto económico del alargamiento de dosis y monitorización de los niveles séricos de adalimumab y etanercept en pacientes con espondilitis anquilosante y artritis psoriásica en remisión clínica: estudio preliminar de una unidad local de gestión de terapia biológica

36. El uso de febusostat en pacientes con gota y enfermedad renal crónica grave parece efectivo y seguro. Revisión retrospectiva
37. La farmacocinética de adalimumab en pacientes con patología reumatológica en condiciones de uso habitual difiere de la descrita en los ensayos clínicos y debe considerarse en los ajustes de intervalos entre dosis

ESPONDILARTRITIS

(pág. 39)

38. Papel de la vitamina D en la actividad de la enfermedad en artropatía psoriásica. Resultados preliminares
39. Aterosclerosis subclínica en pacientes con artritis psoriásica y papel de la vitamina D
40. Valoración de la discapacidad en la mano dominante de los pacientes con artritis psoriásica y su relación con los hallazgos ecográficos
41. Comparación entre la discapacidad funcional general y la específica de pie y tobillo en pacientes con artropatía psoriásica periférica
42. Estudio de manifestaciones extraarticulares y significado clínico de reactivantes de fase aguda en espondiloartritis
43. Valoración del cumplimiento de las recomendaciones para la prescripción segura de AINEs en pacientes con espondilitis axial

UVEÍTIS

(pág. 41)

44. Coroiditis serosa central: experiencia en una consulta multidisciplinar de uveítis
45. Tocilizumab en el tratamiento de la afección ocular refractaria en la enfermedad de Behçet
46. Resultados preliminares de la consulta multidisciplinar de uveítis de reciente comienzo del UHP La Fe de Valencia
47. Descripción de una cohorte de pacientes con uveítis endógena no infecciosa

OSTEOPOROSIS

(pág. 43)

48. Osteonecrosis maxilar: revisión de 14 casos diagnosticados en el Hospital General Universitario de Valencia. El correcto diagnóstico, es la mejor prevención
49. Evaluación del tratamiento con zoledronato intravenoso en pacientes con osteogénesis imperfecta en el UHP La Fe de Valencia
50. Análisis del remodelado óseo e incidencia de fracturas en una cohorte de pacientes con osteoporosis en tratamiento con zoledronato intravenoso
51. Suplementación de vitamina D en pacientes post-trasplante hepático: estudio a dos años
52. Análisis del metabolismo óseo y riesgo de fractura en pacientes con cáncer de próstata
53. Evaluación de la osteoporosis en pacientes con artritis reumatoide remitidos a densitometría ósea: menos osteoporosis esperada y mayor riesgo de fractura

CASOS CLÍNICOS

(pág. 47)

54. ¿Deberíamos considerar la enfermedad de Chagas en el cribado inicial antes del inicio de fármacos inmunosupresores? A propósito de un caso
55. Tocilizumab, una alternativa en el tratamiento de la coriorretinitis de Birdshot refractaria a anti-TNF α
56. Policondritis recidivante del adulto en tratamiento con adalimumab, a propósito de un caso

MISCELANEA

(pág. 48)

57. Osteoartropatía hipertrófica de rápida evolución. Revisión diagnóstica de casos en una consulta de Reumatología
58. Escuela de espondiloartritis
59. Concordancia diagnóstica de patologías musculoesqueléticas que ocasionan baja laboral en pacientes derivados por Atención Primaria al servicio de Reumatología de referencia
60. Eficacia de una intervención temprana y especializada en pacientes de baja laboral por patología musculoesquelética
61. Resultados de reumeval en la Comunidad Valenciana. Un sistema online para la evaluación docente de las rotaciones MIR en Reumatología
62. Actividad asistencial de consultas de urgencias de Reumatología en los casos derivados de urgencias
63. Análisis de la "consulta de intervención temprana en los procesos de incapacidad temporal de origen musculoesquelético" en el Departamento de la Marina Baixa
64. Uso de la ecografía músculo-esquelética entre jóvenes reumatólogos en Europa

Índice de Autores

Autor	Nº Resumen	Autor	Nº Resumen
A			
Achau Muñoz R.....	29	Garrido López BC.....	43
AIRE-MB (Grupo).....	1, 2, 3, 11, 23, 34, 35, 37, 53, 63, 64	Gil S.....	36, 59
Albert Espí G.....	6, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 38, 39, 44, 47, 54	Gil Latorre F.....	13, 14, 15, 16, 39
Alcañiz Escandell C.....	7, 8, 9, 10, 21, 22, 30, 31, 32, 33, 40, 41, 42, 46, 49, 50, 51, 52, 62	Gili Mulet B.....	9
Alegre Sáncho JJ.....	12, 13, 14, 15, 16, 20, 29, 38, 39, 44, 47, 54	Gómez-Lechón Quirós L.....	10
Almenar MV.....	11	Gómez Vaquero C.....	20
Álvarez de Cienfuegos Rodríguez A.....	24	González-Cruz Cervellera MI.....	4, 18, 19, 27, 28, 45, 48
Álvarez-Calderón Iglesias O.....	40, 41	González Pellicer R.....	54
Andrés Collado M.....	17, 36, 59	González Puig L.....	7, 8, 9, 10, 21, 22, 30, 31, 32, 33, 40, 41, 42, 46, 49, 50, 51, 52, 62
Arévalo Ruales K.....	7, 8, 9, 10, 21, 22, 30, 31, 32, 33, 40, 41, 42, 46, 49, 50, 51, 52, 62	Grau García E.....	7, 8, 9, 10, 21, 22, 30, 31, 32, 33, 40, 41, 42, 46, 49, 50, 51, 52, 62
B			
Begazo Cruz A.....	17, 25, 26	H	
Ballester Gil P.....	8	Heredia S.....	5, 6
Barber X.....	1, 2, 3, 11, 23, 34, 35, 37, 53, 63, 64	Hernández Garfella M.....	45
Belmonte Serrano MA.....	55, 60, 61	Herrera S.....	5, 20
Beltrán Catalán E.....	4, 18, 19, 27, 28, 45	Hervás Marín D.....	8, 9, 10, 21, 30, 31, 32, 33, 40, 41, 42, 49, 50, 51, 52
Borrell H.....	5, 6	Hervás Ontiveros A.....	46
C			
Calvo Catalá J.....	4, 19, 27, 28, 45, 48, 58	Horga JF.....	37
Casado Poveda A.....	57	I	
Casado Sánchez B.....	54	Iñigo Huarte V.....	58
Clarí R.....	11	Ivorra Cortés J.....	7, 8, 9, 10, 21, 22, 30, 31, 32, 33, 40, 41, 42, 46, 49, 50, 51, 52, 62
Climente Martí M.....	29	J	
Campos Fernández C.....	4, 18, 19, 27, 28, 45, 48, 58	Juste Díaz J.....	58
Cano C.....	1, 2, 3, 11, 23, 34, 35, 53, 63, 64	L	
Castellví I.....	5, 6	Labrador Sánchez E.....	7, 8, 9, 10, 21, 22, 30, 31, 32, 33, 40, 41, 42, 46, 49, 50, 51, 52, 62
Castillo Dayer PV.....	49, 50	Lerma Garrido JJ.....	55, 60, 61
Chalmeta Verdejo I.....	7, 8, 9, 10, 21, 22, 30, 31, 32, 33, 40, 41, 42, 46, 49, 50, 51, 52, 62	Llinares Tello F.....	34, 35, 37
Cortés Verdú R.....	43, 56	Llobet JM.....	5
D			
Dalmau Galofre J.....	12	Llopis Salvia P.....	29
F			
Feced Olmos C.....	7, 8, 9, 10, 21, 22, 30, 31, 32, 33, 40, 41, 42, 46, 49, 50, 51, 52, 62	Lirón Hernández FJ.....	57
Fernández Ortiz A.....	57	Lorente ML.....	1, 2, 3, 11, 23, 34, 35, 53, 63, 64
Ferrer Pastor M.....	58	Lozano Saez A.....	55, 60, 61
Fontanilla Ortega P.....	47	M	
G			
García Arenas JL.....	58	Martín Guillén S.....	24
García Armario MD.....	43, 56	Martínez Cordellat I.....	7, 8, 9, 10, 21, 22, 30, 31, 32, 33, 40, 41, 42, 46, 49, 50, 51, 52, 62
García de la Puente Murillo E.....	30	Martínez Costa L.....	12, 44, 47
		Martínez Cristobal A.....	57
		Martínez Ferrer A.....	12, 13, 14, 15, 16, 29, 38, 39, 44, 47, 54
		Martínez Moreno I.....	56
		Martínez Solís C.....	42
		Milara X.....	19
		Millán M.....	5

Autor	Nº Resumen	Autor	Nº Resumen
Molina García J	11, 34, 35, 37	S	
Molina M	5, 20	Sáez Moreno MA	21
Monte Boquet E	33	Salas Heredia E	1, 2, 3, 11, 23, 34, 35, 37, 53, 63, 64
Montoliu Antón A	55	Sanchis M	23, 53
Morello Ostos P	58	Sanfeliu J	19
Morena Barrios I de la	54	Santander F	44
Moya Herraiz A	51	Santos Soler G	1, 2, 3, 11, 23, 34, 35, 37, 53, 63, 64
Moya Nájera D	51	Senabre Gallego JM	1, 2, 3, 11, 23, 34, 35, 37, 53, 63, 64
Muñoz Gil S	43		
Mut Dólera T	43	T	
		Tarragó Simón E	56
N		Tejón Menéndez P	55, 60, 61
Nájera Herranz C	32	Tévar Sánchez M	24
Narváez J	5, 6, 20	Toniolo E	6
Negueroles Albuixech R	7, 8, 9, 10, 21, 22, 30, 31, 32, 33, 40, 41, 42, 46, 49, 50, 51, 52, 62	U	
Noguera Coito JM	54	Udaondo Mirete P	46
Nolla JM	5, 6, 20		
Núñez Cornejo Piquer C	7, 8, 9, 10, 21, 22, 30, 31, 32, 33, 40, 41, 42, 46, 49, 50, 51, 52, 62	V	
O		Valenzuela Gras M	12
Oller Rodríguez JE	12, 38, 44, 47, 54	Valero Sanz JL	7, 8, 9, 10, 21, 22, 30, 31, 32, 33, 40, 41, 42, 46, 49, 50, 51, 52, 62
Ordoñez JC	59	Valls Pascual E	12, 13, 14, 15, 16, 29, 38, 39, 44, 47, 54
Ortí Verdet MBC	33	Vela Casasempere P	17, 25, 26, 36, 59
Ortiz Sanjuán FM	7, 8, 9, 10, 21, 22, 30, 31, 32, 33, 40, 41, 42, 46, 49, 50, 51, 52, 62	Ventura Cerdá JM	29
P		Vera Donoso C	52
Pascual E	36	Vergara Dangond C	12, 13, 14, 15, 16, 38, 39, 44, 47, 54
Pastor Cubillo MD	4, 18, 19, 27, 28, 45, 48	Vicens Bernabéu E	12, 13, 14, 15, 16, 38, 39, 44, 47, 54
Peña MS	55	Villena M	44
Peñalver Pastor B	24	Y	
Pons A	1, 2, 3, 11, 23, 34, 35, 53, 63, 64	Ybañez García D	12, 13, 14, 15, 16, 29, 38, 39, 44, 47, 54
Poveda Marín G	32	Z	
Puentes Collazos FA	58	Zacarias A	20
Q		Zapater P	37
Quilis N	36		
R			
Ricse M	20		
Robustillo Villarino M	12, 13, 14, 15, 16, 38, 39, 44, 47, 54		
Rodilla Sala E	13, 14, 15, 16		
Román Ivorra JA	7, 8, 9, 10, 21, 22, 30, 31, 32, 33, 40, 41, 42, 46, 49, 50, 51, 52, 62		
Rosas J	1, 2, 3, 11, 23, 34, 35, 37, 53, 63, 64		
Rubert Torró M	52		
Rubio Fernández MD	58		
Rueda Cid A	4, 18, 19, 27, 28, 45, 48		