

Sociedad Valenciana de Reumatología

Publicación Oficial de la Sociedad Valenciana de Reumatología



XIX CONGRESO

CASTELLÓN · 22 y 23 de abril de 2016

10 Actualidad Profesional

Abstracts y Comunicaciones

Actualidad Científica

1 EDITORIALES

La SVR somos todos y de todos depende su futuro

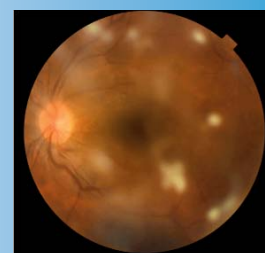
Belmonte Serrano M

2 Un nuevo reto, una vez más

Salas Heredia E

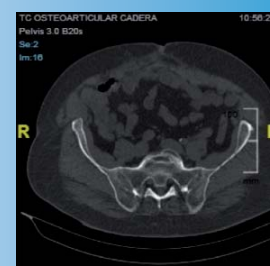
3 CASO CLÍNICO

Pars planitis de la infancia y adulto joven
Sánchez Sevilla JL,
Rosas J, Senabre
Gallego JM, Vivó
Devesa C



7 GALERÍA DE IMÁGENES

Fusión de la sínfisis del pubis en paciente con Espondilitis Anquilosante
Álvarez de Cienfuegos Rodríguez A, Tévar Sanchez M



8 Gota tofácea crónica

Álvarez de Cienfuegos Rodríguez A, Tévar Sanchez M

9 Dolor en pie en paciente con LES

Senabre JM, Rosas J, Santos G, Salas E



**Revista de la Sociedad
Valenciana de Reumatología****EDITOR**

José Rosas Gómez de Salazar

COEDITOR

Juan Antonio Castellano Cuesta

SECRETARIO 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@ibanezypalaza.com

www.ibanezypalaza.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 Jovaní

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>

La SVR somos todos y de todos depende su futuro

BELMONTE SERRANO M

Presidente saliente de la SVR



uando escribo este editorial faltan pocos días para celebrar el XIX Congreso de nuestra querida SVR. ¿Realmente querida? No estoy del todo seguro, ya que no se ha presentado ninguna candidatura para renovar la presidencia tras la legislatura que ahora va a comenzar el Dr. Esteban Salas. ¿Se trata de desinterés, desilusión, desidia, desvinculación? Demasiados des-... Está claro que hacerse cargo

de una sociedad implica una cierta dedicación y compromiso, con un coste de tiempo para el que está al frente. La recompensa es la satisfacción moral y la posibilidad de liderar proyectos, y eso suele bastar para estimular la participación de los socios. Nunca había sucedido, que yo recuerde, que faltara un candidato para continuar la labor organizativa de esta sociedad científica, y menos cuando ésta tiene mayor éxito y prestigio que nunca, especialmente fuera de la Comunitat.

De hecho, el congreso que vamos a celebrar en Castellón es un referente a nivel nacional; contará con mas de 20 ponencias (alguna de rango internacional) y más de 60 pósters y comunicaciones, lo que no está nada mal para un congreso regional. Esto es una buena muestra de la potencia científica y docente que se desarrolla en nuestro entorno, y que merece seguir adelante. Para ello desde aquí hago un llamamiento a todos los socios, seniors y juniors, para estimular el relevo en el órgano rector de la sociedad. La sociedad es de todos, y todos tenemos el deber de colaborar en ella. ¡El show debe continuar!

El congreso de este año va a contar con un presupuesto realmente ajustado. La persistente crisis económica y el cambio de actitud de la industria farmacéutica, que es pilar indispensable para el evento, va dirigida cada vez más a colaboraciones específicas y menos a participar en eventos de sociedades científicas. La consecuencia es que cada año todos los patrocinadores ajustan a la baja sus aportaciones, que en algunos casos son casi testimoniales. Aunque valoramos inicialmente la posibilidad de realizar el congreso en Morella, finalmente la sede será el Hotel Luz de Castellón, que tiene excelentes instalaciones y suficiente capacidad hotelera, estando situado junto a la estación de Adif, lo que asegura buenas comunicaciones.

Con este congreso me despido de la presidencia de la SVR. Han sido dos años interesantes, donde hemos consolidado una nueva secretaría técnica que responde bien a nuestras necesidades y hemos seguido con la pauta de reuniones y eventos científicos. Se ha renovado el website y mantenemos la revista de SVR. Sobre este punto, las colaboraciones actuales son notoriamente escasas, por lo que resulta imprescindible que enviemos originales y revisiones, aprovechando las numerosas comunicaciones presentadas en el congreso, a fin de mantener este elemento de difusión científica propio, interesante y prestigioso.

En este congreso presentaremos los resultados del proyecto de Memoria Histórica SVR, dirigido a recordar los hitos de las legislaturas de la SVR desde sus comienzos. Agradezco al Dr. F. Pérez Torres el esfuerzo realizado para poner en orden todos los datos necesarios para elaborar esta memoria.

También deseo agradecer a todos los miembros de la Junta de SVR su colaboración y participación, ya que sin ellos esta andadura no hubiese sido posible. Terminando dando ánimos a los jóvenes, para que presenten sus iniciativas y para que contribuyan a que esta sociedad científica sea cada día más próspera.

Un nuevo reto, una vez más

SALAS HEREDIA E

Presidente electo de la SVR

El Editor de esta Revista, nuestro querido amigo Pepe Rosas, me invita a desarrollar una sencilla “declaración de intenciones” como nuevo Presidente de la SVR. Hace ya dos años, qué rápido pasa el tiempo, acepté la invitación de algunos compañeros a presentar mi candidatura, que refrendasteis en el último Congreso de Alicante. Ha llegado el momento de devolveros esa confianza, teñida de cariño y cierta inocencia, en forma de compromiso y entrega a esta tarea, absolutamente inesperada para mí, en las postrimerías de mi andadura profesional. Vaya por delante mi agradecimiento sincero, por regalarme ese inmerecido honor.

No “puedo prometeros, ni prometo” ningún cambio relevante o espectacular, durante los próximos dos años. Sería imprudente, incluso desleal, atreverme a enmendar la plana a los compañeros que me han precedido en el cargo. Creo que compartiréis conmigo la sensación de que, con su estilo propio, todos y cada uno de ellos lo desempeñaron de manera brillante y eficaz, dándonos lo mejor de ellos mismos. Desde aquí y ahora quiero agradecerles a todos, pero especialmente a actual Presidente, Miguel Belmonte, que con su habitual elegancia y derrochando amistad, me ha permitido compartir muchas de sus decisiones, para allanarme el camino.

Por tanto, con el listón muy alto, me enfrento al reto, como hicieron ellos en su día, de mantener los logros alcanzados por nuestra Sociedad, adaptarlos a la situación actual de nuestro país, y aportar otro granito de arena, que consolide y justifique su existencia.

Permitidme compartir estas inquietudes, a modo de reflexiones en voz alta que, desde este momento, os invito a enriquecer con las vuestras, bien sea por coincidencia, o por desacuerdo con ellas. Esto

CREO QUE LA REVISTA DE LA SVR ES NUESTRA MEJOR CARTA DE PRESENTACIÓN FUERA DE NUESTRO ENTORNO, UN MAGNÍFICO ESCAPARATE PARA COMENZAR A DAR CIERTA VISIBILIDAD A NUESTROS TRABAJOS, IDEAL PARA COMPARTIR EXPERIENCIAS CLÍNICAS ENRIQUECEDORAS, Y MUCHAS COSAS MÁS. NO CREO QUE LA ESTEMOS USANDO Y VALORANDO ADECUADAMENTE

último para mí es esencial. Mi visión de la SVR es la de una estructura que nos ayude en nuestro quehacer como reumatólogos. Aunque son muchas las cosas que tenemos en común, también son muchas las diferencias ya sea en los medios de que disponemos, nuestros proyectos asistenciales o de investigación, las áreas de interés, etc, que nos pueden llevar por distintos derroteros. Entiendo que el Presidente y la Junta Directiva deben ser sensibles a esas diferencias, para intentar personalizar la atención de la Sociedad a sus socios. Me encantaría recibir sugerencias, inquietudes, críticas constructivas, iniciativas, y todo aquello en que penséis que os podemos ayudar. ¡Dadnos trabajo!

Afortunadamente disponemos de canales de comunicación cada vez rápidos y fáciles de usar. Utilizadlos. De todas maneras, revisaremos e intentaremos mejorar los disponibles, teléfono, e-mail, web, twitter, video llamada, etc, para que la participación sea “en tiempo real”. Aunque asumo toda la responsabilidad de la

gestión, espero que el proyecto sea común y compartido.

En mi opinión, un potencial peligro que nos acecha es el envejecimiento de la Sociedad. Aunque es una gran satisfacción para todos el volvernos a encontrar año tras año, no debemos olvidar que, poco a poco, debemos pasar el testigo a los que un día serán nuestro relevo. Por ello, creo que facilitar e impulsar la actividad de los más jóvenes debe ser un objetivo prioritario.

En los actuales momentos de recortes económicos, se hace más necesaria que nunca nuestra Fundación para reforzar y ampliar la política de Becas, para completar la formación, proyectos de investigación, asistencia a Congresos, etc. También se deben apoyar las iniciativas docentes o formativas que puedan surgir, como las reuniones para compartir casos clínicos, cursos específicos, o actividades de los grupos interesados en ciertas patologías. Una de estas acciones, que quiero sugerir y apoyar es la puesta en marcha unos Cursos Básicos de Investigación, para facilitar el diseño y ejecución de proyectos emergentes, y alcanzar los estándares de calidad imprescindibles hoy en día.

¿Cómo podemos estimularnos a realizar estos esfuerzos extraordinarios? No es nuestro papel castigar la desidia ni el desinterés, allá cada cual con su conciencia, pero sí que lo es premiar el buen hacer, el sacrificio, la originalidad, la inquietud, el interés, la pasión por el conocimiento y el amor a la profesión. Podemos articular Premios a las comunicaciones a congresos, a los mejores artículos publicados, a los proyectos de investigación, e incluso a la trayectoria profesional, ya sea de grupos o personas.

Los Congresos son una de las actividades más relevantes de la Sociedad. Aunque el formato de los mismos está bastante probado por la experiencia de los años, siempre es posible introducir alguna novedad que los revitalice, así como dar relevancia y espacio a los grupos de trabajo que lo requieran. Esperamos que se puede mantener y, si es posible, incrementar la habitual colaboración de la industria farmacéutica, para que continuemos disfrutando

tando de estos encuentros a anuales, con ponencias brillantes y enriquecedoras.

Es mi intención programar algunas jornadas monográficas, inter-congresos, sobre temas reumatológicos de gran interés socio-sanitario. La lista de posibilidades es amplia, por lo que será necesario abordar las que parezcan más relevantes y realizables. En este sentido, espero contar con la opinión de los socios a través de sencillas encuestas "on line".

Creo que la Revista de la SVR necesita de nuestra atención y cuidados. La edición es impecable, y los contenidos son brillantes, pero... escasean. Es nuestra mejor carta de presentación fuera de nuestro entorno, un magnífico escaparate para comenzar a dar cierta visibilidad a nuestros trabajos, ideal para compartir experiencias clínicas enriquecedoras, y muchas cosas más. No creo que la estemos usando y valorando adecuadamente. Se han encendido algunas alertas. Si no la apoyamos decididamente podría desaparecer. ¿Es esto lo que queremos? Me gustaría plantear un debate abierto, realista, sincero, para encontrar fórmulas para un compromiso activo y duradero. Animo a todos a participar en él, con todas las sugerencias, ideas o propuestas, a través de un foro específico en nuestra página Web.

Podríamos seguir reflexionando, y lo haremos en otro momento, sobre otros muchos asuntos, como las relaciones institucionales, la política económica, la administración de la Sociedad, y un largo etcétera. Pero quiero ir terminado estas líneas, mi primer contacto con todos vosotros, con una encendida defensa de nuestra identidad y de nuestra importancia en la sociedad.

Trabajamos para aliviar el dolor, curar y prevenir las enfermedades reumáticas. Son demasiadas para unos pocos. Tenemos que estar preparados para ser eficientes. Es una tarea ardua pero apasionante. La Sociedad Valenciana de Reumatología se ha creado para acompañar a todos en este maravilloso viaje, para compartir experiencias, para darnos fuerza, y para completarnos mutuamente. Es una nave magnífica, con una gran historia y un excelente futuro. Gracias por dejarme pilotarla, pero por favor, no dejéis de remar.

Pars planitis de la infancia y adulto joven

SÁNCHEZ SEVILA JL, ROSAS J, SENABRE GALLEGO JM, VIVÓ DEVESA C

Servicios de Oftalmología y Reumatología del Hospital Marina Baixa. Villajoyosa (Alicante).

Unidad de Uveítis y Patología Ocular Inflamatoria

Correspondencia: Juan Luis Sánchez Sevilla - Servicio de Oftalmología - Hospital Marina Baixa - Avda. Alcalde Jaime Botella Mayor, 7 - 03570 Villajoyosa (Alicante)

✉ sanchez.se@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Las uveítis intermedias son un subgrupo de uveítis en el que el vítreo constituye la localización principal de la inflamación¹. Afecta al vítreo anterior y a su base a nivel del cuerpo ciliar y *pars plana*. Las formas de uveítis intermedia en las que no se ha encontrado ninguna entidad subyacente, y que típicamente debutan en niños y/o adolescentes, se consideran idiopáticas y reciben el nombre de *pars planitis*².

La uveítis intermedia aglutina hasta un 15% de los casos de uveítis. En la infancia y adolescencia supone hasta el 25% de los casos². Muestra una distribución bimodal, ya que afecta a un grupo de menor edad (5-15 años) y a otro de mayor edad (20-40 años)². No se ha determinado la patogenia de la *pars planitis*, si bien, apunta hacia reacciones autoinmunitarias frente al vítreo, la retina periférica y el cuerpo ciliar. No es hereditaria aunque se ha observado en determinadas familias. Ha sido descrita la existencia de una asociación de los alelos HLA-DR15 y HLA-DR51 y la *pars planitis*. Los pacientes HLA-DR15 positivos con este tipo de uveítis pueden presentar hallazgos sistémicos de otras enfermedades relacionadas con este alelo como esclerosis múltiple, neuritis óptica y narcolepsia³⁻⁵.

La evolución clínica se divide en tres categorías diferentes. Aproxima-

damente el 10% de los pacientes sigue una evolución benigna con resolución espontánea; el 30% presenta una evolución insidiosa con remisiones y reagudizaciones, y el 60% muestra una evolución prolongada carente de exacerbaciones. En la mayoría de los casos la enfermedad entra en remisión espontánea en un período de 5-15 años^{2,3}.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un varón de 20 años de edad, remitido a la consulta Oftalmo-Reuma de uveítis y patología ocular inflamatoria, por un cuadro de pérdida de agudeza visual, de predominio en ojo izquierdo, de unos dos meses de evolución, sin otros síntomas oculares ni sistémicos acompañantes. No refería antecedentes personales de interés. Como antecedentes familiares, el padre recordaba haber padecido episodio de inflamación ocular en su juventud sin aportar más datos.

La agudeza visual era del 100% en el ojo derecho y del 40% en el ojo izquierdo. A la exploración en la cámara de hendidura, presentaba celularidad leve en polo anterior bilateral sin depósitos retroqueráticos ni sinequias iridianas. La presión intraocular estaba dentro de los límites normales. En el examen de fondo de ojo se apreciaron acúmulos vítreos centrales blanquecinos bilaterales más abundantes en ojo izquierdo y depósi-

tos inferiores cerca de la ora serrata ("snowballs" y "snowbanks") y envainamiento perivascular periférico bilateral (Fig.1, 2-4). No se observaron lesiones retinianas sugestivas de infección reciente o pasada ni signos de desprendimiento de retina. La tomografía de coherencia óptica (OCT) no mostró signos de edema macular y la angiografía con fluoresceína descartó la presencia de isquemia en periferia retiniana.

Con el juicio clínico de Uveítis intermedia-*pars planitis* bilateral se cursó analítica que incluía: hemograma y bioquímica básica, enzima convertidora de angiotensina (ECA), quantiferon y serología de sífilis. También se realizaron RX de Tórax y RNM cerebral con contraste. Tanto las pruebas analíticas como de imagen no mostraron alteraciones relevantes ni signos de ninguna entidad que pudiera causar la uveítis.

El paciente recibió inicialmente tratamiento con Prednisona 60 mg al día y fue evaluado a las tres semanas, recuperando totalmente la agudeza visual (100% en ambos ojos), con reducción de la inflamación vítrea, por lo que se procedió a la reducción gradual de la prednisona. Con 30 mg al día, prácticamente no se apreciaba uveítis. Sin embargo, al llegar a 15 mg al día, la inflamación vítrea aumentó en ambos ojos con repercusión en la agudeza visual del ojo izquierdo (70%) por lo que se decidió añadir metrotexate hasta 20 mg subcutáneo semanal.

A los tres meses en tratamiento con dosis bajas de corticoides y metrotexate, no se apreció inflamación en ojo derecho pero persistía en ojo izquierdo (aunque con mejoría desde la introducción del metrotexate). Se decidió añadir adalimumab, 1 inyección subcutánea de 40 mg cada 14 días, manteniendo la dosis subcutánea de metrotexate y los corticoides a dosis bajas (5-10 mg de prednisona). Tras cuatro meses desde la introducción del tratamiento biológico y una inyección peribulbar de triamcinolona depot, ha desaparecido en su totalidad la inflamación vítrea en ambos ojos (Fig. 5 y 6) y la agudeza visual del paciente se mantiene en el 100%.

DISCUSIÓN

Para llegar al diagnóstico de *pars planitis* se deben descartar otras causas de uveítis intermedia, tanto infecciosas como no infecciosas. Entre las primeras cabe destacar la tuberculosis, sífilis, enfermedad de Lyme y enfermedad por arañazo de gato. En cuanto a las no infecciosas merecen especial atención la escleritis múltiple y la sarcoidosis aunque también puede ser debida a otras entidades como la enfermedad de Behçet, la enfermedad inflamatoria intestinal y el linfoma intraocular (en mayores de 45 años)^{2,5}. Las pruebas complementarias realizadas, tuvieron en cuenta el posible diagnóstico diferencial, la edad del paciente y los datos de la anamnesis y exploración física. Las enfermedades sistémicas asociadas, especialmente las no infecciosas pueden debutar clínicamente muchos años después que la uveítis, por tanto siempre deben tenerse en mente y vigilar periódicamente su posible aparición².

En cuanto al tratamiento de la *pars planitis*, la observación es una opción válida en pacientes con formas leves y agudeza visual conservada². Los corticoides perioculares (triamcinolona), se consideran el tratamiento de primera línea en formas unilaterales y con brotes moderados e infrecuentes (<3 al año). Los corticoides sistémicos se utilizan en los casos de mayor gravedad, formas crónicas y afectación bilateral como el paciente del caso clínico que presentamos. Es de elección la prednisona a dosis iniciales de 1 mg/Kg/día, con reducción paulatina, en función de la respuesta clínica. El tratamiento intravítreo (triamcinolona o implantes de liberación prolongada), se utilizan generalmente como refuerzo del tratamiento sistémico en reactivaciones puntuales, debido a sus potenciales efectos secundarios (desprendimiento de retina, hemorragia vítrea, endoftalmitis y elevación mantenida de la presión intraocular). El siguiente escalón terapéutico, si los corticoides no logran controlar la inflamación o se produce un repunte tras su reducción, son los fármacos inmunomoduladores (micofenolato mofetilo,

metrotexate, ciclosporina A o tacrolimus)^{6,7}. Sin embargo, en la actualidad, cada vez se introducen más precozmente en el manejo de las uveítis intermedias los fármacos biológicos (especialmente adalimumab)^{8,9,10}, pero especialmente en este tipo de uveítis, es imprescindible descartar previamente la existencia de escleritis múltiple, dado que podría empeorarla. Por ello, se aconseja contar con una RNM cerebral en casos de uveítis intermedia, sobre todo si sospechamos que el paciente puede necesitar un fármaco biológico a corto-medio plazo².

En casos de isquemia retiniana y vasculitis periférica la ablación de la periferia retiniana mediante crioterapia y/o fotocoagulación puede ser un tratamiento efectivo^{11,12}.

El tratamiento quirúrgico (vitrectomía vía *pars plana*), se utiliza en casos refractarios o cuando el tratamiento inmunodepresor esté contraindicado o no sea conveniente por sus efectos secundarios sistémicos. La vitrectomía elimina las opacidades vítreas y puede reducir la actividad inflamatoria y la duración del proceso^{13,14}.

En el tratamiento de las *pars planitis* también se debe tener en cuenta sus posibles complicaciones: glaucoma, cataratas, edema macular (causa más frecuente de pérdida visual), membrana epiretiniana macular y neovascularización retiniana periférica secundaria a vasculitis isquémica que a su vez puede desencadenar desprendimiento de retina traccional y hemorragia vítrea¹⁵. Por todo ello el diagnóstico y el control precoz de la inflamación intraocular es fundamental para mejorar la agudeza visual del paciente y reducir secuelas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the First International Workshop. Am J Ophthalmol. 2005;140:509-16.
- 2.- Gallego-Pinazo R, Dolz-Marco R, Lozano V, Cabrera B, Díaz Llopis M. Uveítis intermedias y *pars planitis*. En: Uveítis y Escleritis. Diagnóstico y tratamiento. Ponencia de la Sociedad Española de Oftalmología 2014;276-78.

FIGURA 1

RETINOGRAFÍA INICIAL OJO DERECHO: BOLAS DE NIEVE O "SNOWBALLS"

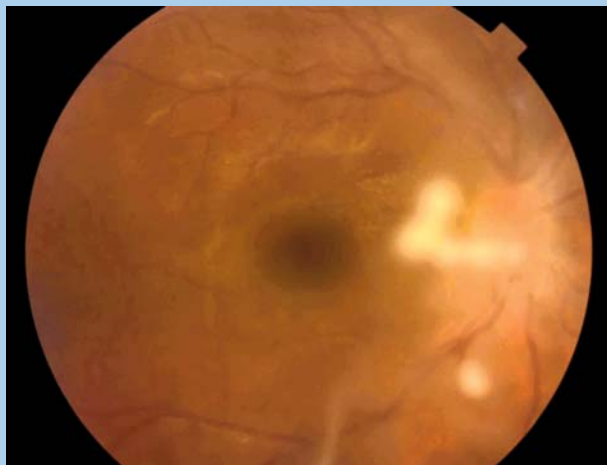


FIGURA 2

RETINOGRAFÍA INICIAL OJO DERECHO (RED FREE)

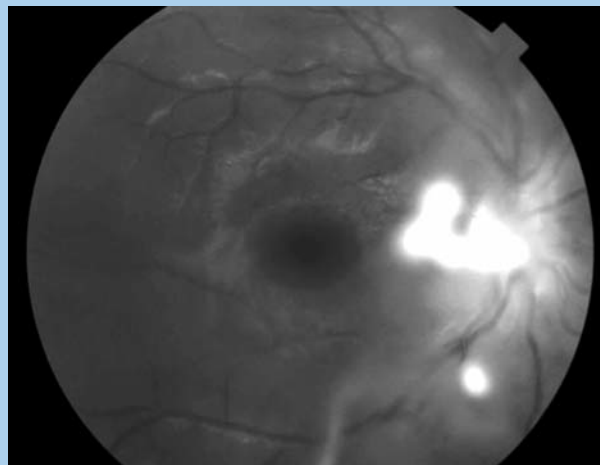


FIGURA 3

RETINOGRAFÍA INICIAL OJO IZQUIERDO: BOLAS DE NIEVE EN MAYOR CUANTÍA QUE EN OJO DERECHO

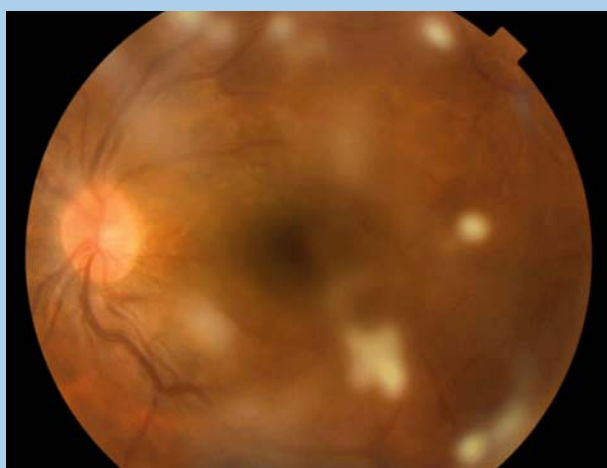


FIGURA 4

RETINOGRAFÍA INICIAL OJO IZQUIERDO (RED FREE)

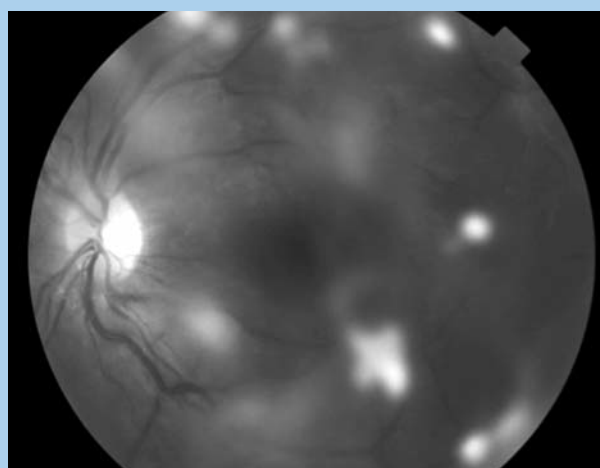


FIGURA 5

RETINOGRAFÍA TRAS TRATAMIENTO OJO DERECHO: SE APRECIA DESAPARICIÓN DE LOS "SNOWBALLS"



FIGURA 6

RETINOGRAFÍA TRAS TRATAMIENTO OJO IZQUIERDO: AUSENCIA DE CONDENSACIONES VÍTREAS



- 3.- Liesegang TJ, Skuta GL, Cantor LB. Uveitis no infecciosa (autoinmunitaria). En: *Inflamación intraocular y uveítis* (AAO) 2007-2008;166-71.
- 4.- Oruc S, Duffy BF, Mohanakumar T, Kaplan HJ. The association of HLA class II with pars planitis. *Am J Ophthalmol.* 2001;131:657-59.
- 5.- Babu BM, Rathinam SR. Intermediate uveitis. *Indian J Ophthalmol.* 2010 Jan-Feb; 58(1): 21-27.
- 6.- Rathinam SR et al. A randomized clinical trial comparing methotrexate and mycophenolate mofetil for noninfectious uveitis. *Ophthalmology* 2014;121:1863-70.
- 7.- Gangaputra S et al. Methotrexate for ocular inflammatory diseases. *Ophthalmology* 2009; 116:2188-98.
- 8.- Levy-Clarke et al. Expert panel recommendations for the use of anti-tumor necrosis factor biologic agents in patients with ocular inflammatory disorders. *Ophthalmology* 2014;98:1-12.
- 9.- Dobner BC, et al. A three-centre experience with adalimumab for the treatment of non-infectious uveitis. *Br J Ophthalmol* 2013;97: 134-38.
- 10.- Díaz LLopis et al. Treatment of refractory uveitis with adalimumab: a prospective multicenter study of 131 patients. *Ophthalmology* 2012;119:1575-81.
- 11.- Park SE et al. Peripheral scatter photocoagulation for neovascularization associated with pars planitis. *Arc Ophthalmol.* 1995;113: 1277-80.
- 12.- Shon EH et al. Peripheral Cryoablation for Treatment of Active Pars Planitis: Long-Term Outcomes of a retrospective study. *Am J Ophthalmol.* 2016;162:35-42.
- 13.- Dugel PU et al. Pars plana vitrectomy for intraocular inflammation- related cystoid macular edema unresponsive to corticosteroids. A preliminary study. *Ophthalmology* 1992;99:1535-41.
- 14.- Potter MJ et al. Vitrectomy for pars planitis complicated by vitreous hemorrhage: visual outcome and long term follow-up. *Am J Ophthalmol.* 2001;131:514-15.
- 15.- Malinowski SM et al. Long-term visual outcome and complications associated with pars planitis. *Ophthalmology* 1993;100:818-24.

GALERÍA DE IMÁGENES

Fusión de la sínfisis del pubis en paciente con Espondilitis Anquilosante

Álvarez de Cienfuegos Rodríguez A, Tévar Sánchez M

Servicio de Reumatología. Hospital Vega Baja. Orihuela (Alicante)

Correspondencia: Antonio Álvarez de Cienfuegos Rodríguez - Sección de Reumatología - Hospital Vega Baja - Almoradi, s/n - 03314 San Bartolomé - Orihuela (Alicante)

✉ antonioalvarezdc@gmail.com

Se presentan las imágenes de radiografía y de TAC, de paciente con espondilitis anquilosante y fusión de la articulación de la sínfisis del pubis, que se afecta en menos del 20% de los casos.

Imagen 1. Radiografía anteroposterior de pelvis, donde se aprecia tanto la fusión de las articulaciones sacroilíacas como de la sínfisis del pubis.



Imagen 2. TAC osteoarticular de pelvis donde se observa fusión de articulaciones sacroilíacas.

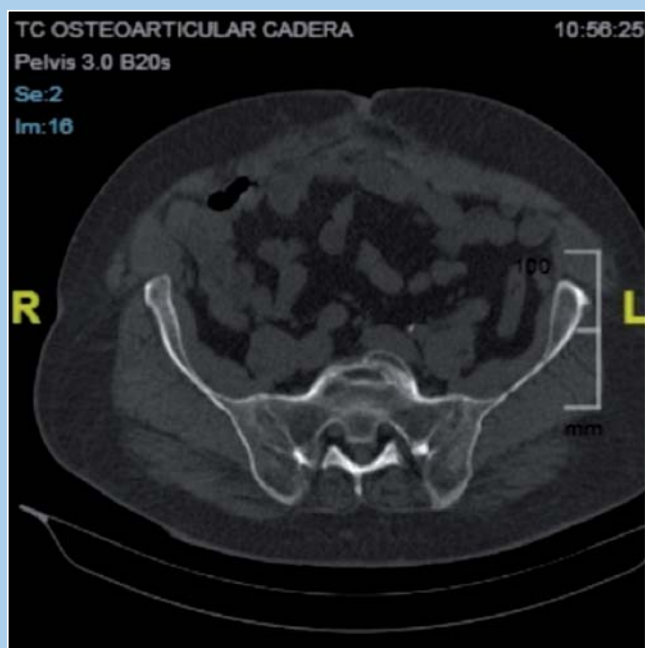
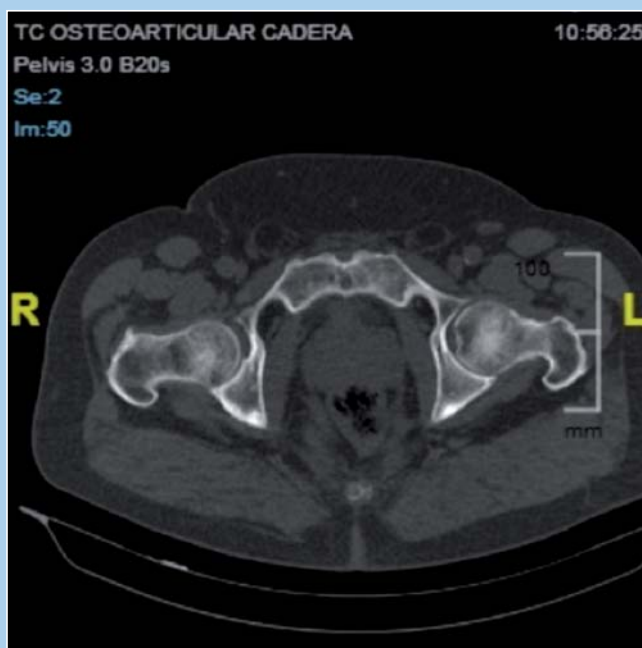


Imagen 3. TAC osteoarticular de pelvis donde se observa la fusión de la articulación de la sínfisis del pubis.



GALERÍA DE IMÁGENES

Gota tofácea crónica

Se presentan imágenes de paciente con tofos y su correlación con las imágenes radiográficas.

Álvarez de Cienfuegos Rodríguez A, Tévar Sánchez M
Sección de Reumatología. Hospital Vega Baja. Orihuela (Alicante)
Correspondencia: Antonio Álvarez de Cienfuegos Rodríguez -
Servicio de Reumatología - Hospital Vega Baja - Almoradi, s/n -
03314 San Bartolomé - Orihuela (Alicante)
✉ antonioalvarezdc@gmail.com

Imagen 1. Codo derecho con tofos y radiografía lateral de codo derecho donde se observa tumefacción nodular de partes blandas.



Imagen 2. Radiografía lateral de codo izquierdo con tumefacción de partes blandas a nivel de la bursa olecraneana.



Imagen 3. Mano derecha con tofos y radiografía anteroposterior de mano derecha con tumefacción de partes blandas, múltiples erosiones y dedos en flexo.



Imagen 4. Mano izquierda con tofos y radiografía anteroposterior con tumefacción de partes blandas, pinzamiento articular y erosiones en sacabocado.

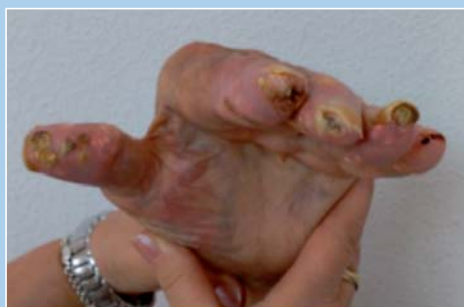


Imagen 5. Pies con tofos y radiografía anteroposterior de pies con tumefacción de partes blandas, pinzamiento articular y erosiones en sacabocado.



GALERÍA DE IMÁGENES

Dolor en pie en paciente con LES

Senabre JM, Rosas J, Santos G y Salas E

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

Correspondencia: José M Senabre - Sección Reumatología - Hospital Marina Baixa - Avda. Alcalde Jaume Botella Mayor, 7 - 03570 Villajoyosa (Alicante)

✉ senabre@senabrereumatologo.com

Se presenta el caso de una mujer, de 47 años, premenopáusica, con LES de más de 20 años de evolución, que consulta por dolor al apoyo en pie derecho. Había recibido tratamiento con inmunosupresores y prednisona a dosis variables de 10-20 mg/día. En el momento de la consulta recibía tratamiento con hidroxicloroquina, azatioprina y belimumab, además de prednisona 7,5 mg/día, calcio y vitamina D. Se realiza radiografía simple sin observar alteraciones (Imagen 1). Ante la persistencia de la clínica se realiza ecografía que detecta fractura metatarsiana (Imagen 2) que se confirma mediante resonancia magnética (Imagen 3). El vídeo de la ecografía se puede consultar en el siguiente enlace: <http://airemb.es/fractura-metatarsiano-sin-alteraciones-en-la-radiografia/>

Imagen 1. Radiografía simple de pie derecho. No se observan fracturas.



Imagen 2. Ecografía de pie derecho. Exploración longitudinal sobre el 2º metatarsiano que muestra solución de continuidad en la cortical ósea, con imagen hiperecoica superpuesta y señal Doppler, que corresponde al calo de fractura en formación.

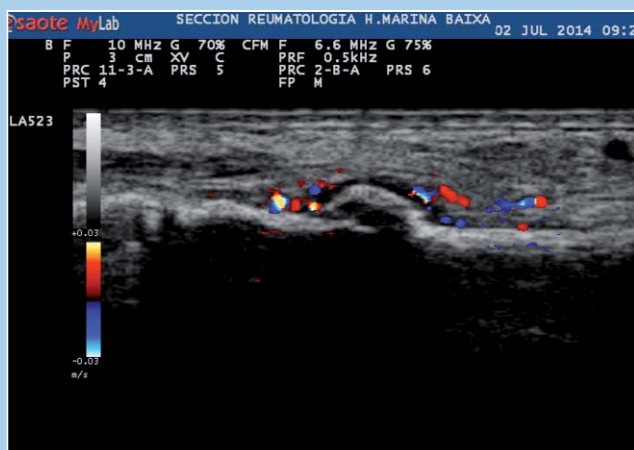


Imagen 3. Resonancia magnética de pie dcho. Secuencia T2 sagital con saturación grasa. Se observa línea hipointensa irregular que atraviesa la médula ósea con edema óseo adyacente hiperintenso.

Programa



VIERNES 22 DE ABRIL

9:30-18:00 **Entrega de documentación - Colocación pósters**

10:00-11:15 **SELECCIÓN COMUNICACIONES ORALES**
Moderadores: María Teresa Buades Soriano (Hosp. Quirón, Valencia); María Concepción Julia Molla (Hosp. Malvarrosa, Valencia); Nagore Fernández-Llanio (Hosp. Arnau de Vilanova, Valencia)

11:15-11:45 **PAUSA CAFÉ Nº1 - VISITA POSTERS**

11:45-13:20 **MESA OSTEOPOROSIS**
Moderadores: Esteban Salas Heredia (Hosp. de Vilajoyosa, Alicante); Javier Calvo Catalá (Hosp. General Univ. de Valencia)

11:45 **Osteoporosis y cáncer**
Isabel Martínez Cordellat (Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia)

12:05 **Treat to target vs Target to treat?**
Francesc Xavier Nogués Solán (Servicio de Medicina Interna, Hospital del Mar, Barcelona)

12:25 **Farmacoeconomía osteoporosis**
Miguel Belmonte Serrano (Hosp. General Univ. Castellón)

12:45 **A la vuelta de la esquina: nuevos tratamientos**
Angels Martínez (Hospital Dr. Peset, Valencia)

13:05 **Discusión**

13:20-15:30 **COMIDA DE TRABAJO**

15:30-16:45 **MESA ESPONDILOARTROPATIAS**
Moderadores: Cristina Campos (Hosp. General Univ. Valencia); María Pilar Trenor Larraz (Hosp. Clínico Univ. de Valencia)

15:30 **Ecografía en Artropatía psoriásica**
Jose Miguel Senabre Gallego (Hospital Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante)

15:50 **Inhibición de la progresión radiológica. ¿Son efectivos los tratamientos actuales?**
Elia Valls (Hosp. Dr. Peset, Valencia)

16:10 **Nuevas dianas en el tratamiento de Espondiloartritis**
Maria Isabel Tévar Sánchez (Hosp. Vega Baja, Orihuela)

16:30 **Discusión**

16:45-17:00 **INAUGURACIÓN**
Miguel Belmonte Serrano (Hosp. General Univ. Castellón)

17:00-18:15 **ENFERMERIA: Simposium especializado**
Moderadoras: Elena Grau García, Marisa Lorente Betoret

17:00 **Anticoncepción y consejo preconcepcional en pacientes con Lupus**
José Carlos Rosas

17:20 **La enfermera y el paciente con Lupus**
Gema Poveda Marín

17:40 **Mejorando la calidad de la atención. Control del RCV**
Nieves Martínez Alberola

17:00 **Discusión**

17:00-18:15 **MESA CONECTIVOPATIAS**
Moderadores: Paloma Vela Casasempere (Hosp. General Univ. de Alicante); Juan Antonio Castellano Cuesta (Hosp. Arnau de Vilanova, Valencia)

17:00 **Avances en lupus eritematoso sistémico**
Alejandra Begazo (Hosp. Arnau de Vilanova, Valencia)

17:20 **Avances en esclerodermia**
Juan Jose Alegre Sancho (Hosp. Dr. Peset, Valencia)

17:40 **Avances en uveítis**
Vega Jovani (Hosp. General de Alicante, Alicante)

18:00 **Discusión**

18:15-18:40 **PAUSA CAFÉ Nº2 - VISITA POSTERS**

18:40-19:00 **PRESENTACIÓN MONOGRAFIA: HISTORIA DE LA SVR**

Francisco Perez Torres

19:00-20:00 **ASAMBLEA GENERAL SVR**

20:00-20:30 **INFORME DEL PATRONATO FVR**

21:30 **CENA INSTITUCIONAL SVR**

SÁBADO 23 DE ABRIL

09:00-10:15 **MESA MICROCRISTALINAS y ARTROSIS**
Moderadores: José Ivorra Cortes (Hosp. Univ. i Polit. La Fe, Valencia); Juan José Alegre Sancho (Hosp. Univ. Dr. Peset, Valencia)

09:00 **Avances en el tratamiento de la artritis por PFCD**
Francisca Sivera (Hosp. General Univ. de Elda, Alicante)

09:20 **Valor de la ecografía en la patología microcristalina**
Carlos Fedec (Hosp. Univ. i Polit. La Fe, Valencia)

09:40 **Actualización en el uso de la viscosuplementación y de las terapias regenerativas en el tratamiento de la artrosis**
Desamparados Ybáñez (Hosp. Dr. Peset, Valencia)

10:00 **Discusión**

10:15-10:30 **PAUSA CAFÉ Nº3 - VISITA POSTERS**

10:30-11:45 **MESA ARTRITIS REUMATOIDE**
Moderadores: José Andrés Román Ivorra (Hosp. Univ. i Polit. La Fe, Valencia); José Carlos Rosas Gomez de Salazar (Hosp de Vilajoyosa, Alicante)

10:30-11:10 **¿Cómo ha evolucionado el uso de Biológicos tras la implantación de la normativa SAISE en hospitales de la CV?**

10:30 Paloma Vela Casasempere (Hospital General Universitario de Alicante)

10:45 José A. Román Ivorra (Hosp. Univ. i Polit. La Fe, Valencia)

11:00 **Discusión**

11:10 **¿Qué papel debería tener la ecografía en la toma de decisiones terapéuticas?**

Enrique Batlle (Hospital Sant Joan d'Alacant)

11:30 **Discusión**

11:45-13:45 **FISIOPATOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS**

Moderadores: Miguel Belmonte Serrano (Hosp. General Univ. Castellón); Francisco Javier Navarro Blasco (Hosp. Univ. Elx, Alicante)

11:45 Can synovial pathobiology inform diverse disease evolution and response to therapy in rheumatoid arthritis? Towards Precision Medicine

Costantino Pitzalis. Queen Mary University of London.

12:20 **Discusión**

12:30 **Novedades en fisiopatología de las enfermedades reumáticas**

José L. Pablos (Hospital 12 de Octubre, Madrid)

13:00 **Discusión**

13:10 **Consejo Genético en las enfermedades reumáticas**

Sonia Santillan (Sistemas Genómicos)

13:45 **Discusión**

14:00-14:15 **ACTO DE CLAUSURA**

14:30-16:00 **COMIDA DE CLAUSURA**

Listado de resúmenes

Nº Orden	Título	Número Exposición
ARTRITIS REUMATOIDE		
1	Relación entre el índice de masa corporal y la composición corporal medida por impedanciometría con factores de riesgo cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide	3
2	Relación entre la actividad de la artritis reumatoide en pacientes tratados con fármacos biológicos y medidas antropométricas (índice de masa corporal y grasa corporal)	18
3	La artritis psoriásica y la artritis reumatoide tienen un efecto pro-aterogénico similar	42
4	Evaluación mediante ecografía de pacientes con artritis reumatoide en programa de optimización de dosis tratados con terapia biológica	46
COLAGENOPATÍAS		
5	Evaluación de la función pulmonar en pacientes con diagnóstico de pre-esclerodermia: análisis de 41 pacientes	1
6	Diferencias en las manifestaciones clínicas según el patrón de autoinmunidad en pacientes con lupus eritematoso sistémico	4
7	Estrés oxidativo aumentado en pacientes con lupus eritematoso sistémico con mayor daño acumulado	5
8	Belimumab en lupus eritematoso sistémico: experiencia de empleo en 5 pacientes de un hospital de referencia	6
9	Relación entre daño acumulado y discapacidad reconocida por el INSS en pacientes con lupus eritematoso sistémico	7
10	Discrepancias entre los valores séricos de vit D y la suplementación en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Impacto en la enfermedad	8
11	Experiencia en el uso de 18f-FDG PET/CT en pacientes con polimialgia reumática en el H.U.P. La Fe	10
12	Utilidad de los criterios preliminares EUSTAR para esclerosis muy temprana y los criterios Le Roy para pre-esclerodermia en la identificación de pacientes en riesgo de desarrollar esclerosis sistémica	12
13	Evaluación de la prevalencia de abortos y bloqueo auriculoventricular fetal en una serie de pacientes con positividad para anticuerpos anti-Ro y anti-La	17
14	Evaluación del daño acumulado en pacientes con lupus eritematoso sistémico como posible nuevo factor de riesgo cardiovascular	19
15	Evaluación de las manifestaciones clínicas actuales y al debut de la enfermedad en pacientes con lupus eritematoso sistémico	20
16	Descripción de una serie de lupus de inicio tardío	21
17	Incidencia de neoplasia en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico	22
18	Síndrome de linfocitosis hemofagocítica secundaria (SLHS) en pacientes adultos. Causas frecuentes, curso clínico, tratamiento y factores de mal pronóstico. Comparación entre pacientes con enfermedad autoinmune previa (Síndrome de activación macrofágica, SAM) y otras causas de SLHS. Estudio sobre treinta y dos casos	26
19	La aterosclerosis subclínica es inferior en pacientes con esclerosis sistémica que en pacientes con artritis reumatoide	37
20	Capilaroscopia y afección macrovascular en pacientes con esclerosis sistémica	38
21	Factores relacionados con el desarrollo de aterosclerosis en pacientes con esclerosis sistémica	39
22	Estudio del papel de la IL-6 en el desarrollo de aterosclerosis en pacientes con esclerosis sistémica	40
23	Estudio descriptivo del embarazo en pacientes con enfermedad reumática inflamatoria sistémica	41
24	Utilidad del PET-TC como prueba de imagen diagnóstica en la aortitis inflamatoria	49
25	Consulta de uveítis en el HUP La Fe	64
26	Características en nuestro servicio de Reumatología de los pacientes con esclerodermia sistémica	66
ESPONDILOARTRITIS		
27	Relación entre el daño estructural y la discapacidad en los pacientes con artritis psoriásica y afectación de manos	2
28	Análisis de la discapacidad funcional general y la discapacidad específica de mano en pacientes con artritis reumatoide y artritis psoriásica	14
29	En pacientes con espondilitis anquilosante tratados con adalimumab, la combinación con FAME, aumenta el nivel de adalimumab y disminuye la aparición de inmunogenicidad	29
30	En pacientes con espondilitis anquilosante, tratados con adalimumab, la obesidad disminuye los niveles del fármaco y su eficacia clínica, sin aumento de inmunogenicidad	30
31	Asociación entre cambios entesopáticos y riesgo cardiovascular en pacientes con artritis psoriásica	34
32	Asociación entre cambios entesopáticos y marcadores de remodelado óseo en pacientes con artritis psoriásica	35
33	Validez de los índices para la exploración de entesis en artritis psoriásica entre exploradores con distinto nivel de experienciar	51

Nº Orden	Título	Número Exposición
TERAPIA BIOLÓGICA		
34	Utilidad de las sesiones de evaluación de tratamientos con fármacos biológicos en enfermedad reumática. Experiencia del comité de biológicos de un servicio de reumatología en un hospital de tercer nivel	11
35	Alteraciones lipídicas asociadas al tratamiento con tocilizumab: experiencia en dos centros hospitalarios	24
36	Ventajas de la vacunación por enfermería de reumatología de los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas: análisis del primer año	32
37	Evolución de la respuesta serológica a la vacuna frente a VHB en pacientes con espondiloartritis tratados con fármacos anti-TNF	43
38	Aparición de psoriasis paradójica en pacientes reumáticos con tratamiento biológico	47
39	Nivel de fármaco, anticuerpos anti-fármaco y actividad clínica en pacientes con espondiloartritis en tratamiento con adalimumab. Análisis preliminar	57
40	Tratamiento biológico en monoterapia en pacientes con artritis reumatoide en nuestra área	58
41	Resultados del tratamiento con inflectra en Hospital La Plana	60
42	Comparación preliminar de eficacia y seguridad del cambio de remicade® a infliximab biosimilar frente al mantenimiento con remicade® en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias	63
MICROCRISTALINA		
43	Las mujeres con gota presentan un peor perfil cardiovascular tras una evaluación estructurada	25
44	Detección de factores de riesgo cardiovascular no conocidos en pacientes incidentes con gota	45
45	Eventos cutáneos con febuxostat en pacientes con gota y reacción cutánea previa a alopurinol. Revisión retrospectiva	54
OSTEOPOROSIS		
46	Análisis del metabolismo óseo y factores de riesgo osteoporótico en pacientes con lesión medular	9
47	Estudio a dos años del metabolismo óseo en pacientes sometidos a trasplante hepático. Influencia del tratamiento antitresortivo y de la evaluación previa al trasplante	23
48	Unidad de fractura osteoporótica: prevalencia de fractura vertebral dorsal no documentada durante ingreso hospitalario	31
49	Valoración de vitamina D en pacientes con lupus eritematoso sistémico	48
MISCELÁNEA		
50	Monitorización de la evolución del paciente con gonartrosis tratado con ácido hialurónico mediante el test Womac. Estudio preliminar	13
51	Análisis retrospectivo de los pacientes afectados de lumbalgia que precisaron hospitalización durante el año 2014-2015 en el HUP La Fe	15
52	Actividad asistencial 2012-2015 de la consulta de urgencias de reumatología	16
53	Localización del dolor crónico referido al aparato locomotor, en una consulta de reumatología, ¿es única o múltiple?, ¿influye en la valoración del dolor?	27
54	Estudio de la prevalencia y caracterización del dolor irruptivo referido al aparato locomotor en una consulta de reumatología	28
55	El abordaje mixto (virtual-presencial) de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas en atención primaria permite la optimización de recursos	33
56	Niveles de calprotectina sérica en pacientes con brote de uveítis endógena no infecciosa	44
57	Análisis de las derivaciones de pacientes desde atención primaria a reumatología durante un año	50
58	Infertilidad y gestación en enfermedades reumáticas: utilidad de la aplicación de un protocolo de manejo multidisciplinar	52
59	Macroenzimas de la CK en pacientes con hiperckemia	56
60	Osteogénesis imperfecta. Descripción de 13 casos	61
61	Experiencia clínica con la enfermedad producida por el virus de chikungunya en nuestra consulta de reumatología	65
CASOS		
62	Uveítis anterior inducida por alopurinol	36
63	Síndrome de DRESS: a propósito de un caso	53
64	Sépsis neumocócica como debut de lupus eritematoso sistémico. A propósito de dos casos	55
65	Un caso de enfermedad por depósito de IgG4 presentado por síndrome poliadenopático, exoftalmos y artritis de tobillo	59
66	Tenosinovitis en LES inducido por sulfasalacina	62

Resúmenes ARTRITIS REUMATOIDE

1. RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y LA COMPOSICIÓN CORPORAL MEDIDA POR IMPEDANCIOMETRÍA CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (03)

Labrador Sánchez E¹, Ivorra Cortés J^{1,2}, Cámara Gómez R³, Porcar Lozano S², Alcañiz Escandell C^{1,4}, Arévalo Ruales K¹, Chalmeta Verdejo I¹, Feced Olmos C¹, Fragio Gil J¹, González Puig L¹, Grau García E^{1,4}, Martínez Cordellat I¹, Nájera Herranz C¹, Neguerols Albuixech R¹, Ortiz Sanjuán FM^{1,4}, Poveda Marín G^{1,4}, Valero Sanz JL¹, Fornés Ferrer V³, Román Ivorra JA^{1,2}

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

²Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. Valencia. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

⁴Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ⁵Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia

Objetivos: Determinar si la medición de la grasa corporal mediante impedanciometría muestra más relación que el IMC con los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide (AR) tratados con fármacos biológicos.

Material y métodos: Estudio longitudinal de 51 pacientes (84% mujeres) diagnosticados de AR. Tras un año de tratamiento con fármacos biológicos se recogieron datos demográficos (edad, tiempo de evolución), antropométricos (IMC, perímetro de cintura), parámetros de actividad de la enfermedad (área bajo la curva de Das28 durante el periodo de seguimiento, PCR, VSG, NAD, NAT, capacidad funcional (HAQ), tratamiento (corticoesteroides y número de biológicos recibidos)

y factores de riesgo cardiovascular: dislipemia (DL), diabetes mellitus (DM) e hipertensión arterial (HTA). La composición corporal se determinó mediante un pletismógrafo bioeléctrico tetrapolar de monofrecuencia (Bodystar 150). La grasa central se estudió por impedancia bioeléctrica AB-140 (Tanita Corp, Tokyo, Japan).

El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.2.3., utilizando modelos de regresión lineal simple, binomial y logística. En él se relacionaron los parámetros clásicos de riesgo cardiovascular con las variables de actividad, antropométricas y de composición corporal.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 56,53±12,05 años. El tiempo de evolución de la enfermedad fue de 13±8,3 años; el factor reumatoide resultó positivo en el 66% de los casos y el péptido citrulinado en el 71,8%; VSG 16,76±14,24 mm/h y PCR 3,69±5,21 mg/L. El DAS28 medio fue de 3,14±1,46 y el SDAI 9,92±6,52. El 47% de los pacientes tenían sobrepeso y el 25% obesidad por IMC.

La HTA, DL y DM se hallaban presentes en el 43,1%, 62,7%, 17,6% respectivamente. El 51% de los pacientes recibían tratamiento corticoideo.

En el análisis multivariante se observó una relación estadísticamente significativa entre la HTA y el porcentaje de grasa corporal ($p<0,0113$), el sexo femenino ($p<0,0150$) y los años de evolución de la enfermedad ($p<0,0214$); así como entre la dislipemia y el porcentaje de grasa central ($p<0,0183$). No se detectó relación entre el IMC y el perímetro de cintura con la DM, HTA y DL.

Conclusiones: En nuestro grupo de pacientes con artritis reumatoide los factores de riesgo cardiovascular clásicos como dislipemia e HTA se relacionan con la composición corporal medida mediante impedanciometría y no con el IMC.

2. RELACIÓN ENTRE LA ACTIVIDAD DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN PACIENTES TRATADOS CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS Y MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS (ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y GRASA CORPORAL) (18)

Labrador Sánchez E¹, Ivorra Cortés J^{1,2}, Cámara Gómez R³, Porcar Lozano S², Alcañiz Escandell C^{1,4}, Arévalo Ruales K¹, Chalmeta Verdejo I¹, Feced Olmos C¹, Fragio Gil J¹, González Puig L¹, Grau García E^{1,4}, Martínez Cordellat I¹, Nájera Herranz C¹, Neguerols Albuixech R¹, Ortiz Sanjuán FM^{1,4}, Poveda Marín G^{1,4}, Valero Sanz JL¹, Fornés Ferrer V³, Román Ivorra JA^{1,2}

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

²Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. Valencia. ³Servicio de Endocrinología y nutrición. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

⁴Grupo de Investigación en Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

⁵Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia

Objetivos: Determinar la relación de la actividad de la artritis reumatoide (AR) en pacientes tratados con fármacos biológicos, con el IMC y la grasa corporal.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 51 pacientes diagnosticados de AR. Tras un año de tratamiento con fármacos biológicos se recogieron datos demográficos, tratamientos recibidos, parámetros antropométricos (IMC) y de actividad

de la enfermedad: DAS28 bajo la curva, NAD, NAT, VSG, PCR y discapacidad mediante HAQ. La composición corporal se determinó mediante pletismógrafo bioeléctrico tetrapolar de monofrecuencia (Bodystar 1500). El análisis estadístico se realizó empleando el software R versión 3.2.3, utilizando modelos de regresión lineal simple, binomial y logística.

Resultados: La edad media de la población estudiada era 56,53±12,05 años y el 84,3% eran mujeres. El IMC medio era de 27,49 kg/m², presentando el 47% de pacientes sobrepeso y el 25,5% obesidad. El tiempo de evolución de la enfermedad era de 13±8,34 años. El 66% de pacientes presentaba positividad para factor reumatoide y el 71,8% para el péptido citrulinado. La VSG media fue de 16,76±14,24 mm/h y PCR 3,69±5,21 mg/L. El DAS28 medio fue de 3,14±1,46 y el SDAI 9,92±6,52. El 51% de pacientes recibía corticoterapia (92,3% dosis inferiores a 10 mg/día). El 49% de pacientes recibía tratamiento biológico en primera línea. No se encontró relación entre la actividad de la enfermedad con el IMC ni con el porcentaje de grasa corporal. La actividad de la enfermedad era significativamente mayor en pacientes con un segundo tratamiento biológico ($p<0,0041$) y en aquellos con mayor tiempo de evolución ($p<0,0198$).

Conclusiones: En nuestro grupo de pacientes con AR, ni el IMC ni la composición corporal se relacionaron con la actividad de la enfermedad. Los pacientes en un segundo escalón de tratamiento biológico sí presentaban una mayor actividad.

3. LA ARTRITIS PSORIÁSICA Y LA ARTRITIS REUMATOIDE TIENEN UN EFECTO PRO-ATEROGENICO SIMILAR (42)

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

¹Sección de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. ²Unidad de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Sagunto

Introducción: La aterosclerosis (AE) acelerada y el incremento de la rigidez arterial prematuro están asociadas a enfermedades inflamatorias crónicas como la artritis reumatoide (AR) (Gkaliagkousi et al., 2012) y la artropatía psoriásica (APs) (Eder et al., 2015). Sin embargo, se desconoce si existen diferencias en la presentación subclínica de la enfermedad aterosclerótica entre ambas patologías.

Objetivos: Estudiar las posibles diferencias de presentación de AE y rigidez arterial en pacientes con APs respecto a aquellos diagnosticados de AR.

Métodos: Se incluyeron de forma consecutiva pacientes diagnosticados de APs y AR sin enfermedad cardiovascular establecida, controlados en un hospital terciario. Una serie de 91 personas sanas se utilizó como grupo control. Se recogieron datos demográficos (edad, género, tabaquismo), clínicos [índice de masa corporal (IMC), tensión arterial sistólica y diastólica central (TASc/TADc)], analíticos [colesterol total y HDL a partir de los que se calculó el índice aterogénico (AI)] y de daño vascular [placas de ateroma, grosor de íntima media carotídeo (GIMc), velocidad de onda de pulso (VOP) e índice de aumentación (AIx)]. La detección de placa de ateroma y medición del GIMc se realizó mediante ecografía del árbol

carotídeo extracráneo, siguiendo el consenso de Mannheim (Touboul et al., 2012), con un ecógrafo Esaote® MyLabXV70, sonda lineal (7-12mHz) y un sistema automatizado para la medición del GIMc (Quality Intima Media Thickness in real-time, QIMT). Las variables de rigidez arterial (VOP y AIx) se obtuvieron con un sistema automatizado (Mobil O Graph®) mediante el análisis de las ondas de pulso braquial. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 17.0.

Resultados: Se valoraron un total de 181 pacientes con AR y 108 con APs. No se observaron diferencias demográficas significativas entre los tres grupos a excepción de la edad y el género.

Se observaron diferencias significativas en cuanto a la presencia de placa de ateroma sólo entre el grupo de AR y el grupo de sanos ($p=0,004$). Las medias de GIMc y la VOP no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre AR y APs ($p=0,936$ y $p=0,274$ respectivamente), pero sí con el grupo control ($p<0,001$ en ambos análisis). No se observaron diferencias de comportamiento del AIx entre los tres grupos.

Mediante un análisis de regresión lineal se observó que las diferencias de GIMc entre APs y AR con población sana se mantenían, ajustado por edad, género, tabaquismo, IMC y AI ($p=0,008$ y $p=0,004$, respectivamente). De la misma manera, se observó que las diferencias de VOP entre pacientes con APs respecto a población sana se mantuvieron al ajustar por edad, género, TASc e IMC ($p=0,013$); sin embargo, en el grupo de AR las diferencias no alcanzaron la significación estadística ($p=0,915$).

Conclusiones: Los pacientes con AR y APs presentan un daño vascular estructural y funcional similar tras ajustar por diferentes variables de confusión. Los pacientes con enfermedad inflamatoria crónica presentan un peor perfil aterogénico respecto a las personas sanas.

	Género (mujeres) % (n)	Edad (años) (media (DE))	HTA (% (n))	Tabaquismo actual (% (n))	GIMc medio (DE) (micras)	Presencia placa de ateroma (% (n))	VOP medio (DE) (m/s)	AIx@75 (%)
Sanos	65,9 (60)	47,61 (12,68)	0 (0)	34,4 (21)	589,21 (123,92)	24,2 (22)	6,95 (2,12)	27,43 (10,98)
APs	60,2 (65)	55,96 (12,76)	33,3 (36)	27,8 (30)	715,77 (153,91)	31,7 (32)	8,16 (1,79)	26,10 (14,04)
AR	77,9 (141)	58,77 (13,06)	69,1 (125)	29,8 (54)	722,16 (149,29)	42 (76)	8,53 (2,14)	28,96 (12,25)

4. EVALUACIÓN MEDIANTE ECOGRAFÍA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE DOSIS TRATADOS CON TERAPIA BIOLÓGICA (46)

Campos Fernández C, Rueda Cid A, Balaguer Trull I, Pastor Cubillo MD, González-Cruz Cervellera MI, Calvo Catalá J

Servicio de Reumatología y Metabolismo óseo. Hospital General Universitario de 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 planteó 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, a los 6 meses y al año. Se realizó una exploración ecográfica de 12 articulaciones (codos, carpos, 2ª y 3ª metacarpofalángicas, rodillas y tobillos) con un ecógrafo Esaote MyLab 70, buscando presencia de derrame articular y/o hipertrofia sinovial en escala de grises y señal PD antes de realizar la

reducción del tratamiento, a los 6 meses y al año, 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 (mínima 31 - máxima 79) y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 13,2. 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.

Al año el porcentaje de pacientes en remisión se mantenía, continuando 30 pacientes con 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.

- La ecografía permite una evaluación y monitorización sensible de la actividad inflamatoria articular y valorar la respuesta al tratamiento.

Resúmenes COLAGENOPATÍAS

5. EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PRE-ESCLERODERMIA: ANÁLISIS DE 41 PACIENTES (01)

Ortiz Sanjuán FM^{1,2}, Fernández Matilla M^{2,3}, Rivero JC³, Alcañiz Escandell C^{1,2}, Arévalo Ruales K¹, Chalmeta Verdejo I¹, Feded Olmos C¹, Fragó Gil J¹, González Puig L¹, Grau García E^{1,2}, Ivorra Cortés J^{1,3}, Labrador Sánchez E¹, Martínez Cordellat I¹, Nájera Herranz C¹, Neguerols Albuixech R¹, Poveda Marín G^{1,2}, Valero Sanz JL¹, Román Ivorra JA^{1,3}

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

²Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ³Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. Valencia

Objetivos: Evaluar la función pulmonar en pacientes diagnosticados de pre-esclerodermia (Pre-ES).

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional de una serie no seleccionada de pacientes con diagnóstico de Pre-ES en el Hospital La Fe desde junio de 2012 a agosto de 2015. Los pacientes fueron clasificados como Pre-ES siguiendo los criterios de Le Roy. Los pacientes no cumplían en el momento de su inclusión criterios ACR/EULAR 2013 para ES. Se evaluó la función pulmonar mediante espirometría convencional y capacidad de difusión pulmonar de monóxido de carbono (DLCO). La interpretación de los resultados de la espirometría y la DLCO se realizó siguiendo los estándares de la European Respiratory Society (ERS) y la American Thoracic Society (ATS).

Resultados: Se incluyeron un total de 41 pacientes con una edad media de $53 \pm 15,6$ años (97,6% mujeres).

Ninguno de nuestros pacientes evidenció un patrón ventilatorio restrictivo. La DLCO se documentó por debajo de límites normales en 11 pacientes (26,8%). 13 pacientes (31,7%) presentaron disminución del flujo espiratorio medio (MMEF) 25-75 reflejando obstrucción de pequeña vía aérea. Tras un seguimiento medio de $26,1 \pm 16,6$ meses, 20 pacientes (48,8%) cumplieron finalmente criterios ACR/EULAR 2013 para ES. Los restantes 21 pacientes continuaron clasificados como Pre-ES de acuerdo con los criterios de Le Roy.

El análisis del subgrupo de pacientes que progresaron a ES mostró una DLCO disminuida en 7 de esos 20 pacientes (35%) y disminución del flujo espiratorio medio (MMEF) 25-75 en 8 de 20 pacientes (40%). El análisis comparativo con el subgrupo de pacientes que no progresaron a ES no mostró diferencias significativas (DLCO disminuida: 35% vs 26,8%; $p=0,8$ y MMEF 25-75 disminuido: 40% vs 31,7%; $p=0,9$).

Conclusiones: En nuestro estudio, alrededor de la cuarta parte de los pacientes clasificados como Pre-ES presentaron valores anormales de DLCO y/o signos de obstrucción de pequeña vía aérea sin presencia de patrón ventilatorio restrictivo. Además, la expresión de esta disfunción pulmonar se mostró más frecuente en los pacientes que progresaron definitivamente a ES, sin embargo, esta tendencia no se mostró estadísticamente significativa. Una valoración precoz de la función pulmonar podría ser altamente recomendable en el contexto de pacientes con diagnóstico de Pre-ES.

6. DIFERENCIAS EN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS SEGÚN EL PATRÓN DE AUTOINMUNIDAD EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (04)

Feced Olmos C¹, Fernández Matilla M^{2,3}, Grau García E^{1,2}, Poveda Marín G^{1,2}, Labrador Sánchez E¹, Ortiz Sanjuán FM^{1,2}, Fernández-Llano Comella N⁴, Arévalo Ruales K¹, Neguerols Albuixech R¹, Ivorra Cortés J^{1,3}, Fragó Gil J¹, Martínez Cordellat I¹, Valero Sanz JL¹, Chalmeta Verdejo I¹, González Puig L¹, Alcañiz Escandell C^{1,2}, Nájera Herranz C¹, Castellano Cuesta JA⁴, Hervás Marín D⁴, Fornés Ferrer V⁵, Román Ivorra JA^{1,3}

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

²Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ³Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. Valencia.

⁴Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ⁵Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia

Objetivos: Analizar las diferencias entre las manifestaciones actuales, así como marcadores de autoinmunidad, daño acumulado y actividad en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) según el patrón de anticuerpos anti-DNAc.

Material y métodos: Estudio prospectivo transversal de pacientes con diagnósti-

co de LES según criterios SLICC 2012 procedentes de los Servicios de Reumatología del Hospital Arnau de Vilanova y del HUP La Fe. En todos los pacientes se ha realizado una analítica con parámetros de autoinmunidad, y se han recogido datos clínicos y de actividad. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.2.3., utilizando modelos de regresión lineal simple, binomial y logística.

Resultados: Se han estudiado 140 pacientes diagnosticados de LES, con una edad media al diagnóstico de $33,39 \pm 13,63$ y un promedio de $10,05 \pm 11,42$ años de evolución. El 37,8% de los pacientes presenta valores de anticuerpo anti-DNAc superior a 10 UI/mL. En este grupo de pacientes hay una mayor incidencia de afectación renal y menor presencia de Síndrome de Sjögren (25,5% y 9,8% frente a 9% y 23,6%). Además, estos pacientes muestran un mayor índice de actividad que aquellos con anti-DNAc negativo (SLEDAI medio de 7,94 frente a 5,7) y positividad de ANAs en mayor proporción (92,2% frente a 74,2%). Además se observa una asociación directa estadísticamente significativa entre el título de ANAs y los valores de anti-DNAc ($P=0,04$). Sin embargo no se observan diferencias significativas en el daño acumulado medido por SLICC entre ambos grupos.

Conclusiones: Tal y como se describe en otras series, los pacientes con positividad de anti-DNAc presentan una mayor incidencia de afectación renal.

7. ESTRÉS OXIDATIVO AUMENTADO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON MAYOR DAÑO ACUMULADO (05)

Grau García E^{1,2}, Fernández Matilla M^{2,3}, Poveda Marín G^{1,2}, de la Rubia Navarro M³, Feced Olmos C¹, Labrador Sánchez E¹, Ortiz Sanjuán FM^{1,2}, Fernández-Llano Comella N⁴, Hervás Marín D⁵, Fornés Ferrer V⁵, Rodrigo Nicolás R⁶, Arévalo Ruales K¹, Negueroles Albuixech R¹, Ivorra Cortés J^{1,3}, Fragió Gil J¹, Martínez Cordellat I¹, Valero Sanz JL¹, Chalmeta Verdejo I¹, González Puig L¹, Alcañiz Escandell C^{1,2}, Nájera Herranz C¹, Castellano Cuesta JA⁴, Román Ivorra JA^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia. ²Grupo de Investigación de Reumatología. IIS La Fe. Valencia. ³Facultad de Medicina. UCV. Valencia. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ⁵Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia. ⁶Grupo de Investigación en Biomedicina Molecular, Celular y Genómica. CIBERER. IIS La Fe. Valencia

Objetivos: Evaluación de la influencia del estrés oxidativo como factor de riesgo cardiovascular adicional a los factores clásicos en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Material y métodos: Estudio prospectivo transversal de pacientes con diagnóstico de LES según criterios SLICC 2012 procedentes de los Servicios de Reumatología del Hospital Arnau de Vilanova y del HUP La Fe. En todos los pacientes se ha analizado la concentración en suero de GS-Nem (GSH) y GSSG mediante UPLC-MS/MS (Acquity UPLC System). Se han tomado además individuos sanos como control negativo, a los cuales se les ha realizado la misma determina-

ción. En los pacientes también se ha realizado una analítica completa, se han recogido datos clínicos, biométricos y de tratamiento mediante entrevista personal. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.2.3., utilizando modelos de regresión lineal simple, binomial y logística.

Resultados: Se han estudiado 140 pacientes diagnosticados de LES, el 95% mujeres, con una edad media al diagnóstico de 33,39±13,63 y un promedio de 10,05±11,42 años de evolución. Se ha utilizado la ratio GSH/GSSG para valorar el estrés oxidativo, siendo este valor mayor en los pacientes que en los controles sanos (P=0,005).

Se ha observado una relación estadísticamente significativa entre la presencia de estrés oxidativo y el daño acumulado valorado mediante SLICC-ACR (P<0,0001). No se observan diferencias según la actividad de la enfermedad, perfil autoinmune ni afectación concreta por órganos o sistemas. Sin embargo, se muestra una ligera diferencia en la ratio GSH/GSSG entre aquellos pacientes que han presentado un ECV (1 ± 0,39) y los que no han presentado ECV (1,19 ± 0,55). Tampoco se observan diferencias en los niveles de estrés oxidativo en base al tratamiento con ácido fólico o a la administración de terapias biológicas.

Conclusiones: Observamos un aumento de estrés oxidativo en nuestros pacientes con LES en comparación a controles sanos. Los datos sugieren una elevación del estrés oxidativo en los pacientes con un mayor daño acumulado, lo cual está en consonancia con la presencia de comorbilidades graves en estos pacientes. Parece existir una ligera tendencia al aumento de estrés oxidativo valorado con la ratio GSH/GSSG en individuos con LES y afectación cardiovascular, pero son necesarios más estudios independientes que confirmen este hecho.

8. BELIMUMAB EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: EXPERIENCIA DE EMPLEO EN 5 PACIENTES DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA (06)

Ortiz Sanjuán FM^{1,2}, Ivorra Cortés J^{1,3}, Nájera Herranz C¹, Labrador Sánchez E¹, Alcañiz Escandell C^{1,2}, Arévalo Ruales K¹, Chalmeta Verdejo I¹, Feced Olmos C¹, Fragió Gil J¹, González Puig L¹, Grau García E^{1,2}, Martínez Cordellat I¹, Negueroles Albuixech R¹, Poveda Marín G^{1,2}, Valero Sanz JL¹, Román Ivorra JA^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ³Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. Valencia

Objetivos: Nuestro objetivo fue hacer una revisión de la experiencia en nuestro centro en cuanto a eficacia y seguridad de BEL en pacientes con LES refractario a otros tratamientos inmunomoduladores.

Material y métodos: Estudio de pacientes con LES diagnosticados según los criterios de clasificación de SLICC 2012 (Arthritis Rheum 2012;64:2677-86) en el HUP La Fe. Los pacientes recibieron BEL debido a refractariedad al tratamiento inmunosupresor tradicional y/o presencia de contraindicaciones o efectos secundarios del mismo.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 5 pacientes (5 mujeres), con una edad media de 30±6,8 años (rango 20-38) y con una duración media de la enfermedad hasta el inicio de BEL de 8,8±2,8 años (rango 4-11). Previamente a BEL y además de corticosteroides, los pacientes habían recibido: Hidroxicloroquina (n=5), metotrexato (n=3), azatioprina (n=3), micofenolato (n=2), ciclosporina A (n=1),

rituximab (n=1). BEL se empleó a una dosis estándar de 10 mg/Kg a las 0,2,4 semanas y posteriormente cada 28 días.

En el momento del inicio de BEL, las manifestaciones clínicas más frecuentes en los pacientes eran astenia (4 casos), artralgias (3 casos) y manifestaciones cutáneas (2 casos) y nefritis lúpica con proteinuria de rango no nefrótico y sin insuficiencia renal (1 caso). A nivel analítico; anemia (3 casos), linfopenia (4 casos), velocidad de sedimentación globular (VSG) elevada (5 casos), proteinuria (1 caso), fracciones del complemento C3 y/o C4 bajas (2 casos), anticuerpos Anti-DNA elevados (4 casos). Se observó respuesta clínico-analítica tanto precoz (tres primeros meses) como mantenida en todos nuestros pacientes. Tan sólo 2 de nuestras 5 pacientes presentaron brotes lúpicos estando en tratamiento con Belimumab 1 brote constituido por fiebre, artralgias y pleuropericarditis y 1 brote lúpico presentando fiebre y derrame pleural. No se presentaron casos de novo o recidivas de proteinuria o nefritis lúpica. El índice SELENA-SLEDAI disminuyó ≥50% en el 80% de las pacientes. La dosis media de prednisona se redujo de 15±10,6 mg/día hasta 6,9±2,4 mg/día.

Tras un seguimiento medio de 15,2±9,5 meses (rango 3-25), el tratamiento con BEL no tuvo que suspenderse en ninguno de nuestros pacientes. Los efectos adversos más destacados fueron: infección vías respiratorias altas (3 casos), infecciones urinarias de repetición (n=1), Herpes Zóster (n=1), condilomas acuminados anales (n=1), cólico nefrítico (n=1).

Conclusiones: En nuestra experiencia, el tratamiento con Belimumab se mostró eficaz y relativamente seguro para el tratamiento de pacientes con LES refractario a tratamiento inmunosupresor convencional.

9. RELACIÓN ENTRE DAÑO ACUMULADO Y DISCAPACIDAD RECONOCIDA POR EL INSS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (07)

Grau García E^{1,2}, Fernández Matilla M^{2,3}, Poveda Marín G^{1,2}, Feced Olmos C¹, Labrador Sánchez E¹, Ortiz Sanjuán FM^{1,2}, Fernández-Llanio Comella N⁴, Hervás Marín D⁵, Fornés Ferrer V⁵, Arévalo Ruales K¹, Neguerolos Albuixech R¹, Ivorra Cortés J^{1,3}, Fragó Gil J¹, Martínez Cordellat I¹, Valero Sanz JL¹, Chalmeta Verdejo I¹, González Puig L¹, Alcañiz Escandell C^{1,2}, Nájera Herranz C¹, Castellano Cuesta JA⁴, Román Ivorra JA^{1,3}

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

²Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ³Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. Valencia.

⁴Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ⁵Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia

Objetivos: Valorar la relación entre daño acumulado según órgano afecto y discapacidad reconocida por el INSS en pacientes con LES.

Material y métodos: Estudio prospectivo transversal de pacientes con diagnóstico de LES según criterios SLICC 2012 procedentes de los Servicios de Reumatología del Hospital Arnau de Vilanova y del HUP La Fe. En todos los pacientes se ha recogido datos clínicos y demográficos mediante entrevista personal y cumplimentación del índice SLICC-ACR.

Resultados: Se han estudiado 140 pacientes diagnosticados de LES, el 95% mujeres, con una edad media al diagnóstico de 33,39±13,63 y un promedio de 10,05±11,42 años de evolución.

En la tabla se recogen las características clínicas de cada grupo.

Conclusiones: Se evidencia una correlación positiva entre el porcentaje de discapacidad reconocido y la puntuación obtenida en el índice SLICC-ACR. El sistema musculoesquelético es el más afectado en general sin diferencias notables entre los dos grupos. Sin embargo, si se observan diferencias entre ambos, con una mayor afectación de sistema nervioso, serosas, renal y vasculitis en los pacientes con discapacidad.

	Sin discapacidad	Con discapacidad
N	98,00	42,00
% discapacidad	0	53,14±23,7
SLICC	0,75±0,98	1,8± 1,10
Edad al DX	34,6±14,8	30,7±10,4
Años de evolución	13,9±10,7	20,7±8,10
Anti-DNAc (UI/ml)	30,3±63,8	26,02±42,9
ANA positivo (%)	78,57	85,71
Perfil laboral activo (%)	67,35	45,24
Perfil laboral en paro (%)	4,08	7,14
Perfil laboral jubilado (%)	17,35	11,90
Perfil laboral pensionista (%)	1,02	28,57
Afectación sistema nervioso (%)	12,24	28,57
Afectación musculoesquelética (%)	88,78	90,48
Afectación mucocutánea (%)	72,45	76,19
Afectación serosas (%)	7,14	14,29
Afectación cardiovascular (%)	13,27	19,05
Afectación hemograma (%)	42,86	47,62
Alteración renal (%)	13,27	19,05
Raynaud (%)	29,59	47,62
SAF (%)	7,14	11,90
Sjögren (%)	16,33	23,81
Vasculitis (%)	1,02	4,76

10. DISCREPANCIAS ENTRE LOS VALORES SÉRICOS DE VIT D Y LA SUPLEMENTACIÓN EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. IMPACTO EN LA ENFERMEDAD (08)

Labrador Sánchez E¹, Fernández Matilla M^{2,3}, Grau García E^{1,2}, Poveda Marín G^{1,2}, Feced Olmos C¹, Ortiz Sanjuán FM^{1,2}, Fernández-Llanio Comella N⁴, Arévalo Ruales K¹, Neguerolos Albuixech R¹, Ivorra Cortés J^{1,3}, Fragó Gil J¹, Martínez Cordellat I¹, Valero Sanz JL¹, Chalmeta Verdejo I¹, González Puig L¹, Alcañiz Escandell C^{1,2}, Nájera Herranz C¹, Castellano Cuesta JA⁴, Hervás Marín D⁵, Fornés Ferrer V⁵, Román Ivorra JA^{1,3}

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

²Grupo de Investigación en Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ³Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. Valencia.

⁴Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ⁵Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia

Objetivos: Evaluación de los niveles de 25OH-vitamina D en pacientes con LES y la relación con su suplementación, y análisis del impacto de los mismos en la afectación de diferentes órganos o sistemas.

Material y métodos: Estudio prospectivo transversal de pacientes con diagnóstico de LES según criterios SLICC 2012 procedentes de los Servicios de Reumatología del Hospital Arnau de Vilanova y del HUP La Fe. En todos los pacientes se ha reali-

zando una analítica completa, y se han recogido datos clínicos, biométricos y de tratamiento. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.2.3., utilizando modelos de regresión lineal simple, binomial y logística.

Resultados: Se han estudiado 136 pacientes diagnosticados de LES, el 95% mujeres, con una edad media al diagnóstico de 30,46±13,63 y un promedio de 10,8±10,5 años de evolución. Se observa un valor medio de vitamina D de 26,53±12,53 ng/mL, donde el 60,3% presentan valores inferiores a 30 ng/mL. Se ha observado que existe un 26,5% de pacientes que a pesar de la prescripción de suplemento de vitamina D, no alcanzan los valores normales (tabla).

	Hipovitaminosis D (ng/mL) Media ± DS	Vitamina D normal (ng/mL) Media ± DS
Sin suplemento Vit D	19,55±5,26	34,7±5,05
Con suplemento Vit D	20,88±6,21	41,54±11,42

Se observa una tendencia positiva entre presencia de hipovitaminosis D y afectación de serosas.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes observamos una tasa elevada de hipovitaminosis D, a pesar de la prescripción de suplementos. La hipovitaminosis D parece correlacionarse con afectación de serosas, pero son necesarios más estudios y una mayor serie muestral para su confirmación.

11. EXPERIENCIA EN EL USO DE 18F-FDG PET/CT EN PACIENTES CON POLIMIALGIA REUMÁTICA EN EL H.U.P. LA FE (10)

Arévalo Ruales K¹, Negueroles Albuixech R¹, Loaliza Góngora JL², Sopena Novales P², Ivorra Cortés J^{1,3}, Feced Olmos C¹, Ortiz Sanjuán FM^{1,4}, Labrador Sánchez E¹, Fragó Gil J¹, Grau García E^{1,4}, Martínez Cordellat I¹, Chalmeta Verdejo I¹, González Puig L¹, Valero Sanz JL¹, Alcañiz Escandell C^{1,4}, Nájera Herranz C¹, Poveda Marín G^{1,4}, Fornés Ferrer V⁵, Román Ivorra JA^{1,3}

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

²Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

³Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. Valencia.

⁴Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

⁵Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia

Objetivos: Valorar la presencia de vasculitis por 18F-FDG PET/TC en una cohorte de pacientes con PMR.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes con PMR, procedentes del Servicio de Reumatología del HUP La Fe desde enero de 2011 hasta diciembre de 2015. En todos ellos se realiza un PET-TC para detectar VGV. Se han recogido valores analíticos de Proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación globular (VSG) en el momento de realización del PET-TC, la realización o

no de ecografía de la arteria temporal y biopsia, tratamiento con esteroides y si se ha administrado tratamiento modificador de la enfermedad (FAME). El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.2.3., utilizando modelos de regresión lineal simple.

Resultados: Se han analizado 23 pacientes diagnosticados de PMR según los criterios de Criterios Bird/Wood, con una edad media en el momento de la prueba de imagen de 69,3 años (38-85). 18 de ellos fueron tratados con esteroides previamente a la realización del PET/TC y en 11 se pautó tratamiento con FAME asociados a los esteroides en el seguimiento posterior. En el 47,8% de los pacientes se detecta VGV mediante PET-TC. La localización de la lesión es heterogénea, predominando la arteria aorta, iliaca y femoral. En estos pacientes con diagnóstico de VGV se observa un aumento estadísticamente significativo en los valores de PCR (P-valor=0,03) respecto a los pacientes donde se descarta la vasculitis (28,97±21,67 mg/L y 67,47±41,98 mg/L respectivamente). No se observan diferencias significativas en los valores de VSG ni en la administración o no de FAME.

Conclusiones: El uso de PET/TC es una herramienta útil para el diagnóstico precoz de vasculitis de grandes vasos en pacientes que presentan PMR. Permite el tratamiento precoz previo al daño estructural en la pared de los vasos originado por procesos inflamatorios, reduciendo la morbi-mortalidad y los desenlaces fatales asociados a estos eventos.

12. UTILIDAD DE LOS CRITERIOS PRELIMINARES EUSTAR PARA ESCLEROSIS MUY TEMPRANA Y LOS CRITERIOS LE ROY PARA PRE-ESCLERODERMIA EN LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN RIESGO DE DESARROLLAR ESCLEROSIS SISTÉMICA (12)

Ortiz Sanjuán FM^{1,2}, Alcañiz Escandell C^{1,2}, Arévalo Ruales K¹, Chalmeta Verdejo I¹, Feced Olmos C¹, Fragó Gil J¹, González Puig L¹, Grau García E^{1,2}, Ivorra Cortés J^{1,3}, Labrador Sánchez E¹, Martínez Cordellat I¹, Nájera Herranz C¹, Negueroles Albuixech R¹, Poveda Marín G^{1,2}, Valero Sanz JL¹, Román Ivorra JA^{1,3}

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

²Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

³Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. Valencia

Objetivos: Evaluar la utilidad de los criterios de Le Roy y los criterios EUSTAR para ES muy temprana para identificar pacientes en riesgo de desarrollar ES.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de una serie amplia de pacientes con Pre-ES y ES establecida procedentes de un único centro desde junio 2012 hasta agosto de 2015. Se excluyeron pacientes que cumplían criterios ACR/EULAR 2013 para ES en la primera visita. Los pacientes fueron clasificados como Pre-ES de acuerdo a los criterios de Le Roy o ES de acuerdo a los criterios ACR/EULAR 2013 durante el seguimiento. Se revisaron los criterios EUSTAR para Esclerodermia muy temprana en ambos grupos.

Resultados: Se incluyeron un total de 56 pacientes, con una media de edad de 55±15 años (94,6% mujeres; 5,4% hombres). En la primera visita, 15 (26,8%) de los pacientes cumplían los criterios 2013 ACR/EULAR para Esclerodermia y

fueron excluidos del análisis final. 37 (66,1%) pacientes cumplían los criterios de Le Roy en la primera visita. Los 4 pacientes restantes (7,1%) no cumplían ninguno de los criterios durante la primera visita.

Durante el seguimiento de este grupo de 41 pacientes, 37 (90,2%) presentaba FR y 9 (22%) presentaba edema de manos típico o "puffy hands". Los Anticuerpos antinucleares (ANA) estaban presentes en 34 (82,9%) de los pacientes, los anticuerpos anticentrómero estaban presentes en 24 (58,5%) pacientes y 29 (70,7%) pacientes presentaba capilaroscopia patológica. Tras un seguimiento medio de 26,1±16,6 meses, 20 (48,8%) pacientes cumplieron los criterios ACR/EULAR 2013 para Esclerosis sistémica. Los 21 pacientes restantes continuaron siendo clasificados como Pre-ES de acuerdo con los criterios de Le Roy. De los siguientes criterios EUSTAR, solo la positividad de ANA se observó significativamente más frecuente en pacientes que cumplieron criterios ACR/EULAR 2013 durante el seguimiento: ANA (100% vs 63,6%; p=0,005), anticuerpos anti-centrómtero (65% vs 50%; p=0,41), fenómeno de Raynaud (95% vs 85,7%; p=0,31), anomalías capilares (65% vs 76,2%; p=0,8), edema de manos (25% vs 19%; p=0,65).

Conclusiones: En nuestro estudio, más de la mitad de los pacientes que inicialmente fueron clasificados como Pre-ES progresaron a ES durante el periodo de seguimiento. Los criterios preliminares EUSTAR fueron más frecuentes en pacientes que durante el seguimiento cumplieron criterios ACR/EULAR 2013 para ES. No obstante, sólo la positividad de ANA se mostró estadísticamente significativa. Son necesarios más estudios para definir correctamente la clasificación de pacientes como Pre-Esclerodermia y Esclerosis sistémica muy temprana.

13. EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA DE ABORTOS Y BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR FETAL EN UNA SERIE DE PACIENTES CON POSITIVIDAD PARA ANTICUERPOS ANTI-RO Y ANTI-LA (17)

Ortiz Sanjuán FM^{1,2}, Calabuig Sais I¹, Alcañiz Escandell C^{1,2}, Arévalo Ruales K¹, Chalmeta Verdejo I¹, Feced Olmos C¹, Fragó Gil J¹, González Puig L¹, Grau García E^{1,2}, Ivorra Cortés J^{1,3}, Labrador Sánchez E¹, Martínez Cordellat I¹, Nájera Herranz C¹, Negueroles Albuixech R¹, Poveda Marín G^{1,2}, Valero Sanz JL¹, Román Ivorra JA^{1,3}

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

²Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

³Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. Valencia

Objetivos: En este trabajo pretendemos caracterizar una serie de pacientes con positividad para anticuerpos anti-SSA/Ro y anti-SSB/La y evaluar la prevalencia de abortos y muertes neonatales.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional comprendiendo 162 pacientes mayores de 15 años con positividad para anticuerpos anti-SSA/Ro y/o anti-SSB/La entre febrero de 2011 y julio de 2015. Se realizó análisis del subgrupo de pacientes con antecedentes de gestación comparando las pacientes con anti-SSA/Ro y/o anti-SSB/La positivos frente a un grupo control de 68 pacientes con antecedentes de gestación y características comparables.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 162 pacientes con positividad para anticuerpos anti-SSA/Ro y/o anti-SSB/La, con una edad media de 50,5±14,2 años.

Los principales diagnósticos clínicos observados fueron: Lupus Eritematoso Sistémico (n=85; 52,5%), Síndrome de Sjögren (n=40; 24,7%), Artritis Reumatoide (n=16; 9,9%), Esclerosis sistémica (n=6; 3,7%), Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo (n=3; 1,9%) y otros (n=12; 7,3%). La determinación de anticoagulante lúpico fue positiva en 8 pacientes (4,9%) y 57 pacientes (35,2%) presentaron cifras bajas de complemento.

Un total de 60 pacientes (37%) habían presentado al menos una gestación en el momento del análisis. El 13% de éstas se había quedado embarazada en una ocasión, el 13% 2 veces, el 8% había presentado 3 embarazos y el 3,1% 4 o más embarazos. Presentaron abortos el 36,7% de las pacientes embarazadas (n=22). El 31,7% presentaron 1 aborto, el 3,3% dos y el 1,7% presentaron 3 o más abortos.

Tras comparar la incidencia de abortos con un grupo control de 68 pacientes (Edad media: 45,8±12,2 años) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (36,7% vs 32,3%; p=0,714).

Se observaron 4 casos de bloqueo auriculoventricular fetal, todos ellos con presencia de positividad para anticuerpos anti-SSA/Ro y/o anti-SSB/La maternos (sólo 1 con positividad para anticoagulante lúpico), observándose diferencia significativa con el grupo control respecto a este particular (6,7% vs 0%; p=0,043).

Conclusiones: En nuestro trabajo, las gestantes con positividad para anticuerpos anti-SSA/Ro y/o anti-SSB/La no mostraron una mayor prevalencia de abortos. La positividad de estos anticuerpos sí se correlacionó de forma significativa con la aparición de bloqueo auriculoventricular fetal.

14. EVALUACIÓN DEL DAÑO ACUMULADO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO COMO POSIBLE NUEVO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR (19)

Fernández Matilla M^{1,2,3}, Grau García E^{1,3}, Poveda Marín G^{1,3}, de la Rubia Navarro M², Feced Olmos C³, Labrador Sánchez E³, Ortiz Sanjuán FM^{1,3}, Fernández-Llanio Comella N⁴, Hervás Marín D⁵, Fornés Ferrer V⁵, Arévalo Ruales K³, Negueroles Albuixech R³, Ivorra Cortés J³, Fragó Gil J³, Martínez Cordellat I³, Valero Sanz JL³, Chalmeta Verdejo I³, González Puig L³, Alcañiz Escandell C^{3,4}, Nájera Herranz C³, Castellano Cuesta JA⁴, Román Ivorra JA^{2,3}

¹Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ²Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. Valencia.

³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

⁴Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ⁵Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia

Objetivos: Valorar el riesgo cardiovascular de los pacientes con LES y su posible modificación en base al daño acumulado y la actividad de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio prospectivo transversal de pacientes con diagnóstico de LES según criterios SLICC 2012 procedentes de los Servicios de Reumatología del Hospital Arnau de Vilanova y del HUP La Fe. En todos los pacientes se ha realizado una analítica completa, y se han recogido datos clínicos, biométricos y de tratamiento. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.2.3., utilizando modelos de regresión lineal simple, binomial y logística.

Resultados: Se han estudiado 140 pacientes diagnosticados de LES, el 95% mujeres, con una edad media al diagnóstico de 33,39±13,63 y un promedio de 10,05±11,42 años de evolución. El 15% de los pacientes presentó un ECV. En este grupo de observa un aumento de factores clásicos de riesgo cardiovascular frente al grupo que no ha manifestado ECV.

Se observa una relación estadísticamente significativa entre valores elevados del índice SLICC-ACR (P<0,001), dislipemia (P=0,04), diabetes (P=0,02) y la presencia de ECV en nuestros pacientes. Además aunque no se obtiene un resultado estadísticamente significativo, se observa una tendencia a la asociación de ECV con la presencia de HTA, niveles elevados de colesterol LDL sérico, y valores elevados del índice de actividad SELENA-SLEDAI.

Por otro lado, a pesar de no obtener significación estadística, se observa una marcada diferencia entre los niveles de anti-cardiolipina IgM y la beta2-glicoproteína IgM, siendo estos mayores en el grupo de pacientes con ECV.

Conclusiones: La tasa de ECV en nuestra serie de pacientes es del 15%, claramente superior a la tasa de ECV de población general del 8,53%. Se confirma el peso de los factores clásicos de riesgo cardiovascular como desencadenantes de ECV, no obstante el daño acumulado medido por SLICC-ACR tiene un peso determinante en el riesgo cardiovascular en nuestros pacientes. Por ello podría proponerse como un factor adicional de riesgo cardiovascular. Por otro lado, la actividad de la enfermedad medida por SLENA-SLEDAI parece tener una tendencia que apunta a que mayores valores se correlacionarían con ECV, aunque los años de evolución de la enfermedad no parecen tener influencia en los ECV. Sin embargo, son necesarios otros estudios independientes para poder confirmar estas hipótesis.

15. EVALUACIÓN DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS ACTUALES Y AL DEBUT DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (20)

Fernández Matilla M^{1,2}, Grau García E^{1,3}, Poveda Marín G^{1,3}, Feced Olmos C³, Labrador Sánchez E³, Ortiz Sanjuán FM^{1,3}, Fernández-Llanio Comella N⁴, Hervás Marín D⁵, Fornés Ferrer V⁵, Arévalo Ruales K³, Negueroles Albuixech R³, Ivorra Cortés J³, Fragó Gil J³, Martínez Cordellat I³, Valero Sanz JL³, Chalmeta Verdejo I³, González Puig L³, Alcañiz Escandell C^{3,4}, Nájera Herranz C³, Castellano Cuesta JA⁴, Román Ivorra JA^{2,3}

¹Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ²Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. Valencia.

³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

⁴Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ⁵Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia

Objetivos: Análisis de la influencia del tiempo de evolución y la edad del paciente en las manifestaciones clínicas actuales y al debut de la enfermedad en pacientes con LES.

Material y métodos: Estudio prospectivo transversal de pacientes con diagnóstico de LES según criterios SLICC 2012 procedentes de los Servicios de Reumatología del Hospital Arnau de Vilanova y del HUP La Fe. En todos los pacientes se ha realizado una analítica completa, y se han recogido datos clínicos, biométricos y de tratamiento. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.2.3., utilizando modelos de regresión lineal simple, binomial y logística.

El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.2.3., utilizando modelos de regresión lineal simple, binomial y logística. **Resultados:** Se han estudiado 140 pacientes diagnosticados de LES, el 95% mujeres, con una edad media al diagnóstico de 33,39±13,63 y un promedio de 10,05±11,42 años de evolución. En la tabla se recogen las manifestaciones clínicas al debut de la enfermedad.

Se observan diferencias estadísticamente significativas en la afectación del sistema musculoesquelético (P=0,008), y la presencia de vasculitis (P=0,01) en pacientes con menor tiempo de evolución de la enfermedad. Asimismo, también hay una relación directa entre afectación cardiovascular (P=0,002) y renal (P=0,03) en pacientes más jóvenes. Por último,

alteraciones en el hemograma se correlacionan tanto con pacientes jóvenes (P=0,0009) como con menor tiempo de evolución (P=0,02).

Conclusiones: Se observa una concordancia entre nuestra serie de pacientes con LES y las series ya descritas en la bibliografía, donde afectación renal se produce a edades más tempranas, y la afectación del sistema musculoesquelético se produce al inicio de la enfermedad y/o como manifestación de debut.

Manifestación debut	(%)
MSQ	73,6
Cutáneo	39,3
Renal	5
Alteración hemograma	7,9
Sjögren	2,9
Raynaud	5
Otros	27,1

16. DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE LUPUS DE INICIO TARDÍO (21)

Fernández Matilla M^{1,2}, Grau García E^{1,3}, Poveda Marín G^{1,3}, Feced Olmos C³, Labrador Sánchez E³, Ortiz Sanjuán FM^{1,3}, Fernández-Llanio Comella N⁴, Hervás Marín D⁵, Fornés Ferrer V⁵, Arévalo Ruales K³, Negueroles Albuixech R³, Ivorra Cortés J³, Fragó Gil J³, Martínez Cordellat I³, Valero Sanz JL³, Chalmeta Verdejo I³, González Puig L³, Alcañiz Escandell C^{3,4}, Nájera Herranz C³, Castellano Cuesta JA⁴, Román Ivorra JA^{2,3}

¹Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ²Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. Valencia.

³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

⁴Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ⁵Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia

Objetivos: Estudiar las diferencias entre las manifestaciones al inicio de la enfermedad y las actuales, así como marcadores de autoinmunidad, daño acumulado y actividad entre pacientes de inicio tardío y pacientes con debut a edad convencional.

Material y métodos: Estudio prospectivo transversal de pacientes con diagnóstico de LES según criterios SLICC 2012 procedentes de los Servicios de Reumatología del Hospital Arnau de Vilanova y del HUP La Fe. En todos los pacientes se

ha realizado una analítica con parámetros de autoinmunidad, y se han recogido datos clínicos y de actividad.

Resultados: Se han estudiado 140 pacientes diagnosticados de LES, el 95% mujeres, con una edad media al diagnóstico de 33,39±13,63 y un promedio de 10,05±11,42 años de evolución. El 12% de los pacientes presenta un inicio tardío de la enfermedad (debut >50 años). En este grupo de pacientes hay una mayor incidencia de Síndrome de Sjögren y Fenómeno de Raynaud al debut (5,9% y 11,8% respectivamente) frente a los pacientes con edad de inicio convencional (2,4% y 4,1%). Sin embargo, en las manifestaciones actuales este grupo presenta una incidencia menor de Fenómeno de Raynaud, así como afectación renal y alteración del hemograma.

Se observa una mayor proporción de Síndrome de Sjögren en los pacientes de inicio tardío, aunque los niveles de ENAs están disminuidos respecto al grupo de pacientes de edad de inicio convencional. Por otro lado, el grupo de inicio tardío presenta una incidencia de eventos cardiovasculares 4 veces superior al grupo de edad de inicio convencional.

Conclusiones: Se observa una concordancia en las manifestaciones clínicas de debut entre nuestra serie de pacientes con LES de inicio tardío y las series ya descritas en la bibliografía, donde el Síndrome de Sjögren se presenta en mayor proporción en estos pacientes. Por otro lado, no podemos discernir si la mayor proporción de eventos cardiovasculares en este grupo es debida a características propias del LES de inicio tardío, o a otros factores relacionados con la edad.

17. INCIDENCIA DE NEOPLASIA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (22)

Fernández Matilla M^{1,2}, Grau García E^{1,3}, Poveda Marín G^{1,3}, Feced Olmos C³, Labrador Sánchez E³, Ortiz Sanjuán FM^{1,3}, Fernández-Llanio Comella N⁴, Hervás Marín D⁵, Fornés Ferrer V⁵, Arévalo Ruales K³, Neguerolos Albuixech R³, Ivorra Cortés J³, Fragió Gil J³, Martínez Cordellat F³, Valero Sanz JL³, Chalmeta Verdejo F³, González Puig L³, Alcañiz Escandell C^{1,3}, Nájera Herranz C³, Castellano Cuesta JA⁴, Román Ivorra JA^{2,3}

¹Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ²Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. Valencia.

³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

⁴Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ⁵Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia

Objetivos: Analizar la incidencia de cáncer en una serie de pacientes diagnóstica-

dos de LES, así como las características clínicas de los mismos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo transversal de pacientes con diagnóstico de LES según criterios SLICC 2012 procedentes de los Servicios de Reumatología del Hospital Arnau de Vilanova y del HUP La Fe. En todos los pacientes se han recopilado clínicos y de actividad de la enfermedad.

Resultados: Se han estudiado 140 pacientes diagnosticados de LES, el 95% mujeres, con una edad media al diagnóstico de 33,39±13,63 y un promedio de 10,05±11,42 años de evolución.

Seis pacientes (4,3%) han presentado algún tipo de cáncer, cuyas características clínicas se presentan en la tabla.

Conclusiones: El porcentaje de pacientes con LES que ha desarrollado un cáncer es del 4,3%, lo cual es ligeramente mayor de la incidencia en población general, que es del 2,12%. Los tipos de cáncer encontrados son heterogéneos y no se corresponden con el patrón habitual descrito para población general.

Sexo	Edad al Dx LES	Años evolución LES	Tipo cáncer	Fecha DX cáncer	Años debut cáncer desde DX LES	Anti-DNA	ANAs	Anti-RO	Anti-LA	Anti-SM	Anti-RNP
♀	17	30	Adenocarcinoma ovario	01/01/06	21	-	+	+	-	-	-
♂	47	18	Timoma	04/03/96	-2	-	-	-	-	-	-
♀	40	18	Liposarcoma	01/01/00	3	+	+	-	-	-	-
♀	45	25	Carcinoma ductal infiltrante mama izda	16/12/14	25	-	+	+	-	-	-
♀	29	10	Neoplasia intraepitelial cervical (CIN-I)	01/01/13	7	-	+	+	+	-	-
♀	27	23	Neoplasia de ovario	01/01/06	13	-	-	-	-	-	-

18. SÍNDROME DE LINFOHISTIOCIITOSIS HEMOFAGOCÍTICA SECUNDARIA (SLHS) EN PACIENTES ADULTOS. CAUSAS FRECUENTES, CURSO CLÍNICO, TRATAMIENTO Y FACTORES DE MAL PRONÓSTICO. COMPARACIÓN ENTRE PACIENTES CON ENFERMEDAD AUTOINMUNE PREVIA (SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA, SAM) Y OTRAS CAUSAS DE SLHS. ESTUDIO SOBRE TREINTA Y DOS CASOS (26)

Yankova Komsalova L

Unidad de Reumatología. Hospital Marina Alta. Denia (Alicante)

Resumen: El síndrome de linfocitosis hemofagocítica secundaria (SLHS) es una enfermedad rara con desenlace fatal sin tratamiento específico. En el presente estudio retrospectivo se reportan los casos de SLHS diagnosticados por biopsia de médula ósea en un solo hospital, en el periodo desde 1995 hasta 2013. La edad media de los pacientes fue de 44,50 años (rango 14-78 años), con un ratio 1,13/1 hombres/mujeres. Las enfermedades asociadas fueron: enfermedad autoinmune 10 (31,3%), trasplante renal o hepático 9 (28,1%), enfermedad hematológica 5 (15,6%), infección 5 (15,6%) y cáncer sólido 3 (9,4%) pacientes.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la fiebre mayor de 38,5° 32 (100%) pacientes, esplenomegalia 23 (71,9%) y hepatopatía grave 19 (59,4%).

Los datos analíticos más destacados fueron: anemia inferior a 8,5 mg/dl en 18 (56,3%) de los pacientes, neutropenia inferior a 500 en 13 (40,6%) y plaquetopenia inferior a 35.000 en 15 (46,9%) de ellos.

Los factores pronósticos relacionados con la mortalidad fueron: la edad >47 años (p<0,013), el cáncer asociado (p<0,049), el tratamiento previo con glucocorticoides (p<0,011), el uso previo de Micofenolato mofetil (p<0,032), la presencia de anemia (p<0,03), bicitopenia (p<0,005), pancitopenia severas (p<0,020) y la afectación de órganos vitales como el pulmón (p<0,017). Relación significativa fue encontrada entre la severidad de la enfermedad y la anemia (p<0,001), neutropenia (p<0,036) plaquetopenia (p<0,020) y pancitopenia (p<0,020) severas, hipofibrinogenemia inferior a 100 mg/dl, el cáncer asociado y la infección coincidente. La no instauración de tratamiento específico se asoció a peor pronóstico y mayor probabilidad a desarrollar enfermedad severa (p<0,049), por lo cual es necesaria vigilancia estrecha y tratamiento más agresivo desde la sospecha clínica.

Las principales diferencias residen en el mejor pronóstico de los pacientes con SAM y la asociación en menor proporción con enfermedad severa (p<0,005). La presencia de enfermedad autoinmune parece actuar como factor desencadenante per se, y la infección no parece jugar un papel importante en los pacientes con SAM (p<0,018). La hiperferritinemia mayor de 5.000 es más característica para los pacientes con enfermedad autoinmune previa (p<0,046).

Factores de mal pronóstico	P mortalidad total	P extrema severidad	P enfermedad severa
Edad (51,28±19.688) n 18; (35,08±11.941) n 13	0,013	NS	NS
Infección coincidente (n 22)	NS	NS	0,04
Cáncer sólido (n 3)	NS	0,049	NS
Solo glucocorticoides previamente (n 6)	NS	NS	0,011
Micofenolato mofetil previamente (n-4)	0,032	NS	0,045
Anemia <8,5 mg/dl (n 18)	0,03	0,075	0,001
Neutropenia <1.500 (n 9)	NS	NS	0,055
Neutropenia <500 (n 13)	NS	NS	0,036
Trombopenia <35.000	NS	0,020	NS
Anemia <8,5 y trombopenia <35.000 (n 11)	0,088	0,20	NS
Anemia <8,5 y neutropenia <500 (n 9)	0,005	0,053	0,0038
Anemia <8,5, neutropenia <500 y Pla<35.000 (n 7)	0,020	0,011	0,020
Fibrinogeno <100 (n 6)	NS	0,064	0,047
Afectación pulmonar (n 16)	0,017	NS	0,013
No recibieron tratamiento específico (n 3)	NS	0,049	0,053

19. LA ATEROESCLEROSIS SUBCLÍNICA ES INFERIOR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA QUE EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (37)

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

¹Sección de Reumatología Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia. ²Servicio de Medicina Interna Hospital General de Sagunto (Valencia)

Introducción: En diferentes estudios y metaanálisis se ha podido demostrar que la aterosclerosis (AE) subclínica y las complicaciones vasculares (CV) son superiores en pacientes con Esclerosis Sistémica (ES) que en población sana. Se ha descrito también una mayor mortalidad intrahospitalaria por CV en pacientes con ES frente a pacientes con Artritis Reumatoide (AR) y Lupus Eritematoso Sistémico (LES) (Dave AJ, et al. Arthritis Care Res 2014; 66: 323-7).

Objetivo: Comparar la presencia de AE subclínica entre pacientes con ES, pacientes con AR y una población de personas sanas.

Pacientes y método: Estudio transversal donde se incluyeron consecutivamente pacientes diagnosticados de ES y AR controlados en Consultas Externas de nuestra Sección de Reumatología. Se excluyeron aquellos con antecedentes de CV, insuficiencia renal y/o diabetes mellitus. El grupo control de individuos sanos fueron voluntarios pertenecientes a una población de la misma área geográfica. En todos los grupos se recogieron variables demográficas (edad, género, IMC), antecedentes de tabaquismo, variables clínicas (cifras tensionales), y analíticas (fracciones de colesterol, índice aterogénico [IA]). En todos los pacientes se exploró el árbol carotídeo extracraneal con un ecógrafo Esaote MyLabXV70 con sonda lineal (7-12 MHz) y un programa automatizado de medición del grosor íntima-media (GIM) mediante radiofrecuencia (RFQIMT), y se recogió la presencia de placas de aterosclerosis según consenso de Mannheim. El estudio estadístico se realizó utilizando el programa SPSS 17.0.

Resultados: Se incluyeron un total de 266 pacientes, un 23,7% (85) diagnosticados de ES y un 50,4% (181) de AR. El grupo control lo constituyeron 93 personas sanas. La proporción de mujeres, de HTA y la edad de los pacientes fue mayor en pacientes con AR y ES respecto a los sujetos sanos ($p<0,001$); en cambio, el porcentaje de fumadores fue superior en el grupo de sanos ($p<0,001$). El IMC mostró valores más bajos en los pacientes con ES que en el grupo AR ($p=0,046$) y en el grupo de sanos ($p=0,008$). No se encontraron diferencias entre grupos en el resto de variables analizadas. En la tabla adjunta se muestran los resultados del estudio vascular agrupados por diagnósticos.

	Placas de AE % (n)	GIM μ [media (DE)]	GIM patológico % (n)	Ecografía patológica % (n)
ES	22,6 (19)	643,1 (149,7)	8,2 (7)	27,1 (23)
AR	42 (76)	718,2 (158,0)	12,7 (23)	44,2 (80)
Sanos	24,7 (23)	590,3 (123,0)	0 (0)	23,7 (22)

Se observó una mayor prevalencia de placa de aterosclerosis y de ecografía patológica en el grupo AR que en el grupo ES ($p=0,002$ y $p=0,007$, respectivamente) y en el grupo de sanos ($p=0,005$ y $p=0,001$, respectivamente), sin apreciar diferencias entre ES y sanos en relación con estos hallazgos. Los pacientes con ES, en cambio, mostraron unos valores de GIM medio mayor que el de los sujetos sanos ($p=0,047$) pero menor al de los pacientes con AR ($p<0,001$), con un porcentaje superior de pacientes con GIM $>0,9$ que la población sana ($p=0,005$) en el análisis bivariable; sin embargo, esta asociación se perdió en el análisis multivariante, y estas diferencias podrían ser atribuibles a la diferencia de edad y de HTA entre grupos.

Conclusión: La AR es una enfermedad más aterogénica que la ES, probablemente por su mayor carga inflamatoria. La mayor mortalidad por CV en pacientes con ES podría ser atribuible a una mayor afección multiorgánica de la enfermedad. En nuestra serie no hemos podido demostrar una mayor prevalencia de AE subclínica en pacientes con ES que en sujetos sanos.

20. CAPILAROSCOPIA Y AFECCIÓN MACROVASCULAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA (38)

Alegre Sancho JJ¹, Robustillo Villarino M¹, Albert Espí G¹, Vergara Dangond C¹, Vicens Bernabeu E¹, Valls Pascual E¹, Martínez-Ferrer A¹, Ybáñez García D¹, Román Ivorra JA²

¹Sección de Reumatología Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Introducción: En diferentes estudios y metaanálisis se ha podido demostrar que la aterosclerosis (AE) subclínica y las complicaciones vasculares (CV) son superiores en pacientes con Esclerosis Sistémica (ES) que en población sana. Sin embargo, no se ha explorado adecuadamente la posible relación entre el daño macrovascular y la afección microvascular medida por técnicas específicas, como la capilaroscopia.

Objetivos: Explorar la posible relación entre distintas variables de afección macrovascular (ecografía carotídea, índice tobillo-brazo [ITB]) y los hallazgos capilarescópicos en pacientes con ES.

Pacientes y método: Estudio descriptivo transversal con componentes analíticos. Población de estudio: cohorte de 115 pacientes con ES controlados en la Sección de Reumatología de un hospital terciario. Variables: 1) variables clínicas; 2) estudio capilarescópico: hallazgos característicos del patrón esclerodérmico (megacapilares, hemorragias y áreas avasculares) y clasificación según los patrones evolutivos de Cutolo et al.; 3) estudio vascular: índice tobillo-brazo (ITB) y ecografía Doppler carotídea (ESAOTE MyLab XV70, sonda lineal de 7-12 MHz, software RFQIMT) recogiendo grosor íntima media (GIM) y presencia de placas de aterosclerosis según Consenso de Mannheim. La medición del ITB la realizó un

cirujano vascular, y la capilaroscopia y la ecografía Doppler de carótidas una reumatóloga con amplia experiencia y ciega al resto de hallazgos en un plazo máximo de 3 meses tras la evaluación inicial. Análisis estadístico: paquete estadístico IBM-SPSS Statistics v22.0.

Resultados: Se incluyeron de forma consecutiva 115 pacientes, de los que se analizaron finalmente 108 pacientes con una edad media de 60,16 años (DE $\pm 15,16$); 99 mujeres (91,7%) y 9 varones (8,3%). El tiempo de evolución medio de la ES fue 11,45 años (DE $\pm 8,84$). La ESCL fue el diagnóstico más frecuente (50%), seguido de la ES sin esclerodermia (18,5%) y, en orden decreciente (16,7%) la ESCL, el síndrome de solapamiento (9,3%) y la pre-ES (5,6%). El GIM derecho medio fue 0,579 mm (DE $\pm 0,126$), y el izquierdo 0,657 mm (DE $\pm 0,158$); 33,3% tenían placas de aterosclerosis. En total, un 37% tenían una ecografía carotídea patológica, y un 39,8% daño macrovascular (placa de aterosclerosis y/o GIM $>0,9$ mm y/o ITB $<0,9$). En el estudio capilarescópico se halló presencia de megacapilares, hemorragias y áreas avasculares en un 82,4%, 74,1% y 56,5% de los pacientes, respectivamente. Al reclasificar los hallazgos según Cutolo et al., un 31,5% de los pacientes presentaron un patrón precoz, 37% un patrón activo y un 22,2% un patrón tardío de ES. En el análisis bivariable, la existencia de afección macrovascular se asoció a un patrón capilarescópico con presencia de áreas avasculares y menor representación de los megacapilares. Estadísticamente, esta asociación fue significativa entre la presencia de áreas avasculares y las variables daño macrovascular ($\chi^2=4,412$; p -valor=0,036) y eco carotídea patológica ($\chi^2=4,107$; p -valor=0,043). Se detectó una tendencia a la asociación entre estas dos últimas variables de afección macrovascular y patrones capilarescópicos de mayor daño microvascular.

Conclusión: La capilaroscopia periuñgueal puede ser una herramienta útil como predictor de la existencia de AE y daño macrovascular en pacientes con ES.

21. FACTORES RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DE ATEROESCLEROSIS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA (39)

Alegre Sancho JJ¹, Robustillo Villarino M¹, Albert Espí G¹, Vicens Bernabeu E¹, Vergara Dangond C¹, Martínez-Ferrer A¹, Ybáñez García D¹, Valls Pascual E¹, Román Ivorra JA²

¹Sección de Reumatología Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Introducción: En diferentes estudios y metaanálisis se ha podido demostrar que la aterosclerosis (AE) subclínica y las complicaciones vasculares (CV) son superiores en pacientes con Esclerosis Sistémica (ES) que en población sana, hecho que se ha relacionado fundamentalmente con factores de riesgo vascular (FRV) no tradicionales.

Objetivo: Identificar FRV que se relacionen de forma independiente con la existencia de afección macrovascular (ecografía carotídea, índice tobillo-brazo [ITB]) en pacientes con ES.

Pacientes y método: Estudio descriptivo transversal con componentes analíticos. Población de estudio: cohorte de 115 pacientes con ES controlados en la Sección de Reumatología de un hospital terciario. Variables: 1) variables clínicas; 2) cuestionarios e índices: EVA global, HAQ y SF36, CHFS (Cochin Hand Function Scale) y MHISS (Mouth Handicap In Systemic Sclerosis scale), HOMA y SCORE; 3) variables analíticas: hemograma, biomarcadores clásicos de riesgo vascular, marcadores biológicos de actividad/inflamación, perfil de autoanticuerpos, marcadores de hemostasia/enfermedad vascular; 4) estudio vascular: índice tobillo-brazo (ITB) y ecografía Doppler carotídea (ESAOTE MyLab XV70, sonda lineal de 7-12 MHz, software RFQIMT) recogiendo grosor íntima media (GIM) y presencia de placas de ateroma según Consenso de Mannheim; 5) otras variables: acroosteolisis, ECG, pruebas funcionales respiratorias, TCAR pulmo-

nar y eco-Doppler cardíaco. La medición del ITB la realizó un cirujano vascular, y la capilaroscopia y ecografía Doppler de carótidas una reumatóloga ciega al resto de hallazgos en un plazo máximo de 3 meses. Análisis estadístico: paquete estadístico IBM-SPSS Statistics v22.0.

Resultados: Se incluyeron de forma consecutiva 115 pacientes, de los que se analizaron finalmente 108, con una edad media de 60,16 años (DE $\pm 15,16$); 99 mujeres (91,7%) y 9 varones (8,3%). El tiempo de evolución medio de la ES fue 11,45 años (DE $\pm 8,84$). La EScl fue el diagnóstico más frecuente (50%), seguido de la ES sin esclerodermia (18,5%) y, en orden decreciente (16,7%) la ESd, el síndrome de solapamiento (9,3%) y la pre-ES (5,6%). El 38,9% de los pacientes eran hipertensos, 46,3% padecían una DL, y un 6,3% eran diabéticos. En total, un 37% tenían una ecografía carotídea patológica, y un 39,8% daño macrovascular (placa de ateroma y/o GIM $>0,9$ mm y/o ITB $<0,9$).

En el análisis bivalente, se evidenció una relación entre el daño macrovascular y diversos FRV clásicos y relacionados con la enfermedad. En el análisis multivariante, la edad, la HTA, la DL, la tensión sistólica, la glucemia, la función renal, el antecedente de CV, los valores del SCORE, el SF36, la duración de la ES, la coexistencia de una enfermedad inflamatoria, la disfunción diastólica del VI, la VSG, los valores de dímero D, los valores estimados de PsAP, y el uso de diversos fármacos (estatinas, IECA, ARAII, antagonistas de receptores de endotelina, rituximab) mantuvieron una relación significativa con las distintas variables de afección macrovascular.

Conclusiones: La afección macrovascular en pacientes con ES se relaciona tanto con FRV clásicos (edad, HTA y DL) como con FRV relacionados con la ES (duración prolongada, mayor carga inflamatoria, valores elevados de PsAP, disfunción diastólica del VI). Un control estricto de las cifras tensionales y el tratamiento con estatinas debería formar parte del protocolo habitual de manejo en pacientes seleccionados y de edad avanzada.

22. ESTUDIO DEL PAPEL DE LA IL-6 EN EL DESARROLLO DE ATEROESCLEROSIS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA (40)

Alegre Sancho JJ¹, Robustillo Villarino M¹, Albert Espí G¹, Vergara Dangond C¹, Vicens Bernabeu E¹, Ybáñez García D¹, Valls Pascual E¹, Martínez-Ferrer A¹, Román Ivorra JA²

¹Sección de Reumatología Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Introducción: La IL-6 es una de las citoquinas con mayor protagonismo en la Esclerosis Sistémica (ES) y también una de las citoquinas clave en el desarrollo de aterosclerosis (AE). Un estudio reciente (Schiopu E, et al. Rheumatology 2014;53:704-713) ha evidenciado una relación entre IL-6 y AE carotídea; sin embargo, el número de pacientes fue muy escaso, los resultados no fueron confirmados en un análisis multivariante y no se ha podido testar si estos resultados son replicables en poblaciones distintas de áreas geográficas diferentes.

Objetivo: Evaluar la relación entre IL-6 plasmática y los hallazgos de AE (ecografía carotídea, índice tobillo-brazo [ITB] y diferencia de cifras tensionales entre brazos) en pacientes con ES.

Pacientes y método: Estudio descriptivo transversal con componentes analíticos. Población de estudio: cohorte de 115 pacientes con ES controlados en la Sección de Reumatología de un hospital terciario. Variables: 1) variables clínicas; 2) determinación de IL-6 sérica (IMMULITE 2000; Siemens Healthcare Diagnostics, UK); 4) estudio vascular: índice tobillo-brazo (ITB) y ecografía Doppler carotídea (ESAOTE MyLab XV70, sonda lineal de 7-12 MHz, software RFQIMT) recogiendo grosor íntima media (GIM) y presencia de placas de ateroma según Consenso de Mannheim. La medición del ITB la realizó un cirujano vascular y la ecografía Dop-

pler de carótidas una reumatóloga con amplia experiencia y ciega al resto de hallazgos en un plazo máximo de 3 meses tras la evaluación inicial. Análisis estadístico: paquete estadístico IBM-SPSS Statistics v22.0.

Resultados: Se incluyeron de forma consecutiva 115 pacientes, de los que se analizaron finalmente 108 pacientes con una edad media de 60,16 años (DE $\pm 15,16$); 99 mujeres (91,7%) y 9 varones (8,3%). El tiempo de evolución medio de la ES fue 11,45 años (DE $\pm 8,84$). La EScl fue el diagnóstico más frecuente (50%), seguido de la ES sin esclerodermia (18,5%) y, en orden decreciente (16,7%) la ESd, el síndrome de solapamiento (9,3%) y la pre-ES (5,6%). El 38,9% de los pacientes eran hipertensos, 46,3% padecían una DL, y un 6,3% eran diabéticos. Las concentraciones medias de IL-6 sérica fueron 4,34 pg/mL (DE ± 5). El GIM derecho medio fue 0,579 mm (DE $\pm 0,126$), y el izquierdo 0,657 mm (DE $\pm 0,158$); 33,3% tenían placas de ateroma. En total, un 37% tenían una ecografía carotídea patológica, y un 39,8% daño macrovascular (placa de ateroma y/o GIM $>0,9$ mm y/o ITB $<0,9$).

En el análisis bivalente, la IL-6 sérica se relacionó tanto con el GIM como con la presencia de placas de ateroma (p-valor=0,002). Esta asociación se mantuvo al considerar conjuntamente un ITB $<0,9$ (p-valor=0,003). La IL-6 sérica también se relacionó con la diferencia de cifras tensionales sistólicas entre ambos brazos (r-Pearson=0,236; p-valor=0,022). En el análisis multivariante, el número de placas de ateroma y la variable daño macrovascular mantuvieron esta relación significativa en los distintos modelos.

Conclusión: Las concentraciones séricas de IL-6 se relacionan de forma independiente con la existencia de AE y afección macrovascular en pacientes con ES. El bloqueo de la acción de la IL-6 mediante terapias específicas podría ser una alternativa terapéutica eficaz en la reducción del daño macrovascular en pacientes con ES.

23. ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD REUMÁTICA INFLAMATORIA SISTÉMICA (41)

Vicens Bernabeu E, Aguilar Zamora M, Ybáñez García D, Valls Pascual E, Vergara Dangond C, Martínez Ferrer A, Robustillo Villarino M, Albert Espí G, Alegre Sancho JJ

Sección de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Introducción: Las enfermedades reumáticas tienen un alta prevalencia en mujeres en edad fértil por lo que el deseo gestacional es común. Además, las alteraciones hormonales e inmunes durante la gestación influyen en el curso de la enfermedad inflamatoria y las posibles complicaciones materno-fetales.

Objetivo: Describir las características de una cohorte de pacientes embarazadas con enfermedades reumáticas inflamatorias, controladas en una consulta de reumatología específica de embarazo.

Pacientes y método: Estudio observacional descriptivo en el que se incluyen las pacientes controladas en la consulta entre 2011-2015. Se recogen las siguientes variables: edad, diagnóstico, tratamiento en el embarazo, duración de la gestación, tipo de parto y lactancia; complicaciones ocurridas en la madre y en el feto, y presencia de anticuerpos: anticuerpos antinucleares (ANA), ac.anti-Ro, ac.anti-La y ac. antifosfolípido (aFL). El análisis estadístico descriptivo se realizó utilizando SPSS 17.0.

Resultados: Se revisaron 25 pacientes: Artritis reumatoide (AR) 4; Artritis Psoriásica 2; Espondilitis anquilosante (EA) 4 (dos asociadas a enfermedad de Crohn (EC)); Reumatismo palindrómico 1; Oligoartritis crónica 1; Lupus Eritematoso Sistémico (LES) 6 (dos asociados a síndrome antifosfolípido (SAF) y uno con aFL y Ac.anti-Ro); SAF 1; Enfermedad de Behçet (EB) 2; Esclerosis sistémica limitada 1; Síndrome de Sjögren 1; Enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) 1 y una

con psoriasis más ANA, ac.anti-Ro y anti-La. Las pacientes incluidas se encontraban controladas de su enfermedad, en remisión o baja actividad.

En total 31 embarazos, el 24% de las pacientes presentaron dos durante el periodo de seguimiento, con una edad media de 33,32±3,7 años y una media de duración del embarazo de 38,5±2,2 semanas. Veintinueve llegaron a término (93,6%), un 75,9% de los partos fueron vía vaginal y un 24,1% cesárea. Dos pacientes tuvieron un aborto diferido a las 8 semanas (ausencia de latido y huevo hueco). Respecto a abortos previos, se registraron 2 en una paciente con SAF, 2 en una con EB, 1 en una con EMTC, 7 en una con EA-EC y 2 en una con AR. Un 64,5% eligieron lactancia materna. En ninguno se objetivó HTA, eclampsia, preeclampsia ni trombosis posterior. En cuanto a complicaciones fetales: retraso de crecimiento intrauterino en un 16,1% y sufrimiento fetal en un 12,9% de madres con ac.anti-Ro, salvo una con AR. Se registró un BAV fetal en el 1º embarazo de una paciente con ac.anti-Ro y psoriasis, sin alteraciones en su 2º hijo; lupus neonatal (cutáneo y Ac.anti-Ro/La) en un hijo de paciente con Sjögren.

En un 22,6% de los embarazos las pacientes no llevaban tratamiento para su enfermedad. Las embarazadas con LES, Sjögren y EMTC llevaban tratamiento con antiplácidos asociando ác. acetilsalicílico y heparina en caso de SAF. En las pacientes con artropatías inflamatorias se utilizó sulfasalacina y antiplácidos. En una de ellas con EA-EC se mantuvo Adalimumab hasta la semana 30 y azatioprina (AZA). En otra con EB se utilizó AZA. Un 25,8% precisó corticoides a dosis bajas.

Conclusiones: Nuestros resultados confirman que un tratamiento óptimo de la enfermedad previo a la concepción y durante el embarazo, minimiza las complicaciones durante y tras la gestación. Las pacientes con enfermedad autoinmune sistémica asociada a anticuerpos presentan mayor frecuencia de complicaciones. La creación de consultas específicas de embarazo contribuye a conseguir mejores resultados.

24. UTILIDAD DEL PET-TC COMO PRUEBA DE IMAGEN DIAGNÓSTICA EN LA AORTITIS INFLAMATORIA (49)

Campos Fernández C, Rueda Cid A, Pastor Cubillo MD, Balaguer Trull I, González-Cruz Cervellera MI, Calvo Catalá J

Servicio de Reumatología y Metabolismo óseo. Hospital General Universitario de Valencia

Introducción: La aortitis es una inflamación de la pared aórtica, independientemente de su causa. Varias entidades pueden ocasionar aortitis, desde procesos infecciosos hasta enfermedades autoinmunes, cuyo pronóstico y tratamiento son variables. La clínica es inespecífica y variable: dolor abdominal, fiebre y pérdida de peso.

Son varias las técnicas de imagen que permiten evaluar tanto la luz como la pared vascular, entre ellas la tomografía por emisión de positrones (PET-TC). El PET-TC se usa cada vez más para el diagnóstico, ya que detecta el aumento del metabolismo en la pared aórtica representado por la acumulación de fludeoxiglucosa en fases agudas. También es útil para el seguimiento de la enfermedad y el control de la respuesta al tratamiento.

Objetivo: Revisar la casuística de pacientes diagnosticados de aortitis en nuestro Servicio en los últimos 3 años, valorando características clínicas, métodos diagnósticos utilizados y tratamiento recibido.

Material y métodos: Caso 1: mujer de 29 años, en estudio por HTA, detectándose en angio-TAC, engrosamiento de aorta torácica y aorta abdominal, sugerente de Arteritis de Takayasu. PET-TAC: signos inflamatorios en la pared aórtica, compatibles con la sospecha de aortitis. Se inicia tratamiento con corticoides y azatioprina (100 mg/día).

Caso 2: mujer de 47 años diagnosticada con 20 años de E. Crohn, espondiloartritis. En 2009 inicia tratamiento biológico (infliximab 3,5 mg/cada 8 semanas). Acude a urgencias por dolor abdominal. En eco abdominal, signos de aortitis en aorta infrarrenal hasta bifurcación iliaca. PET-TC: signos inflamatorios en pared aórtica. La paciente responde a tratamiento con infliximab (5 mg/Kg cada 8 sema-

nas) y corticoides con recidiva al suspender corticoides por lo que se cambia a adalimumab (40 mg cada 14 días).

Caso 3: mujer de 54 años con artralgias y reactantes de fase aguda elevados. En TC: dilatación de aorta ascendente. PET-TAC: captación del radiotrazador desde la raíz hacia cayado y aorta descendente y menos en aorta abdominal. Tras tratamiento con corticoides y 10 mg /semanales de metotrexato, queda clínicamente asintomática con normalización de analítica.

Caso 4: mujer de 54 años con artralgias, anemia y reactantes de fase aguda elevados, sin otras alteraciones analíticas. Antecedentes de episodios de FOD con pérdida de peso resueltos con corticoides e IAM 2 años antes. Ecocardiograma: dilatación de aorta ascendente. Angio-TAC: engrosamiento aorta ascendente y aorta abdominal. PET-TAC: captación de radiotrazador en paredes de aorta ascendente, cayado aórtico, aorta descendente. Se inicia tratamiento con 15 mg/día de deflazacort y 10 mg/semanales de metotrexato quedando la paciente asintomática.

Resultados: se valoran cuatro casos de aortitis, mujeres, edad media de 46 años. Dos pacientes presentaban aortitis primaria, una enfermedad de Crohn y espondilartropatía y una un Takayasu.

Aunque de inicio se realizaron otras pruebas, en los cuatro casos se realizó un PET-TC que mostró afectación de la pared de la aorta de carácter inflamatorio en distintos niveles. Respondieron al tratamiento con corticoides e inmunosupresores y/o terapia biológica. En los cuatro casos se realizó un PET-TC de control que mostró descenso de la actividad metabólica, coincidiendo con mejoría clínica y normalización de reactantes de fase aguda.

Conclusiones:

- La presentación clínica de la aortitis es inespecífica y variable, por lo tanto las técnicas de imagen son de ayuda en el diagnóstico.

- El PET-TC se usa cada vez más para diagnosticar la aortitis, porque detecta el aumento del metabolismo en la pared aórtica.

- El PET-TC también es útil para seguir la enfermedad y para controlar la respuesta al tratamiento. Se ha demostrado que cuando desciende la actividad metabólica de los vasos afectados se normalizan los marcadores de inflamación y mejoran los síntomas.

25. CONSULTA DE UVEÍTIS EN EL HUP LA FE (64)

Martínez Cordellat I¹, Udaondo Mirete P², García Hervaez R³, Grau García E^{1,4}, Ivorra Cortés J^{1,3}, Feced Olmos C¹, Ortiz Sanjuán FM^{1,4}, Labrador Sánchez E¹, Arévalo Ruales K¹, Frago Gil J¹, Chalmeta Verdejo I¹, González Puig L¹, Neguerols Albuixech R¹, Valero Sanz JL¹, Alcañiz Escandell C^{1,4}, Nájera Herranz C¹, Poveda Marín G^{1,4}, Fornés Ferrer V⁵, Román Ivorra JA^{1,3}

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

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

³Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. ⁴Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ⁵Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia

Objetivos: Análisis epidemiológico de los casos de una consulta de uveítis de un hospital terciario.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de Uveítis en la Unidad de Uveítis del HUP La Fe de Valencia, entre mayo 2014 y diciembre de 2015. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.2.3 utilizando modelos de regresión lineal simple.

Resultados: Del total de los 118 pacientes con diagnóstico de uveítis, el 59,3% fueron mujeres, siendo la edad media en el momento del diagnóstico de 50,93 ± 15,87 años. La forma de presentación predominante de la uveítis fue unilateral en el 85,5% de los casos. En cuanto a la localización de la uveítis, se registró por orden de frecuencia: 59 % uveítis anterior, 21,4% posterior, 12% intermedia y panuveítis en el 7,7% de los casos.

En las uveítis anteriores hay un predominio de formas idiopáticas (38%) y espon-

diloartropatías (35%), mientras que en las uveítis posteriores se observa un predominio de Síndrome de Beçhet (20%). En las uveítis intermedias predominan las formas idiopáticas (36%), mientras que en las panuveítis la forma más habitual son las esclerosis múltiples (25%). Del total de pacientes, un 62% presentó uveítis en el contexto de patología ya filiada, mientras que el 36% presenta uveítis como primer síntoma de presentación de la patología sistémica asociada. El 69% de pacientes logró la remisión del episodio de uveítis con tratamiento tópico +/- corticoides orales/ intraoculares, asociándose en el 31% restante FAMES sintéticos/biológicos para lograr la remisión del proceso.

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio son concordantes con los descritos en la literatura en series más amplias. La uveítis anterior es la localización más prevalente de afectación ocular, siendo la espondiloartritis las más frecuentes tras las formas idiopáticas. En estos casos la forma más común de presentación es la uveítis anterior aguda recidivante, estando aproximadamente el 50% de casos asociados a la presencia de HLA-B27. Con menor frecuencia se registran uveítis en otras localizaciones.

Por último, la totalidad de la úvea se afecta en nuestra serie con mucha menor frecuencia, destacando como primera causa el SAF y patología infecciosa en el caso del toxoplasma, así como la sífilis en tercer lugar. Destacable el síndrome de Masquerade con el melanoma como proceso neoplásico de base registrado con mayor frecuencia.

Destacar el papel fundamental de la unidad de Uveítis como consulta interdisciplinar, que posibilita aunar conocimientos, agilizar pruebas diagnósticas y optimizar recursos, permitiendo realizar un diagnóstico precoz e iniciar un tratamiento precoz y óptimo.

26. CARACTERÍSTICAS EN NUESTRO SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DE LOS PACIENTES CON ESCLERODERMIA SISTÉMICA (66)

López Bueno J, Fernández-Blest M, Rueda A, Campos Fernández C, Pastor Cubillo M, González-Cruz Cervellera M, Beltrán Catalán E, Calvo Catalá J
Servicio de Reumatología y Metabolismo óseo. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

Introducción: La esclerodermia (ES) es una enfermedad sistémica que engloba un grupo heterogéneo de manifestaciones clínicas caracterizadas por un estrechamiento y obliteración de la microvascularización, activación aberrante del sistema inmune y fibrosis dependiente de factores de crecimiento que conduce a una esclerosis y engrosamiento cutáneo. Existe información limitada sobre la esclerodermia en nuestro medio

Objetivo: El propósito de este estudio es describir las características clínicas y analíticas de la enfermedad en nuestra serie de pacientes diagnosticados de esclerosis sistémica (forma limitada y difusa) seguidos en las Consultas Externas de Reumatología de un hospital terciario.

Material y Métodos: Estudio descriptivo en el que se revisan y se recogen los datos de 35 pacientes con ES seguidos habitualmente en nuestra consulta (hasta noviembre 2015). Las características clínicas y analíticas de los pacientes se recogieron de las historias clínicas informatizadas hacia una base de datos y se analizaron con el programa estadístico SPSS 22.0.

Resultados: Se incluyeron 35 pacientes con ES, el 91,4% fueron mujeres (32), siendo la presentación como enfermedad limitada el 71,9% y difusa el 28,1%. La edad media de los pacientes incluidos fue de 65,8 años (DS 13,75) y el tiempo medio de evolución de la enfermedad de 10,8 años (rango de años 2-19). El 64,4% de los pacientes no presentaba otra enfermedad autoinmune (AU) asociada, de las patologías que se asociaron (35,6 %), el 9,7% fue Hepatitis Autoinmune, 6,5% S.Sjögren, 6,5% enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC), 3,2% Espondilitis Anquilosante (EA), 6,5% de Artritis Reumatoide (AR) y el 3,2% Síndrome Antisintetasa (SA).

El signo clínico más frecuentemente encontrado en nuestros pacientes fue el fenómeno de Raynaud, presente en el 87,5%; el 31,3% presentó úlceras digitales, el 50% telangiectasias y el 34,4% calcinosis localizada. Los sistemas más afectados fueron el respiratorio y el digestivo; la afectación renal fue rara. Solo 1 paciente en nuestro estudio presentó afectación a nivel cardíaco (3,7%). Los anticuerpos anti-SCL-70 se encontraron positivos en el 69,2% y anticentromero en el 20,8%.

Conclusiones: La esclerodermia, es una enfermedad sistémica que presenta una clara prevalencia de afectación en mujeres. Se caracteriza además por presentar afectación en diferentes sistemas, siendo el pulmonar el más frecuentemente asociado, caracterizándose por neumonitis intersticial y fibrosis pulmonar. Además, el fenómeno de Raynaud es el signo clínico que se asocia con más frecuencia en esta entidad y dentro de los marcadores de autoinmunidad, existe una asociación con los anticuerpos anticentromero y anti-SCL-70.

Resúmenes ESPONDILOARTRITIS

27. RELACIÓN ENTRE EL DAÑO ESTRUCTURAL Y LA DISCAPACIDAD EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y AFECTACIÓN DE MANOS (02)

Feced Olmos C¹, Álvarez-Calderón Iglesias O², Ivorra Cortés J^{1,3}, Ortiz Sanjuán FM^{1,4}, Labrador Sánchez E¹, Arévalo Ruales K¹, Fragó Gil J¹, Grau García E^{1,4}, Martínez Cordellat I¹, Chalmeta Verdejo I¹, González Puig L¹, Neguerols Albuixech R¹, Valero Sanz JL¹, Alcañiz Escandell C^{1,4}, Nájera Herranz C¹, Poveda Marín G^{1,4}, Hervás Marín D⁵, Román Ivorra JA¹

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

²Departamento de Ciencias da Saúde. Faculdade de Enfermería e Podologia. Universidade da Coruña. Santiago de Compostela.

³Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. Valencia.

⁴Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

⁵Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia

Objetivos: Evaluar la relación existente entre el daño estructural estudiado por radiografía simple en las manos de pacientes con artritis psoriásica (APs) con la pérdida de fuerza y la discapacidad funcional.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en pacientes con APs y

afectación de manos. Se midieron las erosiones y la disminución del espacio articular radiográfico en la mano dominante mediante una adaptación del método de Sharp van der Heijde. La fuerza de la mano se evaluó con un dinamómetro y la discapacidad mediante el cuestionario HAQ (Health Assessment Questionnaire). El estudio estadístico se realizó mediante modelos de regresión lineal múltiple utilizando el software R versión 3.2.3.

Resultados: Se incluyeron 76 pacientes con una edad media de 57±9,9 años. El 56,6% fueron mujeres. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la presencia de erosiones y la disminución de fuerza en la pinza lateral ($p=0,027$) y distal ($p=0,030$) de la mano. También entre la pérdida del espacio de la interlínea articular y la disminución de fuerza en la pinza lateral ($p=0,012$) y distal ($p=0,006$). Además se observó una asociación entre las erosiones y disminución de la interlínea con la discapacidad medida mediante el HAQ ($p<0,001$ y $<0,001$ respectivamente). Finalmente los valores de HAQ se asociaron con la disminución de la fuerza media en la pinza lateral ($p<0,001$) y distal ($p<0,001$).

Conclusiones: En los pacientes con APs y afectación de las manos, las alteraciones estructurales de la mano dominante en radiología simple se asocian con la pérdida de fuerza medida objetivamente con dinamometría y una mayor discapacidad, estudiada de forma subjetiva por HAQ.

28. ANÁLISIS DE LA DISCAPACIDAD FUNCIONAL GENERAL Y LA DISCAPACIDAD ESPECÍFICA DE MANO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ARTRITIS PSORIÁSICA (14)

Navarro Muñoz J¹, Ivorra Cortés J^{1,2}, Álvarez-Calderón Iglesias O³, Núñez Cornejo Piquer C², Grau García E^{2,4}, González Puig L², Chalmeta Verdejo I², Feced Olmos C², Labrador Sánchez E², Ortiz Sanjuán FM^{2,4}, Arévalo Ruales K², Neguerols Albuixech R², Fragó Gil J², Martínez Cordellat I², Valero Sanz JL², Alcañiz Escandell C^{2,4}, Poveda Marín G^{2,4}, Nájera Herranz C², Fornés Ferrer V⁵, Román Ivorra JA^{1,2}

¹Facultad de Medicina. UCV. Valencia.

²Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia.

³Departamento de Ciencias da Saúde. Faculdade de Enfermería e Podologia. Universidade da Coruña. A Coruña.

⁴Grupo de Investigación de Reumatología. IIS La Fe. Valencia.

⁵Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia

Objetivos: Analizar la relación entre la discapacidad funcional general de los pacientes con artritis reumatoide y con artritis psoriásica periférica, así como evaluar su correlación con la discapacidad funcional específica de la mano.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica periférica (ApsoP) del Servicio de Reumatología del HUP La Fe de Valencia. Se han recogido datos de discapacidad funcional medidos a través de HAQ, de actividad de la enfermedad mediante Das28, daño radiológico mediante el Índice van der Heijde (VDH) y fuerza media de empuñamiento mediante evaluación dinamométrica de ambas manos. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.2.3.

Resultados: Se han analizado 103 pacientes con AR y 94 pacientes con ApsoP, con las siguientes características clínicas:

Variable	APSO Media (SD)	AR Media (SD)
Años evolución	14,14 (8,9)	16,89 (8,13)
HAQ	0,57 (0,63)	1,29 (0,85)
DAS	2,7 (1,17)	3,61 (1,33)
VDH	13,8 (24,14)	45,81 (61,72)
FMD	20,79 (10,62)	11,22 (7,24)
FMI	20,06 (9,92)	11,02 (7,1)
Sexo		
Hombre	44 (46,8%)	18 (17,5%)
Mujer	50 (53,2%)	85 (82,5%)
Biológico		
No	46 (48,9%)	40 (39,2%)
Sí	48 (51,1%)	62 (60,8%)

Se observa una diferencia estadísticamente significativa entre mayor discapacidad funcional general y pacientes de sexo femenino con AR ($P=0,02$). Esta diferencia es mucho más patente si consideramos la discapacidad de la mano evaluada con la fuerza media de empuñamiento ($P<0,0001$) entre ambas patologías y con clara influencia del sexo del paciente ($P<0,0001$).

Por otro lado, existe una correlación estadísticamente significativa entre valores elevados de discapacidad general por HAQ y menor fuerza de empuñamiento ($P<0,0001$), lo cual a su vez es más acusado en pacientes con AR ($P<0,0001$).

Conclusiones: En nuestro estudio observamos una mayor discapacidad tanto general como específica de la mano en aquellos pacientes con diagnóstico de AR, así como entre los pacientes de sexo femenino.

29. EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE TRATADOS CON ADALIMUMAB, LA COMBINACIÓN CON FAME, AUMENTA EL NIVEL DE ADALIMUMAB Y DISMINUYE LA APARICIÓN DE INMUNOGENICIDAD (29)

Rosas J¹, Llinares-Tello F², Senabre-Gallego JM¹, Pons A³, Barber X⁴, Santos-Soler G¹, Salas E¹, Cano C³, Lorente M³, Sanchís M⁴, Molina J², García-Carrasco M⁵, y el grupo AIRE-MB

¹S. Reumatología, ²S. Laboratorio y ³Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa (Alicante). ⁴CIO-Universidad Miguel Hernández. Elche (Alicante). ⁵Universidad Autónoma de Puebla. México

Introducción: En pacientes con AR, añadir metotrexato (MTX), mejora la eficacia clínica de los fármacos anti-TNF, entre otros motivos por disminuir la inmunogenicidad. Sin embargo, existen dudas de su beneficio en pacientes con espondilitis anquilosante (EA).

Objetivo: Conocer la influencia del tratamiento combinado con FAMES en la eficacia clínica en los pacientes con AS, tratados con adalimumab (ADL).

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo, en 62 pacientes consecutivos, diagnosticados de AS axial, en tratamiento con ADL, que reciben FAME, según práctica clínica, a criterio de su reumatólogo. Se recogieron datos epidemiológicos del paciente (edad, sexo, índice de masa corporal), tipo de FAME concomitante, de la EA, (tiempo de evolución de la enfermedad, presencia de psoriasis o enfermedad inflamatoria intestinal, HLA-B27), y de ADL (orden de introducción de anti-TNF y tiempo en tratamiento, nivel sérico y presencia de anticuerpos anti-ADL). La respuesta clínica se evaluó mediante la versión en español del índice BASDAI y el índice ASDAS-VSG.

Los niveles séricos de ADL y Ac anti-ADL, se determinaron mediante técnica de ELISA (Progenika, Grifols SA, España). Los niveles séricos de corte para niveles séricos de ADL fueron <0,004 mg/L y para Ac anti-ADL >3,5 AU/mL. Las muestras fueron extraídas justo antes de la administración subcutánea del fármaco

(nivel valle) y se conservaron congeladas a -80°C hasta su posterior análisis.

Resultados: De los 62 pacientes incluidos con EA con afectación axial, 47 (76%) pacientes, no estaban asociados a otra manifestación extraesquelética, 12 (19%) pacientes, tenían EA asociada a enfermedad inflamatoria intestinal y 3 (5%) pacientes EA asociada a psoriasis cutánea, El 31 (%), eran mujeres, con edad media de 46±10 años y un IMC medio de 27,47±4,49. El tiempo medio de evolución de la EA era de 9,5±9,25 años. El HLA-B27 fue positivo en el 74%. Seguían tratamiento con FAME, 14 (23%) pacientes (metotrexato: 10, salazopirina: 3 y azatioprina 1 paciente).

ADL fue el primer anti-TNF en el 66% de los pacientes. El tiempo medio en tratamiento con ADL fue de 1,44±1,33 años (mediana: 1 año). El nivel sérico medio de ADL fue de 8,59±8,62. En 19 (31%) de los pacientes se detectaron Ac anti-ADL, todos en el grupo de pacientes que no recibían FAME. El BASDAI y ASDAA medio fue de 3,98±2,16 y 2,18±2,1, respectivamente.

Al comparar el grupo de pacientes en tratamiento con FAME y los que no (tabla 1), el grupo sin FAME, solo presentó de forma significativa la presencia de Ac anti-ADL (40% vs 0%; p<0,0001) y la tendencia a menor nivel sérico de ADL (10,82±5,2 mg/L vs 7,59±5,5 mg/L; p=0,064).

El grupo con Ac anti-ADL frente a los que no tenían anticuerpos anti-ADL, presentaron niveles de ADL casi indetectables (media: 0,082±0,16 vs 10,32±4,49; p<0,0001) y pérdida de eficacia clínica significativa por BASDAI y ASDAS medio: 5,53±2,0 vs 3,59±2,0 (p<0,0001) y 3,2±2,1 vs 1,92±0,74 (p=0,038), respectivamente.

Conclusiones: En pacientes con EA axial en tratamiento con ADL: 1) Los pacientes no tratados con FAME, presentan menor nivel del fármaco en sangre y mayor probabilidad de inmunogenicidad. 2) Los pacientes con Ac anti-ADL presentan niveles de fármaco casi indetectables y pérdida de eficacia clínica.

Agradecimiento: El estudio fue apoyado con una beca de investigación, de la Fundación Española de Reumatología (2012) y de la Asociación para la Investigación en Reumatología de la Marina Baixa (AIRE-MB).

	FAME Sí (n: 14/23%)	FAME No (n: 48/77%)	p
Nº determinaciones nivel ADL n (%)	34 (31)	79 (69)	
Edad (años): media (DE)	48,07 (10,80)	46,13 (10,75)	0,56
mediana	48,5	45,0	
Varón n (%)	8 (57)	23 (49%)	0,69
IMC (kg/m²): media (DE)	28,12 (3,89)	27,18 (4,73)	0,46
mediana	28,16	27,51	
Tiempo evolución enfermedad (años): media (DE)	7,45 (7,09)	10,46 (9,87)	0,22
mediana	6,25	5,33	
HLA B27 positivo (%)	10 (71)	36 (77)	0,69
Orden introducción ADL, n (%):			
Primer anti-TNF	8 (57)	33 (70)	0,48
Segundo anti-TNF	4 (29)	14 (26)	0,90
Tercer anti-TNF	2 (14)	3 (4)	0,68
Tiempo (años) en ADL: media (DE)	1,67 (1,57)	1,36 (1,27)	0,51
mediana	1,0	0,91	
Nivel ADL, mg/dL: media (DE)	10,82 (5,16)	7,59 (5,5)	0,064
mediana	11,25	8,34	
Ac anti-ADL, AU/L, n (%)	0 (0)	19 (40)	0,0001
BASDAI: media (DE)	4,09 (2,14)	3,98 (2,20)	0,86
mediana	4,1	4,05	
BASFI: media (DE)	3,67 (2,0)	3,87 (2,40)	0,75
mediana	4,05	3,90	
ASDAS: media (DE)	2,09 (0,62)	2,23 (1,40)	0,60
mediana	2	2,1	

30. EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE, TRATADOS CON ADALIMUMAB, LA OBESIDAD DISMINUYE LOS NIVELES DEL FÁRMACO Y SU EFICACIA CLÍNICA, SIN AUMENTO DE INMUNOGENICIDAD (30)

Rosas J¹, Llinares-Tello F², Senabre-Gallego JM¹, Pons A³, Barber X⁴, Santos-Soler G¹, Salas E¹, Cano C³, Lorente M³, Sanchis M⁴, García-Carrasco M³, Molina J³, y el grupo AIRE-MB

¹S. Reumatología, ²S. Laboratorio y ³Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa (Alicante). ⁴CIO-Universidad Miguel Hernández. Elche (Alicante). ⁵Universidad Autónoma de Puebla. México

Introducción: La obesidad parece ser un factor que influya en la respuesta a los fármacos anti-TNF en pacientes con AR. No obstante, los estudios en pacientes con espondilitis anquilosante (EA) son escasos.

Objetivo: Conocer si en pacientes con EA, tratados con adalimumab (ADL), la obesidad influye en su eficacia clínica, en los niveles séricos del fármaco o aumenta la aparición de inmunogenicidad.

Material y métodos: Estudio transversal, con 57 pacientes consecutivos diagnosticados de AS axial, en tratamiento con ADL. Recibían FAME, según práctica clínica, a criterio de su reumatólogo. El índice de masa corporal (IMC), se obtuvo en la primera visita del paciente, tras inicio de ADL. La respuesta clínica se evaluó

mediante la versión en español del índice BASDAI y del índice ASDAS-VSG.

Se determinaron los niveles séricos de ADL y Ac anti-ADL, mediante técnica de ELISA (Progenika, Grifols SA, España). Los niveles séricos de corte para niveles séricos de ADL fueron <0,004 mg/L y para Ac anti-ADL >3,5 AU/mL. Las muestras fueron extraídas justo antes de la administración subcutánea del fármaco (nivel valle) y se conservaron congeladas a -80°C hasta su posterior análisis.

Resultados: Los pacientes con IMC>30 kg/m² respecto a los IMC <25 kg/m², presentan menor nivel de ADL en sangre (9,14 mg/L±4,3 mg/L vs 5,0 mg/L±5,52 mg/L. p=0,32), mayor resultado ASDAS (1,9±0,83 vs 2,58±0,79, p=0,03) y aunque no significativo, menor tiempo de tratamiento en ADL (1,85±1,65, p=0,08) y mayor resultado de BASDAI (3,5±1,88 vs 5,04±2,5, p=0,06).

Los pacientes obesos frente a los no obesos, muestran una menor probabilidad de respuesta clínica al ADL, para alcanzar un BASDAI <4 (OR: 3,5. 95% CI: 0,84-17,19. p=0,05) o un ASDAS <2,1 (OR: 4,64. 95% CI: 1,02-24,13. p=0,02).

Conclusiones: En pacientes con EA en tratamiento con ADL, los pacientes obesos: 1) Alcanzan, de forma significativa menor nivel sérico de ADL y menor respuesta clínica, sin provocar aumento de la inmunogenicidad; 2) Presentan menor probabilidad de respuesta clínica medida por BASDAI y ASDAS.

Agradecimiento: El estudio fue apoyado con una beca de investigación, de la Fundación Española de Reumatología (2012) y de la Asociación para la Investigación en Reumatología de la Marina Baixa (AIRE-MB).

31. ASOCIACIÓN ENTRE CAMBIOS ENTESOPÁTICOS Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA (34)

Cerqueira M¹, Robustillo Villarino M², Vergara Dangond C², Martínez-Ferrer A², Albert Espí G², Vicens Bernabeu E², Ybáñez García D², Valls Pascual E², Aguilar Zamora M², Alegre Sancho JJ²

¹Reumatología Hospital Conde de Bertiandos. ULSAM. Ponte de Lima (Portugal). ²Sección de Reumatología Hospital Doctor Peset. Valencia

Introducción: Los pacientes con Artritis Psoriásica (APs) tienen un riesgo cardiovascular (RCV) incrementado respecto a la población general. La entesitis, uno de los hallazgos patológicos más característicos de la APs, se puede estudiar mediante ecografía de forma más sensible y específica que con la exploración clínica. Los cambios entesopáticos estructurales e inflamatorios susceptibles de ser diagnosticados con ecografía se describen en el consenso OMERACT y se cuantifican mediante índices de exploración como el MASEI.

Objetivos: Estudiar la asociación entre cambios entesopáticos, cuantificados mediante el índice MASEI, y cambios vasculares estructurales y funcionales a nivel arterial en pacientes con Aps.

Métodos: Se incluyeron pacientes diagnosticados de APs con afectación periférica que realizaban seguimiento en consultas externas en un hospital terciario. Se recogieron datos demográficos y clínicos (edad, género, factores de RCV), y fueron evaluados ecográficamente según el índice MASEI, reestratificando los hallazgos como inflamatorios o estructurales. El estudio vascular se realizó mediante ecografía del

árbol carotídeo extracraneal, siguiendo el consenso de Mannheim, con un ecógrafo Esaote® MyLabXV70 equipado con una sonda lineal (7-12MHz) y un sistema automatizado para la medición del GIMc (Quality intima media Thickness in real-time, QIMT); y a través de la cuantificación de la Velocidad de Onda de Pulso (VOP) con la herramienta validada Mobil-O-Graph®. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 17.0. El estudio fue aprobado por el comité ético local.

Resultados: Se incluyeron 66 pacientes, 41 (62,1%) mujeres, con edad media de 56,8 años y una duración media de la enfermedad de 108,1 meses; 22 (33,3%) eran fumadores o exfumadores; 19 (28,8%) eran obesos (IMC medio de 27,8); 56 (84,8%) estaban tratados con Metotrexato y 22 (33,3%) recibían terapias biológicas anti-TNF. El índice MASEI medio fue 13; el índice estructura medio 9,3; y el índice inflamación medio 3,7. Las entesitis con índices MASEI medios más elevados fueron la cuadrícipital y la aquilea (4,2 ±3,4 y 2,9 ±2,1, respectivamente). El índice MASEI y el índice estructura se correlacionaron positivamente con la edad (r=0,31, p<0,05 y r=0,42, p<0,01, respectivamente); no así el índice inflamación. Se observó una asociación positiva, ajustada por edad, género y tabaquismo, de los índices MASEI y de estructura con la presencia de placa de ateroma (p<0,05); mientras que el GIMc se asoció únicamente con el índice inflamación (p<0,05), tras ajustar por edad, género y tabaquismo. No se halló asociación alguna entre la VOP y los distintos índices de afección entesítica.

Conclusión: Existe una asociación entre la afección entesítica y la existencia de cambios estructurales vasculares en árbol carotídeo extracraneal, medidos ambos mediante ecografía, en pacientes con APs. Una afección entesítica extensa se asocia a aterosclerosis subclínica en estos pacientes.

32. ASOCIACIÓN ENTRE CAMBIOS ENTESOPÁTICOS Y MARCADORES DE REMODELADO ÓSEO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA (35)

Cerqueira M¹, Robustillo Villarino M², Vergara Dangond C², Martínez-Ferrer A², Albert Espí G², Vicens Bernabeu E², Ybáñez García D², Valls Pascual E², Aguilar Zamora M², Alegre Sancho JJ²

¹Reumatología Hospital Conde de Bertiaños. ULSAM. Ponte de Lima (Portugal). ²Sección de Reumatología Hospital Doctor Peset. Valencia

Introducción: En pacientes con Artritis Psoriásica (APs) hay cambios del remodelado óseo, no bien establecidos, que llevan tanto a la pérdida de densidad mineral ósea (DMO) como a la formación de hueso, en forma de sindesmofitos y entesofitos. La entesitis, uno de los hallazgos patológicos más característicos de la APs, se puede estudiar mediante ecografía de forma más sensible y específica que con la exploración clínica. Los cambios entesopáticos estructurales e inflamatorios que se pueden diagnosticar con ecografía se describen en el consenso OMERACT y se pueden cuantificar mediante índices de exploración como el MASEI.

Objetivos: Evaluar la asociación entre cambios entesopáticos, medidos mediante el índice MASEI, y marcadores de remodelado óseo en una población de pacientes con APs.

Métodos: Se incluyeron pacientes diagnosticados de APs periférica que llevaban seguimiento en consultas externas en un hospital terciario, excluyendo aquellos en tratamiento con vitamina D. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos (vitamina D, marcadores de remodelado óseo PINP y β CTX), y de DMO (realizada a un máximo de 24 meses antes). El grado de afectación entesítica se eva-

luó ecográficamente según el índice MASEI, el cual se reestratificó en índice de inflamación y de estructura, y por regiones anatómicas. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 17.0.

Resultados: Se incluyeron 66 pacientes, 62,1% (41) mujeres, con una edad media de 56,8 años y duración media de la enfermedad de 108,1 meses; un 84,8% (56) estaban tratados con metotrexato y 33,3% (22) recibían terapias biológicas anti-TNF. El índice MASEI medio fue 13 $\pm$ 9,7; el índice estructura medio 9,3 $\pm$ 5,9; y el índice inflamación medio 3,7 $\pm$ 4,5. Las entesitis con índices medios MASEI más elevados fueron la cuadrípica y la aquilea (4,2 $\pm$ 3,4 y 2,9 $\pm$ 2,1, respectivamente). El índice MASEI y de estructura se asociaron positivamente con la edad ($r=0,31$, $p<0,05$ y $r=0,42$, $p<0,01$, respectivamente); no así con el índice inflamación.

Los pacientes con osteoporosis densitométrica presentaron una edad media significativamente mayor que el resto de la muestra. No se encontró relación entre el resultado del estudio de la DMO (estratificado como normalidad, osteopenia y/u osteoporosis) y el índice MASEI total, el de estructura, de inflamación o el de cada una de las regiones anatómicas estudiadas. En cuanto a los marcadores de remodelado óseo, PINP y β CTX mostraron una tendencia a la asociación inversa con la edad. El β CTX se relacionó inversamente con el índice MASEI de cuádriceps y aquiles ($p<0,05$). Así mismo, excluyendo pacientes con tratamiento antirresortivo y osteoformador se mantiene la tendencia pero no es estadísticamente significativa ($p=0,078$ y $0,076$, respectivamente). No se hallaron otras asociaciones entre estos biomarcadores de remodelado óseo y el resto de índices ecográficos de entesitis.

Conclusión: Los cambios estructurales en las entesitis de pacientes con APs se asocian a una disminución del marcador de resorción ósea β CTX.

33. VALIDEZ DE LOS ÍNDICES PARA LA EXPLORACIÓN DE ENTESIS EN ARTRITIS PSORIÁSICA ENTRE EXPLORADORES CON DISTINTO NIVEL DE EXPERIENCIA (51)

Lakis Granell K¹, Feced Olmos C², Ortiz Sanjuán FM^{2,3}, Grau García E^{2,3}, Labrador Sánchez E², Arévalo Ruales K², Ivorra Cortés J^{1,2}, González Puig L², Chalmeta Verdejo I², Neguerols Albuixech R², Fragió Gil J², Martínez Cordellat I², Váloro Sanz JL², Alcañiz Escandell C^{2,3}, Poveda Marín G^{2,3}, Nájera Herranz C², Hervás Marín D⁴, Román Ivorra JA^{1,2}

¹Facultad de Medicina. UCV. Valencia. ²Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia. ³Grupo de Investigación de Reumatología. IIS La Fe. Valencia. ⁴Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia

Objetivo: Estudio de la variabilidad de una exploración física evaluando entesitis entre un explorador sin entrenamiento y uno experimentado, comparando a su vez con el estudio ecográfico, que ha demostrado superioridad a la exploración física evaluando entesitis.

Pacientes y métodos: Se seleccionarán pacientes con APs y afectación periférica que cumplan los criterios CASPAR y voluntarios sanos. Un reumatólogo experimentado (OE) y un explorador sin experiencia (ONE) realizaron los índices MASES y LEI. En paralelo un ecografista con experiencia, ciego al resto de resultados, realizó el índice MASEI con la ecografía. Se han recogido datos clínicos y demográficos de los pacientes seleccionados a través de su historia clínica electrónica. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.2.3.

Resultados: Se seleccionaron 20 pacientes con APs y 19 voluntarios sanos. En los pacientes la media de evolución de la psoriasis fue de 6,4 $\pm$ 8,6 años y la media

de evolución de la APs fue de 4,3 $\pm$ 5,9 años. Tanto la serie de pacientes como de controles presentaba características demográficas similares en cuanto a sexo y edad. Los valores de exploración se muestran a continuación:

	MASES ONE	LEI ONE	MASES OE	LEI OE	MASEI ECOGRAFIA
Media (SD)	1,36 (2,42)	0,67 (1,24)	1,38 (2,11)	0,56 (1,02)	7,31 (9,7)

Encontramos una concordancia entre el OE y el ONE para valores bajos del índice LEI ($r=0,61$) e índice MASES ($r=0,67$). Por otro lado comparamos las medidas del índice MASES de ambos observadores con el MASEI ecográfico, observándose discordancia entre ambos en los casos con entesitis.

En 16 pacientes la ecografía mostró alteraciones en el tendón de Aquiles, de los cuales solo 6 pudieron identificarse mediante exploración física ya fuera en el MASES o LEI.

Conclusión: Nuestro estudio muestra una gran correlación entre los índices MASES y LEI en casos sin afectación para cualquier explorador, aunque no esté entrenado, lo que permite asegurar que en estos casos es poco probable que exista patología. Sin embargo, en los casos con entesitis ya se evidencia variabilidad en la exploración clínica entre un explorador entrenado y uno no entrenado conforme aumenta el grado de afectación. Sin embargo, ante la sospecha de entesitis por el observador, independientemente de su experiencia, es conveniente el examen ecográfico del paciente, puesto que la ecografía detecta la afectación de entesitis de forma mucho más sensible que la exploración clínica.

Resúmenes TERAPIA BIOLÓGICA

34. UTILIDAD DE LAS SESIONES DE EVALUACIÓN DE TRATAMIENTOS CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ENFERMEDAD REUMÁTICA. EXPERIENCIA DEL COMITÉ DE BIOLÓGICOS DE UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL (11)

Grau García E^{1,2}, Ivorra Cortés J^{1,3}, González Puig L¹, Chalmeta Verdejo I¹, Feced Olmos C¹, Labrador Sánchez E¹, Ortiz Sanjuán FM^{1,2}, Arévalo Ruales K¹, Negueiros Albuixech R¹, Frago Gil J¹, Martínez Cordellat I¹, Valero Sanz JL¹, Alcañiz Escandell C^{1,2}, Poveda Marín G^{1,2}, Nájera Herranz C¹, Monte Boquet E¹, Fornés Ferrer V³, Román Ivorra JA^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia. ²Grupo de Investigación de Reumatología. IIS La Fe. Valencia. ³Facultad de Medicina. UCV. Valencia. ⁴Servicio de Farmacia. HUP La Fe. Valencia. ⁵Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia

Objetivos: Evaluar la eficacia de las sesiones de evaluación de tratamiento con fármacos biológicos (SEFB) en pacientes con enfermedad reumática en un Servicio de Reumatología de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio prospectivo de las consultas de casos presentados a SEFB de 2013 a 2015 del Servicio de Reumatología del HUP La Fe. Las consultas se han categorizado en "cambio de principio activo", "cambio en la vía de administración", "modificación de dosis", "nuevo tratamiento biológico", "seguimiento" y "suspensión". El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.2.3.

Resultados: Se han analizado 1683 consultas en FEBS, que corresponden a 517 pacientes con enfermedad reumática con una edad media al diagnóstico de 39,94±14,88 y una media de 13,37±8,75 años de evolución. Del total de pacientes, 116 habían llevado al menos un biológico previo. Los índices de actividad recogidos en el total de consultas para las categorías principales se

presentan en la tabla.

El análisis estadístico muestra diferencias significativas en el Das28, BASDAI, PCR y VSG entre los casos consultados como seguimiento, y aquellos casos con-

	Cambio principio activo n (%)	Modificación de dosis n (%)	Nuevo tratamiento biológico n (%)	Seguimiento n (%)
Total	88 (5,2%)	79 (4,7%)	52 (3,1%)	1405 (83,5%)
DAS28	4,32±1,68	2,74±1,39	4,78±0,97	2,8±1,23
BASDAI	6,3±1,71	3,03±1,89	6,74±1,28	4,29±2,36
VSG	26,12±28,13	17,47±18,43	17,26±11,99	13,79±12,54
PCR	10,21±15,23	4,15±4,41	8,22±9,04	3,88±6,41

sultados para introducir tratamiento o modificar el principio activo, presentando estos últimos mayores valores (P-valor <0,0001). También se observa una relación directa entre el número de biológicos administrados y con el incremento de Das28 (P-valor<0,0001) y BASDAI (P-valor=0,014).

Conclusiones: En general se observa una mayor actividad en los casos que precisan prescripción de tratamiento o cambio del principio activo, y unos valores compatibles con actividad baja en los casos en seguimiento. Se ha prescrito un cambio de principio activo en el 5,2% de los casos, lo cual previene situaciones de ineficacia o pérdida de eficacia del fármaco en el tiempo. Además, algunas de las consultas de seguimiento que se han presentado con valores de actividad compatibles con remisión, han generado reducciones de dosis. El resto de consultas de seguimiento presentan en su mayoría valores de baja actividad y no se ha modificado la dosis del fármaco, a pesar de que puede existir un margen de optimización terapéutica en futuras consultas. Por tanto, las SEFB son de utilidad para el control óptimo de pacientes con terapia biológica.

35. ALTERACIONES LIPÍDICAS ASOCIADAS AL TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB: EXPERIENCIA EN DOS CENTROS HOSPITALARIOS (24)

López-Salguero S¹, García-Núñez B², Sivera F³, Andrés M¹

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. ²Sección de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elda (Alicante). ³Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Elda (Alicante)

Introducción: Tocilizumab (TCZ) es un anticuerpo monoclonal humanizado frente al receptor de la interleuquina-6, eficaz en paciente con artritis reumatoide (AR) tras fallo a FAME o a antiTNF. Entre sus efectos secundarios se ha descrito una alteración del perfil lipídico consistente en aumento del colesterol total, y de las lipoproteínas tanto de baja densidad (LDLc) como de alta (HDLc), cuya frecuencia, repercusión y manejo adecuado no han sido aclarados hasta la fecha.

Objetivo: Analizar nuestra experiencia en las alteraciones del metabolismo lipídico en los pacientes tratados con TCZ.

Métodos: Revisión retrospectiva. Se han seleccionado pacientes tratados con TCZ en dos centros hospitalarios con datos analíticos lipídicos completos (colesterol total, LDLc, HDLc y triglicéridos) en los siguientes puntos de corte temporales: 1) Inicio del tratamiento; 2) Tras el primer mes del tratamiento; y 3) A los seis meses de inicio del tratamiento. Se han recogido datos epidemiológicos, clínicos (enfermedad) y niveles de marcadores inflamatorios (proteína C reactiva

–PCR–, velocidad de sedimentación globular –VSG) en los diferentes puntos temporales. Se ha realizado un estudio comparativo antes-después empleando el test de Wilcoxon, y un análisis de correlación con los reactantes inflamatorios empleando la rho de Spearman.

Resultados: Se han incluido 35 pacientes: 34 con artritis reumatoide y uno con fibrosis retroperitoneal idiopática. La mediana de edad fue de 57,5 años (p25-75 51,8-63,3), siendo el 85,7% mujeres. La tabla muestra las variaciones en los parámetros lipídicos e inflamatorios en los diferentes puntos temporales. Se observó un discreto aumento del HDLc al mes de tratamiento respecto a los niveles basales, que se mantuvo a los 6 meses, pero sin alcanzar significación estadística (p=0,64). En el resto de parámetros lipídicos se produjo un ascenso significativo al mes de tratamiento, que desapareció a los 6 meses. Los marcadores inflamatorios se redujeron de forma significativa y sostenida tras el inicio de TCZ. En el análisis de correlación no se ha detectado asociación significativa entre los niveles de lípidos y los niveles de marcadores inflamatorios en esta muestra (p>0,05 para todas las comparaciones).

Conclusiones: Hemos detectado una elevación discreta y no significativa de los niveles de HDLc tras inicio de TCZ, por lo que indica que su supuesto beneficio antiaterogénico, quizá esté mediado por cambios cualitativos de la molécula HDL. El resto de parámetros muestran una elevación significativa pero transitoria tras empezar TCZ. Estudios con mayor tamaño muestral y prospectivos deben caracterizar mejor estos resultados.

	Basal	1º mes	p	6º mes	p
Colesterol total	213,0 (193,5-47,0)	242,5 (199,7-273,5)	0,002	214,0 (179,0-37,0)	0,36
HDLc	60,5 (46-78)	64,0 (42,5-79)	0,54	63,0 (53,0-81,0)	0,36
LDLc	124,5 (97-150,2)	143,5 (107,2-170,7)	0,008	116,0 (79,0-140,0)	0,66
Triglicéridos	118,0 (74,5-170,5)	137,5 (78-211)	0,06	123,0 (82,0-209,0)	0,15
PCR	2,6 (0,9-7,1)	0,9 (0,9-1,75)	0,002	0,9 (0,7-0,9)	<0,001
VSG	29,0 (10,5-56,0)	7,0 (3,0-18,0)	<0,001	6,0 (2,0-12,0)	<0,001

Unidades en mg/dL (salvo mm/h para VSG). Los valores representan la mediana (p25-75).

Abreviaturas: HDLc: lipoproteínas de alta densidad; LDLc: lipoproteínas de baja densidad; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular

36. VENTAJAS DE LA VACUNACIÓN POR ENFERMERÍA DE REUMATOLOGÍA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS: ANÁLISIS DEL PRIMER AÑO (32)

Pons-Bas A¹, Cano C¹, Lorente M¹, Rosas J², Santos-Soler G², Salas E², Senabre-Gallego JM², Barber X³, Sanchis M³, y el grupo AIRE-MB

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

Introducción: Los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS), presentan mayor incidencia de infecciones. Algunas pueden ser prevenidas con vacunación adecuada. Un problema es la no finalización completa de la pauta vacunal. En nuestro caso, hasta 2014, cerca del 50% de los pacientes, no completaban la vacunación para neumococo o el virus de la hepatitis B (VHB). En 2014, se publicaron las recomendaciones para vacunación de los pacientes con EAS, de la Sociedad Valenciana de Reumatología (SVR) y Medicina Preventiva y Salud Pública (SVMPPSP) (Fernández-Martínez S. Rev Sociedad Val Reuma 2014;5).

Objetivos: Conocer las características de los pacientes vacunados por EAS, por Enfermería de Reumatología (Enf-Reu) y Evaluar la tasa de cumplimentación vacunal.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo de pacientes, en seguimiento en reumatología, vacunados en 2015, por EAS, o terapia biológica/fármacos inmunosupresores, por Enf-Reu. Desde 2015, se revisa el estado vacunal, en cada paciente con EAS que acude a consulta. Las vacunas a administrar fueron: antineumocócica (13-V y/o 23-V) y VHB.

Para la vacunación antineumocócica, debe iniciarse con la tipo conjugada/13-V y al menos 8 semanas después una dosis de vacuna polisacárida/23-V. Se recomienda una única dosis de recuerdo de 23-V a los 5 años de la primera dosis. En caso de haber recibido dosis previa de 23-V, es recomendable administrar la 13-V, un año después. La vacuna 13-V no precisa dosis de recuerdo.

Para la vacuna VHB, es necesario comprobar previamente el estado inmune del sujeto. Si no es inmune se administrarán 3 dosis (0-1-6-12 meses).

Desde 2015, Reumatología dispone de: frigorífico, acceso electrónico al Registro Nominal Vacunal de la Comunidad Valenciana (recoge datos del paciente, fecha, tipo, lote de vacuna administrada), base de datos específica (datos epidemiológicos de los pacientes, programación futuras dosis, acceso a historia clínica electrónica) y Enf-Reu entrenada. Previamente, la enfermera detalla los posibles efectos secundarios, cómo actuar o contactar.

Resultados: De los 135 pacientes vacunados en 2015: 65% eran mujeres, con edad media: 56±16 años (rango: 10-84 años. Mediana: 57 años). El diagnóstico era: artritis reumatoide: 49%, espondilitis anquilosante: 22%, artritis psoriásica: 11%, Lupus sistémico: 9% y otros: 9%.

El motivo de vacunación: inicio fármaco biológico: 26% (al menos 1 mes antes), tratamiento inmunosupresor: 51% y tratamiento biológico establecido: 23%. Se administraron 270 vacunas: antineumocócica-conjugada/13-valente: 135 (50%) y antineumocócica-polisacárida/23-valente: 42 (15%). La 1ª dosis anti-VHB: 35 (13%) pacientes, 2ª dosis: 32 (12%) y 3ª dosis: 26 (10%) pacientes.

En 92 (67%) pacientes, se actualizó la vacunación antineumocócica, con la 13-V, por antecedente de haber recibido 23-V. En 42 (31%) pacientes, sin vacunación previa antineumocócica, se administró la vacuna 13-V y a los 2 meses la 23-V.

Conclusiones: 1) Los pacientes en seguimiento por EAS o tratamiento inmunosupresor, vacunados por Enf-Reu, consiguen cumplimentación/revacunación, cercana al 100%. 2) En una gran parte de los pacientes, la vacunación queda programada al inicio de la enfermedad, en las primera/s citas de consulta o del tratamiento inmunosupresor. 3) Un adecuado registro electrónico, permite el acceso inmediato a la información desde cualquier punto de la Comunidad, con acceso al programa informático de la Consellería de Sanitat.

Agradecimiento: Este estudio ha recibido una beca de investigación de la Asociación para la Investigación en Reumatología de la Marina Baixa (AIRE-MB).

37. EVOLUCIÓN DE LA RESPUESTA SEROLÓGICA A LA VACUNA FRENTE A VHB EN PACIENTES CON ESPONDILO-ARTRITIS TRATADOS CON FÁRMACOS ANTI-TNF (43)

Valls Pascual E, Ybáñez García D, Vicens Bernabeu E, Vergara Dangond C, Aguil- lar Zamora M, Martínez Ferrer MA, Alegre Sancho JJ
Sección de Reumatología Hospital Universitari Doctor Peset. Universidad Cató- lica de Valencia

Introducción: En un estudio publicado en 2014 en el que se evalúa la respuesta a la vacuna frente a gripe estacional en pacientes con artritis reumatoide y espondi- loartritis, se observa que los títulos de anticuerpos descendieron en los controles realizados a los 3-6 meses de la vacunación, sin observar mayor descenso entre los 6 y los 22 meses posteriores a la vacunación.

A diferencia de lo publicado en el estudio anterior, en un trabajo realizado en 2013 se observa una baja tasa de retención de anticuerpos frente al neumococo en el control realizado a los 18 meses de la vacunación en pacientes con artritis reuma- toide.

Hasta la fecha no se ha estudiado la evolución de la respuesta serológica a la vacu- na frente a VHB en pacientes con espondiloartritis tratados con fármacos anti- TNF.

Objetivo: Conocer la evolución de la respuesta serológica en pacientes con EspA tratados con antiTNF que presentaron respuesta previa a la vacuna frente a VHB.

Material y métodos: Tipo de estudio: estudio observacional prospectivo. Población: pacientes seguidos en la Sección de Reumatología del Hospital Doctor Peset con cualquier tipo de EspA tratados con antiTNF que presentaron respuesta pre- via a la vacuna frente a VHB. Procedimiento: los pacientes fueron vacunados frente a VHB según pauta clínica habitual. Se les realizó una serología de control al menos un año después de haber recibido la vacuna. Se consideró respuesta serológica protectora un nivel de anticuerpos anti-HBs=10 mUI/mL. Análisis de datos: se calcularon proporciones para las variables cualitativas y media $\pm$ desviación estándar (o mediana si procedía) para variables cuantitativas. Se utilizó el estadístico Chi2 para comparar proporciones, aplicando la corrección por conti- nuidad si era necesario. Se utilizó el estadístico T de Student (y el estadístico de Kruskal-Wallis si procede) para comparar medias.

Resultados: Los resultados se muestran en la tabla.

Conclusiones: En nuestra muestra la proporción de pacientes que mantuvo res- puesta a la vacuna frente a VHB fue baja. Los factores asociados fueron la dosis de la vacuna recibida y el nivel de anticuerpos alcanzado tras la vacunación.

Sería deseable ampliar el estudio para valorar la dosis y frecuencia necesarias de vacuna frente a VHB en estos pacientes.

Paciente	Edad (años)	FAME biológico	FAME sintético	Tiempo diagnóstico (años)	Tiempo tratamiento biológico (meses)	Comorbilidad	Dosis vacuna	Tiempo desde vacuna (meses)	Acs 1 (mUI/mL)	Acs 2 (mUI/mL)
1	52	GOL	MTX	11	96	Diabetes mellitus	40	26	1001	74
2	48	IFX	MTX	19	84	No	10	40	62	1
3	36	ADA	SSZ	16	12	No	10	58	27	4
4	41	IFX	MTX	8	72	No	40	23	1001	151
5	64	ETN	No	14	24	No	10	28	77	5
6	43	IFX	MTX	17	60	No	10	42	18	5
7	58	ADA	MTX	30	108	No	10	34	1001	37
8	35	ADA	MTX	10	48	No	40	32	464	12
9	60	ADA	No	43	48	Diabetes mellitus	10	29	94	0
10	44	IFX	No	22	12	No	10	42	46	1
11	62	IFX	No	17	84	No	10	54	11	2

38. APARICIÓN DE PSORIASIS PARADÓJICA EN PACIENTES REUMÁTICOS CON TRATAMIENTO BIOLÓGICO (47)

Balaguer Trull I, Campos Fernández C, Rueda Cid A, Pastor Cubillo MD, Gonzá- lez-Cruz Cervellera MI, Calvo Catalá J
Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital General Universitario de Valencia

Introducción: Los beneficios de la terapia biológica en las enfermedades infla- matorias son ampliamente conocidos, tanto en enfermos reumatológicos como en psoriasis y en la enfermedad intestinal inflamatoria.

También son conocidos distintos efectos adversos, siendo la psoriasis paradójica uno de ellos: aparición o reagudización de lesiones de psoriasis en pacientes sometidos a terapia biológica, cuando se ha demostrado la efectividad de estos tratamientos en pacientes con psoriasis cutánea.

Objetivo: El objetivo es conocer la evidencia disponible sobre la psoriasis para- dójica en pacientes sometidos a terapia biológica, analizando los casos detectados en nuestro servicio de Reumatología.

Material y métodos: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica con criterios de inclusión / exclusión, encontrando 37 publicaciones y 213 casos descritos. Hemos revisado los casos de psoriasis paradójica detectados en nuestra casuística.

Resultados: Se evidencia: mayor frecuencia en mujeres y con edad media de 35 años. Se ha descrito sobre todo en pacientes con enfermedad de Crohn, seguido de artritis reumatoide (AR), psoriasis y artropatía psoriásica (APs), colitis ulcerosa y espondiloartritis (SpA). El fármaco más prevalente ha sido el infliximab (IFX), quizá por ser el primer fármaco utilizado, seguido de adalimumab (ADL) y eta- nercept (ETN), siendo el resto de anti TNF así como otras dianas terapéuticas, tes- timonial, quizá en relación con su menor uso. El tiempo de latencia medio ha sido de 16 meses desde el inicio del tratamiento. En el 66% de casos, la remisión de las lesiones fue completa, manteniendo generalmente el mismo tratamiento.

En nuestro servicio hemos detectado solo 4 casos de psoriasis paradójica en nues- tros pacientes, siendo un porcentaje mínimo. Un 50% han sido mujeres con edad media de 45,5 años. Todos los pacientes habían sido tratados con ADL, si bien era el fármaco más utilizado. El tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento fue de 27 meses. Se mantuvo el mismo tratamiento en el 75% de casos.

Es importante la colaboración con Dermatología, ya que el tratamiento tópic, solucionó la clínica dermatológica en el 50% de casos.

Caso 1: mujer de 41 años con diagnóstico de AR que tras 19 meses de tratamiento con ADL, presenta psoriasis en placas en tronco y extremidades. Se mantiene el mismo tratamiento, desapareciendo las lesiones cutáneas.

Caso 2: varón de 54 años diagnosticado de APs y tratado con ADL. Tras 44 meses de tratamiento, importante agravamiento de lesiones cutáneas, tratado localmente con corticoides en el servicio de Dermatología y manteniendo el ADL. Mejoría articular y cutánea a los 3 meses.

Caso 3: mujer de 51 años diagnosticada de AR. Tras 25 meses de tratamiento con ADL, se evidencian lesiones de psoriasis en placas en extremidades. Se cambió a ETN (el paciente no quiso continuar con mismo tratamiento), con resolución completa de lesiones cutáneas y manteniendo también la artritis en remisión.

Caso 4: varón de 36 años con diagnóstico de SpA. Tras 20 meses de tratamiento con ADL y buen resultado articular, aparición de lesiones psoriásicas en brazos, cabeza y palmopantar. Tratado conjuntamente don el servicio de Dermatología, etiquetamos al paciente de psoriasis paradójica y mantenemos el mismo trata- miento añadiendo tratamiento tópic, con lo que mantiene la mejoría articular y desaparecen las lesiones cutáneas.

Conclusiones: Los datos de nuestros pacientes varían ligeramente respecto a los descritos en la bibliografía, quizá por el poco número de pacientes presentados. Habitualmente, no se precisa el cambio de terapia biológica.

Resaltamos la importancia de la colaboración de Reumatología y Dermatología para una mejor resolución de la sintomatología.

39. NIVEL DE FÁRMACO, ANTICUERPOS ANTI-FÁRMACO Y ACTIVIDAD CLÍNICA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS EN TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB. ANÁLISIS PRELIMINAR (57)

Senabre-Gallego JM¹, Rosas J¹, Llinares-Tello F², Santos-Soler G¹, Salas E¹, Sanchis M³, Pons-Bas A⁴, Cano C⁴, Lorente M⁴, Barber X³ y el grupo AIRE-MB

¹Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa, Villajoyosa (Alicante). ²Laboratorio. Hospital Marina Baixa, Villajoyosa (Alicante). ³CIO-Universidad Miguel Hernández. Elche (Alicante). ⁴Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa, Villajoyosa (Alicante)

Objetivo: Establecer la relación entre los niveles séricos de adalimumab (ADA) y de anticuerpos Anti-fármacos (AAF) con los índices de actividad de la enfermedad en los pacientes con espondiloartritis axial (EsA).

Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal en pacientes con EsA (criterios ASAS), en tratamiento con ADA en el Hospital Marina Baixa. Las variables incluyeron datos demográficos, fecha de diagnóstico de EsA, datos de laboratorio (HLAB27, velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva), y duración del tratamiento con ADA. La actividad de la EsA se evaluó a través de los índices BASDAI y ASDAS. Se extrajo suero justo antes de la siguiente dosis de ADA y se analizó mediante el kit comercial ELISA Promonitor[®], (Proteomika, Derio, Vizcaya) por un analista que desconocía los datos clínicos. Se estableció un punto de corte de 5 mg/L para los niveles de ADA1. Se realizó un estudio estadístico descriptivo y se analizaron las diferencias utilizando el test exacto de Fisher.

Resultados: Hasta enero de 2016 se han incluido 49 pacientes, 24 son mujeres (48,9%), con una edad media de 47 años (DE: 11,4; rango: 68-18). El HLAB27 fue positivo en 39 pacientes (79,6%). El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 117 meses (DE: 123,1; rango: 2-408) y el tiempo medio del tratamiento con ADA fue de 17 meses (DE: 17,8; rango: 69-1). En 35 pacientes (71,4%) ADA fue el 1º biológico, en 10 pacientes (20,4%) el 2º y en 4 pacientes (8,2%) el 3º. Se detectaron niveles normales de ADA (>5 mg/L) en 31 pacientes (64,6%), en ninguno de estos pacientes se detectaron anticuerpos. Se detectaron AAF positivos (>3,5 UA/ml) en 14 pacientes (28,6%), todos ellos con niveles

bajos de ADA. En 4 (8,1%) pacientes se detectaron niveles bajos de ADA y AAF, a pesar de realizar la disociación ácida.

El nivel medio de ADA en pacientes con AAF fue 10,2 mg/L (DE 5,1) vs pacientes sin AAF fue de 5,3 mg/L (DE 5,6) p 0,004. Los pacientes con niveles bajos de ADA (≤ 5 mg/L) tuvieron actividad clínica en mayor proporción que aquellos con niveles normales (>5 mg/L) según los índices BASDAI (>4) OR 5,99 (p 0,007), ASDAS-PCR (>2,1) OR 5 (p 0,003) y ASDAS-VSG (<2,1) OR 7,34 (p 0,018) Test exacto de Fisher. Tabla 1.

Nivel ADA	>5	≤ 5	p-valor	OR
BASDAI				
≤ 4	22	5	0,007	5,99
>4	9	13		
ASDAS-VSG				
$\leq 2,1$	16	3	0,018	7,34
>2,1	15	15		
ASDAS-PCR				
$\leq 2,1$	19	3	0,003	5,00
>2,1	12	15		

Conclusiones: Un 28,6% de los pacientes presentó AAF. Su presencia se relacionó con niveles bajos de ADA en suero (100% de pacientes).

Un 36,4% de los pacientes tuvo niveles bajos de ADA en suero. Estos pacientes tuvieron mayor probabilidad estar clínicamente activos según el índice BASDAI, ASDAS-VSG y ASDAS-PCR, de forma estadísticamente significativa.

Agradecimiento: El presente trabajo ha recibido una beca de la Fundación Española de Reumatología y de la Asociación para la Investigación en Reumatología de la Marina Baixa (AIRE-MB).

Referencias: 1. Rosas J, Llinares-Tello F, Senabre JM, et al. Cut-off level of adalimumab and prevalence of antibodies anti-adalimumab in patients with ankylosing spondylitis: results from a local registry. *Arthritis Rheumatol.* 2014 Oct;66(10) S674-75.

40. TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN MONOTERAPIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN NUESTRA ÁREA (58)

Aguilar Zamora M, Vergara Dangond C, Vicens Bernabeu E, Ybañez García D, Valls Pascual E, Martínez Ferrer A, Robustillo Villarino M, Albert Espí G, Alegre Sancho JJ

Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia

Objetivo: Describir las características de los pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con un fármaco biológico en monoterapia, los motivos, su evolución y respuesta al tratamiento.

Material y métodos: Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo, revisando las historias clínicas de 177 pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con un fármaco biológico, seleccionamos 38 en monoterapia y analizamos variables sociodemográficas como la edad y el sexo, fármaco biológico administrado, los motivos de retirada de FAME y respuesta al tratamiento valorada con el índice clínico DAS28 (VSG) previo al comienzo del tratamiento biológico y a los 6 meses de iniciar la monoterapia. Se realizó un análisis para comprobar si existían diferencias en cuanto a respuesta entre los distintos biológicos. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS-IBM.

Resultados: De los 38 pacientes, que suponen un 21,5% de nuestros pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con biológico, el 87% eran mujeres y presentaban una media de edad de 56,47 años (DE $\pm$ 14,96). Por sexos, la media de edad era de 55,65 años (DE $\pm$ 14,87) para las mujeres y 62,00 (DE $\pm$ 16,08) para hombres. Respecto al tratamiento biológico, 13 pacientes (34,2%) recibieron tocilizumab, 12 pacientes (31,6%) etanercept, 5 (13,2%) adalimumab, 5 (13,2%) certolizumab, 2 (5,3%) rituximab y 1 (2,6%) golimumab. El tiempo que recibieron el tra-

tamiento osciló entre 6 y 157 meses. Un 55% de los pacientes inició tratamiento biológico en monoterapia, mientras que en el 45% restante fue retirado el FAME con posterioridad al inicio del biológico. Se revisó la razón de tratamiento en monoterapia, siendo la causa más frecuente de retirada del FAME en un 45% de los casos los efectos secundarios (37,5% síntomas gastrointestinales, 25% alteraciones hematológicas, 12,5% alteraciones hepáticas, 12,5% alteraciones dermatológicas y 12,5% otros), seguido del criterio clínico en un 34% de los casos (62% por mala respuesta al tratamiento previo, 35% por buena evolución clínica y 3% por contraindicación) y un 21% por decisión del paciente.

Los pacientes presentaban una media de DAS28 al inicio de tratamiento de 4,03 (DE $\pm$ 0,90). A los 6 meses se había conseguido una remisión en el 63% de los pacientes, obteniéndose una media de DAS28 de 2,22 (DE $\pm$ 1,03). Al analizarse las diferencias en la reducción de DAS28 entre pacientes en tratamiento con tocilizumab y etanercept se vio que no existían diferencias estadísticamente significativas en base al tratamiento utilizado ni respecto a la reducción neta de DAS28 (p-valor=0,340) ni a si se había alcanzado la remisión o no (p-valor=0,571). Los otros pacientes no se analizaron al tratarse de un tamaño muestral que imposibilitaba la obtención de resultados con la suficiente potencia estadística.

Conclusiones: El motivo más frecuente por el que nuestros pacientes están en monoterapia son los efectos secundarios a los FAMES, seguido del criterio clínico y la propia decisión del paciente.

El porcentaje de pacientes en monoterapia del 21,5 % es similar al de otros trabajos publicados.

La remisión se alcanzó en el 63% de pacientes y se mantuvo a pesar de retirar el FAME. Pese a que precisaríamos de un mayor tamaño muestral para poder proporcionar conclusiones sólidas, no encontramos diferencias en la reducción de la actividad entre el tratamiento en monoterapia con tocilizumab o con etanercept.

41. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON INFLECTRA EN HOSPITAL LA PLANA (60)

De la Morena Barrio I, Carro Martínez A, Robustillo Villarino M, Fernández-Cuervo Lorente J

Hospital La Plana. Villarreal (Castellón)

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad del intercambio terapéutico a Inflectra (Infliximab Biosimilar), de pacientes en tratamiento con Remicade (Infliximab innovador) que se encuentran en remisión de su enfermedad de base.

Material y métodos: Se realizó intercambio terapéutico de Remicade a Inflectra, en 20 pacientes en remisión de su enfermedad reumatológica de base. Se realizó seguimiento recogiendo datos sobre seguridad y eficacia del fármaco.

Resultados: Se siguieron 20 pacientes con una edad media de 57,55 años (34-81), 8 varones y 12 mujeres. De ellos 9 padecían una Espondilitis Anquilosante, 5 Artropatía Psoriásica y 6 Artritis Reumatoide, con un tiempo medio de enfermedad de 13,25 años (4-29). Habían recibido una media de 65,06 (23-92) infusiones de Remicade y todos ellos se encontraban en remisión de su enfermedad de base. En el momento del intercambio terapéutico, 10 de ellos llevaban Remicade a la dosis habitual para la indicación, 4 llevaban tratamiento optimizado y 6 tratamiento intensificado. Al intercambio se mantuvo la dosis de Infliximab que llevaba cada paciente.

Se han administrado un total de 119 infusiones de Inflectra sin registrar ninguna reacción infusional. Los pacientes han recibido una media de 5,95 (4-8) infusiones, con un tiempo de seguimiento de 10,65 (4-13) meses.

En este tiempo se han registrado eventos clínico-terapéuticos en 8 pacientes:

a) Se ha tenido que interrumpir el tratamiento a 3 pacientes por:

- Éxitus por debut de un Mieloma Múltiple: La paciente era una mujer de 81 años en seguimiento varios años por hematología por una Gammopatía monoclonal de significado incierto (GMSI). Recibió un total de 7 dosis de Inflectra.

- Aparición de una fistula entero-cólica como sospecha de una Enfermedad de

Crohn no confirmada. Se perdió el seguimiento por cambio de domicilio. Recibió 4 dosis de Inflectra.

b) Se ha tenido que espaciar las dosis en 2 pacientes por:

- Infecciones respiratorias de vías altas en un paciente, con lo que ha recibido 4 infusiones cuando debería haber recibido 7, complicación que ya presentaba con Remicade.

- Pancitopenia, atribuida a tratamiento combinado con Metotrexate y resuelta tras la retirada de Metotrexate. Actualmente continúa con Inflectra.

c) Se han registrado nuevos eventos clínicos en 2 pacientes:

- Entesitis aquilea activa no presente con anterioridad y controlada añadiendo Metotrexate al biosimilar.

- Epiescleritis en un paciente con Artritis Reumatoide que se resolvió con tratamiento tópico y no hubo que modificar el tratamiento sistémico de base.

Conclusiones: De nuestra serie de pacientes a los que se realiza el intercambio terapéutico a Inflectra, podemos decir, en cuanto a la eficacia del fármaco que:

- Se ha mantenido la remisión de la enfermedad de base en 17 de los 20 pacientes en un tiempo de seguimiento de 10,65 (4-13) meses.

- Se han registrado 2 eventos relacionados con la enfermedad de base: una entesitis aquilea y una escleritis, que han sido fáciles de controlar sin necesidad de cambio del fármaco biosimilar.

- Se ha perdido el seguimiento de 1 paciente con un posible debut de Enfermedad de Crohn no confirmada.

En cuanto a la seguridad del fármaco, podemos decir, que, en nuestra serie de pacientes:

- No se ha registrado ninguna reacción infusional.

- Ha sido seguro en 18 de los 20 pacientes, sin efectos adversos recogidos.

- Se ha registrado un éxitus por un Mieloma Múltiple en una paciente, y tendencia a infecciones respiratorias altas con necesidad de espaciado de las infusiones en un paciente.

42. COMPARACIÓN PRELIMINAR DE EFICACIA Y SEGURIDAD DEL CAMBIO DE REMICADE® A INFlixIMAB BIOSIMILAR FRENTE AL MANTENIMIENTO CON REMICADE® EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS (63)

Sáez Belló M¹, Llopis Salvia P², Climente Martí M², Alegre Sancho JJ³

¹Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. ²Servicio de Farmacia. Hospital U. Dr. Peset. ³Servicio de Reumatología. Hospital U. Dr. Peset

Objetivo: Comparar efectividad y seguridad del cambio de infliximab original (Remicade®) a infliximab biosimilar (CT-P13) frente al mantenimiento con Remicade®, en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias (ERI) en la práctica clínica diaria.

Material y método: Tipo de estudio: ambispectivo observacional de casos y controles. Criterios de inclusión: pacientes con ERI con infliximab como primera línea de tratamiento biológico. Casos: pacientes que hayan cambiado de Remicade® a CT-P13 (06/2015-01/2016). Controles: pacientes que mantienen tratamiento con Remicade® con similar número de ciclos que los casos.

Variables: sexo, edad, patología, tratamiento concomitante con FAMEs, dosis y intervalo posológico, ciclos de tratamiento, y respuesta clínica tras ciclos 3 y 4 (semanas 24-32) con CT-P13 en los casos, y tras ciclos 3 y 4 del inicio del seguimiento en los controles mediante: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index para Espondilitis Anquilosante (EA) (<2 remisión; respuesta significativa =2 puntos reducción), Rheumatoid Arthritis Disease Activity Score para Artritis Reumatoide (AR) y Artritis Psoriásica (AP) (<2,6 remisión; respuesta significativa =1,2 puntos reducción). La incidencia y la gravedad de los efectos adversos se registraron según criterios CTCAE v4.03.

Análisis estadístico: categóricas como número de eventos y continuas como mediana y rango intercuartílico.

Resultados: Incluimos 13 pacientes: 7 casos (5 hombres) de 49 (13) años y 6 controles (6 hombres) de 53 (15) años. Entre los casos: 2 AR, 2 AP y 3 EA, 5/7 tratados con FAMEs (4/5 metotrexato y 1/5 leflunomida), y entre los controles: 3 AP y 3 EA, 5/6 todos tratados con metotrexato. Las dosis de Remicade® al inicio del seguimiento fueron de 4,8 (0,7) mg/kg cada 56 (7) días durante 76 (26) ciclos en los casos vs 3,4 (0,7) mg/kg cada 56 (5) días durante 75 (18) ciclos en los controles. Únicamente se encontraron diferencias significativas en las dosis (p=0,004), que se mantuvieron constantes durante todo el seguimiento, excepto en un caso (de 4 a 4,5 mg/kg/8semanas).

Entre los casos, al finalizar el tratamiento con Remicade®, 3 se encontraban en remisión y 4 respuestas significativas. Entre los ciclos 3 (4/7 pacientes) y 4 (3/7) de tratamiento con CPT-13 todos los pacientes mantuvieron la misma situación clínica articular. 1/7 interrumpió el tratamiento por efectos adversos.

Entre los controles, 3 se encontraban en remisión y 3 respuestas significativas. Entre los ciclos 3 (3/6 pacientes) y 4 (3/6) de seguimiento todos los pacientes mantuvieron la misma situación clínica articular.

En cuanto a la seguridad, entre los casos 4/7 presentaron algún efecto adverso. 3 eventos infecciosos respiratorios leves y 1 un cuadro gastrointestinal, que no requirió ingreso hospitalario, así como un cuadro de foliculitis y dermatitis que motivó la suspensión transitoria del tratamiento. Un paciente con EA y psoriasis guttata presentó empeoramiento dermatológico. Entre los controles, 3/6 pacientes presentaron algún efecto adverso. 2 de ellos eventos infecciosos respiratorios leves y 1 una gingivitis. Ninguno de ellos requirió ingreso hospitalario pero sí tratamiento antibiótico.

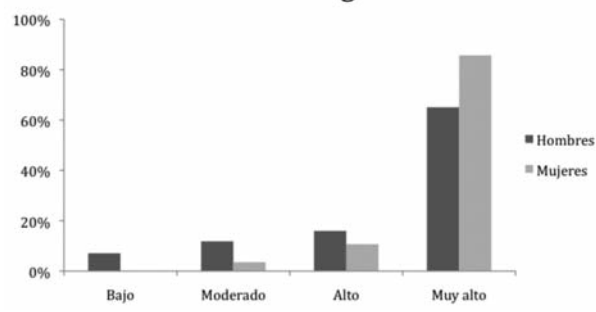
Conclusión: En nuestro centro, los pacientes que cambian de Remicade® a CT-P13 mantienen respuesta clínica similar en comparación a los que mantienen tratamiento con el fármaco original, con una incidencia y perfil de efectos adversos infecciosos similar durante las primeras 24-32 semanas de seguimiento.

Resúmenes MICROCRISTALINA

43. LAS MUJERES CON GOTA PRESENTAN UN PEOR PERFIL CARDIOVASCULAR TRAS UNA EVALUACIÓN ESTRUCTURADA (25)

Bernal JA¹, Andrés M¹, Sivera F², Carmona L³, Vela P^{1,4}, Pascual E^{1,4}¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. ²Unidad de Reumatología. Hospital General Universitario de Elda. ³Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid. ⁴Universidad Miguel Hernández de Elche**Introducción:** La enfermedad cardiovascular (CV) afecta a los pacientes con gota, probablemente debido a las frecuentes comorbilidades y a la inflamación provocada por los cristales. A pesar de ser más prevalente en hombres, la gota también tiene un impacto en el riesgo cardiovascular en mujeres. Hasta la fecha son pocos los estudios que se han centrado en las diferencias entre sexos en relación al riesgo CV.**Métodos:** Se trata de un estudio observacional transversal. Se han incluido de forma consecutiva todos los pacientes que se han diagnosticado de gota por identificación de cristales en un hospital terciario y se les ha realizado una evaluación estructurada del riesgo CV. Esta evaluación consistió en escalas de predicción del riesgo CV, ecografía de carótidas y clasificación del riesgo CV según las guías europeas actuales. También se registraron las características de la gota. Se realizó una comparación por sexos en las distintas variables, empleando la prueba chi-2 para variables binarias, y los estadísticos t de Student o U de Mann-Whitney para variables cuantitativas.**Resultados:** Se han analizado un total de 199 pacientes – 28 (14,1%) mujeres y 171 (85,9%) hombres-. Las mujeres eran significativamente mayores que los hombres (72,7±11,1 años vs 62±13,0 en hombres, p<0,001). En relación al perfil CV, las mujeres presentaron una mayor prevalencia de hipertensión arterial (89,3% vs 64,9%, p=0,01), diabetes (53,6% vs 18,7%, p<0,001), uso de diuréticos (78,6% vs 38,2%, p<0,001), y enfermedad renal crónica (71,4% vs 21,3%, p<0,001). Tener historia de tabaquismo fue más frecuente en hombres (20% vs 66%, p<0,001), y no se encontraron diferencias en dislipemia. Los niveles séricos de ácido úrico al

Estratificación del riesgo CV entre sexos



diagnóstico fueron mayor en mujeres (8,97 vs 7,82 mg/dL, p=0,002). Respecto a las características de la gota, los hombres presentaron una mayor duración de la enfermedad - mediana (p25-75) 1 año (0-3,0) en mujeres y 5 años (2,0-15) en hombres, p=0,005- y más ataques de gota – 2 ataques (1,0-3,5) en mujeres y 5 (3,0-20) en hombres, p=0,001-, sin diferencias en la presencia de tofos. No hubo diferencias significativas en la presencia de placas carótideas (50% en mujeres y 33,6% en hombres, p=0,32), pero la ecografía no se realizó de forma más frecuente en mujeres por presentar un riesgo CV muy alto en la evaluación inicial (muy alto riesgo CV en el 64,3% de las mujeres y en el 33,7% de los hombres, p=0,002). La estratificación del riesgo CV final (incluyendo ecografía de carótidas si procedía) mostró mayor riesgo CV en mujeres (Gráfica).

Conclusión: En esta serie el perfil CV de las mujeres con gota parece peor que el de los hombres. Las diferencias en la patogénesis de la gota entre sexos probablemente expliquen estos resultados, pero este hallazgo refuerza la necesidad de un manejo óptimo del riesgo CV en el tratamiento de las mujeres con gota.

44. DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR NO CONOCIDOS EN PACIENTES INCIDENTES CON GOTA (45)

Ordoñez JC¹, Andrés M¹, Bernal JA¹, Sivera F², Carmona L³, Vela P^{1,4}, Pascual E^{1,4}¹Hospital General Universitario de Alicante. ²Hospital General Universitario de Elda. ³Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid. ⁴Departamento de Medicina de la Universidad Miguel Hernández. Alicante**Introducción:** La gota es una enfermedad causada por depósito de cristales de urato monosódico en las articulaciones tras hiperuricemia persistente, generando inflamación. Los pacientes con gota tienen a menudo condiciones comórbidas tales como la enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal, diabetes mellitus etc. De hecho, algunas de las comorbilidades, puede aumentar los niveles de ácido úrico en la sangre y por lo tanto contribuir al desarrollo de la gota. Su control e identificación resulta fundamental pues en el manejo de los pacientes**Objetivo:** Estimar qué porcentaje de factores de riesgo cardiovascular (CV) no son previamente conocidos o diagnosticados en el momento del diagnóstico de gota.**Material y métodos:** Es un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, en un único centro, por muestreo consecutivo de casos de gota, diagnosticada por identificación de cristales de Urato Monosódico en líquido sinovial o aspirado de material de un tofo. Se realizó evaluación cardiovascular sistemática con toma

de tensión arterial, antropometría y estudio analítico. La Hipertensión Arterial (HTA), fue definida por diagnóstico previo, presión arterial $\geq$ a 140/90 mmHg y/o uso de medicación antihipertensiva. La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM-2) fue definida por diagnóstico previo, glicemias $\geq$ a 126 mg/dL, hemoglobina glicosilada $\geq$ a 6,5%, o complicaciones microangiopáticas. La Dislipemia (DLP), definida como un diagnóstico previo, uso de hipolipemiantes o niveles de colesterol total $>$ a 200 mg/dL y/o triglicéridos $>$ a 150 mg/dL. Se presenta un análisis descriptivo de los resultados.

Resultados: Se han incluido un total de 199 pacientes, cuya edad promedio fue de 63,4 años (DE±13,2) de los cuales 171 (85,9%) eran varones. Los FRCV a la inclusión fueron HTA 136 (68,3%), DLP 13 (51,8%), DM-2 47 (23,6%). Otras variables halladas fueron Obesidad 76 (38,6%), Tabaquismo activo 40 (20,1%), uso de Diuréticos en 87 (43,7%), Insuficiencia renal en 57 (28,6%). Mientras que en el cribado de nuevos FRCV se detectó la presencia de DLP en 59 pacientes (29,6%), de HTA en 20 (10,1%) y de DM-2 en 14 (7%), hallándose un nuevo FRCV 52 pacientes (26,1%), 2 FRCV 13 (6,5%) e incluso 3 FRCV en 2 casos (1,0%) con un porcentaje global de nuevos FRCV en 94 (46,7%) pacientes.

Conclusiones: En casi la mitad de los pacientes se detectó un FRCV no conocido a la inclusión. Los diagnósticos no conocidos presentes fueron DLP seguido por HTA y DM-2, demostrando la importancia en la búsqueda activa de nuevos FRCV en pacientes diagnosticados de Gota dado que su presencia incrementa el riesgo cardiovascular.

45. EVENTOS CUTÁNEOS CON FEBUXOSTAT EN PACIENTES CON GOTA Y REACCIÓN CUTÁNEA PREVIA A ALOPURINOL. REVISIÓN RETROSPECTIVA (54)

Quilis N¹, 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: Alopurinol es el fármaco hipouricemiente más ampliamente usado en pacientes con gota. Sin embargo un 10% de los pacientes presentan intolerancia (1), frecuentemente cutánea, que puede llegar a ser seria. Febuxostat es un nuevo fármaco no purínico inhibidor de la xantina oxidasa que por su diferente estructura se ha recomendado en pacientes con reacción adversa cutánea al alopurinol. Sin embargo la seguridad en estos pacientes no ha sido bien establecida. (2, 3).

Objetivo: Determinar la tolerancia a nivel cutáneo con febuxostat en pacientes con reacción previa al alopurinol.

Métodos: Revisión retrospectiva de pacientes con gota probada por cristales tratados con febuxostat en nuestra unidad hasta diciembre de 2015. Se han seleccionado aquellos con reacción cutánea previa al alopurinol. Se han recogido datos epidemiológicos (edad, sexo), clínicos (eventos) y de laboratorio (uricemia y función renal). La variable principal a estudio es el porcentaje de pacientes que presentan reacción cutánea con febuxostat, tras episodio previo con alopurinol. Se presenta un análisis descriptivo con estimación del intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: De 102 pacientes tratados con febuxostat, identificamos 24 pacientes con afectación cutánea previa al alopurinol. Se trata de 6 mujeres y 18

hombres, con una mediana de edad de 68,5 años (p25-p75 53,7-71). La mediana y la media de la dosis inicial de Febuxostat fue de 80 mg/día. La mediana de filtrado glomerular en el momento de iniciar Febuxostat fue de 77,2 ml/min (62,7-68,6). De estos, cinco pacientes (20,8%, IC95% 3-38%) presentaron reacción cutánea adversa también a Febuxostat (ver tabla), desarrollando un paciente síndrome de Steven Johnson y 4 rash inespecífico. Ninguno de estos cinco pacientes mostró afectación cutánea posterior con benzbromarona.

Conclusión: En esta serie uno de cada cinco pacientes con reacción cutánea previa al alopurinol presentó toxicidad cutánea al iniciar febuxostat, uno de ellos muy grave. Ninguno de ellos presentó afectación cutánea con benzbromarona. Estudios más amplios deben confirmar estos resultados, pero por los datos actuales es conveniente tener precaución con respecto al uso de febuxostat en este grupo de pacientes, (especialmente en reacción grave).

Referencias: 1. *J Rheumatol* 2011;38;1957-1959. 2. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology* 2014;10:52. 3. *Joint Bone Spine*. 2015 Dec 18.

Sexo	Edad	FG alop-0	Ds Alop 0	FG fbx-0	Ds Fbx 0	Rash FBX	BENZBROMARONA
Mujer	70	78 ml/min	50 mg/día	77,2 ml/min	120 mg/día	Inespecífico	No rash
Hombre	69	90 ml/min	*	90,5 ml/min	40 mg/día	Stevens-Johnson	No rash
Mujer	68	52 ml/min	100 mg/día	80,3 ml/min	80 mg/día	Inespecífico	No rash
Hombre	45	90 ml/min	50 mg/día	90,9 ml/min	80 mg/día	Inespecífico	No rash
Mujer	41	40 ml/min	300 mg/día	40,9 ml/min	5 mg/día	Inespecífico	No rash

FG: Filtrado glomerular; Ds: dosis; Alop: Alopurinol; Fbx: Febuxostat.
*Dato no disponible

Resúmenes OSTEOPOROSIS

46. ANALISIS DEL METABOLISMO ÓSEO Y FACTORES DE RIESGO OSTEOPORÓTICO EN PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR (09)

Rivera Soria P¹, Martínez Cordellat I², Grau García E^{2,3}, Valero Sanz JL², Torralba Collados F⁴, Grao Castellote C⁴, Arévalo Ruales K², Neguerols Albuixech R², Ivorra Cortés J^{1,2}, Feced Olmos C², Ortiz Sanjuán FM^{2,3}, Labrador Sánchez E³, Fragio Gil J³, Chalmeta Verdejo F³, González Puig L², Alcañiz Escandell C^{2,3}, Nájera Herranz C², Poveda Marín G^{2,3}, Fornés Ferrer V³, Román Ivorra JA^{1,2}

¹Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ³Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ⁴Unidad de Lesionados Medulares. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ⁵Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia

Objetivos: Evaluación del metabolismo óseo en pacientes con lesión medular, haciendo hincapié en el estudio demográfico de la población de lesionados medulares, así como en la incidencia de fracturas.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes con lesión medular procedentes de la Unidad de Lesionados Medulares del HUP La Fe. En todos los casos se ha realizado una densitometría de cadera y zona lumbar, radiografía simple de columna, analítica de marcadores del metabolismo óseo, parámetros clínicos de la lesión medular y factores de riesgo osteoporótico. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.2.3., utilizando modelos de regresión lineal simple.

Resultados: Se han estudiado 37 pacientes con lesión medular, el 46% mujeres, con una edad media en el momento de la lesión de 54,38 ± 24,77 años. El 58,6% de los pacientes presentó una lesión a nivel torácico. El 46,7% del total presentó un nivel C en la Escala Asia, y el 48,6% presentó paraparesia. Los valores de los mar-

cadores de metabolismo óseo y de densitometría se presentan en la tabla.

Observamos una relación inversa estadísticamente significativa entre valores disminuidos de vitamina D y valores elevados de bCTX (P=0,002) y PTH (P=0,03). Además la presencia de la lesión a nivel torácico (P=0,03), la pérdida completa de la movilidad (P=0,02) y grados de mayor afectación en la Escala Asia (P=0,004) se correlacionan con niveles alterados de vitamina D y PTH.

Además se han valorado parámetros clásicos de riesgo osteoporótico, mostrando una relación inversa estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol (P=0,022), caídas frecuentes en el último año (P=0,02) y el tratamiento prolongado con anticoagulantes (P=0,006), con niveles alterados de vitamina D y PTH.

Conclusiones: Un elevado porcentaje de nuestros pacientes con lesión medular presenta un déficit de vitamina D, asociándose éste con niveles elevados de bCTX y PTH. Además los niveles más bajos se asocian a casos donde la limitación de la movilidad es muy elevada y mayor gradación de la escala Asia.

	Media (SD)
Calcio	9,06 (0,48)
Fosforo	3,84 (0,62)
Fosfatasa alcalina	202,89 (68,34)
25OH Vitamina D	26,6 (20)
PTH	34,93 (22,52)
PINP	70,5 (74,75)
bCTX	0,89 (0,42)
IMC	27,22 (4,2)
DMO lumbar (g/cm ²)	2,04 (0,29)
T-score lumbar	-0,39 (2,72)
DMO cuello fémur (g/cm ²)	0,82 (0,26)
T-score cuello fémur	-0,79 (2,33)
DMO cadera total (g/cm ²)	0,88 (0,29)
T-score cadera total	-0,82 (2,33)

47. ESTUDIO A DOS AÑOS DEL METABOLISMO ÓSEO EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO ANTIRESORTIVO Y DE LA EVALUACIÓN PREVIA AL TRASPLANTE (23)

Valero Sanz JL¹, Grau García E^{1,2}, Feced Olmos C¹, Ortiz Sanjuán FM^{1,2}, Labrador Sánchez E¹, Arévalo Ruales K¹, Frago Gil J¹, Martínez Cordellat I¹, Chalmeta Verdejo I¹, González Puig L¹, Neguerolles Albuixech R¹, Ivorra Cortés J^{1,3}, Alcañiz Escandell C^{1,2}, Poveda Marín G^{1,2}, Nájera Herranz C¹, Hervás Marín D⁴, Moya Nájera D⁵, Moya Herraiz A⁶, Román Ivorra JA^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia. ²Grupo de Investigación de Reumatología. IIS La Fe. Valencia. ³Facultad de Medicina. UCV. Valencia. ⁴Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia. ⁵Laboratorio de actividad física y salud. Grupo de investigación en Deporte y Salud. UV. ⁶Servicio de Hepatología. HUP La Fe. Valencia

Objetivos: Evaluar el efecto de la administración de tratamiento antiresortivo en el metabolismo óseo, así como la utilidad de una evaluación previa al trasplante, en pacientes sometidos a trasplante hepático (TXHO) en relación al riesgo de sufrir osteoporosis.

Material y métodos: Se han recogido pacientes sometidos a TXHO del HUP La Fe e incluidos en el protocolo de estudio de osteoporosis en trasplante hepático. 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. El análisis bioestadístico se realizó mediante el software R versión 3.2.3.

Resultados: Se han seleccionado 172 pacientes con TXHO, y en 56 casos se ha completado el seguimiento a 24 meses. El 89,7% son hombres, con una edad media al trasplante de 57,7±6,7 años. En el 89% de los casos se suplementó con 25OH-vitamina D (0,266 mg/15días) al alta de la intervención y durante los meses de seguimiento, el 6,4% recibió bifosfonatos intravenosos y el 2,3% tratamiento biológico con denosumab. Se observa una normalización de los marcadores de formación/resorción ósea y vitamina D a los dos años de seguimiento. El 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 -1,49±1,29 tras la intervención y -1,29±1,1 a los 24 meses de seguimiento). Se observa una influencia estadísticamente significativa del tratamiento antiresortivo (P<0,0001), de la normalización de los valores de vitD (P=0,003), bCTX (P=0,03) y P1NP (P=0,02), y sexo femenino (P=0,001) con la normalización de los valores densitométricos. En cambio, la obesidad se correlaciona de forma inversa con la normalización de los valores densitométricos (P=0,003). También observamos una clara influencia del tratamiento antiresortivo (P<0,001) en la normalización de los valores de vitD, bCTX, P1NP y PTH. Por último, existe una clara diferencia en los valores de marcadores de metabolismo óseo entre aquellos pacientes que fueron evaluados y tratados previamente a la intervención y no inmediatamente tras la misma (P<0,001).

Conclusiones: En general, hay una normalización de los marcadores del metabolismo óseo y en los valores densitométricos a los dos años de tratamiento. La administración de antiresortivos es clave para alcanzar este estado, así como establecer una visita previa al trasplante donde evaluar al paciente y establecer un tratamiento si así se requiere.

48. UNIDAD DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA: PREVALENCIA DE FRACTURA VERTEBRAL DORSAL NO DOCUMENTADA DURANTE INGRESO HOSPITALARIO (31)

Rosas J¹, Salas E¹, Senabre-Gallego JM¹, Santos-Soler G¹, Cano C², Lorente M², Pons A², Barber X³, Sanchis M³ y el grupo AIRE-MB¹

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

Introducción: La fractura vertebral (FV) constituye una complicación común en pacientes con osteoporosis. Se estima, que en mujeres de más de 50 años, a lo largo de la vida, un 25% sufrirá una o más FV por osteoporosis, llegando al 54% en mujeres mayores de 80 años. Su detección, con frecuencia inadvertida, llega al 30% en gran número de series.

Objetivos: Conocer la prevalencia de FV dorsal de las radiografías laterales de tórax, no documentada, de los pacientes ingresados en servicios o secciones de Medicina Interna, previo a la creación de una Unidad de fracturas osteoporóticas.

Material y métodos: Estudio transversal, realizado en pacientes dados de alta en noviembre de 2015, tras ingreso en los servicios de Neumología y Medicina Interna. Se incluyeron 100 pacientes consecutivos, mayores de 50 años, 50 de cada especialidad, a los que se les hubiera realizado radiología de tórax durante el ingreso. Un único observador, reumatólogo, revisó: 1) el informe de alta hospitalaria para comprobar si se reflejaba entre los antecedentes la existencia de FV previa o información de su presencia en la radiografía de tórax, del ingreso actual, 2) el informe del servicio de Radiología, si existía y/o si se reflejaba la presencia de FV,

3) el observador revisó la radiología lateral de tórax digitalizada, en caso de su realización del ingreso. Se definió FV, la diferencias entre muro anterior-posterior o central vertebral, ≥20%, realizándose medición sobre la vértebra si existían dudas. Se comprobó cuántos pacientes con FV, eran dados de alta con tratamiento específico para osteoporosis

Resultados: De los 100 pacientes evaluados, el 32% eran mujeres, con edad media de 76±10 años (mediana: 76 años; rango: 56-90 años). Respecto a la enfermedad que había provocado el ingreso: el 44% era por infección, el 16% por descompensación de EPOC, el 15% por neoplasia, otro 15% por insuficiencia cardíaca descompensada (ICC) y miscelánea el 20% restante.

En 30 (30%) pacientes no se había realizado radiología lateral de tórax, que imposibilitó conocer la existencia de FV. De los 70 pacientes restantes con radiología lateral de tórax y buena visualización de las vértebras dorsales, en 18/70 (26%) pacientes se visualizó FV.

Entre los 18 pacientes con FV visualizada, el diagnóstico motivo del ingreso fue: infección: 8 (44%) pacientes, EPOC: 5 (30%) pacientes, ICC: 4 (22%) pacientes, neoplasia: 1 (6%) paciente,

De los 38 (38%) pacientes en los que se disponía informe radiológico, solo en uno de los 10 de ellos con FV, se reflejaba su presencia. Ninguno de los pacientes con FV, se indicaba en el informe de alta tratamiento específico para osteoporosis.

Conclusiones: 1) La prevalencia de FV dorsal no documentada durante ingreso hospitalario, en secciones o servicios de Medicina Interna, es del 26%, con predominio en pacientes ingresados por infección, EPOC o ICC. 2) La creación de unidades de fractura osteoporótica, puede mejorar este resultado.

49. VALORACIÓN DE VITAMINA D EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (48)

Pastor Cubillo MD, González-Cruz Cervellera MI, Rueda Cid A, Campos Fernández C, Balaguer Trull I, Calvo Catalá J
Servicio de Reumatología y Metabolismo óseo. Hospital General Universitario de Valencia

Introducción: Desde finales de siglo XI se conoce que la Vitamina D (VD) además de su función reguladora de la homeostasis del calcio y fósforo, tiene un papel relevante en la función inmune reguladora, mejorando la respuesta inmune innata.

El déficit de VD ocasionaría mayor riesgo de desarrollar enfermedades autoinmunes, empeorando así mismo su evolución, siendo el lupus eritematoso sistémico (LES) el paradigma, pues se asocian diversos factores de riesgo que inducen su déficit.

La concentración de VD depende de varios factores: la exposición al sol, la edad, la raza, el índice de masa corporal, el uso de medicamentos como esteroides e inmunosupresores y la dieta.

Objetivo: Valoración del déficit de VD en 50 pacientes con diagnóstico de LES, diferenciando entre insuficiencia (concentración VD entre 20-30 ng/ml) y déficit (cifras de VD < 20 ng/ml) y su relación con el tratamiento con corticoides o inmunosupresores.

Evaluar la cifra de VD en relación con el tratamiento de los pacientes (corticoides e inmunosupresores) así como con la actividad de la enfermedad (SLEDAI).

Valorar la relación entre el déficit de VD y la alteración densitométrica de los pacientes, así como si se aprecia relación con la época del año en que se ha realizado la extracción.

Material y métodos: La población de estudio incluye a 50 pacientes con diagnóstico de LES. La edad media fue de 55,16 (31/76). El 88% eran mujeres y un 12% hombres. Todos ellos de raza blanca. Solo cumplían las indicaciones de suplementos de calcio y vitamina D, el 45% de pacientes con corticoterapia.

Resultados: Los niveles de 25 hidroxivitamina D estaban disminuidos en un 60% de los pacientes, presentando un 55% de ellos un déficit (cifras < 20 ng) y un 45% presentaban una insuficiencia (cifras entre 20-30 ng/ml).

Todos los pacientes con déficit de VD un 54% llevaban tratamiento con corticoides, independientemente del tiempo de tratamiento y dosis total. Un 6%, tratamiento con inmunosupresores y 1 paciente (0,5%) llevaba tratamiento con biológico.

No hemos detectado relación del déficit con la actividad del LES (SLEDAI).

Un 40 % de los pacientes estudiados, presentaban alteraciones densitométricas con baja masa ósea.

Con respecto a la estación del año en que se realizó la extracción, no encontramos en nuestro laboratorio concentraciones más bajas de VD en las extracciones realizadas en los meses de invierno.

Conclusiones:

- La hipovitaminosis D es común en los pacientes con LES. Un 60% en esta revisión.

- Los pacientes con LES presentan frecuentemente alteraciones del metabolismo óseo secundarios al déficit de VD entre otros factores.

- No hemos detectado relación entre la concentración de VD y la estación del año en que se produce la determinación de la misma.

- No hemos detectado relación entre la actividad de la enfermedad evaluada con SLEDAI y el tratamiento con corticoides e inmunosupresores y el déficit de VD.

- No existe acuerdo en la dosis de VD y duración del tratamiento con calcio y VD, pero es importante el control de los niveles de VD en pacientes con LES.

Resúmenes MISCELÁNEA**50. MONITORIZACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE CON GONARTROSIS TRATADO CON ÁCIDO HIALURÓNICO MEDIANTE EL TEST WOMAC. ESTUDIO PRELIMINAR (13)**

Nájera Herranz C¹, Ivorra Cortés J^{1,2}, González Puig L¹, Feced Olmos C¹, Ortiz Sanjuán FM^{1,3}, Labrador Sánchez E¹, Arévalo Ruales K¹, Frago Gil J¹, Martínez Cordellat I¹, Chalmeta Verdejo I¹, Grau García E^{1,3}, Neguerolos Albuixech R¹, Valero Sanz JL¹, Alcañiz Escandell C^{1,3}, Poveda Marín G^{1,3}, Román Ivorra JA^{1,2}

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

²Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. ³Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia

Objetivos: Evaluar la persistencia a los seis meses de la efectividad del tratamiento anual con ácido hialurónico en pacientes con gonartrosis, mediante el estudio de la funcionalidad de la rodilla con el cuestionario WOMAC.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes diagnosticados de gonartrosis de carácter femorotibial de estadio II-III de K.L., en tratamiento con ácido hialurónico Synvisc-One® (hylan G-F 20), recogiendo el índice WOMAC en el momento de la infiltración, al mes y a los 6 meses de la misma.

Resultados: Se han recogido de forma secuencial 16 pacientes con gonartrosis femorotibial procedentes del Servicio de Reumatología del HUP La Fe, con un valor

superior a 4 en la escala WAS-dolor a pesar de recibir un tratamiento analgésico adecuado, a los cuales se les ha prescrito por primera vez una infiltración con ácido hialurónico. Un 19% de ellos eran hombres, con una edad media en el momento de la infiltración de 69 ± 11,4 años. En el momento de la infiltración, al mes de la misma y a los seis meses, se obtienen los resultados que se muestran en la tabla.

	Escala WOMAC	Media	Desv. ST
0 mes	Total dolor	9,88	2,99
	Total rigidez	3,94	2,35
	Total función	38,75	11,72
1º mes	Total dolor	7,93	4,42
	Total rigidez	2,27	2,58
	Total función	28,80	16,21
6º mes	Total dolor	7,38	4,52
	Total rigidez	2,69	1,75
	Total función	34,62	14,44

Conclusiones: Se observa una clara disminución de la puntuación WOMAC para la valoración global de la funcionalidad al mes de la infiltración con ácido hialurónico. Estos datos se mantienen con ligeros aumentos a los seis meses del tratamiento.

51. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LOS PACIENTES AFECTOS DE LUMBALGIA QUE PRECISARON HOSPITALIZACIÓN DURANTE EL AÑO 2014-2015 EN EL HUP LA FE (15)

Labrador Sánchez E¹, Arévalo Ruales K¹, Fragio Gil J¹, Ivorra Cortés J^{1,2}, Feced Olmos C¹, Ortiz Sanjuán FM^{1,3}, Grau García E^{1,3}, Martínez Cordellat I¹, Neguerolles Albuixech R¹, Chalmeta Verdejo I¹, González Puig L¹, Valero Sanz JL¹, Alcañiz Escandell C^{1,3}, Nájera Herranz C¹, Poveda Marín G^{1,3}, Hervás Marín D⁴, Román Ivorra JA^{1,2}

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

²Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. ³Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia. ⁴Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia

Objetivo: Estudio de la posible asociación entre la estancia media hospitalaria y las características clínicas de pacientes con afectos de lumbalgia que precisaron ingreso.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de 61 pacientes (51% mujeres) afectados de lumbalgia, procedentes del Servicio de Reumatología del HUP La Fe, que han ingresado desde diciembre de 2014 hasta noviembre de 2015. Se han recogido datos demográficos, clínicos y de exploraciones complementarias. El diagnóstico final se realizó en base a los resultados tanto clínicos como de exploraciones com-

plementarias obtenidos. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante el software R versión 3.2.3., utilizando modelos de regresión lineal simple.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 59±16,8 años. El tiempo de evolución de la clínica hasta su ingreso fue de 77±111 y la media de los días de ingreso 8,82±9,41. El antecedente traumático estaba presente en un 4% de los casos. La irradiación de la lumbalgia es unilateral en el 64% de los pacientes y posterior en un 29,6%. A la exploración, la espinoperCUSión resultó positiva en un 56,7% de los casos y el Lasseque (0°-50°) en un 55,4%. En aquellos en los que se realizó EMG, mostraron signos de radiculopatía aguda un 35,7% y crónica un 25%. Las causas más frecuentes de lumbalgia resultaron ser las extrusiones/protrusiones disciales (44,3%), espondilosis e hipertrofia facetaria sin hernia discal asociada (29,5%) y fracturas vertebrales (13,1%).

Se observa una asociación estadísticamente significativa entre mayor número de días de ingreso con valores del test de Lasseque de 0°-19° (P=0,04) y con lumbalgias secundarias a discitis (P=0,004). No se observan diferencias significativas entre el tiempo de evolución de la clínica y la estancia hospitalaria.

Conclusiones: Los pacientes con dolor lumbar que en la exploración tienen un Lasseque bajo (0°-19°) pueden precisar estancias hospitalarias más largas. Sin embargo, parece no existir una asociación entre el tiempo de evolución de la lumbalgia y la estancia hospitalaria, por lo que la duración de la clínica no justificaría una mayor celeridad en el ingreso. Por otro lado, la discitis es el diagnóstico que más días de ingreso precisa.

52. ACTIVIDAD ASISTENCIAL 2012-2015 DE LA CONSULTA DE URGENCIAS DE REUMATOLOGÍA (16)

González Puig L¹, Labrador Sánchez E¹, Arévalo Ruales K¹, Neguerolles Albuixech R¹, Feced Olmos C¹, Ivorra Cortés J^{1,2}, Ortiz Sanjuán FM^{1,3}, Grau García E^{1,3}, Martínez Cordellat I¹, Fragio Gil J¹, Chalmeta Verdejo I¹, Valero Sanz JL¹, Alcañiz Escandell C^{1,3}, Nájera Herranz C¹, Poveda Marín G^{1,3}, Hervás Marín D⁴, Román Ivorra JA^{1,2}

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

²Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. ³Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia. ⁴Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia

Objetivo: Descripción de la patología reumática/aparato locomotor derivada desde Puerta de Urgencias a la consulta de Urgencias de Reumatología desde 2012 a 2015.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de los datos clínicos de pacientes

derivados a la Consulta de Urgencias de Reumatología desde Puerta de Urgencias, desde su fecha de inicio en enero de 2012 a diciembre de 2015.

Resultados: Se han recibido un total de 1176 propuestas, de las que se han efectuado 1138 visitas. Los pacientes tenían una edad media de 54 años, y el 61% eran mujeres. Las patologías más frecuentemente remitidas desde Urgencias eran de tipo inflamatorio, patología de columna y de partes blandas. Aproximadamente un 4% de los pacientes requirieron ingreso, un 30% recibieron el alta médica y un 60% continúan en seguimiento. El número de visitas realizadas ha sido creciente, desde 160 visitas en 2012 a 427 en 2015

Conclusiones: La consulta de Urgencias de Reumatología se ha consolidado en este periodo de 4 años, incrementándose el número de visitas progresivamente. Ello aporta una mayor rapidez en la atención y diagnóstico de estas patologías, evitando demoras tanto en la realización de pruebas e instauración de tratamientos. Además ha servido para que exista una mayor comunicación con el Servicio de Urgencias de nuestro hospital.

53. LOCALIZACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO REFERIDO AL APARATO LOCOMOTOR, EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA, ¿ES ÚNICA Ó MÚLTIPLE?, ¿INFLUYE EN LA VALORACIÓN DEL DOLOR? (27)

Santos-Soler G¹, Salas E¹, Senabre-Gallego JM¹, Rosas J¹, Cano C², Lorente M², Pons A², Barber X², Sanchis M² y grupo AIRE-MB

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

Introducción: Los ensayos clínicos dirigidos a evaluar la respuesta analgésica y/o funcional en diferentes patologías del aparato locomotor, se centran en pacientes con dolor definido por una localización y etiología precisas; sin embargo en la consulta un porcentaje de pacientes, nos señalan la presencia de dolor simultáneamente en varias regiones anatómicas.

Objetivo: Conocer si los pacientes presentan una o diferentes localizaciones del dolor, y evaluar la intensidad del dolor y su repercusión funcional, según esta circunstancia

Material y método: Se recogieron los datos de los pacientes remitidos a una consulta ambulatoria de Reumatología por Dolor Crónico (duración >3 meses continuo o recurrente), durante octubre y noviembre del 2015. Se excluyeron aquellos que valorados en los últimos 12 meses por un reumatólogo. Se clasificó a los pacientes en función de la localización del dolor, atendiendo a una dis-

tribución axial (cervical, dorsal ó lumbar), periférica (hombro, codo, carpo, mano, cadera, rodilla, tobillo ó pie), o mixta; que se valoran como única (una única localización) ó múltiple (dolor referido a 2 o más sitios, y diferenciando entre derecha e izquierda las periféricas). Se especifica la intensidad del dolor basal como: Dolor Basal Controlado (DBC) cuando presentaban una EVA ≤5, o No Controlado (DBNC) si la EVA de dolor basal era >5. El estado de salud se valoró mediante el HAQ.

Resultados: Se evaluaron 273 ptes con una mediana de edad de 57 años. La mayoría eran mujeres (69%), la localización del dolor más frecuentemente, periférica (66%) y el diagnóstico más frecuentemente establecido era la patología de partes blandas (40%). Ningún paciente presentaba dolor oncológico.

Conclusiones: 1) Significativamente los pacientes presentaban dolor de localización múltiple. 2) Los pacientes presentan puntuaciones de dolor y función significativamente peores, seguían una pauta analgésica y esta incluía opioides con mayor frecuencia, que aquellos que presentaban una localización del dolor única. 3) Un porcentaje apreciable de los pacientes atendidos en consultas por primera vez, presentan un dolor basal controlado y una afectación funcional leve. 4) Se debe tener en cuenta al desarrollar o interpretar los resultados de ensayos clínicos que hagan referencia al dolor y/o función referido al aparato locomotor, la presencia de una realidad más pleomórfica.

Agradecimiento: El estudio fue apoyado con una beca de la Asociación para la Investigación en Reumatología de la Marina Baixa (AIRE-MB).

Localización		Única	Múltiple (Total)	Múltiple 2 localizaciones	Múltiple 3 localizaciones
Nº		86 (31,5%)	187 (68,5%)*	73 (39%)	114 (61%)
Mujer Varón		47 (54,7%) /	142 (76%) /	53 (73%)	89 (78%)
		39 (45,3%)	45 (24%)*	20 (27%)	25 (22%)
EVA	(media)	4,48		5,22	5,95
	≤ 5 (%)	49%*	33%	41%	28%
	>5 (%)	31,4%	46%*	41%	49%
HAQ	(media)	0,69		0,78	1,26
	0-<1	50%*	37%	48%	30%
	1-<2	23%	27%	22%	30%
	≥2	1,16%	12,3%*	4%	17,5%
Localización diagnóstico principal	Dolor General	0	24%		
	Dolor Axial	30,23%	12,29%		
	Dolor Periférico	68,61%	65,78%		
Diagnóstico principal	Artrosis	12,79%	14,44%		
	Inflamatoria	0	2,14%		
	Gota	3,49%	3,74%		
	Partes Blandas	52,33%	40,64%		
Tratamiento ⁽¹⁾	Ninguno	60,5%/39,5%	38,5%/22%*	55%/22 3%	28%/17%
	Opioide	9,3%/25,6%	19%/42%*	15%/35,6%	22%/46,5%
	Cambio	34%	45,5%	56%	38,6%
	Infiltración	21%	17,65%	19%	16,67%

*:p <0.001; (1) Tratamiento previo y posterior a la Consulta en Reumatología

54. ESTUDIO DE LA PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DEL DOLOR IRRUPTIVO REFERIDO AL APARATO LOCOMOTOR EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA (28)

Santos-Soler G¹, Salas E¹, Senabre-Gallego JM¹, Rosas J¹, Cano C², Lorente M², Pons A², Barber X³, Sanchis M³ y grupo AIRE-MB

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

Introducción: El dolor irruptivo (DI) o episódico es la "exacerbación transitoria (de gran intensidad (EVA ≥ 7) y de corta duración (usualmente inferior a 20-30 minutos) del dolor, estando el dolor basal adecuadamente controlado (reducido a un nivel tolerable (EVA < 5)). (Davies AN. Eur J Pain 2009, Collado F. Rev Soc Esp Dolor. 2004). No todos los episodios de crisis de dolor se consideran episodios de dolor irruptivo. Se excluyen: episodios de dolor sin la existencia de dolor basal y episodios de dolor con dolor basal inadecuadamente controlado.

Objetivos: Conocer la incidencia del DI en Reumatología y valorar su presencia, intensidad y el estado de salud del paciente.

Material y métodos: Se recogieron los datos de los pacientes remitidos a la consulta ambulatoria de Reumatología (febrero y marzo 2015) por Dolor Crónico (> 3 meses). Se excluyen aquellos que hubieran sido valorados en los últimos 6 meses por un reumatólogo, o estuvieran en seguimiento semestral o anual por otro motivo en la consulta de Reumatología. Se clasificó a los pacientes en función de la intensidad del dolor basal (DB), en DB controlado (DBC) cuando presentaban una EVA ≤ 5 , o no controlado (DBNC) si la EVA de DB era > 5 ; y como dolor episódico severo (DES) al que alcanzaba una EVA ≥ 7 . Se identificó a los pacientes con DI siguiendo el algoritmo de Davies: DES (EVA ≥ 7) en paciente con DBC (EVA ≤ 5), con una frecuencia temporal de los episodios de 3-6/24h y una duración de la crisis: 30-60 min.

Resultados: Se analizaron 255 pacientes. 48 (19%) fueron excluidos por no ser capaces de autorrellenar los cuestionarios EVA de valoración del dolor. Los resultados de la aplicación del algoritmo de Davies, se representan en la tabla.

La proporción de mujeres que acuden a consulta es mayor que la de hombres, la prevalencia de DBNC y DE son mayores entre las mujeres, mientras que la del DI no

muestra diferencias de prevalencia entre sexos. Los ptes. con DI respecto a aquellos con DBC sin DI, presentan con una frecuencia mayor y significativa un HAQ ≥ 1 ($p \leq 0,001$); y siguen una pauta analgésica, añaden opioides a la misma y reciben tratamiento mediante infiltraciones en la Consulta de Reumatología en un porcentaje significativamente mayor que los que presentan DBC sin DI ($p \leq 0,001$, $\leq 0,001$, $\leq 0,045$, respectivamente). Las reagudizaciones del dolor severas (EVA ≥ 7) fueron significativamente más frecuentes entre los ptes con DBNC respecto a los que presentaban DI ($p \leq 0,001$, estos ptes con DBNC presentaban también con significativa mayor frecuencia HAQ ≥ 1 ($p \leq 0,05$); pero no se apreciaban diferencias respecto al tratamiento.

Dolor controlado (EVA ≤ 5)		No = DBNC (EVA > 5)	SI = DBC (EVA ≤ 5)	
	Nº (%)	101 (48,79%)	106 (51,21%)	
	Edad (mediana, años)	56	51	
Episodios dolor severos (EVA ≥ 7)			NO = No DES (EVA < 7)	SI = DBC + DES (EVA ≥ 7)
	Nº (%)		73 (69%)	33 (31%)
	Mujer/Varón (%)		43 (59%)/30 (41%)	24 (73%)/9 (27%)
	HAQ 0-1 (%)		82,35%	51,61%
	HAQ 1-2 (%)		16,18%	41,94%
	HAQ ≥ 2 (%)		1,47%	6,45%
	No se guían pauta analgésica (%) (1)		57 (78%)/33 (45%)	16 (49%)/4 (12%)
	Pauta analgésica nueva (%)		28 (38%)	24 (73%)
	Seguían algún tratamiento para el DE %		51%	62,5%
	En tratamiento opioide (%) (1)		4 (5,5%)/8 (11%)	2 (6%)/14 (42%)
(1) Resultado previo o posterior a la consulta en Reumatología				

Conclusiones: 1) El DI se muestra en nuestro trabajo con una prevalencia de 31.13% respecto a los ptes con DBC, y del 15.94% respecto al total de pacientes analizados. 2) Los pacientes con DBC y DI presentaban respecto a los que tenían un DBC sin DI, una significativa mayor frecuencia de HAQ ≥ 1 ($p \leq 0,001$). 3) Además, en el momento de la consulta un 48.79% de los ptes presentaban DBNC, y de ellos un 92.55% presentaban un DES. 4) Al planificar la atención al pte con dolor referido al aparato locomotor debe de valorarse la presencia y conocerse las características del DI. Otra cuestión es plantearse el uso de los tratamientos especialmente diseñados con ese objetivo para el DI Oncológico, en patología no oncológica.

Agradecimiento: El estudio fue apoyado con una beca de la Asociación para la Investigación en Reumatología de la Marina Baixa (AIRE-MB).

55. ELABORAJE MIXTO (VIRTUAL-PRESENCIAL) DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y MUSCULOESQUELÉTICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA PERMITE LA OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS (33)

Vela P¹, Zapata B², Almela V², Aracil MA², Arana M², Calvo B³, Cambor ME², Deltell JC², Egea M², Jorda MJ², Lechuga AM², Marín MC², Martí AF², Martínez F², Ortiz A², Roig L², Santonja E²

¹Sección de Reumatología. HGU Alicante. ²CS Lo Morant. Departamento 19. Alicante

Introducción: La alta prevalencia de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (ERYME) (Ref 1), y los limitados recursos destinados a la especialidad de Reumatología, aconsejan proponer un cambio asistencial. En mayo de 2014 se inicia un modelo de consulta mixto virtual-presencial, colaborando el Centro de Salud (CS) Lo Morant y la Sección de Reumatología del HGU de Alicante, siendo los objetivos la resolución rápida de problemas menores y detección precoz de graves/incapacitantes, una mejor interrelación entre profesionales, potenciar la formación continuada y mejorar el uso de los recursos asistenciales (Ref 2).

Objetivos: Analizar los motivos de consulta desde atención primaria, la distribución de patologías y la forma de resolución de las mismas.

Material y métodos: El médico de atención primaria (MAP) realiza la consulta virtual (CV) al reumatólogo dentro del sistema de historia electrónica "Abucasis". Uno-dos días al mes éste y un MAP atienden una consulta presencial (CP) en el CS. Se realiza ese mismo día una sesión formativa-informativa con asistencia de la reumatóloga y los MAP. Variables registradas: nº pacientes, nº CV y CP, técnicas diagnóstico-terapéuticas, diagnósticos, actitud. ANALISIS ESTADÍSTICO: descriptivo de las variables.

Resultados: Se ha analizado el periodo mayo 2014-diciembre 2015. En 806 consultas (607 virtuales, 199 presenciales), se ha atendido a 537 pacientes. Tras la

evaluación virtual, se derivan a consulta hospitalaria de reumatología (CREU) 75 casos (13,9%) y se resuelven 280 (52,1%, 132 patología mecánica (47,1%), 51 osteoporosis (18,2%), 40 tendinitis (14,2%), 12 fibromialgia (4,3%), 8 microcristales (2,8%), 5 inflamatorio/autoinmune (1,7%), 5 no patología (1,7%), 21 se derivan a otro especialista (7,5%)). En la CP se atendió a 181 pacientes (33,7%), se practicaron 104 infiltraciones locales (a 86 pacientes), 13 pacientes se derivan a otro especialista, y 31 a CREU. Los diagnósticos de los 106 casos derivados a CREU fueron: 24 mecánico-tendinoso (22,8%), 22 artritis crónicas (20,9%), 21 artritis microcristalinas (20%), 12 enfermedades autoinmunes (11,4%), 9 osteoporosis severas (8,5%), 2 neoplasias, 2 no patología, 1 Sudeck, 1 neuropatía.

Comentarios: La CV evita el desplazamiento de 301 pacientes (280 se resuelven, 21 se dirigen a la especialidad apropiada), restando pérdidas laborales y gastos de desplazamiento, y disminuyendo la carga en la consulta de reumatología. Los problemas menores (partes blandas, mecánico) son en su mayoría resueltos en la CP en el propio CS, siendo la patología grave e inflamatoria mayoritariamente dirigida a las consultas hospitalarias donde se realiza la atención al paciente crónico.

Conclusiones: La consulta mixta virtual-presencial para atención de las ERYME resulta altamente eficaz, evita desplazamientos innecesarios de los pacientes y facilita la atención de la patología en el nivel apropiado. La formación continuada del MAP, y la estrecha relación con reumatología, favorecen una mejor derivación de pacientes, optimizando la disponibilidad de consulta especializada para aquellos casos que lo requieren.

Referencias: 1. WHO. *The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium*. 2003. 2. Vela P et al. *Resultados preliminares de un modelo mixto virtual-presencial de consulta de reumatología: una propuesta de cambio de modelo asistencial*. XLI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología. *Reum Clin*. 2015;11:76.

56. NIVELES DE CALPROTECTINA SÉRICA EN PACIENTES CON BROTE DE UVEÍTIS ENDÓGENA NO INFECCIOSA (44)

Valls Pascual E^{1*}, Vicens Bernabeu E¹, Alegre Sancho JJ¹, Acevedo León D², Guixeres Esteve M³, Martínez-Costa L³, Román Ivorra JA⁴, Vergara Dangond C¹, Ybáñez García D¹, Martínez Ferrer MA¹, Aguilar Zamora M¹

¹Sección de Reumatología Hospital Universitari Doctor Peset. ^{1*}Universidad Católica de Valencia. ²Servicio de Análisis Clínicos Hospital Universitari Doctor Peset. ³Servicio de Oftalmología Hospital Universitari Doctor Peset. ⁴Servicio de Reumatología Hospital Universitari i Politècnic La Fe

Introducción: La calprotectina es una molécula altamente inmunogénica que se expresa fundamentalmente en el citoplasma de células de la serie mieloide. La concentración de calprotectina sérica se incrementa en distintos procesos inflamatorios sistémicos. Se ha sugerido que la medición de niveles de calprotectina sérica podría ser un buen marcador de actividad en pacientes con uveítis posterior endógena.

Objetivos: Objetivo principal: determinar la concentración de calprotectina sérica de pacientes con brote de uveítis endógena no infecciosa. Objetivo secundario: comparar los resultados con los de una cohorte de voluntarios sanos.

Material y métodos: Tipo de estudio: estudio transversal. Población: cohorte uveítis: pacientes con diagnóstico de uveítis endógena activa; cohorte control: voluntarios sanos. Análisis de datos: se calcularon proporciones para las variables cualitativas y media $\pm$ desviación estándar (mediana si la muestra seguía una dis-

tribución no normal) para variables cuantitativas. Se utilizó el estadístico Chi2 para comparar proporciones, aplicando la corrección por continuidad si era necesario. Se utilizó el estadístico T de Student para comparar medias (Kruskal-Wallis si la muestra no seguía una distribución normal). Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 22 sujetos en la cohorte uveítis y 8 en la cohorte control. De los 22 pacientes con uveítis, 14 presentaron uveítis anterior, 1 uveítis intermedia, 5 uveítis posterior y 2 panuveítis. 17 de los pacientes había recibido tratamiento con corticoides en el momento de la extracción analítica. 9 de los pacientes fueron además diagnosticados de otra enfermedad inflamatoria.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las dos cohortes en cuanto a edad ($p=0,156$) y sexo ($p=0,554$). La mediana de los valores de calprotectina fue más elevada en la cohorte de uveítis (637,5 vs 396 mg/kg), aunque la diferencia no resultó estadísticamente significativa ($p=0,174$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que fueron diagnosticados de otra enfermedad inflamatoria frente a los que no lo fueron ($p=0,548$). Teniendo en cuenta las uveítis anteriores, la media de los niveles de calprotectina fue más elevada en los pacientes con mayor grado de Tyndall, resultando la diferencia estadísticamente significativa ($p=0,015$).

Conclusiones: En nuestro estudio, los valores de calprotectina sérica fueron más elevados en los pacientes con uveítis activa frente a los controles sanos, sin alcanzar una diferencia estadísticamente significativa. Los pacientes con mayor grado de Tyndall presentaron niveles más altos de calprotectina.

57. ANÁLISIS DE LAS DERIVACIONES DE PACIENTES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A REUMATOLOGÍA DURANTE UN AÑO (50)

Bernabeu P, Mínguez M, Panadero G, Carbonell A, Batlle-Gualda E
Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant

Objetivos:

- Analizar el número de derivaciones realizadas por médico de Atención Primaria (AP) durante 2015 para detectar asimetrías en el comportamiento de los circuitos de derivación.

Material y métodos:

- Se han revisado de forma prospectiva todas las interconsultas realizadas durante 2015 por AP y citadas en el Centro de Especialidades de nuestro hospital. Esto supone el 80% del total de lo atendido en 2015, el 20% restante va directamente al hospital, de unos 2/3 de la población de referencia de nuestro, 168.571 hab; el 1/3 restante se atiende de acuerdo un circuito distinto basado en una unidad de aparato locomotor.

- Creación de una base de datos con el registro de los Centros de Salud remitentes y los médicos de plantilla de cada uno de ellos

- Análisis descriptivo de los datos registrados

Resultados:

- Durante el año 2015, se pudieron analizar 943, de un total de 3.431 derivaciones dirigidas a todo el servicio de reumatología durante 2015, realizadas por 110 médicos de los Centros de Salud y auxiliares del departamento 17: CS Sant Joan, CS Juan XXIII, CS Cabo Huertas, CS Santa Faz-Ayuntamiento, CS Hospital Provincial, CS Integrado C. Gerona, CA Garbinet, CA Playa de San Juan y CA La Albufera.

- La media de derivaciones fue de 8,6 pacientes por médico, el percentil 50: fue de 5, y los P25 y P75 fueron de 1,2 y 10; respectivamente. El 20% de los médicos de AP realizaron el 60% de las derivaciones (563/943). Doce médicos (P90) realizaron el 41% de las derivaciones con un total de 386/943. La distribución de los médicos hiperderivadores fue similar entre los distintos centros de salud.

Conclusión: Un seguimiento específico de las derivaciones permite detectar comportamientos anómalos en los tasa de derivación.

58. INFERTILIDAD Y GESTACION EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS: UTILIDAD DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MANEJO MULTIDISCIPLINAR (52)

Chalmeta-Verdejo C¹, Ivorra-Cortés J¹, Díaz-García C², Marcos-Puig B³, Román-Ivorra JA¹, Cortes-Verdú R⁴, Beltrán-Catalán E⁵, Hortal-Alonso R⁶, Negueroles-Albuxech R¹, Valero JL¹, González-Puig L¹, Ortiz Sanjuán F¹, Feced Olmos C¹, Martínez-Cordellat I¹, Alcañiz-Escandell C¹, Labrador-Sánchez E¹, Arévalo Ruelas K¹, Grau-García E¹

¹S. Reumatología. HUP La Fe. ²Unidad de Preservación de la Fertilidad y de Salud de la Mujer. HUP La Fe. ³Servicio de Obstetricia Alto Riesgo. HUP La Fe. ⁴Sección de Reumatología. Hospital de Onteniente. ⁵Servicio de Reumatología. HGU de Valencia. ⁶Sección de Reumatología. Hospital de Gandía

Objetivo: Revisar los resultados de las pacientes incluidas en un protocolo de manejo multidisciplinar para planificación y seguimiento del embarazo.

Pacientes y métodos: Estudio observacional de los resultados de un protocolo de seguimiento de pacientes con enfermedad reumática e intención de gestar, que incluye: estudio de fertilidad de la paciente y su pareja, evaluación de riesgos del embarazo, retirada de fármacos teratogénos y establecimiento de tratamiento farmacológico adecuado; evaluación mensual de la gestación por un obstetra especialista en embarazos de alto riesgo y un reumatólogo; y ajuste postparto de tratamiento farmacológico dependiendo del deseo o no de lactancia materna.

Resultados: 51 pacientes, edad media de 32 años [18-43] y con diferentes enfermedades reumáticas, han sido incluidas en un protocolo multidisciplinar para planificación y seguimiento de su embarazo.

El estudio de infertilidad ha detectado 8 pacientes con diferentes problemas para

gestar: (2 astenozoospermia en la pareja, 1 hiperprolactinemia y 5 con fallo ovárico precoz); 7 han recurrido a técnicas de reproducción asistida (6 FIV y 1 inseminación).

Para el control de la enfermedad reumática se han utilizado fármacos con un adecuado perfil de seguridad según la enfermedad de base; siendo los más frecuentes hidroxycicloroquina (13), salazopirina (4), y azatioprina (2). En 12 pacientes ha sido necesario el uso de corticoides por inflamación articular, y a 2 pacientes con S. Sjögren se les administró Inmunoglobulinas iv + esteroides tras detección de bloqueo AV fetal. Los FAME biológicos se han utilizado en 1 paciente con EA asociada a Enf. Crohn (Infliximab hasta el 6º mes) y en 2 pacientes con AR Certolizumab hasta confirmación del embarazo. Todas las pacientes con trombofilia (10 con Acs anticardiolipina y 1 déficit de proteína S) han llevado pauta de HBPM (enoxaparina o tanziparina) asociada o no a AAS.

La evolución de la gestación ha sido satisfactoria en 28 de 35 gestaciones.

El control postparto de los neonatos con madres con positividad de anti-Ro (15 gestaciones de 12 pacientes) ha objetivado una transferencia neonatal de Acs en el 100% de los casos pero sólo 8 de ellos han desarrollado LES neonatal (2 lesiones cutáneas y 6 cardíacas).

Conclusión: El 87% de las pacientes ha tenido una evolución satisfactoria de su gestación, dato que apoya nuestra impresión de que este proceso debería abordarse de forma multidisciplinar, por especialistas en gestaciones con alto riesgo obstétrico. La infertilidad es una situación que debe ser considerada y tratada de forma precoz en pacientes con enfermedades reumáticas (preferiblemente antes de la discontinuación/modificación preconcepcional del tratamiento habitual) para no demorar la gestación, evitando por tanto una actividad inflamatoria de la enfermedad de base y sus consecuencias.

59. MACROENZIMAS DE LA CK EN PACIENTES CON HIPERCKEMIA (56)

Salas Heredia E¹, Almenar M², Molina J³, Rosas J⁴, Senabre Gallego JM¹, Santos Soler G¹, Barber X¹, Sanchis M¹, Pons A⁴, Cano C⁴, Lorente M⁴ y el Grupo AIRE-MB¹
¹S. Reumatología y ²Laboratorio. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ³CIO-UMH de Elche (Alicante). ⁴Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa (Alicante)

Introducción: Las macroenzimas de la Creatinkinasa (CK), tipo 1 (MCK1) y tipo 2 (MCK2), son detectadas ocasionalmente, 1 a 3%, en el suero de los pacientes, y muy raramente en los individuos sanos. Pueden dar lugar a una elevación de la CK total y a un aumento de la CK-MB, en ausencia de lesión cardíaca. Aunque se desconoce su exacta interpretación clínica, se han asociado a la presencia de enfermedades autoinmunes (MCK1) y neoplásicas (MCK2).

Objetivos: Detectar la presencia de MCK en el suero de pacientes con CK elevada, en el Hospital de la Marina Baixa, y explorar su significado clínico.

Material y métodos: Durante 18 meses, de abril de 2014 a octubre de 2015, se determinaron mediante electroforesis las isoenzimas de la CK en los sueros de los pacientes ambulatorios del Departamento Sanitario 16, que presentaron una cifra de CK total superior a 190 U/L y una CK-MB, simultánea, superior al 25% de la CK total. Se revisaron los análisis disponibles en Laboratorio Central y la historia clínica informatizada de cada paciente (SIA, Abucasis). Para la revisión de datos clínicos se incluyeron también los de un paciente con MCK1, hallada en 2013, y de otros tres de 2016. La CK y la CK-MB se determinaron mediante métodos cinéticos enzimáticos en un autoanalizador Cobas 711 de Roche. Previa a la medida de CK-MB, el suero se sometió a un proceso de inmunoinhibición de las subunidades CK-M.

Para la medida de los isoenzimas de CK por electroforesis se utilizó el equipo comercial Hydragel Iso-CK (Sebia).

Resultados: En los 18 meses del estudio se encontraron 1667 sueros con una CK

elevada y una determinación simultánea de la CK-MB. 50 de ellos (3%) tenían un cociente CK-MB/CK Total mayor del 25%. Ocho muestras fueron desechadas por presencia de hemólisis. Se remitieron a estudio electroforético 42 sueros, correspondientes a 40 pacientes. En 41 sueros (97,5%) se detectó alguna Macro CK. En los 46 sueros incluidos en el estudio, se evidenció MCK1 en 41, y MCK 2 en 4, ya sea aisladas (38), combinadas con CK MB (6) o con CK BB (1) (Tabla 1).

Tipo	Aislada	con MB	Con BB	Total
Macro CK 1	36	5		41
Macro CK 2	2	1	1	4
Sólo MM				1

En las MCK1 predominó el sexo femenino (78%). La edad media fue similar: MCK1 67,9 años (49-93) y MCK2 67,8 años (31-79). Ocho de los pacientes con MCK (19,5%) padecían una Enfermedad Inflamatoria Intestinal: Colitis Ulcerosa (6) y enfermedad de Crohn (2). Ningún paciente presentaba otra enfermedad autoinmune. Cinco pacientes tenían un cáncer, uno de ellos, metastásico, con MCK2. Las patologías más prevalentes en los pacientes estudiados eran: hiperlipidemia (68,2%), hipertensión arterial (45,5%), artrosis (38,6%), osteoporosis (38,6%), diabetes 2 (22,7%), enfermedad cardíaca (11,4%). El 75,6% de los pacientes con MCK tomaban estatinas.

Conclusiones: Dada la relativa frecuencia de estas macroenzimas, alrededor de un 3%, en nuestra serie, se recomienda solicitar, en la investigación de una CK elevada, una electroforesis enzimática o, en su defecto, calcular el cociente CK-MB/CK. El hallazgo de una CK MB mayor del 25% de la CK total, en ausencia de enfermedad cardíaca, sugiere fuertemente la presencia de una Macro CK, probablemente del tipo 1. En los pacientes con Macro CK se debe investigar la presencia de una enfermedad inflamatoria, autoinmune o neoplásica.

Agradecimiento: Este estudio ha recibido una beca de investigación de la Asociación para la Investigación en Reumatología de la Marina Baixa (AIRE-MB).

60. OSTEÓGENESIS IMPERFECTA. DESCRIPCIÓN DE 13 CASOS (61)

Martínez-Ferrer A¹, Díaz López M², Vergara Dangond C¹, Vicens Bernabeu E¹, Ybáñez García D¹, Valls Pascual E¹, Alegre Sancho JJ¹, Robustillo Villarino M¹
¹Servicios de Reumatología y ²Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

Introducción y objetivos: La osteogénesis imperfecta (OI) es una enfermedad congénita del tejido conectivo de herencia autosómica dominante, que afecta al gen del colágeno tipo I (COL1A1 y COL1A2), presente en múltiples tejidos como el hueso, los tendones, los ligamentos y la esclerótica. La enfermedad se clasifica en varios tipos que van desde el tipo I (el más frecuente y más leve) y el tipo II (letal en el nacimiento) a los tipos III, IV, V, VI y VII que presentan fenotipos variables de intensidad moderada a severa. La mayoría de fracturas y deformidades óseas se presentan en la infancia, pero el riesgo de fractura permanece elevado en la edad adulta.

En los niños el tratamiento con bisfosfonatos se asocia con una reducción del remodelado óseo, un aumento de la densidad mineral ósea (DMO) y una reducción del riesgo de fracturas. En adultos, hay pocos estudios que analicen el tratamiento, si bien los bisfosfonatos parece que aumentan la DMO. Recientemente, se han descrito series de pacientes con OI en tratamiento con teriparatida (PTH 1-34). Esta terapia se asocia con una respuesta ósea anabólica y con un aumento de la DMO a nivel de cadera y de columna lumbar.

Material y métodos: Se han revisado los casos diagnosticados de OI en nuestro centro en los últimos 10 años (2005-2015).

Resultados: Se describen 13 pacientes con OI (2 varones y 11 mujeres) con una edad media de 43 años. La mayoría de ellos (n=8) fueron diagnosticados en la

infancia por la presencia de fracturas de repetición. Todos los pacientes, excepto uno, habían presentado fracturas a lo largo de su vida; cinco pacientes habían presentado fractura de cadera, tres de ellos bilateral. Casi la mitad de los pacientes (n=6) presentaban antecedentes familiares de OI. Solo dos pacientes presentaron la mutación de uno de los genes que codifican el colágeno tipo I.

En cuanto a las características clínicas, la manifestación clínica más frecuente fue la presencia de escleróticas azules (11), seguido de cifoescoliosis (6) e hipoacusia (5); mientras que sólo tres casos presentaban dentinogénesis imperfecta. Hasta cinco pacientes precisaban de ayuda para desplazarse, silla de ruedas (3) o muletas (2).

Según criterios densitométricos todos los pacientes presentaban baja masa ósea: cinco tenían osteoporosis y seis osteopenia, en dos pacientes no fue posible realizar esta exploración complementaria.

Se ha analizado el tratamiento actual de los 13 pacientes, el cual se basa principalmente en el uso de bisfosfonatos. Cuatro pacientes reciben tratamiento con ácido zoledrónico endovenoso, de los cuales uno había recibido previamente teriparatida. Dos pacientes están en tratamiento con bisfosfonatos orales (ácido alendrónico y risedrónico). Dos pacientes están recibiendo teriparatida tras haber sido tratados previamente con ácido alendrónico y ácido zoledrónico. Cinco pacientes no reciben tratamiento específico en la actualidad.

Conclusiones: En la edad adulta los pacientes con OI continúan presentando un riesgo elevado de fractura. La utilidad de la DMO en los pacientes con OI es limitada debido a los antecedentes de múltiples fracturas y a la presencia de deformidades óseas y material protésico, por lo que su principal utilidad radica en monitorizar los cambios en la masa ósea tras el tratamiento. Si bien los bisfosfonatos son el tratamiento más ampliamente utilizado, no hay estudios que valoren cuánto tiempo se pueden administrar ni qué hacer en caso de nuevas fracturas. Actualmente la teriparatida es una alternativa que deberá evaluarse en futuros estudios.

61. EXPERIENCIA CLÍNICA CON LA ENFERMEDAD PRODUCIDA POR EL VIRUS DE CHIKUNGUNYA EN NUESTRA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA (65)

Rueda A¹, García Rodríguez M², Campos Fernández C¹, Pastor Cubillo M¹, González-Cruz Cervellera M¹, Beltrán Catalán E¹, Calvo Catalá J¹

¹Servicio de Reumatología y Metabolismo óseo. ²Unidad de Enfermedades Infecciosas. Sección de Salud Internacional. Consorcio Hospital General Universitario Valencia

Introducción: Los constantes desplazamientos entre los distintos puntos del planeta por diferentes motivos han provocado que nos encontremos en nuestro medio enfermedades poco conocidas por nosotros. La fiebre chikungunya (CHIKV) es una enfermedad producida por un Alphavirus transmitido por el mosquito de la especie *Aedes* (*A. aegypti* y *A. albopictus*). La clínica aparece entre 2 y 12 días tras la picadura del mosquito y se caracteriza por fiebre alta, conjuntivitis, cefalea, rash, dolor articular y edema de las extremidades. Las artralgias y/o mialgias son la manifestación reumatológica más típica tanto en la fase aguda como crónica, pero también puede aparecer artritis y tenosinovitis (poliarticular, simétrica, migratoria, predominantemente en pequeñas articulaciones de manos, muñecas, tobillos y pies). La poliartitis crónica sigue un curso persistente o intermitente y en ocasiones con recurrencia tras resolución del cuadro inicial. El uso de antiinflamatorios no esteroideos y corticoides puede ser útil en el manejo de las manifestaciones reumatológicas, también se ha sugerido que la cloroquina podría ser eficaz en la profilaxis y tratamiento en fases precoces. Parece que el metotrexato ha sido utilizado con éxito en un grupo de pacientes con poliartitis crónica destructiva tras infección por CHIKV.

Objetivos: El propósito de este estudio es registrar las características clínicas y analíticas que interesan desde el punto de vista reumatológico en los casos registrados de enfermedad de CHIKV que se han diagnosticado y seguido desde junio de 2014 hasta diciembre de 2015 en la Unidad de Enfermedades Infecciosas de nuestro hos-

pital y los que por este motivo se han derivado a las consultas de Reumatología (cuando aparecen los primeros casos se pacta con la Unidad de Enfermedades Infecciosas derivar aquellos pacientes con artralgias de difícil control o artritis).

Material y métodos: Estudio descriptivo en el que se revisan las historias clínicas informatizadas y se recogen los datos de los pacientes diagnosticados de enfermedad de CHIKV por la presencia de criterios clínicos, epidemiológicos y pruebas serológicas, también se descartaron otras infecciones víricas.

Resultados: Se incluyen 10 pacientes diagnosticados de enfermedad de CHIKV, 9 mujeres y 1 hombre, con una edad media de 48 años, todos habían realizado un viaje previo y en el 100% de los casos se refleja en la Hª Clínica la presencia de sintomatología de artralgias y/o mialgias agudas. De estos pacientes, 5 (50%) se remiten a reumatología para valoración por sintomatología subaguda o crónica: 3 por artralgias incapacitantes (2 de ellos más acusadas en manos y pies y uno en rodillas) y 2 por poliartitis simétrica en manos y pies. Las 2 pacientes que presentaban artritis fueron tratadas con prednisona a dosis bajas resolviéndose el cuadro, en el resto cedieron los síntomas con paracetamol y/o antiinflamatorios no esteroideos, en ningún caso se prescribió cloroquina e inmunosupresores. Se solicita factor reumatoide a los 5 pacientes y anticuerpo antiptérido citrulinado cíclico a los que presentaban poliartitis en ambos casos fueron negativos. En ningún paciente se solicita el rasgo genético HLA-DRB1. La media de seguimiento de estos pacientes en el Servicio de Reumatología ha sido de 4 meses (2-6 meses). Actualmente no ha ningún paciente en tratamiento en nuestra consulta, solo queda una en seguimiento por artralgias intermitentes.

Conclusiones: Dado el amplio espectro de signos y síntomas de estas enfermedades se necesita un incremento en el conocimiento de las mismas y los reumatólogos las debemos tener incluidas en nuestros diagnósticos diferenciales. Por otra parte, es importante recordar a los pacientes que se van a desplazar a zonas de riesgo que soliciten atención médica especializada. Y por último es necesaria la colaboración fluida entre los diferentes servicios para mejorar la asistencia del paciente y la formación del personal sanitario.

Resúmenes CASOS

62. UVEITIS ANTERIOR INDUCIDA POR ALOPURINOL (36)

Fernández Campillo J, Santo Niñerola P, Granados Ruíz M
CCEE Reumatología Hospital IMED-Elche

Introducción: Se ha descrito la oculotoxicidad del alopurinol en forma de cataratas. Hay alguna publicación de gota como causa de uveítis. Existe una certeza de causalidad de uveítis inducida por fármacos, en el caso de los bifosfonatos sistémicos, el topiramato y el metipranolol tópico; en otros casos se ha establecido una causalidad probable o posible.

Caso Clínico: Hombre de 63 años con AP de DM tipo 2, dislipemia, HTA y gota, en tto con ADO, enalapril 20, lobivon 1'25, adiro 100 y alopurinol 300 mg al día, que acude a consulta derivado desde Oftalmología donde ha sido Dx de uveítis

anterior bilateral refractaria a tto tópico durante 6 meses, tras descartar causas conocidas de uveítis anterior, procedimos a retirar el Alopurinol e iniciar tto con Febuxostat 80 mg al día con mejoría de la uveítis bilateral, progresiva, en 2 meses con el mismo tto tópico que previamente no fue efectivo; las cifras de uricemia se mantuvieron por debajo de 5 mg/dl, sin detectar brotes de gota.

Discusión: Según las Definiciones de la OMS para valoración de causalidad de las reacciones farmacológicas, el alopurinol tendría una causalidad PROBABLE/ESPERADA, sin embargo según los Criterios de Naranjo sería solo POSIBLE, dado que en estos últimos el criterio mas fuerte o importante es la recurrencia con el test de reprovocación o rechallenge.

Planteamos la posibilidad de que los casos de gota como causa de uveítis, no sean tales y sean por alopurinol.

63. SÍNDROME DE DRESS: A PROPÓSITO DE UN CASO (53)

Vérgara Dangond C, Martínez Ferrer A, Valls Pascual E, Ybáñez García D, Vicens Bernabeu E, Aguilar Zamora M, Alegre Sancho JJ
Unidad de Reumatología. Hospital Dr. Peset. Valencia

Introducción: El síndrome de DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms), es una reacción severa inducida por fármaco que puede llegar a ser potencialmente mortal. Se han descrito más de 50 fármacos asociados, siendo más frecuente su aparición por anticonvulsivantes. Presentamos un caso de síndrome de DRESS tras el inicio de tratamiento con sulfasalazina en un paciente remitido a nuestro servicio para estudio de poliartritis de miembros inferiores.

Caso: Varón de 34 años de raza negra natural de Mauritania, acude remitido desde urgencias por clínica de seis días de evolución de poliartritis. Refiere episodios de tres días de evolución de artritis de tobillos que mejoraba con ibuprofeno, de un año de evolución. Se interroga por antecedentes asociados a patología reumatológica, siendo éstos negativos. A la exploración se evidencia artritis de carpos, rodillas y tobillo izquierdo. Se realiza artrocentesis de rodilla obteniendo líquido sinovial de aspecto inflamatorio. Se decide iniciar tratamiento con sulfasalazina (SSZ) y se solicitan pruebas complementarias: radiografía de tórax, serologías y quantiferon. Al cabo de tres semanas el paciente acude de forma no programada refiriendo vómitos, malestar general, disgeusia e hiporexia. Había suspendido días antes la SSZ por decisión propia.

También refería prurito intenso que relacionaba con el inicio del tratamiento y no remitía con antihistamínico. En todo momento refería sensación distérmica sin fiebre termometrada. La analítica solicitada urgente mostró alteración del perfil

hepático (bilirrubina total: 1,39 mg/dl, bilirrubina indirecta: 0,66 mg/dl, bilirrubina directa: 0,73 mg/dl, GOT: 193 ui/l, GPT: 291 ui/l, GGT: 80 ui/l, LDH: 744 ui/l, CK total: 129 ui/l, FA: 270 ui/l, albúmina: 3,5g/dl), elevación de reactantes de fase aguda (PCR: 67,2 mg/l) y alteración del hemograma (leucocitos: 9.400, neutrófilos: 46,7%, linfocitos: 26,2%, eosinófilos: 20,3%). El FR, ANA, serologías víricas y quantiferon fueron negativos. La radiografía de tórax no tenía hallazgos de interés. Se le indica al paciente suspender definitivamente la SSZ, se cambió el tratamiento antihistamínico y se añadió tratamiento sintomático con metamizol y dextetopropeno.

En los quince días siguientes consulta a urgencias por edema de tronco y cara de cuatro días de evolución y empeoramiento del prurito, sin fiebre. A la exploración destacaba adenopatías cervicales, inguinales y axilares no dolorosas y una erupción papulosa generalizada de predominio en tronco y cara, respetando palmas y plantas.

En la analítica persiste la alteración de las enzimas hepáticas (GPT: 146 ui/L, CK total: 323 ui/l, amilasa: 28 ui/l) y en hemograma la leucocitosis de 61.500 con eosinofilia (eosinófilos absolutos: 31.600, eosinófilos: 51,3%). En frotis de sangre periférica: leucocitosis con eosinofilia.

Con la sospecha de síndrome de DRESS se decidió ingresar al paciente para completar estudio. A las 48 horas de iniciar el tratamiento con glucocorticoides sistémicos (1 mg/kg) la clínica remitió.

Discusión: Dada la alta morbimortalidad que presentan los pacientes con DRESS, los clínicos debemos tener presente esta entidad en caso de la introducción de un nuevo fármaco. La identificación precoz del síndrome nos permite iniciar el tratamiento adecuado minimizando las posibles complicaciones. Nuestro paciente presentó una buena evolución con el tratamiento instaurado.

64. SEPSIS NEUMOCÓCICA COMO DEBUT DE LUPUS ERMATOSO SISTÉMICO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS (55)

Quilis N¹, Sanz J², Andrés M¹, Perdiguer M²

¹Sección de Reumatología y ²Servicio de Nefrología. Hospital General Universitario de Alicante

Introducción: Las infecciones son una complicación frecuente en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), tanto por el tratamiento inmunosupresor empleado como por la propia enfermedad per se. *Streptococcus pneumoniae* es una bacteria Gram positiva cuya cápsula la protege de la opsonización mediada por complemento y fagocitosis. Los pacientes con LES presentan mayor susceptibilidad a estas infecciones, entre otros motivos por disfunción del sistema de complemento y asplenia funcional (1,2).

Métodos: Descripción de dos casos de sepsis neumocócica como debut de LES en un centro terciario.

Descripción de los casos (resultados): Dos casos de debut de LES, en 2013 y 2015. Se trata de dos pacientes de sexo femenino, de 15 y 44 años de edad, sin antecedentes previos de interés, que ingresan por shock séptico aislándose en ambos casos *S. pneumoniae*. Ambas presentan criterios clínicos e inmunoserológicos de LES.

El primer caso se trata de una paciente de 15 años que presenta, junto al shock séptico, infiltrado pulmonar con derrame pleural, peritonitis difusa, livedo reticularis y

vasculitis granulomatosa necrotizante en apéndice. Se detecta síndrome nefrítico con biopsia renal concordante con nefropatía lúpica tipo IV. Analíticamente hay ANA >1/2560 patrón moteado, elevación de antiDNA, hipocomplementemia, anemia y leucopenia con linfopenia. La presencia de trombocitosis y aumento de IgG hacen sospechar una asplenia funcional. Actualmente la paciente se encuentra en remisión tras tratamiento con micofenolato mofetil e hidroxiquina.

El segundo caso es el de una paciente de 44 años, que presenta shock séptico neumocócico con afectación neurológica (tetraparesia flácida y midriasis arreactiva). El foco infeccioso fue una sinusitis maxilar. Se evidencia además pericarditis, rash malar y deterioro de función renal con proteinuria (la biopsia renal muestra nefropatía lúpica tipo IV). Analíticamente hay ANA 1/2560 patrón homogéneo, antiDNA elevado, antiRo y antiLa positivos, crioglobulinemia tipo III e hipocomplementemia; anemia, leuco y linfopenia, hipergammaglobulinemia y negatividad para Ac antifosfolípido. Durante el tratamiento de inducción presenta además episodio de psicosis que precisa neurolépticos. Mejoría clínica tras glucocorticoides a dosis altas, inmunoglobulinas, rituximab y micofenolato mofetil.

Conclusión: Debido a las características de *S. pneumoniae* y a las alteraciones funcionales esplénicas y en la vía del complemento en los pacientes con LES, estos son más susceptibles a infecciones neumocócicas, y las presentan con mayor gravedad. La sospecha clínica de LES debe establecerse ante un paciente joven que presente shock séptico neumocócico.

Referencias: 1. *Lupus* 2005. 14:903. 2. *Semin Arthritis Rheum* 1990. 20:185.

65. UN CASO DE ENFERMEDAD POR DEPÓSITO DE IGG4 PRESENTADO POR SÍNDROME POLIADENOPÁTICO, EXOFTALMOS Y ARTRITIS DE TOBILLO (59)

Rubio Vargas R

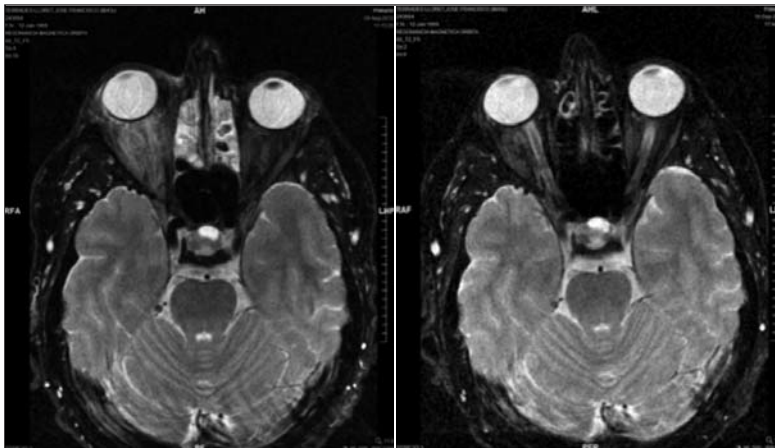
Hospital Francesc de Borja. Gandía (Valencia)

Paciente varón de 46 años con antecedente de rinosinusitis crónica, poliposis nasal y asma extrínseco. Presenta desde mayo 2011 clínica de exoftalmos derecho, ojo rojo derecho, adenopatías cervicales, y artritis de tobillo izquierdo. Se biopsia adenopatías cervicales por ORL con sospecha de linfoma que no se confirma posteriormente. En la tomografía axial computarizada de senos paranasales destaca un engrosamiento mucoso en los senos maxilares, frontales y esfenoidales. En la resonancia magnética nuclear (RMN) orbitaria destaca la sustitución de la señal grasa retroorbitaria intraconal derecha por tejido captante con aspecto infiltrativo difuso, exoftalmos derecho, y aumento de tamaño de la glándula lacrimal y parotídeas. Posteriormente se le realiza una gammagrafía ósea, en la cual destaca una hipercaptación en tobillo izquierdo. El análisis de sangre demostró aumento de IgE (179), y del IgG subtipo 4 (899). El paciente cumplía con los criterios diagnósticos de Enfermedad por depósito de IgG4 (1). En enero 2013 se inicia tratamiento con prednisona 60 mg en pauta descendente, y metotrexato en pauta ascendente llegando a 25 mg semanales. Tras 9 meses de inicio del tratamiento, paciente persiste con exoftalmos, adenopatías cervicales y artritis de tobillo izquierdo. Se inicia tratamiento con rituximab (1000 mg, 2 veces) en septiembre 2013, cada 6 meses, por 3 ciclos. Presentó mejoría clínica progresiva, mejorando la afectación orbitaria y resolución de la artritis de tobillo izquierdo.

En resumen, se trata de una enfermedad fibro-inflamatoria inmunomediada, el cual cursó con adenopatías cervicales, infiltración retroorbitaria derecha, senos paranasales, glándulas salivales, parótidas, lacrimales, y artritis de tobillo izquierdo; probablemente atribuido a la enfermedad por depósito de IgG4.

Referencias: 1. Okazaki K, Umehara H. Are classification criteria for IgG4-RD now possible? The concept of IgG4-related disease and proposal of comprehensive diagnostic criteria in Japan. *Int J Rheumatol.* 2012;2012:357071.

Figura 1. Infiltración retroorbitaria derecha antes y después del tratamiento por RMN (agosto 2012- septiembre 2013)



Se observa un restablecimiento parcial de la señal de la grasa intraconal de la órbita derecha, cuya captación patológica de contraste también ha disminuido. Continúa sin alcanzar el ápex orbitario ni se extiende al seno cavernoso. Disminución del volumen de la glándula lagrimal derecho.

Tabla 1. Niveles de IgG4 y suma de IgG en el tiempo

	Octubre 2012	Febrero 2013	Agosto 2013	Febrero 2014	Abril 2014	Junio 2014	Enero 2015	Abril 2015
IgG4 (8-140)	899	517	204	171	162	144	142	135
Suma de IgG	2067	1378	898	1014	912	787	927	847
Infusión de Rituximab (1000 mg, 2 veces) en septiembre 2013, abril 2014 y octubre 2014								

66. TENOSINOVITIS EN LES INDUCIDO POR SULFASALACINA (62)

De la Morena Barrio I¹, Alegre Sancho J², Carro Martínez A¹, Robustillo Villarino M¹, Llop García M¹, Garcés Piquer S¹, Fernández-Cuervo Lorente J¹

¹Hospital La Plana. Villarreal. Castellón. ²Hospital Doctor Peset. Valencia

Caso Clínico: Mujer de 58 años con una AR seronegativa desde junio de 2012. Remitida en marzo de 2014 para inicio de terapia biológica con Anti-TNF, momento en que estaba en tratamiento con Metotrexate 20 mg/semanales vía oral, Sulfasalacina 2 g al día y Prednisona 10 mg al día. A la exploración física presentaba una tumefacción global de ambas manos con aumento de temperatura local, eritema, y gran limitación funcional. Como antecedentes personales presentaba una neoplasia ginecológica 12 años de evolución libre de enfermedad, neoplasia de colon 4 años de evolución en controles, y antecedentes familiares de madre y hermano con neoplasia hematológica y fallecimiento.

Antes del inicio del tratamiento se realiza una ecografía articular en la que se iden-

tifica una afectación inflamatoria extensa de los tendones flexores y extensiones de todos los dedos de ambas manos desde su porción más próxima hasta su porción dista de los dedos, con señal doppler grado 2 y componente articular dorsal de carpos, sin otra participación articular y sin erosiones.

Se amplía diagnóstico diferencial, descartando causas infecciosas, microcristalinas, síndrome paraneoplásico, sarcoidosis... Se repite el panel inmunológico identificando unos ANA 1/320 y anti Sm+, con lo que se decide retirada de Sulfasalacina en mayo de 2014 como posible inductor de empeoramiento clínico.

Con la retirada la paciente mejora espectacularmente tanto clínica como analíticamente y actualmente esta en tratamiento únicamente con Metotrexate 20 mg semanales, sin corticoides y en remisión clínica y ecográfica más de un año.

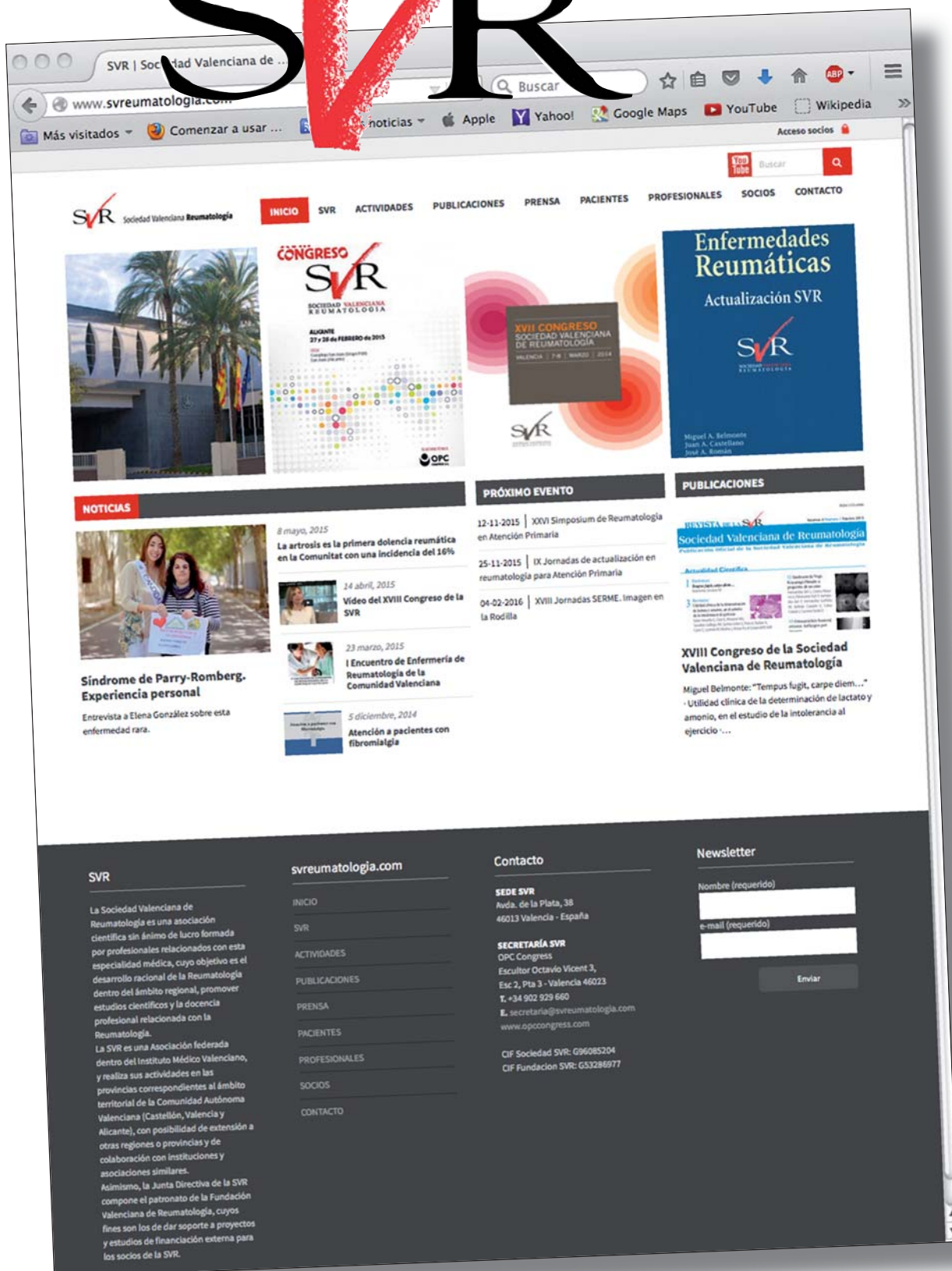
Discusión: Las AR seronegativas suelen ser de mejor respuesta y pronóstico que las seropositivas. La presentación agresiva e invalidante y, sobretudo, el patrón ecográfico de esta paciente, fueron claves para plantear otras opciones terapéuticas.

Los ANA y Sm positivos, aunque en una única determinación, nos pusieron en la sospecha de una posible afectación inducida, como así ha sido.

Índice de Autores

Autor	Nº Resumen	Autor	Nº Resumen
A			
Acebedo León D	56	De la Morena Barrio I	41,66
Aguilar Zamora M	23, 31, 32, 37, 40, 56, 63	De la Rubia Navarro M	7,14
AIRE-MB	29, 30, 36, 39, 48, 53, 54, 59	Deltell JC	55
Albert Espí G	3, 19, 20, 21, 22, 23, 31, 32, 40	Díaz García C	58
Alcañiz Escandell C	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 25, 27, 28, 33, 34, 46, 47, 50, 51, 52, 58	Díaz López M	60
Alegre Sancho JJ	3, 19, 20, 21, 22, 23, 31, 32, 37, 40, 42, 56, 60, 63, 66	E	
Almela V	55	Egea M	55
Almenar M	59	F	
Álvarez-Calderón Iglesias O	27, 28	Feced Olmos C	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 25, 27, 28, 33, 34, 46, 47, 50, 51, 52, 58
Andrés M	35, 43, 44, 45, 64	Fernández Blest M	26
Aracil MA	55	Fernández Campillo J	62
Arana M	55	Fernández-Cuervo Lorente J	41, 66
Arévalo Ruales K	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 25, 27, 28, 33, 34, 46, 47, 50, 51, 52, 58	Fernández Matilla M	5, 6, 7, 9, 10, 14, 15, 16, 17
B		Fernández-Llanío Comella N	6, 7, 9, 10, 14, 15, 16, 17
Balaguer Trull I	4, 24, 38, 49	Fornés Ferrer V	1, 2, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 25, 28, 34, 46
Barber X	29, 30, 36, 39, 48, 53, 54, 59	Fragio Gil J	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 25, 27, 28, 33, 34, 46, 47, 50, 51, 52
Batlle Gualda E	57	G	
Beltrán Catalán E	26, 58, 61	Garcés Piquer S	66
Bernabeu P	57	García Carrasco M	29, 30
Bernal JA	43, 44	García Rodríguez M	61
C		García Hervaez R	25
Calabuig Sais I	13	García Núñez B	35
Calvo B	55	González-Cruz Cervellera MI	4, 24, 26, 38, 49, 61
Calvo Catalá J	4, 24, 26, 38, 49, 61	González Puig L	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 25, 27, 28, 33, 34, 46, 50, 51, 52, 58
Cámara Gómez R	1, 2	Granados Ruiz M	62
Camblor ME	55	Grao Castellote C	46
Campos Fernández C	4, 24, 26, 38, 49, 61	Grau García E	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 25, 27, 28, 33, 34, 46, 47, 50, 51, 52, 58
Cano C	29, 30, 36, 39, 48, 53, 54, 59	Guixeres Esteve M	56
Carbonell A	57	H	
Carmona L	43, 44	Hervás Marín D	6, 7, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 27, 33, 47, 51, 52
Carro Martínez A	41, 66	Hortal Alonso R	58
Castellano Cuesta JA	6, 7, 9, 10, 14, 15, 16, 17	I	
Cerqueira M	31, 32	Ivorra Cortés J	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 25, 27, 28, 34, 46, 47, 50, 51, 52, 58
Chalmeta Verdejo I	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 25, 27, 28, 33, 34, 46, 47, 50, 51, 52, 58	J	
Climente Martí M	42	Jorda MJ	55
Cortes Verdú R	58		

Autor	Nº Resumen	Autor	Nº Resumen
L		Q	
Labrador Sánchez E	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 25, 27, 28, 33, 34, 46, 47, 50, 51, 52, 58	Quilis N.....	45, 64
Lakis Granell K.....	33	R	
Lechuga AM	55	Ribero JC	5
.....		Rivera Soria P	46
Llinares Tello F	29, 30, 39	Robustillo Villarino M.....	3, 19, 20, 21, 22, 23, 31, 32, 40, 41, 60, 66
Llop García M.....	66	Rodilla Sala E	3, 19
Llopis Salvia P	42	Román Ivorra JA	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 25, 27, 28, 33, 34, 46, 47, 50, 51, 52, 56, 58
Loaiza Góngora JL.....	11	Rodrigo Nicolás R	7
López Bueno J	26	Roig L.....	55
López Salguero S.....	35	Rosas J	29, 30, 36, 39, 48, 53, 54, 59
Lorente M.....	29, 30, 36, 39, 48, 53, 54, 59	Rubio Vargas R	65
M		Rueda Cid A.....	4, 24, 26, 38, 49, 61
Marcos Puig B	58	S	
Marín MC	55	Sáez Belló M.....	42
Martí AI	55	Salas E.....	29, 30, 36, 39, 48, 53, 54, 59
Martínez F	55	Sanchís M.....	29, 30, 36, 39, 48, 53, 54, 59
Martínez Cordellat I	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 25, 27, 28, 33, 34, 46, 47, 50, 51, 52, 58	Santonja E.....	55
Martínez Costa L	56	Santo Niñerola P	62
Martínez Ferrer A.....	3, 19, 20, 21, 22, 23, 31, 32, 37, 40, 56, 60, 63	Santos Soler G.....	29, 30, 36, 39, 48, 53, 54, 59
Mínguez M	57	Sanz J.....	64
Molina J	29, 30, 59	Senabre Gallego JM	29, 30, 36, 39, 48, 53, 54, 59
Monte Boquet E	34	Sivera F	35, 43, 44
Moya Herraiz A	47	Sopena Novales P	11
Moya Nájera D	47	T	
N		Torralba Collados F.....	46
Nájera Herranz C.....	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 25, 27, 28, 33, 34, 46, 47, 50, 51, 52	U	
Navarro Muñoz J	28	Udaondo Mirete P.....	25
Neguerols Albuixech R	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 25, 27, 28, 33, 34, 46, 47, 50, 51, 52, 58	V	
Núñez Cornejo Piquer C	28	Valero Sanz JL	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 25, 27, 28, 33, 34, 37, 46, 47, 50, 51, 52, 58
O		Valls Pascual E.....	3, 19, 20, 21, 22, 23, 31, 32, 40, 56, 60, 63
Ordoñez JC	44	Vela P	43, 44, 45, 55
Ortiz A	55	Vergara Dangond C.....	3, 19, 20, 21, 22, 23, 31, 32, 37, 40, 56, 60, 63
Ortiz Sanjuán FM.....	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 25, 27, 28, 33, 34, 46, 47, 50, 51, 52, 58	Vicens Bernabeu E.....	3, 19, 20, 21, 22, 23, 31, 32, 37, 40, 56, 60, 63
P		Y	
Panadero G	57	Yankova Komsalova L.....	18
Pascual E.....	43, 44, 45	Ybáñez García D.....	3, 19, 20, 21, 22, 23, 31, 32, 37, 40, 56, 60, 63
Pastor Cubillo MD.....	4, 24, 26, 38, 49, 61	Z	
Perdiguer M.....	64	Zapata B	55
Pons A.....	29, 30, 36, 39, 48, 53, 54, 59		
Porcar Lozano S.....	1, 2		
Poveda Marín G	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 25, 27, 28, 33, 34, 46, 47, 50, 51, 52		



Nuestra web, tu web, para profesionales y pacientes.
Incluye la revista SVR, congresos, novedades y mucho más...

¡Entra y consúltala!